

Organisation du temps de travail paramédical en établissements de santé

Compte-rendu des réflexions menées par 15 établissements soutenus par l'ARS

Janvier 2016
v1.0

Le temps paramédical est une ressource parmi les plus précieuses en établissements de santé. A ce titre, sa juste utilisation par un dimensionnement pertinent et adéquat des équipes se révèle être tant un gage de qualité des soins délivrés que de garantie de conditions de travail acceptables par tous.

Devant ce constat, 15 hôpitaux franciliens ont travaillé et échangé sur leurs pratiques pour s'apporter mutuellement des éléments de réflexion. Pour leur implication, sont sincèrement remerciés les établissements suivants : les hôpitaux universitaires Paris Ouest, le centre hospitalier de Marne la Vallée, le centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint Germain, le centre hospitalier d'Argenteuil, le centre hospitalier de Pontoise, Le centre hospitalier Sainte Anne, l'hôpital Gouin, l'hôpital d'instruction des armées du Val de Grâce, le centre hospitalier de Melun, l'hôpital local de Jouarre, le centre Paris Sud, l'hôpital local de Brie Comte Robert, l'hôpital universitaire Robert Debré, l'hôpital privé gériatrique les Magnolias, le centre hospitalier les Murets. La partie concernant l'informatisation a été rédigée sur le retour d'expérience du centre hospitalier de Montreuil.

Par ailleurs, nous remercions les cabinets Arthur Hunt Consulting et Perspective pour leur apport en termes d'expertise et de méthodologie dans ces travaux, tant auprès des équipes que dans la constitution de ce présent fascicule.

ARTHUR HUNT CONSULTING



Le présent document synthétise en 4 fiches le fruit des réflexions menées par les établissements partenaires, au sein des équipes locales ou en ateliers de travail conjoints. En espérant qu'il puisse être utile au plus grand nombre, nous vous en souhaitons bonne lecture !

Pierre-Etienne Haas
ARS d'Île-de-France
pierre-etienne.haas@ars.sante.fr

A. Organiser son temps de travail

B. Dimensionner son besoin fonctionnel

C. Gérer ses remplacements

D. S'informatiser : les indispensables prérequis

A. Organiser son temps de travail

L'organisation du temps de travail consiste à définir en 1^{er} lieu, pour chaque service et de manière successive :

- La maquette d'organisation, à savoir le besoin fonctionnel théorique en présences agents pour chaque jour de la semaine pour fonctionner de manière satisfaisante ;
- Les cycles de travail des agents, qui répartissent les présences des agents de manière à respecter le besoin fonctionnel défini par la maquette d'organisation, tout en garantissant des rythmes de travail individuels planifiés et équitables pour l'ensemble de l'équipe.

a. La maquette d'organisation, pour établir le besoin fonctionnel des unités

La maquette d'organisation permet de formaliser l'organisation hebdomadaire et les besoins en ressources humaines au regard des processus de prise en charge et des variations d'activité. Cette formalisation des besoins d'un service est une étape essentielle, que ce soient en termes de management, de concertation, ou de pédagogie avec les équipes.

- Les maquettes sont concertées entre acteurs clés : cadres / direction des soins infirmiers / DRH ;
- Elles sont formalisées en cohérence avec l'activité et ses variations prévisibles (haute / basse saison) ;
- Pour certains services, une réflexion peut être menée pour formaliser un mode de fonctionnement dégradé et des effectifs de sécurité (tâches prioritaires, à reporter, etc.)

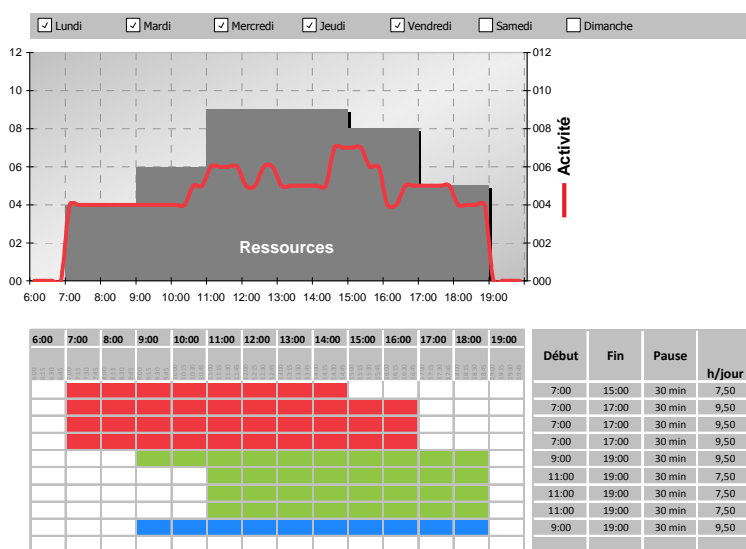


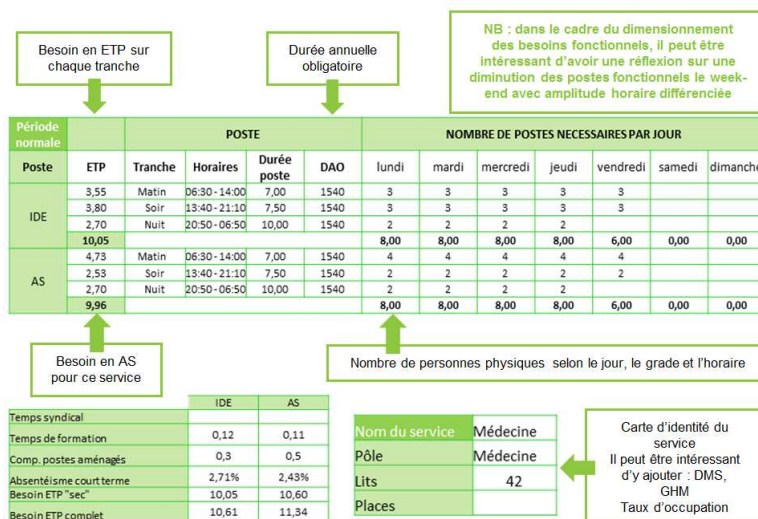
Illustration n°01 :

l'exemple d'une maquette d'un service de stérilisation présentant les postes fonctionnel, et confrontant alors les présences quotidiennes tout au long de la journée avec les besoins induits par l'activité de l'établissement, représentés par la courbe rouge.

Illustration n°02 :

l'exemple d'une maquette permettant de définir les ETP requis dans un service, en fonction de la Durée annuelle de travail des agents, des amplitudes horaires et des postes fonctionnels.

Cette maquette permet de définir le besoin fonctionnel en ETP « sec », auquel peuvent être ajoutés le temps syndical, le temps de formation, la compensation des postes aménagés, un éventuel pourcentage représentant l'absentéisme de courte durée (le pourcentage restant étant géré par le mode adapté, la coopération inter services, etc.).



A cet égard, l'une des préoccupations majeures de la gestion des effectifs au quotidien est de conserver une adéquation entre besoins exprimés (la maquette d'organisation) et présences réelles :

- Des présences réelles inférieures auront un impact sur la qualité / sécurité des prises en charge ;
- Tandis que des présences supérieures pourront être vues comme un « gaspillage » de ressources, vraisemblablement plus utiles ailleurs.

A. Organiser son temps de travail

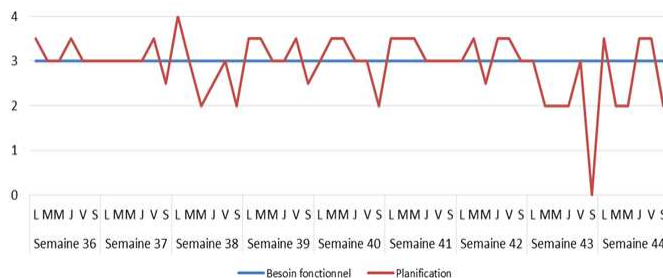
b. Les cycles de travail, garants du respect du besoin fonctionnel établi et des rythmes de travail des agents

La maquette d'organisation est un modèle théorique, qu'il s'agit alors de décliner le plus fidèlement possible dans le fonctionnement quotidien des unités. En effet, un effectif bien dimensionné au global mais mal réparti ou réparti de façon erratique générera de fréquentes inadéquations entre besoin et réalité, préjudiciables à la vie du service.

Illustration :

un service a défini son besoin fonctionnel comme une présence nécessaire de 3 agents chaque jour de la semaine, du lundi au samedi. Les ETP ont été calculés et accordés en conséquence, pour autant, une absence d'organisation manifeste induit les présences réelles constatées ci-contre :

- Des sureffectifs importants représentant de nombreuses heures mal utilisées ;
- Par déduction, des sous-effectifs souvent couverts par les procédures de remplacements, alors détournés de leur mission première, à savoir palier l'absentéisme et non le défaut de planification



La planification des présences, qui permet alors de rétablir l'adéquation besoin théorique / présences réelles, est assurée par la mise en place de cycles de travail. Les bénéfiques accordés par ce fonctionnement en cycles sont multiples :

- Assurer des présences quotidiennes correspondantes aux postes fonctionnels définis dans la maquette ;
- Donner une visibilité aux agents sur leur planning à moyen / long terme, ainsi qu'une plus grande autonomie (les agents peuvent s'organiser entre eux) ;
- Garantir une équité des rythmes et des temps de travail entre les agents, sur la durée du cycle et à l'année ;
- Recentrer le cadre sur ses activités de management et à valeur ajoutée (plutôt que « réinventer » des plannings chaque semaine ou chaque mois) ;
- Optimiser la politique de remplacement, à la fois sur son versant organisationnel et sur la partie budgétaire (réduction de l'intérim, des vacances, etc.) ;
- Respecter la réglementation sur le temps de travail.

Sur ce dernier point, gageons que seule une réflexion aboutie et outillée sur la constitution des cycles peut garantir un respect de l'ensemble de la réglementation sur les durées de travail, dont nous nous permettons de rappeler succinctement quelques éléments (fonction publique hospitalière) :

- Maximum 48 heures de travail sur une semaine glissante (par ex : du mardi/0h au lundi/23h59) ;
- Maximum 44 heures sur une semaine bornée, hors heures supplémentaires ;
- 12 heures consécutives de repos quotidien obligatoires (rendant mathématiquement impossible la séquence « poste du soir + poste du matin » pour les horaires d'amplitudes 7h / 8h...) ;
- 36 heures consécutives de repos hebdomadaire obligatoire (rendant mathématiquement impossible la séquence « poste du soir + journée de repos hebdomadaire + poste du matin » s'il n'y a qu'un seul repos dans la semaine) ;
- Tous les 15 jours : 4 jours de repos hebdomadaires, dont 2 accolés, dont un dimanche (c'est-à-dire que tous les 15 jours, l'agent doit avoir un samedi/dimanche ou un dimanche/lundi de repos) ;
- Etc.

Définition du cycle de travail :

« Le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail. Les horaires de travail sont définis à l'intérieur du cycle, qui peut varier entre le cycle hebdomadaire et le cycle annuel de manière que la durée du travail soit conforme sur l'année au décompte prévu ». Autrement dit, le cycle de travail est une forme de planification du travail qui suit une trame définie, et qui se reproduit de manière régulière sur l'année. Il ne peut être inférieur à 1 semaine ni supérieur à 12 semaines.

Illustration :

- La maquette d'organisation (besoin fonctionnel) :
- 4 cycles de travail -identiques- permettant d'assurer la maquette :

Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Mat	Mat	Mat	Mat	Mat		
Mat	Mat	Mat	Mat	Mat		
Apm	Apm	Apm	Apm	Apm		
Coup	Coup	Coup	Coup	Coup		

	Semaine 1							Semaine 2							Semaine 3							Semaine 4							
	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	
Cycle 1	Apm	Coup	Mat	Mat	Mat	JRH	JRH	Mat	Apm	Apm	Coup	Mat	JRH	JRH	Coup	Mat	Mat	Apm	Coup	JRH	JRH	Mat	Mat	Coup	Mat	Apm	JRH	JRH	
Cycle 2	Mat	Apm	Apm	Coup	Mat	JRH	JRH	Coup	Mat	Mat	Apm	Coup	JRH	JRH	Mat	Mat	Coup	Mat	Apm	JRH	JRH	Apm	Coup	Mat	Mat	Mat	JRH	JRH	
Cycle 3	Coup	Mat	Mat	Apm	Coup	JRH	JRH	Mat	Mat	Coup	Mat	Apm	JRH	JRH	Apm	Coup	Mat	Mat	Mat	JRH	JRH	Mat	Apm	Apm	Coup	Mat	Mat	JRH	JRH
Cycle 4	Mat	Mat	Coup	Mat	Apm	JRH	JRH	Apm	Coup	Mat	Mat	Mat	JRH	JRH	Mat	Apm	Apm	Coup	Mat	JRH	JRH	Coup	Mat	Mat	Apm	Coup	JRH	JRH	

c. Les risques majeurs issus d'un défaut d'organisation

Cette mise à plat des organisations de chaque service est un pré-requis au bon fonctionnement de l'établissement dans son ensemble, et toute démarche de benchmark ne peut avoir de sens s'il s'agit de comparer des organisations floues, fluctuantes, voire inexistantes. A titre d'exemple :

- Maquettes d'organisation non formalisées, ou non corrélées à l'activité réelle du service,
- Cycles et plannings ne respectant pas les maquettes établies,
- Mode dégradé non formalisé,
- Principes de coopérations interservices, notamment pour les remplacements, non définis,
- Etc.

Quelques éléments de réflexions pour sensibiliser un lecteur qui resterait à convaincre :

Les risques financiers	<ul style="list-style-type: none">• Erreur dans l'évaluation budgétaire• Dépenses de remplacement sur du besoin structurel• Dépenses de remplacement sur une mauvaise gestion des congés et RTT• Dépenses de remplacement inutiles et superflues
Les risques en termes de qualité	<ul style="list-style-type: none">• Variations quotidiennes du niveau de qualité de prise en charge non maîtrisées• Inadéquation entre besoins de la prise en charge et ressources mobilisées au même moment
Les risques RH	<ul style="list-style-type: none">• Temps alloué à la gestion des plannings trop important• Absence de visibilité et de proactivité pour les cadres• Incompréhension des équipes sur les décisions managériales• Principes d'équité de traitement non respectés• Non respect du cadre réglementaire• Augmentation de l'absentéisme• Risques psycho-sociaux (stress, sentiment de surcharge, etc.)

B. Dimensionner son besoin fonctionnel

Il n'existe pas à ce jour de « bible » décrivant précisément les niveaux d'effectifs requis et organisations cibles pour l'ensemble des activités du champ sanitaire. Selon les cas, la réglementation (code, décrets, circulaires, etc.) peut préciser des effectifs minimum, plus rarement des grands ratios, en parlant tantôt d'agents physiques, tantôt d'ETP.

Bien souvent, les professionnels doivent adapter le niveau d'effectif en tenant compte de nombreuses variables. Cela explique les écarts entre les dimensionnements réels mis en place par des établissements selon leurs singularités. Pour celles et ceux qui souhaitent valoriser et respecter leurs spécificités dans une approche de dimensionnement, quelques points d'attention sont portés à leur connaissance.

a. Eléments d'appréciation relatifs à l'organisation du travail

Certaines options organisationnelles peuvent se révéler facilitatrices pour un dimensionnement des équipes au plus près de l'activité du service :

« **Mix** » des **amplitudes de travail**, permettant une meilleure souplesse pour couvrir les amplitudes de jour et les pics d'activité : des amplitudes de 8h et 9h mixées, ou de 6h et 9h dans le cadre d'une évolution des 7h30, des équipes en roulement alternant des amplitudes diverses (9h et 12h par exemple), etc. ;

Décalage des heures d'arrivée et de départ des agents, pour allonger l'amplitude totale de présence agent tout en garantissant la présence maximale pendant les pics d'activité (par exemple 7h/11h et 16h/19h) ;

Renfort de la coordination du travail de jour / de nuit : en appréhendant la sollicitation des équipes par les patients en nuit profonde, et dimensionnant les effectifs en conséquence. Note : quelques jours de travail par an en mixant les équipes jour et nuit permet généralement une meilleure compréhension des activités des uns et des autres et réduit les clivages naturels entre équipes...

b. Eléments d'appréciation relatifs aux effets de seuil

Des minimums d'effectifs en termes d'IDE et d'A-S sont requis dans les unités, indépendamment du nombre de lits concernés : cette disposition a pour conséquence de créer des effets de seuil, qui pénalisent mathématiquement les ratios effectifs / activité des services en deçà d'une certaine taille. A titre d'illustration, il a été globalement constaté au cours de la démarche francilienne des **ratios plus favorables sur les unités de 30 lits et plus** que pour les unités de 15 à 25 lits.

Une non anticipation des ratios réglementaires (lorsqu'ils existent) dans le dimensionnement du service peut également être pénalisante : en dialyse, 1 IDE pour 4 patients, combien d'IDE pour un service de 10 places ?

c. Eléments d'appréciation relatifs à l'architecture

2 unités d'un même service se situant sur 2 étages différents, une unique unité sur un site, etc. : **l'isolement géographique peut générer un besoin en effectifs supplémentaires**, de par l'impossibilité de mutualisation et d'entraide interservices, et subissant alors de plein fouet des effets de seuil importants.

d. Eléments d'appréciation relatifs aux équipements

La présence -et la bonne utilisation par des personnels formés- de **matériel d'appui aux soins** (lève-malade, drap de glissement, verticalisateur, etc.) peut permettre d'alléger la charge de travail et d'éviter une sur-mobilisation des effectifs (A-S notamment) au moment des déplacements.

e. Eléments d'appréciation relatifs à la patientèle et au territoire concerné

Des **critères d'analyse permettent de nuancer à la hausse ou à la baisse la charge de travail** en fonction des caractéristiques des patients accueillis :

- Lourdeur technique des soins : nombre de patients « techniques » (perfusions, pansements, drains, aspirations, etc.) et nombre de patients à j+1 postopératoire ;
- Typologies de pathologies prises en charge ;
- Degré de dépendance : nombre de patients dépendants, semi dépendants et autonomes ;
- Part d'urgence au regard du programmé : les sorties avant midi sont cruciales pour faire face aux afflux d'urgences.

Parmi les facteurs pouvant expliquer le profil de cette patientèle, notons :

- La proximité des adresseurs : présence de SSR, EHPAD (patients généralement aigus et techniques), SSIAD, HAD partenaires ou internes à l'établissement, lits dédiés en soins palliatifs, etc.
- Le niveau de précarité du bassin de vie et le volume de patients sous tutelle ;
- Le tissu de prise en charge en ville : taux de médecins généralistes (traitants) sur le territoire, de médecins effectuant des visites à domiciles, etc.

f. Eléments d'appréciation relatifs au niveau d'exigence voulu pour les prises en charge

Des objectifs **très ambitieux de proximité et d'excellence** de la prise en charge se refléteront inmanquablement dans le niveau d'effectif qui sera alors requis pour les atteindre : ambitions en termes de prise en charge de la dénutrition / dépression, iatrogénie médicamenteuse et hospitalière, etc. ? Il appartient ainsi à l'encadrement de définir son projet de soins, consensus entre un niveau de qualité requis et impératifs d'efficience auxquels les établissements sont plus que jamais soumis. Parmi les paramètres pouvant influencer sur la charge et le besoin en ressources paramédicales :

B. Dimensionner son besoin fonctionnel

- La présence de personnels autres, pouvant réduire le temps passé par les soignants sur l'accompagnement des patients : kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, travailleurs sociaux (au niveau du pôle ou d'une équipe transversale) ;
- L'équilibre de la répartition des tâches entre soignants : perception du rôle des ASH, appui apporté aux A-S, etc.
- La fluidité des relations entre le service et son environnement : accessibilité du plateau technique, recours facilité à des avis spécialisés ;
- Les objectifs en termes d'IP-DMS : des DMS courtes induiront une charge supérieure liée aux flux ;
- Etc.

g. Eléments spécifiques d'appréciation pour les unités de chirurgie ambulatoire

On peut considérer que la taille critique minimale d'un service est entre 10 et 15 places. Les écarts de dimensionnement des équipes paramédicales -sur des services a priori similaires- peuvent trouver leur explication dans les éléments suivants :

L'adaptation des horaires à l'amplitude d'ouverture du service : pour des unités de chirurgie ambulatoire ouvertes généralement 12 heures, des amplitudes de travail en 10/11h se révèlent être les plus pertinentes, avec horaires décalés pour couvrir au mieux les moments de pics d'activité du service.

De même, **l'architecture de l'établissement** peut être facilitatrice ou pénalisante :

- Des espaces ouverts permettront plus de souplesse dans la configuration de l'espace que des chambres traditionnelles, et allégeront ainsi la charge des IDE et A-S ;
- La proximité du plateau médico-technique, notamment le bloc, représentera un gain de temps pour les agents, soignants comme brancardiers, et facilitera le recours aux chirurgiens qui pourront accéder plus facilement aux unités.

La qualité de la programmation est également un facteur facilitant :

- La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet de positionner les soignants sur les plannings en fonction de la charge de travail (liée à l'activité médicale) ;
- La répartition sur la semaine des patients les plus lourds en termes de prise en charge permet de limiter les fortes modulations d'intensité de l'activité ;
- Le type d'intervention réalisé, qui très naturellement conditionne la charge en soins afférente, et donc le dimensionnement de l'équipe paramédicale.

Enfin, le **fonctionnement du bloc opératoire** produit des effets collatéraux sur les équipes de l'unité :

- Une cellule de programmation efficace et une coordination de bloc efficace ;
- Des plages d'ouverture adaptées à l'activité ;
- Une certaine rigueur dans le respect des horaires (notamment d'ouverture comme de fermeture...).

h. Eléments spécifiques relatifs à la politique RH et l'organisation du temps paramédical

Enfin, la « simple » désorganisation de ressources pourtant mathématiquement suffisantes peut générer des carences en effectifs, vécues dans l'instant comme un sous-effectif du service alors qu'il s'agit en fait d'une répartition inégale de cet effectif au cours de la journée (comment sont calibrés les postes ?), de la semaine (comment est établie la maquette d'organisation ?), ou à une échelle plus grande (prévisions d'activité ?, saisonnalité ?, etc.).

Naturellement, nous agissons comme présumé que l'organisation réelle au quotidien correspond bien à la maquette d'organisation définie initialement, ce qui peut ne pas être le cas :

- Postes réellement occupés ne correspondant pas à la maquette ;
- Cycles de travail non établis et rythmes erratiques ;
- Ou tout simplement pas de maquette du tout.

D'autres variables liées à la gestion du temps paramédicaux peuvent également générer un gaspillage de ressources :

- Une politique de remplacement non définie n'encadrant pas les pratiques des managers en la matière ;
- Des accords internes sur le temps de travail et notamment les bases annuelles (à besoin équivalent, 2 établissements peuvent avoir un écart significatif sur leur effectif cible uniquement par l'application de clauses différentes sur les bases annuelles, la RTT, etc.) ;
- Les actions de mutualisation des effectifs en place (développement de la poly-compétence, existence ou non de coopération interservices) : plus de souplesse dans les possibilités de répartition des effectifs génère naturellement une meilleure adéquation activité / ressources.

C. Gérer ses remplacements

La gestion de l'absence et de son remplacement sont des points névralgiques de l'organisation du temps de travail et du bon fonctionnement en continu des services. L'essentiel réside dans la formalisation de toutes les procédures liées à la gestion des remplacements : l'objectif est de définir clairement les actions prioritaires à déclencher et les acteurs à solliciter afin de réduire l'hétérogénéité des pratiques et les risques psychosociaux associés (stress accru face à la désorganisation, épuisement des agents fréquemment sollicités, impact sur l'absentéisme de courte durée, etc.).

a. Définir un niveau de délégation des remplacements auprès des cadres

La clarification des moyens de remplacement, en contrepartie naturellement de pré-requis organisationnels à optimiser, doit être l'occasion de définir le périmètre d'autonomie et la latitude d'action dont les cadres disposent : il s'agit de mettre en place une relation de confiance entre la DRH et les cadres sur la gestion des remplacements.

1. Déléguer directement auprès des cadres de services la gestion de l'absence inopinée

Exemple : définir un pourcentage d'ETP supplémentaires à disposition du cadre (absentéisme de courte durée souvent assez faible), ou au niveau d'un pôle ou de services regroupés (taille seuil de 20 agents recommandée).

Conditions de réussite : maîtriser des pré-requis organisationnels pour que ces ETP supplémentaires ne soient pas intégrés aux plannings structurels, et anticiper des modes d'organisation dégradés.

Les services disposant d'un niveau d'ETP supérieur aux besoins exprimés par la maquette doivent utiliser cette marge pour pallier l'absence inopinée.

2. Installer une gestion centralisée de l'absence de longue durée pour les profils mutualisables

3. Définir une logique de pôle pour l'absence de longue durée concernant les profils spécifiques (IBODE, IADE, PUER, PSY)

Affecter un budget aux pôles (sur la base de la moyenne des absences de longue durée de ces catégories) afin que chacun gère de manière autonome selon ses pratiques privilégiées (exemple : pool interne représentant 25 à 40% du montant global, et vacataires « fidélisés », etc.)

b. Clarifier et hiérarchiser les dispositifs de remplacement à déclencher

Les dispositifs de remplacement internes	1. Coopérations interservices	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les services « partenaires » • Mettre en place d'un tableau partagé des remplacements dans lequel les sureffectifs au planning sont spécifiés • Mettre en place un tableau de poly-compétence facilitant l'identification des ressources mobilisables • Organiser des parcours de découverte interservices • Sanctuariser des postes fonctionnels pour confier les soins complexes aux ressources internes
	2. Heures supplémentaires récupérées	<ul style="list-style-type: none"> • Prioriser la récupération en heures (sur horaires transverses) • A utiliser sur les absences inopinées, préférer mobiliser le pool sur la récupération • Comptabiliser ces heures en fin de cycle • Définir un contingent d'heures supplémentaires rémunérées par service/pôle • Rappeler les principes d'équité de traitement et de prévention des risques professionnels (AM/HS, temps partiel thérapeutiques/HS) • Ouvrir les heures supplémentaires de nuit aux équipes de jour et vice versa
	3. Pool ou suppléance interne	<ul style="list-style-type: none"> • Clarifier les règles du recours au pool (typologies d'absences, délai de prévenance, services utilisateurs) • Valoriser le recours au pool en ETP • Mutualiser le pool au niveau de l'établissement ou du pôle en fonction des profils et du niveau de spécialisation
	4. Heures supplémentaires payées	Cf. heures supplémentaires récupérées
Les dispositifs de remplacement externes	5. Vacations	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier un vivier de vacataires • Alimenter constamment le vivier • Remonter progressivement le vivier de vacataires au niveau du pôle (hors fonctions spécifiques)
	6. CDD	<ul style="list-style-type: none"> • A mobiliser sur l'absence longue durée • Prévoir une concertation systématique avec la DRH
	7. Intérim	<ul style="list-style-type: none"> • A mobiliser en dernier recours • Définir les fonctions pour lesquelles ce dispositif peut être déclenché

D. S'informatiser : les indispensables prérequis

Les logiciels de gestion du temps de travail sont fréquemment considérés par l'encadrement comme un frein à la mise en place de cycles de travail dans les services (l'ergonomie et la pertinence du logiciel par rapport à la réalité des services font souvent débat). Pour autant, il est admis que l'informatisation est aujourd'hui incontournable pour une gestion du temps efficace et dynamique : il est donc essentiel pour un établissement qui souhaite mettre en place ou renouveler un logiciel de gestion du temps de travail de s'assurer d'un certain nombre d'acquis préalables, dissociés ici en 7 phases.

a. Phase initiale (en amont) : la clarification des règles

L'informatisation de la gestion du temps de travail est une opportunité de mettre à plat le fonctionnement de l'établissement en matière de règles régissant le temps de travail, que ce soit pour clarifier mais également niveler les connaissances de tous les acteurs de l'hôpital.

Récupérer l'ensemble des écrits concernant la gestion du temps de travail

Il s'agit de faire la lumière sur le niveau de formalisation des règles et des écrits en vigueur dans l'établissement; quelle que soit leur forme et leur source (DRH, DS, pôles, etc.) : accords temps de travail et éventuels avenants, guide de gestion du temps de travail, notes de service, procédures de remplacement, etc. Il peut à cet égard être utile de consulter les représentants du personnel pour mieux identifier les documents consultés et utilisés.

Evaluer la conformité des écrits

- Avec la réglementation : si tel n'est pas le cas, des avenants peuvent s'avérer nécessaires (à titre d'illustration, la journée de solidarité, les durées annuelles du temps de travail des agents, la comptabilisation des absences, etc.) ;
- Entre eux : les documents sont-ils cohérents entre eux ? Existe-il des écrits antérieurs et toujours en vigueur qui soient opposés à des écrits plus récents (par exemple des documents antagonistes sur la gestion des jours de RTT).

Evaluer le niveau de formalisation et les pratiques de l'établissement

- Identifier les éventuelles thématiques de gestion du temps de travail non formalisées ;
- Identifier les pratiques hétérogènes dans les services : qui diffèrent des écrits, ou qui ne sont que la conséquence d'un manque de formalisation.

Consolider et communiquer les règles de gestion du temps de travail

Un travail de consolidation et de rédaction d'un document unique sur le temps de travail est généralement salubre : ce « référentiel établissement de la gestion du temps de travail » sera naturellement communiqué à l'ensemble des acteurs de l'établissement et pourra développer les grandes thématiques suivantes :

Durée globale du temps de travail	Pause, repos et absences	Remplacements	Heures supplémentaires et dérogations à la durée du travail	Planification	Suivi des effectifs et du temps de travail
<ul style="list-style-type: none">• Travail en repos fixes• Travail en repos variables• Travail de nuit• JRTT• Temps effectif	<ul style="list-style-type: none">• Temps d'habillage, de pause et de repos• Gestion des repos compensateurs• Décompte des absences autorisées• Eléments impactant ou pas les JRTT	<ul style="list-style-type: none">• Procédures de remplacement selon l'absence• Modes de fonctionnement (coopération interservices, modes adaptés, etc.)	<ul style="list-style-type: none">• Gestion des heures supplémentaires• Astreintes• Temps partiel• Horaires dérogatoires	<ul style="list-style-type: none">• Existence et modalités d'élaboration du cycle de travail• Equité du roulement• Intégration de JRTT dans le cycle de travail• Coordination avec la planification médicale	<ul style="list-style-type: none">• Respect des normes pour le dimensionnement• Modalités de suivi de la DAO (durée annuelle opposable)• Information des agents sur la DAO

2. Phase organisationnelle (en amont) : besoins fonctionnels et planification

Les réflexions sur l'organisation des unités, qui permettra d'initialiser et de paramétrer le logiciel, **doivent nécessairement être conduites en amont** : la mise en place d'une solution informatique ne fera que découpler les problèmes organisationnels s'ils ne sont pas résolus avant. Il s'agit donc de définir, pour chaque service :

- La maquette d'organisation, à savoir le besoin fonctionnel théorique en présences agents pour chaque jour de la semaine pour fonctionner de manière satisfaisante ;
- Les cycles de travail des agents, qui répartissent les présences des agents de manière à respecter le besoin fonctionnel défini par la maquette d'organisation, tout en garantissant des rythmes de travail individuels planifiés et équitables pour l'ensemble de l'équipe.

c. Phase de cadrage

Il s'agit de ménager un temps de concertation entre les directions de l'établissement (DRH, DSSI, SI, DAF,,etc.) pour :

- **Affiner les objectifs de la démarche** : typologie de logiciel, interface avec la paie, etc. ;
- Identifier le référent du projet et son éventuelle équipe projet ;
- Planifier les différentes étapes du projet et ses livrables intermédiaires associés ;
- Identifier les risques liés au projet.

d. Phase d'expression des besoins

C'est au cours de cette étape que vont être rédigées les différentes clauses technique du cahier des charges. Pour ce faire, **l'avis des utilisateurs ou futurs utilisateurs** (*si fréquemment oubliés...*) est primordial. Un groupe de travail pourra ainsi être mobilisé, associant les représentants de la direction à un panel d'utilisateurs : cadres et cadres supérieur, l'ensemble des cadres ou représentants ayant au préalable recueilli les besoins de leurs collègues.

Ce groupe identifiera ses besoins et attentes quant au logiciel de gestion du temps de travail, et éventuellement les limites et problèmes rencontrés avec le logiciel actuel si déjà implémenté dans l'établissement : il en résultera la formalisation d'un cahier des charges pour le prestataire externe.

Note : il est impératif de libérer la parole au sein du groupe de travail. Tous les participants doivent réfléchir et se concerter en tant qu'utilisateurs du logiciel et non selon leur fonction (DRH, cadre, etc.) : des spécifications mal établies, ce sont des difficultés à l'utilisation du futur logiciel pour de nombreuses années à venir...

e. Phase de spécifications fonctionnelle et technique

Cette phase concerne le **travail du département informatique de traduction des besoins exprimés** dans le cahier de charge en commandes et paramètres pour le logiciel de gestion du temps de travail. Cette phase de spécification technique doit se faire en interaction avec le prestataire externe.

f. Phase de recette

Il s'agit de vérifier que le logiciel tel que paramétré est **conforme aux demandes et attentes** formulées en phase d'expression des besoins. Pour ce faire, le logiciel doit être mis en application et testé par un groupe d'utilisateurs préalablement constitué, pendant un temps donné. Ce groupe fera ainsi un retour sur le logiciel et son utilisation, et d'éventuels ajustements pourront être traduits pour prise en compte dans le paramétrage final de l'application.

g. Phase de déploiement

C'est la phase finale de la mise en œuvre du logiciel, qui est alors **déployé sur l'ensemble de l'établissement**. Cette phase doit s'accompagner d'un temps de formation des utilisateurs du logiciel, afin de porter à leur connaissance l'ensemble des possibilités et de leur permettre de l'utiliser de façon optimale.

Un suivi régulier doit être mené, en créant un espace d'échange et de dialogue avec les utilisateurs, afin de procéder aux éventuelles demandes d'amendements -à la marge- au prestataire externe.



Le pôle « efficacité du système de santé » propose, pilote et coordonne une offre de soutien à destination des professionnels de santé, dans le cadre d'un programme d'appui à l'efficacité des Pratiques, des Organisations et de la Dépense en santé (programme EPOD).

► <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/PROGRAMME-EPOD.102756.0.html>

Dans le cadre de ses dispositifs d'accompagnement aux professionnels de santé, un certain nombre d'axes de travail relatifs à l'organisation et la gestion du temps ont produit des documents de capitalisation à la disposition de tous :

L'organisation du temps paramédical

► <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/TEMPS-PARAMEDICAL.102759.0.html>

Les outils d'aide à la planification (maquettes, cycles et plannings) : synthèse, mode d'emploi et outil



Les outils d'aide à l'évaluation de la charge (séquençage des tâches) : synthèse, mode d'emploi et outil



Les bilans et retours d'expérience : démarche d'accompagnement, postes en 12 heures



L'organisation du temps médical

► <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/TEMPS-MEDICAL.130899.0.html>

Les outils de modélisation (tableau de service, évaluation ETP) : synthèse, mode d'emploi et outil



Les bilans et retour d'expérience : soutien aux équipes médicales de territoire



L'appui à la définition d'une politique territoriale des RH (soutien aux GHT)

► <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/SOUTIEN-A-LA-MISE-EN-OEUVRE-DE.188484.0.html>

Enfin, la création des GHT doit être l'occasion de définir une vision territoriale des emplois et métiers afin d'orienter efficacement les politiques de formation et de ressources humaines. Que ce soient en termes de vision prospective des besoins en compétences, de formation continue, de mobilité, de conditions de travail, nous voyons le GHT comme une opportunité de travailler sur un périmètre plus large que l'intra-établissement et donc de stimuler une intelligence territoriale et de recouvrer des marges de manœuvre aujourd'hui relativement faibles.

Nous proposons une démarche en 2 temps :

- Des appuis à la GPMC (gestion prévisionnelle des métiers et des compétences) pour chaque établissement du GHT, dans une logique de formation/action des équipes ;
- Consolidés au sein d'un appui à la GTES (gestion territoriale des emplois en santé) à l'échelle du GHT, pour définir avec les équipes une politique commune d'orientation de la formation continue, de maîtrise et de pilotage des emplois sur le territoire et de gestion prospective des mobilités liées aux évolutions de l'offre de soins.

Pour toute information :
ars-idf-epod@sante.fr

