
LES CONDITIONS DE TRAVAIL

*Agir ensemble pour des
Conditions de travail maîtrisées
dans la FPH*

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
Direction générale de l'offre de soins

15 juin 2012

Dominique COIFFARD, Secrétaire national
FÉDÉRATION CFDT SANTÉ-SOCIAUX

Cfdt
des choix. des actes
Santé Sociaux

Sommaire

Préambule.....	3
I. Une organisation interne des activités à revoir.....	4
1. Une organisation de l'activité médicale plus cohérente ...	5
2. L'adéquation entre les organisations médicales et les autres.....	6
II. Vers un management socialement responsable... 7	7
1. Un management responsable des personnes, du collectif, des activités	7
2. Un management investi dans l'organisation, les conditions de travail et la gestion RH.....	8
3. Un management de pôle intégré dans le fonctionnement général.....	9
III. Des relations sociales à réinventer	10
1. La renégociation du projet social pour des établissements socialement responsables	11
2. La détermination et l'utilisation d'indicateurs en fonction des réalités locales	12
3. L'ouverture de sujets au dialogue social	13
IV. Promouvoir la qualité de vie au travail.....	14
1. Les outils de prévention de l'absentéisme	14
2. Le maintien dans l'emploi et l'adaptation des postes	15
3. Le développement de pratiques socialement responsables	16
Conclusion.....	17
Annexes.....	18
Résultats des enquêtes et Propositions CFDT Santé-Sociaux	
1. Conditions de travail	19
2. Organisation du travail.....	20
3. Reconnaissance	21

Agir ensemble pour des conditions de travail maîtrisées

PRÉAMBULE

Une enquête sur les conditions de travail a été menée par la CFDT Santé-Sociaux auprès des personnels de la Fonction publique hospitalière. Dans toutes les filières et toutes les catégories d'établissements, les agents ont répondu massivement, ce qui témoigne de l'intérêt, de la sensibilité du sujet et de l'attente du personnel.

Les 56 450 réponses mettent en exergue une forte dégradation des conditions de travail. La CFDT Santé-Sociaux propose, à l'analyse de cette dégradation, des solutions pour promouvoir des conditions de travail négociées et maîtrisées.

Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux évoluent. Ils évoluent même de plus en plus vite.

Les causes en sont multiples – innovations médicales (nano médecine...), nouvelles technologies de l'information et de la communication (télémédecine...), alternatives à l'hospitalisation (ambulatoire, HAD...), démographie médicale, coopérations entre établissements (CHT, GCS, GCSMS) et entre professionnels – et amènent de nouveaux modes de prises en charge.

Tout cela contribue à des changements majeurs des organisations du travail tout comme les multiples réformes de financement et de gouvernance des établissements.

Mais quelle est la place des personnels dans ces changements ? Comment leurs compétences et leurs initiatives sont-elles associées ? Pour la CFDT Santé-Sociaux, il est temps d'agir pour mettre fin à cette dégradation et améliorer les conditions de travail.

Ces changements doivent être concertés et prendre en compte l'expression des personnels.

Le renouvellement générationnel et les nouvelles activités nécessitent le recrutement d'un très grand nombre de professionnels de toutes qualifications, justifiant la campagne de promotion des métiers de la Fonction publique hospitalière impulsée par le ministère de la Santé. Il serait vain de promouvoir d'un côté les métiers de la santé, tout en constatant des flux de départs liés aux conditions de travail.

Les établissements de santé et médico-sociaux soignent et guérissent. Ils devraient être des modèles dans le domaine de la protection de la santé mentale et physique des professionnels. C'est une responsabilité qui incombe à l'employeur. L'engagement des directions passe par un management socialement responsable. Un management qui se préoccupe des conditions d'exercice des métiers et intègre les évolutions professionnelles.

C'est aussi de reconnaissance et de qualité de vie au travail dont il s'agit. Replacer les professionnels au cœur de l'entreprise, c'est aussi prendre en compte le lien entre vie personnelle et vie au travail. Cette qualité de vie au travail est, pour les établissements, un atout en termes d'attractivité et de motivation.

La CFDT Santé-Sociaux préconise pour le secteur sanitaire, social et médico-social, le développement de la responsabilité sociale des établissements (RSE). Issue du concept du développement durable, la RSE interroge l'entreprise sur son comportement et sur les conséquences de son activité sur la société, aujourd'hui et demain. Ce n'est pas, pour le moment, une obligation légale. C'est une démarche volontaire de l'entreprise, un engagement, un choix, qui exige de développer l'anticipation. Le secteur sanitaire, social et médico-social est concerné par la responsabilité sociale de l'entreprise au même titre que les autres secteurs.

Le secteur a jusqu'ici mis un point d'honneur à placer l'utilisateur au cœur de ses préoccupations. Il n'est pas question de remettre en cause le droit de l'utilisateur. Cependant, la CFDT Santé-Sociaux constate que depuis plusieurs années, les lois ont particulièrement développé ce principe en négligeant l'une des conditions majeures à la qualité de la bonne prise en charge de l'utilisateur : la situation des personnels qui l'accueillent.

L'amélioration des conditions de travail relève de la responsabilité sociale de l'entreprise.

Les résultats des enquêtes CFDT Santé-Sociaux mettent en évidence des difficultés majeures pour lesquelles la CFDT Santé-Sociaux a fait un certain nombre de propositions détaillées en annexe.

Ces résultats montrent qu'au travers de quatre thématiques majeures des leviers d'action peuvent être mobilisés.

Pour la CFDT Santé-Sociaux, quatre leviers d'action sont à mobiliser :

- Une organisation interne des activités à revoir ;
- Un management à rendre socialement responsable ;
- Des relations sociales à réinventer ;
- Une qualité de vie au travail à promouvoir.

I. UNE ORGANISATION INTERNE DES ACTIVITÉS À REVOIR

De nombreuses évolutions comme la réduction du temps de travail, la redéfinition du temps de travail médical, la mise en place des pôles, se sont faites sans réflexion autour des organisations du travail.

A/ Le contenu

L'organisation des soins et des prises en charge a été tributaire de la structuration interne, marquée par la « balkanisation ». Celle-ci était davantage due à la définition des carrières médicales (les chefferies de service...) qu'à la logique organisationnelle.

Après les avatars de la départementalisation (organisation de services), il y a maintenant trente ans, la constitution récente de pôles d'activités médicales a été bien perçue. Elle visait à une définition rénovée de ces organisations, mais cela est loin d'avoir été systématique, se limitant parfois à la juxtaposition des unités de soins.

B/ Les limites

L'hôpital s'est souvent organisé en fonction de la structuration médicale, occultant le plus souvent une harmonisation des organisations médicales et paramédicales mais négligeant aussi les relations entre les services cliniques et les prestataires médico-techniques ou logistiques.

Un certain dysfonctionnement¹ en résulte, conduisant à des solutions empiriques ou liées à des relations interpersonnelles plus qu'à une organisation méticuleusement réfléchie et négociée. L'évaluation périodique fait défaut, pour permettre une répartition équitable des moyens et des contraintes.

1. Une organisation de l'activité médicale plus cohérente

Les effectifs médicaux ont fortement augmenté dans tous les établissements, à mesure que les soins connaissent aussi une intensification forte. Le temps médical a cependant été considéré comme une donnée intangible, les effectifs médicaux étant souvent liés, dans les services, aux perspectives de recrutement, les activités étant développées en conséquence.

La contrainte économique et les évolutions réglementaires ont conduit à un certain contrôle de la présence et de l'activité des praticiens. Il est progressivement apparu impossible de laisser l'organisation reposer sur la seule autonomie individuelle, alors que les prises en charge impliquent une coordination.

Ce que demande la CFDT :

Conforter la place des praticiens dans les établissements demande que le respect de la réglementation et des bonnes pratiques professionnelles soit vérifié, dans l'intérêt même de ces praticiens. Certaines modalités et pratiques doivent être définitivement proscrites, car elles mettent en cause la qualité et la sécurité et compromettent l'ensemble des prises en charge.

Il faut donc :

- 1. Assurer la traçabilité de tous les actes médicaux.** Ils doivent être signés par le prescripteur ou le réalisateur. 54 % des soignants révèlent que le médecin ne se déplace pas ou fait des prescriptions par téléphone. Facteurs importants de stress, il faut donc proscrire les comportements contraires aux règles. Les prescriptions doivent être écrites et signées et non téléphonées, pour d'évidents motifs de responsabilité.
- 2. Passer en revue les activités existantes,** conçues en fonction de logiques parfois anciennes, afin de les reconsidérer à la lumière du projet médical, du projet d'établissement et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il faut également reconsidérer ou adapter celles qui seraient en décalage avec les objectifs généraux de l'établissement et les mettre en phase avec les besoins de santé.

¹ Ce fait est pointé dans divers rapports de l'IGAS, de la Cour des Comptes et des Chambres régionales des comptes.

3. **Objectiver ainsi les présences, les charges de travail de chaque praticien**, afin de revoir, le cas échéant, le volume et la répartition du temps médical (ainsi que les gardes et astreintes) conformément aux activités et aux moyens dévolus aux pôles pour assurer leur efficacité.
4. **Supprimer l'activité libérale à l'hôpital**, car elle se fait avec les moyens matériels et humains de l'hôpital public. Sans laisser véritablement le choix à l'utilisateur, elle établit, au sein même du service public, une médecine à plusieurs vitesses fondée uniquement sur le profit (RDV à 15 jours pour une consultation « Privé », 6 mois d'attente pour la même consultation « Public »). Elle a un véritable impact sur l'organisation du service. Les agissements d'une minorité (10 %) nuisent à tous et aux établissements.

2. L'adéquation entre les organisations médicales et les autres

Aujourd'hui, 41 % des soignants pensent que l'organisation médicale désorganise complètement le travail. Pour la CFDT Santé-Sociaux, l'organisation du travail des médecins ne peut être exclue des réflexions globales sur l'organisation du travail, au regard de ses conséquences sur l'organisation des autres activités. Les mises au point nécessaires de l'organisation médicale méritent d'être menées en concertation avec celle des soins, et en considérant toutes les procédures internes à l'établissement.

Ce qui aurait dû être fait en amont de la mise en place de la RTT doit être fait aujourd'hui. Il faut saisir cette opportunité de réorganisation des services demandée par 67 % des agents.

C'est donc un examen de l'ensemble des activités et des procédures de production des prises en charge qu'il convient de réaliser, afin de vérifier leur pertinence et leur adéquation. C'est le seul moyen pour améliorer à la fois la qualité, les conditions de travail et la maîtrise des coûts, et cela implique l'association de tous.

Ce que demande la CFDT :

Réaliser ce chantier important suppose de s'inscrire collectivement dans une dynamique de progrès, intégrant l'ensemble des partenaires, sans oublier les organisations syndicales de praticiens et de personnels. Cela suppose aussi une approche méthodique, condition de la réussite :

1. **Analyser toutes les activités** pour réévaluer leur pertinence et leur place dans les processus, du point de vue de leurs contenus et de leur coordination (horaires, interfaces, conditions de transmission des informations en amont et en aval, procédures en cas d'urgence, niveaux et conditions de continuité des activités...).
2. **Clarifier la coordination entre services cliniques et prestataires**. Cela concerne la prise de rendez-vous, la transmission des examens, les conditions de réalisation des actes (préparation et accompagnement du patient...) et le retour des résultats. Mais aussi la définition des délais, des cas d'urgence, etc. Cela influence à la fois les coûts et les conditions de travail.
3. **Négocier les règles régissant les relations entre praticiens et équipes**. Il est impossible de concilier des comportements individuels s'ils ne sont pas

assez concertés (horaires de la visite ou du tour, conditions et modalités des prescriptions, mise au point des protocoles internes...). L'objectif est bien de prendre en compte les attentes et les contraintes de tous pour améliorer l'efficacité.

- 4. Inscrire l'actualisation régulière et l'évaluation** dans le programme de travail des instances, afin de réaliser l'adaptation permanente des organisations à l'évolution des techniques et des besoins. A minima, revoir les organisations lors des renouvellements du contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement et des contrats de pôles, *après négociation*.

II. VERS UN MANAGEMENT SOCIALEMENT RESPONSABLE

Sur l'ensemble des filières professionnelles, les enquêtes CFDT Santé-Sociaux font ressortir une vraie problématique du management. A tous les niveaux, il est fait état d'injonctions contradictoires, de managers éloignés non seulement des réalités mais aussi des équipes...

La réflexion sur le management des établissements et pôles renvoie au partage des responsabilités et à la prise de décision, mais au sein d'un système que les acteurs ne maîtrisent que partiellement.

A/ Le contenu

Le management repose nécessairement sur un périmètre d'intervention précisément défini et sur un niveau fixé de responsabilité, permettant d'agir dans ce périmètre. La décision managériale est celle de l'organisation et de l'utilisation de ressources, pour produire un résultat défini et évaluable. Elle implique une compétence pour apprécier les processus et une capacité à négocier les adaptations nécessaires.

Pour agir dans sa fonction, en responsabilité, le manager doit avoir une perception claire de sa mission – quitte à devoir la préciser avec sa hiérarchie – du sens qu'il lui donne, de son rôle et des objectifs fixés, et identifier les marges de manœuvre dont il dispose ou qu'il peut créer, ainsi que les limites.

B/ Les limites

Le management n'est donc pas responsable des facteurs externes qui s'imposent à lui et qu'il doit prendre en compte comme des opportunités ou des contraintes. L'engagement de sa responsabilité ne peut alors aller au-delà de ce que les pratiques professionnelles nécessitent pour assurer la production dans des conditions de qualité et de sécurité définies.

Le manager doit aussi avoir conscience de sa propre identité professionnelle de métier, de fonction, de rôle, qui le renvoie à la réflexion sur son autonomie, sa responsabilité, son professionnalisme, son expertise de cadre et de manager...

1. Un management responsable des personnes, du collectif, des activités

Le management agit sur le travail, qui a un lien intime avec la personne et son épanouissement, son désir d'utilité sociale et d'accomplissement par le travail. Mais le

management peut, dès lors aussi, démotiver les personnes. Le manager doit donc avoir conscience que ses choix agissent sur le lien au travail de ses collaborateurs et clarifier son propre lien au travail, pour ne pas être en porte-à-faux.

L'action du responsable contribue à la performance collective de l'équipe et à celle plus largement de son service ou de son établissement. Il lui est donc nécessaire d'identifier les objectifs de performance qu'on attend de lui, leurs impacts et leur cohérence par rapport à ses valeurs.

Ce que demande la CFDT :

Animer des équipes et des personnes implique de travailler en proximité, de prendre le temps d'écouter, de « sentir », de comprendre. Pour autant, le manager est dépositaire d'une autorité hiérarchique et d'une compétence qui s'exercent à travers des décisions qui ne doivent pas s'éloigner d'une logique métier. Un management responsable prend appui sur les points suivants :

1. **Proposer une ambition pour l'équipe**, pour entraîner et dynamiser le collectif et les personnes. Créer les conditions d'un dynamisme d'équipe, d'une envie de travailler, d'œuvrer ensemble. Mais il doit en premier lieu écouter ceux qui font et leur faire confiance, et repérer les dynamiques à l'œuvre. Cela peut se traduire dans *un projet de service* et par la confirmation de valeurs.
2. **Faire de l'entretien individuel un entretien de progrès**. Il est pratiqué couramment comme un acte d'évaluation et de sélection. Son objectif principal de management doit être la relation de personne à personne, dans un souci de reconnaissance et progression. *Cela implique une formation à l'entretien individuel des managers, des cadres et des agents*.
3. **Donner toute son importance à la qualité des réunions**. Les réunions d'équipe, de service ou d'entité ne sont pas du temps perdu mais des temps forts pour la construction du collectif de travail, son information et son animation, et pour la construction de l'action et de l'organisation, ce qui suppose aussi de positionner les personnes en coopérateurs et non en concurrents.
4. **Impulser et organiser le partage des savoirs**, mutualiser les expériences, accepter un certain droit à l'erreur. Dans le fonctionnement du collectif, respecter la liberté d'expression et le droit d'alerte des collaborateurs. En somme, prendre appui sur les compétences des membres de l'équipe pour inscrire la relation professionnelle dans une logique de respect.

2. Un management investi dans l'organisation, les conditions de travail et la gestion RH

Le management organise le travail ou, au moins, valide cette organisation. A l'hôpital, cela est rendu plus complexe par l'importance des normes qui impliquent des modalités d'organisation strictement définies, par la pluralité des intervenants et par des conflits de légitimité, liés notamment à l'exercice médical, le praticien étant réputé « indépendant dans l'exercice de son art ».

La caractéristique de la production des soins est qu'elle fait appel à des compétences multiples, relevant de services différents et que le résultat est la conjugaison de l'ensemble des actions des professionnels qui y participent. Le management doit donc être capable de faire collaborer ces intervenants.

Ce que demande la CFDT :

Le médecin, cadre ou manager, est dans une relation hiérarchique ou fonctionnelle qui le conduit à décider de l'organisation du travail, donc des conditions de travail. Cette responsabilité ne va pas sans autonomie.

Un management socialement responsable prend appui sur les points suivants :

1. **Veiller au juste niveau des moyens nécessaires** pour assurer l'activité dans des conditions normales de qualité et de sécurité des prises en charge pour les usagers, mais aussi pour les personnels. Négocier ces moyens auprès des services centraux et des services prestataires dans une logique de contractualisation qui ne soit pas imposée mais négociée.
2. **S'impliquer dans la gestion des ressources humaines**, notamment en visant à la répartition équilibrée des contraintes de travail et à l'équité dans les avancements, mobilités, en lien avec la direction ou la direction des ressources humaines de l'établissement. La GRH doit nécessairement associer les cadres de proximité aux choix de gestion des ressources humaines.
3. **Être attentif aux outils et aux effets des évolutions techniques et des nouvelles technologies.** Mal comprises, les NTIC peuvent dégrader les conditions de travail, mais aussi les équilibres des temps et des espaces de vie. Non intégrées, les innovations deviennent contreproductives et leur coût pèse sur les ressources normales. Cela appelle *une anticipation et une évaluation*.
4. **Négocier des règles précises** concernant l'affectation des personnes (on ne peut manager une équipe dont on est issu, dans les cinq années qui suivent sa prise de poste...) et la compétence (la prise de poste doit être précédée d'une formation en management socialement responsable). Les règles doivent *être connues des équipes et des personnels*.

3. Un management de pôle intégré dans le fonctionnement général

La disparition dans la loi HPST du conseil de pôle laisse la liberté aux établissements de mettre en place des lieux de dialogue, d'échanges. Les agents expriment dans les enquêtes un fort intérêt pour leur mise en place.

La définition de l'organisation par pôles reste ambiguë. Certes, elle permet une certaine autonomie de fonctionnement vis-à-vis de l'équipe de direction. Cette autonomie, assurée par la délégation, doit être équilibrée pour ne pas conduire à des dérapages ou des conflits et donner une place au dialogue social, en distinguant clairement ce qui relève de la direction et ce qui relève des chefs de pôle.

L'organisation en pôles ne se substitue pas à la conduite générale de l'établissement et la distinction des niveaux d'intervention est donc essentielle. De même, elle doit

définir, au sein du pôle, les attributions et les missions du cadre de proximité et sa disponibilité envers les agents de l'équipe.

Ce que demande la CFDT :

Le contrat de pôle doit comporter une dimension sociale détaillant des objectifs et des éléments de mise en œuvre, tout comme le projet social s'intègre dans le projet de l'établissement. Cela demande une analyse préalable et la définition de priorités discutées entre les responsables du pôle et la direction, associant les cadres et les personnels et permettant de :

1. **Associer les personnels au fonctionnement du pôle**, dès la définition des objectifs. Cela demande la création de structures de concertation aux divers niveaux : unité de travail, structure interne éventuelle (anciens services) et pôle. Selon la taille, il s'agit d'associer toute l'équipe ou des représentants élus. Des lieux de libre expression méritent d'être parallèlement développés.
2. **Organiser le fonctionnement effectif de ces instances** de concertation, notamment par des règles précises de composition pour représenter toutes les catégories et une périodicité suffisante (mensuelle dans l'unité, trimestrielle pour le conseil, semestrielle pour la libre expression).
3. **Redéfinir les responsabilités des cadres de proximité** dans le fonctionnement du pôle et de l'établissement, pour s'assurer de leur adéquation et de leur faisabilité. Le partage des responsabilités doit être connu et compris des personnels. Cette démarche doit impérativement s'appuyer sur l'actualisation des référentiels et des profils de postes.
4. **Définir et évaluer la performance sociale du pôle à partir du service** et les suites données, à travers des critères, par des relevés de conclusions communiqués aux personnels et à leurs représentants, et transmis à la direction en vue d'une consolidation à l'échelle de l'établissement. Les questions communes peuvent ainsi être repérées et traitées, dans un traitement préventif des difficultés.

III. DES RELATIONS SOCIALES À RÉINVENTER

L'ouverture du chantier des conditions de travail nécessite la remise à plat des relations sociales dans l'établissement, par la réécriture du projet social et la définition de relations sociales exigeantes.

A/ Le contenu

Il n'est pas question de modifier la place de chaque acteur, dont la mission et les interventions sont clairement définies. Éviter la confusion des rôles n'interdit cependant pas de rechercher et de trouver les conditions d'un dialogue social renoué, si celui-ci prend appui sur des intérêts communs et sur une méthode et des objectifs partagés.

Cette démarche a pour vocation de réinventer les rapports sociaux au sein des établissements, pour dépasser le formalisme qui empêche souvent les avancées amélio-

rant le service ou les conditions de travail, essentiellement par une association plus efficace des personnels à tous les niveaux.

B/ Les limites

Les établissements connaissent des difficultés : pénurie de personnels dans certaines qualifications, réglementations, moyens et financements... Parmi elles, il en existe pour lesquelles on ne peut agir que sur le long terme (construction et structures des locaux, équipements lourds, accessibilité des sites...). Tous ces paramètres ont des conséquences sur les conditions de travail, dont on doit tenir compte.

1. La renégociation du projet social pour des établissements socialement responsables

Le projet social est actuellement très souvent un document obligatoire mais au contenu convenu, ne débouchant pas sur une appropriation partagée. Exercice de style, il ne sert alors qu'à compléter le projet d'établissement. Il faut sortir de ce formalisme et lui redonner du sens.

La démarche du projet social a donné lieu à un guide pratique de la DGOS² qui reste globalement d'actualité et qui recense les conditions et les éléments essentiels. Il serait cependant intéressant de toiletter ce document pour mieux y intégrer la dimension des pôles, notamment.

Ce que demande la CFDT :

Le projet social ne peut être traité à part du projet d'établissement et du projet médical. Il doit être élaboré simultanément et en définissant son contenu en parallèle des objectifs stratégiques de l'établissement, avec les conditions de leur réalisation. Cela suppose donc que les partenaires soient associés dès ce stade et qu'un accord porte sur les points essentiels :

- 1. Confronter les analyses** pour dégager des priorités communes, permettant des retours à court terme, afin de crédibiliser la démarche et réalisant une action au long cours pour agir sur les causes structurelles à traiter. Cela suppose un climat d'écoute et de confiance mais contribue aussi à le créer lorsqu'il fait défaut. Cette analyse est un point de départ de l'action.
- 2. Travailler simultanément sur un nombre maîtrisé de projets.** Il est plus efficace de ne pas mener de front l'ensemble des sujets possibles, pour éviter l'éparpillement et l'absence de résultat. Les priorités peuvent être négociées, chaque partie en proposant. L'essentiel est de traiter de questions pouvant aboutir vite à l'amélioration des conditions de travail.
- 3. Outiller les cadres des pôles en matière de dialogue social.** Les nouvelles répartitions des missions et les délégations de compétences nécessitent d'être accompagnées par la formation des responsables, après avoir précisé les responsabilités à chaque niveau, cette définition devant être explicitée aussi en lien avec les partenaires sociaux.

² Élaboration, négociation et suivi du projet social - Guide méthodologique - DHOS - 51 p.

4. **Réactiver les lieux de dialogue social**, pour dépasser une conception seulement formelle des relations sociales. Le CTE et le CHS-CT doivent être des lieux d'élaboration de la politique sociale.

2. La détermination et l'utilisation d'indicateurs en fonction des réalités locales

De nombreuses données sont aujourd'hui disponibles, sans que leur profusion n'éclaire les décisions. C'est un des enjeux du nouveau bilan social, soutenu par la CFDT, de déterminer des indicateurs en moins grand nombre, mais mieux utilisés, pour obtenir un diagnostic, non une compilation. Selon le cas, on privilégiera ainsi ceux qui concernent la formation, le présentisme, la sécurité au travail, l'égalité femmes-hommes...

La définition des priorités doit donc s'inscrire dans une stratégie d'établissement, permettant des actions d'amélioration en agissant sur les causes identifiées et en s'engageant sur des objectifs précis, avec des moyens dévolus spécifiquement à l'attente de ces derniers. Il doit s'intégrer dans le projet social.

Ce que demande la CFDT :

Établir un diagnostic et un programme d'amélioration des conditions de travail suppose une écoute préalable de l'ensemble des acteurs, pour donner leur sens aux indicateurs, en prenant la dimension de ce que vivent les personnes concernées. Ce qui paraît prioritaire au gestionnaire peut différer de l'urgence estimée par le représentant des agents.

Il faut donc :

1. **Objectiver les situations**, à travers un choix d'indicateurs sociaux évalués comme les plus pertinents pour l'établissement, au regard de ses caractéristiques spécifiques et des dossiers retenus prioritaires. Cette analyse peut nécessiter le recours à des compétences extérieures et doit impérativement entraîner une validation partagée pour permettre la conduite de projets.
2. **Appliquer ces indicateurs au niveau des pôles**. Il est indispensable de ne pas rester dans des données agrégées qui occulteraient la réalité de chaque pôle. Le suivi des indicateurs dans chaque pôle s'impose, de même que l'observation réelle du travail pour engager ensuite les actions de terrain, en tenant compte des disparités de situations et agir ainsi au plus près des réalités de travail à corriger.
3. **Fixer des objectifs sociaux de services recensés au niveau du pôle**. Le diagnostic final réalisé au niveau du pôle doit pouvoir conduire à des actions définies et menées à ce niveau. Cela suppose une certaine latitude dans la réflexion interne, associant les agents du pôle dans les structures de dialogue mises en place avec une consolidation au niveau de l'établissement pour éviter les contradictions.
4. **Prévoir l'affectation de ressources**, dans la mesure où peu de projets n'ont pas un coût, au moins au lancement, dans l'attente des retours sur investissements, qui sont le plus souvent indirects. Une partie des ressources pro-

pres de l'établissement sont mobilisables, appuyées par le recours aux dispositifs de financement nationaux et régionaux, tels le Fonds d'intervention régional (FIR), le Fonds national de prévoyance (FNP), le CLACT.

3. L'ouverture de sujets au dialogue social

Très souvent, les partenaires sociaux, directions et organisations syndicales, ne s'engagent pas suffisamment à traiter des sujets qui sont pourtant centraux pour tous les personnels. Ce sont des dossiers importants et qu'il est utile de traiter.

Les dossiers transversaux tels que les conditions d'accès au lieu de travail, de la restauration en cas de dispersion des sites, sont illustratifs des thématiques en apparition ou en développement. Il y a du sens à les prendre en compte, car ils affectent directement les conditions de travail.

Ce que demande la CFDT :

Il est possible d'impliquer directement chaque personne dans de tels dossiers pour lui permettre d'exprimer également des attentes individuelles, en complément des situations collectives de travail. Cela contribue à la prise en compte de la situation de chacun, et lui donne aussi une reconnaissance accrue.

Les exemples peuvent être multipliés :

1. **Débattre de l'accès à l'établissement.** Le principe d'un plan de déplacements est d'actualité du fait du coût du carburant, incitant à l'utilisation des transports collectifs, au covoiturage. Il soulève la question de la prise en charge partielle des frais de transport, la question des horaires de travail et de ceux des transports publics. C'est un dossier typique du développement durable.
2. **Organiser la restauration** pour faciliter l'accès en meilleure compatibilité avec les contraintes de travail, sachant que la prise alimentaire équilibrée est essentielle au bien-être au travail. La question concerne le nombre croissant de personnels travaillant à l'extérieur du site, du personnel de nuit, et qui ne bénéficient le plus souvent d'aucun dispositif.
3. **Imaginer de nouveaux services**, à partir d'expérimentations réussies dans des établissements publics et privés qui participent à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle : repas à emporter en fin de travail, service de traitement du linge personnel, garde temporaire d'enfants... services qui contribuent à la qualité et peuvent être équilibrés financièrement. Les regroupements d'établissements peuvent permettre la mise en place de ces services.
4. **Développer un service social du personnel** qui n'existe pas nécessairement dans les plus petites structures, notamment par la mutualisation entre plusieurs établissements, pour apporter à tous les agents ce service indispensable à la bonne utilisation des droits, dans un contexte que les évolutions ont souvent rendu complexes. Cela participe d'une égalité de traitement de tous.

IV. PROMOUVOIR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Certains thèmes sont des priorités communes à la plupart des établissements et méritent un regard attentif : l'absentéisme, la santé, la prévention, clés d'un management socialement responsable.

A/ Le contenu

L'enjeu du présentisme est essentiel parce que les absences au travail ont un effet boule de neige en dégradant le fonctionnement et en alourdissant la charge de tous. Une politique de prévention conduit à traiter le sujet le plus en amont possible, globalement en termes d'organisation et individuellement par l'attention portée à chaque situation. C'est un sujet difficile et de longue haleine.

Contrairement aux idées reçues, il est tout à fait possible d'agir, tant sur l'absentéisme de fuite que sur l'absentéisme de longue durée. Cela passe aussi par des politiques de maintien dans l'emploi qui ne peuvent être réalisées désormais qu'en impliquant activement les responsables de pôles.

B/ Les limites

L'adaptation des postes de travail nécessite une gestion active et qui s'intègre en amont, au prix d'une préoccupation permanente. C'est une mobilisation difficile à obtenir, elle impose une attention des gestionnaires et une acceptation des équipes. Celle-ci n'est possible que par la prise de conscience que le retour à l'emploi est bénéfique à l'ensemble des membres des équipes de travail.

La prise en compte des contraintes individuelles et le maintien dans l'emploi sont des éléments d'un management socialement responsable. Il serait juste qu'il soit encouragé économiquement puisqu'il évite l'externalisation des coûts sociaux importants provoqués par le retrait des agents du monde du travail.

1. Les outils de prévention de l'absentéisme

L'accroissement de l'absentéisme peut être largement analysé comme un indicateur social de premier plan, un marqueur très significatif des conditions de travail. L'évolution de la démographie et le vieillissement du personnel sont aussi des éléments explicatifs. Tout cela nécessite d'agir.

La prévention de l'absentéisme suppose donc une analyse fine s'intéressant au contexte professionnel : les charges directes de travail, le mal-être, liés à des dysfonctionnements, à l'ambiance générale et aux relations internes à l'équipe.

Ce que demande la CFDT :

Il s'agit d'établir un diagnostic et un programme d'amélioration des conditions de travail, avec une écoute préalable de l'ensemble des acteurs. Ce qui paraît prioritaire au gestionnaire peut différer de l'urgence estimée par le représentant des agents. Il faut donc :

1. **Impliquer les parties prenantes** (partenaires sociaux, médecine du travail, service social) sur l'absentéisme, à partir d'une analyse approfondie de la situation d'ensemble de l'établissement et de chaque pôle ou secteur.

2. **Identifier les causes liées au travail** qui peut avoir une dimension pathogène, ou entraîner un stress expliquant un absentéisme, investiguer et analyser notamment la construction des roulements de travail, des charges de travail, du climat relationnel de l'équipe, pour rechercher des déterminants et *agir pour les modifier*.
3. **Mettre en œuvre un programme de prévention.** A partir de l'identification des causes, établir un programme de prévention négocié avec le CHS-CT et les organisations syndicales.

2. Le maintien dans l'emploi et l'adaptation des postes

Le traitement indispensable des situations individuelles n'est qu'un volet de cette politique de prévention. Il est aussi nécessaire d'agir sur la configuration des emplois et de développer l'adaptation du poste de travail. Cela est difficile, compte tenu des contraintes du travail en équipe, et requiert de l'imagination de la part des responsables de services et de pôles, en concertation avec la DRH.

Dès lors que les pôles ont atteint une taille critique, la délégation aux pôles réalise un transfert de la compétence pour réaliser cette adaptation des postes de travail, la direction pouvant accompagner mais plus diriger cette action importante, qui nécessite un cadrage rigoureux.

Ce que demande la CFDT :

Il est indispensable de pouvoir traiter prioritairement les pathologies induites ou provoquées par l'exercice professionnel. C'est une réparation à la personne, mais aussi un levier pour progresser et une source collective d'économie. En plus d'être socialement intolérable, la mise à la retraite pour invalidité de personnels usés par le travail est un gâchis économique.

Il est possible de :

1. **Déterminer dans chaque pôle ou secteur les postes pouvant faire l'objet d'une adaptation**, susceptibles de bénéficier à un agent en difficulté liée à une pathologie ou à une situation sociale. Recenser les situations et réaliser les affectations, soumises à évaluation périodique. Mesurer les effets sur le présentéisme des personnes concernées et en rendre compte dans les instances.
2. **Organiser le maintien dans l'emploi sur les postes précités**, à travers la validation des adaptations à l'emploi, y compris lors d'une négociation d'équipe permettant de convaincre du bien-fondé de la démarche. La typologie de ces postes peut être une réponse à des demandes émanant des enquêtes CFDT Santé-Sociaux (ex. : décharger les IDE des activités administratives).
3. **Permettre un soutien psychologique par un professionnel compétent** pour apporter une assistance aux personnels soumis à un stress dans le cadre de leurs exercices professionnels : pathologies complexes, fin de vie, confrontation à des exigences particulières ou à des réactions d'hostilité. Cette option peut être complémentaire d'une approche d'équipe.

4. **Permettre une intervention spécialisée en soutien aux équipes**, lorsqu'elles rencontrent une situation difficile exceptionnelle ou chronique, permettant une verbalisation et un échange, d'une part sous l'angle psychologique et d'autre part sous l'angle organisationnel. Cette réponse est généralement efficace pour la prévention des risques psycho-sociaux.

3. Le développement de pratiques socialement responsables

Le dialogue social a d'abord une dimension institutionnelle, mais parfois, le jeu des acteurs l'emporte sur le fond, au détriment de l'enjeu qu'il représente pour les personnels. Pour la CFDT, il est possible d'ajouter à cette dimension celle d'un dialogue social direct dans les équipes de travail, avec l'encadrement, les médecins et la direction.

Ce que demande la CFDT :

Le développement de pratiques socialement responsables mérite d'être encouragé à tous les niveaux, pour gagner en dimension et en efficacité. Cela justifie certainement qu'un écho soit donné aux expériences réussies, assurant une diffusion profitable à tous et garantissant un progrès collectif dans tous les établissements.

Pour cela, diverses pistes sont possibles :

1. **Inscrire certaines orientations dans les CPOM et les contrats de pôles**. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et les contrats de pôles méritent de comporter également des objectifs sociaux pour répondre aux exigences de la responsabilité sociale des établissements et s'inscrire dans la démarche du développement durable. Cela contribue à l'efficacité autant qu'à l'image des établissements.
2. **Intéresser les établissements et les pôles aux résultats** et favoriser le financement des actions exemplaires par le biais de crédits du Fonds d'intervention régional ou de crédits fléchés des dotations régionales, pour encourager le développement d'actions nouvelles et consolider les initiatives. Ce n'est pas un financement à fonds perdus, mais au contraire à fort retour sur investissement.
3. **Anticiper les évolutions de la certification** et en détailler rapidement le contenu en matière de conditions de vie au travail, pour gagner du temps sur l'appropriation et la mise en place, dans les établissements, des démarches répondant aux critères en cours de définition par la Haute autorité de santé (HAS). Sensibiliser les experts visiteurs aux procédures de certification. La CFDT Santé-Sociaux a fait des propositions en ce sens à la HAS.
4. **Créer une structure ad hoc dans chaque ARS**, chargée du suivi et de la capitalisation des expériences réussies menées dans la région pour en assurer la diffusion et la promotion. Elle pourrait associer un comité regroupant des directions et des représentations syndicales pour inciter au développement de pratiques de management socialement responsable.

CONCLUSION

La CFDT Santé-Sociaux veut que le dossier des conditions de travail dans les établissements publics de santé, médico-sociaux et sociaux soit relancé aux divers niveaux :

- **national**, impliquant le ministère de la Santé et la DGOS, chargée du pilotage stratégique, la Haute autorité de santé et d'autres acteurs concernés par la conception et le financement des politiques publiques sanitaires, médico-sociales et sociales ;
- **régional**, en renforçant le rôle des ARS dans leur mission d'impulsion et de déploiement des politiques publiques ;
- **local**, dans chaque établissement, pour faire bouger les réalités des pôles et des services et retrouver, pour chaque agent, le chemin du bien-être au travail et de l'épanouissement professionnel.

Cela nécessite une volonté des acteurs concernés, une démarche encouragée et des moyens. Les résultats ne seront pas seulement l'atteinte des objectifs attendus des établissements assumant leurs responsabilités sociales. Ils seront aussi la réappropriation du travail bien fait par les personnels, gage du meilleur service rendu aux usagers. ■

Annexes

Résultats des enquêtes et Propositions CFDT Santé-Sociaux

I. Conditions de travail..... 19

- Expression
- Agir sur l'emploi
- Agir sur les postes de travail et l'environnement au travail
- Gestion prévisionnelle et prospective des métiers et des compétences

II. Organisation du travail 20

- Réorganiser et innover
- Formation des cadres au management

III. Reconnaissance 21

- Reconnaître
- Négocier
- Santé au travail

1. Conditions de travail

Expression :

- Réunion trimestrielle où chacun s'exprime en toute liberté.

Agir sur l'emploi :

- Mise en œuvre d'indicateurs pour mesurer les causes réelles de l'absentéisme ;
- Mise en place d'un partenariat avec les écoles ou instituts ;
- Rémunération des modalités de remplacement.

Agir sur les postes de travail et l'environnement au travail :

- Revoir et adapter les postes de travail, en concertation avec les agents ;
- Adapter les secondes parties de carrières ;
- Améliorer le suivi médical du personnel et la prévention ;
- Auditer un ou plusieurs services pour mettre en exergue les éléments qui peuvent traduire une intensification du travail ;
- Augmenter les effectifs administratifs dans les services de soins, afin de soulager les personnels soignants des formalités administratives et de répondre à une augmentation constante de médecins.

Gestion prévisionnelle et prospective des métiers et des compétences :

- Mise en place obligatoire de l'outil dans tous les établissements (sanitaire, social, médico-social). A développer au niveau du pôle.

2. Organisation du de travail

Réorganiser et innover :

- Obligation de mettre en place une adéquation entre les organisations médicales et paramédicales ;
- Remettre le cadre de proximité au contact des équipes ;
- Augmenter les recrutements des secrétaires médicales ;
- Associer les personnels dans toutes les formes de réorganisations/restructurations à quelque niveau que ce soit ;
- Remettre en place des pools de remplacements ;
- Adapter les emplois nécessaires dans le cadre d'activités nouvelles ;
- Mettre en place des commissions locales d'accompagnement social dans le cadre de mobilité forcée ;
- Favoriser les organisations qui garantissent les échanges ;
- Revisiter la gestion des ressources humaines ;
- Intégrer la partie relative à la réglementation du temps de travail dans le cursus de formation des cadres, des médecins responsables de la gestion des personnels ;
- Développer la mobilité volontaire ;
- Remettre les directions des soins au centre du système de soins ;
- Redonner de l'intérêt et de l'efficacité au CTE.

Formation des cadres au management :

- Constituer de manière pérenne un groupe de réflexion sur l'organisation du travail ;
- Suivre et évaluer, en fonction des évolutions, les organisations mises en place ;
- Réaliser une enquête de satisfaction annuelle auprès des agents sur les modes de management en matière d'organisation.

3. Reconnaissance

Reconnaître :

- Revaloriser l'indemnité forfaitaire de nuit ;
- Revaloriser les gardes et astreintes ;
- Réduire le nombre d'heures supplémentaires en créant des emplois là où cela est nécessaire ;
- Développer les alternatives à l'hospitalisation, afin de réduire les contraintes et de rendre attractives les carrières du sanitaire ;
- Uniformiser et simplifier le contenu des concours d'accès aux écoles et instituts de formation ;
- Faciliter l'accès aux écoles des ASHQ/AS/AP/AMP en augmentant les quotas, en mettant en place des VAE et en adaptant les infrastructures ;
- Prioriser l'accès à l'emploi des professionnels titulaires de la fonction publique titulaires d'une VAE ;
- Mettre en place des formations qualifiantes pour les agents de catégorie C, nécessaires à l'évolution de leurs carrières ;
- Augmenter le nombre de promotions professionnelles dans le cadre de la GPPMC ;
- Créer une promotion professionnelle individuelle permettant à l'agent dont l'accès aux études promotionnelles a été refusé de bénéficier d'une prise en charge sur des fonds mutualisés de l'ANFH ;
- Ouvrir davantage d'examens professionnels ;
- Ouvrir des concours sur titre pour éviter de précariser l'emploi sur les postes permanents.

Négocier :

- Construire le bien-être au travail passe par la sensibilisation de la hiérarchie à la responsabilité sociale dans l'établissement ;
- Intégrer des critères sociaux dans les contrats de pôle et dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ;
- Engager ou initier un travail avec les partenaires sociaux sur le type de critères sociaux ;
- Évaluer les directeurs, chefs de pôle et médecins sur le respect de ces critères.

Santé au travail :

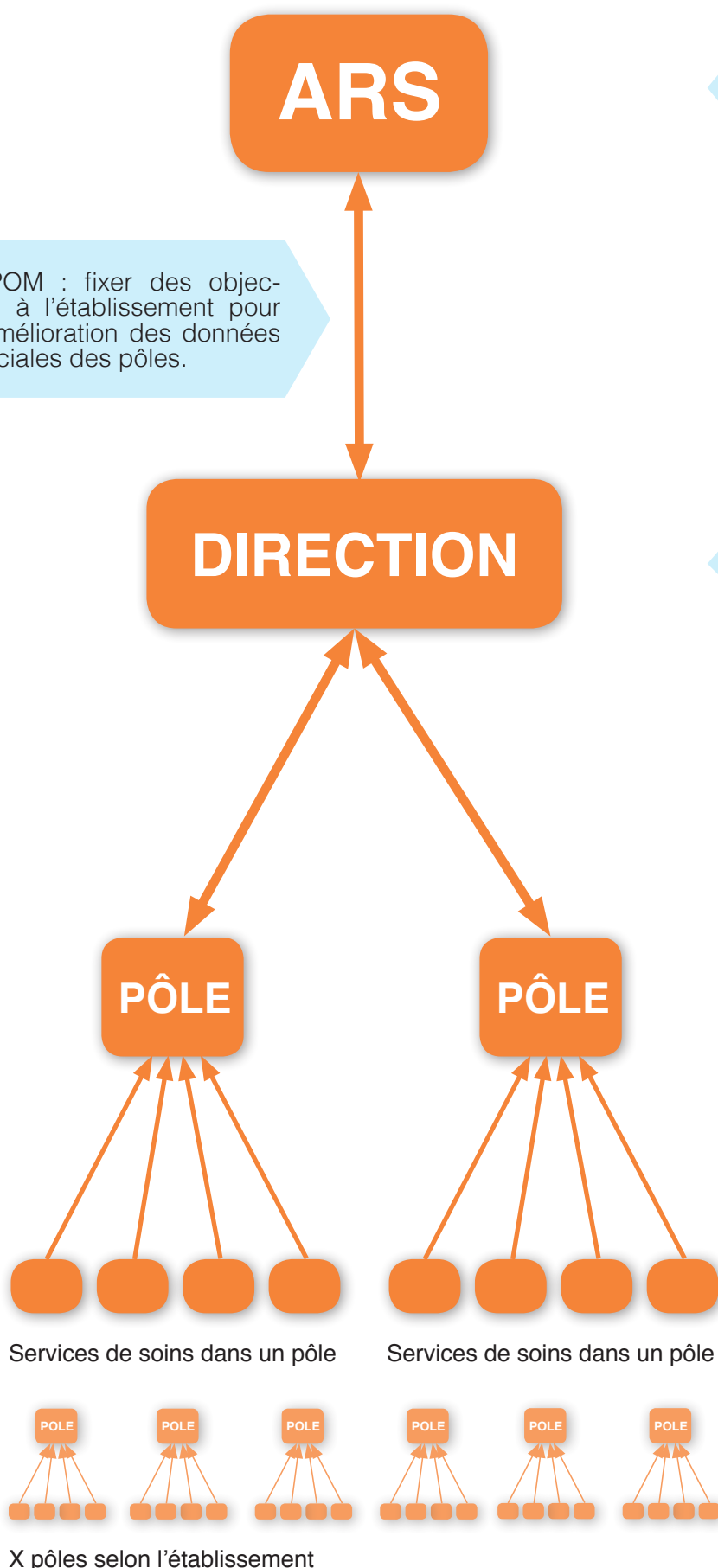
- Promouvoir la santé au travail par la mise en place de CLACT par pôle.

La CFDT Santé-Sociaux note avec satisfaction l'intérêt manifesté par la Haute autorité de santé qui a prévu de prendre en compte, dans la certification, le bien-être au travail, ainsi que sa démarche qui implique l'ensemble des parties prenantes, dont les organisations syndicales.

De même, les logiques d'accompagnement, notamment de l'Agence nationale d'amélioration de la performance des établissements de santé et médico-sociaux pourraient utilement prioriser ces questions, qui conditionnent bien la qualité et la performance d'ensemble. ■

Promouvoir la qualité de vie au travail

Visualisation graphique (IV.3) dans le dossier conditions de travail :



CPOM : fixer des objectifs à l'établissement pour l'amélioration des données sociales des pôles.

Suivi et capitalisation des expériences réussies menées dans la région pour en assurer la diffusion et la promotion.

- Les OS et les représentants du personnel doivent disposer des données sociales des différents pôles. Les objectifs à atteindre doivent se faire en concertation avec les OS. Cela peut s'inscrire dans un projet social.

- Contrat de pôle : fixer des objectifs aux pôles pour l'amélioration des données sociales mauvaises.

Contrat de pôle : fixer des objectifs aux pôles pour l'amélioration des données sociales mauvaises.

Lecture des données sociales des pôles au niveau de la direction. Les données sociales mauvaises communes à plusieurs pôles doivent faire l'objet d'un travail sur la base d'indicateurs.

Remonté vers le pôle des données sociales établies en concertation avec les agents et en fonction de la réalité de chaque service.

X pôles selon l'établissement