



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2015 –

« 12 HEURES, LE TEMPS DES COMPTES ... »

– Groupe n° « 32 » –

- | | |
|----------------------|----------------------|
| – Nadine BLUGEON | – Laurence PARTHENAY |
| – Anne-Laure BUTAULT | – Vincent ROQUES |
| – Maryline GRILLAS | – Éric SKRODOLIES |
| – Aude MARTINEAU | – Cécile VACELET |
| – Sylvie NICOL | – Lénaïc WELTIN |

Animateurs :

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

Sommaire

Introduction	1
1 Les enjeux de la généralisation des 12 heures.....	3
1.1 Un enjeu légal et réglementaire.....	3
1.2 Un enjeu financier : court terme versus long terme ?.....	4
1.2.1 Des gains financiers à court terme	5
1.2.2 Des dépenses supplémentaires à long terme ?.....	5
1.3 Des enjeux collectifs.....	5
1.3.1 Des temps d'échange redéfinis modifiant la dynamique d'équipe.....	6
1.3.2 Un désinvestissement vis-à-vis de l'institution ?	6
1.4 Des enjeux individuels.....	7
1.4.1 L'impact des 12 heures sur la santé au travail.....	7
1.4.2 Un risque de désocialisation de l'agent ?	7
1.4.3 La traduction d'un nouveau rapport au travail	8
1.4.4 Quel impact sur la qualité de soins ?.....	9
2 Méthodologie.....	10
2.1 Recueil de données.....	10
2.2 Traitement des données	11
3 Présentation des cas.....	12
3.1 Le centre hospitalier A.....	12
3.1.1 Description de l'établissement	12
3.1.2 Données et analyse	12
3.2 Le centre hospitalier B	15
3.2.1 Description de l'établissement	15
3.2.2 Données et analyse	16
3.3 Le centre hospitalier C.....	19
3.3.1 Description de l'établissement	19
3.3.2 Données et analyse	20

4	Discussion et préconisations	25
4.1	Mettre en œuvre une conduite de projet adaptée face à l'organisation en 12 heures.....	26
4.2	Mettre en place des outils adaptés	27
4.3	Évaluer régulièrement le dispositif en 12 heures.....	27
4.4	Éviter la généralisation du temps de travail en 12 heures	28
	En conclusion : une prise en charge pertinente mais fortement conditionnée	29
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes.....	IV

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

Nous remercions les trois établissements qui nous ont accueillis et accompagnés dans notre travail.

Nous remercions chacun des professionnels qui a bien voulu consacrer un peu de temps à répondre à nos questions.

Nous remercions également M. Jean-René Ledoyen et M. Mathias Waelli pour leurs précieux conseils.

Liste des sigles utilisés

ADRHESS : Association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux

AES : Accident d'exposition au sang

AEV : Accident d'exposition aux virus

ANMTEPH : Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-soignant

ASH : Agent de service hospitalier

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CDD : Contrat à durée déterminée

CH : Centre hospitalier

CLD : Congé longue durée

CLM : Congé longue maladie

CNEH : Centre national d'expertise hospitalière

CRP : Compte de résultat principal

CSIRMT : Commission des soins infirmiers et rééducation médico-techniques

CSP : Code de la santé publique

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DMS : Durée moyenne de séjour

DRH : Direction des ressources humaines

DS : Direction des soins

EHESP : École des hautes études en santé publique

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETPR : Équivalent temps plein rémunéré

FPH : Fonction publique hospitalière

HPST : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

IDE : Infirmier diplômé d'État

IFAS : Institut de formation des aides-soignants

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

PRE : Plan de retour à l'équilibre

PSA : Peugeot société anonyme

MIP : Module interprofessionnel

REAL : Ressources d'enseignement et d'accompagnement en ligne

RTT : Réduction du temps de travail

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

TMS : Troubles musculo-squelettiques

U72 : Unité 72 heures

Introduction

Le temps de travail à l'hôpital évolue. A la nécessaire continuité du service public répondent des rythmes individuels et sociétaux en mutation. Articulation entre vie privée et vie professionnelle, recherche d'un sens dans le travail quotidien, valorisation du temps de loisir ... Autant d'éléments qui, s'ils sont des faits de société largement répandus, viennent redéfinir l'engagement des individus au travail et annoncent une redéfinition des temps professionnels. La recherche d'efficacité dans un cadre budgétaire contraint favorise dans le m le consensus en faveur d'une flexibilité accrue. C'est dans ce cadre général que s'inscrit l'essor du travail en 12 heures à l'hôpital, dont nous tenterons d'interroger les conséquences concrètes.

Cette dynamique n'est pas propre au monde de la santé. Ainsi, le cas du passage aux 35 heures chez PSA révèle l'ambivalence de la compression du temps de travail au profit d'un temps de loisir maximisé. Les temps de pauses physiologiques et de pauses déjeuners, optimisés à la demande des salariés qui souhaitaient réduire leur présence quotidienne sur le lieu de travail, ont paradoxalement suscité des critiques de la direction. En cause : des arrêts de travail liés à des temps d'échange insuffisants entre salariés, c'est-à-dire à une diffusion insuffisante de l'information.

Aussi, à l'heure où le Lean management, fondé sur l'optimisation du temps de travail¹, fait son apparition dans le monde hospitalier la généralisation du travail en 12h apparaît comme une clef pour interroger le rôle et la place des temps d'échanges formels et informels entre les agents. En effet, d'une forme dérogatoire d'organisation du travail répondant à des impératifs de continuité du service public, les 12 heures tendent à devenir un mode généralisé d'organisation du travail. L'ANMTEPH³ relève ainsi, en 2014 que si 14% des personnels hospitaliers travaillent en 12 heures, cette organisation de travail peut concerner jusqu'à 56% d'entre eux dans certains établissements. Cette évolution majeure invite à prendre du recul et à interroger sa pertinence. Prenant acte de cette évolution, la mise en place d'un groupe de travail de la commission hygiène, sécurité et conditions de travail du Conseil supérieur de la FPH doit rendre prochainement ses conclusions sur le travail en 12 heures.

1 Graban, M., (2011), Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction, CRC Press

3 Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH). 2010. Le travail en 12 heures : le point de vue des médecins du travail.

Le présent rapport doit être lu comme reprenant et complétant les travaux réalisés au cours des précédents MIP de 2011⁴ et de 2013⁵. Il s'agit, d'une part, de faire un premier bilan du passage en 12 heures et, d'autre part, d'adopter une approche plus concrète de ses effets.

Plutôt que présenter de nouveau les avantages et inconvénients du travail en 12 heures, nous avons souhaité interroger le fonctionnement effectif de services ayant adopté cette organisation, ainsi que sur les motivations du passage en 12 heures. Les précédents travaux ont souligné certains des enjeux des 12 heures concernant la transformation de l'activité et du rapport au collectif de travail. Furent en particulier soulignées les difficultés de transmission d'information qui obligent les soignants à inventer, souvent de façon informelle, des solutions dans leurs quotidiens de travail.

Aussi, l'intérêt d'une approche par le terrain est triple. En premier lieu, le cadre juridique et économique se caractérise par un véritable flou dont nous montrerons les enjeux. En second lieu, la diminution des temps de transmission et d'échange entre les agents questionne en profondeur la cohésion des équipes soignantes et donc leur efficacité. Enfin, les 12 heures impactent également l'individu, dans sa santé comme dans son insertion sociale et familiale.

Dans ce cadre, il s'agira de se demander comment le raccourcissement des temps de transmission et la réduction du nombre de jours travaillés transforment le contenu et la forme des échanges, mais aussi d'analyser les impacts sur les solidarités de travail et l'implication des agents dans les services.

En d'autres termes, dans quelle mesure la généralisation du travail en 12 heures transforme-t-elle les exercices professionnels des personnels soignants ? Quelle pérennité pour ce type de fonctionnement ? Comment peut-on développer un management durable dans ce cadre ?

Afin de répondre à ces questionnements, nous avons réalisé plusieurs études de cas croisant l'observation in situ, des entretiens semi-directifs et recueilli des documents internes.

Après avoir rappelé les enjeux concrets du travail en 12 heures et de sa généralisation (1) ainsi que la méthode employée (2), nous les lirons au prisme des observations réalisées sur le terrain (3) pour tenter d'en tirer des conclusions pratiques et des recommandations (4).

⁴ Ledoyen, J-R., Waelli, M. et les membres du MIP 2011. 2011. Le travail en douze heures : solution d'avenir ou fuite en avant ?. Les cahiers hospitaliers.

⁵ Ledoyen, J-R., Waelli, M. et les membres du MIP 2013. 2013. Travailler en 12 heures. EHESP.

1 Les enjeux de la généralisation des 12 heures

Poser les enjeux du travail en 12 heures, c'est adopter un double positionnement. D'abord, il s'agit de situer le travail en 12 heures dans son contexte réglementaire et ses finalités économiques, autrement dit d'étudier sa légalité et son opportunité budgétaire. Ensuite, il s'agit de s'interroger sur les finalités de l'organisation étudiée, en premier lieu et principalement à l'égard du patient, mais également vis-à-vis de ses personnels, en tant que professionnels et individus.

1.1 Un enjeu légal et réglementaire

Le cadre juridique du travail en 12 heures se caractérise par un certain flou. Prenant acte de cet état de fait, l'Etat a souhaité rappeler dans une circulaire le cadre réglementaire du temps de travail dans les établissements de santé⁶.

Le cadre juridique.

Durée quotidienne du travail : 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour celles de nuit.

Dérogation : 12 heures maximum par jour sur la base du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002, sous réserve :

- de contraintes réelles,
- du respect du temps de repos : 12 heures consécutives/jour et au moins 36 heures consécutives/semaine,
- du respect du temps de travail : 44 heures/semaine heures supplémentaires incluses, 48 heures hebdomadaires sur période glissante de 7 jours.

Les personnels ne peuvent travailler plus de 3 jours de suite en 12 heures.

Si le cadre juridique semble clair, de la pratique peuvent naître certaines ambiguïtés. Deux points doivent en particulier appeler à la vigilance dans la mise en œuvre d'une telle organisation du travail.

La question de la généralisation des 12 heures.

Initialement réservée à certains services (obstétrique, réanimation, urgences etc.) pour assurer la continuité du service en raison de contraintes spécifiques, la mise en place des 12 heures ne peut en principe survenir que dans le cas où les services sont confrontés à

⁶ Circulaire DGOS/RH3/2015/3 du 7 janvier 2015.

des « contraintes réelles »⁷. Toutefois, dans les faits, plusieurs établissements ont fait le choix de généraliser les 12 heures comme organisation de travail, tant pour des motifs économiques que pour satisfaire les souhaits des professionnels. La généralisation des 12 heures pose ainsi avec acuité la question du respect de la légalité.

Les 12 heures en pratique, aux marges de la légalité ?

Face au juge administratif, la généralisation des 12 heures risque la censure tant elle paraît s'affranchir du critère de « contraintes réelles » susmentionné.

De plus, le passage en 12 heures implique, en principe, une diminution voire une suppression du temps des transmissions. On peut toutefois se demander si les équipes, ressentant un réel besoin d'échanger, ne sont pas amenées à rétablir des temps de transmission informels, et donc à dépasser de facto la limite maximale de 12 heures quotidiennes de travail.

Plus encore, certaines organisations qui ne tiennent pas compte dans les faits de cette borne des 12 heures quotidiennes se trouvent exposées à la sanction du juge, comme l'a rappelé une décision du tribunal administratif de Bordeaux du 19 janvier 2012. Aussi, d'un point de vue juridique, la généralisation des 12 heures invite à la prudence tant dans son principe que dans sa réalisation.

1.2 Un enjeu financier : court terme versus long terme ?

La généralisation des 12 heures s'inscrit dans un contexte budgétaire et financier contraint :

- une forte augmentation des dépenses de personnel sous l'effet conjugué de la mise en place des 35 heures et de la hausse des effectifs,
- le financement sur la seule base du case-mix réalisé, avec à partir de 2009, différents mécanismes dont, notamment, la convergence intersectorielle.

En 2011, près de 40 % des établissements publics de santé présentaient un déficit principal consolidé. Aussi, dans le cadre des PRE, la réorganisation du temps de travail apparaît comme la clef d'ajustement budgétaire, expliquant l'engouement des établissements pour la généralisation des 12 heures.

⁷ Circulaire DGOS/RH3/2015/3.

1.2.1 Des gains financiers à court terme

Une multitude d'organisations du temps de travail sur trois équipes existent au sein des établissements de santé, qui supposent une présence du personnel d'au moins 25 heures afin de couvrir 24 heures de temps de prise en charge pour un poste de travail.

L'EHESP et l'ADRHESS⁸, lors d'un colloque de 2013, ont estimé qu'une organisation en 12 heures permet de réduire de 3,5% les effectifs nécessaires pour répondre à un poste de travail 24h/24 et 365 jours par an par rapport à une organisation en deux fois 7h30 de jour et 10h de nuit et 4,7% en deux fois 7h40 de jour. **Le gain financier serait donc fonction de la taille de l'établissement et de l'ampleur de la généralisation en 12 heures.**

Outre ces gains directs, l'établissement peut également espérer des gains indirects à travers la réduction des coûts liés à l'absentéisme (diminution des mensualités de remplacement et/ou du recours aux CDD) ainsi qu'une réduction des dépenses d'intérim.

1.2.2 Des dépenses supplémentaires à long terme ?

Néanmoins, les gains présentés relèvent de la théorie, et il n'existe à ce jour aucune étude permettant de valider ces gains à moyen et long terme. Le passage en 12 heures semble accroître le niveau de fatigue des agents, et influencer positivement sur le niveau d'absentéisme. En outre, dans le cadre de la garantie de la continuité du service, la question des remplacements peut se révéler épineuse et entraîner d'importants surcoûts. Les systèmes d'information en place ne semblent pas aptes actuellement à évaluer ces surcoûts.

1.3 Des enjeux collectifs

Modifier les organisations de travail entraîne nécessairement un bouleversement des habitudes au travail, qu'elles soient formalisées ou non. En particulier, les liens entre les agents, les soutiens et échanges informels s'en trouvent affectés et la relation au travail modifiée. Ces effets interrogent logiquement l'investissement au travail des agents dans la nouvelle organisation.

⁸ Groupe de travail Décision Santé/Stratégie Santé et EHESP. 2013. Les 12 heures à l'hôpital : solution d'avenir ou fuite en avant ?.- Colloque ADRHESS «La gestion du temps de travail à l'hôpital en 2013 : le dernier des gisements ?»

1.3.1 Des temps d'échange redéfinis modifiant la dynamique d'équipe

Avec des horaires en 2 x 7h30 (ou 2 x 7h40) et 10 heures la nuit, plusieurs temps de transmissions formalisés existent entre chaque équipe (matin/soir/nuit), qui visent à échanger sur les patients. A l'inverse, avec le passage aux 12 heures, il n'y a généralement plus que deux temps de transmission, de courte durée du fait de l'absence de chevauchement entre les deux équipes. La circulation de l'information s'en trouve modifiée. Les échanges se veulent rapides voire informels entre les équipes.

Lors d'une prise de poste de jour en décalé (par exemple une IDE à 7 heures et une IDE à 8 heures), un temps de transmission existe bien entre l'équipe de nuit et la première IDE du matin. Se pose néanmoins la question des transmissions « retransmises » une heure après, lors de l'arrivée de la deuxième IDE. Sont-elles suffisantes et pertinentes ? Cela interroge la nature et l'exhaustivité des informations transmises oralement et/ou à travers le dossier patient informatisé s'il existe. De ce fait, une organisation en 12 heures met l'accent sur la nécessité de la maîtrise des transmissions ciblées par les équipes.

Ces temps de transmissions sont également des moments de dialogue et d'échanges sur la vie du service au sens large. Par ailleurs, de tels échanges informels jouent un rôle important dans la cohésion d'équipe. Avec le passage au temps de travail en 12 heures, la réduction de ces échanges influence donc cette dynamique.

1.3.2 Un désinvestissement vis-à-vis de l'institution ?

L'organisation du travail en 12 heures implique que les agents ne sont plus présents que par intermittence. Le temps de travail annuel n'est pas modifié mais le nombre de jours de travail sur l'année est diminué ce qui implique une coupure plus nette entre vie personnelle et vie professionnelle. Cette coupure peut conduire à un désinvestissement vis-à-vis de l'institution, comme l'a très justement souligné Fanny Vincent, doctorante en sociologie, dans ses travaux⁹. En effet, en 12 heures, les agents peuvent être réticents à revenir sur leur temps de repos pour quelques heures seulement afin de participer à un groupe de travail interne ou institutionnel.

⁹ Vincent, F. 2014. Travailler pour son « temps de repos » : usages et réappropriations du dispositif public du travail « en 12h » à l'hôpital public ». Colloque international Université Paris Dauphine.

Un des enjeux se situe donc dans l'articulation entre vie privée et vie professionnelle et ses conséquences sur l'engagement de l'individu dans son travail.

1.4 Des enjeux individuels

Si les personnels sont majoritairement favorables à l'instauration d'une organisation de leur travail en 12 heures¹⁰, les impacts de cette organisation sur leur santé et sur leur vie privée demeurent incertains.

1.4.1 L'impact des 12 heures sur la santé au travail

Quel que soit le système horaire choisi, le travail posté a des impacts sur la santé des professionnels. Ces effets sont multiples, tels que des perturbations du sommeil ou des troubles digestifs, et tendent à s'aggraver avec l'âge (Barthe, 2009). Force est de constater qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus sur l'impact spécifique des 12 heures sur la santé des professionnels.

Les individus semblent, en général, voir dans l'organisation en 12 heures un moyen d'augmenter leurs temps de repos consécutifs. Pour autant, plusieurs facteurs abondent dans le sens d'une aggravation des risques. En effet, dans une organisation en 12 heures, la fatigabilité et la pénibilité ressenties par les professionnels sont accrues, notamment en fin de poste et dans les équipes de nuit¹¹. Le temps de récupération est en outre parfois amputé par les temps de trajet domicile-lieu de travail ou par les temps de transmission.

De plus, travailler en poste prolongé peut générer une baisse de la vigilance entraînant des risques accrus d'accidents du travail et d'accidents de trajet. Des études américaines ont ainsi comparé les fréquences d'erreur médicale dans des organisations en 12 heures et des organisations classiques et ont trouvé des écarts importants en défaveur des premières¹².

1.4.2 Un risque de désocialisation de l'agent ?

Une meilleure conciliation de la vie professionnelle et vie privée est l'un des arguments avancés par les défenseurs des 12 heures. L'augmentation du nombre de jours de repos

¹⁰ Selon une enquête de l'ADHRESS réalisée en 2014 sur 600 établissements, 85 % des agents hospitaliers ayant des horaires en 12h sont satisfaits de ce dispositif

¹¹ARS Île-de-France. 2015. *Avantages/inconvénients des postes d'amplitude 12 heures*, p14.

¹² Op. Cit. p.15

libérerait davantage de temps pour ses proches et les loisirs. Toutefois, la causalité n'est pas évidente. D'une part, pour le personnel de nuit, il y a une perte de temps familial. Alors qu'une équipe en 10 heures commence en général à 21 heures, elle prend son poste vers 19 heures dans une organisation en 12 heures. Cela ne lui permet plus d'être avec sa famille au moment du dîner. D'autre part, le besoin accru de récupération induit par des horaires prolongés peut réduire le temps disponible à consacrer à la vie hors travail (Barthe, 2009).

1.4.3 La traduction d'un nouveau rapport au travail

Même si les personnels affirment aimer leur métier, la volonté de condenser leurs heures de travail pour gagner des jours de repos peut refléter le souhait de le mettre à distance. Pascale Molinier ¹³pose ainsi l'hypothèse que le travail en 12 heures permet aux soignants de construire « le meilleur compromis entre le *care* rémunéré et le *care* domestique ». Ce processus, enclenché il y a plusieurs décennies avec une baisse continue de la durée annuelle de travail va de pair avec un allongement de sa durée quotidienne, et témoigne d'une évolution de la valeur travail dans la société.

Dans une logique d'individuation, les contraintes personnelles ont progressivement pris le pas sur l'organisation collective et notamment l'organisation professionnelle et ce d'autant plus lorsque cette dernière ne donne pas à ses équipes les moyens d'exercer leur métier dans des conditions satisfaisantes pour qu'il fasse sens (Méda, Vendramin, 2013). Plus qu'un problème d'identité professionnelle, cela suggère un problème de reconnaissance sociale de certaines professions et interroge la pérennité même du modèle vocationnel infirmier ou aide-soignant (Nicole-Drancourt, Jany-Catrice, 2008).

Si les 12 heures peuvent être adaptées à certains professionnels, elles semblent entrer en contradiction avec le fonctionnement physiologique et social des individus. Elles peuvent alors avoir des répercussions négatives non seulement sur la santé et la vie sociale des professionnels, mais aussi sur la qualité de la prise en charge du patient.

¹³ Molinier, P. 2009. « Temps professionnel et temps personnel des travailleurs du « care » : perméabilité ou clivage ? Les aléas de la « bonne distance » ». *Temporalités*, n°9.

1.4.4 Quel impact sur la qualité de soins ?

La demande forte des équipes soignantes concernant la généralisation des 12 heures, souvent argumentée sur la base de l'augmentation du temps passé auprès des patients, valorise l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Néanmoins, au regard du retour d'expérience de la mise en place des 12 heures dans certains EHPAD et ex-hôpitaux locaux, on peut s'interroger sur la réalité cet allongement supposé du temps passé auprès du patient. Dans une communication conjointe avec le CNEH du 2 octobre 2012, l'ARS de Franche-Comté faisait le constat suivant :

- sur l'alimentation : réduction du temps consacré aux repas et augmentation du temps de jeûne nocturne (> 12 heures),
- sur le nursing : diminution du temps consacré aux toilettes et changes moins fréquents (risques de survenue d'escarres),
- sur le temps de sommeil : réveil des résidents la nuit pour la distribution des médicaments.

La mise en place des 12 heures, pour être efficiente en termes de prise en charge des patients, doit reposer sur des organisations paramédicales et médicales réfléchies en amont.

2 Méthodologie

Pour saisir l'impact de la mise en œuvre des douze heures sur l'activité, nous avons opté pour une approche systémique et comparative. Ainsi, outre un travail de recherche documentaire et onze entretiens menés en amont auprès d'experts (cf annexe 1), nous avons réalisé des études de cas dans trois établissements publics de santé. En particulier, le choix de trois services différents en région parisienne (psychiatrie, chirurgie viscérale et médecine interne) avait pour finalité de croiser les regards et situations pour les saisir dans leur complexité. Des observations in situ, des entretiens semi-directifs centrés sur l'activité et le recueil de documents internes (comptes rendus de réunions, bilans sociaux) ont été réalisés à cette fin.

2.1 Recueil de données

Notre groupe a choisi de privilégier l'observation en binômes constitués d'élèves de filières différentes, de manière à croiser les points de vue professionnels sur les données de terrain. L'observation a été réalisée simultanément sur les trois sites à partir d'une grille réalisée en amont, de façon collégiale par les membres du groupe ayant vocation à aller sur le terrain, de façon à adopter un regard centré sur la pratique (cf annexe 2). Néanmoins, dès les premiers entretiens, la rigueur méthodologique s'est heurtée à une première limite, à savoir que nous n'avions pas testé la grille d'entretien préalablement. Ainsi, les différents binômes se sont rendus compte, en interrogeant les personnels, que certaines questions ne permettaient pas de fournir des éléments de réponse au regard des hypothèses posées, tout comme, au fil de certains entretiens, il leur a semblé manquer certaines questions qui ont été rajoutées de manière ponctuelle par chaque binôme, ce qui n'a parfois pas permis, au moment de l'analyse, d'avoir pour chaque établissement les mêmes données à comparer. . De plus, la période d'investigation s'est avérée courte, seulement 3 jours, au regard de la complexité de notre thématique. Ceci a significativement restreint le nombre de professionnels rencontrés et disponibles sur cette période et a ainsi induit des biais de sélection dans l'analyse. Enfin, les établissements n'ont pas toujours été en mesure de fournir des indicateurs spécifiques sur le travail en 12 heures.

Les temps de transmission entre les équipes du soir et du jour ont fait l'objet d'une attention particulière, ce qui a nécessité un temps important passé sur le terrain.

Parallèlement, 31 entretiens ont été menés au sein de ces terrains d'observation, auprès des professionnels et des directions, afin d'appréhender la gestion à court et long

terme du travail en 12 heures et en insistant plus particulièrement sur l'impact de cette organisation sur les exercices professionnels. Les entretiens avec les soignants se sont déroulés dans la continuité des observations, de façon à faciliter les échanges et mettre l'accent sur l'activité concrète. Les enquêteurs pouvaient ainsi prendre appui sur les données recueillies en observation pour rebondir ou demander des précisions. Les entretiens se sont déroulés pour la majorité sur le lieu de travail, l'un d'entre eux a même été réalisé en salle de pause avec d'autres membres de l'équipe, permettant alors de mettre l'accent sur le rapport au collectif et son évolution. Pour ne pas nuire à la dynamique d'interaction qui se créait ainsi sur le terrain, nous avons décidé de ne pas enregistrer les entretiens. En revanche, les enquêteurs ont toujours pris des notes, s'efforçant de retranscrire le plus précisément le contenu des entretiens, mais aussi la description des situations.

Pour chacun des terrains, en fonction aussi des entretiens réalisés, nous avons recueilli des documents de service, des comptes rendus et des statistiques de seconde main. Ces données nous permettent de mettre en perspective et en contexte les données d'observation et d'entretiens.

2.2 Traitement des données

Les données recueillies ont été centralisées sur REAL et partagées avec l'ensemble des élèves du groupe.

Pour chaque terrain, nous avons d'abord procédé au croisement des données issues des différentes formes d'investigation. Chacun des cas a été traité individuellement comme un « cas limite d'analyse » (Beaud, 1996), possédant alors un grand pouvoir de généralité. En procédant à une approche systémique, nous avons cherché à mettre en exergue les spécificités de chaque terrain expliquant les différences d'appropriation des 12 heures.

Dans un second temps, la comparaison des terrains, sur des thématiques transversales, permet d'isoler des facteurs explicatifs des transformations du travail suite à la mise en œuvre des douze heures dans chacun des services.

3 Présentation des cas

Notre groupe a choisi de procéder en deux temps. D'abord, une description factuelle et des éléments subjectifs de contexte. Ensuite, nous avons concentré notre analyse comparative autour de quatre indicateurs (identifiés en gras dans le document) : le caractère maquetté ou non des cycles de travail ; le profil des personnels ; le ratio personnels/patients ; l'activité du service (DMS). Ces indicateurs, étayés d'éléments plus qualitatifs (implication et motivation dans les groupes de travail et gain pour les professionnels) font l'objet d'une analyse pour chacun des établissements.

3.1 Le centre hospitalier A

3.1.1 Description de l'établissement

Le centre hospitalier A est né de la fusion de deux établissements publics de santé du Nord de la région parisienne situés dans deux villes distinctes. Il comprend environ 1800 lits et places, avec un plateau technique complet, un SMUR, un EHPAD ainsi qu'un IFSI-IFAS. Le CH A emploie environ 2300 ETPR et a un budget de près de 185 millions d'euros.

Le service étudié comprend 32 lits d'hospitalisation complète de chirurgie viscérale avec une **DMS d'environ cinq jours**. Il fait partie du pôle chirurgical de l'établissement, pôle dont l'activité est mise en avant dans le projet d'établissement.

Le site d'observation a été proposé au directeur des soins par le binôme EHESP. En effet nous avons connaissance que l'encadrement de chirurgie avait travaillé sur un outil de planification pour pallier l'absence de temps de transmissions.

L'accueil a été très bienveillant de la part de toutes les personnes rencontrées ainsi que des équipes médico-soignantes avec une disponibilité appréciable et un accès facilité. Seul le médecin du travail n'a pu être rencontré malgré un rendez-vous fixé.

L'étude, réalisée sur trois jours, nous a permis d'observer une seule et même équipe jour/nuit, ce qui a réduit le nombre d'avis recueillis et donc potentiellement diversifiés. Pour autant, le fait que ce soit les mêmes personnes sur la période d'observation a permis l'instauration d'un climat de confiance avec une libération de la parole.

3.1.2 Données et analyse

➔ Historique de la mise en place

L'organisation en 12 heures a été généralisée en huit mois à partir de 2013 à l'exception du secteur de psychiatrie et des aides-soignantes de gériatrie. L'élément

déclencheur de cette généralisation était essentiellement le manque d'attractivité couplé à la forte demande des équipes de jour. En revanche, les équipes de nuit étaient très réservées sur la question. Cette généralisation a fait l'objet de groupes de travail jour/nuit, avec une attention particulière portée par l'encadrement de proximité sur la coordination IDE/AS, ce qui a été mis en exergue par l'ensemble des agents.

→ **L'organisation du service**

L'organisation suivante a été définie:

- **1 binôme IDE / AS pour 10 patients le jour,**
- **1 binôme IDE / AS pour 15 patients la nuit.**

Pour l'équipe de jour, passée en 12 heures, il n'existe **pas de cycles de travail définis**, seulement des règles connues de tous quant au nombre de jours et de week-ends à effectuer. Le cadre recueille les souhaits de chacun avant d'établir le planning mensuel. Au contraire, l'équipe de nuit a conservé des cycles de travail définis. Il est également à noter la forte implication de l'équipe médicale avec une organisation médico-soignante similaire dans un objectif de diminution de la DMS.

→ **Impact financier**

Le passage en 12 heures a permis à la direction de négocier avec l'ARS une augmentation d'activité à moyens constants. Selon les chiffres fournis, le passage des deux équipes de jour en 12 heures a permis un gain de 1,08 ETPR. Les équipes de nuit sont restées en amplitude de 10 heures et font deux heures supplémentaires payées chaque nuit travaillée. Il est cependant impossible d'établir à ce stade si cette disposition représente un gain financier par rapport au passage en 12 heures de nuit.

→ **Impact sur la cohésion d'équipe et participation à la vie institutionnelle**

En termes de participation à la vie de l'institution, le passage en 12 heures a induit un travail préparatoire plus long et une baisse de la participation des agents. En revanche, cela n'a eu aucun impact sur les formations si ces dernières sont réalisées à la journée.

→ **Impact sur la situation individuelle des professionnels**

Les impacts rapportés par les agents présents lors de nos observations ont trait de manière unanime à un gain économique : moins de frais d'essence, moins de frais de garde. Vient ensuite la diminution du nombre de jours travaillés et pour les équipes de jour, les agents se lèvent moins tôt le matin (ils commencent à 7h00 au lieu de 6h30) et rentrent

plus tôt le soir (ils finissent à 19h00 au lieu de 21h00). L'équipe de jour met aussi en avant l'établissement du planning en fonction de leurs desideratas (choix du week-end travaillé, possibilité de planifier ses rendez-vous hors temps de travail).

Enfin, en ce qui concerne la **sociologie des professionnels**. Le binôme n'a identifié aucun déterminant spécifique qui distinguerait ce service d'un service traditionnel. Le collectif interrogé est en effet composé d'un personnel marié sans enfant, ainsi que de deux personnels célibataires dont un avec un enfant de 10 ans mais la diversité des situations des autres membres de l'équipe ne permet pas de dégager une composition sociologique spécifique à ce service. De même, les personnels interrogés sont assez jeunes (moins de 40 ans). Toutefois, cette moyenne d'âge n'est pas représentative de l'ensemble de l'équipe puisque celle-ci comprend également des professionnels plus âgés.

Le ressenti de l'encadrement est que l'absentéisme n'a pas évolué depuis la mise en place des 12 heures. L'étude des bilans sociaux 2013 et 2014 montre toutefois que les taux d'absentéisme sont à la hausse, et notamment sur les arrêts maladies et les CLM/CLD. Cette contradiction témoigne donc du fait que l'encadrement souhaite que l'organisation en 12 heures bénéficie d'une image positive auprès des agents du service et de la direction, quitte à en minimiser les conséquences sur le fonctionnement du service. Ces résultats doivent être considérés avec les précautions qui s'imposent, du fait du manque de recul sur les causes spécifiques de cette hausse de l'absentéisme et des arrêts de travail.

De plus, l'inexistence d'un pool de remplacement sur l'établissement a amené le service à organiser la suppléance en faisant appel aux bonnes volontés, dans un premier temps au sein du service, puis au sein du pôle avant de faire appel aux vacataires internes, et en dernier recours, aux vacataires externes.

➔ Impact sur la prise en charge et les transmissions

Une des autres conséquences de l'organisation en 12 heures est de ne pas prendre en compte le temps de transmissions dans le temps de travail : absence d'un temps de chevauchement inter-équipe. Tout repose sur la bonne volonté des uns et des autres.

Transmissions 1	Équipe de nuit → équipe de jour	6h55 - 7h05	Observé : 10 min
Transmissions 2	Équipe de jour → équipe de nuit	18h50 - 19h 25	Observé : 35 min
Transmissions 3	Équipe de nuit → équipe de jour	7h00 – 07h05	Observé : 5 min
Transmissions 4	Équipe de jour → équipe de nuit	19h – 19h17	Observé : 17 min

Lors de nos observations, le temps de transmissions inter-équipe est allé de cinq à trente-cinq minutes en fonction de la connaissance des patients par l'équipe qui prenait le relais. Chaque agent a en moyenne un compteur d'heures supplémentaires de 36 heures à fin 2014.

En sus du dossier patient entièrement informatisé, un outil de planification a été développé, utilisé à la fois par les équipes médicales et soignantes et servant de base aux transmissions orales. A également été créé un réseau social professionnel, auquel tout le monde n'adhère pas et qui ne sert qu'aux transmissions de fonctionnement (hors prise en charge patient). L'encadrement de proximité, en décompte journalier, n'assiste plus aux transmissions orales et transmet les informations institutionnelles lors des temps de pause.

Si le cadre est amené à multiplier les points d'information, la mise en place des 12 heures a eu pour effet la réduction des temps de transmissions orales. L'autre impact des 12 heures concerne la gestion des prescriptions médicales : les infirmières ont le sentiment d'alerter tardivement les médecins en cas d'absence ou de prescription incomplète.

3.2 Le centre hospitalier B

3.2.1 Description de l'établissement

Le centre hospitalier B est un établissement public de santé de 513 lits et places, dont 240 en EHPAD. Il est constitué de cinq pôles, pour un budget de 80 millions d'euros. Le CH B emploie environ 1300 ETPR.

Le service étudié comprend 26 lits d'hospitalisation complète de médecine avec une **DMS d'environ cinq jours**. Il fait partie du pôle Médecine-Urgences de l'établissement.

Le site d'observation a été choisi par la directrice des soins qui a veillé au choix d'un service représentatif des avantages et inconvénients des 12 heures. Cette dernière avait elle-même contribué au MIP de 2013 sur cette thématique. L'équipe de direction s'est montrée très disponible et accueillante face à notre démarche. Toutefois, les entretiens laissent apparaître un risque inhérent à notre étude : l'équipe en place n'est plus composée des mêmes personnes et le nouveau chef d'établissement assume ouvertement être défavorable aux 12 heures. La directrice des soins a pour sa part une vision nuancée de ce type d'organisation.

Néanmoins, tous les éléments collectés résultent uniquement des entretiens menés et des observations réalisés. Les ressources documentaires n'ont, en effet, pu être mises à

disposition dans les délais impartis. De plus, selon un article rédigé par l'ancienne directrice des soins, la conduite du projet des 12 heures est très différente de celle qui nous a été rapportée.

Le service observé a deux singularités : une forte cohésion d'équipe et la présence d'un médecin respectueux des organisations soignantes. En effet, celui-ci veille à réaliser ses visites médicales le matin et à ce qu'elles ne se prolongent pas sur l'après midi. Par ailleurs, contrairement à des pratiques très répandues chez ses collègues, ce médecin ne prescrit pas d'actes auprès des patients qui interféreraient sur l'organisation des soins (pas de perfusions en fin de journée qui déborderaient sur l'équipe de nuit) sauf exception. De plus, il tient compte des avis des infirmiers lors des visites et est très à l'écoute. L'affichage est celui d'un service où l'équipe soudée travaille dans une bonne ambiance. Or, lors des entretiens, cette façade s'est rapidement fissurée pour laisser apparaître une remise en cause du positionnement du cadre et certains professionnels en situation d'épuisement.

3.2.2 Données et analyse

→ Historique de la mise en place des 12 heures

Les 12 heures ont été mises en place à partir de 2011 et généralisées à tous les services avec une effectivité 18 mois plus tard. Selon l'ancienne directrice des soins, l'établissement a opté pour un basculement en «*big bang*»¹⁴ dans un souci d'obtenir des résultats immédiats dans le cadre du PRE. Si les équipes n'étaient pas demandeuses, elles ne se sont pas pour autant opposées à la généralisation des 12 heures. Seul l'EHPAD est resté en 7 heures.

→ Organisation du service

Lors de la généralisation des 12 heures, la direction a opté pour un chevauchement d'équipe. Dans le service observé, les horaires de jour étaient : 7h–19h ; 8h–20h. L'équipe de nuit travaillait de 19h30 à 7h30. Les ajustements du travail en 12 heures sont marginaux (avancement d'un quart d'heure du fait des soins par exemple) dans les services et sont fonction des contraintes liées à leur activité.

Dans le service observé, chaque jour, **deux binômes IDE/AS** sont présents, chacun **s'occupant de 14 patients**. En parallèle, neuf ASH interviennent sur l'ensemble du pôle.

¹⁴ Issue de la revue « Soins cadres, la revue de l'encadrement et de la formation des cadres de santé », 2014.

Il n'existe **pas de cycle de travail maqueté**. Un pool de remplacement est sollicité pour les absences programmées. Celui-ci est difficilement mobilisable pour les absences non programmées, gérées en interne. De ce fait, la directrice des soins dispose d'une liste d'agents volontaires pour effectuer des heures supplémentaires.

→ **Impact financier**

Fin 2012, le constat est celui d'économies moins importantes que prévues¹⁵, l'établissement faisant aujourd'hui face au risque d'un nouveau PRE. Ceci peut être dû à plusieurs facteurs mis en avant par l'équipe de direction : un absentéisme en hausse augmentant les mensualités de remplacement et une non-soutenabilité du travail en 12 heures pour les professionnels en fin de carrière, les femmes enceintes et les agents en postes aménagés. Ainsi, les agents ayant un poste aménagé étaient initialement placés en sureffectif dans les services. La direction des soins a fait marche arrière et aujourd'hui les agents restent sur leur poste.

→ **Impact sur la cohésion d'équipe et participation à la vie institutionnelle**

La cohésion d'équipe existante est l'un des atouts de ce service de médecine. Ceci conduit à un nombre de candidatures élevé (6) lors d'une vacance de poste.

Selon les professionnels interrogés, les 12 heures n'ont pas semblé modifier la cohésion dans l'équipe. Ainsi, selon nos observations, en dépit des pauses décalées prévues, les deux binômes de jour vont ensemble en pause le matin, quitte à se lever pour répondre aux sonnettes. Le cadre dit accepter de répondre à certaines sonnettes le midi afin de garantir un temps en équipe. Bien que les 12 heures ne semblent pas avoir eu d'impact sur la cohésion d'équipe, cela a toutefois conduit à des rencontres plus espacées entre les professionnels. Face à cela, certains ont développé des stratégies afin de garder un contact. A titre d'exemple, le binôme a pu observer qu'une aide-soignante qui n'avait pas vu une de ses collègues depuis 3 mois -car leurs services respectifs ne les amènent pas à se trouver en poste en même temps- a laissé un « petit mot » d'amitié à son attention en salle de pause.

De leur côté, les cadres interrogés pointent une baisse d'investissement des agents dans les groupes de travail, avec une mobilisation plus ardue. Ceci a d'ailleurs été confirmé

¹⁵ Dans son rapport d'observations définitives de juin 2014, la Chambre régionale des comptes a procédé à une comparaison entre les prévisions et les réalisations. On constate que les 12 heures devaient produire des économies à hauteur d'un quart du PRE. En réalité, cela n'a représenté que 8% du PRE.

par les équipes de direction avec une difficulté accrue pour les équipes de nuit. Les cadres de service évoquent également les difficultés à faire les plannings, réalisés selon les desiderata des équipes, à partir d'un calendrier disponible en salle de pause. Des règles sont toutefois fixées : deux jours maximum de travail d'affilée et dérogation possible au-delà sur autorisation de la directrice des soins.

→ Impact sur la situation individuelle des professionnels

Les trois professionnels interrogés présentaient **des situations individuelles différentes, en termes d'âge (de 30 à 50 ans) et de vie familiale.**

Bien que l'organisation en 12 heures soit acceptée par les différents agents, leur perception de l'avenir est très intéressante. Ainsi, l'un d'entre eux, âgé de 49 ans, se dit épuisé mais continue le travail en 12 heures car il n'a pas le choix : « *un jour pousse l'autre* ». Un autre n'envisage pas de perspective actuellement, étant en début de carrière. Enfin, un autre nous explique qu'en dépit de son choix de travailler en 12 heures du fait de sa situation familiale et de l'intérêt qu'il porte à son métier, il ne pourra pas continuer ainsi. L'impact physique et psychologique de l'organisation en 12 heures est donc palpable et implique l'identification de variables d'ajustement pour ces professionnels.

→ Impact sur la prise en charge et les transmissions

Les transmissions se déroulent de la manière suivante :

Transmissions 1	Équipe de nuit → équipe 1	7h – 7h30	Observé : 20 min
Transmissions 2	Équipe 1 → équipe 2	8h – 8h15	Observé : 15 min
Transmissions 3	Équipe 1 ← équipe 2 Cadre et paramédicaux	13h – 13h30	Non observé
Transmissions 4	Équipe 1 → équipe 2	18h – 18h15	Observé : 10 min
Transmissions 5	Équipe 2 → équipe de nuit	19h30 – 20h	Observé : 30 min

Les transmissions se basent sur quatre supports différents, partiellement informatisés. Le classeur patient est utilisé pour les transmissions ciblées. Une fiche « navette » pour les antécédents et les soins est complétée par le tableau d'information ou « planification » qui concerne la prise en charge et les rendez-vous. La fiche de liaison médicale, spécifique au service, est un support d'information pour le médecin, lors de la visite médicale (examens, prescriptions). Cette multiplication d'outils peut conduire à une déperdition de l'information. Nous avons ainsi assisté au report du TEP-Scan d'un patient pour qui le jeûne n'a pas été respecté alors même qu'il était inscrit dans le dossier du patient.

Du fait de la sectorisation du service et des horaires décalés des équipes de jour, les transmissions sont plus détaillées auprès de l'équipe de nuit s'il s'agit des patients que l'équipe a elle-même pris en charge.

Selon l'encadrement, la qualité des soins n'a pas été modifiée mais l'équipe soignante est plus irritable en fin de journée et l'information circule moins bien. Certains cadres pointent ainsi le fait qu'ils soient souvent le point d'ancrage pour la circulation de l'information tout au long de la semaine. Bien qu'ils déplorent ce rôle dû au risque de perte d'information, ceci les rapproche néanmoins de leur ancien métier d'infirmier, auxquels tous ceux que nous avons rencontrés semblent attachés : « *on reste des infirmières* ».

Le risque de perte d'information suite aux 12 heures a pourtant été pris en compte au sein des équipes du service. Ainsi, nous avons pu constater une multiplication des temps de transmissions dans le service observé, alors même que l'organisation en 12 heures a pour objectif de réduire voire supprimer ceux-ci. De manière imagée, le terme de « *bouts de transmissions* » nous a été évoqué, ceux-ci conduisant à des doublons ou un manque d'informations. Ainsi, en dépit des multiplications de transmissions, la perte d'information reste présente. Nous avons d'ailleurs pu le constater avec des informations délivrées lors de la visite médicale ou lors des transmissions du midi qui étaient oubliées ou non transmises le soir.

Un des professionnels interrogés a convenu que le temps passé auprès du patient avait eu tendance à se réduire et nous a décrit une organisation quasi-chronométrée, malgré une réadaptation de la fiche de tâches. Ce « minutage » du travail des soignants suite aux 12 heures est dû notamment à une non-réorganisation du service. Ainsi, les équipes de jour tentent d'effectuer en 12 heures ce qui était auparavant réalisé en 14 heures. Pourtant, les équipes de nuit évoquent une intensification de leur travail, du fait de leurs deux heures supplémentaires, conduisant nombre d'entre eux à venir en avance au travail.

3.3 Le centre hospitalier C

3.3.1 Description de l'établissement

Le CH C est un établissement public de santé de 745 lits et places. Il est constitué de 7 pôles pour un budget de 242 millions d'euros. Il emploie environ 2705 ETPR.

Le service étudié comprend 12 lits d'hospitalisation de courte durée d'urgences psychiatriques, plus un lit d'apaisement, avec une **DMS d'environ 2,7 jours**. Il fait partie du pôle psychiatrie de l'établissement.

Le site d'observation a été choisi par le directeur des soins. Le service d'urgences psychiatriques est un service phare de l'hôpital. Il constitue en effet un maillon ville-hôpital indispensable dans l'organisation de la filière psychiatrique. Sa spécificité est notamment d'avoir des hospitalisations courtes. Si la charge psychique est importante pour les soignants, en revanche, la charge physique y est moindre. Le nombre de patients pris en charge par une infirmière varie de 3 à 6, ce qui paraît particulièrement peu comparé à un service de médecine comme au CH B. Le personnel de l'unité témoigne avoir fait le choix de ce rythme de travail et apprécie ce fonctionnement.

L'encadrement, l'équipe médicale et paramédicale a été particulièrement disponible et soucieuse de partager son expérience. Un planning précis, aussi bien dans l'ordre des entretiens que des personnes rencontrées, a été programmé dans l'idée de nous montrer le bon fonctionnement d'un service « vitrine » en 12 heures. Le directeur des soins a de plus exprimé avoir le projet de généraliser cette organisation : « *le tout 12h, moi je suis pour !* ». Notre venue a donc été l'occasion de promouvoir ce mode d'organisation. Par ailleurs, afin d'obtenir l'adhésion des personnels, une procédure standardisée pour valider le passage en 12 heures a été mise en place en 2014. L'établissement semble donc indéniablement engagé dans une procédure de légitimation de ce cycle de travail.

3.3.2 Données et analyse

➔ Historique de la mise en place des 12 heures

L'ensemble du pôle psychiatrique fonctionne aujourd'hui avec une organisation du temps de travail en 12 heures. L'observation suivante a été réalisée sur une unité du pôle, l'« unité 72 heures » (U72).

L'U72 a ouvert en avril 2005 avec une organisation horaire en 8 heures. Le passage en 12 heures s'est fait suite à la demande des professionnels, en premier lieu desquels les infirmières, en avril 2008. Les arguments avancés par les personnels en faveur du passage aux 12 heures étaient alors :

- un « meilleur épanouissement professionnel (planning quasi régulier et au moins deux jours de congés consécutifs) et donc un épuisement professionnel moindre » ;
- un réel travail en binôme entre les IDE et les AS ;
- une prise en charge continue et globale du patient ;
- une meilleure coordination entre le personnel médical et le personnel paramédical ;
- la possibilité de désigner une IDE référente pour les infirmiers étudiants ;

- une plus grande disponibilité des IDE pour les réunions et les staffs ;
- un facteur d'attractivité pour le recrutement et la fidélisation des personnels ;
- une moindre dilution de l'information liée à des temps de transmission réduits.

Cette demande a reçu l'aval de la direction, après avis du Comité technique de l'établissement, et sous réserve d'une période d'essai de six mois devant donner lieu à une évaluation.

D'une manière générale, le passage en 12 heures a fait l'objet d'une concertation préalable et d'une préparation. Des groupes de travail incluant les personnels ont été créés. De plus, un réajustement partiel des fiches de poste a été effectué en 2009 puis en 2015. Enfin, une remise à plat de l'organisation des services a été réalisée.

Le passage en 12 heures s'est déroulé sur quatre mois et demi : l'équipe de jour dans un premier temps puis l'équipe de nuit. Pendant ce laps de temps, des horaires décalés ont été instaurés : 7h-19h et 9h-21h. Aujourd'hui, l'ensemble du personnel travaille selon le modèle des 12 heures.

→ Organisation du service

Depuis le passage aux 12 heures, les équipes sont effectivement présentes pendant 12h15 afin d'assurer les temps de transmission. L'équipe de jour travaille ainsi de 7h00 à 19h15 et l'équipe de nuit de 19h à 7h15. Elles bénéficient ainsi au total de 55 minutes de temps de récupération sur ces 12h15 de présence, qui correspondent à 5 minutes d'habillage, 5 minutes de déshabillage, 30 minutes de repas et 15 minutes consacrées aux transmissions.

En cas d'arrêt de travail de courte durée, l'encadrement rapporte que les professionnels en repos sont sollicités dans le respect de la réglementation, soit au maximum 48 heures hebdomadaires ; il n'y a plus de recours à l'intérim depuis 2014 dans un souci financier. En outre, pour le fonctionnement estival, des embauches saisonnières sont effectuées.

→ Impact financier

L'enjeu financier n'était pas le premier argument avancé par les personnels plaidant pour l'instauration des 12 heures. En revanche, la généralisation des 12 heures à l'ensemble de l'établissement est considérée comme un levier important par le directeur des soins, qui voit dans ce mode d'organisation un moyen d'économiser jusqu'à 50 ETPR dans le cadre du PRE 2015-2018.

→ Impact sur la cohésion d'équipe et sur participation à la vie institutionnelle

A l'issue des entretiens menés à la fois auprès des personnels et des cadres, il apparaît que le passage aux 12 heures n'a pas affecté la cohésion et les relations dans et entre les équipes. Les personnels de l'U72 organisent par exemple des repas et des sorties conviviales en dehors des heures de travail. Les personnels apprécient avoir un même interlocuteur et ont « *la sensation de plus travailler ensemble* ». Ils notent également une amélioration des relations avec les médecins. L'évaluation réalisée à six mois avait déjà pointé des aspects positifs de cette nouvelle organisation sur la dynamique des équipes ainsi que sur le travail en binôme AS/IDE. Cette situation doit beaucoup à la vigilance de la cadre de santé qui modifie les binômes chaque année pour limiter le cloisonnement induit par les 12 heures.

Concernant la vie institutionnelle de l'établissement, il semble que la moindre participation des personnels aux réunions ne soit pas due à l'instauration des 12 heures. En effet, la densification du travail n'incite pas les personnels à revenir pour participer à des réunions sur leur temps de repos. Ils disent bénéficier des informations échangées par le biais des comptes-rendus affichés dans le service. Le pôle psychiatrique demeure néanmoins particulièrement actif et investi dans la vie du centre hospitalier, comme l'illustre la composition de la CSIRMT dont la moitié des membres est issue de ce pôle.

→ Impact sur la situation individuelle des professionnels

D'une manière générale, les professionnels se disent satisfaits par l'instauration du travail en 12 heures pour lesquels ils étaient au préalable majoritairement favorables.

Certes, ils reconnaissent pour certains être plus fatigués qu'en 8 heures, mais tous soulignent que les jours de repos supplémentaires leur permettent une meilleure récupération, voire, *in fine*, une meilleure concentration lors de leur temps de travail. Il faut mettre ce constat en parallèle avec le fait qu'il s'agit d'une équipe jeune, dont la capacité de récupération est rapide comme l'indique le médecin du travail de l'U72. Dans quelques cas cependant les 12 heures ont un impact sur la santé physique et psychique des soignants : dette de sommeil, fatigue, inattention au volant ou encore charge mentale. Néanmoins, l'absence de données précises ne permet pas d'attester d'un absentéisme ou d'une accidentalité plus forte liés aux 12 heures. La DRH a confirmé qu'il n'y avait pas eu plus d'arrêts de travail depuis l'instauration des 12 heures, tout comme le taux de rotation, resté stable et relativement faible dans l'U72.

Concernant la conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle, après plusieurs années de mise en œuvre, les soignants se déclarent largement satisfaits par cette organisation qui leur offre plus de temps de repos et de loisirs. Ils réalisent moins souvent le trajet entre leur domicile et l'hôpital, la grande majorité des personnes rencontrées devant utiliser leur voiture. Certains agents ont souligné la persistance de difficultés à trouver des moyens de garde, mais pas davantage qu'avec un autre système horaire, voire moins car cela implique de partir moins tôt le matin et moins tard le soir.

➔ Impact sur la qualité de la prise en charge et des transmissions

D'une manière générale, selon les professionnels et les cadres, la prise en charge des patients est plus satisfaisante. Il y a une meilleure continuité de la prise en charge et la collaboration avec les médecins est facilitée. Pour les professionnels, le patient se reconnaît davantage dans cette organisation où il peut identifier un soignant référent.

Les transmissions ont lieu deux fois par jour : à 7 heures et 19 heures. Elles se déroulent dans le bureau infirmier, porte fermée, avec toute l'équipe de jour et de nuit et les étudiants en stage. Les cadres de santé n'assistent pas aux transmissions sauf information exceptionnelle à donner ou pour contrôler les horaires d'arrivée.

Transmissions 1	Équipe de jour → équipe de nuit	19h – 19h20	Observé : 20 min
Transmissions 2	Équipe de nuit → équipe de jour	7h02 – 7h19	Observé : 17 min
Transmissions 3	Équipe de jour → équipe de nuit	19h01 – 19h26	Observé : 25 min
Transmissions 4	Équipe de nuit → équipe de jour	7h-7h26	Observé : 26 min

Les transmissions observées durent entre 17 et 26 minutes, soit plus que les 15 minutes prévues par l'organisation. Tous les patients sont passés en revue (motifs d'hospitalisation, état de santé du jour, traitement prescrit et devenir), cela signifie que dans une unité avec 12 patients, deux minutes au maximum sont consacrées à chaque patient. Les soignants font part de leur ressenti pour chacun. En général, les transmissions se déroulent dans le calme, même s'il arrive qu'elles soient interrompues par l'activité du service ou par des coups de téléphone.

Parmi les outils utilisés dans le cadre des transmissions, il y a les fiches récapitulatives, le compte-rendu des urgences psychiatriques et le dossier patient, généralement lu a posteriori par les professionnels. Seules les prescriptions sont informatisées.

Après le temps d'échange oral, une lecture des dossiers patients est réalisée par les soignants pendant environ une demi-heure.

En dehors de ces transmissions formalisées, il existe également des temps de transmission informels entre les professionnels, en particulier à la pause repas.

Du point de vue des professionnels, le temps des transmissions raccourci à 15 minutes permet de gagner en efficacité. Les transmissions seraient ainsi « *moins nombreuses et plus synthétiques* », avec « *moins de digressions* » alors qu'elles étaient auparavant « *mortelles* ». Il s'agit désormais d'« *aller à l'essentiel* » sans pour autant perdre en qualité. Cependant, pour les IDE interrogées, ce temps raccourci génère malgré tout « *une certaine frustration [...] 15 minutes, c'est trop court* ».

Pour gagner en efficacité sans perdre en qualité, une partie des professionnels a suivi une formation à la transmission ciblée en 2010. Ils ont formé à leur tour les nouveaux arrivants. Un nouveau programme de formation démarre en 2015. Dans d'autres unités du pôle psychiatrique, des outils complémentaires ont été mis en place par la cadre de santé, comme une planification murale ou encore un temps d'échanges mensuel, sous la forme « d'analyse des pratiques ».

4 Discussion et préconisations

A l'issue de notre étude comparative des trois sites, il apparaît que plusieurs prérequis sont indispensables à une mise en place réussie du travail en 12 heures. Afin que les équipes trouvent leur compte dans l'organisation de leur temps de travail sans que la qualité de la prise en charge des patients n'en soit pas affectée, quatre conditions se révèlent nécessaires.

En premier lieu, la composition sociologique des équipes est un élément essentiel. L'étude comparative des cas montre en effet que les services en 12 heures fonctionnant le mieux sont ceux où la moyenne d'âge des équipes est inférieure à 40 ans. Ce paramètre garantit en effet une capacité de récupération accrue et un moindre impact du temps de travail prolongé en termes de fatigabilité et de pénibilité que chez des professionnels plus âgés. De plus, après analyse des entretiens menés, il ressort que les professionnels les plus satisfaits par les 12 heures sont ceux qui ont pu adapter leur vie familiale à ce mode d'organisation, soit parce qu'ils n'ont pas de contraintes familiales (les célibataires sans enfant notamment), soit parce qu'un conjoint est présent pour prendre le relais. Enfin, parce qu'au terme d'un poste en 12 heures la fatigue est accrue et la vigilance est moindre, il est préférable que les temps de trajet des professionnels entre leur domicile et leur lieu de travail soient courts (autour de 30 minutes).

En second lieu, pour une mise en place réussie, l'activité de service doit être compatible avec une organisation en 12 heures. Ce mode d'organisation fonctionne ainsi particulièrement bien dans l'unité d'urgences psychiatriques du centre hospitalier C où la charge physique est moins importante que dans les autres établissements observés, en particulier le service de médecine de l'établissement B. Le ratio personnel/patient est également un critère significatif. Au vu des terrains d'observation, plus ce ratio est favorable, moins la qualité de la prise en charge des patients est affectée par la mise en place des 12 heures. Enfin, la temporalité de l'activité (DMS) doit être en adéquation avec l'organisation en 12 heures. Concernant ce préalable, la situation du site observé C est idéale puisqu'avec une DMS de près de 3 jours, le temps d'hospitalisation des patients correspond exactement au temps de travail d'une même équipe en 12 heures sur 3 jours ou 3 nuits consécutifs.

En troisième lieu, pour une instauration réussie des 12 heures, il est indispensable que le service ne connaisse pas de dysfonctionnement majeur au préalable. Cela implique que le cadre de proximité soit apte à accompagner le projet, notamment à travers un plan

de communication adéquat. Afin d'éviter toute altération des relations entre les professionnels et pour maintenir des temps d'échange informels palliant le raccourcissement des transmissions, une bonne cohésion d'équipe est également nécessaire. Enfin, dans les trois services observés, le maintien de la qualité de la prise en charge des patients est conditionné par une coordination médico-soignante effective.

En quatrième et dernier lieu, la mise en place des 12 heures fonctionne d'autant mieux lorsque, comme pour les établissements A et C, elle émerge d'une demande formulée par les personnels eux-mêmes.

Si la réunion de ces prérequis est un préalable nécessaire à la réflexion sur le passage aux 12 heures, elle n'est en rien suffisante et doit s'accompagner d'une démarche de gestion de projet adaptée. Ainsi, nos différentes observations nous ont conduits à élaborer les préconisations suivantes.

4.1 Mettre en œuvre une conduite de projet adaptée face à l'organisation en 12 heures

En fonction des sites observés, nous avons constaté que les 12 heures avaient été mises en place pour trois motifs, parfois cumulatifs :

- faire face à une pénurie de soignants,
- un contexte financier difficile,
- une demande des personnels.

Dans certains cas, les personnels sont demandeurs, dans d'autres, ils ne sont pas opposants. Les principales réticences se manifestent au niveau de l'équipe de nuit. Dans ce cadre, nous avons identifié plusieurs points de vigilance.

En premier lieu, lors d'une décision de mise en place des 12 heures, l'établissement doit s'attacher à évaluer l'impact économique de cette décision. Toute la difficulté revient à effectuer un bilan coûts/avantages d'ensemble (gains en ETPR, dépenses liées à l'absentéisme, heures supplémentaire, recours à l'intérim).

En second lieu, en termes de conduite de ce projet, l'implication de tous semble indispensable : de la direction au personnel, en passant par l'encadrement, la médecine du travail et les organisations syndicales. Cette démarche collégiale et pluridisciplinaire peut se traduire par la mise en place de groupes de travail, qui ont vocation à identifier les risques et freins potentiels du projet. En complément, un plan de communication doit permettre de favoriser l'adhésion interne à cette démarche.

En troisième lieu, le passage aux 12 heures doit s'accompagner d'une remise à plat à la fois des cycles de travail et de leur organisation. Il s'agit d'une part, de questionner les roulements pour limiter le cloisonnement des équipes et, d'autre part, de repenser les organisations et la distribution des tâches de jour et de nuit (lissage, redistribution).

4.2 Mettre en place des outils adaptés

A l'issue de nos observations, nous pouvons dire qu'un passage réussi à des organisations de travail en 12 heures nous semble facilité par plusieurs outils :

- ✓ La formation aux transmissions ciblées, écrites et orales dans une optique qualitative, est nécessaire (listing de cibles, transmissions courtes et efficaces, en particulier en termes de priorisation).
- ✓ Le retour à la planification murale et ou papier a semblé indispensable dans certains services, alors même qu'elle avait été abandonnée avec l'évolution des pratiques et des techniques.
- ✓ L'informatisation du dossier patient permet de centraliser les informations et ainsi de limiter la perte d'efficacité des transmissions. L'adoption de cet outil est cependant fortement conditionnée par une formation du personnel à sa bonne utilisation.

4.3 Évaluer régulièrement le dispositif en 12 heures

Si la mise en place d'une organisation en 12 heures trouve son origine dans un diagnostic partagé, sa pertinence doit être questionnée quelques mois après sa mise en œuvre pour évaluer son fonctionnement concret. Ainsi, cette démarche doit se traduire par :

- la mise en place d'une « commission de suivi des 12 heures » (DRH et DS, cadre de proximité, médecin du travail), qui sera également chargée de réfléchir à une possible extension ou adaptation ;
- le choix de tableaux de bord et d'indicateurs adaptés tels que ceux proposés ci-dessous.

Indicateurs de suivi des 12 heures	
<i>Ressources humaines</i>	<i>Qualité / soins</i>
Taux comparatif d'absentéisme entre 8h et 12h de travail et causes d'absentéisme (TMS, dépression, burn-out,...)	Heure de survenue des évènements indésirables sur l'amplitude horaires de travail (0 à 12h)
Taux comparatif accidents du travail et maladies professionnelles entre 8h et 12h	Heure de survenue des AES/AEV sur l'amplitude horaire (entre 0 et 12h)
Taux comparatif d'accidents de trajet entre 8h et 12h	Évolution du taux d'escarre
	Evolution du jeûne nocturne

4.4 Éviter la généralisation du temps de travail en 12 heures

Nos observations ont montré que si la mise en œuvre des 12 heures apparaît pertinente et adaptée dans certains services, sa généralisation à l'ensemble de l'établissement, séduisante en théorie, se révèle contraire aux principes de management durable.

En effet, à long terme, le travail en 12 heures apparaît inadapté pour les professionnels souffrant de fatigue physique et psychologique (allongement de la durée de travail continu, service « lourd ») et ne permet pas le nécessaire reclassement des personnels et le maintien dans l'emploi de certains professionnels (restrictions horaires ou physiologiques).

Plus largement, le développement d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences de qualité et durable (gestion des âges, sociologie particulière des personnels favorables aux 12 heures) implique le maintien de cycles de travail multiples et plaide pour la mise en place d'un « système hybride ».

Enfin, la généralisation, parce qu'elle uniformise et rigidifie le fonctionnement de l'établissement, induit une entrave à la nécessaire sauvegarde de la liberté de choix des personnels quant à l'organisation de leur temps de travail. Par ailleurs, elle implique que ceux qui ne sont pas capables ou ne souhaitent pas travailler en 12 heures sont contraints à envisager leur avenir professionnel autrement, transformant l'hôpital en tant qu'institution, en un instrument d'exclusion.

En conclusion : une prise en charge pertinente mais fortement conditionnée

Les 12 heures sont à un carrefour. S'y croisent des enjeux économiques, dont la volonté affichée par de nombreux établissements de réduire les RTT, et des intérêts individuels en faveur d'un temps de loisir accru. La continuité du service s'inscrit en toile de fond.

Dans ce cadre, notre travail a cherché à mesurer les conséquences de la mise en œuvre des 12 heures sur les exercices professionnels et sur la pérennité des organisations. Trois études de cas sont venues étayer notre analyse. Les conclusions de notre enquête sont profondément ambiguës : d'une part, le passage aux 12 heures est pertinent dans certains services et apparaît plébiscité par les professionnels quand, d'autre part, leur extension voire leur généralisation ne sont pas souhaitables, tant la pérennité d'une telle organisation est questionnée.

En tout état de cause, la mise en œuvre ciblée des 12 heures nécessite une préparation attentive et un suivi minutieux. En particulier, une forte implication de la direction, l'adaptation du management par les cadres de proximité et la volonté des agents semblent indispensables et doivent être associés au choix d'indicateurs d'évaluation pertinents.

Élément de mutation des organisations de travail, les 12 heures redéfinissent également les exercices professionnels. En filigrane, se dessine *in fine* une interrogation très large sur l'avenir même du métier de soignant et sur son essence : prendre soin du patient.

Bibliographie

Ouvrages

Méda, D. 1995. *Le travail - une valeur en voie de disparition*. Aubier. 357p.

Méda, D. et Vendramin P. 2013. *Réinventer le travail*. PUF. 272p.

Rapports et articles spécialisés

Actusoins. *Le grand retour du travail en 12h*. 2014. Disponible sur internet : <http://www.actusoins.com/25452/grand-retour-du-travail-en-douze-heures.html>.

Almendros, C. 2015. *Inquiétante expansion du travail en 12 heures*. Espace infirmier. Disponible sur internet : http://www.espaceinfirmier.fr/actualites/au-jour-le-jour/articles-d-actualite/150427-inquietante-expansion-du-travail-en-12-heures-a-l-hopital.html?utm_campaign=2610320&utm_content=10381926371&utm_medium=email&utm_source=SmartFocus

ARS Île-de-France – EPOD (Efficience des Pratiques, des Organisations et de la Dépense). 2015. *Avantages / inconvénients des postes d'amplitude 12 heures - Éléments d'appréciation de l'organisation paramédicale*. 42 p.

Barthe, B. 2009. « Les 2x12h : une solution au conflit de temporalités du travail posté ? ». *Temporalités*, n°10.

Chambre régionale des comptes. 2014. Centre hospitalier de Fontainebleau – Exercices 2007 et suivants - Observations définitives. 44p.

Ledoyen, J-R., Waelli, M. et les membres du MIP 2011. 2011. *Le travail en douze heures : solution d'avenir ou fuite en avant ?*. Les cahiers hospitaliers.

Ledoyen, J-R., Waelli, M. et les membres du MIP 2013. 2013. *Travailler en 12 heures*. EHESP.

Milachon, N. 2014. « Temps de travail et impact sur la qualité des soins ». *Soins cadres, la revue de l'encadrement et de la formation des cadres de santé*, n° 90, p51-53.

Molinier, P. 2009. « Temps professionnel et temps personnel des travailleurs du « care » : perméabilité ou clivage ? Les aléas de la « bonne distance » ». *Temporalités*, n°9.

Nicole-Drancourt, C. et Jany-Catrice, F. 2008. *Le statut du care dans les sociétés capitalistes. Introduction* », Revue Française de Socio-Économie, n° 2, p7-11.

Quéguiner, T. 2011. *Les 12 heures à l'hôpital : une polémique sans fin ?*. Hospimédia. Disponible sur internet : <<http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20130408-ressources-humaines-les-12-heures-a-l-hopital>>

Rivat, V. 2013. *La mise en place des postes de travail en douze heures dans les services de soins : un outil de performance pour les directeurs des soins*. Mémoire EHESP, 91p.

Vincent, F. 2014. *Le travail en 12 heures à l'hôpital, de la dérogation à la généralisation ?*. DIM GESTES (Domaine d'Intérêt Majeur – Groupe d'étude sur le travail et la souffrance au travail).

Autres

Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH). 2010. *Le travail en 12 heures : le point de vue des médecins du travail*.

Groupe de travail Décision Santé/Stratégie Santé et EHESP. 2013. *Les 12 heures à l'hôpital : solution d'avenir ou fuite en avant ?*. Colloque ADRHESS «La gestion du temps de travail à l'hôpital en 2013 : le dernier des gisements ?» Disponible sur internet : <http://www.adrhess.fr/ckfinder/userfiles/documents/ARTICLE_COURT_ADRHESS_vf.pdf>

Julia, V. 2014. *Lean management à l'hôpital : des soins à la chaîne ?*. Radio France Inter. Disponible sur internet : <<http://www.franceinter.fr/emission-lenquete-de-la-redaction-lean-management-a-lhopital-des-soins-a-la-chaine>>

Vincent, F. 2014. *Travailler pour son « temps de repos » : usages et réappropriations du dispositif public du travail « en 12h » à l'hôpital public*. Colloque international Université Paris Dauphine.

Textes juridiques

Arrêt N°1001964 du 16 février 2012, Tribunal Administratif de Bordeaux

Circulaire DGOS/RH3/2015/3 du 7 janvier 2015 portant annonce de la mise en place d'un groupe de travail de la commission hygiène, sécurité et conditions de travail du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière sur l'organisation du travail en postes

d'amplitude 12 heures, et rappelant les dispositions réglementaires qui encadrent ce type d'organisation.

Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Annexe 2 : Grilles témoins d'entretien et d'observation in situ

Annexe 3 : Grilles d'entretien et d'observation au sein de l'établissement A

Annexe 4 : Grilles d'entretien et d'observation au sein de l'établissement B

Annexe 5 : Grilles d'entretien et d'observation au sein de l'établissement C

Annexe 6 : Tableau récapitulatif des données recueillies dans les sites observés

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

- Gérard Guingouain, psychosociologue, entretien du 28 avril 2015
- Véronique Sauvage, élève Directrice des soins, responsable du pôle pédiatrie au CHU de Rennes avant son entrée à l'EHESP, entretien du 28 avril 2015
- Véronique Séry et Véronique Montes, élèves Directrices des soins en charge d'une mission EHESP Conseil concernant les 12 heures, entretien du 29 avril 2015
- Véronique Rivat, DSCG du CH du Cotentin, auteur d'un mémoire intitulé « La mise en place des postes de travail en douze heures dans les services de soins : un outil de performance pour le directeur des soins », décembre 2013, entretien téléphonique du 7 mai 2015
- Alexis Cherubin, Directeur du CH de Bourbon-Lancy, entretien téléphonique du 12 mai 2015
- Jean-Marie Barbot, Président de l'ADRHESS, entretien téléphonique du 12 mai 2015

Annexe 2 : Grilles témoins d'entretien et d'observation in situ

1. Grille d'entretien auprès des professionnels

ELEMENTS SOCIOLOGIQUES	
Age	
Ancienneté dans la fonction et dans le poste	
Situation familiale	
Distance domicile/travail	
Moyen de transport	
CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE	
Préparation en amont du passage à 12 heures et délai de préparation (3 mois, 6 mois...)	
Ajustement /évaluation intermédiaire ; existe-t-il des écrits sur ces ajustements ?	
Les fiches de poste ont elles été réajustées (toutes/en partie)	
Volontaire pour les 12 heures (vous, vos collègues)	
Motivation pour les 12 heures (de l'établissement/de vous)	
ORGANISATION DU SERVICE ET DES SOINS	
Organisation effective : heures supplémentaires, horaires de travail, roulement, gestion des absences (prévues/non prévues), mensualités d'été, pauses, repas	
Description des transmissions	
Qualité des transmissions (satisfaction ? - axes d'amélioration)	
Quels outils utilisez-vous ?	
Avis sur les outils	
Existence de glissement de tâches ? Amplifiée par les 12 heures ?	
CONSEQUENCES DE LA MISE EN PLACE DES 12 HEURES	
Relations avec les collègues : existe-t-il des attentes insatisfaites quant à la qualité des relations avec les collègues ?	
Relation au travail : êtes-vous satisfait de votre travail ?	
Ce niveau de satisfaction a-t-il évolué avec les 12 heures ?	
Quelles conséquences sur l'intégration des nouveaux agents ? et des élèves ?	
Quelle relation entre les équipes et l'encadrement de soins ? Le cadre assiste-t-il aux transmissions au moins en partie ou a-t-il recréé un autre cadre relationnel ?	
Relations avec les autres intervenants (paramédicaux, médicaux)	
Impact des 12 heures sur la relation avec les patients	
Participation aux groupes de travail/activité transversale => éléments très concrets à cibler ! : historique de l'organisation des réunions avant les 12 heures (nb de réunions, thématiques, nb de participants et variété des participants, évolution des thématiques abordées lors de ces réunions)	
AVIS SUR LES 12 HEURES	
Avantages & inconvénients des 12 heures à vos yeux ?	
Contraintes liées à la vie personnelle (horaires du conjoint...)	

2. Grille d'entretien auprès de l'encadrement

	CSS	CS	DS	DRH	QUALITE
CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE					
Préparation en amont du passage à 12 heures et délai de préparation (3 mois, 6 mois...)					
Ajustement ensuite/évaluation intermédiaire ; existe-t-il des écrits sur ces ajustements ?					
Les fiches de poste ont elles été réajustées (toutes/en partie) ?					
Volontaire pour les 12 heures (vous, vos collègues)					
Motivation pour les 12 heures (de l'établissement/de vous)					

ORGANISATION DU SERVICE ET DES SOINS					
Organisation effective : heures sup, horaires de travail, roulement, gestion des absences (prévues/non prévues), mensualités d'été, pauses, repas					
Description des transmissions y assistez-vous ?					
Qualité des transmissions (satisfaction ? - axes d'amélioration)					
Avis sur les outils et l'utilisation effective de ceux-ci					
Quel plan de formation sur les outils / les transmissions					
Existence de glissement de tâches ? Amplifiée par les 12 heures ?					
CONSEQUENCES DES 12 HEURES					
Relations avec les équipes, au sein des équipes et entre les équipes : existe-t-il des attentes insatisfaites quant à la qualité de ces relations ?					
Quelles conséquences sur l'intégration des nouveaux agents ? et des élèves ?					
Y a t il eu des changements dans l'équipe depuis les 12 heures (composition, structure, mouvements, départs à la retraite...)					
Impact des 12 heures sur les autres intervenants (paramédicaux, médicaux)					
Impact des 12 heures sur la satisfaction des patients					
Participation aux groupes de travail/activité transversale => éléments très concrets à cibler ! : historique de l'organisation des réunions avant les 12 heures (nb de réunions, thématiques, nb de participants et variété des participants, évolution des thématiques abordées lors de ces réunions)					
AVIS SUR LES 12 HEURES					
Avantages & inconvénients des 12 heures à vos yeux ?					
CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE					
Nombre de lits					
Nature de l'activité/saisonnalité/variabilité					
Sectorisation					
Taux d'occupation du service					
Attractivité du service pour les personnels et rôle des 12 heures dans cette attractivité					
EFFETS SUBSEQUENTS DES 12 HEURES					
Impact sur les fiches d'évènement indésirable					
AT/MP : niveau, nature, impact des 12 heures					
Postes aménagés : existence, origine, gestion					
Taux de rotation des personnels : niveau et évolution					
Accès à la formation des personnels en 12 heures					
Organisation de l'évaluation des personnels : problème ou pas ?					

3. Grille d'entretien auprès de la médecine du travail

IMPACTS DES 12 HEURES SUR LA SANTE AU TRAVAIL			
Date de votre arrivée (avant ou après les 12 heures) ?			
Votre avis a t il été recueilli ?			
Constats sur l'impact des 12 heures sur la santé (physique et psychique) des agents			
Quel type d'impact (TMS, dépression, sommeil...)			
Constats sur l'impact des 12 heures sur l'absentéisme			
Evolution des AT/MP : les 12 heures ont-elles un rôle dans cette évolution ?			
Constats sur l'impact des 12 heures sur les relations entre les personnels			

4. Grille d'observation

	MATIN	SOIR	INFORMEL
TRANSMISSIONS			
Organisation des transmissions et lieu			
Qui y participe et y a-t-il une organisation de la continuité de service pendant les transmissions ?			
Qualité des transmissions :			
<i>Temps passé</i>			
<i>Revue de tous les patients ou priorités</i>			
<i>Type d'informations ?</i>			
OUTILS			
Outils utilisés dans le cadre des transmissions et rôle de ceux-ci			
Quel est le niveau d'informatisation (écrites/ciblées) ?			
FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE			
Existence de glissement de tâches ?			
Temps de pause/cigarette/café/repas			
Entraide entre collègues			
Place de la vie perso dans le contexte de travail			
Capacité à répondre aux questions des usagers/familles/interlocuteurs			

Annexe 3 : Grilles d'entretien et d'observation au sein de l'établissement A

1. Grille d'entretiens avec les professionnels

ELEMENTS SOCIOLOGIQUES				
Age	31 IDE	34 AS	IDE 26	IDE nuit
Ancienneté dans la fonction, et dans le poste	10 ans	9 mois / 2ans AS	2 ans	
Situation familiale	mariée / 0 enfant	célibataire avec 1enfant 10 ans	célibataire	
Distance domicile/travail	40KM - 30 à 45 mn	5mn	25 mn	
Moyen de transport	voiture	voiture	voiture	
CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE				
Préparation en amont du passage à 12 heures & délai de préparation (3 mois, 6 mois...)			y a participé en tant qu'étudiante	oui
Ajustement ensuite/évaluation intermédiaire ; existe-t-il des écrits sur ces ajustements				oui
Les fiches de poste ont elles été réajustées (toutes/en partie)			non connue	
Volontaire pour les 12 heures (vous, vos collègues)	non	Atjrs travaillé en 12 h	oui	Non – le CH leur a imposé les 2 hres payées en hres sup alors que les équipes voulaient récupérer – le dossier est chez un avocat
Motivation pour les 12 heures (de l'Ets/de vous)				
ORGANISATION DU SERVICE ET DES SOINS				
Organisation effective : heures sup, horaires de travail, roulement, gestion des absences (prévues/non prévues), mensualités d'été, pauses, repas	temps sup pour les transmissions mais en faisait déjà en 7h36 – s'est retrouvée très rarement à 2 Ide au lieu de 3	hres sup le soir	transmission et urgences	
	pas de trame de planning, chacun donne ses desiderata et le cadre fait le planning en fonction	pas de trame de planning, chacun donne ses desiderata et le cadre fait le planning en fonction	pas de trame de planning, chacun donne ses desiderata et le cadre fait le planning en fonction	
Qualité des transmissions (satisfaction ? - axes d'amélioration)	n'a pas le sentiment de perte d'info mais n'a pas tous les éléments pour pec le patient (pb des prescriptions mal faites, non mise à jour) avec pb d'alerte	a tout ce qu'il faut	info manquantes par les chir	
Quels outils utilisez vous ?	outil de planification	outil de planification	outil de planification	
Avis sur les outils				
Existence de glissement de tâches ? Amplifiée par les 12 heures ?				
CONSEQUENCES DE LA MISE EN PLACE DES 12 HEURES				

Relations avec les collègues : existe-t-il des attentes insatisfaites quant à la qualité des relations avec les collègues ?	bonnes relations dans l'ensemble - avant pb matin - soir - nuit; maintenant pb jour / nuit	très bonne	géniale	
Relation au travail : êtes-vous satisfait de votre travail ?	oui	oui	OK	
Ce niveau de satisfaction a-t-il évolué avec les 12 heures ?				
Quelles conséquences sur l'intégration des nouveaux agents ? et des élèves ?	pas de souci particulier			
Quelle relation entre les équipes et l'encadrement de soins ? Le cadre assiste-t-il aux transmissions au moins en partie ou a-t-il recréé un autre cadre relationnel				
Relations avec les autres intervenants (paramédicaux, médicaux)				
Impact des 12 heures sur la relation avec les patients			meme personne toute la journée	
Participation aux groupes de travail/activité transversale => éléments très concrets à cibler ! : historique de l'organisation des réunions avant les 12 heures (nb de réunions, thématiques, nb de participants et variété des participants, évolution des thématiques abordées lors de ces réunions)	référénte douleur; il est plus facile de se libérer pour les jours de formation	Pas encore	referente chir obésité ?sur des repos sans pb	
AVIS SUR LES 12 HEURES				
Avantages & inconvénients des 12 heures à vos yeux ?	Economie essence - les horaires (je peux regarder la télé avec mon mari) - travaille moins de jours - bon suivi sur la journée mais pas sur la durée - charge de travail déséquilibrée sur la journée	continuité du travail sur la journée mais très longue journée mais journée passe très vite, intéressant économiquement	pec intégrale du patient : peu de jours de travail / moins de stress / fatigue au troisième jour (oubli,)	
Contraintes liées à la vie personnelle (horaires du conjoint...)	aucunes	aucunes	aucunes	

2. Grille d'entretiens auprès de l'équipe encadrante

	CSS et CDS chirurgie	DS	DRH	QUALITE	CSS et CDS pneumo
CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE					
Préparation en amont du passage à 12 heures & délai de préparation (3 mois, 6 mois...)	Oui - test d'un mois et 3 groupes de travail personnel jour et nuit : proposition d'une organisation consensuelle	non, réorganisation faite après coup car organisations en 7h recalquées - postulat : organisation binôme IDE / médecin pour 10 lits			oui

Ajustement ensuite/évaluation intermédiaire ; existe-t-il des écrits sur ces ajustements		oui réunion prévue le 21 mai (organisation soignante / encadrement des stagiaires)	comité 12 h mis en place dès le démarrage avec DRH DS syndicats - évaluation / réajustements faits dans chaque pôle par les pôles eux-mêmes			oui (cf CR réunion) pb décalage de certaines activités sur la nuit
Les fiches de poste ont elles été réajustées (toutes/en partie)		Oui toutes	ne sait pas			oui
Volontaire pour les 12 heures (vous, vos collègues)		oui sauf équipe de nuit/ et le cadre	oui sauf les équipes de nuit			oui sauf équipe de nuit
Motivation pour les 12 heures (de l'Ets/de vous)			concurrence autres établissements gain de postes			
ORGANISATION DU SERVICE ET DES SOINS						
Organisation effective : heures sup, horaires de travail, roulement, gestion des absences (prévues/non prévues), mensualités d'été, pauses, repas		absences de courte durée : remplacement intra équipe avant de demander des vacances; remplacement congé mater 1/2 compteur heures sup positif (en moyenne 36h/agent reportée sur l'année n+1	0 pool - absentéisme courte durée géré par cadre et cadre sup = vacances internes et externes sans règles d'attribution - congé mater remplacé 1/1 - nuit = planning en 10h et 2 hrs payées en sup			absences de courte durée : remplacement intra équipe avant de demander des vacances; remplacement congé mater 1/2 compteur heures sup positif reportée sur l'année n+1
Description des transmissions y assistez-vous ?		non, passe les info de façon informelle au moment des pauses				parfois, sinon passe les infos dans la journée sur les temps de pause
Qualité des transmissions (satisfaction ? - axes d'amélioration)						oral : pb prioritaires - staff pluriprofessionnel par secteur 1 fois par semaine
Avis sur les outils et l'utilisation effective de ceux-ci		outil de planification - création d'un réseau social professionnel				outil de planification IDE et AS
Quel plan de formation sur les outils / les transmissions						pas de pb pour les formations d'une journée ou plus; impossible sur 1h30
Existence de glissement de tâches ? Amplifiée par les 12 heures ?		glissement de tache essentiellement sur les glycémies capillaires déjà existant avant les 12H				
CONSEQUENCES DES 12 HEURES						

Relations avec les équipes, au sein des équipes et entre les équipes : existe-t-il des attentes insatisfaites quant à la qualité de ces relations ?		bonne entente de l'équipe paramédicale et médicale avec un chef de service qui maintient cette ambiance				bonne entente qqes tiraillement entre équipe de jour et nuit - chef de service très impliqué
Quelles conséquences sur l'intégration des nouveaux agents ? et des élèves ?						
Y a t il eu des changements dans l'équipe depuis les 12 heures (composition, structure, mouvements, départs à la retraite...)		equipe stable, peu d'absentéisme, age étalé entre 25 et 50 ans pour IDE et AS				équipe renouvelée il y a 2 ans (seulement 3 anciennes)
Impact des 12 heures sur les autres intervenants (paramédicaux, médicaux)		Avis diététicienne qui a connu avant et après : plus facile d'accéder aux infos avant (transmissions orales de l'après midi et dossier papier), par contre quand elle demande qqe chose le matin a sa réponse l'après midi				
Impact des 12 heures sur la satisfaction des patients					même interlocuteur toute la journée	
Participation aux groupes de travail/activité transversale => éléments très concrets à cibler ! : historique de l'organisation des réunions avant les 12 heures (nb de réunions, thématiques, nb de participants et variété des participants, évolution des thématiques abordées lors de ces réunions)		Réunions de service = 2 /an en accord avec équipe organisées sur les vendredi am (pb de l'heure discutée avec cadre de nuit) présence à 50% des personnels			mobilisation difficile plus en lien avec 35h que 12h comportement individuel; mobilisation en fin de journée ou 2 fois / équipe	réunions de service : présence obligatoire pas de pb pour les formations d'une journée ou plus; impossible sur 1h30
AVIS SUR LES 12 HEURES						
Avantages & inconvénients des 12 heures à vos yeux ?		Fatigabilité – perte de vigilance	absentéisme en baisse dans un premier temps puis flambe à nouveau			
CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE						
Nombre de lits		32				30
Nature de l'activité/saisonnalité/variabilité		chir viscérale urologique - fermeture de lits en aout et Noël				
Sectorisation		3 X 10				
Taux d'occupation du service		90,00%				

Attractivité du service pour les personnels et rôle des 12 heures dans cette attractivité			oui		
EFFETS SUBSEQUENTS DES 12 HEURES					
Impact sur les fiches d'évènement indésirable					Analyse des EI faite par pole pas de pb majeur ds l'établissement suite à la mise en place des 12h
AT/MP : niveau, nature, impact des 12 heures			augmentation des AT		
Postes aménagés : existence, origine, gestion			reclassement = effectif en sus, avec obligation pour l'encadrement d'accompagnement		reclassement : effectif mis en sureffectif pendant un temps donné (temps thérapeutique) puis qd reprend à plein temps, intégré aux effectifs
Taux de rotation des personnels : niveau et évolution		équipe stable			renouvellement des équipes dans les 2 ans _ chgt de cadre aussi
Accès à la formation des personnels en 12 heures		pas de pb qd formation prévue sur des journées complètes			pas de pb qd formation prévue sur des journées complètes
Organisation de l'évaluation des personnels : problème ou pas ?					pas de pb

3. Grille d'observation du site

	MATIN 6h55 - 7h05	SOIR 18h50 - 19h 25	staff 8 - 9	visite médicale 10 - 12
TRANSMISSIONS				
Organisation des transmissions et lieu	bureau infirmier	bureau infirmier	bureau infirmier	par secteur
Qui y participe et y a t il une organisation de la continuité de service pendant les transmissions	IDE et AS jour et nuit pas d'organisation mise en place mais très peu dérangées	IDE jour IDE et AS nuit	Chirurgiens / IDE et AS par secteur	chirurgien / cadre par intermittence / IDE par secteur
Qualité des transmissions :	Très détaillées quand nouvelle équipe	Très détaillées quand nouvelle équipe		
<i>Temps passé</i>	de 35 mn à 5 mn		15mn échange entre chirurgiens - puis 15 mn par secteur avec IDE et AS du secteur	30 à 45 mn par secteur
<i>Revue de tous les patients ou priorités</i>	revue de tous les patients	revue de tous les patients	revue de tous les patients	

Type d'informations ?	Etat de la pec - douleur - alimentation - prescriptions	Etat de la pec - douleur - alimentation - prescriptions	- PEC médico - chirurgicale	
OUTILS				
Outils utilisés dans le cadre des transmissions et rôle de ceux-ci	planification papier	planification papier	planification papier	dossier patient informatisé
Quel est le niveau d'informatisation (écrites/ciblées) ?	dossier informatisé de la prescription à la transmission y compris les observations médecins			
FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE				
Existence de glissement de tâches ?				
Temps de pause/cigarette/café/repas	20 à 30 mn pause matin – la pause repas est difficilement respectée : interruptions fréquentes			
Entraide entre collègues	réalisée quand un binome d'un secteur a fini avant les autres			
Place de la vie perso dans le contexte de travail	salle de repos commune avec le service d'ORL – gastro – affichage carte de vacances, faire parts, remerciements patients			
Capacité à répondre aux questions des usagers/familles/interlocuteurs	oui			

Annexe 4 : Grilles d'entretien et d'observation au sein de l'établissement B

1. Grille d'entretien avec les professionnels

ELEMENTS SOCIOLOGIQUES	IDE1 (F.)	IDE 2 (M.)	AS
Age	49	40's	36
Ancienneté dans la fonction et dans le poste	10 ans dans le poste médecine A	brancardier puis AS puis IDE. Diplômé en 2010. Pool remplacement pendant 3 ans ; 2 ans en médecine A	Au moins 15 ans d'ancienneté dans la fonction ; présente depuis 4 ans dans le service
Situation familiale	Mariée, grands enfants		En couple, 2 enfants
Distance domicile/travail			30km
Moyen de transport			Voiture
CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE			
Préparation en amont du passage à 12 heures & délai de préparation (3 mois, 6 mois...)	Pas de préparation en amont ; 18 mois entre la décision de généraliser les 12h et leur effectivité dans les services.		
Ajustement ensuite/évaluation intermédiaire ; existe-t-il des écrits sur ces ajustements	Ajustements locaux (service de médecine commençant plus tôt du fait de la nature de l'activité (soins pour les diabétiques)). Pas d'ajustement dans le service médecine A.		
Les fiches de poste ont elles été réajustées (toutes/en partie)	Ajustements des fiches de tâches au moment ds 12h (travail collaboratif, professionnels associés à la réflexion). Néanmoins, suite au changement de cadre, celle-ci ne dispose plus des fiches initiales (n'a pas été en mesure de nous les donner). De ce fait, nouvelles fiches de tâches en réécriture.		
Volontaire pour les 12 heures (vous, vos collègues)	Imposition par la direction mais pas d'opposition par les équipes	Oui.	Oui. Critère principal pour choisir l'établissement voire également le service (choix pour la réa car service à 12h alors que le reste de l'établissement était encore à 7h40. Acceptation du service médecine dans la perspective d'un passage à 12h dans les 4 mois)
Motivation pour les 12 heures (de l'Ets/de vous)	Motivation ets : PRE ; Motivation IDE1 : sans objet/pas sollicitée.	Motivation professionnelle pour le service médecine neuro (du fait de l'équipe). 12h, question plus secondaire pour le professionnel	Motivation personnelle (facilité pour organiser son emploi du temps, prendre des rendez-vous, prendre en charge ses enfants)
ORGANISATION DU SERVICE ET DES SOINS			
Organisation effective : - heures sup, - horaires de travail, - roulement, - gestion des absences (prévues/non prévues), - mensualités d'été, - pauses, - repas	Heures sup : pas d'heure sup, sauf pour les agents volontaires qui s'inscrivent annuellement sur une liste. (sur le service observé : 1 IDE volontaire) Horaires de travail : 7h - 19h (1IDE/1AS) ; 8h-20h (1IDE/1AS) ; 19h30-7h30 (1IDE/1AS) ; 7h30-19h30 (ASH) Roulement : planning selon les desirs des professionnels. Chaque professionnel positionne ses repos sur un calendrier mis à disposition dans la salle de pause (par profession) puis la cadre organise le planning. Pas de maquette. Gestion des absences - prévues : palliées par le pool de remplacement (le planning du pool est envoyé dans chaque service. La cadre ajuste entre ce planning et les desirs des professionnels) - non prévues : difficulté à mobiliser le pool de remplacement. Remplacement interne entravé par la rigidité des 12h (règles légales + règles internes : si plus de 2jours de service d'affilé, nécessité d'un aval par la DS) Idem mensualités d'été / absences prévues Pauses / repas : grille d'observation		

Description des transmissions	cf. grille d'observation		Transmissions matin : transmissions globales. Le but c'est de connaître nom, motif d'entrée/pathologie, ce qu'on va avoir besoin de faire au patient. Transmissions midi : par rapport à la visite, ce qui doit être réactualisé/réadapté (si ça va mieux, le TSA) pour pouvoir transmettre aux filles de nuit les informations, l'évolution. Transmissions 18h : passage d'équipe IDE. Transmissions assez globales sur l'état du patient, sa patho, son évolution depuis son arrivée, les résultats d'exam. Transmissions du soir : passage entre équipe jour/nuit.
Qualité des transmissions - satisfaction ? - axes d'amélioration	Insatisfaction notamment par rapport aux transmissions du matin (trop rapide, trop succinct)	Axes d'amélioration : attentes des trans ciblées (volontaire pour une formation) Crainte de l'informatisation des transmissions écrites (du aux défaillances du système d'information) vs. Satisfaction de l'informatisation des prescriptions et plan de soins (rassuré quant-à la lisibilité)	Satisfaction de l'information transmise. Plebiscite les transmissions informelles tout au long de la journée (au fil de l'eau) avec son binôme IDE. Implication moindre dans les transmissions formelles (présente, apporte des compléments uniquement)
Quels outils utilisez vous ?	cf. grille d'observation		
Avis sur les outils		Très satisfait de leurs outils internes, spécifiques au service (fiche navette ; fiche liaison)	Planification » qui aide beaucoup. Si bien mise à jour, on connaît beaucoup de choses, sans avoir besoin d'entendre les choses (transmissions orales) + importance du dialogue avec le patient.
Existence de glissement de tâches ? Amplifiée par les 12 heures ?	Non		Pas de glissement de tâches, bien que suite aux 12h, plus d'entraide dans le binôme IDE/AS.
CONSEQUENCES DE LA MISE EN PLACE DES 12 HEURES			
Relations avec les collègues : - vos relations avec vos collègues ont-elles changé depuis la mise en place des 12h - existe-t-il des attentes insatisfaites quant à la qualité des relations avec les collègues ?	Non. Pas d'attentes insatisfaites car volonté de ne pas trop s'investir personnellement (mise à distance).		Moins de rencontre avec les autres AS du fait du roulement --> maintien du lien par d'autres moyens : mot sur le tableau, message envoyé à la collègue. Importance de l'esprit d'équipe pour une bonne prise en charge des patients. Pas d'impact des 12h sur cet esprit d'équipe.
Relation au travail : êtes-vous satisfait de votre travail ? Comment vous envisagez-vous professionnellement dans 10 ans ?	Non. Aucune projection dans l'avenir, vis au jour le jour du fait des TMS. Perspective de la retraite car restée en catégorie B.	Oui. (mais en s'affranchissant du rythme impose/des cadences "je n'hésite pas à rester 5 min de plus auprès du patient pour discuter". Pas de projection dans l'avenir car phase de construction de son projet professionnel, de découverte du métier et du service, de l'équipe.	Oui. Refus de se projeter, afin de maintenir son fragile "équilibre" entre la vie professionnelle et personnelle. Estime ne plus pouvoir être AS d'ici 10 ans (fatigue physique, psychologique) alors même qu'elle aime son métier, son équipe, le service et qu'elle revendique les 12h.

Ce niveau de satisfaction a-t-il évolué avec les 12 heures ?		Arrivé après les 12h.	Les 12h ont conduit à un changement de pratiques : prise d'informations sur l'ordinateur lors des transmissions du midi alors qu'avant, ces informations étaient transmises oralement/informations connues grâce à une plus grande présence.
Quelles conséquences sur l'intégration des nouveaux agents ? et des élèves ?	Les élèves doivent être beaucoup plus autonomes (au début du stage : rythme en 7h40. Selon le degré d'autonomie et les compétences, passage ou non en 12H). Nouveaux arrivants : intégration par les temps communs (pause ; repas midi)		
Quelle relation entre les équipes et l'encadrement de soins ?	Sensation de manque de reconnaissance par rapport à l'investissement et le travail effectué (problème d'octroi de congé)		Ancienne cadre : décrite comme très exigeante et laissant peu d'autonomie aux équipes. Nouvelle cadre : management plus souple, plus de confiance de la cadre envers les équipes. Néanmoins, l'AS reste méfiante/ne se sent pas capable de se confier réellement.
Le cadre assiste-t-il aux transmissions au moins en partie ou a-t-il recréé un autre cadre relationnel ?	Assiste à la visite médicale (autant que possible) ; assiste aux transmissions du midi. Autre cadre relationnel : nous dit recevoir souvent les professionnels dans son bureau (à leur demande) ; vigilance accrue auprès des professionnels "plus fragiles" (ex : femme enceinte) ; participation ponctuelle à la pause du midi des professionnels, sur sa propre initiative ; favorise ponctuellement les temps d'échanges lors du repas du midi des professionnels en prenant en charge les sonnettes.		
Relations avec les autres intervenants (paramédicaux, médicaux)	Pas de changement. Impact de la personnalité des médecins (notamment 1), qui donnent un cadre et tiennent compte des contraintes des soignants. Le médecin devient une personne -ressource, faisant le lien entre les équipes (en + des transmissions).		
Impact des 12 heures sur la relation avec les patients	Sur la journée : meilleure prise en charge du fait de la présence toute la journée et des informations à disposition Sur le séjour du patient : moins bonne du fait des intermittences de présence.		La cadence est plus importante car les équipes de jour doivent faire en 12h ce qui était fait auparavant en 14h. Parle de chaque patient en termes de temps à passer (quasi "minutage" et compensation de temps entre patient) Moins de présence auprès du patient en 12h.
Participation aux groupes de travail/activité transversale => éléments très concrets à cibler ! : historique de l'organisation des réunions avant les 12 heures - nb de réunions, - thématiques, - nb de participants et variété des participants, - évolution des thématiques abordées lors de ces réunions)		Les 12h ne semblent pas avoir eu un impact sur la participation aux formations (néanmoins à du revenir sur ses repos pour l'une des formations)	Non-investissement volontaire dans les activités transversales/institutionnelles au profit de la vie privée. Estime ne pas pouvoir donner suffisamment de temps pour bien réaliser ces missions (ex : référence).
AVIS SUR LES 12 HEURES			

<p>Avantages & inconvénients des 12 heures à vos yeux ?</p>	<p>Fatigue Avantage : moindre présence au travail</p>	<p>Avantage : a permis de connaître beaucoup de services lorsqu'il était au pool de remplacement, pour mieux choisir le service où il souhaitait exercer.</p>	<p>Avantage : plus de temps pour les tâches domestiques Inconvénient : - soutenabilité du travail (s'étire et baille pendant les transmissions du soir alors même qu'elle revenait de congé). "travail plus dense". - baisse de la concentration et disponibilité vers 17h. - Problèmes physiques (dos, migraines, cervicales) : "j'en avais pas autant je dirais" ; "il y a plus de problèmes physiques, même chez les jeunes qui arrivent". - S'estime moins fatiguée globalement en 12h qu'en 7h40 pourtant dit à la fin : La 1ère année en 12h, j'étais ravie. La 2ème j'étais... 12h c'est long. Si on ne s'est pas reposé pendant les jours de repos, on revient enchaîner les 2 jours 12h et c'est vrai que la fatigue est là.</p>
--	---	---	---

2. Grille d'entretien avec l'équipe encadrante

	CS	DS	Attachée DRH	Adjointe DS/QUALITE	Médecin
CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE					
<p>Préparation en amont du passage à 12 heures & délai de préparation (3 mois, 6 mois...)</p>	<p>Pas de temps de préparation aux 12h. Pas impliquée à titre personnel car cadre au service des urgences, déjà en 12h.</p>	<p>La décision de généraliser les 12h s'est prise entre le DS, l'attaché et le DRH, sur "un coin de bureau" par un calcul purement financier. Les équipes n'ont pas été impliquées, les cadres n'ont plus (semble-t-il). En parallèle, les ratios de personnels ont été revus à la baisse. La DS ne dispose d'aucun document formalisant la décision ("flou artistique", "trou sur une période de 6 mois, aout - décembre ")</p>	<p>Pas présente. Mais parle d'une mise en place "dans la douleur". La décision de passage en 12 heures ne doit pas être analysée indépendamment du contexte dans lequel elle a été prise : Projet d'établissement antérieur (aujourd'hui caduc) prévoyant un déménagement dans un hôpital neuf, à construire, conduisant à arrêt des opérations de maintenance lourde => dégradation des bâtiments => avis défavorable de la commission de sécurité sur plusieurs locaux => craintes quant à la pérennité de l'activité => priorité pour la Direction = mesures permettant des économies rapides et garanties</p>	<p>La mise en place des 12h a fait l'objet de très peu de concertation. Fait en 18 mois. Ceci est du à plusieurs éléments : - Projet de reconstruction prévu dans le projet d'établissement - Une situation budgétaire complexe conduisant à un PRE (injonction). Si pas de retour à l'équilibre, pas de projet de reconstruction, ce qui remettait en cause le projet d'établissement. Cela explique le calendrier très serré sur le retour à l'équilibre. Les 12h étaient la seule solution assez rapide (les autres solutions ont rapidement été abandonnées), au détriment du MT/LT pour les professionnels et les patients. Les syndicats se sont peu saisis du sujet (pas de tracts) bien qu'ils soient contre formellement. Pas de mouvement de grève.</p>	<p>Les 12h se sont produites en même temps que l'informatisation.</p>

<p>Ajustement ensuite/évaluation intermédiaire ; existe-t-il des écrits sur ces ajustements</p>	<p>Pas dans son service.</p>	<p>Ajustement après, en fonction des services (médecine B : 7h - 19h ; 7h45 - 19h45)</p>	<p>Ajustements au fur et à mesure. Fonctionnement pas totalement harmonisé (disparités sur la récupération du 1/4 d'heure de transmissions), ce qui génère des tensions selon le régime du service. Gros travail avec le CHSCT sur le passage en 12h : analyse sur une année pleine de tous les services. Analyse partagée entre les ORP et la direction.</p>		
<p>Les fiches de poste ont elles été réajustées (toutes/en partie)</p>	<p>Oui. Réajustement suite aux 12h, entre l'ancienne cadre et l'équipe. Confirmée par AS : "avec des horaires chronométrés lors des 12h"</p>				
<p>Volontaire pour les 12 heures (vous, vos collègues)</p>	<p>Pas d'avis demandé</p>	<p>N'était pas présente. Contre la généralisation des 12h</p>			
<p>Motivation pour les 12 heures (de l'Ets/de vous)</p>	<p>Les 12h sont justifiés pour les services normés, où les personnes viennent pour un soin technique. Dans le cadre de la médecine, les 12h rigidifient l'organisation (difficulté de remplacement lors des absences, mobilisation difficile pour les groupes de travail/formation, modification récurrente de l'ensemble du planning à chaque arrêt imprévu).</p>	<p>Motivation pour les services normés.</p>	<p>A terme, les coûts sont très importants (gains visibles à court terme mais à long terme, coûts invisibles ++)</p>		
ORGANISATION DU SERVICE ET DES SOINS					
<p>Organisation effective : - heures sup, - horaires de travail, - roulement, - gestion des absences (prévues/non prévues), - mensualités d'été, - pauses, - repas</p>	<p>Roulement : organisation selon les désirs des professionnels. Néanmoins, l'équipe manque d'une aide- soignante. La cadre fait remonter à la DS les jours où elle ne peut couvrir certains postes (IDE/AS) - -> DS répond à la cadre en lui affectant des "jours de remplacement" (pool, intérim, vacation) parfois différents de la demande initiale de la cadre. La cadre doit donc ensuite réaliser le planning avec tous ces éléments. Cela peut donc la conduire à refuser des jours de congés à certains professionnels (semble assez rare. Cependant source de forte tension auprès des professionnels). Les congés d'été sont organisés en début d'année. La DS valide/pas.</p>	<p>Politique de volontariat sur les heures supplémentaires Limitation depuis 2015 le recours à l'intérim et à la vacation (contexte d'un risque de PRE). Utilisation uniquement pour la continuité de service.</p>		<p>Les 12 heures ont un avantage : tout le monde est sur le même rythme, donc plus facile de prendre un agent dans un service pour le mettre en remplacement dans un autre (sauf services très spécifiques exigeant une formation). C'est pour cela qu'il existe une liste des personnels acceptant de faire des heures sup. Les remplacements sont effectués par le pool, les vacations et l'intérim sont limités depuis janvier 2015 aux situations où la continuité de service est compromise (week-ends, gardes). Sinon, auto- remplacement : certains cadres assument, d'autres tentent quand même auprès de la Direction des Soins et renvoient la responsabilité.</p>	

<p>Description des transmissions y assistez vous ?</p>	<p>Assiste autant que possible aux visites médicales (2 normalement. Lors de l'observation, 1 seule visite du fait de l'absence du médecin.) Participe aux transmissions du midi, lors desquelles elle passe également les informations du service. (nécessité des professionnels d'y assister pour avoir ces infos de service selon les dire de l'un d'entre eux)</p>				<p>Non.</p>
<p>Qualité des transmissions - satisfaction ? - axes d'amélioration</p>	<p>Le temps de transmissions s'est allongé du fait du décalage des équipes car crainte de la perte d'information et sentiment de perte de l'identité de l'équipe Volonté de réduire le temps de transmissions du midi. Impossible actuellement car opposition des équipes.</p>	<p>Transmissions ciblées : projet d'informatisation lancé mais à l'arrêt suite à un changement de poste de la cadre chargée du projet. Volonté de relancer le projet avec un informaticien, avec toujours, un cadre sur le projet. Pointe un problème de transmissions le soir en SSR : transmissions réalisées sur un chariot.</p>		<p>Futur projet de soins prévoit de travailler sur les transmissions. Un cadre travaillait sur ce projet mais elle a changé de fonctions : un autre cadre doit être nommé, il faut que ce soit porté par un soignant.</p>	
<p>Avis sur les outils et l'utilisation effective de ceux-ci</p>					<p>Les transmissions IDE ne sont pas informatisées. De ce fait, pas de reprise de ces trans^r par les médecins « on lit presque jamais le classeur écrit des IDE » + problème d'ergonomie du SI. Le médecin fait parfois la visite seul d'où l'intérêt des feuilles annexes, propre au service (remarques des soignants, réponses des médecins).</p>
<p>Quel plan de formation sur les outils / les transmissions</p>	<p>Formation sur les transmissions ciblées informatisées. Difficulté à mobiliser sur cette formation.</p>				<p>Formation sur les transmissions IDE informatisées mais crainte d'une grande perte de temps.</p>
<p>Existence de glissement de tâches ? Amplifiée par les 12 heures ?</p>	<p>Pas de glissement de tâches.</p>	<p>Selon elle, glissement de tâches entre ASH et AS à propos des repas. Le repas est porteur de soins (selon les régimes) or c'est l'ASH qui distribue les repas, sans contrôle/validation en amont de l'AS.</p>			
<p>CONSEQUENCES DES 12 HEURES</p>					

<p>Relations avec les équipes, au sein des équipes et entre les équipes : existe-t-il des attentes insatisfaites quant à la qualité de ces relations ?</p>	<p>En 12H, les équipes sont moins réactives, plus irritables.</p>				<p>L'équipe plus irritable, relative moins le 2ème jour des 12h. Impact sur le climat de travail. Les 12h dégradent l'ambiance mais pas de dégradation de la qualité de service car les professionnels ont une conscience (« on leur fait peser trop ce devoir d'ailleurs»). Avant, temps pour petit-déjeuner avec l'équipe.</p>
<p>Quelles conséquences sur l'intégration des nouveaux agents ? et des élèves ?</p>	<p>Etudiants : les titulaires ne sont jamais les mêmes. Souvent les premiers jours sont organisés en 7h40 puis passage en 12h, selon le planning du tuteur si l'élève est considéré comme apte. Sinon, l'élève reste en 7h40 (ce qui s'est déjà produit). Cela ren-force le degré d'exigence auprès du stagiaire. Nouveaux professionnels : Les 12h contribuent à faire rester les nouveaux agents (observations corroborent). Commence par une période d'intégration (doubleur). Commence souvent par un week-end car le service est plus léger.</p>				
<p>Y a t il eu des changements dans l'équipe depuis les 12 heures (composition, structure, mouvements, départs à la retraite...)</p>	<p>Pas de changement depuis 4/5 ans. Personnel jeune. Relations d'amitié.</p>	<p>Changement du travail pour les équipes de nuit, qui viennent plus tôt : prennent part aux couchers, fin du repas et rencontres des familles.</p>			
<p>Impact des 12 heures sur les autres intervenants (paramédicaux, médicaux)</p>	<p>Pas d'impact auprès des médecins.</p>	<p>Pas d'impact. Selon elle, aucune prise en compte du changement en 12h par les médecins. Regrette les conséquences pratiques sur l'organisation des soins : exemple de l'heure de visite des médecins ne prenant pas en compte les difficultés de service pour les équipes.</p>			<p>Equipe des soignants plus irritable.</p>
<p>Impact des 12 heures sur la satisfaction patients</p>	<p>le suivi du patient n'est plus le même (toutefois, pas de réaction des patients et de leur famille)</p>	<p>Enquête de satisfaction mais résultats jamais exploités car peu de réponse et donc conclusions impossibles (résultats non significatifs)</p>			<p>Pas de changement dans la prise en charge.</p>

<p>Participation aux groupes de travail/activité transversale => éléments très concrets à cibler ! : historique de l'organisation des réunions avant les 12 heures</p> <ul style="list-style-type: none"> - nb de réunions, - thématiques, - nb de participants et variété des participants, - évolution des thématiques abordées lors de ces réunions) 	<p>Mobilisation difficile. Les professionnels ne reviennent pas sur leurs jours de congé. De plus, l'établissement a une règle : pas plus de 2 séquences d'affilé. De ce fait, cela complique l'implication des agents pour la cadre.</p>	<p>Beaucoup de sollicitation et peu de candidatures. L'obligation de ne pas dépasser les 48h de travail est un frein considérable.</p>	<p>Les agents se désinvestissent car ils sont contraints. Ils n'ont plus les moyens de le faire et l'organisation en place ne le permet pas. Il y a toujours de l'implication dans l'établissement mais un manque de moyen pour l'exprimer. Les 12h ont accentué ce phénomène mais ne l'explique pas seul.</p>	<p>La mobilisation des professionnels reste très ardue pour les groupes de travail. Dans certains services, il n'y a pas de référents, pas de groupe de travail. Ceci est accentué pour les équipes de nuit.</p>	
AVIS SUR LES 12 HEURES					
<p>Avantages & inconvénients des 12 heures à vos yeux ?</p>	<p>Problème des 12h :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipe plus fatiguée et irritable (surtout AS). - Difficulté à réorganiser le temps de travail (les équipes de jour tentent de faire en 12h ce qu'elles faisaient en 14h (type toilettes, coucher). En parallèle, l'équipe de nuit se plaint de l'augmentation de sa charge de travail). - Problème de l'information : le suivi du patient n'est plus le même (crainte de perte d'info), "des choses sont oubliées". Pour pallier, multiplication des temps de transmissions, avec néanmoins un enjeu sur la qualité des informations transmises. 	<p>Aujourd'hui, la situation n'est pas catastrophique mais ça en n'est pas loin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absentéisme - Pas de souplesse dans le remplacement (avec aucune réflexion dans ce cadre-là) - Problèmes pour les femmes enceintes (s'arrêtent au bout d'1 mois, 1 mois et demi) - Problèmes des postes aménagés. <p>Les 12h ont été une réponse dans l'instantané et à très court terme. C'est visible financièrement, cela a permis de répondre au PRE. Pourtant, à moyen terme l'effet est plus mitigé. A long terme, les 12h n'ont pas été une réponse puisque l'établissement court le risque d'être de nouveau soumis à un PRE.</p>	<p>Actuellement, les 12h ne sont pas si bien que ça. « On est aux prémisses, on se rend compte que quelque chose ne va pas » (explosion de l'absentéisme, problème des coûts de remplacement).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de groupes de travail ORP/DRH sur les postes aménagés et l'absentéisme (dont le problème de durée hebdomadaire du temps de travail). - Volonté de mettre en place un système hybride (poste en 7h40, 10h...) qui donnerait des solutions pour les postes aménagés. Un retour en arrière n'est pas envisagé, sauf décision du DG (ce qui semble plausible). La révolution a débuté depuis 2 ans et s'est accentuée depuis 6 mois (arrivée du DG). Néanmoins cela se heurte à l'état d'esprit des professionnels. <p>--> Enjeu d'attractivité de l'établissement auprès des jeunes soignants.</p>	<p>Constat : « on va y revenir pour certains services et certaines professions » car</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problème des 12h sur la perte d'information et la déformation d'information. - Problème sur le travail de nuit. Les 2h supplémentaires sont souvent mises en avant comme fatigantes (charge de travail, longueur de la journée). Sentiment des équipes de nuit d'une délégation de tâches vs. sentiment non partagé par l'équipe de jour. - Problème également sur la soutenabilité, la charge de travail pour tous les professionnels. <p>--> Réflexion de la DS sur la réorganisation des temps de travail. Ceci est dû à la fatigue mais aussi à d'autres éléments : recrudescence d'escarres car le tour de change de 18h avait tendance à disparaître ; une seule équipe sur tout le service (problème des sonnettes, fin de repas). Question des 2x6h à réfléchir.</p>	<p>Inconvénients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur les services à longue DMS, les professionnels connaissent les patients donc il y a moins de problème d'information lorsque l'organisation est en 12h. A 5 jours, les professionnels les connaissent moins, font des « petits bouts de transmissions ». --> Les professionnels courent plus après l'information, doublon d'information vs. manque d'autres informations. - L'aspect technique est mis en avant avec les 12h, au détriment du côté relationnel du métier qui en pâtit (sanitaire ++). - Problème de soutenabilité du travail (fatigue, femmes enceintes, arrêtées plus rapidement) alors même que l'équipe est jeune.
CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE					
<p>Nb de lits</p>	<p>28, dont 2 hôpital de jour</p>				
<p>Nature de l'activité/saisonnalité/variabilité</p>	<p>Pas de saisonnalité mais variabilité de la lourdeur du service, selon les patients accueillis.</p>				

Sectorisation	Oui au niveau de la médecin A, en 2 secteurs. Sectorisation selon le couloir.				
Taux d'occupation du service	Au matin de notre arrivée : 93%				
Attractivité du service pour les personnels et rôle des 12 heures dans cette attractivité	Attractivité lié à l'équipe plutôt qu'aux 12h (selon la cadre, pour 1 poste publié, il y a 6 à 8 candidatures). Ceci est confirmé par l'un des professionnels ayant évolué auparavant au pool de remplacement qui a choisi, après avoir découvert plusieurs services, de venir dans l'équipe en médecine A.		2 groupes de professionnels ont émergé : - <45 ans : favorables aux 12h. Fatigue moins vite, jeunes d'âge scolaire. Les 12h permettent de pallier vie privée et professionnelle. Ils s'opposent à un retour en arrière. - >45 ans : moins de contraintes familiales. Volonté de sortir des 12h.	Pas de problème d'attractivité sur le personnel médical mais peu de recul.	
EFFETS SUBSEQUENTS DES 12 HEURES					
Impact sur les fiches d'évènement indésirable	Pas de changement selon la cadre.			Non. Mais constat fait en sa qualité de responsabilité qualité (avant d'être adjointe DS) d'un taux important de non déclaration d'EI	
Absentéisme		Pas de lisibilité sur le remplacement du fait d'une compétence "partagée" entre la DS et les cadres. Certains cadres s'en chargent, d'autres envoient tout à la DS.	Le taux d'absentéisme est en hausse. Absentéisme = marqueur de la relation entre l'encadrement et les professionnels.	Se souvient que la Direction tablait sur une baisse de l'absentéisme, ce qui n'a pas eu lieu. Difficulté de suivre les chiffres car indicateurs changés entre temps.	
AT/MP : niveau, nature, impact des 12 heures	Pas de changement.		Hausse. Montée en puissance des ORP à ce sujet	Pas de réflexion actuelle sur les professionnels usés (vrai surtout pour les AS : "Une AS entre 45/50 ans, on voit, elles sont usées, fatiguées, ont des problèmes d'épaules, de lombalgies"). Néanmoins, volonté de le faire : « obligatoire par la force des choses ». Femmes enceintes : dès le 1er/2ème mois, elles s'arrêtent.	
Postes aménagés : existence, origine, gestion			Tout de tous les services avec la DS pour introduire les postes aménagés : réunion tous les vendredis, qui dure 3/4h + réunion tous les mardis du mois sur le renouvellement des contrats Pas de structure pour l'organisation des postes aménagés --> groupe de travail sur les postes aménagés ayant pour but de construire un protocole : - DRH évalue les personnes à risques - ORP listent les postes susceptibles d'être aménagés + rôle de la médecine	Auparavant, pour les postes aménagés, ajouts au service. Vu les contraintes budgétaires et le nombre de demande, changement de politique de l'établissement : « Tous les jours, j'ai des demandes de postes aménagés, ça s'accélère ». A l'avenir, professionnels laissés sur leur poste, en faisant du mieux qu'ils peuvent et c'est l'autre collègue qui palliera.	

			préventive.		
Taux de rotation des personnels : niveau et évolution	Pas de rotation, les professionnels sont la en moyenne depuis 4/5 ans.		Pas de turn-over très marqué dans le personnel étant dans sa 2ème partie de carrière, d'où le personnel vieillissant.		
Accès à la formation des personnels en 12 heures	Attache de l'importance à la formation mais difficulté à mobiliser le personnel. Les agents veulent bien faire de la formation à partir du moment où c'est compatible avec le rythme normal des 12h (pas plus de 2 jours d'affilé)		Les agents volontaires pour la formation. Cependant, les 12h compliquent l'organisation des soins pour les cadres qui doivent assurer le remplacement des agents partis en formation. --> Frein à l'accès effectif des formations par les cadres 863j de formation pour le personnel non médical ; 244j. pour le personnel médical	La participation est en baisse du fait des contraintes légales de temps de travail (réglementation, respect du temps de repos) mais surtout du fait d'une baisse de l'adhésion professionnel. En effet, car ces activités se programme en amont	
Organisation de l'évaluation des personnels : problème ou pas ?	<i>Pas demandé</i>	Normalement géré par la cadre. Mais, à son arrivée, la pratique était que la DS signait l'évaluation de tous les professionnels, sans même avoir participé à l'entretien.			

3. Grille d'observation du site

	MATIN	MIDI	SOIR	INFORMEL
TRANSMISSIONS				
Organisation des transmissions et lieu	7h : Equipe de nuit et équipe de jour 1 (1 IDE/ 1AS). Se déroule dans le bureau infirmier. Equipe de nuit (IDE) fait les trans' (à l'IDE). Il semblait que 2 types d'info étaient délivrées : celle de l'IDE nuit à l'IDE 1 jour et les informations du tableau reprise par l'AS. 8h : équipe 1 et équipe 2. Se déroule en salle de pause, autour d'un café. Equipe 1 fait les trans. Informations moins techniques	14h20 (mais normalement 14h) : point suite à la visite médicale réalisée dans la matinée et les événements marquants de la matinée Bureau infirmier	18h : Transmissions entre IDE1 / IDE2 (pas d'AS). Bureau infirmier. 19h30 : Transmissions équipe 2 / équipe nuit. Bureau infirmier. Néanmoins équipe de nuit arrive en avance (selon nos observations) et prend l'information/prend la température du service de manière informelle, auprès des collègues de jour, puis de manière formelle auprès de la fiche navette et du tableau de soins.	Couloir / Chambre
Qui y participe et y a t il une organisation de la continuité de service pendant les transmissions	AS qui assure la continuité de service.	Présence des 2 équipes + cadre et psychologue. Continuité de service par les AS.	AS non présentes aux transmissions de 18h Aux transmissions de 19h30, sont présents équipe 2 / équipe de nuit (remarque : élève infirmier, qui s'occupe de 5 patients spécifiques fait ses propres annotations qu'il transmet à l'équipe)	IDE / AS

Qualité des transmissions :			Doublon d'information (informations transmises déjà connues par l'équipe de nuit qui le signale) Perte d'information constatée entre les trans de 18h et de 19h30 ; entre la visite médicale et les transmissions de 19h30. --> Apport d'information par l'AS.	
Temps passé	20 min 10 min	Nous n'avons pas pu assister à la totalité de ces transmissions pour cause de rendez-vous avec le DG.	Trans 18h : Durée 10 min. 19h30 : Durée 30min.	
Revue de tous les patients ou priorités	Revue tous les patients à chaque transmission (par classeur)		18h : Revue des patients de l'IDE 1 uniquement. 19h30 : revue de tous les patients mais plus de détails donnés sur les patients suivis par l'équipe 2.	
Type d'informations ?	1. IDE --> IDE : informations à propos des pathologies, des rendez-vous 2. IDE / AS --> IDE/AS : informations sur la retransmission des événements de la nuit, dans le cadre d'amélioration de la prise en charge.	Plutôt médical/rendez-vous (état d'avancement du plan de soins + retour sur la visite médicale)	18h : succinct. Technique 19h30 : pathologies + réactualisation du temps de soins pour les patients de l'IDE1. Elements plus riches pour les patients de l'IDE 2 (patho/soins/nursing)	Toute information non évidente, mais qui va permettre une meilleure intervention/ ou une intervention + rapide.
OUTILS				
Outils utilisés dans le cadre des transmissions et rôle de ceux-ci	Classeur par patient (transmissions ciblées) Feuille "navette" dans les équipes (antécédents ; soins) Feuille lien avec les médecins (spécifique au service) (examens, transmissions médecin, prescription) Tableau d'information (rdv ; tout ce qui concerne la pec)	Classeur par patient (transmissions ciblées) Feuille "navette" dans les équipes (antécédents ; soins) Feuille lien avec les médecins (spécifique au service) (examens, transmissions médecin, prescription) Utilisation de crossway (système d'information) mais pas de saisie informatique des transmissions	18h : Feuille navette 19h30 : Classeur par patient (transmissions ciblées) Feuille "navette" dans les équipes (antécédents ; soins) Feuille lien avec les médecins (spécifique au service) (examens, transmissions médecin, prescription) Tableau d'information (rdv ; tout ce qui concerne la pec)	
Quel est le niveau d'informatisation (écrites/ciblées) ?	Informatisation de ces outils, cependant, pas de retranscription dans le système d'information (dossier patient informatisé)	OK pour le plan de soins et prescriptions (mise à jour en temps réel ; signature électronique du médecin) mais pas de paramétrage pour permettre des transmissions ciblées	Utilisation de l'ordinateur (doute sur utilisation de crossway ou simple réactualisation de la fiche navette)	/
FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE				
Existence de glissement de tâches ?	Non	Non		
Temps de pause/cigarette/café/repas	Normalement, pause du matin en décalé. Cependant, les 2 équipes cherchent au maximum à prendre leur pause ensemble quitte à être dérangé par les sonnettes (obs mardi : du fait de la chute d'un patient, prise de pause en décalé AS ensemble puis IDE ensemble). Café à 8h pendant les trans, pendant la pause du matin Cigarettes : existe mais non observé. (Peut-être le midi ?)	Repas : ASH déjeunent en premier à 12h (du fait de la contrainte de leur organisation) --> remarque : porte fermée ! AS/IDE des 2 équipes déjeunent ensemble à 13h avec parfois la présence de la cadre. Semblent très attachés à ce moment "privilegié" (la cadre nous a indiqué qu'il lui arrivait parfois de prendre des sonnettes à ce moment-là ; les élèves ne sont pas conviés à déjeuner avec eux)	Pendant les trans de 19h30 : AS lit un magazine (mais participe également aux transmissions)	

Entraide entre collègues	Sectorisation par équipe. Observation : levée d'une personne par les 2 AS --> ponctuel au vu de l'entretien avec l'AS Au niveau du binome AS/IDE : pas d'entraide observée. Mais transmissions informelles tout au long de la journée, soutien/demande d'avis			Les transmissions informelles semblent être la plus grande entraide au sein de chaque binome IDE/AS.
Place de la vie perso dans le contexte de travail	Cartes postales et faire-part dans la salle de repos. Chaque professionnel inscrit les jours de repos qu'il souhaite sur un calendrier mis à leur disposition par la cadre. Ensuite, la cadre organise ses plannings en fonction de ces demandes. Mais, la vie personnelle semble peu abordée "dans les couloirs"			
Capacité à répondre aux questions des usagers/familles/interlocuteurs	Rôle de la fiche navette.			

Annexe 5 : Grilles d'entretien et d'observation au sein de l'établissement C

1. Grille d'entretien avec les professionnels

ELEMENTS SOCIOLOGIQUES					
	AS 1	AS 2	IDE 1	IDE 2	MCU-PH
Age	49 ans	34 ans	33 ans	26 ans	40-45ans
Ancienneté dans la fonction, et dans le poste	CAP - BEP comptabilité - ASH depuis 1991 - Depuis 10ans dans l'unité	9 ans - franco-luxembourgeoise - précédemment service de gériatrie en 8h30 (au Luxembourg)	4ans1/2 - parcours précédent en psychiatrie en intrahospitalier (horaire posté)	un peu plus d'1 an et demi - premier emploi - 12h a été un point attractif	10 ans
Situation familiale	Célibataire	célibataire - 1 enfant	mariée - 2 enfants	en concubinage - sans enfant	mariée
Distance domicile/travail	20 min – Plaisir	13 min - Guyancourt	20 minutes - Plaisir	Chesnay	
Moyen de transport	Voiture	Voiture	Voiture	A pied	
CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE					
Préparation en amont du passage à 12 heures & délai de préparation (3 mois, 6 mois...)	a participé - Selon lui, cela a demandé quelques mois d'ajustement (au départ équipe de nuit pas constituée) - changement d'amplitude sur proposition d'une IDE	a participé - motif du passage: interrogation sur la continuité des soins et la meilleure prise en charge du patient	NR	NR	Phase préparatoire assez longue - Dans les précurseurs, mise en place à l'origine d'une infirmière qui avait travaillé en 12h en Province - Accompagnement et réflexion en équipe pour la mise en place des 12h - les transmissions de 14h étaient "mortelles", arrêt général du service
Ajustement ensuite/évaluation intermédiaire ; existe-t-il des écrits sur ces ajustements	période d'essai de 6 mois à l'issue de laquelle évaluation par la cadre	période d'essai de 6 mois à l'issue de laquelle évaluation par la cadre	oui mais pas déjà là	NR	Réorganisation de la maquette
Les fiches de poste ont elles été réajustées (toutes/en partie)	fiche de poste n'a pas beaucoup évoluée (même tâches qu'en 8h)	NR	oui mais en amont de son arrivée	Non - très bonne connaissance de la dernière version de sa fiche de poste	
Volontaire pour les 12 heures (vous, vos collègues)	oui – oui	oui - oui	oui car choix entre différent poste au moment du recrutement	oui - oui	
Motivation pour les 12 heures (de l'Ets/de vous)	continuité des soins - 100% prise en charge du patient	permet de suivre le patient sur toute la journée- continuité des soins	personnelles (organisation personnelle)	trait de caractère - les 12h lui permettent de mieux séparer son tps de travail/ de son temps personnel	Convaincu dès le début par les transmissions (moins nombreuses, plus synthétiques) et la prise en charge clinique (continuité)
ORGANISATION DU SERVICE ET DES SOINS					
Organisation effective : heures sup, horaires de travail, roulement, gestion des absences (prévues/non prévues), mensualités d'été, pauses, repas	2 ou 3 jours d'affilés - 1 WE sur 3 - travail en binôme - repos vie perso	Transmission en amont d'actions concrètes à son homologue pour éviter de perdre trop de temps sur les 15 min (quelques minutes avant) - On peut mieux organiser le temps de travail en 12h - on se met moins la pression vis à vis de celle de nuit	travail 2 ou 3 jours d'affilé en binôme	1h de pause déjeuner - nuit en h sup - ne prend pas en compte les 15 minutes en plus des 12h15 travaillé - 3 roulements (notamment sur le WE)	

Description des transmissions	Avant perte de temps - Elles interviennent à tout moment dès que besoin - transmission dans les 15 min prévues matin et soir avec respect du temps imparti; ce qu'on a pas eu le temps de faire, ce qu'il faut faire	Transmission des choses en lien avec le rôle d'AS (plateau, présence du patient dans la chambre, famille, départ)	Transmission (07- 19H) - ne sait pas quand elle récupère les 15 min Contenu: Pk patient est dans le service? Comment? Sa situation initiale? Symptôme?	motifs d'entrée - antécédent - mode d'admission - administratif - histoire de la maladie -	
Qualité des transmissions (satisfaction ? - axes d'amélioration)	transmission plus sereine - moins de temps donc plus d'efficacité - information concentrée - moins de digression	Pas trop d'oubli alors qu'en 8h involontairement oublié car plus de pression pour ne rien laisser à sa collègue d'AM - plus de responsabilisation en 12h - On se disait pas plus de choses aux transmissions, notamment du midi, en 8h alors que plus long - on a pas perdu en qualité	parfois une certaine frustration sur ces 15 min mais staff à 9h avec les médecins pour prendre plus de temps - transmissions efficaces - infos utiles car envie de rentrer	15 min, c'est trop court - très souvent 30 min -	Ca a changé la nature des transmissions, plus efficaces, car moins nombreuses, moins biographique - évite l'arrêt de la prise en charge
Quels outils utilisez vous ?	orales - diagramme de soins mais moins de transmission littérale (oubli) -logiciel pharma (info constante)	Fiche récapitulative	feuille de recueil - dossiers patient indispensables - CR des urgences	Fiche récapitulative - lecture des dossiers a posteriori	
Avis sur les outils	à informatiser	Très positifs - ne voit pas de pistes particulières d'amélioration	NR	formation à la transmission pour harmoniser	
Existence de glissement de tâches ? Amplifiée par les 12 heures ?	Selon lui, les tâches sont plus identifiées (travail de réorganisation de la maquette en amont)	Rôle précis et plus identifié mais lié au service de psychiatrie (rôle d'AS en psychiatrie plus valorisé)	constate une différence des tâches (Médecin/IDE) - mais attribue plus cela à la politique de service qu'à l'amplitude horaire - positionnement différent	NR	
CONSEQUENCES DE LA MISE EN PLACE DES 12 HEURES					
Relations avec les collègues : existe-t-il des attentes insatisfaites quant à la qualité des relations avec les collègues ?	Même interlocuteur toute la journée - sensation d'être plus ensemble, plus une équipe	Parfois on voit moins les gens mais finalement avec les changements de trame on les retrouve - fonctionnement en équipe bon (facile de changer les jours, de remplacer quelqu'un)	pas d'effet négatif sur la cohésion d'équipe - pas de binômes cloisonnés car la cadre change la trame et les binôme de WE chaque année - parfois compliqué de changer de trame car assez confortable/habitudes-	cohésion d'autant plus renforcée par les 12H que bonne cohésion au départ - pas un problème que les binomes changent une fois par an car permet de travailler avec tout le monde	
Relation au travail : êtes-vous satisfait de votre travail ?	oui - sensation de mieux maîtriser sa journée et la journée du patient	Oui	oui	Oui	
Ce niveau de satisfaction a-t-il évolué avec les 12 heures ?	le service lui convenait déjà avant et si repassage en 12h ne quitterait pas le service	Oui	Pas vraiment mais service plus intéressant en général	Oui	
Quelles conséquences sur l'intégration des nouveaux agents ? et des élèves ?	pas un problème	NR	plus d'effort d'encadrer un élève en 12h - du travail en plus d'explication et de surveillance	NR	

Quelle relation entre les équipes et l'encadrement de soins ? Le cadre assiste-t-il aux transmissions au moins en partie ou a-t-il recréé un autre cadre relationnel ?	pareil	NR	n'assiste que pour le contrôle et la surveillance des horaires d'arrivée et de départ	NR	
Relations avec les autres intervenants (paramédicaux, médicaux)	plus de proximité, voir meilleures relations avec les médecins	Plus d'échanges mais ils étaient déjà privilégiés en 8h	c'est plus facile et ça se passe mieux si bonne entente avec les médecins - parfois ils se reposent beaucoup sur équipes infirmiers	les 12h favorisent la cohésion car on se voit plus, plus d'échanges, plus riches - On s'autorise à prendre le temps	
Impact des 12 heures sur la relation avec les patients	a l'impression que le patient se reconnaît plus dans cette organisation - être à l'écoute toute la journée - moins perturbant car soignant référent	continuité de la prise en charge	prise en charge plus satisfaisante - plus grande amplitude au niveau de l'évaluation	Impact vraiment positif car continuité de la prise en charge	prise en charge plus satisfaisante
Participation aux groupes de travail/activité transversale => éléments très concrets à cibler ! : historique de l'organisation des réunions avant les 12 heures (nb de réunions, thématiques, nb de participants et variété des participants, évolution des thématiques abordées lors de ces réunions)	revient si obligatoire - fait partie de la commission des soins (présence obligatoire) et y participe assidument	Participation à la commission de soins - capacité à revenir sur jour de repos si réunion vraiment importante et obligatoire - Sinon CR écrit affiché suffisant -	pas de participation - mais parfois participation à de la formation à l'IFSI - grand staff du jeudi - pas eu l'occasion - tps de repos est un frein - revient 1 fois sur 2 environ sur son repos - même si assiste pas aux réunions à l'impression que même niveau d'info grâce au CR écrit et affiché dans le service	Pas d'investissement dans les groupes de travail car pas eu l'occasion (nouvelle arrivante)	les 12h nécessitent plus de travail sur la dynamique d'équipe (retour des équipes quand staff sur U72) - fin des réunions où presque toute l'équipe présente - plus de cohésion quand bien les tps communs sont plus compliqués
AVIS SUR LES 12 HEURES					
Avantages & inconvénients des 12 heures à vos yeux ?	faire un break - permet de faire plus de choses en dehors (moins présent à l'hôpital) - prend moins la route -	Problème de Trouver des moyens de garde mais finalement comme en 8h mais finalement plus simple car moins tôt et moins tard - En 8h, on a l'impression d'être tout le temps ici - on se sent plus fatiguée donc on privilégie la récupération - moins de frais de transport - moins de garde - rassurant pour les patients - plus de visibilité sur le temps de travail	plus de repos - satisfait de la prise en charge (meilleure continuité des soins) - besoin de beaucoup de concentration pendant 3 jours - avis pondéré - capacité à revenir en arrière (en 8h) car grande capacité d'adaptation	plus pratique pour la continuité des soins - permet de faire les liens dans la prise en charge du fait de la corrélation du staff du matin et des entretiens l'AM - avantage pour la vie personnelle - Pas envisageable les 12h dans un service tradi de chir et de médecine	Les 12h tendent le système encore plus notamment en cas d'absence... - rigidité des 12h - risque autre type de fatigue (ms avant déjà la question du passage AM-jour d'affilé)- consensus de l'ensemble de l'équipe - cas de 2 personnes qui ont souhaité revenir en 8h et on a pu leur donner satisfaction en CMP et en liaison - moins de confusion matin et AM pour les patients et les docteurs
Contraintes liées à la vie personnelle (horaires du conjoint...)		École de sa fille	moins pratique pour la vie personnelle		

Fatigabilité/points de vigilance	pas plus fatigué en 12h même si premier jour de repos doit être consacré à la récupération	Ne se voit pas en 12h en médecine car la charge physique de travail est plus lourde (15 patients par pers) Si on veut travailler en 12h, il faut revoir l'organisation du service	pas vraiment plus fatiguée qu'une semaine de travail posté mal configuré	Plus fatiguée mais on s'en remet plus facilement car plus de temps de repos d'affilé que en 8h	points de vigilance: consensus à 100% nécessaire - vigilant à la fatigue (EI, erreur médicamenteuse)
Formation	Dernière formation sur la gestion du stress (il y a 2 ou 3ans) - 12h n'a pas eu d'effet sur les cycles de formation	Si on veut travailler en 12h, il faut revoir l'organisation du service	Formation à la transmission ciblée	5/7 formations: 7 jours en lien avec la psychiatrie, hémovigilance, soins d'urgences A venir: gestion de l'agressivité et troubles du comportement	

2. Grille d'entretien avec l'équipe encadrante

	CSS	CS	DS	DRH	QUALITE
CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE					
Préparation en amont du passage à 12 heures & délai de préparation (3 mois, 6 mois...)	oui - 6 mois	NR	Demande des personnels, formalisation du passage en 12h en 2014 (cf procédure), travail sur les planning, présentation instances, test et évaluation à 6 mois	procédure mise en place avec DS - plus de 70% des personnels doivent se prononcer pour afin de valider le passage en 12h - période test de 9 mois	association à des groupes de travail mais pas de participation active (pas moteur)
Ajustement ensuite/évaluation intermédiaire ; existe-t-il des écrits sur ces ajustements	oui à 6 mois - oui Evaluation de la cadre de pôle et CR CTE (cf pièces envoyées)	NR	oui - CR de CTE pour U72	oui CR de CTE	
Les fiches de poste ont elles été réajustées (toutes/en partie)	oui (v1: 2009 - v2 février 2015)	oui (v1: 2009 - v2 février 2015)	oui	oui	
Volontaire pour les 12 heures (vous, vos collègues)	à titre personnel, indécis donc période test et oui pour la majorité	méfiance sur le véritable volontariat de cette démarche - consciente de la potentielle fatigabilité du personnel travaillant en 12h - équipes pour un passage en 12h	oui à la demande des personnels et si majorité à 70%	oui	
Motivation pour les 12 heures (de l'Ets/de vous)	Répondre à la demande des équipes pour organisation de la vie personnelle des agents (frais et tps de transport et de garde)	Temps de transports/temps de garde	financiers (gain de 50 ETP escompté si généralisation) - demande des personnels pour des raisons d'organisation de leur vie personnelle	financier, attractivité pour l'établissement, souhait des personnels	
ORGANISATION DU SERVICE ET DES SOINS					

XXX

<p>Organisation effective : heures sup, horaires de travail, roulement, gestion des absences (prévues/non prévues), mensualités d'été, pauses, repas</p>	<p>15 minutes de chevauchement matin et soir récupéré sur la pause du midi (55 min) - h sup pour pallier 1,3 IDE ETP qui n'est pas pourvu la nuit et 0,4 ETP AS dans la limite de 48h/sem (volontairement non pourvu mais proposé volontairement aux agents en h sup pour attractivité?) - vient compenser le fait qu'avant les 12h beaucoup d'interim - tous les ans, on réécrite les binômes au moment des changements de trame (pour éviter le cloisonnement induit par les 12h)</p>	<p>les 12h ont permis d'aller manger au self mais une moitié continue à manger dans le service - qd arret de travail, on rappelle les collègues mais dans le respect de la légalité (48h max hebdomadaires) - 2/3 reunions de service/an - changement de binôme au cours de l'année - pas de majoration de l'absentéisme</p>	<p>Légalement pas de chevauchement - pb des tps de transmission - réflexion à mener Actuellement, organisation des tps de transmission très hétérogène: dans certains services h sup ou tps de récup sur le midi - pas d'appel à l'interim - très peu de fermeture de service l'été (embauche) - 12h sont le moyen de remettre à plat l'organisation des services, - les accords RTT vont être renégociés dans le cadre du PREF</p>	<p>Organisation des temps de chevauchement variable en fonction des services => travail d'harmonisation prévu en 2015</p>	
<p>Description des transmissions assistez vous ?</p>	<p>Non sauf pour contrôle horaire d'arrivée ou besoin de voir certaines personnes de l'équipe de nuit - tps de transmission informels du midi, flash info par mail - les personnels complètent transmissions orales par un temps de lecture des transmissions écrites sur dossier patient (30min) après transmission orales - tps de transmissions informelles restent toujours importants, ce qui a permis de ne pas avoir d'influence sur la convivialité et esprit d'équipe</p>	<p>La cadre reconnait avoir travaillé sur des supports plus efficaces car les seules transmission orales (courtes) ne sont pas suffisantes : mise en place d'une planification murale - recueil d'info qui est rempli au fur et à mesure de l'hospit du patient (outil traceur) =>Ainsi, on arrive à compenser le délai court des transmission orales car on recree ce tps de transmission - la prise en charge psychiatrique rend globalement compliquée les tps de transmission réduit à 15 min (surtout qd 23 patients dans l'unité) - les 15 min sont utilisées pour ce qui s'est passé dans les dernières heures - tous les patients sont passés en revue - moins de temps informel or cohésion d'équipe est indispensable pour la qualité de la prise en charge, mais aussi pour absentéisme, capacité à faire revenir - mise en place de groupe où prof peuvent faire de leur difficulté en toute liberté ("groupe de parole")</p>			

Qualité des transmissions (satisfaction ? - axes d'amélioration)	Au départ longues (45 min) et peu qualitatives mais après une formation à la transmission ciblée d'une partie du perso, qui elle meme forme les autres membres, amélioration significatives, transmissions synthétiques	moyen - mieux depuis que outils évoqués ci-dessus mis en place - perte de qualité de la prise en charge - moins de verbalisation des difficultés, de la réalité du travail (transmission du ressenti) - moins de réflexion, de questionnement sur la PEC hypothétique, moins de réflexion éthique - moins de réflexion sur ce qui met en échec -	difficile de répondre - on s'est rendu compte que les transmissions dans les services en 12h ou 8h étaient dans l'ensemble de qualité inégale mais sur 12h indispensable qu'elles soient pertinentes donc plus que les 12h, question de la formation à la transmission ciblée - outils informatique à développer - diminution du temps de transmission formel a conduit à un glissement vers les tps informels		
Avis sur les outils et l'utilisation effective de ceux-ci	pas de transmissions infirmières informatisées	pas d'outils informatiques très efficaces or ils pourraient améliorer les transmissions	NR		
Quel plan de formation sur les outils / les transmissions	suite à une formation au transmission ciblée terminée en 2010, expérience des anciens pour former les nouveaux arrivants	formation transmissions ciblées arrêtées en 2010	La formation aux transmissions ciblées ont été remises en place depuis 2 ans (formation de 3 jours/ 2 sessions par an)		
Existence de glissement de tâches ? Amplifiée par les 12 heures ?	oui mais pas spécialement amplifié par les 12h	oui mais pas spécialement amplifié par les 12h	pas plus de glissement de tâches qu'en 8h	oui mais pas spécialement amplifié par les 12h	
CONSEQUENCES DES 12 HEURES					
Relations avec les équipes, au sein des équipes et entre les équipes : existe-t-il des attentes insatisfaites quant à la qualité de ces relations ?	Équipe qui va bien : organisation de repas et sorties conviviales en dehors des heures de travail - Selon la cadre (en off), choix du service par le DS (U72) n'est pas sans arrière pensées au regard de généraliser les 12h sur l'hôpital (fonctionnement presque optimal)	oui car véritable perte d'information en seulement 15 min de chevauchement - Toutefois, les personnels n'ont pas mis en avant que les tps de transmission leur manquaient - plus que les 12h, c'est la densification du travail dû à la réduction des DMS qui a joué sur la construction du collectif - la cohésion est moins forte, ce qui pose des difficultés en terme de management - Le personnel rentre chez lui avec une charge émotionnelle plus forte	NR		
Quelles conséquences sur l'intégration des nouveaux agents ? et des élèves ?	Ils apprécient dans l'ensemble et se calent au fonctionnement du service	Il existe des effets sur la formation des jeunes car les temps de transmission et d'échanges sur la réalité du métier sont plus courts	attractivité et RAS pour les élèves		
Y a t il eu des changements dans l'équipe depuis les 12 heures (composition, structure, mouvements, départs à la retraite...)	postes de nuits vacants au départ pourvus - équipe assez jeune	Cela a plutôt fidélisé le personnel - En unité d'aigu le personnel est un peu plus âgé	Pas significatif car Versailles est une ville de garnison donc un fort turnover liée au fait que les infirmières, femmes de militaires suivent leur mari		

Impact des 12 heures sur les autres intervenants (paramédicaux, médicaux)	personnel médical apprécie (continuité sur la journée - 1 seul interlocuteur)	Cela apaise les médecins - moins de perte d'info médicales/paraméd - Le travail est plus fatigant, ce qui nécessite plus de vigilance sur l'organisation du temps de travail, ce qui permet de diminuer l'absentéisme et les arrêts de travail	pas d'organisation commune paramédicale/médicale		
Impact des 12 heures sur la satisfaction patients	Elle pense que les patients sont satisfaits car un seul référent sur 12h (lié à la courte durée du séjour) => pas de distorsion dans l'info donnée	Les patients sont plutôt contents d'avoir le même interlocuteur tj	Pour les services où DMS courte, très satisfaisant car durée du tps de travail correspond à la durée d'hospit - même interlocuteur sur la journée de PEC		complètement neutre sur les questionnaires (taux de retour de 15%)
Participation aux groupes de travail/activité transversale => éléments très concrets à cibler ! : historique de l'organisation des réunions avant les 12 heures (nb de réunions, thématiques, nb de participants et variété des participants, évolution des thématiques abordées lors de ces réunions)	pôle psy particulièrement actif dans la vie instit (la moitié de la commission des soins est du pôle psy) mais dans l'ensemble baisse de la participation instit mais qui n'est pas du au 12h mais plus à la démobilisation suite à l'annonce du PREF (2015-2018)	Participation moins importante aux réunions (sf réunion très très importante) - s'inscrire à des groupes devient très compliqué du fait des 12H et de la densification du travail - ne reviennent pas sur leur repos - l'investissement dans le collectif n'a pas été réduit par les 12h mais c'est plus générationnel	En général la baisse de participation est à mettre en relation avec la baisse d'engagement au travail des jeunes générations (volonté de rester plus chez soi) - pas d'effet négatif particulier - pas une entrave à la participation (ex de la commission de soins où la moitié des perso travaille en 12h à l'U72)	pas de baisse de la vie institutionnelle - les personnes reviennent ou sont libérés sur le temps de travail en fonction des possibilités	Diminution de la participation n'est pas spécialement imputable aux 12h mais plutôt liée à l'augmentation de la charge de travail en général
AVIS SUR LES 12 HEURES					
Avantages & inconvénients des 12 heures à vos yeux ?	Moins de tps de transport/temps de garde (même si au départ un peu dur de chercher qq1) Inconvénients non mentionnés	Cela permet de limiter les trajets/tps de présence à l'hôpital/ Mais perte de connaissance des patients/ perte de transmission des ressentis, de la réalité du métier	"Je suis pro 12h" - Eléments financiers (gain de 50 ETP) - aucun frein, seulement des stratégies d'organisation à mettre en oeuvre - gain de transports - gain pour les patients - les 4 dernières heures sont sans doute plus dures mais pas d'évaluation à ce stade - plus facile pour les cadres dans la gestion des planning (visibilité sur la journée en cas d'absence) mais les personnels 12h sont plus difficiles à remplacer que ceux en 8h	12 h généralisées peuvent poser pb du maintien dans le travail (reclassement) et gestion de l'absentéisme	avantages organisationnels (plus pratique en termes de transmission car 2 transmissions au lieu de trois) et auprès de certains prof - pas idéal en terme de qualité de vie mais intérêts communs
CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE					
Nb de lits	13 lits	NR			
Nature de l'activité/saisonnalité/variabilité	aigus moins de 72h -	NR			
Sectorisation	Oui	oui			
Taux d'occupation du service	très variable mais en moyenne ...	NR			
Attractivité du service pour les personnels et rôle des 12 heures dans cette attractivité	oui +++ - facilité de recrutement de jour	oui facilité de recrutement	Produit d'appel pour les nouveaux agents (même si moins de besoins qu'à un autre moment où pénurie d'IDE)	oui	
EFFETS SUBSEQUENTS DES 12 HEURES					

Impact sur les fiches d'évènement indésirable			Pas d'indicateurs à ce niveau là - projet de travailler avec la qualité après certif de juin 2015		pas d'effets particuliers sur les FEI
AT/MP : niveau, nature, impact des 12 heures			pas de travail de fait la dessus	pas plus d'arrêt de travail	
Postes aménagés : existence, origine, gestion			"les 12h ne sont pas une entraves aux postes réaménagés" - "c'est le motif lui-même et les restrictions qui posent problème"	Oui par exemple dans le service de psy - ce qui a donné lieu à un retour sur à un poste en 7h50 dans un autre service (poste hors effectif)	
Taux de rotation des personnels : niveau et évolution	Pas très élevé en U72	pas modifié par les 12h	rotation naturelle car ville de garnison et compagne de militaires	Taux de rotation stable - les jeunes qui demandent les 12h en général	
Accès à la formation des personnels en 12 heures	Normale	normale	aucun impact selon lui		
Organisation de l'évaluation des personnels : pbm ou pas ?	Non	NR			

3. Grille d'observation du site

	CSS	CS	DS	DRH	QUALITE
CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE					
Préparation en amont du passage à 12 heures & délai de préparation (3 mois, 6 mois...)	oui - 6 mois	NR	Demande des personnels, formalisation du passage en 12h en 2014 (cf procédure), travail sur les plannings, présentation instances, test et évaluation à 6 mois	procédure mise en place avec DS - plus de 70% des personnels doivent se prononcer pour afin de valider le passage en 12h - période test de 9 mois	association à des groupes de travail mais pas de participation active (pas moteur)
Ajustement ensuite/évaluation intermédiaire ; existe-t-il des écrits sur ces ajustements	oui à 6 mois - oui Evaluation de la cadre de pôle et CR CTE (cf pièces envoyées)	NR	oui - CR de CTE pour U72	oui CR de CTE	
Les fiches de poste ont elles été réajustées (toutes/en partie)	oui (v1: 2009 - v2 février 2015)	oui (v1: 2009 - v2 février 2015)	oui	oui	
Volontaire pour les 12 heures (vous, vos collègues)	à titre personnel, indécise donc période test et oui pour la majorité	méfiance sur le véritable volontariat de cette démarche - consciente de la potentielle fatigabilité du personnel travaillant en 12h - équipes pour un passage en 12h	oui à la demande des personnels et si majorité à 70%	oui	
Motivation pour les 12 heures (de l'Ets/de vous)	Répondre à la demande des équipes pour organisation de la vie personnelle des agents (frais et tps de transport et de garde)	Temps de transports/temps de garde	financiers (gain de 50 ETP escompté si généralisation) - demande des personnels pour des raisons d'organisation de leur vie personnelle	financier, attractivité pour l'établissement, souhait des personnels	
ORGANISATION DU SERVICE ET DES SOINS					

<p>Organisation effective : heures sup, horaires de travail, roulement, gestion des absences (prévues/non prévues), mensualités d'été, pauses, repas</p>	<p>15 minutes de chevauchement matin et soir récupéré sur la pause du midi (55 min) - h sup pour pallier 1,3 IDE ETP qui n'est pas pourvu la nuit et 0,4 ETP AS dans la limite de 48h/sem (volontairement non pourvu mais proposé volontairement aux agents en h sup pour attractivité?) - vient compenser le fait qu'avant les 12h beaucoup d'interim - tous les ans, on réécrite les binômes au moment des changements de trame (pour éviter le cloisonnement induit par les 12h)</p>	<p>les 12h ont permis d'aller manger au self mais une moitié continue à manger dans le service - qd arrêté de travail, on rappelle les collègues mais dans le respect de la légalité (48h max hebdomadaires) - 2/3 réunions de service/an - changement de binôme au cours de l'année - pas de majoration de l'absentéisme</p>	<p>Légalement pas de chevauchement - pb des tps de transmission - réflexion à mener Actuellement, organisation des tps de transmission très hétérogène: dans certains services h sup ou tps de récup sur le midi - pas d'appel à l'interim - très peu de fermeture de service l'été (embauche) - 12h sont le moyen de remettre à plat l'organisation des services, - les accords RTT vont être renégociés dans le cadre du PREF</p>	<p>Organisation des temps de chevauchement variable en fonction des services => travail d'harmonisation prévu en 2015</p>	
<p>Description des transmissions y assistez-vous ?</p>	<p>Non sauf pour contrôle horaire d'arrivée ou besoin de voir certaines personnes de l'équipe de nuit - tps de transmission informels du midi, flash info par mail - les personnels complètent transmissions orales par un temps de lecture des transmissions écrites sur dossier patient (30min) après transmission orales - tps de transmissions informelles restent toujours importants, ce qui a permis de ne pas avoir d'influence sur la convivialité et esprit d'équipe</p>	<p>La cadre reconnait avoir travaillé sur des supports plus efficaces car les seules transmission orales (courtes) ne sont pas suffisantes : mise en place d'une planification murale - recueil d'info qui est rempli au fur et à mesure de l'hospit du patient (outil traceur) => Ainsi, on arrive à compenser le délai court des transmission orales car on recree ce tps de transmission - la prise en charge psychiatrique rend globalement compliquée les tps de transmission réduit à 15 min (surtout qd 23 patients dans l'unité) - les 15 min sont utilisées pour ce qui s'est passé dans les dernières heures - tous les patients sont passés en revue - moins de temps informel or cohésion d'équipe est indispensable pour la qualité de la prise en charge, mais aussi pour absentéisme, capacité à faire revenir - mise en place de groupe où prof peuvent faire de leur difficulté en toute liberté ("groupe de parole")</p>			

Qualité des transmissions (satisfaction ? - axes d'amélioration)	Au départ longues (45 min) et peu qualitatives mais après une formation à la transmission ciblée d'une partie du perso, qui elle meme forme les autres membres, amélioration significatives, transmissions synthétiques	moyen - mieux depuis que outils évoqués ci-dessus mis en place - perte de qualité de la prise en charge - moins de verbalisation des difficultés, de la réalité du travail (transmission du ressenti) - moins de réflexion, de questionnement sur la PEC hypothétique, moins de réflexion éthique - moins de réflexion sur ce qui met en échec -	difficile de répondre - on s'est rendu compte que les transmissions dans les services en 12h ou 8h étaient dans l'ensemble de qualité inégale mais sur 12h indispensable qu'elles soient pertinentes donc plus que les 12h, question de la formation à la transmission ciblée - outils informatique à développer - diminution du temps de transmission formel a conduit à un glissement vers les tps informels		
Avis sur les outils et l'utilisation effective de ceux-ci	pas de transmissions infirmières informatisées	pas d'outils informatiques très efficaces or ils pourraient améliorer les transmissions	NR		
Quel plan de formation sur les outils / les transmissions	suite à une formation au transmission ciblée terminée en 2010, expérience des anciens pour former les nouveaux arrivants	formation transmissions ciblées arrêtées en 2010	La formation aux transmissions ciblées ont été remises en place depuis 2 ans (formation de 3 jours/ 2 sessions par an)		
Existence de glissement de tâches ? Amplifiée par les 12 heures ?	oui mais pas spécialement amplifié par les 12h	oui mais pas spécialement amplifié par les 12h	pas plus de glissement de tâches qu'en 8h	oui mais pas spécialement amplifié par les 12h	
CONSEQUENCES DES 12 HEURES					
Relations avec les équipes, au sein des équipes et entre les équipes : existe-t-il des attentes insatisfaites quant à la qualité de ces relations ?	Équipe qui va bien : organisation de repas et sorties conviviales en dehors des heures de travail - Selon la cadre (en off), choix du service par le DS (U72) n'est pas sans arrière pensées au regard de généraliser les 12h sur l'hôpital (fonctionnement presque optimal)	oui car véritable perte d'information en seulement 15 min de chevauchement - Toutefois, les personnels n'ont pas mis en avant que les tps de transmission leur manquaient - plus que les 12h, c'est la densification du travail dû à la réduction des DMS qui a joué sur la construction du collectif - la cohésion est moins forte, ce qui pose des difficultés en terme de management - Le personnel rentre chez lui avec une charge émotionnelle plus forte	NR		
Quelles conséquences sur l'intégration des nouveaux agents ? et des élèves ?	Ils apprécient dans l'ensemble et se calent au fonctionnement du service	Il existe des effets sur la formation des jeunes car les temps de transmission et d'échanges sur la réalité du métier sont plus courts	attractivité et RAS pour les élèves		
Y a t il eu des changements dans l'équipe depuis les 12 heures (composition, structure, mouvements, départs à la retraite...)	postes de nuits vacants au départ pourvus - équipe assez jeune	Cela a plutôt fidélisé le personnel - En unité d'aigu le personnel est un peu plus agé	Pas significatif car Versailles est une ville de garnison donc un fort turn-over liée au fait que les infirmières, femmes de militaires suivent leur mari		

Impact des 12 heures sur les autres intervenants (paramédicaux, médicaux)	personnel médical apprécie (continuité sur la journée - 1 seul interlocuteur)	Cela apaise les médecins - moins de perte d'info médicales/paraméd - Le travail est plus fatigant, ce qui nécessite plus de vigilance sur l'organisation du temps de travail, ce qui permet de diminuer l'absentéisme et les arrêts de travail	pas d'organisation commune paramédicale/médicale		
Impact des 12 heures sur la satisfaction patients	Elle pense que les patients sont satisfaits car un seul référent sur 12h (lié à la courte durée du séjour) => pas de distorsion dans l'info donnée	Les patients sont plutôt contents d'avoir le même interlocuteur tj	Pour les services où DMS courte, très satisfaisant car durée du tps de travail correspond à la durée d'hospit - même interlocuteur sur la journée de PEC		complètement neutre sur les questionnaires (taux de retour de 15%)
Participation aux groupes de travail/activité transversale => éléments très concrets à cibler ! : historique de l'organisation des réunions avant les 12 heures (nb de réunions, thématiques, nb de participants et variété des thématiques abordées lors de ces réunions) ! exigence +++ en matière de recueil des infos pour les objectiver	pôle psy particulièrement actif dans la vie instit (la moitié de la commission des soins est du pôle psy) mais dans l'ensemble baisse de la participation instit mais qui n'est pas du au 12h mais plus à la démobilitation suite à l'annonce du PREF (2015-2018)	Participation moins importante aux réunions (sf réunion très très importante) - s'inscrire à des groupes devient très compliqué du fait des 12H et de la densification du travail - ne reviennent pas sur leur repos - l'investissement dans le collectif n'a pas été réduit par les 12h mais c'est plus générationnel	En général la baisse de participation est à mettre en relation avec la baisse d'engagement au travail des jeunes génération (volonté de rester plus chez soi) - pas d'effet négatif particulier - pas une entrave à la participation (ex de la commission de soins où la moitié des perso travaille en 12h à l'U72)	pas de baisse de la vie institutionnelle - les personnes reviennent ou sont libérés sur le temps de travail en fonction des possibilités	Diminution de la participation n'est pas spécialement imputable aux 12h mais plutôt liée à l'augmentation de la charge de travail en général
AVIS SUR LES 12 HEURES					
Avantages & inconvénients des 12 heures à vos yeux ?	Moins de tps de transport/temps de garde (même si au départ un peu dur de chercher qq1) Inconvénients non mentionnés	Cela permet de limiter les trajets/tps de présence à l'hôpital/ Mais perte de connaissance des patients/ perte de transmission des ressentis, de la réalité du métier	"Je suis pro 12h" - Eléments financiers (gain de 50 ETP) - aucun frein, seulement des stratégies d'organisation à mettre en oeuvre - gain de transports - gain pour les patients - les 4 dernières heures sont sans doute plus dures mais pas d'évaluation à ce stade - plus facile pour les cadres dans la gestion des planning (visibilité sur la journée en cas d'absence) mais les personnels 12h sont plus difficiles à remplacer que ceux en 8h	12 h généralisées peuvent poser pb du maintien dans le travail (reclassement) et gestion de l'absentéisme	avantages organisationnels (plus pratique en termes de transmission car 2 transmissions au lieu de trois) et auprès de certains prof - pas idéal en terme de qualité de vie mais intérêts communs
CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE					
Nb de lits	13 lits	NR			
Nature de l'activité/saisonnalité/variabilité	aigus moins de 72h -	NR			
Sectorisation	Oui	oui			
Taux d'occupation du service	très variable mais en moyenne ...	NR			
Attractivité du service pour les personnels et rôle des 12 heures dans cette attractivité	oui +++ - facilité de recrutement de jour	oui facilité de recrutement	Produit d'appel pour les nouveaux agents (même si moins de besoins qu'à un autre moment où pénurie d'IDE)	oui	

EFFETS SUBSEQUENTS DES 12 HEURES					
Impact sur les fiches d'évènement indésirable			Pas d'indicateurs à ce niveau là - projet de travailler avec la qualité après certif de juin 2015		pas d'effets particuliers sur les FEI
AT/MP : niveau, nature, impact des 12 heures			pas de travail de fait la dessus	pas plus d'arrêt de travail	
Postes aménagés : existence, origine, gestion			"les 12h ne sont pas une entraves aux postes réaménagés" - "c'est le motif lui-même et les restrictions qui posent problème"	Oui par exemple dans le service de psy - ce qui a donné lieu à un retour sur à un poste en 7h50 dans un autre service (poste hors effectif)	
Taux de rotation des personnels : niveau et évolution	Pas très élevé en U72	pas modifié par les 12h	rotation naturelle car ville de garnison et compagnie de militaires	Taux de rotation stable - les jeunes qui demandent les 12h en général	
Accès à la formation des personnels en 12 heures	Normale	normale	aucun impact selon lui		
Organisation de l'évaluation des personnels : pbm ou pas ?	Non	NR			

4. Grille d'entretien avec la médecine du travail

Médecin 1		Médecin 2 - U72	
IMPACTS DES 12 HEURES SUR LA SANTE AU TRAVAIL			
Date de votre arrivée (avant ou après les 12 heures) ?	5 ans - après mais a connu le passage en 12h de certaines unités		
Votre avis a t il été recueilli ?	pas associée à la mise en place alors que demande répétée du CHSCT et non information des réunions du groupe "temps de travail" mis en place depuis 2011	Non	
Constats sur l'impact des 12 heures sur la santé (physique et psychique) des agents	effets plus importants sur la santé physique (récupération) - dette de sommeil - manque de récupération - inattention au volant	Charge mentale forte	
Quel type d'impact (TMS, dépression, sommeil...)	fatigue excessive - manque de récupération - pas spécialement de TMS -	fatigue - sommeil - récupération	
Constats sur l'impact des 12 heures sur l'absentéisme	pas d'étude spécifique mais serait intéressant à regarder	pas les moyens de dire	
Evolution des AT/MP : les 12 heures ont elles un rôle dans cette évolution	pas d'étude spécifique mais serait intéressant à regarder	pas les moyens de dire si accidentalité plus forte	
Constats sur l'impact des 12 heures sur les relations entre les personnels	Plaintes sur le fait que les transmissions sont trop courtes et pas assez détaillées - au niveau relationnel, pas de difficultés spécifiquement liées au 12h - le système est rigidifié	Remplacement fonctionne bien - cohésion d'équipe	
Constat recueilli auprès des perso en 12h	Refus de reconnaître pour les soignants quand plus en capacité de pouvoir exercer avec ces amplitudes horaires - Priorité donnée à l'organisation personnelle sur leur propre santé et la dureté du travail - les personnels ne se donnent pas les moyens de récupérer - manque d'info sur le rythme de travail au moment du recrutement - inégalité dans les services liée à l'ancienneté -	Travail pas aussi programmé donc 12h adapté - soignants assez jeunes- très grande adaptation - vrai regard prolongé sur la PEC du patient - assez content - jeunes préfèrent le travail en 12h car plus de liberté - 3 soignants qui ont du être changés de poste (pb d'adaptation au temps de travail, à la prise en charge de courte durée, saturation de la prise en charge psychiatrique) - Pb: il n'y a que des 12h or cela ne permet d'offrir des alternatives à des gens qui pour des raisons ponctuelles doivent moins travailler	
Retour cadre	retour virulent de certains cadres quand restrictions posées par la médecine du travail		

Avis sur les 12h	Hostile au tout 12h sur tout l'hospital - diversité indispensable - injuste si inaptitude temporaire ou plus longue - créer des sentiments d'exclusion entre ceux qui peuvent supporter les 12h et ceux qui ne peuvent pas - pose la question de ce qu'on fait des gens qui ne peuvent pas - rigidification du travail - manque de souplesse liée au 12h - précarisation rend d'autant plus compliqué la réversibilité des 12h	Réserve sur les effets négatifs liées à une généralisation - Crainte pour les personnels n'étant pas en capacité de travailler en 12h ou ne souhaitant pas (quid de leur avenir prof) - entrave à la liberté de choix -
------------------	--	---

Annexe 6 : Tableau récapitulatif des données recueillies dans les sites observés

	CH A	CH B	CH C
Enjeu financier			
Recours à l'intérim/type de remplacement	Utilisation de vacations d'agents	Utilisation d'un pool de remplacement	Pas d'intérim depuis 2014
Heures supplémentaires	36 heures en moyenne sur l'année/agent	Non comptabilisée	Non comptabilisées
Gains d'ETPR prévus	Pas de gain d'ETPR mais productivité accrue	20,55 ETPR si généralisation	50 ETPR si généralisation
Organisation du service			
Type du service	Chirurgie viscérale	Médecine	Urgences psychiatriques
DMS	5 jours	5 jours	2,7 jours
Ration IDE/patients	1/10 le jour et 1/15 la nuit	1/14	2,5/12 le jour et 1/12 la nuit
Cycle de travail	Pas de cycle maqueté (desiderata)	Pas de cycle maqueté (desiderata)	Maquette fixe sur 6 semaines
Temps de transmission	De 5 à 35 minutes hors temps de travail	Entre 10 et 30 minutes	Entre 17 et 26 minutes
Nombre de lits du service	32	26	12 lits + 1 d'apaisement

Thème n°32

*LEDOYEN, J.R., responsable de la filière Directeur des soins à l'EHESP et
WAELLI M., Professeur à l'institut du management*

12 heures, le temps des comptes...

*BLUGEON Nadine – DS ; BUTAULT Anne-Laure – DESSMS ; GRILLAS Maryline –
AAH; MARTINEAU Aude – DH ; NICOL Sylvie – DS ; PARTHENAY Laurence –
DESSMS; ROQUES Vincent –DH ; SKRODOLIES Éric – AAH ; VACELET Cécile –
IASS ; WELTIN Lénaïc – DESSMS*

Résumé :

La généralisation du travail en 12 heures est porteuse d'enjeux légaux, financiers et humains dans un contexte de révision des accords locaux de réduction du temps de travail. Les réflexions sur le management durable incitent à approcher cette question sous un angle qui n'est plus exclusivement financier.

Les observations conduites sur trois sites distincts soulignent à quel point la généralisation des 12 heures résulte de la rencontre des intérêts respectifs des personnels soignants et des directions d'établissements. Toutefois, la prise de conscience des effets à moyen et long terme émerge et conduit à réinterroger les organisations en place ainsi que le bien-fondé de cette généralisation.

Notre analyse tend à démontrer que la réponse à cette interrogation doit être nuancée, tant le choix de recourir à ce mode d'organisation dépend de la maturité de l'organisation, de la conduite de projet mise en œuvre, mais surtout d'une analyse des conditions réelles d'exercice des professionnels et de l'organisation des soins.

Cette démarche-projet est l'opportunité d'un dialogue entre les différentes composantes d'un établissement public de santé.

Mots clés :

Établissement public de santé ; organisation ; temps de travail ; réglementation ; qualité des soins ; enquête ; soignants ; travail en 12 heures

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs