

MISSION NATIONALE D'ÉVALUATION
DE LA MISE EN PLACE
DE LA R.T.T.
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Conclu le 30 octobre 2002
Remis à Monsieur le Ministre de la Santé, de la Famille, et des Personnes Handicapées
le 7 novembre 2002

Monsieur le Directeur,

Mes différentes rencontres avec le monde hospitalier me révèlent des difficultés sérieuses dans la mise en œuvre de la RTT au sein des établissements de santé. C'est pourquoi, avant d'envisager d'éventuels aménagements du dispositif, je souhaite connaître précisément la réalité et la nature des dysfonctionnements qui me sont signalés.

Cet état des lieux sera réalisé par une Mission Nationale d'Evaluation, dont vous avez bien voulu accepter la présidence.

Composée de plusieurs équipes de professionnels de terrain, la mission se déplacera dans les régions, au sein d'un échantillon d'établissements.

Chaque équipe comprendra un directeur d'établissement, un médecin hospitalier, un cadre infirmier et un médecin inspecteur de santé publique.

Vous vous attacherez à dresser un bilan quantitatif et qualitatif de la mise en œuvre de la RTT, en identifiant précisément les difficultés rencontrées par les établissements. Vous proposerez les mesures d'assouplissement qui vous sembleront pertinentes.

Mes services (DHOS) définiront avec vous les modalités pratiques du fonctionnement de la mission, et resteront à votre disposition pour vous fournir l'expertise que vous jugerez utile.

Vous me remettrez votre rapport au plus tard le 31 octobre 2002.

En vous remerciant d'avoir bien voulu accepter cette mission, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Jean-François MATTEI

SOMMAIRE

*
* *

	Pages
I – LA MISSION	4
I.1 La lettre de mission	4
I.2 L'organisation de la mission	4
I.3 La méthodologie adoptée et le déroulement de la mission	5
I.4 Les limites de l'évaluation	6
II – L'ANALYSE	6
II.1. Le constat	6
II.2. La RTT, révélateur d'un système hospitalier en difficulté	7
II.2.1. Une nouvelle réglementation du travail hospitalier	7
II.2.2. Un contexte budgétaire tendu	8
II.2.3. Une démographie des professions de santé défavorable	8
II.2.4. Une crise du système hospitalier et de ses missions	9
II.3. La problématique	11
II.3.1. La RTT : une difficile mise en œuvre à court terme	11
II.3.2. La RTT : le révélateur d'une crise de l'organisation et du fonctionnement interne des établissements	14
II.3.3. La RTT : un révélateur des limites d'un développement autarcique des établissements de santé	16
III – LES PRECONISATIONS	16
III.1. Clarifier le contexte de l'ARTT	17
III.2. Ajuster le dispositif	18
III.3. Rénover l'organisation et le management	23
III.4. Développer les coopérations	25
Annexes	29

I – LA MISSION

La réduction du temps de travail (RTT) est un moment de l'évolution des hôpitaux – moment qui concerne l'ensemble des établissements publics, privés participant au service public et privés commerciaux, et moment ressenti comme une onde de choc. Elle agit à la fois comme la cause et comme le révélateur d'une crise du secteur hospitalier qui n'est ni nouvelle ni surprenante tant le secteur de la santé est porteur de dynamismes et de controverses à travers des professionnels relevant de métiers très différents.

Le présent rapport a été élaboré collectivement par une équipe pluridisciplinaire de professionnels de la santé. Il propose des actions répondant aux enjeux posés par la RTT. Il s'inscrit également comme l'instrument d'une mutation dans une politique à moyen terme de décloisonnement tant à l'intérieur des établissements qu'entre ceux-ci.

I.1 La lettre de mission

Le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a confié en juillet 2002 à Monsieur Angel PIQUEMAL, directeur du Centre hospitalier intercommunal de la Côte basque, la présidence de la Mission Nationale d'Evaluation (MNE). La lettre de mission fixe le cadre de cette évaluation de la mise en place de la RTT ainsi que la date de remise du rapport définitif à fin octobre 2002.

I.2 L'organisation de la mission

I.2.1. - Le comité de pilotage

Un comité de pilotage (COFIL) constitué de 25 membres a été chargé de la coordination de l'opération et d'apporter sa contribution au président et à ses deux chefs de file, lors de la rédaction du rapport. La composition de ce comité visait à intégrer dans les réflexions, la sensibilité des secteurs public et privé par la participation de directeurs, médecins et directeurs des soins.

I.2.2. - Les coordonnateurs de zone

Afin de rendre la MNE opérationnelle dès le mois de septembre, son action a été démultipliée par la désignation de sept coordonnateurs couvrant chacun une zone regroupant 4 régions. Ces personnes relais ont procédé à la constitution des équipes devant intervenir dans d'autres zones, organisé les déplacements et la centralisation des rapports des équipes missionnées. Il leur appartenait de produire, à l'issue des évaluations, des synthèses par région et par zone et de participer, au sein du COFIL, à la rédaction du rapport.

I.2.3. - Les équipes missionnées

Cent vingt-quatre professionnels en exercice se sont rendus, par équipes de quatre, dans 104 établissements proposés par les ARH. Ces équipes pluridisciplinaires étaient constituées d'un directeur, d'un médecin, d'un directeur des soins et d'un médecin inspecteur de santé publique.

I.3 La méthodologie adoptée et le déroulement de la mission

Compte tenu des objectifs fixés par le ministre et des délais impartis, la mission a adopté une approche novatrice de l'évaluation : des professionnels à la rencontre de professionnels, capables d'intégrer les réalités vécues du service public, des privés à but lucratif et des participants au service public hospitalier (PSPH).

C'est dans cet esprit que la mission a procédé à :

1 – Une information sur l'opération d'évaluation par la diffusion d'un document précisant les modes opératoires et le calendrier. Les ARH, les organisations syndicales, les conférences et les fédérations ont été rencontrées pour commenter ces documents aux mois d'août et de septembre.

2 – Un recueil d'informations auprès de 104 établissements publics, privés et participant au service public hospitalier (en septembre) sur la base d'un guide d'entretien, permettant de structurer les ressentis des différentes instances et des acteurs locaux impliqués.

3 – Une évaluation quantitative par le biais d'un questionnaire élaboré par la DRESS et la DHOS, renseigné par les établissements publics visités et remis aux équipes missionnées.

4 – Un recueil d'informations, en septembre, auprès de l'ensemble des organisations syndicales, des conférences et des fédérations qui ont été rencontrées par le président de la MNE et ses deux chefs de file au cours de 23 réunions de travail bilatérales.

5 – Une première synthèse des analyses et des préconisations figurant dans les rapports a été réalisée par le COPIL en croisant les données par type d'établissement, par région et par corps de métiers. Le COPIL a ensuite réuni l'ensemble des missionnés le 9 octobre afin de consolider les éléments recueillis et valider les lignes fortes de l'analyse.

6 – Les préconisations permettant d'améliorer la mise en place de la réduction des temps de travail ont été élaborées par le COPIL réuni en séminaire les 17, 18, et 19 octobre, sur la base des rapports et synthèses issus des enquêtes de terrain

I.4. Les limites de l'évaluation

Elles tiennent essentiellement :

- à la nature de l'échantillon qui, bien que couvrant 180 000 agents ,n'est pas représentatif du paysage hospitalier en raison de la prépondérance numérique des CHU (22 sur les 104 établissements visités) ;
- au manque de données chiffrées dû au faible recul quant à la mise en place effective de la RTT .
- au calendrier très contraint qui n'a permis qu'une journée de rencontre par établissement.

La MNE ne pouvait viser l'exhaustivité. Elle a établi une photographie à un instant particulier, à mi-chemin de la première année de la mise en place de RTT pour le public, à deux ans pour le privé.

II – L'ANALYSE

II.1 Le constat

Ressentie comme une « avancée sociale », la RTT est aux yeux des personnels – quels que soient les statuts juridiques des établissements, un « acquis » sur lequel il ne saurait être question de revenir. Ceci est confirmé par l'ensemble des organisations syndicales, le désaccord des non-signataires portant sur les modalités de sa mise en œuvre.

Ce sentiment est partagé par le corps médical bénéficiaire du protocole du 22 octobre 2002, même si leurs représentants rappellent qu'à l'origine, « ils n'étaient pas demandeurs ». En ce qui concerne les personnels hospitalo-universitaires, et notamment les PU-PH, leur position semble avoir aujourd'hui évolué après avoir souhaité, dans un premier temps, s'exclure de la RTT en invoquant l'article 17 de la directive 93/104/CE qui prévoit des dérogations pour « les personnes ayant un pouvoir de décision autonome ». Sans accepter un décomptage du temps qui leur paraît peu compatible avec leurs tâches d'enseignement et de recherche, ils souhaitent en effet, dans le cadre des négociations qui doivent s'ouvrir avec les ministères chargés de la santé et de l'éducation nationale, des compensations statutaires à cette « avancée sociale » dont ils ne bénéficient pas.

La RTT, comme le souligne l'ensemble des interlocuteurs de la MNE, s'inscrit comme une nouvelle donnée sociétale valorisant la notion de temps personnel, quand bien même les salariés concernés ne l'avaient pas exprimé comme une revendication prioritaire.

Quels que soient les métiers de l'hôpital, l'écart reste marqué entre les personnels plus anciens qui ne comptaient pas leur temps au travail et les plus jeunes pour lesquels le temps personnel est plus déterminant. Ceci est également devenu aujourd'hui une réalité pour les professions médicales qui, même à l'hôpital, avaient conservé jusqu'à présent l'absence d'un cadrage temporel, comme la marque originelle d'une pratique « libérale » exprimant le rapport déontologique entre patient et médecin. Désormais les jeunes médecins souhaiteraient pouvoir investir davantage

leur temps personnel. Cette évolution des mentalités en milieu hospitalier semble faire écho à la remise en cause de l'obligation de la garde ordinaire par les médecins libéraux. Même pour les praticiens hospitaliers, le temps serait compté et leurs représentants l'affirment : la RTT « sera prise », et ce qui est souhaité par les praticiens soumis à des rythmes de garde soutenus, « c'est du temps et non pas de l'argent ». Il conviendra d'être attentif à la façon dont ces déclarations trouveront leur traduction concrète.

Les conséquences d'une réduction aussi importante du temps de travail, dans des délais aussi courts que ceux sur lesquels les pouvoirs publics s'étaient engagés, sont nécessairement multiples et portent sur les métiers, les organisations et l'ensemble des structures hospitalières. En fonction des difficultés antérieures des établissements, de la qualité des organisations, ainsi que de l'état du dialogue social, ces conséquences risquent d'être majeures. Si la RTT a agi dans certains cas comme un facteur supplémentaire de dysfonctionnement, elle a été le révélateur d'un ensemble de difficultés préexistantes atténuant parfois les bénéfices escomptés de cette avancée sociale.

Ces difficultés concernent aussi bien les missions que l'identité de l'hôpital, le long terme que la gestion de la période actuelle. A cette occasion, un certain fonctionnement autarcique des établissements et de leurs services a montré ses limites, notamment par rapport aux enjeux futurs de l'organisation sanitaire.

II.2. La RTT, révélateur d'un système hospitalier en difficulté

II.2.1. Une nouvelle réglementation du travail hospitalier

a) Dans la fonction publique hospitalière, la définition de règles strictes pour le décompte du temps de travail a constitué la condition préalable à la mise en œuvre de la RTT. Les deux décrets du 4 janvier 2002 et les textes qui ont suivi avaient pour principal objectif de normaliser pour l'ensemble des établissements publics de santé la définition du temps de travail, les modalités de décompte de ce temps, ainsi que celles des congés. Ils mettaient ainsi un terme à des pratiques qui pouvaient varier d'un établissement à un autre en fonction des avantages locaux et des interprétations réglementaires. C'est sur la base de cette nouvelle définition du temps de travail que la RTT pouvait être mise en œuvre en tenant compte des organisations particulières établies dans le cadre des accords locaux.

b) En ce qui concerne les établissements PSPH, la Fédération des établissements d'hospitalisation privée (FEHAP) s'était engagée en 1998 dans une démarche volontaire d'anticipation de la RTT en négociant un avenant à la convention collective. Celui-ci a constitué un cadre structuré ménageant des espaces de liberté, les accords d'établissement tenant compte des spécificités locales.

II.2.2 Un contexte budgétaire tendu

Les responsables de la quasi-totalité des établissements visités dénoncent une situation budgétaire qui n'a cessé de se tendre depuis plusieurs années en raison notamment des mesures réglementaires liées, d'une part au fonctionnement hospitalier (sécurité sanitaire) et d'autre part, aux protocoles revalorisant les carrières pour l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux. Les crédits alloués par les ARH ne couvriraient en effet que partiellement les dépenses réalisées. Pour plusieurs établissements et dans le meilleur des cas, les marges sont aujourd'hui nulles. Pour la plupart, et quelle que soit leur taille, des reports de charges doivent être pratiqués d'une manière systématique en raison d'une situation souvent jugée « explosive ». Dans ces conditions, les effectifs des établissements sont nécessairement « tendus », parfois proches des effectifs minimum des dimanches et jours fériés.

Dans le secteur à but lucratif, la proportion d'établissements enregistrant des déficits aurait doublé entre 2000 et 2001.

II.2.3. Une démographie des professions de santé défavorable

Les rapports du Pr. G. NICOLAS sur les praticiens hospitaliers, mais également l'ensemble des nombreuses publications intervenues récemment sur la démographie médicale en général, ont montré que le passage du *numerus clausus* de plus de 8500 en 1971 à 3600 en 1996, ne permettra pas, en raison de cette diminution drastique, d'assurer le remplacement des générations de médecins. Ceci, dans le cadre d'une absence de régulation des professions médicales en France, entraîne un taux de vacance réelle et prolongée très élevé pour les postes de praticiens hospitaliers localisés dans des zones géographiques défavorisées. Il en est de même dans les disciplines dont la pénibilité est reconnue, et dans les établissements dont la dimension accroît le rythme des gardes. Les rapports des missionnés de la MNE décrivent la fragilité des établissements pour lesquels les recrutements sont fréquemment impossibles dans certaines disciplines telles que l'anesthésie réanimation ou la psychiatrie.

Le recours à « l'intérim médical », surpayé au regard des rémunérations des praticiens en position statutaire devient une pratique courante pour permettre d'assurer la garde dans certains services. Cette situation entraîne des abus difficilement tolérables.

Les représentants des personnels non médicaux ont, au cours des réunions bilatérales, souligné que ces insuffisances démographiques concernaient également les personnels soignants et médico-techniques (kinésithérapeutes, électroradiologistes). Les représentants des établissements privés ont de leur côté dénoncé une pénurie d'IDE qui s'est aggravée en 2001. Elle donne lieu à des « surenchères » entre établissements qui se traduisent par l'octroi de « primes d'heures supplémentaires forfaitaires » ou de « primes d'installation ». Ces pratiques donnent aux directions le sentiment « d'être prises en otages ». Les représentants des directions évoquent en outre le « nomadisme » des soignants, le personnel « tournant en fonction des propositions ». Leur travail est parfois partagé d'une manière occulte entre plusieurs établissements, y compris des publics, ce qui outre l'entorse à la réglementation dans ce dernier cas, n'est pas le gage d'une prise en charge optimale des patients. Tous appréhendent les conséquences des départs à la

retraite massifs qui auront lieu dans les prochaines années sans que les écoles aient assuré leurs remplacements.

Les flux des personnels médicaux et non médicaux sont fréquemment concordants, mais parfois divergents car plusieurs variables interviennent. Certaines régions seraient globalement déficitaires dans les secteurs public et privé, se considérant parfois comme des « régions de passage ». En revanche, l'Île de France serait attractive pour les praticiens, mais ne pourrait pas retenir les personnels soignants en raison des difficultés matérielles liées à la vie dans cette région.

II.2.4. Une crise du système hospitalier et de ses missions

Ces deux données préalables ont fortement conditionné à la fois les modalités de mise en œuvre de la RTT et l'état d'esprit dans lequel le dossier a été traité : scepticisme et méfiance. La RTT a souvent été considérée davantage comme un problème supplémentaire à gérer que comme une opportunité.

Les créations de postes autorisées par les ARH seront en effet étalées de 2002 à 2004 alors que la RTT devait être effective dès le 1^{er} janvier 2002. Les effets de cette montée en charge cadencée sur trois années auraient pu être compensés, au moins partiellement, par la mise en place de nouvelles organisations assurant une meilleure « efficacité ». Les rapports des équipes missionnées et les résultats partiels de l'enquête lancée par la DREES montrent que les établissements n'ont pas réalisé cet objectif, ou ne l'ont fait que de manière très marginale. Ces réorganisations concernent le plus souvent les blocs opératoires, les consultations externes, ou les secrétariats médicaux. Elles se réduisent cependant le plus souvent à une diminution des plages d'ouvertures – sans que l'on puisse aujourd'hui en mesurer les conséquences sur l'activité. En revanche, les rapports montrent que les organisations ont tendance à s'autoréguler par un accroissement de leurs cloisonnements : « repliement sur soi des équipes », augmentation des « prescriptions-parapluie » et du temps d'attente aux urgences, report d'actes techniques sur les urgences, soustraction technique mais également des consultations, retards pour l'envoi des comptes-rendus, augmentation des délais d'attente pour les actes programmés.

Les tensions à l'intérieur des équipes se sont accrues avec la diminution des temps de chevauchements, même lorsque ceux-ci ont été remplacés par les « transmissions ciblées ». La diminution des temps de rencontre entre les membres de l'équipe réduit la communication au strict passage des informations concernant les malades. Certains services multiplient le nombre de réunions sur un temps plus court. Dans ces conditions, les rapports mettent en évidence pour la majorité des établissements l'expression d'un sentiment de sur-densification des soins, « les mêmes soins étant réalisés dans un temps plus court ». Simultanément un sentiment de diminution de leur qualité s'exprime alors même qu'un travail en vue de l'accréditation est en cours : l'application des procédures d'hygiène, par exemple, serait sur certains sites en recul. **Ces thématiques représentent pour les soignants des « valeurs fortes » dont la dégradation a un impact fort sur leur propre reconnaissance professionnelle.**

Au plan personnel, les agents constatent un paradoxe : leur fatigue augmente avec la diminution du temps de travail.

Les représentants des personnels rencontrés par la MNE, au cours des missions effectuées dans les établissements ou des réunions bi-latérales, ont exprimé une forte défiance par rapport aux politiques conduites. Les évolutions démographiques non seulement n'ont pas été anticipées, mais ont été aggravées par un numerus clausus volontairement bas pour l'accès aux études médicales et par la fermeture ou la réduction du potentiel de formation de certains instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Avec la mise en œuvre de la RTT, les emplois nécessaires sont attribués selon un rythme qui accroît les tensions internes. De plus les recrutements effectifs sont parfois difficiles pour les personnels soignants, voire impossible pour les personnels médicaux. A un terme proche, les données démographiques rendraient inopérantes les créations de poste actuelles, faute de candidatures. Les syndicats de personnels non médicaux expliquent en partie le peu de succès du compte épargne-temps par l'incrédulité des agents sur les possibilités effectives de l'utiliser dans l'avenir. Ils ont ainsi demandé la mise en œuvre d'une politique à long terme de l'emploi hospitalier.

Les représentants des directions et des fédérations ont, dans une certaine mesure, conforté cette défiance en soulignant que les délais impartis pour conduire la réforme n'ont pas permis de procéder aux réorganisations internes et externes.

Ces mises en cause des valeurs des soignants et cette défiance par rapport aux politiques conduites se doublent, **au niveau des institutions, d'une interrogation sur leur identité et sur les valeurs hospitalières elles-mêmes.** Les conséquences immédiates ou attendues de la mise en œuvre de la RTT se traduisent en termes de diminution de l'offre de soins. Les rapports ne font pas mention d'amputation des potentiels hospitaliers par suppression définitive de services. En revanche, les fermetures d'été, qui ont concerné davantage d'unités auraient fréquemment été plus longues.

Plus grave, en psychiatrie où les ressources humaines et le maillage territorial jouent un rôle majeur dans les soins, il apparaîtrait que les unités d'hospitalisation ont été privilégiées par rapport aux unités extériorisées dont les patients relèvent d'une prise en charge plus lourde. Ceci constitue une forme de négation de la politique de prévention et de suivi conduite dans le cadre du secteur. Les effets négatifs sur l'institution et les patients sont dès à présent perceptibles à travers l'augmentation du nombre d'admissions en urgence et la sur-occupation des lits d'hospitalisation complète.

Dans les activités médico-sociales les acteurs témoignent d'une chute de la qualité des soins. Ils déplorent l'impact de la RTT sur les tarifs d'hébergement à la charge des usagers.

Pour les CHU, la perspective d'une application prochaine de la directive européenne 93/104/CE risque, en raison de la priorité médico-légale qui ne peut qu'être donnée par les établissements aux services dont la continuité est assurée par des permanences médicales, d'entraîner un recentrage de leurs activités sur les soins liés à la détresse vitale et d'une manière générale aux urgences. Leurs représentants appréhendent que ceci soit réalisé aux dépens des activités programmées, qui feraient l'objet d'un transfert vers le secteur privé, et des activités de référence hospitalo-universitaire. Ils s'inquiètent en conséquence de l'avenir de leurs

établissements et perçoivent une remise en cause de leur identité et de leurs missions et en particulier des activités de recherche.

Enfin, l'ensemble des interlocuteurs de la MNE s'interroge sur les finalités réelles de la réforme : s'agit-il d'instrumenter la diminution des ressources médicales et non médicales en vue de réaliser des ré-organisations régionales de l'offre de soins là où les procédures de planification par les SROS ont échoué sous diverses pressions? Cette question a été posée à plusieurs reprises, et la réponse (impossible) qui pourrait être apportée importe en réalité moins que ce dont elle témoigne : là encore d'un sentiment de manque de transparence dans la politique conduite.

II.3 La problématique

II.3.1 La RTT : une difficile mise en œuvre à court terme.

La clarification des missions et de l'identité des établissements de santé, et la définition des moyens y afférents, constituent une condition préalable à la mise en œuvre de la RTT. La prise en compte des difficultés rencontrées dans le très court terme est une nécessité impérieuse soulignée par les directions des établissements et par les représentants des personnels selon lesquels il y aurait, dans le cas contraire, « un risque de destruction de l'hôpital ».

Cette gestion porte à la fois sur des aspects factuels et sur la réglementation, tant en ce qui concerne les personnels non médicaux que les personnels médicaux.

II.3.1.1 Les personnels non médicaux

Les directions d'établissements sont aujourd'hui confrontées à la gestion du temps de travail réalisé, depuis le 1^{er} janvier 2002, par les agents, notamment par les personnels soignants, au-delà de leurs obligations réglementaires.

Les résultats préliminaires de l'enquête de la DREES sur les établissements publics sondés par la MNE montrent que ce temps s'exprime en premier lieu en termes d'heures supplémentaires rémunérées – notion qui peut recouvrir des réalités très différentes. Celles-ci ne peuvent dans certains hôpitaux être ni payées, faute de crédits, ni récupérées, faute d'effectifs suffisants. La mesure de cette situation est difficilement objectivable en raison du manque de recul depuis la mise en œuvre de la RTT.

Ce temps s'exprime d'autre part en termes de « jours RTT » non pris par les agents en raison de contraintes de service, et dont la possibilité de réduction significative avant la fin de l'année s'avère douteuse. Le nombre d'agents souhaitant ouvrir un compte épargne-temps étant manifestement très faible, la question de l'avenir de ces jours non pris a été posée par l'ensemble des établissements visités par la MNE.

La possibilité ouverte pour les personnels médicaux par le décret du 7 octobre 2002, qui permet le paiement de jours RTT selon des modalités devant être définies

par arrêté, a été fréquemment évoquée comme une solution possible pour les autres agents. Elle n'a pas rencontré une approbation sans réserve de la part des représentants des personnels. D'abord parce que les agents préféreraient, en majorité, bénéficier de temps ; ensuite parce que la détermination du montant de ces paiements s'avèrerait complexe en raison de la variabilité des grilles salariales des personnels de la fonction publique hospitalière ; enfin parce qu'une telle solution, si elle était transitoire, entraînerait une diminution salariale au moment où elle prendrait fin. Le décret du 7 octobre 2002 est motivé par la publication tardive de la réglementation accordant la RTT aux personnels médicaux ; c'est pourquoi cette possibilité est limitée à la seule année 2002 et à ces seuls praticiens. La rendre pérenne, ou l'étendre à plusieurs années, et la généraliser à l'ensemble des personnels de la fonction publique hospitalière dénaturerait fondamentalement le principe de la RTT.

La mise en œuvre de la RTT des personnels non médicaux ne pose apparemment pas les mêmes difficultés pour les personnels administratifs et techniques. Dans ces catégories pour lesquels les textes sont appliqués au détriment du service rendu, la productivité n'a pas augmenté depuis 1^{er} janvier 2002- - les recrutements ayant concerné d'une manière presque exclusive les personnels soignants. Les rapports font fréquemment mention d'un développement de la sous-traitance dans les services techniques. Certains établissements englobent également dans cette catégorie une politique de transfert vers le privé des transports ambulanciers, voire des consultations externes. Quant aux autres personnels, le coût à payer se traduit par la diminution des temps d'ouverture des secrétariats médicaux et administratifs, et d'une manière générale par l'augmentation des files d'attente des courriers ou des dossiers. Bien que parfois la diminution du temps de travail des agents titulaires ou contractuels a été partiellement compensée par des recrutements sous emplois précaires, la question des jours RTT ne se pose donc pas pour ces catégories de personnel en termes de report. Toutefois, si la solution qui sera apportée pour les soignants dans la période de montée en charge des recrutements leur était également appliquée (report des jours RTT), ceci permettrait d'atténuer les effets négatifs sus mentionnés notamment pour ce qui concerne la perte de productivité.

Des aspects réglementaires posent également des problèmes d'application. Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 et l'arrêté interministériel du 24 avril 2002 ont donné un cadre juridique aux astreintes des personnels non médicaux. Ces textes ne peuvent néanmoins pas être appliqués, l'arrêté devant fixer les modalités de rémunération n'étant pas publié à ce jour.

Les permanences, qui sont nécessaires pour le fonctionnement de certains services (blocs opératoires, anesthésie) ou pour celui des petits établissements, devraient bénéficier d'un encadrement réglementaire comparable à celui des astreintes. La circulaire du 18 avril 2002 qui a autorisé leur maintien provisoire jusqu'en décembre 2005 devrait être relayée par un texte réglementaire. La confirmation d'une suppression des permanences nécessiterait l'attribution de postes complémentaires.

Enfin, certaines règles relatives au temps de travail fixées par le décret du 4 janvier 2002 ne sont pas ou difficilement appliquées. Majoritairement les

établissements ne peuvent pas accorder un dimanche sur deux aux agents en repos variable. Fréquemment, le repos quotidien minimum de 12 heures consécutives, ainsi que le repos hebdomadaire minimum de 36 heures consécutives ne sont pas respectés. Ceci concerne les blocs opératoires et de maternité, les urgences, et parfois les services de soins.

II.3.1.2 Les personnels médicaux

La mise en place de la RTT est intervenue en 2001 pour les praticiens des établissements PSPH. Les données disponibles montrent que les jours RTT ne sont que partiellement utilisés, bien que les jours non pris ne donnent pas lieu, selon les représentants syndicaux, à une prise de position claire de la part des directions.

Dans les établissements publics, le décret permettant la mise en œuvre de la RTT prévue par le protocole du 22 octobre 2001 n'a été publié que le 7 octobre 2002. Bien que, dès le 24 juillet, le DHOS ait incité les directions des hôpitaux à accorder par anticipation des jours RTT, les rapports de la MNE ne pouvaient pas présenter sur ce point de bilan. Des établissements appréhendent une diminution importante des activités programmées en fin d'année. Mais en première approche, il semblerait que les difficultés entraînées par la RTT devraient être moindres que pour le personnel non médical car le compte épargne-temps, ainsi que la possibilité ouverte par le protocole de cumuler la totalité des jours RTT en fin de carrière, sont des mesures qui rencontrent l'adhésion des praticiens. Il en va tout autrement de l'intégration dans les statuts médicaux des règles édictées par la directive européenne 93/104/CE qui soulève une forte inquiétude dans les établissements.

Les rapports des équipes missionnées de la MNE montrent une première réalité : les établissements n'ont majoritairement pas préparé cette réforme. Ceux qui ont réalisé une mesure de ses conséquences parviennent à une évaluation des besoins peu compatible avec les moyens prévus par le protocole et avec les données de la démographie médicale – ceci se traduisant par une crainte sur les évolutions budgétaires non contrôlées résultant du paiement de « plages additionnelles » dont le coût est proche de celui des rémunérations d'un praticien hospitalier. Les bases de calcul ne sont elles-mêmes pas fixées. La limitation à 48h du temps de travail hebdomadaire gardes incluses impose un décompte horaire, ne serait-ce que dans la prise en compte des effectifs nécessaires pour encadrer les services exigeant une présence médicale constante. Or la base de calcul retenue varie d'un établissement à un autre. De plus, la mesure des effectifs nécessaires par tranches horaires dans ces services impose la prise en compte d'autres données (données cliniques et quantitatives, staffs, relations avec les familles, etc.), et ne se résume pas à la présence d'un seul praticien 24h/24. Une méthodologie consolidée au niveau national ou régional fait ici défaut.

Les rapports montrent que les établissements n'ont pas mis en œuvre une organisation permettant un décompte horaire du temps de travail des praticiens qui permettrait d'ouvrir des droits à paiement de « plages additionnelles » au-delà des 48 heures hebdomadaires lissées sur quatre mois. Les tableaux de service, bien qu'obligatoires, ne sont, le plus souvent, pas mis en place et en tout état de cause, lorsqu'ils existent, ne répondent pas à l'objectif d'un décompte horaire. Celui-ci ne fait

lui-même pas l'objet de positions univoques de la part des représentants des praticiens. Certains souhaitent le « pointage » alors que d'autres revendiquent une liberté totale d'organisation par « plages » qui serait donnée aux chefs de service.

Le repos de sécurité, dont l'application devrait intervenir à partir du 1^{er} octobre 2003, est surtout ressenti par les directions d'établissements comme une contrainte organisationnelle forte. Ses effets pourraient être très négatifs sur les coopérations inter-services et inter-établissements.

Enfin, les établissements attendent des précisions réglementaires sur plusieurs points : quel est le régime du travail en astreinte par rapport à la notion de temps de travail effectif ? Comment concilier le caractère volontaire des plages additionnelles et l'obligation médico-légale des directeurs, des chefs de service, mais également des praticiens concernés, d'assurer les soins aux patients notamment dans le cadre de l'urgence et de la détresse vitale ? Selon quelles modalités pratiques les activités sont-elles définies en service continu ?

Sans reprendre les ruptures présumées inter-générationnelles, cette réforme a créé, ou accentué, plusieurs écarts dans le corps médical : entre les services qui se sentent investis de la responsabilité clinique du patient et ceux dont le rôle est davantage de logistique médicale, entre les praticiens mono-appartenants qui bénéficient de l'ensemble des dispositions du protocole et les praticiens hospitalo-universitaires qui ne veulent ni renoncer à la spécificité de leurs missions ni compenser le temps qui ne serait plus réalisé par leurs confrères. Sa mise en œuvre au 1^{er} janvier prochain suscite l'appréhension évidente des directions et des conférences de présidents de CME qui craignent une diminution drastique de l'activité de soins programmée qui pourrait être assurée par le secteur libéral dont les praticiens ne sont pas soumis aux mêmes contraintes.

Cependant, quelle que soit l'ampleur des difficultés, les représentants des praticiens attendent la publication effective des textes statutaires qui actera le protocole car la pénibilité de la garde, notamment pour les classes d'âges les plus avancées, n'est plus aujourd'hui acceptée. La rémunération des « plages additionnelles » ne leur paraît qu'une solution provisoire avant une diminution effective de leur temps de travail.

II.3.2 La RTT : le révélateur d'une crise de l'organisation et du fonctionnement interne des établissements

L'organisation de l'hôpital est caractérisée par une logique de cloisonnements entre les métiers et entre les structures. Cette logique est la conséquence négative du haut niveau d'expertise des agents et des unités opérationnelles. Les rapports de la MNE montrent que ces cloisonnements, à l'exception notable de certains établissements engagés dans une démarche participative de préparation de l'accréditation, ont eu tendance à s'aggraver avec la mise en œuvre de la RTT.

Ce sont les établissements dont les structures sont les plus complexes et inter-dépendantes, les grands centres hospitaliers et les CHU, qui ont subi les conséquences les plus négatives dans le cadre d'un repliement sur elles-mêmes des

équipes, ce qui a déjà été mentionné : transferts de tâches des services médico-techniques vers les services cliniques, des services de jour vers les services de nuit, des services cliniques vers les services d'urgence. Le transfert de l'extra-muros vers l'intra-muros relève en psychiatrie de la même logique. Les rapports montrent que ces transferts développent l'entropie générale du système hospitalier.

Au sein des équipes de soins, la RTT révèle les écarts pré-existants entre les soignants non médecins et les médecins. Les premiers soulignent le peu d'implication du corps médical dans la réflexion préalable ainsi que l'absence de coordination entre les organisations médicales, qui très majoritairement n'ont pas été modifiées, et les organisations soignantes. Les résultats partiels du questionnaire DREES, qui sont annexés au présent rapport, confirment ces conclusions. Les conseils de service, lorsqu'ils existent, n'ont manifestement pas joué leur mission d'organisation, de coordination des logiques et de suivi de projet commun entre les médecins et les soignants. Les représentants du corps médical ont au cours des réunions bi-latérales expliqué ce retrait par le sentiment d'exclusion des praticiens de l'organisation de leurs services qui relèverait désormais d'une manière prépondérante de la hiérarchie soignante.

Au niveau institutionnel, ce sont les clivages entre les acteurs opérationnels, cadres et chefs de services, et les représentants des personnels, syndicats et CME, qui apparaissent. Au sein du corps médical, des membres de la CME ont participé aux comités de pilotage mais le relais avec les chefs de service n'a pas été réalisé. Quant aux soignants, si les cadres se sont fortement impliqués dans la phase préparatoire de diagnostic des organisations, constituant parfois « la cheville ouvrière » du projet RTT, ils n'ont dans la majorité des établissements ni participé ni été consultés au moment de la phase de négociation avec les syndicats. Les acteurs qui ont participé au diagnostic n'ont pas été associés à la prise de décision, pas plus qu'ils n'ont été invités à participer à la réflexion sur la réduction du temps de travail des médecins.

Les missions de la MNE ont souligné que les cadres ont conservé un sentiment d'exclusion et d'amertume, de non-reconnaissance, que « le politique l'a emporté sur le technique » en imposant un « carcan syndical ». Les directions leur donnant l'impression qu'il s'agissait de « signer pour signer ». A l'opposé, les rapports révèlent l'existence rare mais notable de « comités consultatifs de cadres » valorisant la fonction cadre. Enfin, la présence massive des cadres dans les comités de suivi permettra peut-être de corriger les conséquences de la phase de négociation.

Une réelle « problématique des cadres » semble émerger. Soumis à une double hiérarchie, à la fois participant à la conception mais exclus des décisions, ils assument les conséquences négatives des dysfonctionnements quotidiens, passant beaucoup de temps dans la gestion des personnels et les modifications permanentes de plannings, le plus souvent sans l'aide d'une gestion informatisée, alors que les ajustements devraient être réalisés à la marge. Ces tâches se développant aux dépens des fonctions de management, les cadres perdent ainsi le sens de l'organisation générale. Ne pouvant s'adapter, ils se « sur-adaptent » en inventant un sens propre à leur seule unité opérationnelle.

II.3.3 La RTT : un révélateur des limites d'un développement autarcique des établissements de santé

En accentuant les contraintes, la RTT a développé un cloisonnement déjà fort entre les établissements. Les « entités juridiques » semblent s'être repliées sur leurs propres marges de manœuvre : les rapports de la MNE témoignent de cette tendance à travers les fermetures d'unités réalisées sans concertation, l'absence d'organisation régulée entre l'amont et l'aval, et plus généralement l'absence d'inscription dans une organisation régionale. Les « accords locaux » ont été passés sans politique commune entre les différents établissements.

L'échec de la réorganisation des activités médicales est ici massivement révélateur des limites atteintes par un développement de type « communal ». En effet, les conséquences de l'intégration de la garde dans le temps de travail des praticiens et de l'instauration du repos de sécurité ont été envisagées « iso-organisation ». La recherche d'une diminution du nombre de gardes était déjà une constante en raison des difficultés budgétaires. La structuration de la permanence des soins s'avère désormais conditionnée par les autorisations que les établissements ont reçues individuellement concernant les SAU, les services de réanimation, et d'une manière plus générale les activités réglementées. Les représentants des établissements l'ont affirmé au cours des réunions bilatérales : l'application du protocole du 22 octobre 2001 est indissociable de la constitution d'une organisation de la permanence des soins déterminée au niveau régional.

III – LES PRECONISATIONS

Les rencontres et les enquêtes portent témoignage de la volonté fortement exprimée de bénéficier de la réduction du temps de travail.

Elles alertent également sur le fait que les conséquences sur les temps des divers acteurs n'ont pas été accompagnées d'une réflexion approfondie sur les organisations des soins et du travail.

Si les valeurs portées par les professionnels les ont conduits spontanément à faire face, ils expriment aujourd'hui le besoin de retrouver le sens de leurs actions dans un cadre aux contours redessinés et clarifiés.

En effet, les espaces traditionnels de compétence et d'expertise que sont les unités de travail et les établissements ne sont plus appropriés à l'évolution des besoins de santé.

Seuls leurs décroissements peuvent permettre la réduction des tensions sur le temps des professionnels en préservant la cohérence de la prise en charge des patients et le professionnalisme des équipes.

Il y a là de toute évidence une opportunité pour que les diverses logiques, souvent segmentées, trouvent enfin leur point de convergence.

Ainsi les préconisations formulées par la MNE, qui visent à décloisonner les espaces, répondent à quatre enjeux majeurs :

- la clarification du contexte de la RTT
- la modulation du dispositif
- la rénovation de l'organisation interne des établissements et de leur management
- le développement des coopérations inter-hospitalières

III.1. Clarifier le contexte de la RTT

Cette orientation procède du besoin exprimé par les professionnels d'évoluer dans un environnement aux objectifs identifiés et aux contraintes explicitées.

Les inquiétudes et les doutes relevés lors des entretiens nécessitent des réponses à des questions essentielles, antérieures pour la plupart au projet RTT, mais dont l'acuité s'est considérablement développée au cours de sa mise en œuvre.

III.1.1. Garantir la réduction du temps de travail

Face aux difficultés actuellement ressenties et aux doutes exprimés, il importe que les pouvoirs publics affichent leurs intentions de poursuivre la mise en place du dispositif pour l'ensemble des personnels.

III.1.2. Développer une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Plusieurs orientations majeures engagent conjointement les secteurs public et privé, sanitaire et médico-social :

- évaluer d'une manière prospective les besoins en personnels médicaux, soignants et médico-techniques sur les dix prochaines années. Cette évaluation concernera les secteurs sanitaire (y compris le secteur ambulatoire) et médico-sociaux publics et privés. Elle intégrera une analyse de l'évolution des métiers et des compétences. Il conviendra de clarifier les missions confiées à certains professionnels en particulier dans le domaine de la psychiatrie et de l'anesthésie réanimation. Elle fera l'objet de la publication d'un livre blanc à la fin de l'année 2003. Elle répondra aux inquiétudes exprimées sur l'emploi hospitalier et l'adéquation des filières de formation ;
- réguler les métiers soignants en vue d'une répartition professionnelle et géographique en adéquation avec les besoins de santé. Dans les régions déficitaires en personnel soignant la MNE propose d'identifier les particularités locales pénalisantes afin d'améliorer l'accès aux filières de formation. La MNE s'est interrogée sur les modalités de régulation des professions médicales entre les spécialités, les régions et les secteurs public et privé. La réponse apportée peut aller de la régulation des spécialités et des installations à la dérégulation par les modalités de rémunération. La MNE propose des mécanismes

d'intéressement positifs et négatifs, salariaux et tarifaires, sur des critères croisés géographiques et de spécialités pour les professions soignantes et médicales. Ces critères devraient être réexaminés périodiquement en fonction des évolutions constatées ;

- amplifier la promotion des métiers de santé par une campagne nationale d'information ;
- faciliter l'accès aux filières de formation en augmentant les crédits de promotion professionnelle et en créant des bourses d'études ;
- faciliter l'attractivité des métiers soignants par des mesures d'accompagnement social, comprenant en particulier un plan d'ouverture de crèches en partenariat avec les collectivités territoriales et les organismes sociaux ;

III.1.3. Accroître la visibilité budgétaire et financière des établissements

Les tensions budgétaires des établissements sont incompatibles avec la stabilisation des projets. La MNE propose la généralisation pour tous les établissements des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avant 2005 afin de mettre en adéquation les moyens avec les missions.

En ce qui concerne les établissements privés, le déséquilibre financier déjà souligné risque d'être accentué par la fin des mesures d'allègement des charges sociales consenties en contrepartie de la mise en place de la RTT.

III.1.4. Clarifier la réglementation

Cette clarification concerne notamment, pour le personnel non médical :

- le paiement des astreintes du personnel de la fonction publique hospitalière ;
- le régime des permanences du personnel de la fonction publique hospitalière, et pour le personnel médical :
- la compatibilité entre le caractère volontaire des plages additionnelles et l'obligation de continuité des soins qui s'impose aux directeurs, aux chefs de service et aux praticiens eux-mêmes ;
- les modifications des statuts médicaux ;
- la notion de déplacement en astreinte et de travail effectif ;
- la définition du service continu .

III.2. Ajuster le dispositif

L'analyse des rapports de la MNE a montré l'urgence d'une adaptation du dispositif RTT mis en place. Les propositions qui suivent correspondent à des mesures portant sur le court terme et sont destinées à gérer une période transitoire qui ne doit pas aller au-delà de 2004. La MNE les a néanmoins inscrites dans l'ensemble des orientations portant sur les mois à venir et dans le cadre d'une politique à long terme. Non seulement, elles ne sauraient constituer de nouvelles difficultés pour la mise en œuvre de cette politique, mais elles doivent, de plus, en être des leviers. Ceci est particulièrement le cas des actions concernant le personnel médical.

III.2.1. Le personnel médical

III.2.1.1. Appliquer la directive européenne 93/104/CE dès le 1^{er} janvier 2003

La MNE s'est interrogée sur l'opportunité de différer l'application de cette directive afin de résoudre au préalable les graves difficultés qui sont liées à sa mise en œuvre. Elle a choisi de proposer le maintien de la date prévue par le protocole du 22 octobre 2001, non seulement parce que le retour sur un engagement pourrait entraîner une défiance envers l'action des pouvoirs publics, mais également afin que ce maintien constitue un engagement rendant inéluctable un décloisonnement des établissements.

De plus, la limitation de la durée du travail correspond à une nécessité eu égard aux conditions de travail actuelles des praticiens prenant en charge des activités en service continu.

La MNE s'interroge néanmoins sur l'état d'avancement de l'intégration des normes de cette directive dans le droit des états. Le rapport de la Commission européenne du 1^{er} décembre 2000 sur ce thème ne fait en effet mention du temps de travail des médecins que d'une manière marginale.

Plus fondamentalement, les modalités de travail des médecins résultent en pratique de plusieurs conditions préalables concernant :

- leur formation et le numerus clausus,
- l'organisation de l'offre de soins et notamment des positionnements respectifs des secteurs public et privé,
- les modalités de gestion des établissements publics et leur rattachement à une collectivité de type communal ou bien régional,
- les modalités de prise en charge des dépenses par l'assurance maladie,
- la régulation ou l'absence de régulation de l'installation des médecins,
- l'organisation des soins d'urgence et de la prise en charge de la détresse vitale.

La détermination de normes européennes contraignantes concernant le temps médical présuppose une volonté de convergence des systèmes de santé sur ces items – ce qui ne correspond pas aux volontés exprimées -, la santé n'étant qu'une compétence limitée de l'Union.

Il apparaît donc que sur ce point une réflexion devrait être entamée. **A minima, un comité de suivi de la directive ayant pour thématique exclusive le domaine de la santé, et notamment le travail des médecins, serait nécessaire.**

Afin de permettre l'application de cette directive, la MNE propose les actions suivantes qui ne sont pas exclusives de toute autre mesure permettant ou incitant à la constitution d'équipes médicales prenant en charge les patients d'une zone géographique.

III.2.1.2. Constituer des référentiels nationaux d'encadrement médical par discipline, et en priorité pour les activités à soins continus

Il convient de déterminer les effectifs minimum nécessaires pour assurer une prise en charge médicale « séniorisée » 24h/24. De plus, les effectifs médicaux

nécessaires ou souhaitables des équipes devraient être fixés en fonction d'indicateurs d'activité pertinents issus des statistiques obligatoires et de critères d'accessibilité aux soins. Il s'agit moins de déterminer de nouvelles normes réglementaires que de proposer un guide méthodologique validé par les professionnels concernés et utilisables par les acteurs régionaux.

III.2.1.3. Faciliter les approches collectives de la prise en charge des patients

- En rappelant ou en définissant les modalités de coopération entre les établissements

Les instruments de coopération entre établissements publics ou PSPH permettant une organisation de l'offre de soins régionale sont actuellement définis : fédérations inter-établissements, postes à activité partagée, activité d'intérêt général, conventions de secteurs de garde mutualisés... Les modalités juridiques de coopération entre d'une part le secteur public ou PSPH et d'autre part le secteur privé commercial (conventions, GCS, etc..) doivent être explicitées, notamment en ce qui concerne les aspects statutaires relatifs aux personnels. En tout état de cause, leur mise en œuvre doit être simple.

- En publiant dès 2003 les vacances des postes de praticien et d'assistant créés dans un cadre collectif d'activités

Des vacances de postes de praticien hospitalier peuvent aujourd'hui être publiées en activité partagée entre plusieurs établissements, la localisation administrative du poste étant faite sur l'un d'entre eux. La MNE propose que cette possibilité soit utilisée d'une manière plus systématique, et notamment pour les postes créés suite au protocole du 22 octobre 2001. Dans le cadre d'une organisation des soins structurée par aire géographique constituant un cahier des charges par discipline, la notion d'équipe médicale doit primer sur celle de service.

- En attribuant des primes multi-sites aux praticiens réalisant des gardes sur plusieurs établissements

III.2.1.4. Adapter la réglementation relative à l'organisation des soins

La graduation des soins dans un cadre géographique structuré permettrait de créer des niveaux de prise en charge dont les normes de fonctionnement seraient moins strictes (par exemple : unités d'accueil des urgences de niveau 3).

III.2.1.5. Mettre en place les tableaux de service des personnels médicaux par activité

Cette obligation réglementaire, ancienne mais rappelée par l'arrêté interministériel du 14 septembre 2001, est nécessaire pour garantir d'une manière formelle la continuité des soins (service normal et service de garde) dans une approche à la fois organisationnelle, qualitative et médico-légale. Elle doit permettre de plus une mesure du temps de travail dans le cadre des modifications statutaires découlant du protocole du 22 octobre 2001.

III.2.1.6. Contractualiser l'organisation du temps de travail médical

Cette contractualisation individuelle et pluriannuelle aurait pour finalité de sécuriser le travail de l'équipe médicale en donnant une visibilité à moyen terme dans le cadre d'une organisation complexe et multi-sites. Elle rendrait compatibles les droits statutaires des praticiens et les contraintes du service.

III.2.2. Le personnel non médical

III.2.2.1. Reporter les jours RTT non pris en 2002 sur 2003

La MNE propose que les jours RTT non pris par les agents en 2002 en raison de contraintes de service puissent être reportés sur 2003 jusqu'à une échéance devant être fixée (premier trimestre, quadrimestre ou semestre).

Il ne paraît pas souhaitable que des jours soient payés aux agents pour plusieurs raisons déjà évoquées ; de plus les établissements n'auront pas les moyens de rémunérer cette mesure sur leurs crédits disponibles dans le contexte budgétaire déjà souligné dans l'analyse.

En revanche, une allocation supplémentaire de crédits aux établissements en 2003 correspondant au coût d'un quota maximum de jours de RTT reportés, par exemple cinq jours, pourrait être utilisée par les directions afin de remplacer les agents en repos RTT 2002 soit par le paiement d'heures supplémentaires, soit par le recrutement de personnels de remplacement en fonction des spécificités locales.

L'alternative serait représentée par l'ouverture obligatoire d'une épargne-temps pour tout agent avec abondement de jours RTT non pris pendant la période transitoire 2002-2003. Les conditions de fonctionnement du compte épargne-temps (CET) devraient, dans cette hypothèse, être revues.

III.2.2.2. Assouplir les règles de fonctionnement du CET

La MNE propose de faciliter les conditions d'utilisation du CET :

- en abaissant le seuil d'utilisation de 50% ;
- en instituant une bonification dont le taux, susceptible d'atteindre 10%, pourrait être gradué en fonction de la durée d'immobilisation et du nombre de jours épargnés.

L'attention des missionnés a été attirée sur le souhait que soit payé aux ayants droits le montant correspondant aux jours de RTT épargnés par un agent décédé.

III.2.2.3. Redéfinir le régime et la rémunération des heures supplémentaires

La MNE propose d'annualiser le plafond actuel d'heures supplémentaires. Un nouveau plafond serait déterminé sur la base des cycles de travail. Le déplafonnement indiciaire pourrait être décidé dans le cadre d'une harmonisation avec le secteur privé.

III.2.2.4. Allouer en totalité ou partiellement les crédits prévus pour des recrutements en 2004 dès 2003 et reporter la mise en place des 32h30 de nuit

Cette allocation budgétaire sera destinée à faciliter la gestion de la période transitoire en attendant que les modifications organisationnelles soient effectives. Elle permettra moins des recrutements que la rémunération d'heures supplémentaires.

La réforme des 32h30 de nuit ne devrait intervenir qu'à partir du moment où les organisations seront stabilisées. Un nouveau calendrier devra être défini, qui tiendra compte de la réflexion préalable nécessaire sur la nouvelle organisation des services de nuit liée à cette réforme.

III.2.2.5. Compenser le gel du GVT dans le secteur privé

Le secteur privé a mis en œuvre la RTT au prix d'un blocage des salaires jusqu'au moment où les agents de la fonction publique hospitalière sont passés aux 35 h. Les crédits alloués pour les hausses de salaires ont été versés à un fonds RTT. Les agents concernés demandent actuellement une remise à niveau.

III.2.2.6. Utiliser le compte épargne-temps bonifié pour développer la formation dans le secteur privé

Cette proposition permettrait aux agents, dans le secteur privé, de bénéficier de formation sur des jours RTT. Le compte épargne-temps serait dans cette hypothèse bonifié sur la base du nombre de jours utilisés pour la formation.

III.2.3. Autres propositions facilitatrices

III.2.3.1. Mettre en œuvre une gestion automatisée des temps

La MNE propose qu'un programme d'informatisation de la gestion des temps de travail des personnels non médicaux et médicaux soit lancé, accompagné de mesures incitatives. Les fonctionnalités viseront à alléger les tâches des cadres dans la conciliation des normes réglementaires, des besoins des services et des souhaits des agents.

Pour les personnels médicaux, les fonctionnalités intégreront les absences sur l'unité pour activité multi-sites ainsi que l'ensemble des droits et obligations statutaires

des praticiens mono-appartenants et hospitalo-universitaires. Elles viseront à proposer aux chefs de service des tableaux prévisionnels de service.

III.2.3.2. Limiter la publication des textes normatifs aux seules priorités

La MNE propose qu'une hiérarchisation des actions à conduire, et par conséquent des textes afférents soit opérée afin que les établissements puissent repenser leurs organisations dans la cohérence.

III.2.3.3. Gérer les immobilisations temporaires du potentiel d'hospitalisation régional

Pour La MNE propose que les réductions temporaires du nombre des lits d'hospitalisation fasse chaque année l'objet d'un plan anticipé et coordonné au niveau des secteurs sanitaires et qu'une information quotidienne des acteurs de santé (SAU, UPATOU) soit réalisée. Ce plan doit être intégré au budget primitif déposé par les établissements.

III.3. Rénover l'organisation et le management

La réussite de la mise en place de la RTT ne peut se dispenser d'une refonte approfondie des organisations de soins délibérément axée sur les besoins des patients et orientée vers les décroissements.

Les interlocuteurs de la MNE ont regretté que les démarches sur l'organisation (dans ses trois dimensions Activités-Soins-Travail)n'aient pas été conduites dès le début de la mise en œuvre de la RTT dans la mesure où une réflexion considérable avait déjà été menée par les professionnels au moment de la phase de diagnostic ; il sera donc opportun de s'appuyer sur les travaux déjà réalisés car ils constituent une base opérationnelle méritant d'être exploitée.

Dans ce contexte, le management des établissements doit être inclus dans une approche rénovatrice ; le repositionnement des cadres constitue un levier essentiel, les enquêtes ayant démontré le lien entre le mode de management et les conditions d'application de la RTT.

La MNE estime que chaque établissement doit trouver sa propre voie pour gérer cette évolution. Toutefois les acteurs hospitaliers devront pouvoir compter sur une politique incitative et sur des mesures d'accompagnement, notamment sur le plan méthodologique.

Ainsi un signe fort doit être communiqué sur la priorité à donner à un examen exhaustif des organisations conciliant les temps des professionnels et celui des patients.

III.3.1. Elaborer immédiatement, et dans chaque établissement, un plan d'action portant sur les adaptations des organisations

Les établissements, dans le très court terme, développeront un projet destiné à déterminer les modes d'organisation pertinents, réappropriés par l'ensemble des acteurs.

Le lancement de l'opération pourra s'opérer dans le cadre de « forums » des conseils de service.

La méthodologie pourrait être proposée par le ministère. L'objectif résidant dans la mise en cohérence de l'organisation, des patients ainsi que des acteurs médicaux et soignants, il conviendrait d'étudier les champs suivants :

- l'organisation interne des secteurs d'activité et les relations réciproques qu'ils entretiennent dans la prise en charge des patients ;
- les possibilités de recentrage des professions soignantes sur « leur cœur de métier » pour leur permettre de gérer plus efficacement leur temps;
- l'intégration dans les études de la mise en place ultérieure de la RTT des agents de nuit .

Les conseils de service constitueront le lieu de parole, d'échange et d'étude pour tous les professionnels.

III.3.2. Lancer un programme de mise en place d'organisations décloisonnées et portant sur un échantillon de cent établissements

Cette expérimentation est destinée à créer un mouvement déterminé pour imaginer des formes d'organisation innovantes en utilisant les capacités d'initiatives des établissements et des professionnels qui les composent.

Il conviendra que le programme prenne en compte les éléments suivants :

- l'organisation des activités autour des étapes du parcours du patient ;
- la priorité à donner aux prises en charge alternatives : hospitalisation de semaine, hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile et soins ambulatoire ;
- la contractualisation des rapports entre les secteurs d'activité ;
- la compatibilité entre le décloisonnement et l'expertise professionnelle des acteurs ;
- le repositionnement des cadres dans les processus de prise de décision stratégique ;
- les modalités d'expression collective des professionnels pour décloisonner les logiques.

Le recensement des initiatives et leur évaluation constitueront une base de données indispensable à l'élargissement de l'expérimentation.

III.3.3. Structurer le management autour d'une fonction cadre renouvelée

La MNE tient à souligner très fortement l'aspect stratégique de cette proposition

Le programme d'expérimentation constituera une opportunité pour favoriser l'initiative des établissements pour atteindre cet objectif.

Les changements induits par la RTT ne peuvent être pilotés que par des cadres investis d'une mission impliquant un repyramidage vers le haut. Trop de glissements de tâches vers le bas déstabilise aujourd'hui les compétences.

Toutefois la MNE estime que cet enjeu doit être appréhendé avec force et faire rapidement l'objet d'une réflexion collective coordonnée par le ministère dégageant les orientations souhaitables.

Celles-ci tiendront compte des préoccupations suivantes :

- informer les cadres par une communication directe et régulière de la direction sur tous les événements interférant avec une vision globale de l'établissement. Ce type d'approche permettra aux cadres de transmettre des consignes investies de sens réappropriables par tous ;
- intégrer des cadres à la définition, la mise en place et l'évaluation des projets stratégiques des établissements. Les rapports des équipes missionnées montrent en effet que les cadres perçoivent fréquemment leurs fonctions comme celles de « courroies de transmission », confinées dans la gestion quotidienne et par conséquent enfermées dans la dimension du service ;
- intégrer et formaliser dans la réflexion sur les organisations l'expertise des cadres sur les filières transversales. Leur expérience est actuellement souvent la « réponse personnelle » à un excès de cloisonnement afin de répondre aux besoins des patients ;
- renforcer les secrétariats afin que les cadres puissent se désengager d'une partie des tâches administratives, et puissent redevenir des cadres pédagogues consacrant davantage de temps pour élever le niveau de compétence technique de leurs équipes et leur potentiel de propositions.
- dans les unités de soins, renforcer la cohérence cadres de santé-médecins pour favoriser les approches décroisées ;
- responsabiliser les cadres dans la recherche de convergences entre les contraintes de l'organisation, celles du temps des patients et celles du temps des professionnels.

Une clarification devra être apportée sur le positionnement hiérarchique des cadres.

De même, les exigences liées à leurs fonctions devront amener à repenser la structuration de leur formation initiale en l'ouvrant plus largement aux techniques de management des organisations complexes et de formation.

III. 4. Développer les coopérations

Les conséquences prévisibles de la réduction du temps de travail et de la démographie médicale imposent de réinscrire les établissements dans un nouvel espace géographique. Celui-ci doit concilier les besoins de la population avec une vision globale de l'offre des soins qui transcende la notion de statut des établissements co-existants. Cette démarche appelle l'ensemble des acteurs à une réflexion collective sur un nouvel espace référent de l'organisation sanitaire. Cette recherche doit porter sur la taille et l'optimisation des plateaux techniques, la

dimension des équipes médicales, les synergies et coopérations entre l'ensemble des établissements d'une même zone géographique. L'objectif est de favoriser une indispensable continuité de la prise en charge, en amont et en aval avec le secteur ambulatoire libéral.

Dans une perspective de renforcement des complémentarités des liens entre les établissements privés et publics, les outils juridiques existants sont à simplifier.

La MNE préconise une organisation des gardes et astreintes garantissant la continuité des soins par une mutualisation des ressources sur des critères de qualité technique, de volume d'activité suffisant, d'optimisation des équipes par spécialité et une accessibilité en temps définie par discipline.

Tous les scénarii de complémentarités public-public, public-privé, privé-privé, sont à promouvoir en facilitant pour tout médecin, libéral compris, le principe de « la blouse blanche à l'hôpital ».

III.4.1. Créer les conditions d'une mobilisation immédiate

Les attentes des pouvoirs publics doivent être clairement identifiées et communiquées à l'ensemble des professionnels. Sur ces bases les ARH pourront engager ou développer les démarches collectives indispensables à l'appropriation par les acteurs de santé institutionnels publics et privés.

III.4.2. Définir dans le très court terme les zones géographiques d'organisation des soins

Prioritairement centrées sur les activités à service continu, ces zones géographiques (éventuellement interrégionales) serviraient de cadre à la réflexion sur l'organisation de la permanence des soins.

III.4.3. Elaborer des référentiels d'organisation des soins par discipline

cf. III.2.1.2.

III.4.4. Adapter le travail des personnels médicaux et non médicaux à une organisation territoriale des soins.

Une organisation des soins optimisant l'ensemble des ressources médicales et non médicales d'une zone géographique doit s'appuyer sur un découpage des secteurs publics et privés. Actuellement les statuts des personnels hospitaliers et l'absence d'obligations vis à vis des contraintes de santé publique des praticiens libéraux font obstacle à une mise en œuvre structurée de ce type d'organisation.

Il convient de permettre :

- aux personnels relevant de la fonction publique hospitalière d'exercer une activité dans les établissements privés, en réglant éventuellement les obstacles liés aux employeurs multiples ;
 - aux praticiens des PSPH, du secteur privé commercial et du secteur public d'exercer une activité dans des établissements relevant d'un statut différent de celui de son établissement d'origine.
- Pour les personnels médicaux des établissements publics de santé, il convient de résoudre les difficultés liées aux questions de responsabilité.
- Pour les praticiens ne relevant pas de statuts, il s'agit de concilier l'exercice libéral aux obligations de santé publique relevant d'une politique territoriale.

III.4.5. Expérimenter les nouvelles organisations des soins

La MNE propose que des expérimentations organisationnelles soient conduites d'une manière contractuelle avec les ARH.

Ces expérimentations ne doivent pas être présentées comme la solution obligatoirement transposable. Elles permettront d'identifier précisément les obstacles fonctionnels et juridiques ; elles seront intégrées dans le champ du programme défini au III.3.2.

III.4.6. Créer une cellule nationale d'accompagnement

La gestion de cette phase de transition peut générer légitimement des interrogations voire des appréhensions quant à la façon de piloter le projet.

La MNE propose une démarche identique à celle utilisée pour l'évaluation qui a consisté à mettre des professionnels au service d'autres professionnels. Cette cellule nationale d'accompagnement compléterait efficacement le dispositif proposé dans ce rapport. Ses missions devraient couvrir les champs suivants :

- la formation de professionnels-ressource
- l'accompagnement méthodologique sur site
- l'évaluation
- la capitalisation des initiatives

IV- CONCLUSION

Le monde hospitalier a franchi avec difficulté les premières étapes de la mise en œuvre de la RTT.

L'évaluation opérée montre que la désynchronisation dans la gestion des temps ainsi que les approches cloisonnées ont généré une intensification des contraintes.

Désormais la volonté de faire aboutir la RTT constitue une réelle opportunité pour travailler différemment et permettre à tous de s'organiser plus efficacement, ensemble, autour du patient.

Les professionnels qui ont composé la MNE ont conscience que ces préconisations constituent un véritable défi impliquant l'ensemble des acteurs de santé.

Le relever sera de nature à réconcilier la qualité de vie des professionnels et les attentes des patients.

Nous remercions

Les directeurs, les Instances et les personnels qui ont accueilli les équipes missionnées,
Les présidents de Conférences,
Les Fédérations,
Les Organisations Syndicales,
Les services de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins,
Les services de la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques,
Les Agences Régionales de l'Hospitalisation,

qui nous ont permis de mener à bien cette mission,

ainsi que les secrétariats de la DHOS qui ont contribué à son organisation et à son bon déroulement.

ANNEXES