



# Expertise CHSCT - Hôpital Henri-Mondor

Expertise décidée par le CHSCT de  
l'Hopital henri Mondor  
selon les dispositions des articles L. 4614-12 et L.  
4614-13 du nouveau Code du Travail



**émergences**

formation conseil expertises

Juin 2016

Intervenants

Chef de projet

*Gérard DOUBLET*

Chargée d'expertise

*Marie BRUGEILLES*



# 1/Compréhension de la demande

# Compréhension de la demande



Cette expertise décidée le 3 mai 2016 par le CHSCT de l'Hôpital Henri-Mondor porte sur l'application locale de la nouvelle organisation du temps de travail à l'AP-HP et ses conséquences sur la santé physique et mentale des travailleurs ainsi que sur leur sécurité.

Le projet concerne l'application locale de l'Arrêté Directorial du 1er avril 2016 fixant la nouvelle organisation du temps de travail à l'AP-HP : suppression de l'horaire en 7 h 50, introduction de l'horaire en 7 h 36 et généralisation de l'équipe de journée, présenté au CHSCT de l'Hôpital Henri-Mondor.

# Compréhension de la demande



Le projet présenté concerne de nouvelles organisations du temps de travail (OTT) avec une modification des amplitudes horaires, des heures de prise de fonction et des horaires décalés. Ces nouvelles organisations concernent tous les personnels hospitaliers de Henri-Mondor, soit environ **3 000 personnes, agents et cadres.**

Il résulte de l'examen de l'ensemble des éléments fournis au CHSCT que la nouvelle organisation du temps de travail va générer un changement réel des conditions de travail pour le personnel au sens de l'article L.4612-6 du code du travail.

Le CHSCT s'interroge sur les conséquences de cette nouvelle organisation sur les conditions du travail, sur la qualité des soins et sur l'impact sur la santé des personnels.

# Compréhension de la demande



La mission d'expertise confiée par le CHSCT a pour objectifs de :

- Identifier les éléments susceptibles d'avoir une incidence positive et négative sur les conditions de travail,
- Identifier les éléments susceptibles de majorer ou minorer les facteurs de risques professionnels,
- Mettre en relation les attentes des agents avec les impacts du projet sur leurs conditions de travail,
- Évaluer les incidences potentielles du projet sur les conditions de travail des agents et leur exposition aux risques professionnels,
- Formaliser et prioriser des propositions de réorganisation permettant d'améliorer les conditions de travail et de prévenir les risques professionnels.

# Le nouveau schéma horaire



Concernant les services fonctionnant sur 24 heures

- 7 h 36/7 h 36/10 heures ;
- 7 h 30/7 h 30/10 heures ;

Les variantes ouvertes seront :

- 7 h 30/7 h 36/10 heures ;
- 7 h 36/7 h 30/10 heures ;
- 7 h 30/7 h 30/10 heures du lundi au vendredi et 12 heures/12 heures samedi et dimanche

Concernant les services ne fonctionnant pas sur 24 heures, outre les schémas horaires ci-dessus, seront possibles les schémas horaires suivants :

- 8 heures 45 ;
- 9 heures ;
- 10 heures

# Cycle de travail et roulement



- **La durée du cycle de travail est fixée à 12 semaines "** pour faciliter l'équité et la répartition équilibrée des prises de congés sur des périodes comprenant les vacances scolaires "
- **L'amplitude horaire:**
  - d'amplitude horaire réduite de 14 ou 20 minutes jour,
  - d'organisation de la continuité en 7 h 36 indiquant les horaires suivants :
    - o Matin 6 h 40/14 h 16
    - o Après-midi : 13 h 45/21 h 21
    - o Nuit 21 heures/7 h 00
  - de durée de chevauchement : 31 minutes, 21 minutes et 20 minutes
  - d'organisation de la continuité en 7 h 30 indiquant les horaires suivants :
    - o Matin 6 h 40/14 h 10
    - o Après-midi : 13 h 50/21 h 20
    - o Nuit 21 heures/7 h 00
- **La mention d'arrivées décalées sans plus de précision sur ce que** recouvriraient les horaires décalés en termes de modifications pour les agents des différents services.



# Compréhension de la demande par l'expert

Les membres du CHSCT, selon le PV de la réunion du 3 mai 2016, ont demandé un certain nombre de précisions. Les demandes ont porté sur les points suivants :

1/La mise en place **de groupes de travail** par service sur la structuration des plannings, roulements, rythmes, procédures d'adaptation, associant médecins, cadres et soignants.

**Sur ce point, les membres du CHSCT et des personnels présents témoignent qu'aucun groupe de travail, associant les différentes catégories de personnel, n'a été réuni pour mettre en œuvre la déclinaison du décret de la direction générale.**





# Compréhension de la demande par l'expert

2/**Les plannings prévisionnels** qui n'ont pas été élaborés en mai, le seraient en juillet, c'est-à-dire sans consultation et/ou concertation préalable avec les personnels des services et de leur cadre de proximité et prise en compte des contraintes familiales de personnel (garde d'enfants, crèche) et de modalités de transports pour des personnels utilisant les transports en commun.

**Les plannings seraient annoncés au mieux en août alors que 50 % des personnels sont en vacances, rendant caduques toutes possibilités de nouvelles organisations individuelle et familiale liées à l'avancement de l'heure de prise de service, le matin.**



# Compréhension de la demande par l'expert

**3/ Les nouveaux plannings horaires rentreraient en vigueur en septembre sans prise en compte, en amont, des problématiques organisationnelles des services, soignants ou non soignants.**

Il semble aux membres du CHSCT difficile de dissocier horaires et organisation des séquences, du travail et de l'articulation des tâches entre les services et au sein des équipes de jour, de garde et de nuit.

**4/ Par ailleurs, il s'avère qu'à fin juin, contrairement aux assurances énoncées, les plannings prévisionnels n'ont pas été parachevés et présentés aux agents.**



# Compréhension de la demande par l'expert

**En conséquence, les interrogations du 3 mai 2016 et inquiétudes des membres du CHSCT quant aux risques de détérioration des conditions de travail semblent justifiées.**

**En outre des interrogations importantes demeurent** sur la cohérence de la mise en œuvre du projet sur un certain nombre de points:

- **Quel rythme de rotation des jours et gardes travaillées dans la durée du cycle,**
- **Quel dispositif d'horaires décalés** dans chacun des services ? **Lesquels sont concernés?**
- Quelles conditions de mise en œuvre, de **rotation des horaires décalés dans le cycle?**
- **Quelles réflexions partagées avec les médecins** sur les impacts de l'OTT sur les prescriptions, leur enchaînement ?

# Compréhension de la demande par l'expert



- **Quelles mesures de prévention primaire seraient envisagées en amont de la mise en œuvre de l' OTT? À savoir :**

1/Des aménagements explicitement définis et présentés à l'instance du CHSCT pour les mères avec enfants en crèche ou garderie, au regard de l'heure de prise de service et de la fermeture de 50 berceaux en septembre?

2/Quelles mesures pour les personnels utilisant les transports en commun qui seraient susceptibles de ne pas pouvoir commencer à l'heure décrétee ?

3/Quelles mesures d'analyse de charges de travail dans les services où les dépassements horaires sont systématiques et non compensés par des repos ou le paiement d'heures supplémentaires ?

4/ Quelles mesures d'ordre général et managérial pour traiter le ressenti de souffrance et d'épuisement de nombreux agents de l'APHP ?

5/ Quelles dispositions pour permettre l'analyse des postes de travail par la médecine de travail? Quelles mesures des risques RPS liés à l'OTT? Révision du DU?

6/ Quelles mesures de suivi des conditions de propreté biologique dans les services?



# Périmètre de l'expertise

**Conformément à la convention et au périmètre défini, les entretiens individuels et groupes de personnels ont été réalisés dans les services suivants :**

- Rhumatologie
- Neurologie
- Médecine interne
- Urologie
- Hépatogastro-entérologie
- Bloc opératoire
- Crèche Arc-en-ciel
- Oncologie
- SAMU

Les personnels ont été choisis d'une façon aléatoire par le chef de projet d'Émergences sur les listings qui lui ont été fournis. Le choix a été révisé selon la disponibilité et la présence des personnels dans les services.

L'échantillon a respecté une égale répartition entre Aides soignant(e)s et infirmier(e)s.



# Périmètre de l'expertise

Les entretiens se sont déroulés du 8 au 17 juin 2016.

**Un total de 77 personnes rencontrées par les experts.**

**53 entretiens individuels ont été réalisés.**

- 6 cadres de direction (directrice adjointe, DRH, direction des soins) et de prévention (Médecin du travail, psychologue et responsable de la prévention)
- 3 responsables de pôle (Caravane, Imagerie et Mingus),
- 44 cadres de proximité, infirmières et aides soignantes

**Quatre groupes de six agents hospitaliers et plus ont été conduits par les deux consultants, réunissant des agents des services suivants :**

- Endoscopie
- Immuno-néphrologie
- Coordination pré-greffe rénale
- Chirurgie vasculaire, Cardiologie, Chirurgie cardiaque
- Laboratoire : biochimie, hématologie, bactériologie
- Radiologie : médecine nucléaire, radiologie centrale, intervention cardio, exploration fonctionnelle, accueil



## **2/Conditions de travail**



# Conditions de travail

Le projet d'OTT est pour les agents la conséquence du retour à la norme en termes de RTT et FP, c-à-d, **la disparition de 5 jours de repos** . Beaucoup ont participé au mouvement de grève, beaucoup l'ont soutenu. La cause est perdue pour les RTT, mais ne l'est pas vraiment pour **les jours supplémentaires qui constituaient des temps de récupération compensant des conditions salariales** qui se dégradent.

## Dégradation des conditions de travail

- gel des salaires depuis 2010
- effectifs non remplacés
- regroupement de services au niveau du groupe hospitalier avec des effectifs réduits.
- augmentation de la charge de travail
- diminution de la qualité des soins
- injonctions contradictoires de productivité et de confort des patients
- conflits de valeurs professionnelles, sentiment de ne pas pouvoir bien faire son travail.

 Ceci expliquerait un taux d'absentéisme élevé touchant toutes les catégories et le départ de professionnels de l'APHP.





# Conditions de travail

## Le contexte de la réduction des RTT et suppression des jours de FP.



**RTT et jours supplémentaires constituaient des éléments de reconnaissance et de compensation des efforts au travail et des heures supplémentaires non rémunérées.** L'avantage de "confort" relatif qu'ils représentaient par rapport à d'autres institutions de soins privées ou publiques est perdu.



**Se dessine aussi un conflit entre le niveau managérial et les agents de soins.**

*« D'abord 5 jours RTT, FP perdus. Ils disent que c'est une amélioration du confort patient, c'est eux qui le disent! Mais ils visent une économie sur les postes qui ne nous seront pas rendus, comme si on se tournait les pouces. Ils nous considèrent comme des fonctionnaires ou des ouvriers à la chaîne. On ne fabrique pas des voitures sur une chaîne qui s'interrompt à l'heure. »*



# OTT

**I/Le projet de réorganisation du temps de travail prévoit une généralisation la grande équipe qui serait appliquée à partir du mois de septembre 2016.**

Lors des entretiens, nous avons pu constater la coexistence de deux modèles de fonctionnement : des services qui fonctionnent déjà en " grande équipe " et des services qui fonctionnent avec des équipes fixes et des équipes en grande équipe.

Lorsque les salariés en équipe " fixe " acceptent de remplacer leurs collègues absents, qu'ils soient du matin ou de l'après-midi, **la charge des remplacements se répartit de façon négociée**. Lorsque les équipes fixes refusent d'effectuer des remplacements en dehors de leur plage horaire, les remplacements sont alors assurés exclusivement par les agents des " grandes équipes ", leur statut permettant plus de flexibilité dans l'affectation des horaires.

**C'est précisément ce fonctionnement négocié qui est pointé par la direction de l'AP-HP, souhaitant rétablir une équité de traitement au sein de ses équipes et apporter aux cadres de proximité une simplification dans la gestion des plannings.**





# OTT

▪ **Les cadres de proximité dans leur majorité** craignent que le passage en force du projet ne soit une source de démotivation des agents et accentue encore l'absentéisme de courte durée, aggravant alors le problème au lieu de le résoudre.

• **Pour les agents**, les horaires fixes assurent une stabilité certes "inéquitable", mais qui résout nombre de problèmes personnels.

Les équipes fixes et les arrangements négociés ont permis une stabilité dans la vie personnelle des agents qui ont organisé leur vie privée autour de leurs horaires. Ils permettent aux mères de jeunes enfants d'organiser d'une façon stable les gardes auprès des crèches, des nounous le matin...

Les équipes fixes et les arrangements négociés permettent de fixer d'une façon certaine les jours de repos ( RR, RTT) et les périodes de vacances.

Elles permettent aussi la programmation régulière d'activités extraprofessionnelles ou de formation.


 **La mise en place stricte de grandes équipes peut être à l'origine d'une désorganisation de la vie privée des agents pouvant les amener soit à un absentéisme plus important, soit à quitter le service...**



# OTT

## **La généralisation de la grande équipe: un facteur de pénibilité du travail**

Il paraît important ici de noter que les variations de plannings peuvent constituer une source de pénibilité au travail, notamment si les changements sont fréquents. En effet, pour les services où le fonctionnement en grande équipe est déjà mis en place, les agents peuvent être appelés à effectuer des remplacements ponctuels.


 **Ces derniers, se font sur l'autre créneau horaire, c'est-à-dire de l'après-midi pour un cycle prévu le matin ou l'inverse bien que ce fonctionnement en grande équipe ne rentre pas dans la définition du travail en équipe successive alternante.**



# OTT

## II- Passage de la durée théorique de travail en 7 h 36

Des cadres de proximité et agents craignent une diminution des temps de transmission entre les équipes de jour et celles de nuit. Ce temps est déjà parfois juste (15 minutes ne suffisent pas) et il sera réduit avec le nouvel horaire. Il existe déjà des points de frictions entre la grande équipe jour et celle de nuit par manque d'informations sur ce qui s'est passé durant leurs gardes respectives.

 **La diminution de la durée de chevauchement entre les équipes, indépendamment de la réduction du temps de transmission, va empêcher ce que les cadres de services pouvaient organiser plusieurs fois par an, à savoir des réunions de service, réunissant les équipes fixes du matin et de l'après-midi et des médecins. Ces réunions permettaient de régler ensemble des problèmes de fonctionnement et renforcer la cohésion du collectif de travail.**



# OTT

## **III- Prise de service à 6 h 40 au lieu de 6 h 50**

Si ce sujet est au cœur de l'expertise, il semble être un "faux problème", non qu'il ne soit pas lourd de conséquence sur la vie privée des agents, mais parce que beaucoup arrivent largement avant l'heure, justement pour surmonter les difficultés de trafic et de parking au-delà d'une certaine heure. Pour ceux qui arrivent plus tôt, le temps est soit consacré aux transmissions, soit à des débuts de soins ou à des préparations.

**L'heure de début qui convient à tous est celle de 7h00.**

**Certaines personnes utilisant les transports en commun aux premiers horaires de circulation (train) ne pourront pas plus en septembre que maintenant arriver avant 7 h 00. L'avancée de l'heure officielle de commencement constitue un fort handicap pour ces personnes.**

**Pourquoi changer sans raison explicite l'heure d'arrivée, alors qu'une partie des personnels seront mis dans l'impossibilité de la respecter, créant ainsi un facteur d'aggravation de risques professionnels?**



# OTT

## IV-Quels impacts organisationnels

Certains cadres essaient d'anticiper, mais pas davantage, faute de communication et travail de réflexion avec les cadres supérieurs et les médecins, ce qui pourrait en termes de services et de soins revenir aux équipes de matin ou d'après midi qui étaient faits par l'équipe de nuit ou celle de matinée.

➔ Des problématiques organisationnelles qui auraient dû être abordées et réglées avant septembre. Les cadres et agents s'attendent à une désorganisation majeure et à un certain courant de panique chez des professionnels mis en difficultés dans l'exercice de leur service aux patients.



# OTT

## V- Heure de fin de service

**De la même manière que l'heure d'arrivée est un faux problème, celle du départ l'est aussi**, Sauf pour quelques rares services ou les infirmières et AS peuvent partir à l'heure prescrite. La grande majorité des agents dépassent couramment la durée de travail de 7 h 50 et décaleraient leur départ de 15 à 60 minutes, **sans que ce dépassement soit comptabilisé en heures supplémentaires ou récupérables.**

L'habitude du dépassement d'horaire est si bien reconnue par l'institution qu'un cahier est tenu à jour où les agents marquent leur heure de départ afin qu'en cas d'accident de trajet, ils puissent être couverts par l'assurance qui couvre le trajet professionnel.



**Il faut constater que cette pratique entérine un dysfonctionnement de travail déguisé, institutionnellement reconnu comme une nécessité de service. Les cadres craignent voire constatent que la réorganisation des horaires (réduction des RTT, nouveaux plannings) n'induit une moindre flexibilité acceptée volontairement des agents à décaler leur heure de départ.**



# Perception de la Charge de travail



**La charge de travail peut être abordée selon différentes perspectives :**

- 1/ Comme une décision du management d'affecter à une catégorie de personnes, en fonction de leur formation et compétences, une tâche définie.
- 2/ Comme une quantité de travail à effectuer dans un temps donné, avec des moyens appropriés.
- 3/ Comme le ressenti individuel ou collectif d'agents dans des environnements matériel et psychologique, dans lesquels un travail est effectué.

**Ces trois approches sont appropriées à une analyse de la perception de la charge de travail des services soignants de l'hôpital Henri-Mondor.**

# Perception de la Charge de travail



**La perception de la charge de travail est la résultante des exigences de soins de chaque spécialité et services de soins, selon différents facteurs.**

➤ **Le degré de dépendance des patients détermine une partie de la charge**

➤ **L'organisation du service**

*« La charge de travail, c'est une question d'organisation du service. On est plus souvent 2 que 3 prévues. La troisième est souvent déplacée dans un autre service. Alors ça devient compliqué ... »*

*« Il faut repenser l'organisation de la journée en détail. Il y a des jours où je n'ai même pas le temps d'aller aux toilettes. Les temps de pause sont irrégulièrement respectés, car impossible si les patients nous sonnent. »*

*« Ça ne marche pas, et on ne nous écoute pas, il n'y a aujourd'hui que des solutions bricolées. »*

# Perception de la Charge de travail



## ➤ **L'organisation du service : le cas du bloc opératoire .**

« Le bloc est un capharnaüm depuis 2 ans, il y a les départs des chir. et d'infirmiers anesthésistes pour cette raison. La mutualisation des équipes sur les blocs, même si de fait on tend à s'occuper d'un bloc en particulier, on est appelé en perpétuel dépannage d'un bout à l'autre du bloc. »

« La polyvalence est théorique pour une mutualisation des ressources. C'est un pis-aller pour compenser un défaut de moyens. Il n'y a pas une organisation réfléchie en fonction de la charge en augmentation. »

## ➤ **Les débordements horaires : d'une façon générale**

« Les débordements horaires sont fréquents. Avec la réduction de 7 h 50 en 7 h 36, ce sera davantage de travail caché, non payé »

« Temps de travail : on va travailler autant sans être payé, c'est une sorte d'abus. »

# Perception de la Charge de travail



➤ **Les conditions d'accès au travail, transports, parking...**

« *J'arrive fatiguée au travail, plutôt pour le problème de parking.* »

➤ **L'équilibre entre vie privée et vie professionnelle**

« *Je vais devoir changer de métier, J'ai donné à l'AP, j'ai sacrifié ma vie de famille, maintenant c'est fini, je vais chercher quelque chose près de chez moi pour vivre avec mes enfants qui ne me voient que rarement, pour rester avec mon mari. »*

➤ **Les conditions de la coopération entre les équipes de matinée et de garde**

« *Moins de temps en inter équipe, ce sera matin et après-midi en 20 minutes contre 70 minutes. La direction pense que c'était uniquement du temps de communication «inutile», c'était surtout du temps de travail en commun pour permettre à la collègue de partir à l'heure, ce ne sera plus le cas. »*

# Perception de la Charge de travail



**V. La perception de la charge de travail par les agents est la résultante de plusieurs facteurs :**

➤ **Les relations sociales au sein des équipes... entre les médecins et les agents... entre les agents entre eux:**

« *Détérioration des relations AS : des conduites de harcèlement ciblées sur des AS, refus de donner des jours, de positionner les vacances. »*

Ou au contraire :

« *Très bonne entente entre Infirmières, AS et médecins, c'est la condition de tenir le coup en Oncologie. On se parle beaucoup, on est proche, pas d'attaque dans le dos, solidarité. On travaille en binômes pour la toilette au lit. »*

➤ **L'évaluation par le management des charges et des ressources dédiées**

« *Il faut recalculer les TPER. TPER fait par service, maintenant par pôle ce qui permet de rendre du personnel d'un service à l'autre. »*

➔ « *Recalculer la charge TPER. On travaille tous en 8 heures au moins, cela signifie qu'on peut aisément avoir un dépassement de 20 minutes par jour, soit plus d'une heure et demie par semaine, ce qui correspond à une journée par mois. »*



## **3/ Les effets du projet OTT**





# Les effets du projet OTT

## **1/Principales perceptions et compréhensions du projet OTT par les agents:**

➤ **Le passage de 7 h 50 à 7 h 36 est un artefact institutionnel pour justifier la diminution des RTT.**

Il est déjà difficile dans la plupart des services soignants de respecter les horaires, comment cela serait-il possible en réduisant la durée de la journée de travail ?

➤ **Dans le cycle de travail l'OTT se traduit par la perte d'un jour de récupération en semaine par week-end travaillé.**

La régularité de deux jours de repos par semaine, en week-end ou en semaine ne serait plus possible. La coupure de 2 jours **était une nécessité que confirment le médecin du travail et les psychologues. Au-delà de 50 ans la capacité de récupération est amoindrie.**





# Les effets du projet OTT

➤ **La réduction de la journée de travail est un leurre**

*« Le projet est ambitieux, mais infaisable fonctionnellement. Ça va coïncider sur les temps de transmission de la nuit à la matinée, et de la garde à la nuit. À ces heures-là, on est déjà largement en dépassement, alors qu'on ne respecte déjà pas le temps des pauses et du repas. »*

➤ **Un projet précipité qui pourrait ne pas être mis en application ?**

La mise en œuvre est si précipitée et les étapes d'un projet ne sont pas respectées.

Dans un déploiement local, il ne s'agit pas de dupliquer la démarche adoptée par la direction générale vis-à-vis des OS au niveau central. Localement ce sont les agents qui doivent être écoutés:

*« Quel discours font-ils tenir en découvrant que le projet ne peut pas passer. Ce sera peut-être être de notre faute, vaudrait mieux qu'ils entendent nos observations avant de décider et de mettre en œuvre. »*







# Les effets du projet OTT

➤ **Une application imposée et hypocritement proposée aux agents**

Il existe une suspicion d'une minorité d'agents que le management soit obligé de mettre en œuvre en septembre bien que connaissant les obstacles à la faisabilité dans les conditions actuelles.



# Les effets du projet OTT

## 2/ En termes de communication

➤ **Un manque d'information concernant l' OTT, absence de concertation et de communication à tous les niveaux:**

« *On prend un peu ça mal car on n'est jamais informé. C'est toujours comme ça.* »

➤ **Un projet descendant de la direction générale vers la direction du site, puis de la DRH vers les cadres de pôles.**

- La communication s'est faite, « *discrète... de la DRH vers les services, les cadres de proximité ont communiqué en avril aux équipes sur la suppression des RTT et le passage en 7 h 36. Pas davantage.* » CS.

« *Le projet a été validé avec les Cadres de Pôles, le DRH, mais il n'y a pas eu de consultation des cadres dans les services.* » CS.

➤ **Certains cadres de service conçoivent de la rancœur** de ne pas pouvoir être entendus par les cadres supérieurs « *qui n'ont pas le mandat de les entendre d'ici septembre.* »

 **Le projet a été communiqué avec une grande économie de moyens auprès des cadres de proximité qui ont que peu d'éléments à transmettre aux agents.**



# Les effets du projet OTT

## 3/ En termes de consultation des OS et du CHSCT

**La modification des horaires et des plannings qui en découle est même présentée comme l'application du décret de la direction générale qui deviendra une consigne non discutable dans l'établissement.** Ce scénario est vécu avec soulagement par certains managers qui redoutent les négociations avec les partenaires sociaux.

*« Il faut dire que ça a été fait d'une façon rapide localement pour mettre en application en septembre la réduction du temps de travail justifiant la réduction des RTT décidées par Monsieur Hirsch. Certains ont été soulagés de pouvoir appliquer sans perdre de temps en négociation. » CS.*



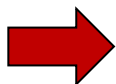
**Ceci constitue un défaut de consultation des instances et des agents. Or les plannings constituent le cadre qui permet à l'agent d'organiser son service, de concilier vie personnelle et vie professionnelle. Ils doivent être négociés, débattus et acceptés par les cadres et les agents.**



# Les effets du projet OTT

## En termes de consultation des agents.

- L'annonce des plannings qui modifieront les conditions de travail sera faite une fois ces plannings arrêtés par les cadres de pôle.
- ensuite les plannings seront présentés aux agents dans les services
  - « On fera remonter les souhaits des personnels lors des réunions de services, toutes n'ont pas été faites encore. Pour le personnel il s'agira de s'adapter à une décision centrale. »



## Trop tard pour la concertation

- En juin les réunions n'avaient pas eu lieu dans la grande majorité des services.

# La mise en œuvre du projet OTT



## 1/ La construction des plannings

➤ Des sessions de formation des cadres de service et du tutorat mis en place par l'APHP dès la fin avril

- Il semble qu'il s'agisse de l'apprentissage par les cadres d'une utilisation optimale de Gestime pour construire de nouveaux plannings à partir d'une application Excel ad hoc.

### - **Toutefois:**

- une charte de planning attendue n'aurait pas été diffusée comme prévu.

- Un manque d'information sur les règles d'établissement des plannings auprès des cadres de services et auprès des agents.

- le cycle de 12 semaines serait généralisé, mais quel serait le rythme de rotation matin/après-midi dans le cycle.

**Le type de rotation dans le cycle est un élément crucial pour évaluer l'impact sur les conditions de travail. Il doit être explicite et accepté.**

**Le mode de construction théorique des plannings est aujourd'hui opaque.**



# La mise en œuvre du projet OTT



## La construction des plannings

Des cadres ont mis en place des groupes de travail sur les plannings associant des infirmières. Il s'agissait de commencer à travailler sur une nouvelle méthode de planning avec leur équipe sans certitude sur l'accord du management.

**La perception majoritaire des agents est que les plannings seront imposés d'une façon autoritaire, à savoir le rythme de rotation, le nombre de jours travaillés, les repos, les RTT, alors qu'aujourd'hui ils font l'objet d'ajustements entre agents, négociation avec le cadre, puis arbitrage.**

*« Si c'est imposé, je pense que ça ne passera pas. Avant on avait la souplesse de choisir. Je pense qu'il y aura une tension au sein de l'équipe, car là c'est sympa de pouvoir choisir, là il y a toujours des arbitrages, c'est normal. »*

# La mise en œuvre du projet OTT



## 2/ La coordination avec les médecins

Les experts n'ont pas eu d'éléments leur permettant de confirmer qu'il y ait eu une concertation avec les médecins de services sur les possibles impacts des nouveaux horaires sur la succession des actes médicaux traités par les équipes du matin, de garde ou de nuit, et le déport éventuel d'actes d'une équipe sur une autre.



**Comment la mise en place de la concordance des temps médicaux et non médicaux est prise en compte dans le projet OTT?**

# La mise en œuvre du projet OTT



## En synthèse

**Il est compréhensible que le projet d'application locale, issu du décret de la Direction générale de l'AP-HP ne puisse répondre à l'ensemble des questions que se posent les agents et les cadres. Mais ce qui semble anormal aux agents, c'est qu'à 10 semaines de la mise en application de l'OTT, les problèmes n'aient pas été débattus, faisant craindre une désorganisation des services, une probable confusion d'ordres et d'injonctions contradictoires.**



# La mise en œuvre du projet OTT



## L'équité

À propos de l'équité, il est nécessaire de montrer combien pour les agents et les cadres, il est abusif d'utiliser l'argument d'équité à propos de la grande équipe pour justifier son application généralisée.

L'équité est une notion d'éthique, non pas de droit. L'équité est la notion même qui se confronte au droit et au règlement pour garantir son application juste. L'équité est affaire de justice, non pas de morale.

L'équité est ce qui permet une discrimination positive adaptant les conséquences de la règle (de droit) aux cas particuliers.

Il ne faut confondre équité et égalité de traitement. Une égalité de traitement que constituerait l'application stricte de la grande équipe à tous sans distinction constituerait en fait un processus inéquitable, parce qu'une personne n'équivaut pas à une autre personne au regard des inégalités de situations.



# Analyse des facteurs de risque du projet OTT



# Les risques psychosociaux

## Définitions

L'expression « risques psychosociaux », plus large que celle de stress, désigne diverses situations de mal-être aux causes très diverses : surcharge de travail, contraintes excessives de temps mais aussi pertes de repères, difficultés à trouver du sens au travail, conflits de valeurs,

...

Elle rappelle surtout que la santé, dans sa composante psychique, n'est pas uniquement la résultante de la capacité de l'individu, mais **qu'elle se construit y compris dans la reconnaissance dans le travail, la possibilité d'échanges et de coopérations professionnels, le soutien des collègues et de la hiérarchie, la capacité d'implication dans son métier, le sens donné à un travail bien fait.**



# Les facteurs de risque du projet OTT

**La grande équipe comporte au moins trois caractéristiques qui vont modifier profondément les conditions de travail actuelles des agents, en raison de :**

**1/La réduction de l'autonomie d'ajustements des agents entre eux .**

L'autonomie procédurale des agents est une caractéristique importante d'une perception des conditions de travail acceptables. L'autonomie est présente dans le travail des infirmières sous contrôle du médecin avec l'engagement de leur responsabilité dans l'exercice de leur fonction.



**Ceci constitue la valeur première de leur travail qui lui donne du sens.**

L'autonomie joue aussi dans le pilotage négocié et ajusté avec les collègues de leur planning sous contrôle du cadre.



**Ôter aux agents ce degré d'autonomie constitue une atteinte à leurs bonnes conditions de travail, leur reconnaissance et leur motivation.**



# Les facteurs de risque du projet OTT

## 2/La détermination imposée des repos dans le cycle

Les repos de cycle seraient fixés par Gestime, c'est du moins ce qui inquiète les agents. Les fixer automatiquement, c'est priver les agents d'un choix à leur avantage pour gérer leurs contraintes personnelles ou s'assurer une régularité programmée de leur repos en famille. La gestion du temps, optimisé par Gestime, sur une durée de cycle de 12 semaines, mais avec la possibilité, pour le cadre, de prévenir 48 heures à l'avance d'un changement, basculerait d'un coup les possibilités d'arrangement du côté de l'institution.

**Cette perte de contrôle est jugée insupportable par les agents et susceptible de provoquer des arrêts pour convenance personnelle et des départs de l'APHP.**



# Les facteurs de risque du projet OTT

## 3/Un accroissement de la flexibilité

Les agents estiment que la flexibilité imposée comporte des limites, celles de l'épuisement professionnel et de l'impossibilité de déterminer les jours de repos en fonction de ses contraintes et choix personnels.

L'OTT induirait un rythme erratique, non stabilisé entre les périodes de travail le matin et l'après-midi sans possibilité de contrôle par les agents, à discrétion du cadre de service en fonction des effectifs présents.

**Ceci constituera un facteur aggravant de :**

- **conflits entre cadres et agents et agents entre eux**
- **absentéisme pour convenance personnelle**
- **dérèglements physiques et psychologiques des agents**





# Les risques psychosociaux

Principaux risques selon la nomenclature DARES

## **Pression temporelle :**

**L'avancement de l'heure d'arrivée théorique peut accroître la pression existante sur les personnels.**

Diminution de la durée théorique de la journée de travail induit une pression supplémentaire.

## **Conciliation travail et hors travail**

La Conciliation déjà difficile serait aggravée par la mise en place de la rotation des équipes dans un cycle. Cf. organisation de la vie personnelle, la garde des enfants, les relations de couple.



# Les risques psychosociaux

## **Autonomie procédurale (liberté pour organiser son travail, organisation du temps) :**

OTT réduit les processus d'ajustement du temps de travail qui sont le principal enjeu de l'autonomie procédurale dans l'organisation du travail. Réduire cette autonomie est un risque majeur pour la coopération et les liens de solidarité entre agents.

## **Pénibilité du travail:**

Des « ajustements déraisonnables » dans certains services du nombre de jours travaillés consécutifs en violation du droit du travail ou de charte interne, pour pallier un manque de ressource et d'organisation.





## Les risques psychosociaux

### **Participation – représentation (participation à la mise en place des organisations, à la gestion du changement).**

Aucun processus réel en amont de concertation dans les services, cadres compris, cela est un défaut majeur de la conduite du projet OTT, générant angoisse et stress «panique annoncée».

### **« Leadership » (objectifs clairs et expliqués, ordres ou indications contradictoires)**

Défaut de conduite de projet et de communication claire, explicite et responsable avec les instances et les agents.

Opacité sur les modes de constitution des plannings.



## Les risques psychosociaux

### **Reconnaissance - travail reconnu à sa juste valeur**

Pas de reconnaissance du dépassement des horaires journaliers volontaires (conscience professionnelle, éthique). Fort risque du fait de la réduction de la journée théorique de dépassements entraînant conflits et absentéisme.

**Non reconnaissance de la légitimité et de la rationalité des aménagements entre agents (modifications de planning, ajustements ...)**

### **Conflits éthiques**

**L'hôpital n'est pas une entreprise** .La recherche de productivité n'est pas une valeur partagée.

**Sentiment de mal faire son travail et d'imposer une maltraitance passive des patients.**



# PRÉCONISATIONS



# PRÉCONISATIONS

**En conséquence la grande équipe, qui constitue un risque pour l'autonomie procédurale, peut rendre plus difficile les conditions de travail et les temps de récupération et de repos. Ce risque demande de la part de la direction , en amont, une véritable prise en considération des modalités de rotations dans le cycle, en vue d'assurer:**

- une réelle équité institutionnelle respectant les personnes et leur différence
- le maintien d'une marge de manœuvre de l'encadrement vis-à-vis de la règle si elle s'applique selon la programmation Gestime
- une réflexion sur la meilleure durée de cycle et de rythme de rotation assurant à la fois la meilleure prévisibilité des ressources et des arrangements possibles entre agents et avec l'encadrement.
- le respect des pratiques actuelles d'ajustement autonomes des plannings, si elles satisfont les agents, la qualité des soins et des prescriptions médicales.



**La mise en œuvre à ces conditions doit faire l'objet d'un suivi des impacts sur la santé physique et psychologique du fait des modifications de cycle et de rythme de repos.**



# PRÉCONISATIONS

1/Ajourner la mise en œuvre du projet OTT prévue en septembre

2/Revenir à un processus de concertation/négociation normal pour l'éventuelle modification des plannings et des rotations dans le cycle. Privilégier d'introduire des améliorations dans les plannings existants, en conservant les marges de manœuvre des agents et des cadres de service.

3/Revenir sur la décision d'une prise de service à 6 h 40 qui n'apporte aucun avantage organisationnel, au contraire. Décision qui met en difficulté des agents pour des raisons de transport. Décision qui ne respecte pas non plus l'organisation actuelle des soins, des prescriptions médicales et des services. Elle induirait une désorganisation des services sans étude approfondie d'alternatives bénéfiques pour les patients et les conditions de travail des agents.



# PRÉCONISATIONS

4/Inclure dans les concertations les médecins des services pour la prise en compte des spécificités thérapeutiques, nature et enchaînements des soins et des services aux patients.

5/Reconsidérer les effets de la diminution des recouvrements sur les temps communs des équipes au sein des services : réunion d'information, formation.

6/Auditer les services où des dérèglements organisationnels anciens provoquent un délitement des relations sociales (violences verbales...).



# PRÉCONISATIONS

7/Auditer systématiquement les services où des « arrangements déraisonnables » sur la durée journalière de travail et le nombre de jours successifs travaillés hors normes (plus de 6 jours consécutifs).

8/ Trouver une résolution transitoire pendant les travaux de la crèche pour accueillir les enfants des agents. Le recours à des solutions en ville est illusoire à court terme.

9/Médecine du Travail

- Donner les moyens et le temps au service de Médecine du Travail d'effectuer les visites de poste.
- Établir un rapport d'activité complet sur les facteurs de risques, notamment RPS et les mesures envisagées à N+1 de suivi et de corrections



# PRÉCONISATIONS

10/ Donner au CHSCT toutes ses prérogatives dans la prévention des risques psychosociaux en l'associant en amont aux décisions d'organisation.

11/ Reconnaître d'une façon institutionnelle les dépassements réguliers d'horaire et y appliquer les recommandations de la direction générale en temps de récupération.

12/ Garantir par une procédure officielle la prise en compte par l'institution de la couverture assurantielle des accidents de transports dans le cas des dépassements d'horaire et de départs tardifs. Les cahiers dans les services où les agents consignent des départs décalés ne constituent une garantie valide de couverture par l'assurance en cas d'accident.





MERCI