

Les restructurations de la fonction publique hospitalière : le travail au cœur des enjeux

Jean-Claude Vaslet

Cette analyse des effets des restructurations du secteur hospitalier sur l'emploi et le travail concret des personnels hospitaliers résulte d'une étude menée dans le cadre de plusieurs missions d'audit des établissements au bénéfice des CHSCT.

L'importance de ses constats et de ses conclusions inscrits dans un contexte de remise en cause de l'hôpital public a conduit la rédaction d'*Économie et Politique* à le publier exhaustivement.

Quelques éléments de contexte

Les missions qui servent de points d'appui à cette réflexion ont été réalisées entre janvier 2008 et octobre 2011 dans des établissements de la fonction publique hospitalière dans le cadre de missions d'expertises effectuées pour les CHSCT. Le recours à ces expertises CHSCT relève de dispositions du Droit du Travail.

Ces missions trouvent leur origine dans des situations très diverses. Elles concernent tous les types d'établissements, du CHU à l'hôpital local, localisés dans la France entière. Toutes les activités sont aussi concernées. Ces missions peuvent toutefois faire en première analyse l'objet du regroupement suivant :

- Changements organisationnels de l'établissement, soit sur la globalité de l'établissement, soit sur une partie des services de soins, administratifs ou logistiques ;
- Réorganisation profonde des horaires de travail ;
- Mise en place de Contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) ;
- Restructuration des services annexes aux soins (restauration, blanchisserie, brancardage, laboratoires *bio médical*, entretiens des installations techniques médicales).
- Diagnostics « risques psychosociaux » ou « souffrance au travail ». Malgré cette diversité de situations, il ressort de l'ensemble de ces missions un point commun : le contexte de la fonction publique hospitalière confrontée à de profonds changements structurels, eux-mêmes induits par l'approche de rigueur économique dictée par la tutelle politique (1). Les CREF des établissements publics hospitaliers, consacrés par la loi, sorte de règle d'or, soulèvent les problématiques de restructuration et réorganisation semblables à celles de tout secteur d'activité privée. Les concepts abordés sont à cet égard

significatifs : mutualisation, concentration, externalisation, restructuration. Au travers des démarches « lean », ces concepts, érigés en dogmes, se nomment : maîtrise des flux, valeur ajoutée par processus, chasse non seulement au gaspillage mais à tout acte considéré non « productif », standardisation... La valeur cardinale de ces concepts est l'obtention de gains de productivité par la réduction de la masse salariale. Celle-ci s'opère par la réduction des effectifs, la remise en cause des statuts, l'utilisation de toutes les formes de précarité et la déqualification, l'intensification et l'augmentation de la charge de travail. Si les conséquences en matière de conditions de travail sont donc à examiner avec les mêmes grilles que dans les autres secteurs d'activité, il conviendra de ne pas oublier deux variables supplémentaires qui prennent racine dans la nature du travail réalisé et dans celle, singulière, de la relation des agents à l'État employeur. Il s'agira d'une part de la « charge émotionnelle » inhérente à tout agent travaillant en relation directe avec les patients. D'autre part, la nature du lien de subordination qui unit l'agent et l'État employeur inscrit la relation dans une forme de paternalisme, *versus* infantilisme, et donne lieu à une expression ferme de l'autorité de la puissance publique *versus* la recherche d'un certain consensus. Ce qui ne permet pas toujours une réflexion syndicale automne, bien que l'on observe une grande fierté des agents issue de la conviction citoyenne d'appartenir au « Service public » de Santé. Une dernière composante complique encore un peu plus la donne : c'est la place particulière que le corps médical occupe dans l'organisation des établissements entre hiérarchie fonctionnelle et relation au patient, sans responsabilité directe hiérarchique sur les autres personnels. Sans oublier que la formation médicale, entre concours et compagnonnage, entretient une forte tendance de types corporatiste et élitiste.

On notera enfin que ces relations complexes et souvent très déséquilibrées en faveur de l'État employeur, pèsent plus encore dans cette période de fortes restructurations. À titre d'exemple, les CREF sont justifiés par la tutelle comme un manque d'efficacité et des défauts d'organisation. Mais l'organisation et la nature des relations sociales autorisent peu la contestation des choix réalisés par leurs promoteurs. Le champ est ainsi libre à l'affectation, par les justifications officielles, des ressorts de l'identité professionnelle et la fierté du travail accomplis. C'est d'autant plus vrai que ce vaste chantier de déstructuration s'opère sur fond de culpabilisation permanente des salariés: «vous coûte trop cher!», «Vous ne manquez pas de moyens, vous êtes mal organisés!»...

Examinons quelques exemples de restructuration.

Des modifications structurelles inscrites dans les Projets d'établissements ou les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

– **Des réorganisations en lien avec une révision totale du (des) projet(s) d'établissement(s).** Elles peuvent concerner tous les établissements. Elles conduisent à une nouvelle répartition des activités de soins et/ou de logistique, avec ou sans regroupements – fusions et s'accompagnent d'une réduction du ratio soignant/soigné. Sur le plan organisationnel, les réaménagements spatiaux nécessaires (réfection ou création de nouveaux bâtiments) sont l'occasion de supprimer la notion d'équipe de soins en imposant mutualisations et polyvalences des personnels. Simultanément, s'opèrent des recompositions juridiques sous formes de Groupement de coopération sanitaire (GCS) (2) ou de Communauté hospitalière de territoire (CHT). Ainsi peuvent s'opérer des transferts d'activités publiques vers le privé commercial ou, plus radicalement encore, la suppression d'activités de proximité. Il s'agit en priorité

des activités à forts contenus techniques standardisés ou standardisables, donc T2A compatibles. Des évolutions statutaires des divers personnels peuvent être immédiates ou différées. Une des justifications de ces restructurations avancée par les Agences régionales de santé se trouve dans la pénurie de soignants. Or, si pénurie il y a, il faut en chercher les causes dans la volonté de réduire l'accès à la formation des professionnels d'une part, et dans l'accélération de la dégradation des conditions de travail d'autre part. Systématiquement, le changement du lieu de travail, de l'orientation d'un service, sera l'occasion de mettre en œuvre les techniques (la flexibilité notamment) d'adaptation de la «ressource humaine» à l'activité du moment. Cette adaptation peut être quotidienne, voire la demi-journée et parfois l'heure. C'est la mutualisation qui entraîne la polyvalence. C'est la fin des collectifs de travail, des équipes, qui entraîne des pertes de sens et conduit aux impasses de l'individualisation des tâches.

– **Des réorganisations de services.** Elles concernent en première approche une partie seulement de l'établissement; mais elles s'inscrivent toujours dans un mouvement de réorganisation plus large et concernent de toutes façons d'autres services: par exemple une réorganisation des blocs opératoires ne peut s'examiner sans observer les services de soins, de stérilisation, laboratoires, de brancardage, de nettoyage... qui interviennent en amont, en aval ou pendant le processus opératoire proprement dit.

Dans tous les cas les réorganisations font partie du mouvement de réorganisation globale de l'Hôpital public. L'examen des conséquences des deux types de réorganisation définis précédemment ne peut être mené sans cette vision, au risque sinon de ne pas donner de lisibilité et de sens aux changements entrepris.

Des restructurations sur fond de profondes mutations de la nature du travail...

Le mouvement de développement des techniques médicales ne cesse de transformer les métiers. Mais ce mouvement n'est pas mis au service de l'amélioration des conditions de travail et de la prise en charge des patients. Par exemple, d'une part, on peut noter que l'évolution des pratiques et techniques médicales est porteuse de réduction de la durée d'hospitalisation. Ceci, en soi, peut être considéré comme un progrès. Mais l'utilisation de l'indicateur de la Durée moyenne de séjour (DMS), parce que le seul critère qui vaille est celui du résultat comptable, conduit à un processus continu et rapide de dégradation des conditions de vie au travail. En effet, comme la dégradation de la prise en charge du patient n'est pas admissible, ce sont les professionnels qui, en faisant tenir coûte que coûte l'organisation, en paieront le prix, par la dégradation de leur propre santé.

...et de généralisation des principes de mise en concurrence

Les logiques imprimées depuis les ordonnances de 2005 sont celles de la mise en concurrence entre les divers services et de l'externalisation de certaines activités. Ces relations sont inscrites dans les contrats de pôles qui deviennent des «centres de profits», gérant leurs





relations sur le mode client/fournisseur. Les pôles, par l'intermédiaire des contrats qui les lient à l'administration centrale qui fixe les objectifs, sont intéressés aux résultats financiers. Ainsi les chefs de pôle, souvent des médecins reconnus, deviennent-ils des gestionnaires comptables. Le message est clair : « Faites des économies et vous aurez le matériel dont vous avez besoin pour fonctionner! ». Les agents des fonctions plus transversales telles que les secrétariats, brancardages, les laboratoires... et plus logistiques comme la restauration, les buanderies, subissent de plein fouet toutes les contradictions du système, du fait de leur positionnement d'interface.

En résumé, on pourrait définir quelques modalités structurantes, modifiant les conditions de travail et leurs conséquences sur la santé des agents.

1. Modalités organisationnelles du travail : nouvelles modalités de fonctionnement, nouvelles procédures, standardisation, nouvelles missions, changement de pratiques envers le patient, réorganisations administratives.

2. Réorganisation du temps de travail : Il s'agira là d'obtenir, par la diminution du temps de travail quotidien, ou son augmentation, qu'une partie du travail nécessaire à l'accomplissement de la mission soit effectué, gratuitement.

3. Nouveaux espaces de travail : bâtiments, locaux, implantations.

4. Nouvelles méthodes de direction : gestion par objectifs, par projets, *management* communicatif (dit participatif).

5. Gestion des effectifs : mise en place de ratios fondés sur la nécessité de supprimer des postes, polyvalence, mutualisation, précarité, auto-remplacement, rappels sur repos et congés.

6. Conséquences physiques : TMS du fait du couple intensification/stress, fatigue et pénibilité du fait de l'augmentation de la charge physique de travail.

7. Conséquences psychiques : stress, qualité de service et sens au travail, reconnaissance, latitude décisionnelle, incidence sur les collectifs de travail, systèmes de tensions liées aux organisations.

8. Pénibilité : concomitance des items temps de travail et conséquences physiques, relations temps de travail-temps personnel.

Les relations sociales et professionnelles

Le contexte juridique

Il est utile de rappeler à ce stade les conditions juridiques « d'exercice du dialogue social » dans la fonction publique hospitalière. D'un trait simplificateur, nous pouvons dire que :

- La place de l'État par l'intermédiaire des ARS est prédominante ;

- Les lieux et temps de négociation sont extrêmement réduits tant au niveau national, régional, que local ;

- Au niveau des établissements, la loi donne la possibilité de négocier le volet social du Projet d'établissement. Mais dans les faits cette possibilité est peu utilisée et ce droit très souvent contourné par les directions.

- Le CHSCT est la seule instance relevant de la FPH qui possède les mêmes prérogatives que les CHSCT du secteur privé. À ce titre s'appliquent les articles du Droit du Travail et tout particulièrement l'article L4612-8 qui stipule : « le comité est consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail [...] d'un changement de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail ». Mais si dans le privé les IRP sont une des contreparties du lien de subordination entre salarié et employeur, la culture de la Fonction publique, où l'agent « doit obéissance » à l'État son employeur, limite en soi cette contrepartie. Quand les procédures d'information/consultation sont respectées, il n'en demeure pas moins qu'elles ne peuvent être assimilées en rien à une forme de négociation. De plus, on assiste actuellement à une judiciarisation des relations, du fait des employeurs, qui ne peuvent accepter de voir remise en question l'autorité de l'État qu'ils représentent, par une instance théoriquement pilotée par les organisations syndicales. Les CHSCT sont devenus en quelques années le théâtre d'un affrontement que certaines directions n'hésitent pas à qualifier de lutte des classes.

Dans ce contexte, une gestion des réorganisations où la démocratie sociale est quasi inexistante

Dans ce contexte juridique, où les décisions sont issues de décisions politiques issues de l'échelon national et relayées par les agences régionales, le pouvoir de négociation est limité. Au niveau des établissements qui se doivent de mettre en œuvre ces décisions, leurs possibilités « d'échanges » se réduisent.

- Le projet médical qui devrait en principe être en amont, ou pour le moins induire tout autre projet, fait

l'objet d'une participation de la part de la Commission médicale d'établissement. Composée de médecins nommés de droit et de médecins élus par leurs pairs, elle a perdu son pouvoir décisionnel avec la loi HPST et n'a d'influence qu'à la marge sur ces projets. De ce fait, une démotivation certaine apparaît dans une partie du corps médical.

– Les procédures d'information/consultation du CHSCT appellent quant à elles plusieurs commentaires.

- Notons tout d'abord que nombre de directions « omettent » cette étape; et quant elle est mise en œuvre, elle ne s'inscrit pas dans un cycle de négociation ;
- Les projets d'ensemble sont découpés en sous-projets: quand ces procédures sont effectivement respectées, elles traitent sous projet par sous projet et ne permettent que rarement d'avoir une vision complète des réorganisations-restructurations en cours ;
- Le rythme des projets est tel que les représentants des agents, de même que l'encadrement chargé de les mettre en œuvre, sont dans l'incapacité de s'approprier ces projets et se trouvent réduits à un simple rôle d'informé.
- Le *management* participatif avec des groupes de travail multipliés et démultipliés est utilisé à la fois comme moyen pour contourner les Organisations syndicales et les IRP, et pour faire définir par les agents eux-mêmes les marges de manœuvres possibles pour obtenir des gains de productivité, au détriment de leurs propres conditions de travail. Sans que ne soit jamais mis à l'ordre du jour une quelconque contrepartie. Cette démarche, *in fine*, a tendance à accélérer le désenchantement et la défiance envers l'Institution et ceux qui la représentent, parce que les agents constatent souvent qu'au contraire de leurs attentes, cette participation se retourne contre eux-mêmes au travers des solutions standardisées et impersonnelles qu'ils ont eux-mêmes conduites à élaborer.

Conséquences des réorganisations sur les déterminants principaux des conditions de travail

Les modalités organisationnelles

Les modalités organisationnelles qui entraînent des modifications importantes dans les conditions de travail sont de plusieurs ordres et mettent en jeu les différentes catégories d'acteurs des établissements étudiés.

Une première caractéristique concerne l'ensemble des personnels. Autour des termes utilisés (optimisation des moyens, rationalisation, valeur ajoutée par processus, sécurisation des processus, chasse au gaspillage), la notion de gestion par maîtrise des coûts est prégnante.

Elle s'accompagne de :

■ Une standardisation des pratiques qui revêt plusieurs formes

→ Mise en place de procédures: souvent nécessaires tant d'un point de vue médical, hygiénique, qu'organisationnel, ces procédures sont conçues sur des fondements fortement critiquables et pour un fonctionnement totalement stabilisé avec les effectifs constants et formés. Or, la nature profondément humaine du travail, le fort absentéisme (entre 7 et 18% dans les

cas étudiés), pour ne prendre que ces deux déterminants, ne peuvent répondre aux exigences supposées respectées dans le cadre desdites procédures. Aussi les différences entre prescrit et réel sont systématiquement observées. La gestion de ces aléas, de ces écarts, jamais reconnus, doit être supportée par les professionnels de leur propre chef, avec, en toile de fond, cette notion de culpabilisation et de faute qui les conduit vers un état de stress permanent, qui aurait tendance à les maintenir dans la recherche de solutions individuelles, faute de perspectives plus collectives.

→ Suppression ou limitation de toute action estimée inutile, parce que non valorisable (T2A): deux exemples reviennent de façon récurrente.

- Les temps de transmission des informations et de *débriefing* (3). Ces temps ne peuvent être qu'oraux, notamment pour que le facteur émotionnel soit pris en charge collectivement. Ils sont donc déterminants pour la préservation de la santé des personnels, pour leur sécurité parfois (psychiatrie, gériatrie), pour la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Les temps de relève pour les soignants, aux interposés, sont de plus en plus réduits et, soit, remplacés par des relèves ciblées qui s'appuient sur l'outil informatique, soit, pris sur un temps non mesuré comme temps de travail (par exemple 15/30 minutes après le temps de travail normal ne sont pas prises en compte comme tel); dans de nouveaux bâtiments il est ainsi apparu que les salles de relève étaient signalées comme salles de pause...

- Parce que « non compatible T2A » les temps d'échange et de rassurance des malades n'existent pas. N'existant pas, ils n'entrent pas dans le calcul des effectifs alloués.

■ Une attitude du personnel

→ Dénoncée communément comme une résistance au changement ou comme une défense corporatiste.

→ Mais en fait, bien au-delà des contraintes inhérentes à la nature même du travail en milieu hospitalier, cette attitude exprime la contradiction entre les objectifs économiques assignés et les changements qualitatifs de la nature du soin ou de l'accompagnement apportés au malade dont sont porteuses les évolutions technologiques.

→ Cette attitude pose simultanément la question de la définition de la qualité. C'est l'ensemble du système actuel d'évaluation et des critères qui le fondent qui est interrogé, voire remis en cause. Plus qu'une résistance au changement, c'est le désarroi ou le non partage d'une notion considérée comme fondamentale dans des métiers où l'objet est le soin et l'aide apportés au patient ou malade. Le débat autour de cette question est actuellement enfermé par les démarches qualitatives. Ainsi, l'absence de débat fondateur autour de cette notion est une des caractéristiques essentielles des projets de réorganisation examinés.

Le deuxième aspect lié aux modalités organisationnelles du travail est celui de la contrainte administrative ou de *reporting*, de plus en plus forte. À l'occasion des réorganisations successives et des contraintes tant légales, sécuritaires, qu'économiques, la charge de travail dit administratif augmente et vient polluer l'action d'acteurs qui, à cette occasion, voient une transformation de leur

fonction vers des tâches qu'ils ne jugent pas comme faisant partie de l'essence même de leur travail. Sont concernés les médecins (codification de plus en plus fine des actes), comme le personnel soignant (suivi et enregistrement de toutes les tâches), les pharmaciens ou encore le personnel logistique (nettoyage...). Les diverses réorganisations administratives avec mutualisation des moyens conduisent aussi le personnel administratif et son encadrement à un sentiment de course sans fin entre une exigence procédurière de plus en plus forte et des capacités réduites de répondre à des demandes de plus en plus nombreuses, en particulier de *reporting* vers l'administration.

Les relations interservices

Bon nombre de réorganisations conduisent à une externalisation de services. La fonction pouvant être confiée soit à une entreprise privée, soit à un pôle dit prestataire. Sont concernés essentiellement les services logistiques (nettoyage, restauration, blanchisserie...) mais aussi des services comme la stérilisation, les laboratoires d'analyse... Elles ont au titre des conditions de travail deux types d'impacts :

→ Dans une culture hospitalière habituée à la prise en charge globale du patient, avec des agents qui ont construit des collectifs autour de cette notion, l'assimilation de cette prise en charge en un flux fait de processus successifs et la volonté de maîtrise desdits processus et flux sont un choc culturel souvent difficilement accepté. Ce choc est d'autant plus fort que les personnels vivent cette approche « industrialisée » comme une perte de la relation personnalisée avec le patient.

→ Les externalisations, au-delà même des conséquences sur les effectifs et les statuts, posent aussi le problème d'une redistribution de tâches sur les agents des autres services (4). Cette redistribution pose ainsi la question des charges de travail, mais aussi de la disparition de collectifs de travail, au même titre que l'on observe dans les structures privées soumises à des plans sociaux des phénomènes de culpabilisation, de résignation, de repli sur soi.

La réorganisation du temps de travail

Toutes les réorganisations, qu'elles soient partielles ou plus globales, conduisent à une modification de la gestion du temps de travail. En effet dans un système contraint d'un côté par les effectifs calculés au plus juste, d'un autre côté par une exigence temporelle du travail quotidien autour de la vie du patient, la notion de gestion des horaires est le premier levier organisationnel mis en œuvre. Sans rentrer dans le détail, 3 points sont malgré tout à noter, toujours au seul prisme des conditions de travail.

– Le temps de travail quotidien : les organisations envisagées conduisent dans un même établissement à des situations très diverses qui vont d'une durée de 6 heures à 12 heures en passant par toutes les durées imaginables (7 heures, 7 h 40, 8 heures, 8 h 20, 10 heures dans des blocs opératoires, horaires parfois coupés, etc.). L'allongement quotidien souvent constaté, reconnu et analysé comme une augmentation potentielle de la fatigue et des risques y compris qualitatifs, serait plutôt à évaluer comme une dégradation des conditions de travail. Mais cette dégradation se heurte à des demandes du personnel de plus en plus fréquentes

qui souhaitent au contraire ce rallongement quotidien de leur temps de travail : ce souhait est autant lié à des contraintes de gestion du temps familial, à des contraintes économiques de nombre de trajets qu'à un souhait aussi exprimé par les agents concernés d'être le moins souvent possible au travail en nombre de jours, souhait à relier à l'insatisfaction au travail généralement ressentie.

– L'éclatement des horaires et la cohésion des équipes : l'éclatement des horaires décrit précédemment, avec en particulier des horaires quotidiens rallongés et donc des présences réparties dans des cycles de travail de plus en plus longs et souvent hors la loi (jusqu'à 16 semaines) implique une gestion des plannings individualisée : la présence en même temps des mêmes agents est de plus en plus aléatoire. La cohésion des équipes est ainsi mise à mal et la constitution de collectifs de travail devient de plus en plus difficile, sans compter la difficulté de faire jumeler les temps de formation et/ou de réunions avec la présence effective des personnels.

– Le travail des cadres de santé en est profondément affecté : la gestion des plannings, et des aléas d'autant plus nombreux que les cycles programmés sont longs, devient une part importante de leur propre occupation au détriment des tâches d'accompagnement des soins et d'animation d'équipe qui sont pourtant le cœur de leur métier. Ajouté aux contraintes administratives et à la difficulté de faire appliquer de façon pragmatique la totalité des procédures, cet état de fait vient faire peser sur cette catégorie une charge de travail que les restructurations et changements accélérés ne font que mettre encore plus en exergue.

Les nouveaux espaces de travail

La mise en place de nouveaux espaces de travail est en soi porteuse d'une amélioration des conditions de travail et ce d'autant plus que la situation antérieure relève de bâtiments ou locaux vétustes. Cette amélioration n'est pourtant avérée que si trois conditions sont remplies :

- un examen en amont des projets architecturaux avec les utilisateurs finaux,
- une prise en compte ergonomique des situations réelles de travail,
- une prise en compte de l'allongement des temps de déplacements.

Or ces trois conditions ne peuvent être remplies que si la gestion de projet s'inscrit dans une telle démarche. Or la démarche participative souvent instituée relève d'une démarche de communication des décisions plus que celle d'une construction collective de réponses à apporter aux patients.

La gestion des effectifs

Les restructurations posent nécessairement la notion d'effectifs. Les cibles visées, suivant des calculs basés sur des moyennes, et à partir de critères comptables, ne laissent pas de place à la confrontation avec la réalité objective du travail et des conditions de sa réalisation. Les agents concernés constatent que ne sont prises en compte que les tâches mesurables, et que les temps



relationnels (avec les malades comme avec les autres agents dans le cadre du travail d'équipe) sont minorés pour ne pas dire oubliés.

Cette notion d'effectifs, centrale dans l'organisation du travail, l'est aussi dans les réorganisations et les impératifs économiques qui les dictent. Si la mesure de la charge de travail reste posée avec le temps relationnel abordé en général comme du temps masqué, le débat est à replacer dans un contexte, récurrent dans chacune des missions abordées :

- un absentéisme fort (plus de 10 % en moyenne) qui pose la question de l'adéquation entre conditions de travail et motivation des personnels sur des objectifs qui s'éloignent selon eux du sens qu'ils donnent à leur travail ;

- des Comptes épargne temps annuels (CET) : les temps supplémentaires réalisés en plus des temps conventionnels sont stockés sous forme de congés à prendre dans un futur non déterminé. Ces CET ne cessent d'augmenter et, au-delà des conditions de « déstockage », ils soulèvent bien la question de l'adéquation des effectifs avec le service attendu, question d'autant plus d'actualité lors de toute réorganisation.

Autour de cette problématique de gestion des effectifs un autre aspect apparaît dans les réorganisations étudiées. La polyvalence recherchée et la mutualisation annoncée comme une réponse entre besoins et optimisation de l'allocation des ressources sont des tendances lourdes. Les conséquences sont de deux ordres :

- Des regroupements qui apparaissent aux personnels comme des anomalies : l'exemple d'un regroupement sur un même plateau de 23 lits de services de soins d'hépatogastro avec de l'ophtalmologie l'illustre. Dans ce cas, une décision d'origine purement comptable (densifier les investissements) conduit au regroupement de services sans cohérence médicale, entraîne la

gestion mutualisée, de l'effectif et induit la polyvalence. La question du couple qualification/reconnaissance est ainsi posée dans toutes ses dimensions. La polyvalence n'est pas un enrichissement conduisant à une qualification plus forte mais plutôt la possibilité de déléguer des responsabilités à une autre qualification pour répondre à un besoin de présence immédiat.

- La crainte d'une déqualification des personnels vient se rajouter au sentiment de non-reconnaissance précédent. Cette déqualification touche ainsi toutes les catégories. L'exemple le plus illustrant est le glissement de tâche (la déqualification du médecin : l'infirmière qui administre un médicament sans que celui-ci ait été prescrit. La déqualification de l'infirmière : l'aide soignante qui réalise un pansement ce qui la fait sortir de son « rôle propre »...).

Enfin ne saurait être oublié le recours aux emplois précaires qui, dans un contexte de service public où le nombre des effectifs est posé de façon récurrente, porte en soi des risques en matière de santé et conditions de travail : ce recours atteint dans certains établissements plus de 15 % des effectifs titulaires en termes de contrats aidés et 10 % d'agents fonctionnarisés non titulaires.

Les Conséquences physiques et la pénibilité

Troubles musculo-squelettiques (TMS), incapacités partielles ou totales à la manutention de charges ne sont pas issus des seules réorganisations. Ces troubles ou/et incapacités sont fortement présents dans les établissements : les services de gériatrie, les personnels travaillant autour des blocs chirurgicaux notamment d'orthopédie, les agents assurant le ménage, le transport des charges ou des malades sont autant d'exemples. On note ainsi un accroissement de ces maladies.

À ce jour, les conséquences directes des réorganisations sont aussi à rapprocher de la pénibilité. Reprenons dans un premier temps les sept facteurs majeurs de pénibilité relevés pour les infirmiers par Madeleine Estryn-Béhar dans son ouvrage *Santé et satisfaction des soignants au travail* (2008, presses de l'EHESP) qui fait suite à l'étude européenne PRESS-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses' Early Exit Study) :

- premier facteur : plus le temps de parler aux patients, la qualité des soins en pâtit,
- deuxième facteur : on est considéré comme des exécutants,
- troisième facteur : l'équilibre vie au travail-vie privée
- quatrième facteur : la pénibilité morale du travail soignant,
- cinquième facteur : la question des effectifs toujours liée à la qualité des soins,
- sixième facteur : des aménagements peu conçus pour faire face à la dépendance des malades,
- septième facteur : le manque de reconnaissance.

Au regard de ces facteurs, les réorganisations sont porteuses d'aggravation de la pénibilité du travail quand on rapproche de cette liste l'ensemble des items traités précédemment. C'est la concomitance des paramètres qui porte cette aggravation. Même s'il est difficile de donner une mesure précise de l'influence déterminante des réorganisations, il est certain qu'elle existe. Un premier indicateur apparaît dès aujourd'hui comme étant

la difficulté de fidélisation des infirmiers ou l'attractivité des établissements pour le corps médical. Ces points deviennent cruciaux et l'absence (ou parfois le refus) de traitement de la notion de pénibilité dans le cadre des réorganisations est préjudiciable.

Les atteintes à la santé psychologiques

Elles s'articulent principalement autour des items suivants

– **Le sens donné au travail et la qualité du service rendu** : la liaison entre ces deux notions est aujourd'hui largement reconnue par les spécialistes ; or elle revêt dans le cadre des réorganisations dans la FPH un double aspect :

- pour les agents de la Fonction publique, la notion de service rendu recouvre à la fois le service rendu au malade individuel mais aussi l'appartenance à un service de Santé publique ;
- le sentiment de ne plus pouvoir faire son travail correctement est désormais une donnée centrale. Ce sentiment est accentué dans le cas des réorganisations. Il est selon nous une des causes de dégradation les plus fortes de la santé psychique des personnels. En effet, ne plus pouvoir faire son travail correctement, c'est l'impossibilité d'être fier de soi et du collectif de travail. C'est l'image de son utilité sociale qui est atteinte. D'où les altérations connues (sur-engagement, *burn out*..).
- perte de sens et sentiment de réaliser un travail de moindre qualité sont un des facteurs prépondérants du mal-être des soignants.

– **la crainte de commettre des erreurs** : cette crainte fortement exprimée chez les cadres et les infirmiers est encore plus forte lors des changements d'organisation. Les causes sont multiples mais citons entre autres l'allongement du temps de travail quotidien, certains horaires de travail (la nuit par exemple), la transmission des informations remise en cause, l'éclatement des tâches avec une multitude d'interruptions, causes qui s'accroissent dans des organisations où le prescrit est souvent distant du travail réel. Or il a été démontré plus généralement que le risque de *burn out* augmente avec cette crainte de commettre des erreurs. À cet égard les réorganisations sont un facteur aggravant.

– **La notion de fatigue rapprochée des équilibres entre vie professionnelle et vie personnelle** est évoquée quasi systématiquement par le personnel qui fonctionne sous forme de cycles (toutes catégories d'agents) où le temps de travail quotidien est élevé (cadres par exemple). Les réorganisations qui touchent les rythmes de travail, en rallongeant les temps quotidiens ou les alternances de postes différents, sont génératrices d'une fatigue supplémentaire préjudiciable à la santé des agents.

– **L'affaiblissement des soutiens collectifs** : les organisations de temps de travail tendent à gérer plus des individus au regard d'un besoin d'effectifs par jour et par poste sans privilégier les fonctionnements collectifs. Ces organisations conduisent à une aggravation

progressive du mal-être des agents qui se retrouvent seuls avec leur fatigue, leur crainte de faire des erreurs, leur déception de ne pas faire du travail de qualité et ne trouvent pas le soutien d'une équipe qui n'est en fait qu'une succession de noms sur un planning. Les réorganisations étudiées vont souvent dans ce sens et présentent à ce stade un réel danger pour l'équilibre et la santé des agents concernés.

En guise d'espoir

Nous venons de voir que les réorganisations successives et quasiment continues dans les établissements publics de santé faisaient courir des risques réels d'aggravation des conditions de travail des agents. Le mal-être qui s'en suit se traduit par le détachement d'un métier auquel ils sont pourtant fortement attachés, par un absentéisme lourd, par un repli sur l'approche individuelle d'un métier pourtant essentiellement collectif, par le sentiment de ne pas faire correctement son travail.

Parce que ce constat n'est que le produit de décisions politiques, donc par nature une construction humaine, il n'est pas irréversible.

La force de l'attachement des personnels à leur métier et au service public est un facteur permettant la mise en débat collectif de la qualité et de la finalité du travail effectué, qui peut permettre de reconstruire, en l'enracinant dans le concret, des perspectives globales libérées des contraintes et des dogmes qui fondent les orientations actuelles. ■

(1) On remarquera d'emblée, de ce point de vue, la permanence de l'action publique depuis plus de 15 ans, avec des périodes d'accélération dans les processus de restructurations. Introduit dès 1983, le principe de la tarification à l'activité (T2A) ne cesse de s'étendre à l'ensemble des activités. On observe une volonté politique d'organiser la redistribution (division du travail) des activités de santé. La « libéralisation » de secteur, dans un contexte de désocialisation du financement dont la T2A est un des instruments, est le fondement de l'ensemble des restructurations observées.

(2) Par la renégociation du CPOM, L'ARS d'une région a ainsi contraint un établissement public à créer un GCS avec une clinique privée pour « partager » l'activité de radiothérapie. Effet immédiat pour l'établissement public, la génération d'un déficit par manque de recettes et imposition par l'Agence d'un « CREF » ! Un autre établissement, toujours par avenant au CPOM, a été « contraint à la fermeture de la Chirurgie complète. Mêmes effets et mêmes solutions !

(3) Un CHU a décidé, pour réaliser des économies de masse salariale, que les équipes des services de réanimations travailleraient désormais en 12 heures. Or, 12+12 étant égal à 24, le temps de chevauchement de deux équipes permettant la transmission des informations est ainsi égal à zéro. Qu'à cela ne tienne, les TST, horaires de travail, inscrivent un temps de transmission, au-delà des 12 heures... Mais ce temps n'est pas rémunéré... le temps de travail effectif quotidien, incluant le temps d'habillage et de déshabillage est ainsi porté à près de 13 heures... en contradiction avec toute la réglementation sur le temps de travail.

(4) La fonction ménage est celle qui a été externalisée le plus tôt. Or, nous avons toujours constaté que les ASH, dans les services, participant comme tous les autres professionnels à la prise en charge du patient, était facteur de stabilité et d'une certaine harmonie, au contraire de sa disparition du fait de l'externalisation.