

COMMISSION D'ENQUETE RELATIVE A L'IMPACT SOCIETAL, SOCIAL, ECONOMIQUE ET FINANCIER DE LA RTT

Jeudi 18 septembre 2014 de 9h30 à 10h30 (salle Lamartine au 101, rue de l'Université).

Référent : Capucine CAPON, Administratrice, Commission des affaires sociales,
01.40.63.65.75, ccapon@assemblee-nationale.fr

Membres de la commission

- Président : M. Thierry Benoit
- Vice-présidents : M. JP Gorges (UMP, Eure-et-Loir), Mme I. Le Callennec (UMP, Ile-et-Vilaine), Mme J. Maquet (SRC, Pas-de-Calais) et M. Philippe Noguès (SRC, Morbihan).
- Secrétaires : M. C. Cavard (Écologiste, Gard), Mme J. Fraysse (GDR, Hauts-de-Seine), M. H. Jibrayel (SRC, Bouches-du-Rhône) et M. J. Moignard (RRDP, Tarn-et-Garonne).
- Rapporteure : Mme Barbara Romagnan (SRC, Doubs).

Règles particulières s'appliquant aux commissions d'enquête

- L'audition sera publique, avec retransmission télévisée.
- Toute personne auditionnée doit prêter serment devant la commission d'enquête.
- L'audition fera également l'objet d'un compte rendu intégral écrit. Si le compte rendu est envoyé avant publication, aucune modification majeure ne pourra y être apportée sur le fond.

Déroulé de l'audition

1. Présentation par la FHF de l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail : 20 à 30 minutes.
2. Questions et échanges avec l'ensemble des députés.
3. Un questionnaire écrit pourra être adressé à l'issue de l'audition si le temps imparti n'a pas permis de répondre à l'ensemble des questions posées

Attentes de la commission d'enquête

1. Rappel des **conditions de mise en œuvre** de la diminution du temps de travail,
2. Bilan des **conséquences sur l'organisation** des hôpitaux, sur la **GRH**, ou sur les éventuels **coûts** liés à la réduction du temps de travail.
3. Impact de cette réforme sur les **conditions de vie « hors travail »** ainsi que sur la situation des femmes exerçant à l'hôpital
4. Situation actuelle des négociations sur le temps de travail à l'hôpital -le temps de travail demeure-t-il un sujet de débat au sein des hôpitaux ?

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
2002 : LA MISE EN PLACE DES 35 HEURES A L'HOPITAL	3
1. LES IMPACTS DE LA RTT	7
AU-DELA DES AVANTAGES INDIVIDUELS MODERES ...	7
DES IMPACTS MAJEURS SUR LA SITUATION DES ETABLISSEMENTS	8
2. 2014 : LE TEMPS DE TRAVAIL TOUJOURS EN DEBAT	12
LES NOUVELLES MODALITES D'ORGANISATION	12
LA REVISION DES ACCORDS RTT	13
PROPOSITIONS	15
1. RECENTRER LES ORGANISATIONS DE TRAVAIL SUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT	15
2. SOUTENIR LA REVISION DES ACCORDS LOCAUX	16
3. DANS LE CADRE D'UNE STRATEGIE TERRITORIALE	15

2002 : LA MISE EN PLACE DES 35 HEURES A L'HOPITAL

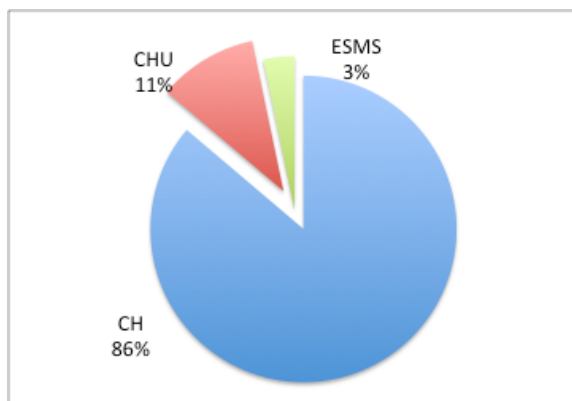
Pour les personnels médicaux, la réduction du temps de travail a été mise en place de façon concomitante à la transposition de la directive européenne relative à leur temps de travail. Ainsi, depuis 2002, les praticiens bénéficient d'une réduction forfaitaire de la durée annuelle de travail de vingt jours ; ils peuvent ouvrir un compte épargne-temps et y affecter congés ou jours de RTT non pris.

Pour les personnels non médicaux, le décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements publics de santé a fixé à **35 heures la durée hebdomadaire du temps de travail puis, à compter du 1er janvier 2004**, à 32h30 la durée hebdomadaire de travail de nuit, et a précisé les différentes modalités de planification du temps de travail, dont les cycles et les roulements. Il a instauré la possibilité de bénéficier d'heures ou de jours supplémentaires de repos au titre de la réduction du temps de travail, afin de ramener leur durée de travail moyenne à 35 heures. Ces jours et ces heures peuvent être pris, le cas échéant, en dehors du cycle de travail, dans la limite de 20 jours ouvrés par an. Le décret de 2002 a également créé le Compte épargne-temps (CET) qui permet de provisionner un nombre de jours de congés ou de RTT non pris afin d'en disposer ultérieurement.

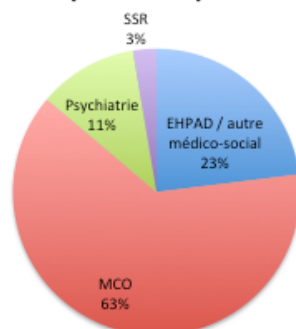
Suite à la publication de ce texte, les établissements ont été fortement encouragés à concerter leurs organisations syndicales non médicales dans l'objectif de rédiger rapidement un protocole d'accord local, bien que celui-ci ne soit pas nécessaire à l'application de la réglementation. Afin d'illustrer le déploiement de l'ARTT dans les établissements publics de santé, nous nous appuyons sur **une enquête déployée par la FHF du 20 août au 11 septembre 2014, enquête qui a permis de faire un état des lieux auprès de plus de 150 établissements.**

Enquête FHF 2014 - Participants

152 établissements ont répondu à l'enquête FHF, soit un échantillon représentant 321 941 effectifs, soit près d'un tiers des effectifs de la FPH.



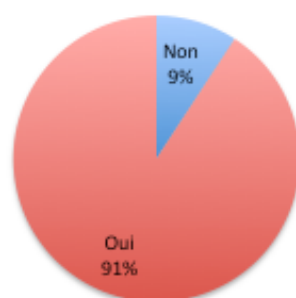
Répartition des répondants par activité principale



Le déploiement des accords locaux

Sur notre échantillon, 91% des établissements ont négocié un protocole d'accord local. 14 établissements ne disposent pas de protocole d'accord formalisé, soit 9% des effectifs.

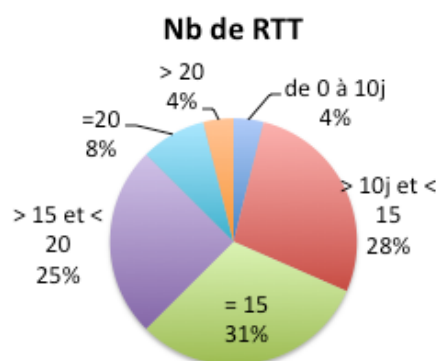
Accord RTT



Nous avons sélectionné **quatre axes d'analyse, considérés comme discriminants** : le **nombre de RTT moyen**, le **décompte du temps de repas et du temps de formation**, le **décompte du temps de travail des cadres**.

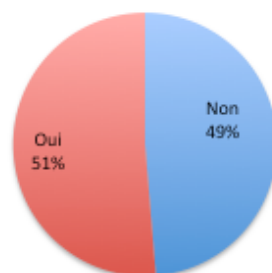
1. Nombre de jours RTT octroyés

59% des établissements ont des accords avec 15 jours de RTT ou moins (dont **31% avec 15 jours de RTT**). **38% des établissements ont des accords avec strictement plus de 15 jours de RTT (dont 12% plus de 20 jours)**. Les établissements dont les accords octroient plus de 20 jours de RTT sont majoritairement des établissements ayant une activité principale de psychiatrie.



2. Temps de repas et temps de travail

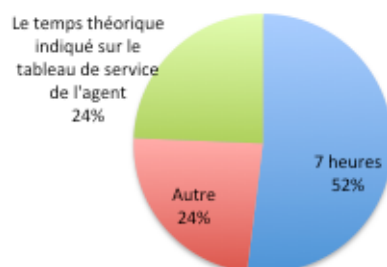
Temps de repas sur temps de travail



Le décompte du temps de repas est réparti équitablement sur notre échantillon.

3. Décompte de la formation

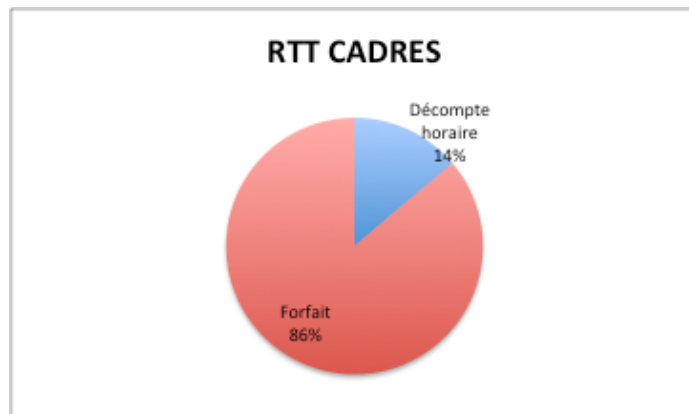
Valorisation d'une journée de formation



Pour 52% des établissements, une journée de formation ne génère pas de droit à RTT. Pour 24%, le temps de formation est lui décompté au réel.

4. Temps de travail des cadres

Il existe deux modes de décompte du temps de travail cadre : le forfait ou le décompte horaire. 14% des établissements de l'échantillon décomptent le temps de travail cadre à l'heure.



Il ressort de l'enquête menée une grande diversité dans l'application du décret de 2002, y compris pour des établissements présentant des caractéristiques similaires. Cette hétérogénéité est le produit d'une méthode de concertation initiale biaisée par les perspectives d'attribution de moyens, contrainte par les délais et un climat social dégradé, et, la plupart du temps, sans réflexion préalable sur les organisations.

La mise en place des 35 heures a été, dans la plupart des établissements, l'occasion d'une large concertation, avec comme objectifs principaux l'obtention de moyens et le maintien de la paix sociale. Peu d'établissements ont pris en compte les effets induits par la diminution du nombre de jours travaillés sur leurs organisations. En outre, des enjeux politiques locaux ont conduit certains présidents de conseil d'administration, ou ARH, à faire pression sur les directions d'établissement pour conclure des accords déséquilibrés, avec un nombre de jours de RTT élevé.

1. LES IMPACTS DE LA RTT

Si la RTT est souvent présentée comme facteur d'un plus grand équilibre vie privée-vie professionnelle, ce constat demeure à nuancer, les principales conséquences de la RTT étant avant tout financières.

AU-DELA DES AVANTAGES INDIVIDUELS MODERES ...

Un rééquilibrage vie privée-vie professionnelle, constamment bousculé

La mise en place des 35h a été comprise par les professionnels comme la création d'un « **droit** » à **jours de congés supplémentaires**, et donc la perspective d'un meilleur équilibre vie privée-vie professionnelle. Pour un soignant, travailler moins de jours dans l'année apparaît comme une manière de réduire la pénibilité du travail. Un agent qui vient moins souvent au travail a moins de frais de transports, moins de frais de garde d'enfants et plus de temps personnel.

Toutefois, la réduction du temps de travail a mis les organisations en tension. Le nombre de jours travaillés ayant diminué et l'ensemble des postes n'étant pas pourvu, les agents peuvent être rappelés pendant leurs congés, changent de plannings régulièrement, réalisent des heures supplémentaires non régulées par des adaptations des organisations de soins.

In fine, la mise en place de la RTT ne s'est donc pas traduite par une baisse significative de la pénibilité, et encore moins de l'absentéisme¹. Le meilleur indicateur de cette désorganisation induite par la RTT est le nombre de jours stockés sur les CET (5.9M de jours pour le PM et le PNM). Le « droit » compris comme acquis n'est donc que virtuel.

Un bouleversement de la « valeur travail »

La mise en place des 35 heures et l'introduction des RTT ont fait évoluer le rapport des professionnels à la valeur travail. **Alors que l'exercice soignant était basé sur l'accomplissement de missions, il est aujourd'hui défini par des « tâches »** issues de « fiches de postes » rédigées selon des logiques de rationalisation parfois trop excessives et déconnectées des logiques soignantes.

La réduction du temps de travail a opéré un changement de mentalité encore plus important chez les jeunes générations. Avec elles, s'engagent maintenant des discussions très serrées et revendicatives sur leur durée de présence à l'hôpital. Un effort doit donc être fait dans le sens d'une remotivation des professionnels et d'une réhabilitation de la valeur travail à l'hôpital.

¹ Bilan social 2012 : Le taux d'absentéisme global est de 7,0% : 2,8% pour le personnel médical, 7,4% pour le personnel non médical et 8,1% pour le personnel des services de soins.

DES IMPACTS MAJEURS SUR LA SITUATION DES ETABLISSEMENTS

1. La recherche de paix sociale a abouti à la signature rapide de protocoles visant le maintien des organisations et la recherche de moyens supplémentaires.

- Le maintien des organisations

Les 8 heures (ou 7h48) sont devenues 7 heures 45, 7h36 ou 7h30.

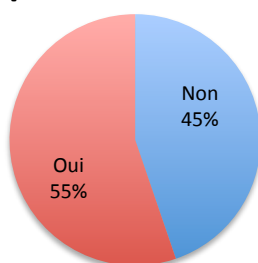
On continue ainsi à avoir des soignants du matin, de l'après-midi et de la nuit. Les admissions se font l'après-midi. Les sorties, les soins techniques et les explorations continuent à être programmés le matin. Les transmissions réunissent toujours pendant en moyenne 30 minutes un nombre important de soignants.

Ex - Enquête FHF

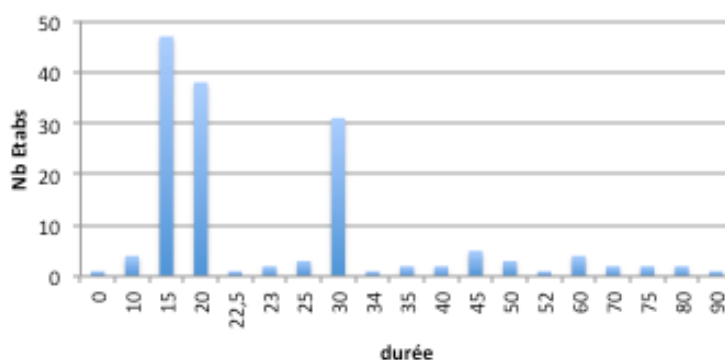
Le passage aux 35h a-t-il été l'occasion de réduire ou supprimer les temps de transmission ?

=> On constate aujourd'hui encore une grande hétérogénéité dans les organisations, le temps de transmission variant majoritairement entre 15 et 30 minutes.

Le passage aux 35h a-t-il été l'occasion de réduire ou supprimer les temps de transmission ?



Durée moy des transmissions



Toutefois, ce maintien des organisations au moyen de durées journalières de travail proches de 8h a créé des perturbations, au détriment des patients et des agents eux-mêmes, dont la régularité des plannings n'est plus garantie.

- **La recherche d'attribution de moyens supplémentaires, dans un système de financement encore sous dotation globale**

Sous la pression, les établissements ont maintenu les organisations en place au moyen d'une durée journalière de travail plus proche de 8 que de 7h, d'où un nombre de RTT important.

Selon le Rapport Acker de 2005, 32.000 emplois non médicaux sur 37 000 initialement prévus auraient ainsi été créés dans le secteur sanitaire². Par ailleurs, si le recrutement de 5000 postes médicaux était prévu, la totalité de ces postes n'a pas été pourvue faute de crédits, mais également de candidats.

2. Les protocoles issus de cette réflexion « ceteris paribus » ont généré, depuis douze ans, des effets délétères sur la situation des établissements.

- **L'évolution du contexte des établissements**

La pénurie de temps médical

Ainsi, **24 % des postes de praticiens hospitaliers temps plein sont aujourd'hui vacants** (41 % pour les postes de praticiens hospitaliers temps partiels). Pour certains établissements, et certaines spécialités telles que la radiologie ou l'anesthésie, cette situation est devenue extrêmement problématique, avec comme conséquences un risque de détérioration de la qualité du travail.

Par ailleurs, la transposition de la directive européenne sur le temps de travail a eu pour conséquence en 2003 de comptabiliser les gardes, comme du temps de travail effectif, et enfin de confirmer l'obligation de repos quotidien, au moins 11 heures consécutives par période de 24 heures. Cette modification majeure dans le décompte du temps de travail des médecins à l'hôpital, associée à la RTT, a donc renforcé la pénurie de temps médical dans les établissements publics.

La mise en place de la T2A et la diminution des durées de séjour

La durée moyenne de séjour de MCO a été divisée par deux entre 1980 et 2011 (10,2 journées en 1980 ; 5,1 journées en 2011), par 1,6 pour les soins de suite et réadaptation (51,9 journées en 1980 ; 33 journées en 2011) et surtout par 3,7 en psychiatrie (105,7 journées en 1980 ; 28,9 journées en 2011). La rotation des patients dans les services de soins s'est donc accélérée avec la diminution de la DMS. Or les entrées et sorties de patients

² Rapport Acker, p5, dont 32 000 postes pourvus fin 2004.

gènèrent d'importantes charges de travail, tant pour les IDE et les aides- soignants, que pour les médecins. Cette accélération a mis les organisations sous tension, au moment où la durée du travail a été réduite. Il en résulte que les soignants ne suivent plus un patient sur la durée de son hospitalisation.

- **Des impacts financiers majeurs**

Si la création de postes médicaux et non médicaux a été insuffisante pour compenser la baisse du temps de travail liée au passage d'une durée de travail de 39 heures à 35 heures, elle a néanmoins généré une augmentation sans précédent de la masse salariale (plus de 30% entre 2002 et 2012) et a majoré le coût du travail dans le secteur public.

Le développement de l'intérim

Cette situation a logiquement contribué à développer le recours à l'intérim.-Si le recours à l'intérim paramédical a tendance aujourd'hui à diminuer, le recours à l'intérim médical ne fait lui qu'augmenter ces dernières années. Le montant des dépenses liées aux sociétés d'intérim s'est élevé à plus de 67 millions d'€ au titre de 2011, (+ de 23 % par rapport à 2010). A ce montant il faut rajouter une somme de 700 M d'€ (+12 % par rapport à 2010) correspondant à la rémunération directe des contractuels sans renouvellement de droit.

Les 32h30 hebdomadaires de nuit

Si la durée du travail de nuit ramenée à 32h30 par semaine est un élément d'attractivité certain, son coût est très élevé pour les établissements publics (surcoût estimé à 69M EUROS). Il faut en outre noter que cette durée ne s'applique pas dans le secteur des cliniques privées, rendant plus délicate toute analyse comparative des coûts entre le secteur public et le secteur privé.

La bombe du CET

Enfin, entre 2002 et 2012, 5,9M de jours étaient ainsi stockés sur les **CET fin 2010**. Or, les RTT de 2002 devant être prises au plus tard en 2012, les hôpitaux ont du payer aux personnels une partie des jours stockés,.

- **Un système devenu ingérable**

L'un des exemples les plus frappants des effets organisationnels des 35 heures à l'hôpital est la transformation des activités du cadre de santé. Celui-ci, chargé – entre autres – de gérer les plannings dans les unités de soins – a vu son rôle grandement complexifié, faisant de lui « la principale victime des 35 heures ». Plongés, noyés dans les plannings de plus en plus complexes, ils ne sont plus que perçus comme des gestionnaires déconcentrés des temps de

travail et non comme des animateurs d'une unité de soins. En outre, le cadre de santé doit désormais tenir compte du changement de paradigme à l'hôpital qui veut que le temps individuel prime dorénavant sur le temps collectif. Le cadre de santé a ainsi pu assister à une certaine démotivation des personnels pour le travail collectif qu'a pu engendrer une application stricte et uniformisée des 35 heures.

Les créations de postes pour les professionnels paramédicaux, et la diminution du temps disponible, sans remplacement possible pour les médecins, ont eu pour double conséquence l'alourdissement sans précédent de la masse salariale des établissements, et la diminution de l'activité médicale. La conjugaison de ces effets a généré des difficultés financières extrêmement lourdes depuis 2002.

Douze ans plus tard, les effets de ces protocoles sont délétères dans un contexte de financement à l'activité et de pénurie médicale. Si les besoins des patients et la présence au travail ont évolué, les organisations de soins sont restées les mêmes, générant une tension grandissante dans les services.

=> La question de l'organisation du temps de travail à l'hôpital est donc devenue prioritaire.

2. 2014 : LE TEMPS DE TRAVAIL TOUJOURS EN DEBAT

Depuis 2002, la réglementation sur la gestion du temps de travail des professionnels hospitaliers a connu des évolutions régulières.

- Ainsi, il a été considéré que même en congé maternité, l'agent continuait à générer des droits à RTT. La considération selon laquelle même un temps non travaillé génère des droits à repos n'est pas sans conséquences sur la continuité des soins, la qualité des organisations et les finances hospitalières (surcoût évalué à 78 M€).
- La transposition de la directive temps de travail est en outre venue rappeler en 2013 que le temps de déplacement des médecins pendant les astreintes relevait du temps de travail, décompté comme tel, et déclenchant un repos de sécurité de 11h à la suite. Cette réglementation ne s'appliquant qu'aux professionnels salariés, les médecins libéraux exerçant en cliniques en sont exonérés.

La conjonction de ces différentes dispositions a eu pour conséquence de diminuer fortement les ressources humaines médicales et non médicales disponibles. Dans un contexte où la ressource médicale et paramédicale est de plus en plus rare et de plus en plus chère, de nombreux établissements ont initié des démarches de réorganisation et de renégociation de leurs accords RTT.

LES NOUVELLES MODALITES D'ORGANISATION

Afin de rationaliser le temps de travail, les établissements proposent de nouvelles modalités horaires, allant des organisations en 7h au travail en 12h.

Les 12 heures

La mise en place de cet horaire dérogatoire doit obéir à un formalisme strict mais permet, le cas échéant, de répondre à des organisations de soins spécifiques (réanimation, urgences, activités chirurgicales, hémodialyse ...).

Depuis quelques années plusieurs établissements sont enclins à étudier cette possibilité organisationnelle un plus grand nombre d'activités, compris dans le secteur médico-social (des EHPAD ont à ce jour expérimenté des modes d'exercice en 12h avec des évaluations très positives). Il s'agit le plus souvent d'une demande émise par les soignants eux-mêmes, motivée par la réduction du nombre de jours travaillés, contribuant ainsi à un meilleur équilibre vie professionnelle/vie privée.

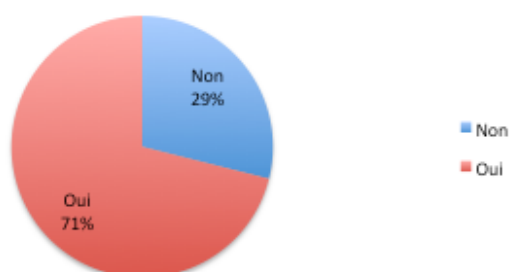
Toutefois, force est de constater que l'organisation en 12h est avant tout un vœu des soignants de jour, au détriment des soignants de nuit pour qui la pénibilité du travail est alourdie en passant de 10 à 12h. En outre, l'organisation des transmissions doit être revue et réalisée sur du temps de travail et non sur du temps personnel volontaire.

Pour la FHF, l'exercice en 12h est une possibilité organisationnelle pertinente pour certaines activités, et dont la mise en œuvre doit s'accompagner d'un suivi des conditions de travail, des RPS et de la QVT. Aucun mode organisationnel du temps de travail n'est idéal, mais tout mode choisi doit être évaluable, au besoin expérimenté, et concerté.

Les 7 heures

Inversement, le travail en 7h permet de rationaliser certaines activités, notamment dans les fonctions support.

Existence de postes en 7h



71% des établissements de l'échantillon organisent des postes en 7h, essentiellement pour les postes Administratif, logistique, médico-technique.

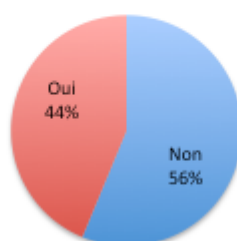
De la même façon, 60% disposent de postes en horaires coupés, sur le même type de postes

Ces nouvelles organisations permettent de mieux conjuguer l'organisation du travail avec l'organisation des soins, mais demeurent toutefois ponctuelles.

LA REVISION DES ACCORDS RTT

Ex- Enquête FHF

Votre protocole d'accord RTT a-t-il fait l'objet d'une renégociation ?



Sur l'échantillon, 44% des établissements ont procédé à une renégociation de leur protocole, majoritairement à l'initiative de la direction. Cette renégociation a abouti dans 93% des cas, et portait sur :

ELEMENTS DE RENEGOCIATION		
Nombre de RTT	40 ETABS	63%
Durée quotidienne du travail	38	60%
Temps de repas	23	37%
droits extraréglementaires	12	19%
Temps d'habillage et de déshabillage	8	13%

Autres exemples

- **Ex : Centre hospitalier de Montauban** (1 700 salariés, hors médecins) : projet de la direction en juillet 2013, de passer les soignants à 37 h 30 (soit 7 JRTT en moins) et les autres personnels à 35 heures, ... débouchant sur une réduction de 2,6 JRTT pour tous
- **Ex : Centre hospitalier Sud Francilien** (3 700 salariés) passé de 18 à 15 JRTT en 2013
- **Ex : CHS de Villejuif** (2 200 salariés), passage de 8 heures à 7 h 36 quotidiennes à partir du 1er août, soit 9,5 JRTT en moins. Résultat : un piquet de grève, grève de la faim d'un aide-soignant, occupation de locaux, blocage du CTE, ...
- **Ex : CH DIEPPE**- Accord local dénoncé par les OS : de nombreux rappels à domicile, pas de programmation annuelle du temps de travail, travail en 8h ou 9h, pas d'équipes de remplacement, plusieurs dimanches consécutifs, alternance jours-nuits. La direction a donc proposé de tester sur un pôle en 2012 une nouvelle organisation basée sur :
 - Mise en place de cycles
 - 7h30 de jour- 15 RTT, 10h de nuit
 - diminution de 1h à 30 min des transmissions, temps de repas sur temps de travail
 - création d'une équipe de remplacement
 - fin de la polyvalence jour-nuit, avec redimensionnement des équipes de nuit
 - élaboration d'une charte de planning, formation aux transmissions ciblées, mobilisation de la communauté cadres
 - Présentation en CTE en octobre 2012, avec avis négatif, 3 semaines de grève
 - Lancement de l'expérimentation en janvier 2013 sur 6 mois avec soutien de l'ARS
 - Bilan en juin 2013 devant le CTE et travail au déploiement à l'été 2013 sur le MCO. Ce déploiement devait permettre de mettre en place un pool de 18 ETP et la fin de la polyvalence jours-nuits sur l'ensemble du site. 15 septembre 2013, affichage des nouveaux plannings.
 - OR refus des OS :
 - Refus du changement des cycles de nuit et des roulements
 - Refus des 7h30 de jours avec moins de RC
 - Pressions politiques du maire à la veille des élections municipales, et nouveau DG ARS : demande de retrait des nouveaux plannings.

- Avril 2014, après les élections (même maire), présentation du bilan sur un an sur le pôle concerné : impacts positifs démontrés, remobilisation des cadres
- Mai 2014 : présentation en CTE pour présenter de nouveau la généralisation, refus de siéger, reconvoction, piquet de grève, mais démobilisation des agents sur le sujet, qui sont de plus en plus séduits pas le dispositif expérimental qui s'est en outre amélioré.
- Septembre 2014 : généralisation en cours, avec accord partiel du CTE (tout sauf 15j de RTT), mais avec le soutien des personnels

PROPOSITIONS

Synthèse :

La mise en place des 35 heures à l'hôpital est incontestablement à l'origine de difficultés organisationnelles et financières, dont les hôpitaux peinent à se remettre, plus de 10 ans après.

L'enjeu n'est plus de remettre ou non en cause cette réglementation du temps de travail et de revenir en arrière, mais, dans un contexte budgétaire contraint, de donner les moyens aux hôpitaux de mettre en place des organisations de travail adaptées aux besoins actuels des patients.

1. RECENTER LES ORGANISATIONS DE TRAVAIL SUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Depuis 12 ans, les organisations internes des établissements de santé et médico-sociaux reposent sur une structuration horaire des journées de travail : on planifie le temps de travail et ensuite on planifie les prises en charge. Il faut aujourd'hui **recentrer les processus organisationnels autour du soin en veillant à l'articulation avec le temps médical**: Evaluer les organisations requises, les prestations de soins à réaliser et planifier les temps de travail qui vont permettre de les réaliser. Cette nouvelle donne permettra de moderniser les organisations et de redonner du sens au travail des personnels hospitaliers.

2. CREER UNE STRATEGIE TERRITORIALE

La révision des organisations doivent obéir à un cadrage général pour être cohérente et ne pas se traduire par une concurrence sociale entre les établissements.

Ces travaux doivent être conduits dans un cadre territorial, dans lequel les hôpitaux d'un même territoire définissent ensemble de nouvelles règles et de nouvelles organisations.

3. SOUTENIR LA REVISION DES ACCORDS LOCAUX

La révision des accords locaux doit faire l'objet d'une concertation avec les partenaires sociaux, concertation pour laquelle les directions doivent être soutenues par les politiques et la tutelle.

Dans ce cadre, il s'agit de soutenir :

- Une rationalisation et simplification des organisations
- Des horaires adaptés aux prises en charge : horaires en 7h, en 12h,... ;
- La fin des jours de congés extra-réglementaires (jour de rentrée des classes, jour de médailles, jour du maire, ...) ;
- Un plafond maximum de RTT.

Ainsi, l'alignement sur un plafond de 15 jours de RTT permettrait, au regard de la répartition de notre échantillon, de réaliser un gain de plus de 640 000 journées, soit 3 200 ETP, soit un gain potentiel sur la FPH de plus de 400 M €.

Ces démarches doivent être soutenues par les pouvoirs publics, même si elles sont difficiles et impopulaires auprès des organisations syndicales. En effet, selon notre enquête, lorsque le protocole n'a pas été renégocié, une des principales raisons évoquées est le risque de conflit social majeur.

Un effort à hauteur de 5 Milliards d'euros est aujourd'hui demandé aux hôpitaux publics dans le cadre de l'effort national de maîtrise des dépenses publiques. Dans un contexte de pénurie médicale (24% des postes de praticiens hospitaliers temps plein sont aujourd'hui vacants) et de forte évolution des modes de prise en charge, un tel niveau d'effort nécessite, pour être atteint, des réformes structurelles, qui tardent à venir. Les hôpitaux s'attèlent à ces réformes structurelles (partage d'équipements, modernisation des organisations, chirurgie ambulatoire...) mais il est certain que le niveau d'effort demandé aux hôpitaux ne pourra pas être atteint sans une interrogation sur les temps de travail et sur les organisations de travail (le personnel représente 70% du budget d'un hôpital). Les hospitaliers, sur le terrain, se sont lancés dans des concertations pour faire évoluer ces organisations (révision des accords OARTT, nouvelles organisations de travail...) mais force est de constater que le soutien des pouvoirs publics reste faible (les directeurs sont souvent lâchés dès les premiers signes de mécontentements). Les dirigeants hospitaliers ont besoin d'être soutenus. Pour cela, le cadrage national doit être clair et cohérent. Il est ainsi urgent d'arrêter l'inflation réglementaire, de revenir sur un certain nombre de règles qui paralysent les acteurs de terrain, et d'afficher un soutien clair aux directions dans la rationalisation de leurs organisations. Au final, la question des organisations de travail, qui ont été figées par la loi des 35H, ne doit pas être taboue. Elle doit être posée sans

complexe, et c'est bien un nouvel équilibre entre qualité et sécurité des soins/ conditions de travail et efficience de l'hôpital public qui doit être trouvé. Des solutions existent, ont été mises en œuvre dans certains établissements et sont concluantes. Elles ne dégradent pas les conditions de travail et encore moins la qualité des soins et elles permettent aux hôpitaux des organisations plus réactives. Ce sont ces solutions qui doivent être mises en place partout.