

**CHSCTL Hôpital Beaujon APHP**

Rapport d'expertise CHSCT au sein des  
urgences de l'hôpital Beaujon

4 décembre 2008





## **CHSCTL Hôpital Beaujon APHP**

### Rapport d'expertise CHSCT au sein des urgences de l'hôpital Beaujon

**Expertise demandée par :**

CHSCTL de l'Hôpital Beaujon  
100 boulevard du Général Leclerc  
98112 Clichy Cedex  
Secrétaire du CHSCT : M. Georges Millot  
Courriel : [georges.millot@bjn.aphp.fr](mailto:georges.millot@bjn.aphp.fr)

**Réalisée par : ISAST**

Expert CHSCT agréé depuis 2003 par le Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, pour les expertises à la demande des CHSCT. Renouvellement par Arrêté du 2 janvier 2007.

**Responsable de mission**

Delphine CAPRARO

**Intervenants**

Laura MEYER

Julie SUEUR



# Sommaire

<b>I - CONTEXTE DE LA MISSION.....</b>	<b>7</b>
<b>I-1. LA DEMANDE DU CHSCT .....</b>	<b>9</b>
<b>I-2. OBJECTIFS DE LA MISSION .....</b>	<b>9</b>
<b>I-3. MÉTHODE D'INTERVENTION .....</b>	<b>10</b>
<b>I.3-1 ANALYSE DU PROJET ET DE L'ACTIVITÉ DES INFIRMIERS ET AIDES SOIGNANTS AU SERVICE DES URGENCES.....</b>	<b>10</b>
<b>I.3-2 ANALYSE DE SITUATIONS DE RÉFÉRENCE .....</b>	<b>10</b>
<b>I.3-3 ANALYSE DES DONNÉES TRANSVERSES .....</b>	<b>10</b>
<b>I.3-4 DESCRIPTIONS DES PRINCIPAUX OUTILS D'ANALYSE ET DE RECUEIL .....</b>	<b>10</b>
<b>I-4. QUEL PROJET POUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL ? .....</b>	<b>12</b>
<b>I.4-1 LE TRAVAIL AUX URGENCES DE BEAUJON : DESCRIPTION SOMMAIRE .....</b>	<b>12</b>
<b>I.4-2 DESCRIPTION DU PROJET.....</b>	<b>14</b>
<b>I.4-3 UN PROJET QUI S'INSCRIT DANS UNE ORGANISATION HORAIRES ATYPIQUE .....</b>	<b>15</b>
<b>I.4-4 LES QUESTIONS SOULEVÉES PAR LE PROJET.....</b>	<b>17</b>
<b>II - LE PROJET D'UN TRAVAIL EN 12H : ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET PRÉCONISATIONS DE LA MEAH.....</b>	<b>19</b>
<b>II-1. LA RÉGLEMENTATION SUR LE TEMPS DE TRAVAIL .....</b>	<b>21</b>
<b>II.1-1 EN PRÉAMBULE : LA LÉGISLATION SUR LE TEMPS DE TRAVAIL, UN OBJECTIF PROTECTEUR DE LA SANTÉ DES SALARIÉS ....</b>	<b>21</b>
<b>II.1-2 LE CADRE RÉGLEMENTAIRE .....</b>	<b>22</b>
<b>II.1-3 TEMPS DE TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE.....</b>	<b>23</b>
<b>II.1-4 SYNTHÈSE DE LA RÉGLEMENTATION SUR LE TRAVAIL EN 12H.....</b>	<b>24</b>
<b>II-2. LA PLANIFICATION DU TRAVAIL EN 12H SELON LA MEAH .....</b>	<b>25</b>
<b>II-3. LE PLANNING CIBLE : ANALYSE AU REGARD DES APPORTS ATTENDUS DU PROJET ET DES PRINCIPES RÉGLEMENTAIRES .....</b>	<b>27</b>
<b>II.3-1 PAS DE PLANNING DE TYPE « PROJET » .....</b>	<b>27</b>
<b>II.3-2 ANALYSE DU PLANNING SELON LES GAINS ATTENDUS DU PROJET.....</b>	<b>28</b>
<b>II.3-3 LE PLANNING AU REGARD DE LA RÉGLEMENTATION ET DES RECOMMANDATIONS DE LA MEAH .....</b>	<b>29</b>
<b>III - POINT SUR LES ATTENTES DES AGENTS RELATIVES AU PROJET .....</b>	<b>31</b>
<b>III-1. LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE .....</b>	<b>33</b>
<b>III.1-1 LES RÉSULTATS PAR MÉTIER .....</b>	<b>33</b>
<b>III.1-2 LES RÉSULTATS PAR ÉQUIPE .....</b>	<b>34</b>
<b>III.1-3 LES RÉSULTATS PAR EXPÉRIENCE MÉTIER .....</b>	<b>34</b>
<b>III-2. LES ATTENTES DES AGENTS EN MATIÈRE DE RÉORGANISATION .....</b>	<b>35</b>
<b>III.2-1 LES ATTENTES DES AGENTS FAVORABLES AU PROJET .....</b>	<b>35</b>
<b>III.2-2 LES CRAINTE DES AGENTS DÉFAVORABLES AU PROJET.....</b>	<b>37</b>
<b>III-3. DES DÉPARTS À ANTICIPER .....</b>	<b>39</b>
<b>III-4. LE VÉCU DE LA CONDUITE DE PROJET .....</b>	<b>40</b>
<b>IV - SITUATION ACTUELLE : RYTHMICITÉ ET CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL.....</b>	<b>41</b>
<b>IV-1.TEMPORALITÉ DE L'ACTIVITÉ HUMAINE .....</b>	<b>43</b>
<b>IV.1-1 RYTHMICITÉ BIOLOGIQUE CIRCADIENNE.....</b>	<b>43</b>
<b>IV.1-2 TEMPORALITÉ SOCIALE ET FAMILIALE .....</b>	<b>44</b>
<b>IV.1-3 TEMPORALITÉ DES ACTIVITÉS DU SERVICE.....</b>	<b>47</b>
<b>IV-2.CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL ACTUEL.....</b>	<b>51</b>
<b>IV.2-1 LA CHARGE « MENTALE » ACTUELLE.....</b>	<b>51</b>
<b>IV.2-2 LA CHARGE « ÉMOTIONNELLE » ACTUELLE .....</b>	<b>53</b>
<b>IV.2-3 LA CHARGE TECHNIQUE ACTUELLE .....</b>	<b>55</b>
<b>IV-3.CONCLUSION SUR LA SITUATION ACTUELLE.....</b>	<b>59</b>
<b>IV.3-1 SYNTHÈSE DE LA SITUATION ACTUELLE PAR ÉQUIPE.....</b>	<b>59</b>

<b>V - IMPACTS DIFFÉRENCIÉS DE L'ÉVOLUTION DES HORAIRES SELON LES ÉQUIPES .....</b>	<b>61</b>
<b>V-1. IMPACTS D'UN RYTHME DE TRAVAIL EN 12H SUR LA SANTE .....</b>	<b>63</b>
<i>V.1-1 UNE LIMITATION DU TEMPS DE SOMMEIL À PRÉVOIR.....</i>	<i>63</i>
<i>V.1-2 UNE FATIGUE QUI S'ACCUMULE.....</i>	<i>64</i>
<i>V.1-3 HEURES ET PRISES DE REPAS REMISES EN CAUSE PAR LES CONTRAINTES DU SERVICE.....</i>	<i>65</i>
<i>V.1-4 GAINS DE LA SEMAINE NON TRAVAILLÉE SUR LA SANTÉ PSYCHIQUE .....</i>	<i>68</i>
<b>V-2. IMPACTS D'UN RYTHME DE TRAVAIL EN 12H SUR LA VIE SOCIALE ET FAMILIALE .....</b>	<b>70</b>
<b>V-3. IMPACTS D'UN RYTHME DE TRAVAIL EN 12H SUR LES PERFORMANCES ET L'EFFICIENCE .....</b>	<b>72</b>
<i>V.3-1 UNE NOUVELLE RÉPARTITION DE LA CHARGE DE TRAVAIL : IMPACT DIFFÉRENCIÉ PAR ÉQUIPE.....</i>	<i>72</i>
<i>V.3-2 FATIGUE ET EFFICIENCE AU TRAVAIL DANS LA SITUATION CIBLE.....</i>	<i>73</i>
<i>V.3-3 AUGMENTATION DU RISQUE D'ERREURS .....</i>	<i>74</i>
<b>VI - ÉVOLUTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DANS LA SITUATION CIBLE.....</b>	<b>77</b>
<b>VI-1. LES ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS ACTUELS : LE DOCUMENT UNIQUE.....</b>	<b>79</b>
<b>VI-2. ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DU RISQUE PROFESSIONNEL DANS LA SITUATION CIBLE .....</b>	<b>81</b>
<i>VI.2-1 UNE ÉVALUATION PRÉVISIONNELLE DES RISQUES ABSENTE DU PROJET.....</i>	<i>81</i>
<i>VI.2-2 ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES RISQUES PROFESSIONNELS LIÉE AU PASSAGE EN 12 HEURES.....</i>	<i>82</i>
<b>VII - CONCLUSION ET PISTES DE RÉFLEXIONS.....</b>	<b>87</b>
<b>VII-1. LES ENSEIGNEMENTS ISSUS DES SITUATIONS DE RÉFÉRENCE .....</b>	<b>89</b>
<b>VII-2. ÉVOLUTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DES RISQUES PROFESSIONNELS .....</b>	<b>92</b>
<b>VII-3. LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR.....</b>	<b>94</b>
<b>VII-4. PISTES DE RÉFLEXIONS .....</b>	<b>96</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>97</b>

# Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Extrait du document " Absentéisme accidents du travail et maladie ordinaire du 01/01/2008 au 30/09/2008 " – données concernant les urgences de Beaujon .....	28
Figure 1 : Présence projetée des IDE des urgences au mois de janvier 2008 dans le cas du passage en 12h.....	29
Tableau 2: Effectif réel moyen des mois de juin et septembre 2008 .....	29
Figure 2 : Schéma des chevauchements d'équipe dans l'organisation cible .....	30
Tableau 3 : Avis des soignants par métier .....	33
Tableau 4 : Avis des soignants par équipe .....	34
Tableau 5 : Avis des soignants par expérience .....	34
Tableau 6 : Départs prévisibles des soignants.....	39
Figure 3 : Rythme circadien de la vigilance .....	44
Figure 4 : Schéma de répartition du temps de l'équipe du matin .....	45
Figure 5 : Schéma de répartition du temps de l'équipe d'après-midi .....	46
Figure 6 : Schéma de répartition du temps de l'équipe de nuit.....	46
Tableau 7 : Évaluation des jours d'affluence sur le nombre de passage d'usagers aux urgences pour le mois de juin en fonction de leur heure d'arrivée.....	48
Tableau 8 : Évaluation des jours d'affluence sur le nombre de passage d'usagers aux urgences pour le mois de septembre en fonction de leur heure d'arrivée .....	48
Figure 7 : Nombre moyen de patients présents au sein des urgences Beaujon aux mois de juin et septembre 2008 .....	49
Tableau 9 : Évolution du taux d'occupation par équipe .....	50
Figure 8 : exemple d'une activité interrompue .....	52
Figure 9 : Répartition des réponses à la question : "vous vous sentez épuisés émotionnellement ... » .....	53
Figure 10 : Répartition des réponses à la question : « En ce qui concerne le soutien psychologique au travail, êtes-vous ...» .....	55
Figure 11 : Plan schématique et sommaire de l'organisation spatiale des urgences de Beaujon	57
Tableau 10 : Bilan des avantages et inconvénients de l'horaire actuel par équipe.....	59
Tableau 11 : Bilan schématique des avantages et inconvénients par équipe .....	60
Tableau 12 : Comparaison du nombre de jours / heures travaillés actuellement et projetés par mois .....	65
Figure 12 : Positionnement des heures « normales » de repas en fonction du taux d'occupation du mois de septembre .....	67
Figure 13 : Projection de la répartition du temps en 12h pour les équipes de jour.....	70
Figure 14 : Projection de la répartition du temps en 12h de l'équipe de nuit .....	71
Figure 15 : Illustration de l'évolution des horaires par équipe en lien avec la charge de travail associée .....	72
Figure 16 : Représentation schématique des exigences du travail et de l'évolution de l'efficience sur 12h.....	73
Tableau 13 : absentéisme et maladies ordinaires (extrait document fournis par la direction) ...	90
Tableau 14: Comparaison de l'activité de travail en réanimation et aux urgences en lien avec le travail en 12h.....	91
Tableau 15 : Évolutions des conditions de travail en fonction des équipes actuelles .....	92



**I -**  
**CONTEXTE DE LA MISSION**



## I-1. LA DEMANDE DU CHSCT

Le CHSCTL de l'hôpital Beaujon a été réuni le 15 septembre 2008 dans le cadre d'une procédure d'information / consultation concernant le « *projet de passage en 12 heures des Urgences de l'hôpital Beaujon* ».

Lors de cette réunion, le CHSCTL a estimé que le projet « *constitue un projet important modifiant les conditions de travail au sens de l'article L.4612-8 du code du travail (ancien code L. 236-9)* » et s'interroge, d'autre part, « *sur les conséquences possibles de ce projet sur les conditions de travail, la santé des personnels et la qualité des soins* ».

Afin de rendre un avis sur le projet, le CHSCTL a mandaté une expertise conformément à l'article L. 4614-12 du Code du travail afin de « *l'aider à appréhender et à évaluer le projet sur lequel il est consulté* ».

## I-2. OBJECTIFS DE LA MISSION

Dans sa délibération du 15 septembre 2008, le CHSCT assigne à l'expert les objectifs suivants :

- « *Analyser les conditions de travail et rechercher les éventuels facteurs de risques* »
- « *Analyser le projet présenté et en évaluer les effets en termes de conditions de travail et de risques professionnels* »
- « *Aider le CHSCT à avancer des propositions de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail* »

Suite à la réunion du 17 octobre 2008, à la demande de la Direction d'apporter des précisions, les objectifs de la mission, en accord avec le secrétaire du CHSCTL, deviennent les suivants :

- « *Procéder à une analyse des conditions de travail existant au sein du service des Urgences :*
  - *déterminer les principaux éléments qui influent sur ces conditions de travail,*
  - *préciser et hiérarchiser les facteurs de risques professionnels auxquels sont exposés les agents qui travaillent au sein de ce service en raison de l'organisation actuelle du temps de travail,*
  - *recueillir leurs attentes en matière d'évolution de cette organisation ;*
- *Analyser le projet de passage en 12 heures des Urgences présenté au CHSCT :*
  - *identifier les éléments susceptibles d'avoir une incidence positive ou négative sur les conditions de travail aux Urgences,*
  - *identifier les éléments susceptibles de majorer ou minorer les facteurs de risques professionnels ;*
  - *mettre en relation les attentes formulées par les agents avec la réorganisation projetée*
  - *évaluer l'incidence potentielle de ce projet sur les conditions de travail des agents et leur exposition aux risques professionnels*
- *Formaliser et prioriser, à l'intention du CHSCT, des propositions de réorganisation permettant d'améliorer les conditions de travail des agents en poste aux Urgences, et de prévenir leur exposition aux risques professionnels. »*

## I-3. MÉTHODE D'INTERVENTION

### I.3-1 Analyse du projet et de l'activité des Infirmiers et Aides Soignants au service des urgences

Le service des urgences étant une situation singulière, au sens de la littérature ergonomique (particularité des métiers, hommes/femmes, activité, organisation du travail, population – patients, etc.), notre analyse porte particulièrement sur l'activité de travail au sein des urgences dans le cadre du projet.

Pour cela, plusieurs outils complémentaires sont utilisés, notamment :

- L'examen des informations utiles à la compréhension du projet et de l'activité de travail telles que : données du personnel (absentéisme, rotation du personnel, formations, etc.), plannings prévus et réels, évolution des arrivées de patients, charge de travail des infirmiers, etc.
- Des entretiens individuels et/ou collectifs et des observations de situations de travail avec des agents directement ou indirectement concernés par le projet au sein du service des urgences.
- Des entretiens avec les autres acteurs concernés : Direction, responsables du projet, responsables de services.

### I.3-2 Analyse de situations de référence

Lors de la réunion du 18 septembre 2008, les membres de la Direction présents ont indiqués que différents services et/ou métiers sont organisés en équipes 2x12h, c'est notamment le cas du service réanimation depuis plusieurs années.

Notre analyse s'appuie donc également sur des entretiens auprès de personnes travaillant en régime horaires 2x12h, elles seront des « références » sur le travail en 2x12h en milieu hospitalier, ainsi que sur l'exploitation de données.

### I.3-3 Analyse des données transverses

L'examen de documents transverses permet un éclairage général sur le fonctionnement et les salariés du service des urgences et/ou de l'hôpital. Ces informations sont notamment : DUER, Rapport Médecine du Travail, Rapports et Bilans CHSCT, organigrammes, comptes rendus de réunions CHSCT, rapports des audits effectués aux urgences de Beaujon, etc.

Associé à cette analyse documentaire, des entretiens avec le médecin du travail et/ou infirmière de la médecine du travail, Représentants syndicaux (etc.) seront également menés.

### I.3-4 Descriptions des principaux outils d'analyse et de recueil

#### *Les entretiens auprès des salariés*

Type d'entretien : individuels semi-directifs.

Durée : 60 à 90 mn.

Objectifs : Recueil d'informations sur les conditions de travail actuelles ; connaissance du contenu des postes (tâches prescrites, tâches réelles) tel que décrit par les salariés ; identification des éléments conditionnant l'activité ; impact de la conduite de projet ; identification et caractérisation des effets déclarés sur la santé, ressentis et/ou diagnostiqués par un médecin.

### *Les entretiens auprès des responsables projet et/ou de services*

*Type d'entretien :* Individuels semi-directifs.

*Durée :* 60 à 90 mn

*Objectifs :* Recueil d'informations sur le projet (historique, motivations du projet, accompagnement prévu, etc.) et l'organisation actuelle du travail des salariés concernés par le projet.

### *Les observations des situations de travail*

Les observations permettent d'apprécier l'activité telle qu'elle est pratiquée dans l'organisation, dans des collectifs et dans un environnement. Il s'agit donc là d'un outil incontournable pour identifier les risques sur les conditions de travail.

*Comment :* Observations dans la durée de l'activité d'un ou plusieurs salariés dans les différentes situations du travail, et horaires.

*Objectifs :* Identifier les exigences des tâches et les impacts des utilisateurs en termes de :

- Exécutions des tâches (délais, postures, gestes, etc.)
- Environnement de travail
- Co-activité, relations entre différentes entités dans le processus d'activité
- Ressources partagées, ambiances physiques de travail

## I-4. QUEL PROJET POUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL ?

### I.4-1 Le travail aux urgences de Beaujon : description sommaire

Les aides-soignants (AS) et les infirmiers (IDE) du service des urgences de l'hôpital Beaujon œuvrent pour la santé des patients s'y présentant. Selon le degré de gravité des patients arrivant, il faut que ces salariés soient réactifs et dispensent des soins rapidement. Le service des urgences n'est pas un service d'hospitalisation au sens classique du terme, les patients ne restent en moyenne pas plus de 4 ou 5 heures. Au-delà des métiers propres des aides-soignants et des infirmiers qui vont être définis, il est important de bien noter que cette notion d'urgence conditionne leur travail à chaque instant. En effet, l'imprévisibilité est inhérente au service : imprévisibilité de la charge de travail, imprévisibilité de la gravité des patients qui se présentent, imprévisibilité des raisons pour lesquelles les patients se présentent.

Cette présentation du service permet de comprendre le contexte dans lequel travaillent les salariés du service des urgences de l'hôpital Beaujon. Nous pouvons désormais nous intéresser aux métiers d'aide-soignant et d'infirmiers qui sont les deux populations concernées par le projet de passage en 12 heures.

Définition du métier d'infirmier (IDE) : « *Au service des personnes en matière de santé, l'infirmière assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent : la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins aux malades. Pour cela, elle aide la personne soignée : à maintenir et recouvrir son indépendance et son autonomie autant que possible, à développer son potentiel de santé, à soulager sa souffrance, à vivre ses derniers moments. Par : l'aide matérielle et psychologique dans les actes quotidiens perturbés par la maladie (respiration, alimentation, hygiène...), l'accompagnement dans la maladie physique ou mentale et lors des soins, la réalisation des prescriptions médicales (injections, pansements...), l'éducation de la personne ou d'un groupe pour maintenir ou restaurer sa santé, l'organisation des soins et la collaboration avec les autres travailleurs sanitaires et sociaux.* »<sup>1</sup>

Définition du métier d'aide-soignant (AS) : « *Dispenser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien être et l'autonomie de la personne.* »<sup>2</sup>

Les urgences de Beaujon sont organisées en différents « postes » :

- admission/accueil : accueil des usagers et recueil des premières informations (données personnelles et sujet de la visite)
- IAO : première prise en charge des patients. L'IDE effectue une « *Prise en charge de l'usager se présentant aux urgences en écoutant, observant, évaluant, et orientant de façon adaptée en fonction du degré d'urgence (immédiate ou pouvant être différée) au regard des protocoles établis.* »<sup>3</sup> ».

---

<sup>1</sup> <http://www.infirmiers.com/concours-ifsi/presentation-profession.php>

<sup>2</sup> <http://www.infirmiers.com/as/as.php>

<sup>3</sup> Extrait de la fiche de poste IDE- janvier 2008

L'AS quant à lui « aide à l'observation IAO (déshabillage, constantes...) et transmission à l'IDE, installation (brancard ou chaise) et mise en sécurité de la personne sur prescription médicale (immobilisation, soins, ridelles, attaches...) et de ses effets (inventaires), aide au recueil de tous les éléments pouvant aider à la prise en charge (infos accompagnants, lettre MT, dossiers antérieurs...), ouverture du dossier du patient (identification et recueil des données), gestion du stress du patient et de son entourage, installation dans le box (IAO) ou directement dans le box de « déchoquage » en cas de détresse vitale.<sup>4</sup> ».

Au poste d'IAO, IDE et AS travaillent en binôme.

- Médecine : Prise en charge des patients en aval de l'IAO
- Déchoquage : prise en charge de patient en état « grave »
- Chirurgie : prise en charge des patients nécessitant des actes chirurgicaux.
- Zone de Surveillance de Très Courte Durée (ZSTCD ou service « porte ») : zone comportant 10 lits accueillant des patients à surveiller avant leur retour à domicile ou en attente d'un lit dans un autre service de l'hôpital.

Une majorité du personnel IDE tourne sur les postes d'IAO, de médecine, de déchochage et chirurgie et du service porte.

Les urgences comportent une zone de consultation sans rendez-vous, les patients ont un accès direct et sont reçus entre 8h et 15h. L'IDE affecté à ce poste n'est pas intégré dans le roulement précédemment cité mais prend également en charge les patients affectés en chirurgie au sein des urgences selon les besoins. Lors d'une absence (congés) de l'IDE dédié, un IDE des urgences assure toutefois son remplacement.

L'ensemble des 24 heures est couvert par trois équipes successives dont les horaires sont les suivants :

- 7h00 à 14h36
- 13h40 à 21h30
- 21h00 à 7h00

Les transmissions inter-équipes s'effectuent pour transmettre à l'équipe de relève les informations nécessaires à la continuité des soins des patients pris en charge au service des urgences.

L'effectif minimal théorique d'IDE au sein des urgences est de cinq, il se réparti de la façon suivante :

- 1 IDE en IAO
- 1 en Déchoquage
- 1 en Chirurgie (uniquement l'après-midi et la nuit)
- 1 en Médecine
- 1 au service Porte

Cette répartition est théorique et élaborée par les cadres des urgences. Dans la pratique, les IDE restent à leur poste tant que leur charge de travail les y contraint. Ils réalisent un travail collectif qui est primordial selon eux et qui se caractérise par un travail à plusieurs (très souvent à deux) dans le cas où un patient est en urgence vitale forte ou quand un patient est agité. De plus, si un poste présente à un moment donné une sous-activité, l'IDE va alors aider ses collègues aux autres postes (principalement celui de Médecine ou celui du service Porte).

---

<sup>4</sup> Extrait de la fiche de poste AS- actualisée en février 2008

En ce qui concerne les AS, l'effectif minimal au sein des urgences est de trois :

- 2 AS aux Urgences (dont 1 « spécifiquement » pour l'IAO)
- 1 au service Portes

A ces différents postes existants aux Urgences, il faut rajouter celui d'admission présent à l'accueil (avant l'IAO). Ce poste peut être tenu par un AS si l'admissionniste est absent (congés ou autre).

## I.4-2 Description du projet

La Direction et les cadres des urgences de l'hôpital Beaujon ont souhaité mettre en place une nouvelle organisation horaire passant d'un système de 3 équipes fixes (7h36 le matin, 7h50 l'après-midi et 10h la nuit) à un système de 2 équipes fixes (12h de jour et 12h de nuit) ainsi qu'une équipe de jour (9h-21h) pour « permettre un chevauchement ».

Les horaires projetés, selon la présentation faite au CHSCT du 15 septembre 2008, sont :

- Pour les équipes de jour
  - o 7h00 à 19h00
  - o 9h00 à 21h00
- Pour l'équipe de nuit
  - o 19h00 à 7h00

Selon la direction, ce projet est né d'une volonté de résoudre les difficultés de recrutement sur l'équipe d'après-midi qui risquaient de rendre impossible la continuité de service ainsi qu'un turn-over important au sein des urgences. Le document projet en fait clairement mention : « *le projet a été évoqué à la suite du constat des difficultés croissantes de recrutement sur l'après-midi* ».

De plus, la direction a affirmé que les embauchés semblaient manifester spontanément, lors de leur recrutement, un désir de travailler en 2x12h. Le projet en tant que tel a été présenté en CHSCTL et en CTLE en septembre 2008 mais cette « *perspective [a été] présentée aux candidats depuis deux ans, au moment de leur entretien d'embauche* » et nombre d'entre eux ont accepté la plage de l'après-midi dans l'optique d'un futur passage en 12h de jour. De plus, selon la direction, une proportion croissante d'agents au sein du service semble favorable à cette évolution.

Les apports du projet attendu par la direction sont :

- « *Diminuer le nombre de transmissions orales qui font perdre de l'information.* »
- « *Le passage à 12 heures est une étape permettant un réel suivi du patient par un même infirmier* »
- « *10 minutes de pause le matin, 10 minutes de pause l'après-midi et 1h de repas.<sup>5</sup>* »
- « *L'effectif en place permet de garantir la présence de 5 IDE de jour et 5 IDE de nuit, dans le cadre de ce roulement, ce qui n'est pas assuré par l'organisation actuelle.<sup>6</sup>* »

De plus, dans son document de présentation au CHSCTL, la direction cite les avantages relevés par la MeaH :

- « *Faciliter la continuité des soins puisque la même équipe suit ses patients tout au long de la journée ce qui réduit le nombre de transmissions inter-équipes.* »
- « *Faciliter la gestion des plannings* »
- « *Ne pas faire reposer majoritairement sur une équipe d'après-midi réduite, la charge liée à l'afflux de patients sur cette tranche horaire.* »

---

<sup>5</sup> Extrait de l'entretien (validé) avec la responsable du projet

<sup>6</sup> Extrait document projet CTLE du 30 septembre 2008

- Réduire le nombre de trajets domicile-travail
- Réduire le nombre de jours durant lesquels les agents doivent organiser la garde de leurs enfants »

La cadre supérieur des Urgences et responsable du projet, souhaite « assigner deux infirmiers à un seul box et d'y prendre en charge tous les patients qui y transitent au lieu de les poster sur un type de tâche<sup>7</sup> ».

Selon le document projet, une période d'essai de 6 mois sera mise en place afin d'effectuer un bilan sur le « nombre de demandes de changement de service pour ce motif, l'évolution de l'absentéisme et l'évaluation du niveau de satisfaction des personnels », ainsi que « les éventuels ajustements nécessaires ».

En outre, il est utile de rappeler que le système horaire en 12h de travail a des conséquences sur la santé des salariés le pratiquant. Comme développé au paragraphe suivant, les horaires atypiques ont des conséquences tant sur le plan physique, psychique que social.

### I.4-3 Un projet qui s'inscrit dans une organisation horaire atypique

Le fonctionnement humain est régi dans son ensemble par des rythmes biologiques internes liés à l'alternance du jour et de la nuit<sup>8</sup>.

Les difficultés générées par les horaires de travail décalés par rapport aux rythmes biologiques et sociaux sont aujourd'hui assez bien connus.

Tous les spécialistes<sup>9</sup> de cette thématique ont montré que le travail posté pouvait engendrer de nombreuses pathologies. La mise à mal de la rythmicité circadienne par certains horaires de travail ne se limite pas au sommeil ; les horaires décalés constituent de sérieuses contraintes pour les heures de prises de repas dont le dérèglement peut être source de troubles digestifs ou de problèmes cardio-vasculaires<sup>10</sup>.

Au-delà des conflits avec les rythmes biologiques, les horaires de travail décalés permettent difficilement de suivre les rythmes sociaux existants. De nombreuses activités de la vie quotidienne sont socialement programmées dans des plages horaires déterminées.

Des spécialistes de l'ergonomie à l'hôpital<sup>11</sup> s'accordent à dire qu'imposer un horaire unique est une « aberration ». Si un système horaire (6x4, 3x8, 2x12...) convient à un service, il est impossible d'en déduire immédiatement qu'il conviendra à un autre. La prise en compte du métier et de la notion de charge psychique est fondamentale pour choisir un horaire de travail. L'analyse de la pénibilité des horaires de travail doit prendre en compte le contenu du travail. Ainsi, ces auteurs insistent sur les dangers d'un « copier-coller » d'un changement horaire et sur l'absolue nécessité d'une analyse des conditions de travail :

<sup>7</sup> Extrait de l'entretien (validé) avec la responsable du projet

<sup>8</sup> Reinberg, A., (1997). Les rythmes biologiques, PUF, Paris, 128 p.

<sup>9</sup> Cf. travaux multiples de M. Bourdouze, G. Costa, C. Gadbois, S. Prunier-Poulmaire, Y. Quéinnec...

<sup>10</sup> Gadbois, C., Prunier-Poulmaire, S. (2004). Temps et rythmes de travail In Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations, PUF, Paris, 645 p.

<sup>11</sup> Villate, R., Gadbois, C., Bourne, J.-P., Visier L. (1993). Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital. Faire siens les outils du changement. Intereditions.

*« Ce qui convient en tel lieu et à tel moment n'est pas forcément ce qui conviendra ici et maintenant. Et ce qui conviendra ici, aujourd'hui, ne sera peut-être plus adapté quelques années plus tard. On risque de courir à l'échec en adoptant une solution toute faite empruntée ailleurs [...] »*

*Bref, ici encore on ne saurait se faire l'économie d'une analyse de la situation qui permette d'en inventorier de façon précise, détaillée, complète les paramètres susceptibles d'avoir une incidence sur la façon dont les contraintes d'horaires peuvent affecter le travail et la qualité de vie du personnel des services considérés.*

*Par ailleurs, une démarche d'investigation systématique est d'autant plus nécessaire ici que les répercussions des horaires sur la vie familiale et sociale, le sommeil, et même la santé, de par leur nature, ne sont pas aisément perceptibles par qui que ce soit au sein de l'hôpital [...] »<sup>12</sup>*

Madeleine Estry-Béhar, praticien hospitalier en médecine du travail à l'APHP et ergonome a été responsable pour la France de l'étude PRESST-NEXT<sup>13</sup>. Dans un chapitre consacré à la compensation de la pénibilité des horaires de travail, elle expose les contraintes imposées par certains horaires pratiqués à l'hôpital<sup>14</sup>.

*« Les horaires de travail atypiques peuvent être acceptés par les soignants pour mieux gérer leur équilibre vie de famille-vie de travail et, en particulier, pour résoudre des difficultés de garde des enfants. Mais ce volontariat ne réduit pas les conséquences sur le manque de sommeil ni l'influence négative sur leur bien être.*

*Le rôle du manque de sommeil sur les erreurs ne peut être ignoré. Des compensations spécifiques à la pénibilité du travail de nuit doivent être développées, autant pour le bien-être des soignants que pour la qualité des soins qu'ils sont à même de délivrer.*

*L'organisation du travail réduisant les transmissions pour permettre la mise en place de RTT a une influence très néfaste sur la satisfaction professionnelle et est liées au départ des soignants. La crainte pour la qualité des soins a une influence majeure, même si les soignants disent que le RTT a facilité leur vie personnelle. »*

Il est indiqué dans le même ouvrage que l'acceptation des horaires atypiques n'est pas le résultat d'une volonté réelle mais d'un compromis pour maintenir un équilibre fragile entre vie au travail et vie hors travail. Ce compromis se fait au détriment de la santé des soignants qui acceptent les troubles (sommeil, alimentation...) dont ils sont victimes. Les facteurs influant sur le choix de départ du service voire de la profession sont liés à la satisfaction au travail et les horaires en sont un élément important.

---

<sup>12</sup> Villate, R., Gadbois, C., Bourne, J.-P., Visier L. (1993). Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital. Faire siens les outils du changement. Interditions, p.134-135.

<sup>13</sup> L'étude Européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail – Nurses'Early Exit Study) s'est déroulée entre 2004 et 2006 au sein de 10 pays européens : Allemagne, Belgique, Finlande, France, Grande-Bretagne, Italie, Pologne, Pays-Bas, Slovaquie et Suède. Son objectif était double : identifier les causes de l'abandon prématûr de leur profession par les soignants paramédicaux hospitaliers, proposer des pistes de réflexion pour prévenir ce phénomène.

<sup>14</sup> Estry-Béhar, M., (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), p. 211.

## I.4-4 Les questions soulevées par le projet

La littérature scientifique annonce que travailler en horaires atypiques a des conséquences à la fois sur les rythmes biologiques humains, sur les rythmes sociaux et sur l'efficience au travail.

Le présent rapport permet d'éclairer l'évolution des conditions de travail prévisible et les mesures à prendre.

De nombreux articles de lois définissent la réglementation du temps de travail (quotidien, hebdomadaire, ...).

Le chapitre II présente un éclairage sur les différentes dispositions légales relatives au temps de travail maximal ainsi que celles prévues spécifiquement dans la fonction publique hospitalière.

De plus, la MeaH (dépendant du ministère de la santé) a proposé différents aspects concernant la mise en place d'un planning de travail en 12h.

**Comment le planning projeté intègre les différentes recommandations et obligations légales ?**

Une demande particulièrement forte, de la part à la fois de la direction et des membres du CHSCT, a porté sur le recueil des points de vue des agents concernés par le projet. Nous consacrons le chapitre III aux résultats de notre enquête auprès des salariés rencontrés (infirmiers et aides soignants). **Comment se positionnent les agents par rapport à ce projet ? Qu'est-ce qui motive leur position ?**

Pour comprendre comment les conditions de travail pourraient évoluer dans le cadre de la mise en place du projet, il est nécessaire de faire le point sur les conditions de travail actuelles.

**Quelles sont les caractéristiques du travail des soignants concernés par le projet ? Est-ce l'adéquation entre la vie au travail et hors travail est identique pour tous les soignants ?**

Ainsi, le chapitre IV présente les conditions de travail actuelles sous l'angle de la temporalité (biologique, sociale et du travail).

De la même façon, le chapitre V pose le diagnostic des évolutions attendues sous ce même angle. **Quels sont les impacts sur la santé physique et psychique ? Quelles évolutions le projet amène dans la répartition entre la vie au travail et la vie hors travail des soignants concernés ? Comment les 12h influeront sur l'efficience au travail des salariés tout au long de leur service ?**

**Les évolutions générées par le projet vont-elles modifier les risques professionnels ? Est-ce que ces risques seront majorés ou minorés ?** Ces évolutions sont présentées dans le chapitre VI.

Enfin, en conclusion, **comment l'employeur, à travers ce projet, répond à ses obligations légales de prévention de la santé et de la sécurité de ses salariés ? Quels enseignements doit-on tirer des situations de référence (services en 12h) ?**

Le chapitre VII apporte un bilan des éléments décrits dans le présent rapport et engage des pistes de réflexions.



**II -**

**LE PROJET D'UN TRAVAIL EN 12H : ASPECTS  
RÉGLEMENTAIRES ET PRÉCONISATIONS DE LA  
MEAH**



## II-1. LA RÉGLEMENTATION SUR LE TEMPS DE TRAVAIL

En droit français, il existe un principe fondamental de hiérarchie des normes : toute norme juridique reçoit sa validité de sa conformité à une norme supérieure, formant ainsi un ordre hiérarchisé.

La superposition des normes (Constitution, lois, règlements, circulaires) acquiert ainsi une forme pyramidale.

Bloc de constitutionnalité

Bloc de conventionnalité

Bloc de légalité

Principes généraux du droit

Règlement (Décret · Arrêté)

Actes administratifs (Circulaire · Directive)

Ainsi, la norme la plus inférieure (un contrat par exemple) doit être conforme avec la totalité des règles qui lui sont supérieures.

### II.1-1 En préambule : La législation sur le temps de travail, un objectif protecteur de la santé des salariés

La législation en matière de temps de travail est ancienne<sup>15</sup>; la première loi votée le 23 avril 1919, limitait la durée générale quotidienne du travail à 8 heures et la durée hebdomadaire à 48 heures, suivant en cela un accord international de l'OIT.

Elle faisait suite à une loi de 1848 limitant la journée de travail à 12 heures pour les enfants, celle de 1892 abaissant la durée du travail pour les femmes et les enfants et celle de 1906 sur le repos dominical.

L'ensemble de ces lois est basé sur la protection de la santé des travailleurs. Les plus récentes interventions en matière de réglementation du temps de travail sont encore prises sur le fondement « *des prescriptions minimales visant à promouvoir notamment l'amélioration du milieu du travail, afin de garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs* ».<sup>16</sup>

Au delà de l'introduction sur l'origine et les principes de la réglementation relative au temps de travail, les règles du droit du travail français ont pour objectifs l'amélioration de la protection de la santé des salariés. C'est au travers de « cette grille de lecture » que nous examinerons les modifications du système horaires des soignants du service des urgences de l'hôpital Beaujon.

---

<sup>15</sup> Alain CHATRIOT, Patrick FRIDENSON, Eric PEZET : La réduction du temps de travail en France entre réglementation tutélaire et négociation encadrée (1814-1978). Revue de l'IRES n° 42 - 2003/2

<sup>16</sup> Directive 93/104 de 1993 par l'UE introduisant le repos des 11 heures pour des motifs de préservation de santé des travailleurs.

## II.1-2 Le cadre réglementaire

### *La durée quotidienne de travail*

L'article L. 3121-34 du Code du Travail (anciennement L. 212-1 al. 2) prévoit que « *la durée quotidienne du travail effectif par salarié ne peut excéder dix heures, sauf dérogations accordées dans des conditions déterminées par décret* ».

L'article D. 3121-19 du Code du Travail (anciennement D. 212-16) précise qu' « *une convention ou un accord collectif de travail étendu ou un accord collectif d'entreprise ou d'établissement peut prévoir le dépassement de la durée maximale quotidienne de travail à condition que ce dépassement n'ait pas pour effet de porter cette durée à plus de douze heures.* »

L'article D. 3121-15 du Code du Travail (anciennement D 212-12) autorise le dépassement de la durée quotidienne maximale du travail effectif dans le cas où un surcroît temporaire d'activité est imposé. L'inspecteur du travail se prononce sur la dérogation au vu de la demande motivée de l'employeur et de l'avis du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel. (Article D. 3121-16, anciennement D. 212-13)

### *La durée hebdomadaire du travail*

La durée légale du travail effectif des salariés est fixée à trente-cinq heures par semaine civile selon l'article L. 3121-10 du Code du Travail (anciennement Art. L. 212-1).

L'article L. 3122-9 du Code du Travail (anciennement L. 212-8) précise qu' « *une convention ou un accord collectif de travail étendu ou une convention ou un accord d'entreprise ou d'établissement peut prévoir que la durée hebdomadaire du travail peut varier sur tout ou partie de l'année à condition que, sur un an, cette durée n'excède pas un plafond de 1 607 heures.* » .

L'article L. 3121-36 du Code du Travail (anciennement L. 212-7) indique les limitations suivantes : « *La durée hebdomadaire de travail calculée sur une période quelconque de douze semaines consécutives ne peut dépasser quarante-quatre heures. Un décret pris après conclusion d'une convention ou d'un accord collectif de branche peut prévoir que cette durée hebdomadaire calculée sur une période de douze semaines consécutives ne peut dépasser quarante-six heures.* » Ce même article précise qu' « *à titre exceptionnel dans certains secteurs, dans certaines régions ou dans certaines entreprises, des dérogations applicables à des périodes déterminées peuvent être apportées à la limite de quarante-six heures.* »

L'article R. 3121-21 du Code du Travail (anciennement R. 212-5) précise que « *les dérogations à la durée maximale hebdomadaire prévues au second alinéa de l'article L. 3121-35 et au troisième alinéa de l'article L. 3121-36 ne peuvent être accordées que pour une durée expressément fixée par l'autorité compétente.* »

Il y a donc, sauf dérogations prévues par les articles L. 3121-52, L. 3121-53 et L. 3122-47 (anciennement L. 212-2), une double limitation : 46 heures sur une semaine et 44 heures sur une période de 12 semaines consécutives.

L'article L. 3121-52 du Code du Travail (anciennement L. 212-2) indique les modalités de dérogation à la durée hebdomadaire maximum du travail : « *Des décrets en Conseil d'État déterminent les modalités d'application des articles L. 3121-5, L. 3121-10 et L. 3121-34 pour l'ensemble des branches d'activité ou des professions ou pour une branche ou une profession particulière.* »

L'article L. 3122-47 du Code du Travail (anciennement L. 212-2) indique qu' « *il peut être dérogé par convention ou accord collectif de travail étendu ou par convention ou accord d'entreprise ou d'établissement aux dispositions des décrets mentionnés à l'article L. 3121-52 relatives à*

- 1) *A l'aménagement et à la répartition des horaires de travail à l'intérieur de la semaine ;*
- 2) *Aux périodes de repos ;*
- 3) *Aux modalités de récupération des heures de travail perdues lorsque la loi permet cette récupération.*

*En cas de dénonciation ou de non-renouvellement de ces conventions ou accords collectifs, les dispositions de ces décrets auxquelles il avait été dérogé redeviennent applicables. »*

A titre exceptionnel, le ministère du travail peut autoriser jusqu'à 60 heures maximum de travail. Cette autorisation nécessite une demande motivée de l'employeur ou de l'organisation patronale accompagnée de l'avis des organisations syndicales ou des représentants du personnel. Suivant le cas, la décision est prise soit par le ministre chargé du travail, soit par le directeur régional ou départemental du travail ou par l'inspecteur du travail. Cette autorisation peut prévoir des contreparties. Est-ce que l'employeur a réalisé cette demande motivée ? A-t-il recueilli l'avis des organisations syndicales ?

## **II.1-3 Temps de travail dans la fonction publique hospitalière**

### *Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002*

Le cadre législatif en matière de réglementation du temps de travail connaît quelques dérogations comme mentionnées au paragraphe précédent. Ce cadre légal seul ne suffit pas. Il convient d'étudier la réglementation correspondant à la fonction publique hospitalière, branche dont dépend l'APHP. Le décret étudié, relatif au temps de travail et à l'organisation du temps de travail, définit les règles légales s'appliquant aux établissements hospitaliers de la fonction publique hospitalière. Il définit dans un premier temps les personnels soumis à des sujétions spécifiques<sup>17</sup>.

#### *- Les agents en repos variables*

Les agents qui travaillent au moins 10 dimanches ou jours fériés dans l'année civile sont appelés agents en repos variable. Pour ces personnels, la durée annuelle du travail effectif est réduite à 1 582 heures hors jours de repos supplémentaires. Les agents en repos variables qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires.

#### *- Les agents travaillant exclusivement de nuit*

Les agents qui effectuent au moins 90% de leur temps de travail annuel en travail de nuit sont des agents travaillant exclusivement de nuit. Pour ces personnels, la durée annuelle du travail effectif est réduite à 1 476 heures<sup>18</sup> hors jours de repos supplémentaires.

---

<sup>17</sup> Article 2 du décret 2002-9 du 4 janvier 2002.

<sup>18</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004. Cette durée était auparavant réduite à 1560 heures.

L'article 6 de ce même décret énonce les garanties que doit respecter l'organisation du travail :

- « *La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48h* »
- « *Les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12h consécutives minimum et d'un repos hebdomadaire de 36h consécutives minimum.* »
- « *Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutives, dont un dimanche. »*

L'article 7<sup>19</sup>, quant à lui, définit les règles applicables à la durée quotidienne de travail. Ces règles sont les suivantes :

- « *En cas de travail continu, la durée quotidienne du travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement, ou du comité technique paritaire, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée ne puisse dépasser 12 heures. »*

## **II.1-4 Synthèse de la réglementation sur le travail en 12h**

De ces extraits légaux nous pouvons retenir que le travail en 12h et le roulement 60h puis 24h est loin de constituer la norme. En ce qui concerne la durée quotidienne de travail, la loi prévoit un maximum de 10h. Le travail en 12h ne peut être autorisé qu'en cas d'accord de branche ou sur demande faite à l'inspection du travail. Il s'agit donc d'une mesure exceptionnelle.

La durée hebdomadaire maximum est de 44h par semaine. Le travail en 60 heures (5 jours effectués en 12h dans la semaine) est donc très largement supérieur au maximum légal. Pour cette disposition encore, seule une dérogation permet d'accéder à un tel volume horaire.

En considérant la particularité du secteur hospitalier, la réglementation concernant cette branche ne permet le travail en 12h que par dérogation. Le volume horaire de 9h pour les salariés travaillant de jour et 10h pour les salariés travaillant de nuit reste « la norme ». L'exception des 12h peut être accordée (dérogation de la loi) pour ce secteur d'activité « lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence ». Il appartient à une instance comme le CTLE de se prononcer sur ces contraintes et si les conditions exposées justifient les 12 heures y correspondent.

Le travail en 12h organisé selon une alternance de 5 jours puis 2 jours travaillés au cours de la semaine (permettant une semaine de repos complète) déroge doublement à la règle légale en matière de temps de travail. En effet, elle dépasse à la fois la durée quotidienne ainsi que la durée hebdomadaire de travail.

**Afin de protéger la santé, les dérogations sont accordées que dans des cadres spécifiques. Élaborer un mode d'organisation qui utilise au maximum chacune des limitations (dérogations sur le temps de travail quotidien et hebdomadaire) revient à créer une norme à partir de dispositifs prévus pour de l'exceptionnel.**

---

<sup>19</sup> Modifié par le Décret n°2007-826 du 11 mai 2007 – art. 3 JORF 12 mai 2007.

## II-2. LA PLANIFICATION DU TRAVAIL EN 12H SELON LA MEAH<sup>20</sup>

La Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (Meah) « *a été créée en mai 2003 dans le cadre du Plan Hôpital 2007. Rattachée au Ministère de la santé (DHOS), elle aide les établissements de santé publics et privés à améliorer leur organisation<sup>21</sup>.* »

Elle a développé notamment des modules de formation à destination des cadres des hôpitaux au sujet de la planification des ressources au regard de l'activité.

Dans le module de formation sur l'élaboration des plannings<sup>22</sup>, la Meah précise que pour réaliser des plannings en 12h (roulement et cycles) il convient de prendre en compte certains points (dont la liste suivante n'est pas exhaustive) :

- Éviter impérativement 3 jours de 12h d'affilée
- Avoir des périodes de repos (RH, RTT, et/ou récup) longues
- Intégrer les préférences des salariés quant à la structure des rythmes de travail et des repos
- Intégrer les contraintes particulières du personnel (poste aménagé lié à une limitation d'aptitude par exemple)

Un des modules de formation présente également les intérêts et limites de deux formules d'aménagement du temps de travail : celle actuellement présente aux urgences et celle prévue dans le projet<sup>23</sup>.

Ces éléments sont présentés dans le tableau ci-après.

---

<sup>20</sup> Mission d'expertise et d'audit Hospitalier

<sup>21</sup> Extrait de : <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=1062>

<sup>22</sup> MODULE 3 : Méthodologie et outils d'élaboration des roulements et plannings  
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=1366>

<sup>23</sup> MODULE 2 : Planifier ses ressources au regard de l'activité. Temps des soignants, chantier déploiement (<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=1366>)

FORMULES D'ATT	CARACTÉRISTIQUES	INTÉRÊT ET LIMITES	PÉRIODES DE RÉFÉRENCE
<b>Journée en postes longs (en 12h ou entre 11h et 12h)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation du travail sur la base de poste de 11h à 12 h le jour (selon l'intégration ou non des temps de repas en temps effectif).</li> <li>- La nuit peut être organisée sur le même mode ou sur des postes de 10 h.</li> <li>- Dans le cadre de cette formule, la notion de RTT n'a plus grand sens. Elle est remplacée par le nombre de jours de récupération pour aménagement du temps (5 h à récupérer à chaque fois que l'on travaille en 12 h).</li> <li>- Nota : il est possible de combiner des postes longs avec des postes courts (exemple : 6 h, 7 h, 8 h)</li> <li>- Cette formule d'ATT a tendance à se développer cf. infra horaires alternants</li> </ul>	<p><b>Intérêt des horaires longs ou en 12 h</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conséquence pratique de ce type d'horaire : 1 WE travaillé sur 3 en période normale, 1 WE travaillé sur 2 en période de CA si le nombre de postes est le même en semaine et le week-end.</li> <li>- Plus facile à gérer en cas d'absentéisme.</li> <li>- Meilleure coordination et prise en charge du patient sur la journée : 1 IDE encadre toute la journée.</li> <li>- Environ 125 à 145 jours travaillés par an (selon les références annuelles applicables).</li> <li>- Avantage économique : moins de trajets pour le salarié, moins consommateur d'effectif.</li> <li>- Plannings permettant une meilleure conciliation avec la vie personnelle</li> <li>- Évite la transmission en milieu de journée : gain de temps redistribué pour les soins ou pour les conditions de travail des personnels.</li> </ul> <p><b>Limites ou Inconvénients des postes en horaires longs ou en 12 h</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Postes longs plus difficiles et plus pénibles</li> <li>- Roulements à bâtir si possible sur des séquences de maximum 2 jours de travail pour limiter la pénibilité.</li> <li>- Question des transmissions nuit/jour et jour/nuit parfois plus compliquée, notamment quand il y a sectorisation (ce qui est relativement fréquent).</li> <li>- Nécessité d'avoir de bons outils et pratiques de transmissions</li> </ul>	<b>Journée Semaine</b>

## II-3. LE PLANNING CIBLE : ANALYSE AU REGARD DES APPORTS ATTENDUS DU PROJET ET DES PRINCIPES RÉGLEMENTAIRES

### II.3-1 Pas de planning de type « projet »

Le projet de mise en place des 12h au sein du service des urgences a été présenté au CHSCT avec un planning cible qui a évolué depuis.

Selon la responsable projet « *le fonctionnement en 12 heures nécessite un calcul qui correspond à multiplier le nombre de postes de travail (soient 5) par 2.80. Ce qui implique le maintien du nombre d'effectifs actuels 30 infirmiers qui seront à repartir sur les 2 équipes en fonction de la charge de travail (16 sur l'équipe de jour et 14 sur équipe de nuit à déterminer*<sup>24</sup> »

Nous avons donc demandé le nouveau planning projet intégrant l'organisation cible des 12h avec l'effectif infirmier prévu (16 IDE l'après-midi et 14 la nuit). La direction affirmant que le passage des AS en 12h ne s'effectuerait que dans un second temps, leur planning n'est donc pas élaboré.

Le planning des infirmiers qui nous a été fourni (qui se trouve en annexes 1 et 2 de ce rapport, les noms des agents ayant été rendus anonymes) est celui du mois de janvier 2008 dans le cas où le projet serait mis en place au 15 décembre 2008.

Ce planning présente l'alternance des jours de travail et de repos de 13 IDE de jours sur la plage horaire 7h-19h, 6 IDE de jour sur la plage horaire 9h-21h et 14 IDE de nuit de 19h à 7h. Les désideratas de certains salariés concernant leur cycle de travail ont été intégrés dans le planning (par exemple : ne pas travailler plus de 2 jours consécutifs), ce qui explique pourquoi la semaine (ou 7 jours consécutifs) de repos ne fait pas partie du planning de chaque salarié.

Lors de la construction du planning en 12h pour le mois d'octobre, 3 IDE étaient maintenus en horaires d'équipe du matin, et ce, selon la responsable projet, jusqu'au 31 décembre 2008. Ce maintien était une forme de période de « réflexion » pour ces 3 IDE à la fin de laquelle la Direction demandait de se positionner sur un passage en 12h aux urgences ou leur départ du service. Une question soulevée par le planning de janvier qui nous a été fourni porte sur cette « période d'essai » car les 3 IDE en question sont présentés comme travaillant en 12h (horaires 7h-19h) dès le 15 décembre 2008.

**La période d'essai est-elle supprimée pour ces trois salariés ?** Le CHSCT pourrait s'enquérir de la question afin de déterminer les raisons de ces nouvelles dispositions.

**Le planning du mois de janvier n'est donc pas un document de type « projet »** car il présente 19 IDE de jours et 14 IDE de nuit ce qui n'est pas l'effectif cible prévu. Ainsi, le calcul des effectifs présents par tranche horaire qui est présenté n'est pas une simulation de l'effectif dans la situation projetée. La simulation aurait du porter sur 2 situations types :

- Lors des périodes de congés
- Hors périodes de congés

Ces situations cibles devraient intégrer également l'absentéisme moyen du personnel infirmier des urgences.

Sans ces éléments, il n'est pas possible de déterminer comment s'effectuera la répartition de l'effectif au cours du temps et comment les différents types de repos pourront s'intégrer lors

---

<sup>24</sup> Extrait de l'entretien avec la responsable projet du 15 octobre 2008.

des périodes de congés. D'autant qu'actuellement, cette période est reconnue comme particulièrement difficile pour la gestion des plannings tant dans le service urgences que dans les services en 12h.

## II.3-2 Analyse du planning selon les gains attendus du projet

Le planning du mois de janvier qui nous a été remis peut néanmoins constituer une première base d'étude de la situation cible.

En effet, si on supprime arbitrairement du planning les 3 IDE qui, au départ, voulaient une période d'essai, nous obtenons une équipe de jour composée de 16 IDE, soit l'effectif prévu dans l'organisation cible.

Dans ce planning reconstitué, une particularité porte sur 2 IDE qui sont absents tout le mois (en AR). Cette situation est donc une situation à évaluer comme une situation particulière mais non exceptionnelle car elle intègre, d'une certaine façon, l'absentéisme moyen des infirmiers.

Aux urgences de l'hôpital Beaujon, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 septembre 2008, 207 jours d'arrêt sont dénombrés en raison d'accident du travail et 470 pour maladie ordinaire.

*Tableau 1 : Extrait du document "Absentéisme accidents du travail et maladie ordinaire du 01/01/2008 au 30/09/2008<sup>25</sup>" – données concernant les urgences de Beaujon*

EFFECTIF PHYSIQUE	NOMBRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL	NOMBRE DE JOURS AT	DUREE MOYENNE ARRET	NOMBRE D'AT/NB PERS PHYSIQUES	NOMBRE D'ARRET MALADIE ORDINAIRE	NB DE JOURS ARRET MALADIE	DUREE MOYENNE ARRET	NB ARRET MALADIE/NB PERSONNES PHYSIQUES
73	17	207	12,2	0,23	69	470	6,8	0,95

L'effectif total concerné par ces données est de 73 salariés (toutes professions confondues) ; les infirmiers étant au nombre de 30, le nombre d'arrêt de ces derniers peut être estimé à 278 jours<sup>26</sup> répartis sur les 9 mois concernés. Ainsi, le nombre de jours d'arrêt moyen cumulés peut être estimé à 31 jours par mois (répartis sur l'ensemble des infirmiers), ce qui équivaut, chaque mois, à l'absence de 2,5 IDE travaillant 12 jours par mois (cas de l'organisation projetée).

Parmi les attendus du projet, un point majeur, cité par la direction, est celui de l'effectif minimal :

- « L'effectif en place permet de garantir la présence de 5 IDE de jour et 5 IDE de nuit, dans le cadre de ce roulement, ce qui n'est pas assuré par l'organisation actuelle<sup>27</sup> ».

Or, le planning avec les 16 agents de jours présente un nombre d'IDE présents pouvant varier de 4 entre 9h00 et 19h00 à 3 entre 7h00 et 9h00.

<sup>25</sup> Extraction des données liées aux urgences – document remis par la direction de Beaujon

<sup>26</sup> Inférence tirée du calcul suivant :  $(470+207)*30/73$

<sup>27</sup> Extrait du document de présentation du projet au CHSCT le 15 septembre 2008.

*Figure 1 : Présence projetée des IDE des urgences au mois de janvier 2008 dans le cas du passage en 12h*

Dates	j	v	s	d	l	m	m	j	v	s	d	l	m	m	j	v	s	d	l	m	m	j	v							
	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
7H->9H00	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	6	4	3	6	6	5	4	4	5	4	3	3	4	5	5	4	4	6
9H00->19H00	4	6	6	4	4	6	6	5	6	6	7	6	6	5	6	9	9	6	5	8	8	5	4	4	6	7	6	4	6	8
19H00->21H00	1	1	1	1	1	3	2	1	2	2	3	2	1	1	3	3	3	1	1	4	3	1	1	1	2	2	1	0	2	2
19H00->21H00 (jour et nuit)	6	6	6	7	7	8	7	7	8	8	8	7	7	7	9	8	8	6	6	9	8	7	7	7	7	7	6	9	9	

**Le passage en 12h ne garantit donc pas un effectif minimal à 5.** Toutefois, l'effectif moyen entre 9h00 et 19h00 prévu sur le mois de janvier d'après la figure ci-dessus est de 5,92 IDE présents par jour. Et, selon le planning de l'équipe de nuit qui nous a été fourni, 5,43 IDE de nuit sont prévus en moyenne au mois de janvier. Ces valeurs moyennes sont relativement plus élevées qu'actuellement.

*Tableau 2: Effectif réel moyen des mois de juin et septembre 2008*

	Matin	Après-midi	Nuit
<b>Effectif moyen en juin</b>	4,9	5,3	4,2
<b>Effectif moyen en septembre</b>	4,8	5,0	4,2

Il est à noter que certains agents, ayant connu ou pratiquant le travail en 12h à Beaujon, cumulent un nombre d'heures de récupération qu'ils estiment important (plus de 100h par exemple). Selon eux, ces heures sont difficiles à poser dans les plannings en 12h et certains ont eu recours au paiement d'une partie de ces heures. Ces heures accumulées sont majoritairement issues des remplacements en heures supplémentaires afin de palier les absents.

Actuellement, le recours au pool ne semble pas permettre de palier suffisamment aux absences. **Or, en 12h, il semble primordial que le pool soit disponible car les heures supplémentaires effectuées par les agents créent des conditions de travail défavorables et pourraient générer un temps de travail hebdomadaire en dehors du cadre réglementaire.**

### II.3-3 Le planning au regard de la réglementation et des recommandations de la MeaH

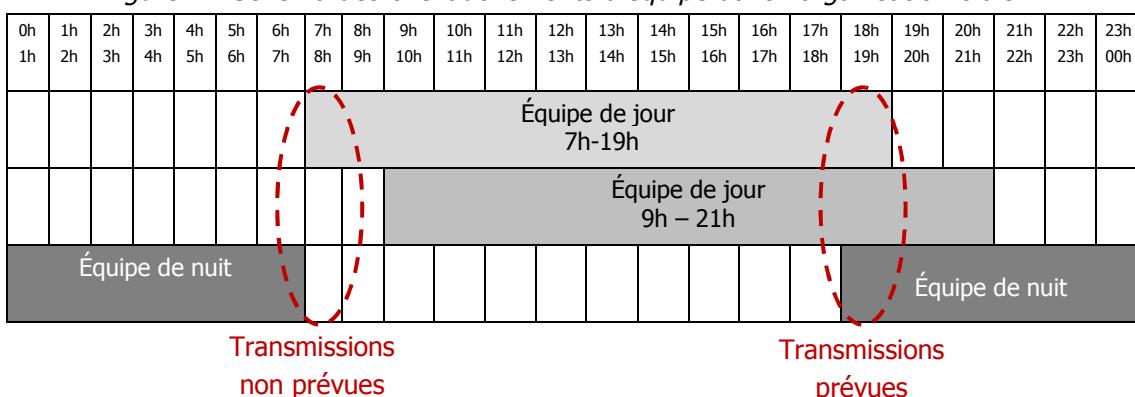
Le projet, bien qu'il soit notamment motivé par des avantages relevés par la MeaH concernant le fonctionnement en horaires de 12h de travail, ne suit pas ses recommandations dans la construction du planning. En effet, la MeaH précise qu'il convient d' « **éviter impérativement 3 jours de 12h d'affilée** »<sup>28</sup>. Or, le projet utilise comme organisation fixe le roulement entre 3 jours et 2 jours travaillés.

Du point de vue réglementaire, la durée du travail ne peut excéder 12h selon la dérogation accordée. Or, l'organisation des transmissions dans la situation cible va obligatoirement augmenter le temps de travail quotidien.

<sup>28</sup> <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=1366> module de formation n°3, page80.

En effet, le projet d'organisation du travail en 12h prévoit une organisation basée sur 3 équipes (2 équipes de jour et 1 équipe de nuit) dont le chevauchement des horaires est prévu comme suit :

*Figure 2 : Schéma des chevauchements d'équipe dans l'organisation cible*



Les transmissions entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour dans l'organisation cible ne sont pas prévues. Cela correspond à ce qui est effectué actuellement entre l'équipe de nuit et l'équipe du matin (la première finit le travail à 7h, heure à laquelle commence l'équipe du matin). Ce sont donc les infirmiers qui actuellement arrivent plus tôt ou partent plus tard pour effectuer ces transmissions.

Le temps de travail lié aux transmissions du matin n'est pas prévu mais pour autant, cette activité est attendue de la part des responsables.

L'absence de temps prévu pour les transmissions du matin est d'autant plus pénalisante pour les salariés que les temps d'habillage et de déshabillage (de 10 minutes) ne sont pas non plus, selon le planning prévisionnel, intégrés dans le temps de travail<sup>29</sup>.

Pour intégrer ces temps d'habillage et de déshabillage, les infirmiers et aides soignants de nuit doivent partir des urgences à 6h50 et ceux du matin arriver à 7h10, soit 20 minutes pendant lesquelles aucun de ces soignants ne serait présents pour les patients des urgences.

Ces salariés sont donc dans l'obligation de transgresser la loi en travaillant plus de 12h. La direction ne demande pas cette transgression, mais reporte la responsabilité de cette transgression sur les salariés, ces derniers devront prendre de nouveau sur leurs ressources personnelles (physique, psychique et sociale) pour assurer le travail dans les meilleures conditions pour les patients.

**Ainsi, dans la situation cible, les temps de transmission et d'habillage (déshabillage) cumulés amèneront les salariés à travailler plus de 12h quotidiennement, ce qui, en plus d'être un temps de travail non rémunéré, est une non-conformité avec le code du travail.**

<sup>29</sup> « Lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme temps de travail effectif. » Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 – article 5.

**III -**  
**POINT SUR LES ATTENTES DES AGENTS**  
**RELATIVES AU PROJET**



L'objectif de ce chapitre est de connaître l'opinion de chacun des soignants interrogés quant à l'organisation projetée. Chaque salarié vit ce projet de réorganisation au regard de sa propre histoire. C'est la raison pour laquelle, de nombreux éléments retiennent notre attention. Le projet est vécu au regard du travail (ce qu'il nécessite et ce qu'il exige) mais également au regard des aspects sociaux et familiaux, ces différents éléments faisant partie d'un équilibre de vie.

Les salariés nous ont exposés en entretien leur avis sur le projet et les motivations de ce positionnement qui feront l'objet de deux développements distincts lors de ce chapitre.

## **III-1. LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE**

### **III.1-1 Les résultats par métier**

La population concernée par le projet de passage en 12h au service des urgences de l'hôpital Beaujon est constituée d'infirmiers et d'aides-soignants. Les résultats présentés ci-dessous font état des avis des agents sur le projet par métier. Ces avis ont été catégorisés en « favorable » et « défavorable »

Sous le terme « favorable » nous avons regroupé les avis des agents qui souhaitent que le projet soit mis en place.

Sous le terme « défavorable », nous avons regroupé les avis des agents qui ne souhaitent pas que ce projet soit mis en place. Ils pensent que cette organisation ne conviendrait pas aux urgences. Toutefois, certains de ces agents se disent prêts à essayer cette nouvelle organisation avant de prendre une décision (quitter le service si cette organisation ne leur convient pas par exemple).

Le terme « pas d'avis » correspond à la position de soignants qui ont choisi de ne pas se prononcer.

Ces avis correspondent à ceux formulés par les agents au moment des entretiens et non au moment de la présentation du projet. En effet, la vie de certains soignants a évolué ce qui les a conduit à revoir leur jugement.

*Tableau 3 : Avis des soignants par métier*

	Favorable et/ou pas d'avis	Défavorable	Total
IDE	32% (10)	68% (21)	100% (31)
AS	27% (4)	73% (11)	100% (15)
Total	30% (14)	70% (32)	100% (46)

**Ces premiers résultats permettent de voir que les soignants sont majoritairement « défavorables » (70%) au projet de passage en 12h.** Les aides-soignants et les infirmiers obtiennent des résultats très proches. 68% des infirmiers et 73 % des aides-soignants sont défavorables au projet et 32% des infirmiers et 27% des aides-soignants sont favorables au projet. **Tous métiers confondus, 30% des soignants sont favorables au projet.**

### III.1-2 Les résultats par équipe

Une répartition plus précise des résultats pourrait compromettre la confidentialité et l'anonymat que nous avons garantis aux salariés rencontrés. C'est la raison pour laquelle, les résultats par équipes seront présentés en regroupant équipe de nuit et du matin sous une première catégorie et l'équipe d'après-midi et les salariés déjà sous le régime des 12 heures sous une seconde.

*Tableau 4 : Avis des soignants par équipe*

	Favorable et/ou pas d'avis	Défavorable	Total
Équipes du matin et de nuit	7% (2)	93% (27)	100% (29)
Équipes de l'après-midi et de jour (12h)	71% (12)	29% (5)	100% (17)
Total	30% (14)	70% (32)	100% (46)

À la lecture de ce tableau, nous pouvons voir qu'une nette différence s'affirme : **les soignants des équipes du matin et de la nuit sont très majoritairement défavorables au projet (93%), les soignants de l'équipe de l'après-midi et ceux qui travaillent actuellement en 12 heures aux urgences y sont majoritairement favorables (71%)**. Notons tout de même qu'un tiers d'entre eux expriment être défavorables.

Par ailleurs, les résultats obtenus par les équipes « après-midi » et « 12 heures » méritent d'être nuancés. En effet, l'équipe d'après-midi a été principalement embauchée avec la promesse d'un passage prochain en 12 heures et les salariés ayant expressément demandé à travailler en 12 heures y sont évidemment favorables. Les autres équipes, en revanche, concentrent des profils divers.

### III.1-3 Les résultats par expérience métier

Afin de déterminer « l'expérience métier » des salariés, nous leur avons demandé quelle était l'ancienneté dans leur métier actuel. Nous avons calculé l'expérience métier médiane de cette population (5,75 ans). Ceci nous permettait de partager la population en deux : la moitié de la population ayant moins de 5,75 ans d'expérience, l'autre moitié ayant plus de 5,75 ans. Nous avons considéré comme « expérimentés » les soignants ayant au moins 6 années d'expérience et comme « moins expérimentés » ceux qui ont 5 années et moins.

*Tableau 5 : Avis des soignants par expérience*

	Favorable	Défavorable	Total
Soignants expérimentés	16% (4)	79% (19)	100% (24)
Soignants moins expérimentés	41% (9)	59% (13)	100% (22)

Si l'avis des « moins expérimentés » est partagé (41% favorables et 59% défavorables), celui des « expérimentés » est nettement tranché. Ces derniers sont majoritairement contre le projet (79%).

En regardant le profil des soignants favorables, nous pouvons nous apercevoir que 40% de ces soignants sont « moins expérimentés » contre 16% d'« expérimentés ». **Au regard de ces résultats, il semble que l'expérience joue un rôle dans la prise de position face au projet.**

Il est à signaler que parmi les « nouveaux » embauchés (contrats déjà signés en 12 heures) certains soignants, souhaitant rester anonymes, nous ont dit être finalement contre le projet des 12 heures. En effet, confrontés au rythme particulier des Urgences, ils signalent que la fatigue en fin de service est actuellement déjà importante et ne savent pas comment ils pourraient « tenir » en 12 heures.

## III-2. LES ATTENTES DES AGENTS EN MATIÈRE DE RÉORGANISATION

### III.2-1 Les attentes des agents favorables au projet

#### *Augmentation de la qualité de la vie sociale et familiale*

Une partie des soignants espère que le passage en 12 heures leur permettra de voir plus souvent leurs enfants ou conjoints grâce aux jours de repos récupérateurs.

Ils espèrent également pouvoir mieux organiser leur vie familiale. Un IDE nous signale que les horaires du 12 heures « *collent aux horaires de [sa] nourrice* ». En effet, finir plus tôt, lui permettra d'aller chercher son enfant. Le matin, le conjoint accompagnera l'enfant chez la nounou.

Les soignants évoquant que leurs horaires actuels sont décalés (par rapport à des horaires de bureau) souffrent de ne pas voir d'amis, de sortir en famille ou de faire de sport. « *6 jours sur 7 j'ai mes horaires décalés et ne peut rien faire en dehors. Ma vie sociale est décalée de celle de mon ami* ».

Pour les salariés de l'après-midi, ils subissent plus fortement ce décalage, leur vie personnelle se trouvant impactée par leurs horaires décalés.

« *L'Après-midi, c'est la plus forte charge alors qu'on a les mêmes moyens en matériel et en personnel. [...] Cet horaire, c'est finir à 21h30. On est fatigué, il faut se désénerver et dîner. On dort à 00h00 et se réveille à 9h30. Le temps personnel est entre 10h30 et 12h00 (ménage, lessive, linge). Après on déjeune avant de prendre le travail à 13h40.* »

« *Comment on peut s'épanouir dans sa vie personnelle quand on passe tout son temps au travail et qu'au travail on ne peut plus assurer ?* »

Cet impact est d'autant plus renforcé que le cycle de travail est basé sur une alternance entre une grande semaine et une petite semaine :

- La grande semaine : 6 jours de travail sur 7
- La petite semaine : 3 jours de travail sur 7 (2 jours en semaine + le week-end)

La « grande semaine » est évoquée par de nombreux soignants comme un aspect particulièrement pénible du travail en 7h. « *On ne vit pas ! [Pendant la grande semaine]* » « *On est souvent là, la semaine de 6 jours me donne l'impression de ne faire que bosser et rien*

*d'autre* ». Ils voient dans le 12 heures un moyen de ne plus venir 6 fois de suite en une semaine comme c'est le cas actuellement.

Ils souffrent d'un temps de repos insuffisant car leur jour de repos est consacré à la fois à une récupération de la fatigue accumulée et à la réalisation des tâches domestiques. « *C'est pas du temps personnel, c'est pas un vrai repos* ».

### *Amélioration des conditions de travail*

Les agents favorables au projet attendent également du 12 heures d'être « *plus zen, moins stressés à cause du flux important et du suivi incorrect ou incomplet des patients* ».

La transmission de 13h30 serait supprimée en 12h ce qui semble contenter les agents de l'après-midi. En effet, à cet horaire, « *le service des Urgences est plein, 20 patients sont présents. Il y a moins de possibilité pour lire les dossiers, les médecins sont moins disponibles. J'ai peur de passer à côté de quelque-chose à cause de cette mauvaise transmission. De plus, celles-ci sont faites à l'oral sans voir le patient. On met un temps fou à réévaluer et trouver le bon patient après. Je ne suis opérationnelle [connaît ses patients] qu'à 15 heures*

 ».

Plusieurs soignants attendent que la charge de travail soit mieux répartie.

Les salariés ayant déjà pratiqué cet horaire posent toutefois comme condition préalable un respect absolu des temps de récupération et redoutent le 12h si l'organisation ne suit pas. « *Même si j'en ai déjà fait, l'encadrement le rendait difficile à tenir. Je pense à l'amélioration du patient qui sera plus suivi. Si le personnel est en nombre suffisant, il sera plus facile de s'organiser en 12 heures qu'en 7 heures. On aura moins l'impression d'une course car l'on répartirait la charge* ». Les risques étant selon eux « *des jours de repos non donnés. Des remplacements exigés sans tenir compte des repos. Un encadrement très (trop) dirigeant* ».

### *Amélioration des conditions de transport*

Les soignants favorables au projet nous ont indiqué que commencer plus tôt leur permettrait de trouver plus facilement une place au parking en venant travailler. Actuellement certains soignant de l'équipe d'après-midi sont obligés de prévoir 15 à 20 min supplémentaires sur leur temps de trajet pour être sûrs d'être à l'heure « *je mets plus de temps pour me garer que pour venir de chez moi, je compte 45 min pour venir alors que je suis à 20 min d'ici* ».

De même, actuellement, l'horaire tardif de débauche oblige certains soignants à se passer de certains transports en rentrant chez eux. L'horaire de fin de service en 12h leur permettra de rentrer chez eux plus facilement « *À 21h30, je n'ai plus de bus donc je suis obligée de rentrer à pied et là où je passe, ça craint. En finissant à 19h, je pourrai prendre le bus et je gagnerai du temps.* »

### *Meilleur respect de la chronobiologie*

Les soignants favorables espèrent également que le 12h leur permettra de retrouver « une hygiène de vie » : « *Le 12h, ça donnera un petit-déj, un dîner et un repas le midi que l'on a pas actuellement l'après-midi.* ». Ils nous indiquent également que la pause déjeuner prévue leur permettra « *de se poser un peu* » ce qu'ils ne peuvent pas faire tous les jours actuellement. « *Au moins, en 12h, on aura 1 heure de pause le midi, on aura le temps de manger un vrai repas et de souffler. Même si on travaille plus longtemps on aura une vraie coupure parce que parfois, y'a des jours où on n'a pas le temps de boire ou d'aller aux toilettes.* »

### **III.2-2 Les craintes des agents défavorables au projet**

#### *Baisse de la qualité de la vie hors travail*

Parmi les soignants qui sont « défavorables » au projet, ceux qui habitent loin déclarent que l'addition des temps dédiés aux trajets allers et retours et au travail leur donnera l'impression de passer « *plus de temps à travailler qu'à vivre* ». Une fois rentrés (le soir ou en milieu de matinée), ils n'auront « *plus de temps à consacrer à leur famille ou amis* » et ne « *pourront qu'aller dormir* ».

Les soignants dont le domicile se situe à au moins une heure de l'hôpital signalent qu'ils passeront ainsi 14 heures de leur temps au travail et seulement 10 heures hors travail. Pour ces soignants, la diminution du nombre de jours travaillés dans le mois ne représente pas une compensation suffisante à ces inconvénients.

Les soignants dont les enfants sont en bas âge, appréhendent de laisser leur enfant 12 heures à la crèche de l'hôpital. Ils s'inquiètent de cette durée particulièrement longue, inquiétude partagée, selon eux, par la directrice de la crèche. Une partie d'entre eux redoutent également de ne plus « *les voir grandir* » car les jours travaillés, ils récupéreront leurs enfants endormis.

#### *Les craintes d'une détérioration des conditions de travail*

Des soignants nous signalent être déjà « fatigués » en 7 heures et craignent que cela s'aggrave avec une amplitude plus grande. Certains soignants de nuit redoutent particulièrement les 2 dernières heures.

« *Actuellement c'est fatigant, mon enfant ne faisant pas ses nuits, je ne dors pas, j'ai peur de faire des bêtises pour les patients, de ne pas tenir le coup. Les 12 heures entraîneront plus de travail et de fatigue. On aura les 2 pics d'activité de la journée alors qu'actuellement, en étant de garde, on en a qu'un seul* ».

« *Je serais dangereux pour le patient* ».

Un soignant de l'après-midi évoque sa collègue actuellement en 12 heures : « *Elle peut se permettre d'être fatiguée lors du début de notre service car nous sommes plus « frais » qu'elle. On peut donc compenser* ».

Certains soignants signalent avoir du mal à prendre des pauses actuellement. Ils craignent qu'en 12 heures cela soit rendu encore plus difficile car le service se terminera souvent par une plage horaire chargée (ancien poste de l'après-midi).

En ce qui concerne les jours de récupération, ils craignent qu'on les leur refuse trop souvent (pour remplacement ou autre) et craignent également que ces jours de repos ne soient pas assez récupérateurs « *On ne fera rien la première journée à part dormir et le deuxième jour on s'occupera des courses du ménage ou des enfants* ». Certains soignants de nuit disent avoir actuellement besoin de plus d'une semaine pour être à nouveau en état de travailler.

Un soignant a évoqué que le travail actuel lui est pénible et il pense que le rythme trop intense qui existe au sein du service des urgences lui faisait déjà penser à le quitter. Il nous signale que le projet des 12 heures constitue « *la goutte d'eau qui fait déborder le vase* ». Sur le thème de la satisfaction au travail, ce soignant a signalé être « *incapable de répondre car ce service l'épuise* », l'organisation des urgences, l'activité elle-même, les patients agressifs ou psychotiques le font « *craquer* » en fin de service.

## *Dégradation des conditions de transport*

Quelques soignants évoquent l'impact du projet sur le trajet retour et les transports en général. Il s'agit surtout des soignants des équipes de nuit. Cela part d'un constat : étant fatigués après 10 heures de travail, certains se sont déjà « *fait peur* » en rentrant en voiture. Un soignant nous signale, qu'après une nuit particulièrement chargée, il n'avait pas vu une voiture qui ne s'était pas arrêtée à une priorité ce qui causa un accident (une collision entre les deux véhicules). Avec 2 heures de plus, tous redoutent d'avoir un accident lors du retour au domicile le matin.

## *Moindre respect de la chronobiologie*

Si actuellement le personnel de nuit est décalé par rapport à son entourage familial, il parvient néanmoins à partager avec eux le repas du soir (entre 19 et 21 heures selon la distance de leur domicile), ce qu'ils ne pourront plus faire en commençant à 19h. Ils devront se contenter du repas fourni par l'hôpital, qui, selon les soignants, est actuellement insuffisant (plateaux en partie vidés par l'équipe d'après-midi ou nourriture mal conservée car sortie des réfrigérateurs et amenée au service depuis le milieu de journée).

L'horaire 21h-9h, (horaire non prévu dans le planning fourni mais présenté par un cadre et mentionné à certains salariés) entraîne un retour tardif au domicile, ce qui pénalise les soignants habitant loin. Or, un endormissement vers 10 ou 11h du matin est plus difficile en raison des « *bruits occasionnés par l'activité* » (rue, voisins, enfants, etc.). Actuellement, l'endormissement à 8 ou 9h est facilité par un relatif « *silence* » de l'environnement et une certaine obscurité.

Enfin, une partie des soignants de nuit nous signale compenser ces horaires décalés en dormant longtemps (9 à 10 heures de sommeil pendant leurs périodes d'activité) et craignent de ne plus pouvoir utiliser cette stratégie en 12h. Ils signalent que les « 2h à enlever » seront probablement répercutées sur le temps de sommeil car le reste ne peut être diminué (temps avec la famille, pour se préparer, pour dîner correctement avant un service entier sans manger).

### III-3. DES CHANGEMENTS GÉNÉRATEURS DE DÉPARTS ?

Actuellement, selon les chiffres fournis par la direction pour l'année 2007, le turn-over du service des Urgences est plus important que celui du service Réanimation (déjà en 12 heures) et même de la moyenne de l'hôpital (17,8% contre respectivement 15,7 et 13,7%). Celui de la Réanimation Hépato-digestive étant lui nettement inférieur à tous les autres (6,20%). Le service des urgences semble donc être un service engendrant un fort taux de turn-over en situation « actuelle ».

Le projet de passage en 12 heures, peut avoir un impact sur le turn-over. Lorsque nous avons demandé aux soignants s'ils avaient déjà pensé à quitter le service, certains nous ont indiqué qu'ils souhaitent le faire en raison du projet (à plus ou moins long terme), d'autres au contraire ont indiqué que leur départ programmé n'était pas lié au projet.

Le tableau ci-dessous présente les départs prévisibles des soignants interrogés en fonction de l'équipe et les raisons de ces départs y sont distinguées.

*Tableau 6 : Départs prévisibles des soignants*

	Départs prévus (non liés au projet)	Départs prévus si le projet est mis en place	Départs prévus si le projet n'a pas lieu	Soignants défavorables qui testent le 12h (pendant 3 à 6 mois) avant départ éventuel	Total départs si passage en 12 heures <sup>30</sup>	Total sans modification horaire
Équipe du matin	1	4	0	1	6	1
Équipe de l'après-midi	1	0	7	2	3	8
Équipe de nuit	0	7	0	5	12	0
Total	2	11	7	8	21	9

Lors de nos investigations auprès des soignants, 2 départs étaient prévus pour des raisons non liées au projet.

Lors des entretiens :

- 7 agents ont déclaré qu'ils quitteraient le service si le projet n'était pas mis en place. **Ces départs liés à l'abandon du projet représentent 15% de l'effectif total.**
- 11 agents (dont 7 de nuit) ont déclaré partir si le projet était appliqué. **Ces départs immédiats liés à la mise en place du projet représentent 24% de l'effectif total qu'il faudrait renouveler.**
- 8 agents a priori défavorables au projet, se laissent 3 à 6 mois d'essai de ce nouvel horaire. Si ce système horaire ne leur convenait pas, ils ont affirmé être prêts à quitter le service. En supposant que ces derniers agents quittent le service après essai, **dans les 6 mois, 40% de l'effectif total interrogé (21 soignants) serait à remplacer suite à la mise en place du projet.**

<sup>30</sup> Total pris en compte : situation si ceux qui « testent » les 12 heures partent.

## III-4. LE VÉCU DE LA CONDUITE DE PROJET

Que les infirmiers soient favorables ou non, la conduite de projet dans sa forme actuelle leur est difficile à vivre.

Pour ceux qui sont favorables au projet, le mal-être porte sur l'attente de la mise en place du nouveau système horaire. Cette attente est « douloureuse » puisque lors de leur embauche, ces derniers avaient reçu la promesse d'une évolution de l'organisation dans un délai plus ou moins court. Cela fait plus d'un an maintenant qu'ils sont en attente.

Le projet de passage en 12h aurait pu être évalué par un planning prévisionnel intégrant les périodes de réflexions et de consultations des instances représentatives du personnel. Avec des dates butoirs plus ou moins précises, les soignants auraient pu alors se projeter plus sereinement dans l'avenir.

Pour ceux qui sont défavorables au projet, ils expriment qu'« *être contre, c'est mal vu !* ». Or, les infirmiers sont dans l'incertitude face à leur avenir car ils ne savent pas où et dans quelles conditions ils vont pouvoir continuer leur carrière puisque, selon un infirmier, les cadres indiquent « *si t'es pas content, y'a du boulot ailleurs.* »

Les aides-soignants se sentent perdus par les « bruits de couloir » qui circulent depuis environ un an. L'incertitude dans laquelle ils vivent, est « *mentalement pesante* ». Bien qu'ils se soient vus affirmé qu'il n'était pas prévu de changer leurs horaires, ces personnels doutent. Pour eux, l'organisation du travail actuelle (organisation en binôme au service Porte et au poste d'IAO, échanges constants sur les autres postes...) engendrera inévitablement pour eux un passage en 12h.

Un projet, en plus de ne pas dégrader les conditions de travail et préserver la santé et la sécurité des salariés, doit permettre à l'ensemble du personnel concerné d'évoluer sereinement dans leur vie professionnelle.

**IV -**

**SITUATION ACTUELLE : RYTHMICITÉ ET  
CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL**



## IV-1. TEMPORALITÉ DE L'ACTIVITÉ HUMAINE

La très grande majorité des fonctions biologiques, de nombreux processus psychophysiologiques (y compris ceux impliqués dans le recueil et le traitement de l'information) et les principales manifestations comportementales présentent des variations régulières (périodiques) avec alternance de moments de forte activité et des moments de moindre activité<sup>31</sup>.

### IV.1-1 Rythmicité biologique circadienne

L'institut national de sommeil et de vigilance<sup>32</sup> définit la vigilance comme « [...] l'état de réactivité à l'environnement dans lequel on se trouve quand on est éveillé. La vigilance varie selon le moment de la journée mais aussi selon la stimulation et la motivation personnelle. »

Le Larousse médical définit le sommeil comme « [...] un état physiologique temporaire, immédiatement réversible, reconnaissable par la suppression de la vigilance et le ralentissement du métabolisme ».

L'alternance veille-sommeil correspond à un rythme circadien (appelé ainsi car sa période avoisine 24h), l'un des cycles fondamentaux chez l'Homme. Toutes nos activités métaboliques, physiologiques et psychologiques ont des rythmes circadiens. Au cours des 24 heures, notre vigilance passe par des hauts et des bas, et ces pics répondent à une structure temporelle<sup>33</sup>.

La vigilance et le sommeil sont corrélés à une courbe parallèle qui est celle de notre température corporelle. L'organisation circadienne de la veille et du sommeil dépend des variations de cette courbe (qui oscille autour de 36.5° avec un minimum au milieu de la nuit et un maximum en fin de journée). Le cycle de la température est donc identique à celui de la vigilance. Il apparaît comme l'un des principaux déterminants des « portes du sommeil ». Ainsi, l'envie de dormir le soir correspond à un refroidissement du corps. De même que la somnolence d'après le repas de midi (« postprandiale ») n'est pas provoquée par le repas mais correspond à un infléchissement de la courbe de température vers 15 h.

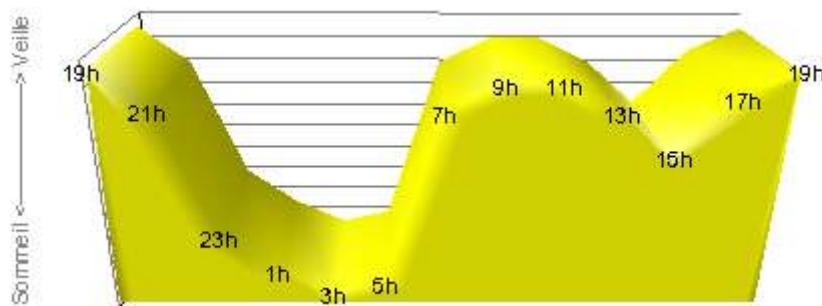
Cette rythmicité biologique peut être résumée ainsi : la vigilance et le sommeil sont donc programmés par la température interne qui varie en fonction des heures de la journée qui peut être schématisée comme ci-après :

---

<sup>31</sup> Barthe, B., Gadbois, C., Prunier-Poulmaire, S., Quéinnec, Y., (2004). *Travailler en horaires atypiques* In Ergonomie, PUF, Paris, 680 p.

<sup>32</sup> ISV : <http://www.institut-sommeil-vigilance.org>

<sup>33</sup> <http://neurobranches.chez-alice.fr/>

Figure 3 : Rythme circadien de la vigilance<sup>34</sup>

Le rythme de la vigilance passe par un creux à la fois au cours de la nuit mais également dans l'après-midi. Le creux de la nuit est le plus important (entre 1h et 5h du matin). Le maintien de la vigilance est particulièrement difficile dans cette tranche horaire car le corps est programmé pour dormir. Cet horaire n'est biologiquement pas propice au travail.

Il existe, par rapport à cette courbe moyenne, des variations possibles d'une ou deux heures, fixes pour un même individu tout au long de sa vie. Nous pouvons donc définir des humains "couche-tôt" et d'autres "couche-tard", selon la position de leur propre périodicité horaire.

Les rythmes de vie sont initiés par des oscillateurs internes et synchronisés chaque jour par l'alternance du jour et de la nuit comme nous venons de le développer.

Ces rythmes sociaux et familiaux ou encore professionnels jouent également ce rôle de synchroniseur des rythmes de vie.

Dans le cas de travail en horaires atypiques, il y a donc conflit entre les synchroniseurs biologiques, familiaux et professionnels<sup>18</sup>.

## IV.1-2 Temporalité sociale et familiale

### Rythmes sociaux

Les rythmes biologiques intrinsèques à l'être humain ne sont pas les seuls à régler les activités humaines. Il existe en effet des rythmes sociaux qui permettent d'organiser les activités de la vie hors travail. Cette temporalité ne peut être niée car le travail en horaires atypiques a immédiatement des répercussions sur la vie hors travail.

Barthe et coll.<sup>18</sup> expliquent que la rythmicité sociale est au moins aussi importante à prendre en compte que la rythmicité circadienne. « Les salariés en horaires décalés, mobilisés en soirée ou la nuit par leur travail et dormant le jour, vivent donc à contretemps : leur présence au travail est requise à des heures où il serait nécessaire et souhaitable d'être libre pour vaquer à telle ou telle activité de la vie hors travail. Comment par exemple préparer les enfants pour le départ à l'école si l'on doit être au travail à 6 heures du matin ? Des dilemmes surgissent non seulement à l'échelle du cycle des vingt-quatre heures mais aussi à celle de la semaine. »

Plus les plages de temps au travail sont longues et plus les plages de temps hors travail de cette journée sont réduites ou fractionnées ce qui diminue considérablement les marges de

<sup>34</sup> Sommeil et médecine générale. <http://www.sommeil-mg.net/spip/Devoir-dormir-58-mecanismes-du>

mancœuvre des salariés dont l'emploi du temps au travail doit être compatible avec l'emploi du temps du conjoint qui comporte également ses propres contraintes.

### *Temps de vie sociale pour les soignants des urgences*

L'organisation de la vie hors travail est conditionnée par l'organisation temporelle du travail. Sa prise en compte est indispensable pour permettre aux agents de réaliser leur travail dans les meilleures conditions.

Actuellement, les équipes de jour (matin et après-midi) travaillent respectivement 7h36 et 7h50 par jour. L'équipe de nuit, quant à elle travaille 10h par nuit. L'impact des horaires actuels est différent selon les équipes. C'est la raison pour laquelle, ils seront analysés séparément.

Nous présenterons une représentation de la répartition du temps de vie de chaque équipe : vie au travail et vie hors travail. Les plages horaires que nous avons représenté correspondent à ce que nous a évoqué la majorité des soignants de chaque équipe. Pour autant, cette organisation du temps de vie peut différer selon les soignants en fonction des impératifs qui sont les leurs.

#### **Équipe du matin**

L'équipe soignante du matin débute son service à 7h et le termine à 14h36. Le schéma suivant représente la répartition du temps de vie au travail et hors travail pour la majorité de ces soignants au regard des impératifs sociaux.

*Figure 4 : Schéma de répartition du temps de l'équipe du matin*

0h 1h 2h 3h 4h 5h 6h 7h 8h 9h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h	1h 2h 3h 4h 5h 6h 7h 8h 9h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h	Temps de travail						trajet	Temps de vie sociale et familiale								
						Entrée école											
												Retour école					
												Repas familial					

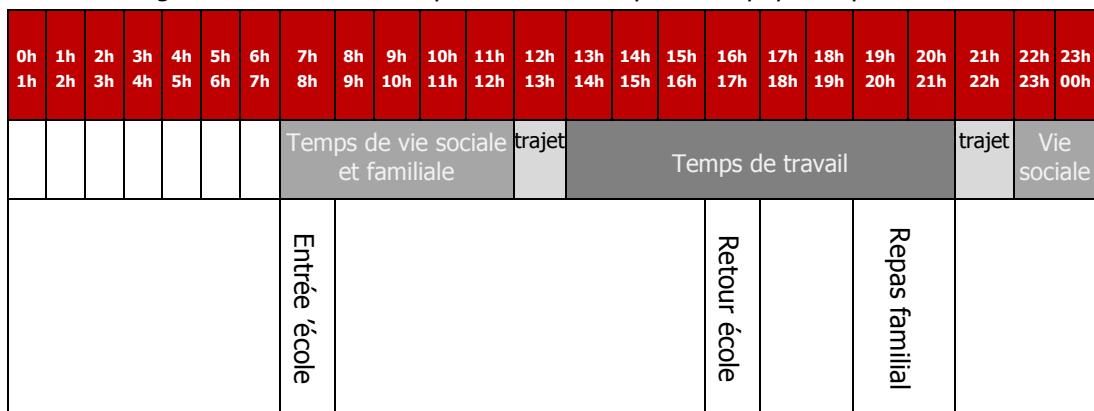
Cette organisation horaire permet actuellement à ces soignants de bénéficier d'un temps de vie sociale et familiale qu'ils disent apprécier. S'ils ne peuvent pas accompagner leurs enfants à l'école le matin, ils peuvent en revanche aller les chercher, les aider à faire leurs devoirs, les accompagner à leurs activités extrascolaires et partager avec eux le repas familial du soir. Ils peuvent également assister au coucher de leurs enfants. Par ailleurs, cette organisation leur permet également de faire des courses ou d'effectuer des démarches administratives en semaine.

## **Équipe d'après-midi**

Les soignants de l'après-midi débutent leur service à 13h40 et le terminent à 21h.

Le schéma suivant représente la répartition du temps de vie au travail et hors travail pour la majorité de ces soignants au regard des impératifs sociaux.

*Figure 5 : Schéma de répartition du temps de l'équipe d'après-midi*



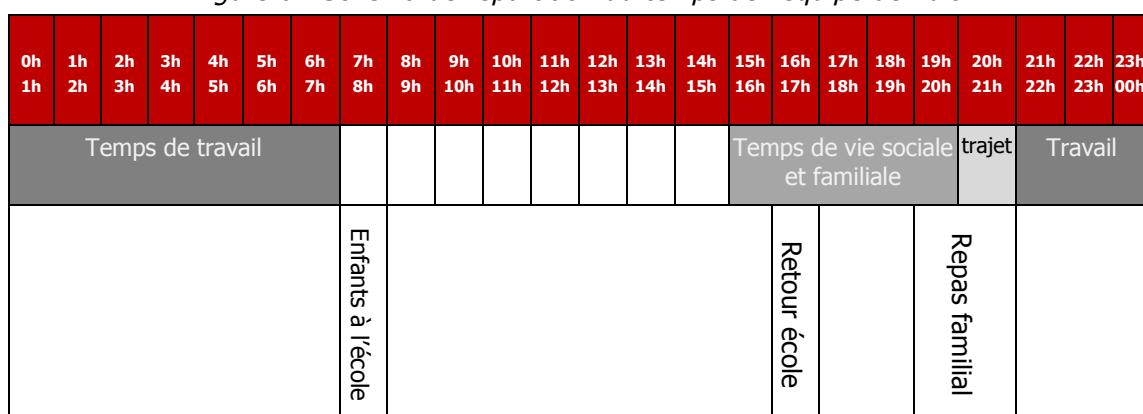
Cette organisation horaire actuelle ne leur permet pas de bénéficier d'un temps de vie sociale et familiale suffisant à leurs yeux. En finissant à 21h, ils peuvent soit choisir de profiter de leur vie sociale soit de se coucher tôt afin d'accompagner leurs enfants à l'école le matin. Ils ne peuvent en revanche pas aller les chercher, la sortie de l'école se situant à un horaire où ils travaillent. De même, ils ne peuvent accompagner leurs enfants à des activités extra scolaires ni partager avec eux le repas familial du soir. En outre, cette organisation ne leur permet pas de faire des courses à des heures creuses ni d'effectuer des démarches administratives en semaine.

Équipe de nuit

Les soignants de nuit débutent leur service à 21h et le terminent à 7h.

Le schéma suivant représente la répartition du temps de vie au travail et hors travail pour la majorité des soignants de l'équipe de nuit au regard des impératifs sociaux

*Figure 6 : Schéma de répartition du temps de l'équipe de nuit*



Même si l'équipe de nuit vit à contre temps de la plupart des salariés, l'organisation horaire de leur travail de nuit leur permet d'avoir accès à une vie sociale et familiale presqu'aussi étendue

que celle des soignants du matin. C'est véritablement sur ce point que réside l'adhésion au travail de nuit chez les soignants rencontrés. Avant de venir travailler, ils peuvent s'occuper de leurs enfants en allant les chercher à l'école, les aider à faire leurs devoirs, les accompagner à des activités extrascolaires et partager avec eux le repas du soir ainsi que les coucher avant de partir. En journée, ils bénéficient des mêmes avantages que l'équipe du jour pour les courses et les démarches administratives. En rentrant de leur nuit de travail, ils peuvent accompagner leurs enfants à l'école, ce que ne peut pas faire l'équipe du matin qui bénéficie pourtant de la plus longue plage horaire de vie « hors travail ».

À la lecture de ces schémas de répartition du temps de vie au travail et hors travail, les soignants ne bénéficient pas des mêmes avantages en fonction de l'équipe à laquelle ils appartiennent.

Les soignants, ne menant pas la même vie sociale et familiale selon les équipes, adhèrent de ce fait différemment au système horaire auquel ils sont soumis.

### **IV.1-3 Temporalité des activités du service**

#### *Un nombre de patient qui diffère d'un jour à l'autre*

Un des indicateurs de la variabilité porte sur le nombre d'entrées comparée à la moyenne<sup>35</sup>, et les auteurs définissent la notion de jours d'affluence comme le nombre de jours où le nombre de patients est supérieur de 20% à la moyenne.

La variabilité des arrivées d'usagers au cours de la journée aux urgences de Beaujon est accessible à partir d'une extraction d'URQUAL qui présente le nombre de passages de patients aux urgences en fonction de différentes tranches horaires.

Les deux tableaux ci-après présentent les nombres de passages par tranches horaires ainsi que la proportion de jours d'affluence dans le mois (le créneau 8h-15h présente également le nombre de passage à la consultation sans rendez-vous. Ce créneau horaire n'a donc pas été intégré dans les calculs afin de ne pas biaiser les résultats).

---

<sup>35</sup> Estry-Béhar, M., Gadbois, C., Pottier, M (1991). *Ergonomie à l'hôpital*. Actes du colloque international du 8-10 juillet 1991. Paris, Octares.

*Tableau 7 : Évaluation des jours d'affluence sur le nombre de passage d'usagers aux urgences pour le mois de juin en fonction de leur heure d'arrivée*

	0h-4h	4h - 8h	8h- 15h	15h-20h	20h - 24h	En moyenne
Nombre de jours dans le mois	30	30	30	30	30	30
Nombre de jours où le nombre de patient est supérieur de 20% à la moyenne	12	13	SO <sup>36</sup>	4	6	8,7
Proportion des journées d'affluence	40%	43%	SO	13,3%	20%	<b>29%</b>

*Tableau 8 : Évaluation des jours d'affluence sur le nombre de passage d'usagers aux urgences pour le mois de septembre en fonction de leur heure d'arrivée*

	0h-4h	4h - 8h	8h- 15h	15h-20h	20h - 24h	En moyenne
Nombre de jours dans le mois	30	30	30	30	30	30
Nombre de jours où le nombre de patient est supérieur de 20% à la moyenne	9	11	SO	3	7	7,5
Proportion des journées d'affluence	30%	37%	SO	10%	23%	<b>25%</b>

Aux mois de juin et de septembre, plus **1 jour sur 4 peut être considéré comme un jour d'affluence**, c'est-à-dire que plus d'un quart du temps, les journées peuvent être considérées comme des journées « de forte charge de travail ».

La variabilité de nuit est importante car les jours d'affluence peuvent représenter 40% alors que cette variabilité représente un peu plus de 10% dans les créneaux de l'après-midi.

Ainsi, d'une journée sur l'autre, la charge de travail liée à l'afflux de patient peut varier, en moyenne, du simple à plus du double.

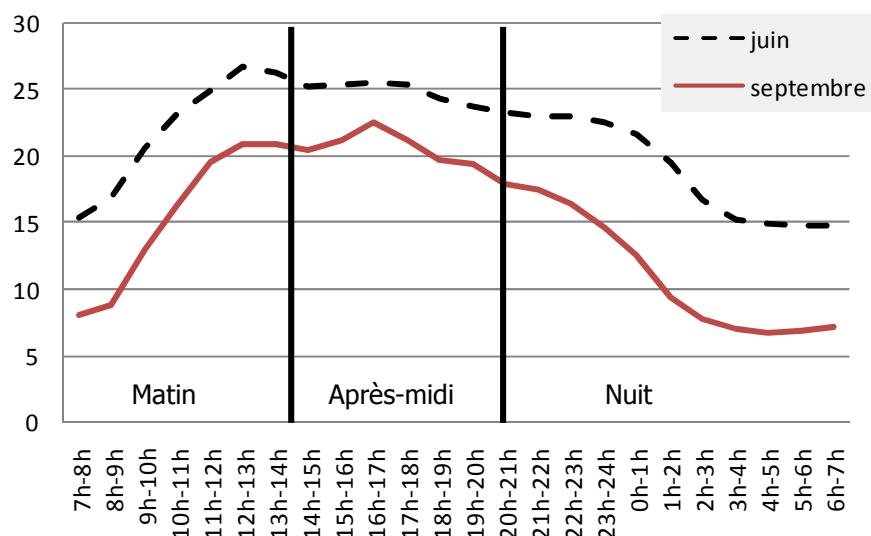
<sup>36</sup> SO : Sans Objet

## *Un nombre d'usagers qui évolue au cours de la journée*

Le « taux d'occupation » est le nombre d'usagers présents au sein des urgences à un moment donné.

Le taux d'occupation qui nous a été fourni présente le nombre de patients présents à chaque tranche horaire pour tous les mois de juin et de septembre, c'est-à-dire que cela correspond à l'effectif cumulé sur les 30 jours du mois. La figure ci-après présente l'évolution du taux d'occupation cumulé pour les mois de juin et de septembre mais remis en moyenne par jour<sup>37</sup>.

*Figure 7 : Nombre moyen de patients présents au sein des urgences Beaujon aux mois de juin et septembre 2008*



Le taux d'occupation est un des indicateurs de la charge de travail des soignants car lorsqu'un usager entre aux urgences, il est sous la surveillance des soignants.

Les IDE, notamment, vérifient l'état de santé des patients placés dans les différents boxes, en prenant leurs constantes par exemple, même si ce n'est pas prescrit. Les AS et/ou IDE effectuent des nurses en cas de besoin, apportent les bassins,... Toutes ces tâches s'ajoutent à la continuité des soins à apporter que sont les prescriptions et la prise de constantes à intervalles réguliers.

Il faut nuancer les résultats présentés à partir des taux d'occupation mensuels fournis par la direction, car la charge de travail d'un infirmier peut être dissociée du taux d'occupation à travers les actes infirmiers (AMI) effectués, qui, recense en partie les actes effectués au cours de la journée. D'autres actes ne sont pas référencés dans les AMI, tels que les surveillances, prises de constante non prescrites, etc. mais contribuent également à la charge de travail. Les actes infirmiers n'étaient pas extractibles, selon la direction, en fonction de leur de la journée ; ces données n'ont pas pu être traitées.

La Figure 7 révèle donc que le taux d'occupation évolue au cours de la journée, son maximum étant compris entre 11h00 et 00h00.

<sup>37</sup> Cela correspond au nombre de patient présenté dans le document divisé par le nombre de jours dans le mois (30 jours).

Cette évolution impacte différemment les soignants en fonction de l'équipe au sein de laquelle ils travaillent.

*Tableau 9 : Évolution du taux d'occupation par équipe*

	Matin	Après-midi	Nuit
Évolution du taux d'occupation	↗	→	→ ↘

- Pour l'équipe du matin, le nombre de patients présents augmente progressivement, le nombre d'arrivées de patients est le plus élevé entre 10h et 12h.
- Pour l'équipe d'après-midi, le nombre de patients présents est élevé de façon continue.
- Pour l'équipe de nuit, le nombre de patients présents est élevé en début de poste puis diminue progressivement.

Le nombre de patients présents a des conséquences sur la charge de travail des IDE et AS.

Le rythme de l'activité de l'équipe de l'après-midi ne semble pas diminuer de toute la durée du poste (le nombre de patients présents est stable, selon la Figure 7). Leur charge de travail est, en moyenne, relativement constante et ils indiquent avoir peu de moments pour « prendre le temps avec les patients » (extrait d'entretiens). C'est un moyen, selon eux, pour travailler plus vite. Parfois pour certains, souvent pour d'autres, les IDE de l'équipe de l'après-midi indiquent « piquer à la chaîne », ils expriment réaliser les prescriptions le plus rapidement possible et parfois sans savoir pourquoi. « Le soir, à la transmission, je sais ce que j'ai fait (techniquer) mais je ne sais pas pourquoi ». Un autre IDE nous exprime : « Mais comment on a fait pour ne tuer personne ? »

**La rythmicité au cours de la journée**, telle qu'elle est exposée dans la Figure 7 présente une tendance où le flux de patient **est différent entre les équipes** dans l'organisation actuelle du travail. Tout du moins, **l'analyse faite des jours d'affluence de patients tend à montrer que les différences entre équipes ne sont pas une constante et que les variations d'activité peuvent inverser parfois la tendance**.

## IV-2. CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL ACTUEL

Divers ouvrages scientifiques qualifient la charge de travail. L'ANACT, dans son étude « Évaluer la charge de travail à l'hôpital<sup>38</sup> » précise que pour le métier de soignant « *la charge de travail ne se réduit pas à la seule analyse technique du métier (...). Elle comprend deux dimensions supplémentaires : mentale et subjective (ou émotionnelle).* »

Selon cette étude, la charge de travail relève de :

- **Charge « technique »** : nombre de patients et de leurs caractéristiques (âge, pathologie,...).
- **Charge « mentale »** : volume d'informations à retenir au cours de la journée ; interruption inopinée des tâches pour en faire d'autres, plus urgentes ou plus essentielles ; de l'impossibilité pour les soignants de planifier leurs tâches de la journée
- **Charge « émotionnelle »** : intervient essentiellement dans la relation au patient. Elle est difficilement quantifiable car totalement subjective.

### IV.2-1 La charge « mentale » actuelle

Les facteurs de charge mentale des soignants comportent notamment l'impossibilité de planifier les tâches de la journée.

Ce facteur est une composante intrinsèque de l'activité aux urgences car, comme développé dans le chapitre précédent, l'activité est dépendante de l'arrivée des usagers des urgences et de l'état de gravité dans lequel peut arriver un malade.

Cette vigilance constante qu'ont les IDE est déterminé par les caractéristiques de leurs métiers : la relation de soin avec des personnes « malades » et la qualité du service des urgences où la gravité de l'état d'un usager peut aller d'un besoin « social » (un sans domicile fixe qui cherche un lieu ou dormir) à un besoin de soin urgent (une personne ayant des douleurs thoraciques). Cette « crainte » des soignants que le prochain usager des urgences soit une douleur thoracique est forte et partagée par tous les IDE.

Ce sentiment d'être dans l'urgence et de devoir « courir » est partagé par une majorité des IDE et pour un nombre plus restreint d'entre eux, cet aspect est poussé jusqu'à l'impossibilité de prendre 5 minutes de pause, ne serait-ce que pour se désaltérer ou aller aux toilettes. Ces IDE sont majoritairement les moins expérimentés du service. Pour une partie des plus anciens des urgences, « *on ne courre pas aux urgences, sinon ça veut dire que tu ne sais pas ce que tu fais. Faut réfléchir et organiser son travail, même s'il y a des gens qui attendent. (...) On peut toujours prendre 5 minutes de pause dans la journée ; c'est important pour les patients car on se détend, on est plus calme et après on est mieux pour les patients* ».

**Il ressort des entretiens que la capacité à gérer le flux de patient et de maintenir des capacités psychiques et mentales est une compétence qui s'acquiert par l'expérience.**

Un autre aspect de l'activité de travail aux urgences qui augmente la charge mentale de travail et crée les conditions où les IDE sentent ne pas pouvoir prendre de pause et devoir courir, porte sur les interruptions de tâches.

« *Les interruptions sont un facteur de charge de travail à un double titre. D'une part, d'un point de vue psychologique, elles constituent des situations de tâche interférente, perturbatrice de*

<sup>38</sup> Lemaire, S (2008). *Évaluer la charge de travail à l'hôpital. Cas d'entreprise. Réseau ANACT.*

*l'activité mentale qui sous-tend le travail de l'infirmière. D'autre part, (...) la réponse à ces sollicitations imprévues requiert de la part de l'infirmière une intervention dans un autre lieu que celui où elle se trouve.<sup>39</sup> »*

Lors de nos observations, nous avons pu noter que les IDE étaient souvent interrompus dans leur activité, c'est-à-dire qu'une activité commencée à un moment donné est parfois mise de côté, en attente, quand une tâche plus « urgente », souvent demandée par un médecin, apparaît.

L'exemple ci-après est extrait de nos observations que nous avons effectuées auprès d'un infirmier affecté au poste de médecine aux urgences.

*Figure 8 : exemple d'une activité interrompue*

- Temps T : IDE 1 préparation de deux médicaments à passer en intraveineuse
- T + 5min : entrée d'IDE 2 pour demander à IDE 1 de faire un pansement à une patiente qu'IDE 1 a en charge
- Reprise de l'activité en cours par IDE 1
- T + 6 min : IDE 2 demande à IDE 1 de faire un vaccin à une patiente.  
IDE arrête son activité en cours et va faire le vaccin.
- T + 14 : reprise de l'activité commencée au début = passage de médicament dans une perfusion.

Sur une période d'une heure d'observations auprès du même IDE, nous avons pu dénombrer 10 interruptions, soit 1 toutes les 6 minutes. Ces interruptions perturbent l'activité de l'IDE qui doit penser non seulement à l'action en cours mais aussi à l'information donnée par l'agent qui l'interrompt.

Nous avons donc constaté, lors de nos observations, que les fréquentes interruptions de tâches, perturbent l'activité des soignants. De même, lors des entretiens, les soignants ont largement verbalisé cet inconvénient qu'ils attribuent à la nature du service des urgences. Ils déplorent le fait d'être « *constamment dérangés* » durant leur activité de travail et redoutent particulièrement le risque d'erreur qu'ils y associent. Ils estiment qu'actuellement, cette charge mentale est pesante et ne leur permet pas toujours d'être pleinement disponibles pour le patient. Cet IDE rapportait par exemple : « *Pendant qu'on va chercher du matériel [à la demande d'un collègue], qu'on fait les pleins, on passe pas autant de temps avec les patients qu'on voudrait. C'est pas qu'on néglige la prise en charge mais bon...* ».

Suivant sa nature, l'interruption n'aura pas le même impact sur les tâches effectuées. De même, la répétition de ces interruptions impacte autant le travail que les interruptions elles-mêmes. En effet, au cours de l'avancement dans le temps, l'IDE supporte de moins en moins d'être dérangé dans son travail car les interruptions s'ajoutent les unes aux autres et cela devient plus délicat de se souvenir de tout ce qu'il doit faire et de mémoriser simultanément les informations données (qui constituent l'interruption de tâche).

<sup>39</sup> Estryn-Behar, M., Gadbois, C., Pottier, M (1991). *Ergonomie à l'hôpital*. Actes du colloque international du 8-10 juillet 1991. Paris, Octares. p.164.

**Les interruptions de tâches sont autant d'informations à retenir en mémoire pour le salarié et augmentent le risque que le salarié oublie une de ses tâches en cours.**

« *On peut oublier quand il y a beaucoup de choses en attente* ».

URQUAL, (le logiciel présentant notamment tous les soins infirmiers à réaliser et réalisés) est en partie un aide mémoire important pour les IDE. Mais tout n'est pas écrit sur URQUAL. L'infirmier peut, par exemple, tenter d'appeler la famille d'un patient et devoir se souvenir de rappeler plus tard si la ligne téléphonique de la famille est occupée. Les médecins peuvent demander une surveillance particulière d'un malade « *jette un coup d'œil de temps en temps* ».

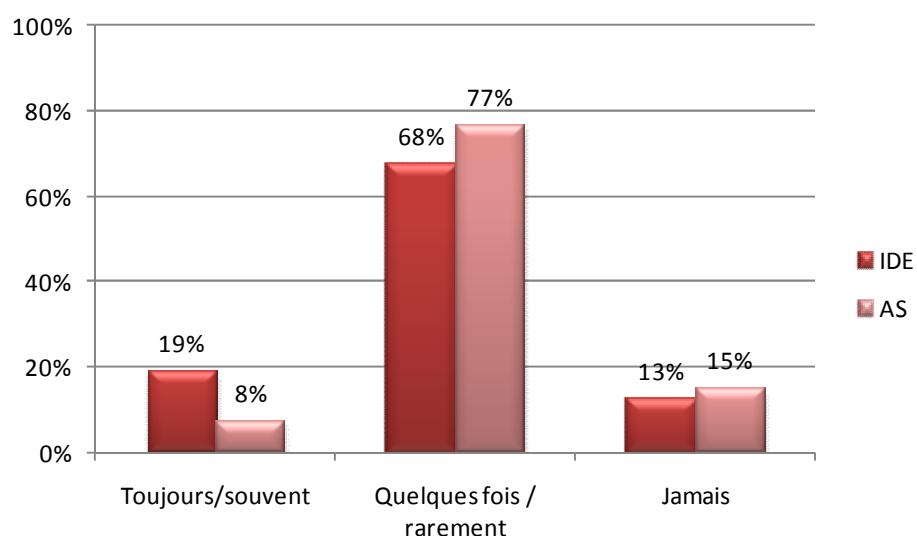
Pour les AS, URQUAL ne présente pas l'avantage d'un aide-mémoire. Ils sont d'autant plus sollicités qu'ils doivent apporter leur soutien à tous les infirmiers, sans travail en réel binôme (excepté à l'IAO). La charge mentale est donc non négligeable pour les AS même si le risque lié à l'oubli a, à priori, moins de conséquences graves.

Le risque, pour l'infirmier, d'oublier certaines tâches, est généralement peu en lien avec la santé du patient (les infirmiers oublient plus facilement de revenir voir les accompagnants pour donner des nouvelles que de prendre une constante à un malade). Néanmoins, **la peur de l'oubli existe et pèse sur le psychique des soignants.**

#### IV.2-2 La charge « émotionnelle » actuelle

Sans aller jusqu'au syndrome d'épuisement professionnel des soignants, la charge émotionnelle est présente plus ou moins fortement chez les agents rencontrés. Nombreux sont les agents pour qui les accompagnants et plus rarement les patients génèrent une pression psychologique.

Figure 9 : Répartition des réponses à la question : "Vous diriez que vous vous sentez épuisés émotionnellement ... »



**L'épuisement émotionnel est ressenti par près d' 1 IDE sur 5 et existe pour plus des 3/4 des agents.** Cet épuisement est ressenti relativement plus fortement par les IDE. Cet épuisement émotionnel a pour conséquences, selon les agents interviewés :

- Une diminution de la capacité à ne pas être énervés par un accompagnant/patient et donc un comportement « sans sourire »
- Un impact sur la vie personnelle : « *Je suis beaucoup moins tolérant avec mon conjoint une fois rentré à la maison* »

Ce qui impacte le plus la « charge émotionnelle » des agents aux urgences, selon les personnes rencontrées, est le risque d'agression.

La grande majorité des soignants reçus en entretien a subi au moins une agression verbale voire même physique.

Un exemple tout particulier d'agression physique qui est intervenu aux urgences, de nuit, est intégré dans la mémoire collective des soignants : un accompagnant/usager des urgences a jeté un banc dans la vitre de l'accueil/admission, vitre qui a volé en éclat. D'autres types d'agressions physiques fréquentes sont des coups (de poings, de pied, au visage ...) et morsures.

**Les IDE et AS de sexe féminin ne se sentent pas en mesure de pouvoir maîtriser un patient agité ou de se protéger suffisamment en cas d'agression.** Les salariés de nuit déplorent que le vigile ne soit présent que jusqu'à minuit.

Les agressions verbales, quant à elles, relèvent plus des accompagnants qui, selon les interviewés ne supportent pas le temps d'attente.

« *C'est l'agressivité des patients qui me gêne... l'irrespect des gens en général. On est toujours en train d'être insultés. On peut comprendre le stress des familles. On essaie de faire un maximum et au bout du compte les gens s'en foutent et nous insultent. C'est une fatigue psychologique. Ça devient difficile de se mettre en retrait. Ça, ça m'est pénible.* »

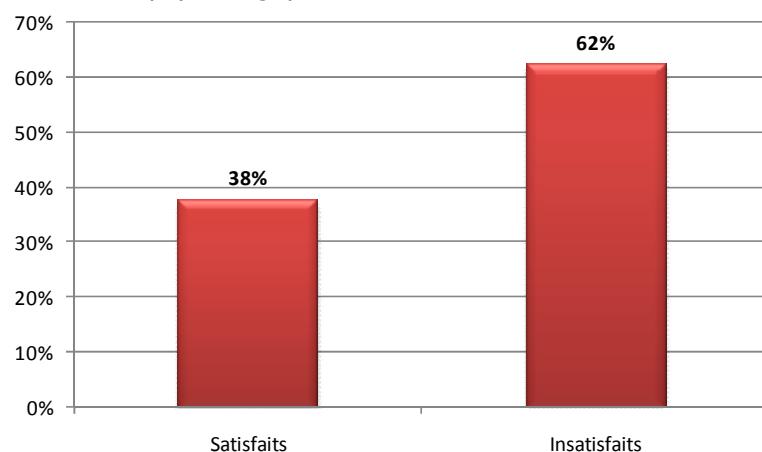
L'organisation spatiale des urgences de Beaujon est particulière à travers ses deux entrées (Cf. Figure 11). Ceci est contradictoire avec les procédures mises en place supprimant l'accès aux accompagnants.

Ainsi, les accompagnants voulant obtenir des nouvelles de leur proche ou voulant être auprès d'eux malgré l'interdiction, peuvent emprunter l'entrée des urgences via la consultation sans rendez-vous qui est en entrée « libre ». » « *Faut toujours répéter qu'ils doivent attendre dans la salle d'attente mais y'en a toujours qui arrivent à passer après ils nous appellent dans le couloir, c'est fatigant* »

Une deuxième source de charge émotionnelle est celle liée à la reconnaissance du travail et au soutien psychologique apporté par l'entourage professionnel (collègue, hiérarchie).

Les infirmiers déplorent certains comportements de médecins qui ne les « *écoutent pas* », et certains AS indiquent que quelques infirmiers ne veulent pas les aider. Ce qui est mis en avant par les soignants rencontrés est un fort besoin d'entraide pour « *tenir le coup* » ! Cette entraide est particulièrement forte entre les IDE et entre AS mais également entre ces deux catégories de personnels. **Lorsque cette entraide n'est pas effectuée, les soignants précisent qu'ils en souffrent psychiquement.**

*Figure 10 : Répartition des réponses à la question : « En ce qui concerne le soutien psychologique au travail, êtes-vous ... »*



**Lorsque la charge de travail est très importante, les soignants sentent devoir aller « plus vite » et sont dans l'incapacité de donner le meilleur d'eux mêmes. Ils ont l'impression d'être moins à l'écoute, moins disponibles et de réaliser les soins comme de simples techniciens.** La fatigue accumulée chaque jour produit le même effet. Pourtant, s'ils sont devenus soignants, ce n'est pas pour « piquer à la chaîne » comme l'évoquent certains, mais pour être disponibles auprès de patients en souffrance. La prise en charge du patient dans ces conditions ne correspond pas à la représentation qu'ils s'en font. **Cet aspect remet en cause le sens de leur travail et est source de pénibilité pour ces soignants.**

« On n'a pas le temps de faire les choses comme elles devraient l'être : être à l'écoute des gens tout en mettant des barrières, être un peu plus disponible pour les personnes âgées notamment car ce sont des personnes qui ont besoin d'être rassurées. Parfois, je dis que je reviens et je sais que je n'aurais pas le temps de revenir. Ça c'est le côté moche du métier... Même pour les gens qui viennent pour problème psychiatriques ; ils auraient besoin d'une présence jusqu'à ce que le psychiatre arrive. C'est pas des conditions de travail. C'est des conditions de travail médiocres.»

### IV.2-3 La charge technique actuelle

Lors d'un entretien, un infirmier a résumé la situation des urgences de Beaujon par la phrase suivante : « *Un personnel limité, des locaux limités, pour des patients illimités* ».

Ainsi, la charge technique ou « physique » actuelle peut être regroupée en deux catégories :

- La relation entre le nombre d'agents et le nombre d'usagers des urgences
- Les moyens matériels (conditions physiques de travail) mis à disposition des agents

#### *Nombre d'agents et nombre d'usagers des urgences*

Comme détaillé dans le chapitre IV.1-3. « Temporalité des activités d », le nombre d'usagers des urgences est très variable. Quand l'afflux de patients est fort, tous les boxes des urgences sont remplis et des patients sont installés sur des brancards (ou chaise/fauteuil) dans le couloir. A travers cette organisation, le nombre de patients qui peut être accueilli au sein des urgences est légèrement modulable.

En lien avec le nombre de patients, la charge technique de travail des IDE porte majoritairement sur :

- Les soins à apporter au malade selon le rôle propre de l'infirmier et sur prescription médicale (prise de sang, poser une perfusion, donner des médicaments, ...)
- La surveillance à accorder au patient (prise de constante à heure fixe, par exemple)
- La collaboration avec le(s) médecin(s) (mise en place du matériel en cas d'intubation d'un patient, aide lors d'un acte chirurgical, ...)
- Le soutien psychologique aux patients (pour les rassurer, les renseigner, ...)
- L'orientation et pré-diagnostic du niveau de gravité du patient (IAO)

En lien avec le nombre de patients, la charge technique de travail des AS porte majoritairement sur :

- Le nombre de patients à brancarder
- Le nombre de nurses à effectuer
- Le soutien psychologique aux usagers (pour les rassurer, les renseigner, ...)
- Le nettoyage des divers matériels (paillasses, brancards, lits du poste...)
- Le soutien et soins à la demande des infirmiers

Le rôle du collectif est valorisé par tous les agents rencontrés. **Il est indispensable pour les agents de travailler sur la base d'une entraide :**

- Sur des soins lourds (patients en déchoc) pour les IDE
- Sur un nombre important de nurses pour les AS

Le rythme de l'activité étant variable, un IDE, par exemple, affecté en chirurgie va naturellement aller aider son collègue au poste de médecine si celui a un nombre important de techniques à effectuer. **Cette régulation collective permet de répartir la charge de travail entre les salariés.**

Chaque patient amène une charge de travail qui dépend de son état psychologique (nécessite plus ou moins d'attention) et de la nature de son problème de santé.

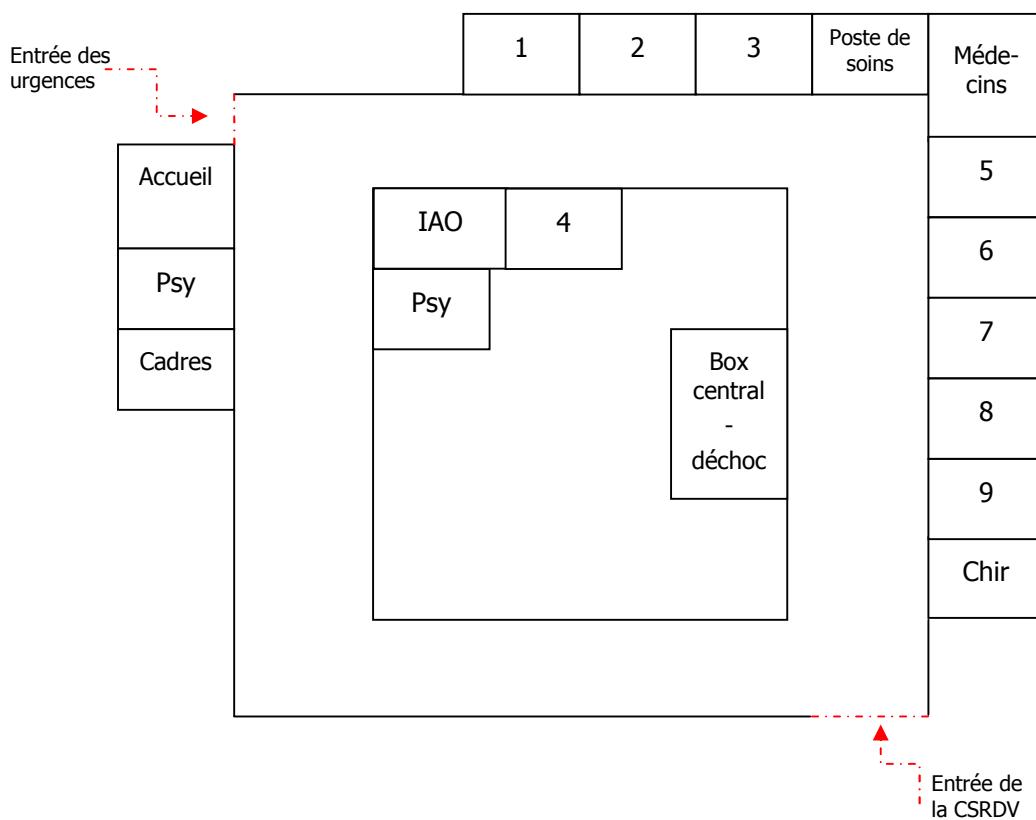
Quand l'effectif théorique minimal est atteint (5 IDE et 3 AS), la charge de travail est jugée supportable par le collectif. Toutefois, cet effectif est insuffisant lors des jours d'affluence en ce qui concerne la fatigue physique. Mais, être en nombre insuffisant revient, pour un infirmier, à « *avoir une double charge de travail* », « *faire 2 journées en une* », « *travailler pour deux* ». Les infirmiers expriment à travers ces mots qu'il suffit d'un absent pour que leur charge de travail soit décuplée. Lorsqu'il manque un IDE, un autre doit effectuer à la fois le poste sur lequel il est affecté et celui du collègue absent. Ils doivent alors s'occuper d'un plus grand nombre de patients et effectuer beaucoup plus de déplacements. De même pour les AS, qui doivent être théoriquement 2 aux urgences (et 1 aux poste), dès qu'il y a un absent, subissent de la même façon cette augmentation de la charge de travail (augmentation des brancardages, des nurses, etc.).

## Conditions environnementales et matérielles de travail

Les déplacements sont mentionnés comme une source de pénibilité physique dans l'activité de travail des IDE et AS et ce qui fait « charge de travail technique » pour les soignants est également liée à la configuration spatiale des urgences.

Les urgences sont organisées en « carré » où sur chaque côtés, sont alignés des boxes (IAO, boxes de médecine – 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9 - boxes de déchoc – 2,5 et box central, 1 box de chirurgie, 2 boxes « psy »), des salles de stockages et divers, le poste de soins infirmiers.

*Figure 11 : Plan schématique et sommaire de l'organisation spatiale des urgences de Beaujon*



Les soignants se déplacent majoritairement soit entre l'IAO – l'accueil – les boxes (pour l'IDE affecté à l'IAO), soit entre les boxes et le poste de soins. Le poste de soins est une zone centrale pour les soignants car ils ont la proximité avec les médecins, l'accès à URQUAL et créent ainsi une zone de transmission d'informations et d'échanges entre professionnels.

Les distances à parcourir, parfois dans des zones encombrées (malades sur brancards dans les couloirs en attente qu'un box se libère) sont contraignantes et sources de fatigue. Certains soignants ont indiqué devoir porter des bas ou chaussettes de contention pour diminuer leurs douleurs.

Le nombre limité de boxes les oblige fréquemment à devoir déplacer les brancards pour les libérer afin qu'ils puissent accueillir de nouveaux patients. Le déplacement de ces brancards est évoqué par les soignants comme une charge physique pénible.

*« Le brancardage, ça c'est pénible. Il faut sortir les gens pour faire de la place. On peut pas appeler l'agent à tout bout de champ donc on le fait. »*

*« Le brancardage et l'aide au déshabillage, ça peut être pénible, ça fatigue. »*

La charge de travail dite « technique » peut être accentuée par diverses conditions de travail, telles que celles présentes à Beaujon : problèmes liés au matériel et d'aménagement de l'espace.

Il arrive que les soignants doivent relever un patient tombé au sol. Or, il n'existe pas de matériel aidant à la manutention des patients au service des urgences. Pourtant, l'utilisation d'un lève-malade permettrait aux soignants de protéger leur dos d'éventuelles blessures.

*« On n'a pas de lève-malade par exemple. On nous dit qu'on n'en a pas toujours besoin. C'est vrai. Mais quand on en a besoin, on n'en a pas. Quand on doit lever quelqu'un qui est par terre, même sans être en surpoids, ce qui arrive, c'est dur. »*

Les autres facteurs de pénibilité sont liés à l'environnement des urgences et notamment au matériel : les IDE et AS ont évoqué, par exemple, se cogner dans les chariots ou meubles (dans les chambres du service porte) ou se coincer les doigts dans les barrières du brancard.

## IV-3. CONCLUSION SUR LA SITUATION ACTUELLE

### IV.3-1 Synthèse de la situation actuelle par équipe

Si les infirmiers exercent tous le même métier au sein du même service, le travail réalisé par chacune des équipes comporte cependant des différences notables. Le chapitre IV-1 a permis de comprendre que suivant l'heure à laquelle se déroule le travail, ses composantes sont différentes et la répartition du temps hors travail l'est également. L'examen de ses composantes en fonction des différents rythmes observés permet de comparer les trois équipes.

Le tableau ci-dessous recense les avantages et les inconvénients des 3 équipes selon trois points de vue : point de vue biologique, point de vue social et familial et point de vue du travail.

L'analyse de l'activité de travail par équipe permet de constater que suivant le poste occupé (matin, après-midi ou nuit) la conciliation avec les différents rythmes (biologique, social, de travail) est plus ou moins facilité. Le tableau suivant résume les avantages et inconvénients détaillés aux chapitres IV.1-1, IV.1-2 et IV.1-3 présenté par équipe.

*Tableau 10 : Bilan des avantages et inconvénients de l'horaire actuel par équipe*

Travail actuel (8h le jour 10h la nuit)	Point de vue biologique	Point de vue social et familial	Point de vue du travail
Équipe du matin	Travaille aux heures les plus favorables Lever et coucher respectant la chronobiologie Prises de repas normales	Après-midi de libre Entrée de classe impossible Sortie de classe des enfants Repas du soir en famille Vie sociale riche Peuvent se garer en arrivant au travail	Activité de travail va crescendo Début de rush en fin de service (inverse pour porte)
Équipe de l'après-midi	Travaille de jour mais baisse de vigilance au milieu du service, en plein rush Décalage de la prise de repas Endormissement tardif	Entrée de classe si lever très matinal Pas de sortie de classe possible Pas de repas du soir en famille Vie sociale difficile Difficulté à trouver une place de parking	Débutent le service en plein rush qui se prolonge dans le temps Tranche horaire où l'affluence est la plus élevée
Équipe de nuit	Décalage de la prise de repas Décalage des heures de sommeil Travaille aux heures les moins favorables Très couteux de se mobiliser Risque routier plus important (vigilance basse en fin de service) Usure prématûrée de l'organisme	Entrée de classe des enfants en rentrant du travail (avant de se coucher) Sortie de classe des enfants Vie sociale restreinte Peuvent se garer en arrivant au travail	Rush en début de service lorsque l'organisme est à son maximum Agressivité des patients (accompagnants) plus importante « Cas sociaux » plus nombreux Rémunération majorée Autonomie dans le travail

Le tableau ci-dessous résume de façon schématique les éléments détaillés au tableau précédent.

*Tableau 11 : Bilan schématique des avantages et inconvénients par équipe*

Travail actuel <b>(8h le jour 10h la nuit)</b>	Point de vue biologique	Point de vue social et familial	Point de vue du travail
Équipe du matin	++	++	+
Équipe de l'après-midi	+	--	--
Équipe de nuit	--	+	+/-

En comparant les trois équipes, nous pouvons noter que l'équipe du matin semble bénéficier d'avantages plus nombreux. Les places sont rares en poste de jour car il s'agit véritablement du poste le plus demandé.

Vient ensuite l'équipe de nuit où les soignants semblent trouver un équilibre avec leur vie hors travail. Ce relatif équilibre entre les sphères professionnelle et privé est le principal élément évoqué comme motif d'adhésion à cet horaire.

L'équipe d'après-midi enfin, cumule manifestement les contraintes. Cet horaire semble difficilement compatible avec une vie de famille car tous les moments « clés » que celle-ci comprend se trouvent sur le temps de travail. La vie sociale que cet horaire offre (le matin) présente moins d'avantages que pour les deux autres équipes car elle ne correspond pas forcément à celle des salariés travaillant en horaires de bureau. Les avantages que procure cet horaire ne suffisent pas à satisfaire les soignants de cette équipe. Ils estiment ne pas « voir le jour » ou ne pouvoir « rien faire d'autre » une fois qu'ils ont quitté leur poste. Un soignant exprimait ainsi la désagréable « *impression de passer [sa] vie à l'hôpital pendant la grande semaine* ». Le principal inconvénient que ces soignants évoquent est le manque de temps de vie sociale et familiale. Cet aspect est important à leurs yeux et conditionne grandement le rejet de cet horaire.

**V -**

**IMPACTS DIFFÉRENCIÉS DE L'ÉVOLUTION DES  
HORAIRES SELON LES ÉQUIPES**



## V-1. IMPACTS D'UN RYTHME DE TRAVAIL EN 12H SUR LA SANTE

### V.1-1 Une limitation du temps de sommeil à prévoir

Comme développé au chapitre IV-1, le fonctionnement humain est régi par des rythmes circadiens dont le principal est l'alternance veille/sommeil.

Biologiquement, l'être humain est programmé pour dormir la nuit. En effet, la nuit, l'organisme est programmé pour être en « veille ». Le fonctionnement du métabolisme n'est assuré que pour permettre une reconstitution des réserves d'énergies. Ce sont des processus internes de régulations hormonale, organique et chimique qui permettent à l'individu d'être actif et éveillé le jour. Être éveillé la nuit perturbe cette régulation programmée et produit des effets sur la santé à plus ou moins long terme. Le métabolisme ne permet pas la même reconstitution des réserves d'énergie au cours du sommeil diurne. La stimulation physique et intellectuelle requise lors du travail des soignants de nuit, a entraîné l'oxygénation du cerveau et va allonger la durée d'endormissement. Chez les travailleurs de nuit, les troubles les plus fréquents sont des difficultés d'endormissement et des réveils précoces. La prise d'hypnotiques est un signe précoce de désadaptation ainsi que la survenue de rêves à prédominance professionnelle.

**Le travail de nuit comporte à lui seul des risques pour la santé des salariés le pratiquant.** L'augmentation du temps de travail de nuit implique une augmentation des contraintes qui y sont associées. Mobiliser ses ressources la nuit, est coûteux pour l'être humain. Augmenter le temps de mobilisation de ces ressources correspond à une augmentation du coût pour le salarié. **Lutter d'avantage contre le sommeil pour rester plus longtemps éveillé risque d'augmenter les troubles du sommeil.**

Il est important de noter que le vieillissement est un des facteurs de dégradation de la qualité du sommeil. En avançant en âge, le sommeil est moins réparateur et l'organisme a plus de difficulté à compenser la fatigue. Il tolère en outre moins le déficit de sommeil. Travailler 2h de plus et ne pas dormir assez pour compenser ce surcroît d'activité est plus difficile pour un salarié âgé de 40 ans que pour un salarié âgé de 20 ans.

Il est indispensable à l'organisme de bénéficier d'une nuit de sommeil d'une durée d'environ 7h chaque nuit<sup>40</sup>. Cette durée de sommeil est proportionnelle au temps d'activation dans la journée. Plus on est actif, plus on a besoin de sommeil. L'augmentation de la durée de travail entraîne de ce fait un besoin accru de sommeil.

Cependant, lors de longues durées de travail impliquant de passer plus de temps au travail que chez soi, la durée de sommeil est souvent réduite pour se plier aux impératifs familiaux.

En effet, lorsqu'un salarié travaille 12h, et qu'il met environ 30 min pour se rendre au travail, il s'absente de chez lui un minimum de 13h00. Au lieu de bénéficier d'un temps de décompression entre son travail et ses obligations familiales, il rentrera le plus rapidement chez lui pour s'occuper dès son retour de ses enfants. Il n'y aura pas de temps de démobilisation ce qui l'obligera à être encore vigilant...

**L'un des principaux risques de temps de travail supérieurs à 8h est de limiter le temps de sommeil alors même que celui-ci aurait besoin d'être plus important. Ce manque de sommeil entraîne immanquablement des signes de fatigue lors de la journée suivante.**

---

<sup>40</sup> Les spécialistes du sommeil considèrent que 7 heures est la durée moyenne de sommeil pour un adulte

## V.1-2 Une fatigue qui s'accumule

La fatigue est un message indiquant au corps qu'il doit se reposer. Ce n'est pas un problème si le salarié est en capacité de le faire. Cependant, si le repos n'est pas possible, la fatigue peut augmenter jusqu'à devenir insurmontable. Elle provient du manque de récupération et de la difficulté de compenser les perturbations liées aux conditions de travail, mais aussi aux conditions extérieures au travail dans lesquelles interviennent la qualité et l'insonorisation du logement, la durée et le mode de transport, les activités extraprofessionnelles, les facilités et les habitudes alimentaires.

Les symptômes de la fatigue sont variables, selon la personne et son degré de fatigue ou de manque de sommeil. Ce sont par exemple :

- la lassitude
- la somnolence
- l'irritabilité
- une baisse de l'attention, de la concentration et de la mémoire
- un manque de motivation
- une plus grande susceptibilité aux maladies
- la dépression
- les maux de tête
- les étourdissements
- le manque d'appétit et des problèmes de digestion

En prenant comme repère le milieu de la période de travail, on constate que :

- Lors du poste de l'après-midi toutes les performances sont à leur maximum, il y a coïncidence entre les acrophases<sup>41</sup> des valeurs considérées (activité physique, force musculaire, humeur...) et le milieu du temps de travail
- Le matin, au contraire, les performances maximales se situent en seconde partie du temps de travail, ainsi le salarié travaille alors qu'il n'est pas encore totalement "en forme"
- Pour le poste de nuit, c'est l'inverse, le maximum des performances se situe avant le milieu du temps de travail, ainsi le salarié travaille alors qu'il n'est plus "en forme" pendant la seconde partie de son poste

Augmenter le temps de travail, c'est augmenter le temps où le corps doit être en « vigilance », c'est augmenter les déplacements, c'est augmenter les brancardages, c'est augmenter le nombre de sollicitations mentales (interruptions, choses à retenir).

Cette fatigue, si elle n'est pas compensée par le repos prévu le midi (Cf. chapitre V.1-2), va puiser dans les ressources des individus. Comme indiqué dans le chapitre « Un nombre de patient qui diffère d'un jour à l'autre » p. 47 ; les jours d'affluence représentent 25% en moyenne (calculés par mois), **l'hypothèse est que les soignants concernés souffriront de fatigue physique et psychique en moyenne 1/4 de leur temps de travail.**

L'évolution des horaires de travail fait également évoluer les cycles de travail des soignants concernés par le projet.

Une comparaison par équipe est de nouveau possible et présentée dans le tableau ci-dessous.

---

<sup>41</sup> L'acrophase est le maximum d'un rythme, ici, il s'agit de l'heure où l'être humain se trouve dans les meilleures conditions physiques possibles au cours d'une journée de 24h.

*Tableau 12 : Comparaison du nombre de jours / heures travaillés actuellement et projetés par mois*

	Nombre de jours travaillés actuellement	Nombre de jours travaillés en 12h	Gain en jours travaillés si passage en 12h	Augmentation du nombre d'heures de travail par jour si passage en 12h
Équipe du matin	18	12	6	4h30
Équipe de l'après-midi	18	12	6	4h10
Équipe de nuit	14	12	<b>2</b>	2h00

Le gain pour la nuit est de 2 jours par mois. Selon la majorité des IDE et AS travaillant de nuit interrogés, ce gain en jours non travaillés ne compense pas l'augmentation de la fatigue.

Lors de nos entretiens avec des agents travaillant ou ayant travaillé **en 12h**, ces salariés ont fait part de **temps de repos insuffisants entre deux semaines de travail**. Ils expriment des **difficultés à compenser la fatigue accumulée au cours de leur « grande semaine » et se plaignent de fatigue** lorsqu'ils recommencent leur semaine de travail. Ils expliquent que cette fatigue ne s'est fait ressentir qu'après une période d'environ un an. Ces effets n'étant que peu perceptibles à la mise en place de ce système horaire. Ils l'ont dans un premier temps assez bien toléré après un temps d'adaptation nécessaire à tout changement horaire. Ainsi, certains soignants ont expliqué que depuis le passage en 12h, lors de la prise de leurs congés annuels, ils éprouvent le besoin de prendre 3 semaines consécutives car les 2 semaines auxquelles ils étaient auparavant habitués ne sont pas assez réparatrices.

Outre les conséquences dommageables pour le salarié en termes de santé qui viennent d'être développées, les conséquences sur le travail et la qualité des soins prodigués sont non négligeables et seront développées au chapitre V-3.

### V.1-3 Heures et prises de repas remises en cause par les contraintes du service

Lorsque les heures « normales » de repas coïncident avec le temps de travail, les salariés adoptent des stratégies pour compenser. Ils dînent copieusement avant le travail ou grignotent lorsqu'ils ont un moment de libre pour « tenir le coup » jusqu'à la fin du service.

Chez les salariés travaillant en horaires décalés, de nombreux troubles de l'alimentation apparaissent. Ils sont liés à la fois au décalage des heures des repas et à des erreurs diététiques : augmentation de la ration glucidique, grignotage, casse-croûte froid et riche en lipides. De fréquents troubles digestifs sont constatés chez ses salariés : lourdeur digestive, troubles intestinaux, constipation.

Par ailleurs, on observe parfois une prise de poids chez ces salariés. Cette constatation est particulièrement vraie pour le travail de nuit qui entraîne la prise d'un repas nocturne supplémentaire au moment de la désactivation digestive, tout en maintenant les deux repas principaux de la journée.<sup>42</sup>

<sup>42</sup> [http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/medtra/rythmes\\_travail.htm](http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/medtra/rythmes_travail.htm)

Il est donc particulièrement recommandé que les salariés travaillant en horaires atypiques puissent consommer des repas chauds et équilibrés pour limiter les troubles de l'alimentation qui y sont liés.

**En travaillant en 12h, les salariés prendront un petit déjeuner tôt dans la matinée et ne mangeront chez eux que le soir après 19h30 pour l'équipe de jour (en considérant un temps de trajet de 30 min). L'équipe de nuit, quant à elle, verra son repas du soir en famille supprimé en commençant son travail à 19h. Ce repas, le seul pris à une heure « normale » pour cette équipe, serait lui aussi décalé. Cela signifie que pour cette équipe, la totalité des repas serait décalée : petit déjeuner en milieu d'après-midi ou déjeuner en tout début de soirée et dîner de nuit.**

Pour ces deux équipes, il est impératif que les salariés puissent consommer un repas leur permettant à la fois de compenser la fatigue liée au système horaire de 12h et de limiter les troubles digestifs liés à une prise de repas décalée. Actuellement, l'hôpital fournit aux équipes de garde et de nuit un panier repas ne respectant pas les impératifs diététiques d'un repas en horaires décalés. Il s'agit souvent d'un sandwich et dans tous les cas, les agents ont fait mention d'une ration alimentaire insuffisante pour la durée totale de leur service.

*« 90% des gens ici ne mangent pas les repas fournis par l'AP. La nuit, aux urgences, on ne peut rentrer que par les urgences donc on les voit les livreurs : chinois, pizzas... tous les collègues de l'hôpital se font livrer. Personne ne mange. Ça part à la poubelle, c'est malheureux. Faut voir ce qu'ils nous donnent... et quand c'est bon, quand on arrive, tous les casse-croûte sont ouverts, il n'y a plus rien. Quand c'est des madeleines ou des biscuits tout est mangé avant qu'on arrive.»*

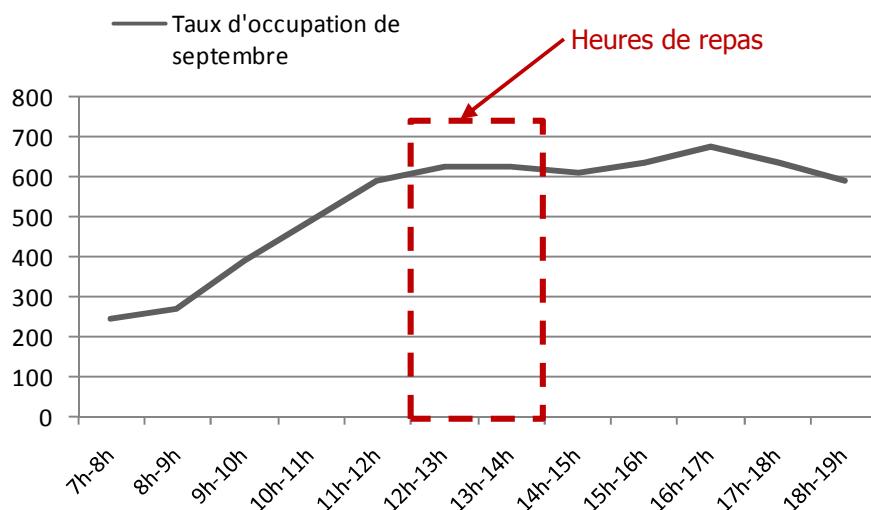
Une large majorité des soignants travaillant actuellement en 8 ou 10h ne mange pas les paniers repas fournis par l'hôpital. Ils se contentent bien souvent du repas qu'ils ont pris chez eux avant de partir. Lorsqu'ils commencent à 21h (équipe de nuit), pour ceux qui peuvent se rendre rapidement à l'hôpital, ce repas est celui du dîner familial et est souvent consistant. Lorsqu'ils commencent à 13h40 (équipe d'après-midi), ce repas correspond soit à un déjeuner soit à un petit déjeuner et est en général moins consistant.

Les soignants interrogés sont rares à ramener un repas pour leur nuit de travail. Certains émettent des craintes quant à leur capacité à tenir tout au long de la nuit si celle-ci est rallongée de 2h. Cela signifie que dans le meilleur des cas (habitation à 15min de l'hôpital) la prise de repas sera espacée de 12h et ce de façon récurrente. Pour les salariés ayant une heure de transport aller et retour, cela décalera d'autant les prises de repas.

**Nous pouvons également nous interroger sur l'organisation de la pause déjeuner, celle-ci s'effectuant actuellement à la fin du service des deux équipes de jour. Comment prendre une pause à l'heure du rush ? Comment continuer à faire tourner le service en sous-effectif (si une partie de l'équipe prend une pause pendant que l'autre continue de travailler) ? La pause déjeuner pourra-t-elle toujours être égale à 1 heure ?**

Le nombre de patients présents aux urgences pour l'ensemble du mois réparti par tranche horaire est appelé taux d'occupation. La représentation graphique de ce taux d'occupation est un indicateur de la charge de travail pour les soignants. La figure ci-dessous met en regard le taux d'occupation et les heures « normales » de repas.

*Figure 12 : Positionnement des heures « normales » de repas en fonction du taux d'occupation du mois de septembre*



Sur cette figure, nous pouvons voir que les heures de repas coïncident avec les périodes de forte charge (rush). Il est de ce fait fort peu probable que les salariés puissent prendre leur pause déjeuner dans cette tranche horaire (12-14h).

En effet, lorsque les pauses s'effectuent à tour de rôle et pendant un moment de forte charge, il n'est pas rare que les salariés écourtent leur pause pour ne pas pénaliser les collègues qui assument seuls une charge de travail importante. **De ce fait, nous émettons des réserves sur la possibilité des salariés à prendre une pause fixe d'une heure chaque jour de travail dans la tranche horaire 12h-14h.**

Il est utile de rappeler que cette pause d'une heure est indispensable et est un préalable à la réalisation du travail en 12h. Cette pause permet non seulement de déjeuner mais aussi de « décompresser » quelques instants avant d'entamer la deuxième moitié de leur service.

Si aucune réflexion n'est menée en interne sur la question cruciale de la prise des repas (et la constitution des paniers repas), nous ne pouvons que conjecturer qu'en 12h, le maintien de la vigilance des salariés risque d'être particulièrement ardue et que les troubles alimentaires risquent de croître rapidement.

## V.1-4 Gains de la semaine non travaillée sur la santé psychique

### *Une évolution vers les horaires du matin : une évolution « récompense »*

Au delà de l'analyse par équipe, il est important de noter que d'autres facteurs semblent jouer un rôle dans l'adhésion ou non à un horaire.

Lors des entretiens, certains salariés ont fait mention d'une règle « implicite » existant chez le personnel soignant. Il est en effet admis qu'en début de carrière, un soignant sera amené à occuper les postes les « plus pénibles » et qu'après quelques années, notamment lorsqu'il a des enfants, il pourra prétendre à occuper un poste de jour.

Ainsi, un soignant nous faisait part de l'évolution des postes occupés au cours de sa carrière :

*« J'ai fait des horaires terribles en début de carrière et je n'ai pas envie de revenir à ces horaires là. Quand j'ai eu mon DE je savais que c'était soit des horaires de nuit ou de la garde. Ça fait partie de la règle du jeu de commencer par les postes pénibles. »*

Les soignants les plus expérimentés ont en effet pour la plupart fait mention d'un parcours professionnel de ce type. Ils se sont vus offrir des postes de nuit ou de « garde » (poste de l'après-midi) qu'ils n'ont décentrement pas pu refuser car fraîchement sortis de l'école. L'arrivée d'un enfant au sein de leur famille est souvent ce qui leur a permis d'accéder à un poste de « jour » (poste du matin) celui-ci étant plus compatible avec l'organisation de la vie familiale.

Le poste de jour est donc considéré par ces soignants comme une récompense acquise après quelques années de postes de nuit et de garde qu'ils qualifient de postes pénibles.

**Devoir retravailler à des horaires dits « pénibles » est particulièrement mal vécu par les soignants de l'équipe du matin qui subissent ce changement comme une dévalorisation de l'investissement au travail qu'ils ont fourni au cours de leur vie professionnelle.**

### *Un repos psychologique lors de la semaine non travaillée*

L'équipe de l'après-midi explique « ne pas vivre en dehors du travail » lors de la grande semaine. La grande semaine correspond à un travail 6 jours sur 7 dans l'organisation actuelle et correspond à 5 jours sur 7 dans la situation cible.

Les figures ci-après schématisent la planification des jours de travail et de repos dans la situation actuelle et dans la situation cible (les cases grises représentent des jours travaillés, et les R signifient les jours de repos) :

Exemple dans la situation actuelle :

Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
		R					R	R				R	R

Grande semaine

6 jours de travail / 7

Petite semaine

3 jours de travail / 7

Exemple dans l'organisation projetée :

Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
			R	R			R	R	R			R	R

Grande semaine

5 jours de travail / 7

Petite semaine

2 jours de travail / 7

Ce qui est prévu dans l'organisation cible est de « *sur un mois entier, de positionner une semaine entière de repos.*<sup>43</sup> »

Donc, l'équipe d'après-midi, ayant actuellement des horaires relativement inadaptés avec la vie sociale (Cf. chapitre IV.1-2), aura au moins deux jours de repos consécutifs, ce qui leur permettra, de reprendre une activité sportive et associative. **Une augmentation du temps de repos consécutif améliore le repos physique et émotionnel avec la notion de « récupération du temps pour soi ».**

**Malgré tout, cet effet doit être relativisé au regard de la fatigue accumulée**, c'est-à-dire que le temps de repos pourra être « un temps pour soi » si, et seulement si, la récupération de la fatigue est possible et ne s'effectue pas sur la totalité des deux jours. En effet, le travail en grande semaine est diminué d'une journée mais la durée totale du travail est augmentée d'environ 12h (passage de 48h environ à 60 heures de travail lors de la grande semaine).

Un salarié de l'équipe de garde reçu en entretien a notamment indiqué sa crainte de passer ses repos à récupérer de la fatigue accumulée au travail :

« *J'ai une amie qui travaille en 12h et elle passe son premier jour de repos à dormir ! Je ne le supporterai pas !* »

**Pour l'équipe d'après-midi comme pour l'équipe du matin, le nombre de jours de repos compensateur permettra également un repos psychique.** En effet, passer moins de temps au travail et cumuler une semaine entière de repos permettront à ces soignants de se démobiliser psychiquement et de ne plus penser au travail. Un IDE de réanimation travaillant en 12h nous expliquait « *On s'investit pendant 3 jours et après on se relâche, on en pense plus au travail* »

Cela facilitera une coupure avec le travail et offrira un repos physique et psychique. Néanmoins, ce repos psychique existe actuellement quotidiennement pour l'équipe de jour (chaque après-midi) qui n'en aura plus le bénéfice que les jours de repos récupérateurs et l'équipe de nuit ne voit aucun bénéfice apporté sur ce point par le projet par rapport à leur situation actuelle. Le nombre de jours en moins travaillés étant de 2 jours par mois

<sup>43</sup> Extrait du compte rendu d'entretien avec la responsable projet.

## **V-2. IMPACTS D'UN RYTHME DE TRAVAIL EN 12H SUR LA VIE SOCIALE ET FAMILIALE**

L'objet de ce chapitre est de comparer l'organisation du temps des soignants en fonction de leurs horaires de travail. La figure ci-dessous représente la répartition du temps de travail et du temps « hors travail » en 12h et actuellement.

Sur ce schéma sont superposées les répartitions des temps de vie pour les soignants de jour selon différents horaires de travail :

- Temps de travail en 12h
  - Temps de travail en poste du matin
  - Temps de travail en poste de l'après-midi

Figure 13 : Projection de la répartition du temps en 12h pour les équipes de jour

Nous pouvons voir que le système horaire en 12h n'a pas les mêmes impacts sur les équipes du matin et sur les équipes d'après-midi.

En 12h, l'équipe qui travaille actuellement le matin verra son temps social et familial réduit. Lors de leurs jours de travail, les soignants de cette équipe ne pourront plus aller chercher leurs enfants quotidiennement et les accompagner à des activités extra scolaires. Ils ne pourront partager le dîner familial que s'ils habitent près de l'hôpital. Pour cette équipe, ce système horaire déséquilibre l'organisation familiale qu'ils ont mise en place. En outre, en fonction du lieu du domicile, l'horaire de 19h peut placer ceux qui rentrent en voiture dans les embouteillages, situations qu'ils ne connaissaient pas auparavant.

Pour l'équipe d'après-midi, bénéficiant actuellement d'un temps de vie familial réduit, cet horaire ne bouleverse pas leur quotidien social. Ils perdront cependant leur temps de vie sociale de la matinée sans pour autant réduire leur temps de vie sociale du soir. L'un des avantages qu'ils pourront tirer de ces nouveaux horaires est une réduction de leur temps de trajet en venant travailler. Le matin, les places de parking sont plus nombreuses et permettent aux soignants de se garer immédiatement. L'évolution des horaires amènerait également, ces agents, à finir plus tôt, ce qui, pour ceux qui rentrent en transports en commun, est plus sécurisant.

La figure ci-dessous représente les répartitions des temps de vie pour les soignants de nuit selon différents horaires de travail :

- Temps de travail en 12h
- Temps de travail en 10h (poste de nuit actuel)

*Figure 14 : Projection de la répartition du temps en 12h de l'équipe de nuit*

0h 1h	1h 2h	2h 3h	3h 4h	4h 5h	5h 6h	6h 7h	7h 8h	8h 9h	9h 10h	10h 11h	11h 12h	12h 13h	13h 14h	14h 15h	15h 16h	16h 17h	17h 18h	18h 19h	19h 20h	20h 21h	21h 22h	22h 23h	23h 0h	
Temps de travail en 12h							trajet	Sommeil							Tps social 12h	trajet	Temps de travail en 12h							
Temps de travail actuel nuit							trajet	Sommeil							Temps social actuel nuit				trajet	Travail actuel nuit				
							Enfants à l'école								Retour école				Retour école			Repas familial		

Comme indiqué au chapitre IV.1-2 , le principal avantage du travail de nuit est de permettre aux salariés de cette équipe de bénéficier d'un temps de vie sociale et familial. Le travail en 12h, mettrait à mal cet équilibre. En effet, nous pouvons voir que le repas du soir, celui qui rassemble quotidiennement toute la famille ne pourra plus être partagé par les soignants de nuit. **La perte de ce repas familial a un impact sur le rythme social ainsi que sur la santé des salariés en décalant la prise de repas comme développé au chapitre V.1-2.**

Par ailleurs, en commençant à 19h, ces soignants, qui évitent actuellement les embouteillages, pourraient se retrouver dans un trafic routier dense. La conséquence est une augmentation des temps de trajets pour ces salariés.

D'un point de vue plus général sur le temps de trajet, sur 45 personnes interrogées, les temps de trajet recueillis sont :

- En moyenne égale à 55 minutes de trajet aller-retour
- La moitié des salariés a un temps de trajet supérieur à 40 minutes aller-retour (médiane)
- 6 ont un temps de trajet supérieur à 90 minutes (13% des interviewés)
- 4 ont un temps de trajet supérieur à 120 minutes (9% des interviewés)

Il est à noter que certains soignants dont les temps de trajet sont parmi les plus élevés ne voient pas les 12h comme une diminution des trajets mais comme une augmentation du temps passé à l'extérieur de chez eux en une même journée.

Lors des journées de travail, le système horaire en 12h semble diminuer le temps de vie sociale et familiale. Pour autant, ce système offre également une semaine complète de repos compensateur par mois. Cette large plage horaire permet de compenser le nombre conséquent d'heures effectuées lors de la « grande semaine ». Les salariés peuvent organiser leur vie hors travail comme ils le souhaitent lors de cette semaine. Cet avantage semble contrebalancer les inconvénients des journées de travail en 12h en permettant aux salariés de cumuler un temps de vie sociale et familiale. **Il convient cependant de ne pas oublier que cette semaine n'est pas une semaine de congé mais de repos compensateur qui permet à l'organisme de compenser la fatigue accumulée.** Ainsi, lors de l'investigation des situations de travail de références, nous avons pu noter que les salariés travaillant en 12h dans d'autres services utilisaient les premiers jours de cette semaine (en général deux) pour se reposer. « *La semaine de repos, un avantage oui et non, c'est pas tellement reposant : si on a des rendez-vous, c'est cette semaine, on a peut-être un jour où on décompresse complètement. Le premier jour on dort, vraiment. Le deuxième jour on fait des courses et du ménage. Et puis après ben si y'a un rendez-vous et il reste plus grand-chose de la semaine... »*

## V-3. IMPACTS D'UN RYTHME DE TRAVAIL EN 12H SUR LES PERFORMANCES ET L'EFFICIENCE

### V.3-1 Une nouvelle répartition de la charge de travail : impact différencié par équipe

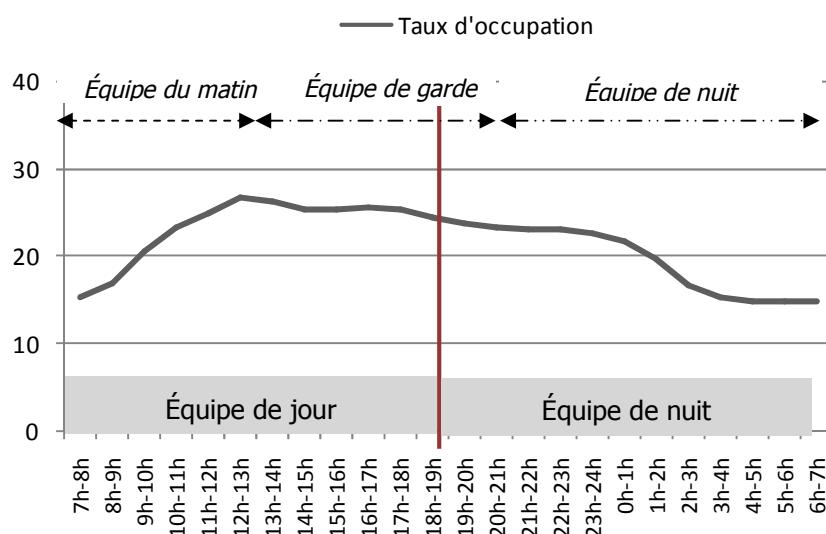
Passer en 12h, consistera, dans l'organisation cible, à travailler de 7h à 19h ou 9h à 21h pour les équipes du matin et de l'après-midi et de 19h à 7h00 pour les équipes de nuit. Cette évolution des horaires n'a pas le même impact en fonction de l'équipe à laquelle appartiennent les salariés, IDE et AS, actuellement.

L'augmentation du temps de travail aux équipes porte sur des tranches horaires différentes :

- Pour le matin : ajout de 14h30 à 19h00
- Pour la nuit : ajout de 19h00 à 21h00
- Pour l'après-midi : suppression du travail de 19h00 à 21h30 et ajout du travail de 7h00 à 13h40

Comme indiqué dans le chapitre « Un nombre d'usagers qui évolue au cours de la journée », p.49, la charge de travail liée au nombre de patients présents aux urgences est différente, en moyenne, en fonction de l'heure.

*Figure 15 : Illustration de l'évolution des horaires par équipe en lien avec la charge de travail associée*



Cela revient donc pour les équipes du matin et de nuit à travailler sur un nouveau créneau horaire où la charge de travail liée à la présence de patients sera forte.

A l'inverse, l'équipe de l'après-midi cédera un créneau horaire (19h-21h30) où le nombre de patients présents est important et travaillera sur un nouveau créneau (7h-13h) où ce nombre est inférieur.

La relation entre fatigue et charge de travail (liée au nombre de patients présents aux urgences) est inverse pour l'équipe de nuit et l'équipe de jour dans la situation cible.

## V.3-2 Fatigue et efficience au travail dans la situation cible

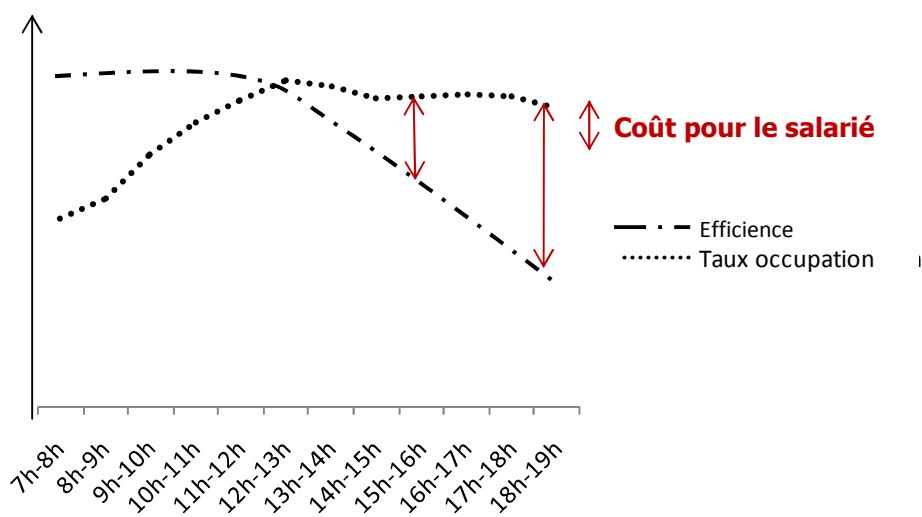
L'« érosion de l'efficience » est liée à la longueur de la journée de travail. Travailler de nuit n'est pas adapté au fonctionnement biologique humain, et pour les mêmes raisons, travailler 12 heures par jour ne permet pas à un salarié d'être en pleine possession de ses moyens tout au long de son travail. Mobiliser ses connaissances sur une durée aussi longue est un travail coûteux pour le salarié qui se fait au détriment de sa santé physique et psychique. En effet, il convient de répéter des gestes avec la même dextérité alors que la fatigue s'installe ; de même les processus de mémorisation sont plus coûteux avec l'avancée dans le temps.<sup>44</sup>

La problématique qui se pose pour **l'équipe de nuit** cible est de commencer le travail au moment fort de la charge (« rush »), il n'y a pas de temps d'adaptation. La question qui est soulevée porte sur **la capacité des salariés à mobiliser leurs ressources internes pour faire face à l'afflux de d'usagers qui reprend à la fin du service (entre 6h et 7h) et pour mobiliser leurs ressources au plus fort du creux de vigilance alors qu'actuellement ils en éprouvent une difficulté.** « *Au bout de 10h, on n'en peut plus ... alors en 12h, ce sera intenable !* »

**Pour l'équipe de jour dans l'organisation cible, c'est en fin de poste que la charge est la plus importante, cela revient donc pour ces salariés à puiser dans leur ressources physiques et psychologiques alors qu'ils sont en état de « fatigue » à un moment de la journée où la charge de travail leur demande toutes leurs capacités.**

Afin d'illustrer ce dernier propos, la figure ci-après, présente un indice synthétique de la performance au travail. Il est figuré l'évolution du taux d'occupation moyen et une courbe d'évolution de l'efficience sur la durée du travail en 12h.

Figure 16 : Représentation schématique des exigences du travail et de l'évolution de l'efficience sur 12h



<sup>44</sup> Escudie, O., Gadbois, C., Giujuzza, C., Michel, A., Saurel, D. (1998). Équipe en 12 heures à l'hôpital : Analyse d'une réponse locale aux exigences de la tâche dans une unité de réanimation. Actes du congrès de la SELF.)

La figure ci-dessus présente la notion d'efficience (efficience à 100% en début de journée, baisse à partir de 13h en coïncidence avec la variation de la vigilance, puis diminution progressive au cours de la journée).

L'objectif n'est pas de quantifier l'efficience, la performance ou la fatigue mais de rendre visible l'évolution décroissante de l'efficience et des variables biologiques par rapport aux exigences du travail.

**Ainsi, le schéma rend visible que, pour l'équipe de jour cible, la charge de travail ne diminue pas contrairement aux ressources physiques et psychiques, cela crée un déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources, ce qui génère le « coût pour le salarié » (physiologique, psychique, ...).**

**Le travail en état de fatigue est un facteur d'augmentation de la probabilité de survenue d'un accident du travail.** Par exemple : baisse de la vigilance et risque accru d'AES, baisse des ressources physiques (force physique) et risque de TMS lors d'un brancardage, etc.

**L'irritabilité croît en parallèle de la fatigue physique.** Ainsi, il est à redouter une augmentation des conflits interpersonnels (conflits existant actuellement) ainsi que la diminution de la capacité à faire face « avec le sourire » avec un patient ou un accompagnant « désagréable ». Cette augmentation de l'irritabilité impacte le sens du travail pour les salariés pour qui les conflits avec les collègues IDE, AS et médecins sont source de fortes démotivation et pénibilité. Ce climat risque de renforcer les tensions et diminuer la cohésion de l'équipe, ce qui pourrait augmenter également le risque d'erreur au travail.

### V.3-3 Augmentation du risque d'erreurs

L'infirmier est responsable des soins qu'il effectue à un patient, que ce soient les soins qui relèvent du rôle propre de l'infirmier ou ceux sur prescription du médecin.

En tant qu'infirmier dans un hôpital public et dans « *l'hypothèse d'une faute de l'infirmier à l'origine d'un dommage pour le patient, l'action sera dirigée contre le médecin et ou la clinique. En effet, selon les dispositions de l'article 1384 du code civil, l'employeur est responsable du fait de ses préposés. C'est donc l'assurance de la clinique et ou le médecin responsable de l'infirmier fautif qui sera amené à verser les indemnités allouées au patient.*

*En revanche, l'employeur peut exercer une action disciplinaire contre l'infirmier qui peut aller du simple blâme au licenciement eu égard à l'importance de la faute ou la répétition de négligence de la part de l'infirmier. Ce sont dans ces circonstances qu'il a été jugé que "le licenciement d'un IDE est légitime dès lors qu'on peut considérer comme faute professionnelle, même si cette tâche n'est pas précisée dans le cahier de consigne, mais relevait de sa responsabilité. (CA de Rouen, Chambre sociale, 15 avril 1993). »<sup>45</sup>*

L'infirmier doit évaluer si les prescriptions du médecin sont justes, comme par exemple :

- Pas de quantité anormale
- Le bon produit au bon patient

Les infirmiers font référence à de nombreux cas où, sans cette relecture des prescriptions, des conséquences graves auraient pu survenir (ex : un médicament pour faire baisser la tension prescrit à un hypotendu).

---

<sup>45</sup> <http://www.infirmiers.com/doss/collaboration-ide-as2.php>

C'est également pour cet aspect qu'un infirmier de l'après-midi se demande : « *quand on pique à la chaîne, on ne sait pas toujours pourquoi on le fait, ... mais comment on a fait pour ne tuer personne ?* »

Ainsi, **le rythme de l'activité est mis en cause dans le risque d'erreur. Pour d'autre, cela relève de l'inexpérience de certain infirmiers.**

« *Avec l'expérience, on prépare des ampoules de morphine et si on en prépare de trop on le sent [via la répétition du geste], pour une infirmière non expérimentée, elle n'a pas cette pratique et peut ne pas se rendre compte que la quantité prescrite est inadaptée* » Selon un autre infirmier, il est impossible de tout connaître pour savoir évaluer si une prescription médicale est correcte ou pas et il faudrait environ 3 ans pour que l'infirmier soit réellement autonome sur ce point.

**Le turn-over attendu en lien avec le projet risque d'amener un grand nombre d'IDE « novices ».** Cet impact créera une surcharge de travail pour les plus anciens (la notion d'ancien est à relativiser au regard de l'ancienneté des salariés toujours en poste) qui devront les former et **augmentera le risque d'erreur lié à l'incapacité des plus novices à relire les prescriptions** et l'incapacité des plus anciens de prendre le temps de vérifier les prescriptions de leurs patients et celles du collègue novice.

Il est à noter que les plus expérimentés du service des urgences sont majoritairement défavorables au projet. Ceux qui sont favorables au projet expriment souvent le souhait de ne pas rester plus de 5 ans dans un même service car cela ne correspond pas à leurs ambitions ou à leur vision d'une carrière d'infirmier.

Le risque lié au turn-over et au risque d'erreur (responsabilité de l'infirmier dans ses soins) devra être anticipé.

Le deuxième risque associé à ce point est celui d'une **augmentation du stress au travail lié à la crainte de faire une erreur, notamment avec la baisse de la vigilance et de l'efficience.** La fatigue accumulée dans la journée, diminuant les ressources cognitives de l'infirmier, peut créer une situation accrue de stress dans laquelle le salarié a l'impression de ne pas avoir les ressources suffisantes pour faire face à la situation professionnelle et ce d'autant plus que l'enjeu dans cette situation porte sur la santé des usagers.



**VI -**  
**ÉVOLUTION DES RISQUES PROFESSIONNELS**  
**DANS LA SITUATION CIBLE**



## **VI-1. LES ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS ACTUELS : LE DOCUMENT UNIQUE**

L'analyse ci-après se base sur le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) réalisé en 2003, aucune réactualisation n'ayant été faite depuis. Pour avoir une idée de cette réactualisation future, les notes du responsable des conditions de travail prises lors d'une réunion sur ce thème nous ont été transmises.

Le DUERP est réalisé à partir d'un document regroupant tous les risques envisageables dans un hôpital identifiés par thèmes. Le responsable des conditions de travail rencontre ensuite les responsables de service pour voir avec eux quels sont les risques cités dans ce document qui seraient présents dans leur service. Un programme d'action est alors prévu pour les risques identifiés comme les plus fréquents (le degré de fréquence n'est toutefois pas inscrit dans le DUERP actuel).

Le DUER du service des Urgences de l'APHP Beaujon présente une structure qui se compose :

- Identification du poste de travail
- Identification des dangers
- Ressources pour l'évaluation
- Moyens de protection mis à disposition
- Identification des personnes concernées
- Analyse des risques à travers trois indicateurs (les conditions d'exposition, le mesurage du risque, les indicateurs de dommage)
- Les actions envisagées.

Les risques identifiés dans le document fourni par la direction pour les équipes du service des urgences sont les suivants :

- Les dangers biologiques (dont les Accidents d'Exposition au Sang)
- Les risques infectieux liés à la présence de patients en état de santé inconnu
- Les dangers liés à des facteurs psychosociaux (charge psychique, contact avec un public agressif, patients présentant des troubles psychiatriques)
- Les dangers liés à l'architecture du service

Et plus spécifiquement à l'IAO :

- Les risques infectieux liés à la présence de patients en état de santé inconnu
- Les dangers physiques : bruit, manutention des personnes
- Danger biologique, risque d'AES
- Prise en charge de malades agités non conscients ou peu coopérants
- Les dangers liés à des facteurs psycho-sociaux (charge psychique, contact avec un public agressif, patients présentant des troubles psychiatriques)

De même, spécifiquement au service Portes :

- Danger climatique
- Dangers physiques liés à la mobilisation des patients
- Dangers liés à l'organisation : isolement et insécurité
- Dangers liés à des facteurs psycho-sociaux : charge psychique
- Prise en charge des patients agités peu coopérants

Selon la loi, le DUERP comporte les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs en présentant un inventaire des risques par unité de travail. Il est un outil dans la démarche de prévention de la santé au travail, et ne doit donc pas être utilisé comme une fin en soi.

La structure du document recense toutes les catégories d'informations réglementairement demandées pour une analyse des risques. Néanmoins, différentes données manquent, notamment :

- **Certains risques ne sont pas indiqués ou leurs indicateurs restent incomplets.** C'est le cas pour les dangers liés à des facteurs psychosociaux. Les risques physiques y sont identifiés (morsures, gifles, coups, etc.) mais pas les risques psychiques (mal-être au travail, surcharge mentale, etc.). C'est le cas du burn-out en général et des situations stressantes (mortalité de patients, etc.). De plus, rien n'est semble t'il prévu pour cela. Si la direction nous signale que « *le suivi se fait soit par l'intermédiaire de la médecine du travail, ou en cas de situation particulièrement difficile, soit avec l'aide de l'équipe de liaison de psychiatrie, ou en sollicitant une psychologue de l'établissement* », les soignants, dans la plus grande majorité des cas (28 personnes sur 47, soit 60%) signalent que le suivi psychologique est insuffisant ou très insuffisant. L'existence de ce suivi n'est d'ailleurs pas indiquée dans le DUERP.
- **Une majeure partie des soignants ignorent qu'un suivi est possible** et signalent que lorsqu'ils attendent une réaction de la direction face à une situation stressante (évocation par 4 personnes d'un jeune enfant électrocuted et amené mort aux Urgences), aucune action n'est menée : signalisation de la présence d'un psychologue, numéro de téléphone fournit, débriefing, etc.
- **Les impacts des horaires atypiques actuels (fatigue, risque d'erreur, etc.) ne sont pas clairement identifiés.**
- L'analyse des risques et l'identification des dangers ne fait pas mention des effets de ceux-ci. **Seuls les événements avérés sont recensés** (exemple : 5 piqûres en 2001), les autres effets ne sont pas indiqués (exemple pour les dangers infectieux : contamination au HIV, méningite, tuberculose, hépatite, etc.)
- **Acteurs et échéance pour les actions envisagées ne sont pas présentés.** Aucune date (mois ou même année) n'est donnée. Les formations, achat de matériel ou travaux n'ont pas d'échéance. Les actions réalisées ne sont pas indiquées. L'acteur (ressources pour évaluation) n'est cité que pour trois risques, il s'agit du médecin du travail.
- **Les actions ne sont constituées essentiellement que de formations** (mis à part des travaux prévus pour les dangers liés à l'architecture du service). Or, la loi prévoit que l'employeur doit tout d'abord agir sur la source du risque de façon collective puis de façon individuelle si impossibilité. La formation n'est envisageable uniquement que lors de situations ne permettant pas ce type d'actions. Des moyens de protection mis à disposition sont cités mais aucun retour sur leur utilisation ou sur les causes de non-utilisation n'est transmis ou les actions possibles pour les salariés sensibles (exemple : retirer du poste d'IAO et de l'accueil les femmes en début de grossesse ou les retours de congés maladie).

Le DUERP répond donc dans sa forme à la législation en vigueur mais certains points sont à améliorer pour une réelle analyse complète et opérationnelle des risques.

## VI-2. ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DU RISQUE PROFESSIONNEL DANS LA SITUATION CIBLE

Ce chapitre présente l'analyse prévisionnelle selon la Direction puis notre diagnostic sur l'évolution des risques professionnels.

### VI.2-1 Une évaluation prévisionnelle des risques absente du projet

Lors de nos entretiens avec les différents membres de la direction rencontrés, la discussion a porté sur l'évaluation prévisionnelle des risques.

Tout d'abord, aussi bien les cadres que la directrice des soins et la responsable des conditions de travail nous ont signalé qu'aucune analyse des risques liés au passage en 12 heures n'a été effectuée. Ce type d'horaire existant déjà dans d'autres services de l'hôpital et les risques aux urgences étant connus, aucun « *nouveau risque* » ne sera présent selon elles.

La responsable des conditions de travail déclare « *n'avoir pas participé à l'élaboration du projet* ». Un suivi après l'application serait, par contre, effectué (via le recensement des accidents du travail, les demandes de congés maladie, le turn-over, etc.).

De même, le médecin du travail « *souligne que la médecine du travail n'a pas été associée à ce projet.* »<sup>46</sup>

Ensuite, lors de la discussion, les responsables rencontrés ont identifié différents risques pouvant survenir via le projet de passage en 12 heures. Pour eux, ces risques seraient :

- Les Troubles Musculo-Squelettiques (ou TMS)
- Les patients agités
- Les patients psychotiques
- Les Accidents d'Exposition au Sang (ou AES)

Ces risques sont en fait déjà identifiés dans le DUERP, l'évolution porterait donc, à priori pour la direction, plus sur l'augmentation ou la diminution de leur survenue.

Les cadres nous évoquent également des « *impacts sur la vie personnelle* » et déclarent que ceux-ci sont donc du ressort de l'individu et « *d'une remise en cause de leur organisation personnelle* » où l'hôpital n'a pas à intervenir.

Selon les médecins du service des Urgences, les risques au travail sont principalement le burn-out et la pression au travail. La solution selon eux est : « *le repos via des RTT, des Congés Annuels* ». D'où l'utilité d'une semaine de repos compensateur avec le projet des 12 heures. Un autre risque étant l'augmentation des expositions au sang lié au « *rythme plus fatiguant physiquement et moralement [que dans un autre service]* ». *La particularité du service est que soit l'on adore et l'on est capable de gérer cette ambiance, la récupération est possible et la motivation revient, soit l'on reste quelques temps seulement pour formation et part pour autre service après* ».

L'analyse prévisionnelle des risques aurait pu être effectuée et présentée au CHSCT dans le cadre de l'information/consultation.

---

<sup>46</sup> Extrait du procès-verbal du CHSCT ordinaire du 15/09/08

## VI.2-2 Analyse de l'évolution des risques professionnels liée au passage en 12 heures

Le présent chapitre recense les risques relevés au sein des urgences et leur évolution probable dans la situation cible.

Il relève de l'obligation de l'employeur de faire l'évaluation des risques professionnels.

Dans le cadre de cette expertise, ni l'expert ni les élus ne peuvent se substituer à l'employeur pour répondre à ses obligations, notamment parce que cette démarche doit aboutir à un plan de prévention sur lequel les élus peuvent donner un avis.

La priorisation des risques selon l'angle des horaires de travail n'a pas de sens en soi car l'évaluation des risques s'effectue en prenant en compte tous les éléments constituant les situations de travail.

De plus, le code du travail ne demande pas que les risques « principaux » soient supprimés avant des risques « secondaires », il indique que tous les risques doivent être supprimés ou limités.

La priorisation (hiérarchisation) doit porter à la fois sur le risque mais également sur les moyens dont dispose l'employeur. Il incombe donc à l'employeur de réaliser son plan de prévention sous ces termes et la mission d'expertise ne peut se substituer à cette obligation de l'employeur. Notre objectif est bien d'aider les membres du CHSCT à identifier les risques.

### *Le risque d'accident de trajet : diminution de la fréquence mais augmentation de l'occurrence*

Le risque d'accident de trajet est à la fois lié à la fréquence et à la probabilité d'apparition de la situation dangereuse.

Dans la situation actuelle, les salariés utilisent de 3 à 6 fois leur véhicule par semaine. Dans la situation projetée, ils devraient l'utiliser 2 à 5 fois par semaine lors de leur semaine de travail. Cette moyenne est diminuée si l'on prend en compte la semaine complète de repos (RR, RH,...).

Le projet diminue la fréquence des trajets domicile-travail donc diminue la fréquence d'apparition du risque. Mais, ce risque doit être réévalué avec la probabilité sa d'apparition (occurrence). En effet, en 12h, les salariés accumuleront une fatigue physique (baisse de la vigilance, diminution des réflexes, ...) qui augmentera la probabilité de l'accident à chaque trajet.

**En conclusion, le risque d'accident de trajet évolue vers une diminution du nombre de trajet et une augmentation de l'occurrence de l'accident à chaque trajet. Au regard de ces éléments, il n'est donc pas possible de considérer que ce risque est diminué pour l'équipe travaillant de jour mais ce risque est bien augmenté pour ceux travaillant de nuit.**

## *Les risques ayant des impacts sur la santé mentale des agents*

Les risques liés aux facteurs psychosociaux sont relativement élevés dans l'organisation actuelle notamment à travers le contact avec les patients et accompagnants, la fatigue actuelle qui amène une dégradation des relations de travail au sein des urgences, etc. (Cf. V.1-4, p.68)

La situation cible amènera l'organisme à mobiliser des ressources alors que les capacités internes de l'agent diminuent au cours de la journée. Les salariés sont plus sensibles aux agressions extérieures en fin de journée, **l'organisation projetée augmentera cette sensibilité et donc le risque de stress des agents concernés** (principalement les IDE).

**Le risque de stress est également augmenté avec la crainte, qu'ont les agents, relative aux erreurs dans leur activité** (vérification des prescriptions, soins prodigues au bon patient, ...). La baisse de la vigilance en fin de journée associée à la charge de travail qui, pour l'équipe de jour dans la situation cible, sera à un niveau élevé, augmente le risque d'oubli. Les interruptions de tâches seront plus gênantes en fin de journée et pourront d'autant plus créer d'interférences cognitives (deux informations distinctes qui peuvent se mélanger et se recomposer).

Cette évolution du risque d'erreur impacte également la qualité des soins prodigues aux patients. Serait-il acceptable pour le service des urgences de penser que les patients bénéficient de soins de qualité inégale en fonction de l'heure de la journée où ils se présentent sachant que le risque d'erreur, lors des soins notamment, est accru en fin de service des IDE ? **Est-ce que le nombre d'infirmiers pourra réellement compenser la fatigue accumulée ?** Nous rappelons que les effectifs sont en moyenne augmentés mais que l'effectif minimal n'est à priori pas garanti.

**Ces impacts doivent être modulés avec la possibilité de prendre des pauses,** notamment celle prévue pour le repas devant durer 1 heure. Comme expliqué dans le chapitre V.1-3, p.65, la durée de la pause est remise en cause au regard du nombre de patients présents aux urgences dans les horaires de repas (12h-14h). **Il est fort probable que les agents ne pourront pas bénéficier suffisamment souvent d'un repos récupérateur au cours de leur service et c'est pour cela que nous attirons l'attention sur le risque accru de fatigue et des conséquences qui en découlent, notamment le risque de stress.**

Tout du moins, **les risques liés à la fatigue dite émotionnelle sont diminués si la semaine de repos complète peut être posée par les agents. L'augmentation du temps de vie hors-travail améliorera, pour les agents de l'après-midi, la santé psychique en leur permettant de passer plus de temps de vie sociale et famille.** Les repos compensateurs dont bénéficient ces salariés permettent de « lâcher avec le travail ». Ce « décrochage » est indispensable à la santé physique et mentale des infirmiers qui est permis en dégageant des phases de temps nécessaire à cette récupération.

## *Les risques ayant des impacts sur la santé physique des agents*

Le risque actuel de fatigue chronique pourrait être diminué si les agents peuvent prendre leur semaine de repos complète par mois. L'augmentation du temps de repos pendant les semaines de travail (passage de 1 jour à 2 jours au minimum) améliore la récupération de la fatigue accumulée.

Ainsi, la possibilité de poser les jours de récupération est primordial pour la santé et la sécurité des salariés.

Néanmoins, les heures supplémentaires pourraient mettre à mal cette organisation et impacter plus fortement qu'actuellement la santé des salariés.

Plus particulièrement pour les aides soignants, les différentes manutentions effectuées ainsi que les déplacements (patients et objets) peuvent s'avérer plus pénibles en fin de journée en 12h qu'actuellement.

Les risques liés aux Troubles musculo-squelettiques et aux problèmes de circulation sanguine seront accrus.

## *Les risques liés au départ des agents les plus expérimentés*

Les résultats des positionnements des agents par rapport au projet traités en fonction de l'expérience (Cf. chapitre III.1-3, p.34) ont permis d'apprendre que les soignants expérimentés étaient majoritairement défavorable au projet (79%). De même, lors des entretiens, 11 agents ont déclaré vouloir quitter le service si le projet était mis en place (Cf. chapitre III-3, p.39).

La mise en place du projet risque de voir partir des agents expérimentés.

Ces personnels sont cependant un atout précieux pour le service.

Leurs compétences sont multiples :

- Les nombreuses connaissances qu'ils possèdent leur permettent de gérer les pathologies les plus variées
- Ils sont capables de soigner rapidement les patients les plus délicats
- Ils forment des personnels « novices » et transmettent des savoir-faire acquis

Les agents les plus expérimentés risquent de quitter rapidement le service s'ils subissent un horaire non choisi. Il est fort probable que les remplacements de ces personnels seront pourvus par des « jeunes » que le service semble attirer. Les personnels les plus expérimentés pour former ces nouveaux embauchés ne pourront partager une expérience qu'ils n'ont pas.

## **Ainsi, les savoir-faire acquis avec l'expérience par les agents les plus expérimentés ne pourront plus être transmis.**

La nuit, les médecins internes présents aux urgences ne sont pas dédiés à ce service et sont donc plus novices que les médecins affectés de jour (l'attaché présent de nuit est, par contre, un effectif permanent des urgences). Cet élément particulier amène les infirmiers à recevoir des prescriptions « découpées », car le médecin n'est pas familiarisé au service. Par exemple, une première prescription est donnée pour un bilan sanguin puis, dans un second temps, pour le même patient, une perfusion est demandée. Un médecin expérimenté aurait prescrit ces actes infirmiers de façon simultanée afin, notamment, d'éviter au patient d'être piqué deux fois.

Les infirmiers expérimentés ont les compétences nécessaires pour anticiper les besoins d'actes d'infirmiers et dans le précédent exemple, auraient demandé au médecin s'ils devaient prévoir à la fois le bilan sanguin et la pose d'une perfusion. Ainsi, la qualité du soin donné au patient est

améliorée ainsi que la charge de travail en réalisant en un seul acte l'ensemble des prescriptions du médecin.

Un infirmier expérimenté transmet aux jeunes qu'il encadre, lors leur période de formation, de nombreux savoir-faire de ce type, ce qui contribue à conserver un personnel expérimenté au sein du service.

**Sans une transmission des savoirs acquis par l'expérience, le risque associé est celui d'une augmentation des erreurs et, de fait, une diminution de la qualité des soins** (Cf. chapitre Augmentation du risque d'erreurs , p.74) **et une augmentation de la charge de travail.**



**VII -**  
**CONCLUSION ET PISTES DE RÉFLEXIONS**



## VII-1. LES ENSEIGNEMENTS ISSUS DES SITUATIONS DE RÉFÉRENCE

### *Informations issues de la littérature scientifique.*

C. Gadbois et ses collaborateurs<sup>47</sup> ont mené une étude dans une unité de réanimation d'un service de cardiologie pédiatrique, dont le système horaire était le 2x12h. Ce service connaissait une forte rotation du personnel et quelques épisodes de sous-effectif, ce qui créait des difficultés pour répondre aux besoins. Cette étude a montré que la nature du travail des soignants et la spécialisation du service était compatible avec le système horaire des 12h.

*« La complexité des cas et le caractère évolutif de l'état des patients obligent l'infirmière à disposer en permanence d'une représentation cognitive du processus thérapeutique fine, complète, incluant avec précision les étapes passées [...] L'exigence cognitive de la continuité est certainement un élément important à prendre en compte dans la définition du système d'horaire le plus approprié, et en particulier dans les options concernant le découpage des 24 heures sur plusieurs équipes. »*<sup>48</sup>

C'est parce que l'activité d'une infirmière dans l'unité de réanimation du service de cardiologie pédiatrique de cet hôpital comprend des phases de travail insécables et prévisibles qui mettent en jeu la vie des patients pris en charge que les auteurs concluent à un système horaire compatible à l'exercice de ce travail.

Par ailleurs, les salariés du secteur hospitalier dans les soins intensifs, les soins palliatifs et les soins de réanimation sont soumis à une charge psychique très importante. L'activité de travail de ces soignants est tellement sollicitante qu'ils préfèrent se mobiliser longtemps à une fréquence moindre que l'inverse. Dans leur travail, réside une véritable tension qui ne les quitte pas une fois qu'ils sont rentrés chez eux. Pour ces soignants, aller au travail, c'est se mobiliser puis se déconditionner pour rentrer chez eux.

### *Informations issues de l'analyse des données d'absentéisme*

Dans un premier temps, dans le cadre d'une démarche de diagnostic telle que préconisée par l'INRS<sup>49</sup>, nous avons analysé les données d'absentéisme communiquées, à notre demande, par votre direction<sup>50</sup>.

Tout d'abord, il convient de préciser la prudence nécessaire dans l'interprétation des statistiques d'absentéisme<sup>51</sup>. En effet « les indicateurs d'absentéisme ont à voir à la fois avec la situation sanitaire des personnes, leurs conditions de vie et leurs conditions de travail, l'adaptation des moyens et de l'organisation du travail de ces mêmes personnes. ». Mais néanmoins, les auteurs indiquent que « **dans un secteur donné, une dégradation du taux d'absentéisme est une alerte...** ».

---

<sup>47</sup> Escudié, O., Gadbois, C., Giujizza, C., Michel, A., Saurel, D. (1998). Equipe en 12 heures à l'hôpital : Analyse d'une réponse locale aux exigences de la tâche dans une unité de réanimation. Actes du congrès de la SELF.

<sup>48</sup> Ibid., p.81.

<sup>49</sup> A ce sujet voir notes Documentaires INRS ED 6011 et ED 6012 (juillet 2007)

<sup>50</sup> Données transmises par la direction le 5 novembre 2008

<sup>51</sup> Voir à ce sujet le dossier de la Revue Santé & Travail n°47 d'avril 2004 et notamment l'article de Marie France Cristofari, statisticienne : « *savoir interpréter les statistiques d'absentéisme* »

*Tableau 13 : absentéisme et maladies ordinaires (extrait document fournis par la direction)*

	EFFECTIF PHYSIQUE	NOMBRE D'ARRET MALADIE ORDINAIRE	NB DE JOURS ARRET MALADIE	DUREE MOYENNE ARRET	NB ARRET MALADIE/NB PERSONNES PHYSIQUES
URGENCES	73	69	470	6,8	0,95
RCP	73	96	788	8,2	1,32
REA HEPATO DIGESTIVE	64	84	726	8,6	1,31

Si l'on compare les arrêts maladies entre un service déjà passé en 12 heures (la réanimation) et le service des Urgences, l'on s'aperçoit que pour l'année 2008 (Janvier à Septembre), à effectif égal, le personnel du service RCP est plus souvent et plus longtemps en arrêt maladie que le personnel des Urgences.

Ces données sont à analyser avec prudence compte tenu du faible effectif pris en compte.

**Une étude de l'évolution de ces arrêts et de leur durée réelle devra être réalisée si le projet est appliqué. Une augmentation des arrêts de courte durée pouvant être le signe d'une dégradation des conditions de travail.**

### *Informations issues des entretiens avec des salariés travaillant en 12h à Beaujon*

Lors de notre expertise, nous avons procédé à une analyse de situations de références au sein de l'hôpital. Celle-ci a porté sur deux services de réanimation travaillant déjà en 12h : la Réanimation Chirurgicale Polyvalente (RCP) et la Réanimation hépato-digestive. Nous avons rencontré différents salariés IDE et AS des deux services de réanimation précités. Ces salariés rencontrés portent un avis à la fois sur le travail en 12h et sur le projet des 12h aux urgences.

Tous les salariés de réanimation expliquent que le 12h :

- Est fatigant et tout particulièrement la 3<sup>ème</sup> journée de travail consécutive
- Oblige à mettre sa vie personnelle de côté chaque journée ou nuit travaillée
- Ne peut se faire sans l'effectif minimal
- Permet de prendre la semaine de repos par mois (ou toutes les 5 semaines)

L'aspect du travail en 12h qui est valorisé en réanimation est le suivi du patient sur une journée.

En réanimation, les patients restent en moyenne environ 15 jours (de 2 jours à 3 mois). Les IDE de réanimation apprécient de connaître l'historique des patients au cours de la journée car ils peuvent notamment répondre aux questions des familles qui arrivent l'après-midi.

L'avis porté par les IDE et AS rencontrés en réanimation est que le travail aux urgences est d'une nature différente que celle des services de réanimation notamment sur la notion d'anticipation du travail.

En réanimation, si un patient se dégrade brusquement, les soins prévus (par exemple, le changement d'un pansement) peuvent être décalés dans la journée. De plus, la dégradation d'un patient peut être relativement anticipée au moins à court terme. Le nombre de patients attribués par IDE et AS est réglementé : 2,5 patients par IDE et 3,5 patients par AS. Ainsi, le nombre de patients en réanimation est stable et les soins à effectuer en fonction de leur

pathologie (sortie de bloc, état stable, préparation au bloc, dégradation lente et progressive, ...) sont prévisibles et quantifiables.

Le rythme de l'activité s'anticipe sur plusieurs jours contrairement aux urgences où chaque arrivée de patient est une nouvelle charge de travail et où chaque « prochain patient » peut être dans un état grave. Le nombre minimal d'IDE aux urgences est défini à 5 par rapport à une répartition de poste (IAO, médecine, ...) mais le nombre de patients peut varier du simple au double et remettre en cause cette notion d'effectif minimal.

*Tableau 14: Comparaison de l'activité de travail en réanimation et aux urgences en lien avec le travail en 12h*

En réanimation	Aux urgences
Activité prévisible	Activité non prévisible
Nombre de patient limité	Nombre de patients illimité
DMS : 15 jours	DMS : 3 à 4 heures environ
Soins qui peuvent se reporter sur la journée	Temps limité pour effectuer les soins
Zone de travail : environ 3 chambres	Zone de travail élargie aux urgences (10 boxes)
Patients fréquemment non conscients ou sédatés	Patients pouvant être agressifs

Les soignants de réanimation rencontrés indiquent que le travail aux urgences est particulièrement pénible du point de vue « physique » (fréquence des déplacements) et qu'il est impossible d'anticiper son activité.

**Le travail en 12h nécessite des temps de pause sans lesquels les soignants ne peuvent pas « tenir le coup » et rester suffisamment vigilants pour répondre aux besoins liés à l'état de santé des patients.**

L'anticipation de l'activité qui est possible en réanimation compense le fait « *qu'on est pas au top en 12h* ». Or, pour le travail au sein des urgences « *on ne sait pas ce qui peut arriver 5 minutes après alors qu'il faut être au top tout le temps !* » Notamment pour l'équipe de nuit qui subit plus fortement les variations quotidiennes de la vigilance, la fatigue accumulée en 12h pose la question de l'efficacité en cas d'arrivée d'un patient dans un état grave.

**De plus, la fatigue accumulée est particulièrement forte le 3<sup>ème</sup> jour de travail consécutif en 12h. Elle impacte à la fois le jour de travail après la période de 2 jours<sup>52</sup> de repos (fatigue latente non récupérée lors du repos) mais également l'état psychologique des soignants lors de ce 3<sup>ème</sup> jour.** Sur ce dernier point, un soignant de réanimation indique que « *le fait d'être éreinté le 3<sup>ème</sup> jour, on est tous agressifs car tellement fatigués ...on est même agressifs entre nous* ». Du point de vue du travail au sein des urgences, cette notion d'agressivité ressort déjà dans le travail en 8h et d'autant plus à travers certains usagers des urgences et leurs accompagnants qui sont eux-mêmes agressifs.

**A travers ces divers éléments, il ressort que les bénéfices du travail en 12h apportés aux services de réanimation ne se retrouveront pas dans la situation projetée aux urgences.**

<sup>52</sup> Rappel : le temps de travail en 12h = 3 jours travaillés – 2 jours repos – 2 jours travaillés  
Puis 3 jours repos – 2 jours travaillés – 3 jours repos.

## VII-2. ÉVOLUTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DES RISQUES PROFESSIONNELS

L'analyse de l'évolution des conditions de travail doit se faire en distinguant les équipes dans leur organisation actuelle. Le présent rapport à démontré à plusieurs reprises les impacts différenciés du projet en fonction des équipes. Le tableau ci-après récapitule ces impacts.

*Tableau 15 : Évolutions des conditions de travail en fonction des équipes actuelles*

Équipe	Dimensions	Dégénération	Amélioration
Matin	Biologique/ santé	Repas du midi ? Heures de sommeil entre 2 jours de travail consécutifs ?	
	Sociale	Perte de l'organisation de la vie sociale et familiale actuelle	
	Travail	Activité plus intense en fin de journée alors que les ressources physiologiques sont diminuées Augmentation de la charge de travail	Meilleure répartition de la charge de travail grâce à l'effectif ?
Après-midi	Biologique/ santé	Repas du midi ? Heures de sommeil entre 2 jours de travail consécutifs ?	Repas du midi ?
	Sociale		Moins de jour travaillés et récupération d'une organisation de la vie sociale Retour au domicile à une heure moins tardive pour l'horaire en 7h – 19h
	Travail	Activité plus intense en fin de journée alors que les ressources physiologiques sont diminuées	Perte d'une activité de travail (2h) en période de rush Meilleure répartition de la charge de travail grâce à l'effectif ?
Nuit	Biologique/ santé	Diminution des heures de sommeil possibles lors de nuits de travail Augmentation de la fatigue insuffisamment compensée par la diminution des jours travaillés	
	Sociale	Perte du repas familial du soir	
	Travail	Augmentation de la charge de travail sur du rush Perte de rémunération liée à la diminution du nombre de nuits travaillées	Meilleure répartition de la charge de travail grâce à l'effectif ?

En conclusion, le projet amène à une dégradation des conditions de travail des équipes de nuit et du matin. Seule l'équipe de l'après-midi semble bénéficier d'avantages qui doivent être relativisés.

**Les risques professionnels sont également accrus dans leur majorité si l'effectif est insuffisant.**

**Le travail en 12h risque de nuire à la qualité des soins et faire prendre des risques** (problèmes de vigilance, risques d'erreurs, accidents de travail et de trajets) aux agents. **Il fait reposer sur leur professionnalisme le temps de travail lié aux transmissions** qui, pour celles non intégrées dans le planning, permet à la direction de rester dans le temps de travail maximum légal<sup>53</sup>.

La mise en perspective des attentes des agents des urgences (chapitre III.1-3, p.34) et des impacts de l'organisation projetée (chapitre V -, p.61) permet de dire que :

- **Les attentes des agents favorables au projet ne seront que partiellement contentées**
  - o Ils bénéficieront d'une meilleure répartition de leur temps de vie sociale
  - o La répartition de la charge devrait être mieux répartie au cours de la journée si l'effectif est suffisant mais la charge cumulée sera plus importante en une journée de travail
  - o L'heure de repas n'aura peut être pas lieu entre 12h-14h (heure du rush) si l'on tient compte de la charge de travail et d'une régulation collective probable
  - o La grande semaine actuellement de 6 jours de travail sur 7 passe à 5 jours sur 7 dans l'organisation projetée. Le gain d'une journée est relativisé au regard de la fatigue accumulée. La récupération de temps pour soi dépendra des capacités propres à chaque salarié de récupérer ou non de ses journées de travail (effet de travailleur sain).
- **Les craintes des agents défavorables au projet semblent être fondées**
  - o L'organisation de la vie familiale et sociale risque d'être remise en cause
  - o Le rush d'usagers aura lieu en fin de service quand les ressources physiques sont au plus bas
  - o Le travail en 12h use les ressources internes des salariés (baisses de la vigilance et de l'efficience) alors que le service des urgences ne semble pas le permettre
  - o La fatigue accumulée ne sera pas nécessairement compensée par les jours de repos récupérateurs lors des 3 semaines de travail

Nous pouvons par ailleurs noter que les agents favorables au projet ne sont pas nécessairement des soignants qui souhaitent faire carrière aux urgences.

**Il est donc important de considérer que ce projet, en sur-sollicitant les ressources physiques des agents, risque de créer un fort turn-over au sein des urgences et une perte des compétences acquises par les plus anciens.** Ce projet ne permet pas, à priori, de fidéliser le personnel au sein du service.

---

<sup>53</sup> La loi interdit strictement de dépasser 12h de travail au cours d'une même journée.

## VII-3. LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

### *Obligations sur le DUERP*

Le DUERP est un document rendu obligatoire par l'article R. 4121-1 « *l'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs* ». De plus, selon l'article R. 4121-2 « **La mise à jour du document unique d'évaluation des risques est réalisée :** »

- 1° **Au moins chaque année ;**
- 2° **Lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité, ou les conditions de travail. »**

Ce document n'a pour autant pas été renouvelé depuis 2003 et le projet actuel n'a pas été pris en compte pour une éventuelle modification ou tout du moins une étude des impacts prévus.

L'employeur n'a pas répondu à son obligation de mise à jour du document unique.

### *Obligations d'implication du médecin du travail en cas de projet important modifiant les conditions de travail*

Il est important de rappeler que c'est une obligation légale de l'employeur que d'impliquer le médecin du travail dans tout projet modifiant les conditions de travail comme le mentionne l'article R.4623-1 du nouveau code du travail (ancien R.241-42).

#### **Article R. 4623-1 :**

« *Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, en ce qui concerne notamment :*

- 1° L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;**
- 2° L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;**
- 3° La protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'utilisation des produits dangereux ;**
- 4° L'hygiène générale de l'établissement ;**
- 5° L'hygiène dans les services de restauration ;**
- 6° La prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ;**
- 7° La construction ou les aménagements nouveaux ;**
- 8° Les modifications apportées aux équipements ;**
- 9° La mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit.**

Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail et procède à des examens médicaux. »

#### **Article L3122-38 :**

« **Le médecin du travail est consulté avant toute décision importante relative à la mise en place ou à la modification de l'organisation du travail de nuit.** Les conditions d'application de cette consultation sont déterminées par décret en Conseil d'État.

NOTA:

Ordonnance 2007-329 du 12 mars 2007 art. 14 : Les dispositions de la présente ordonnance entrent en vigueur en même temps que la partie réglementaire du code du travail et au plus tard le 1er mars 2008.

*La loi n° 2008-67 du 21 janvier 2008 dans son article 2 X a fixé la date d'entrée en vigueur de la partie législative du code du travail au 1er mai 2008. »*

Les agents favorables au projet ont tous cité l'avantage d'avoir des jours de repos supplémentaires qu'ils assimilent parfois, à tort, à des vacances. Le médecin du travail, qui n'a pas été associé au projet, n'a pu remplir pleinement son rôle pédagogique auprès des agents du service (AS, IDE, cadres et médecins). **Il est nécessaire d'informer de l'importance d'un repos récupérateur et leur expliquer qu'il ne s'agit pas d'une semaine de congés qui, elle, est déplaçable.**

La Direction de Beaujon, en ne consultant pas le médecin du travail sur le projet, n'a pas répondu à ses obligations légales et se prive de conseils précieux.

## *Obligations de prévention de la sécurité et de la santé des salariés.*

Les projets, dans lesquels s'inscrit celui de passage en 12h de l'hôpital Beaujon, sont des situations au cours desquelles l'employeur doit mettre en place toutes les mesures nécessaires pour ne pas dégrader les conditions de travail actuelles et améliorer les situations existantes.

### **Article L4121-1 :**

*« L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.*

*Ces mesures comprennent :*

*1° Des actions de prévention des risques professionnels ;*

*2° Des actions d'information et de formation ;*

*3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.*

*L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. »*

### **Article L4121-2**

*« L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'Article L4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :*

*1° Éviter les risques ;*

*2° Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;*

*3° Combattre les risques à la source ;*

*4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;*

*5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;*

*6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;*

*7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambients, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'Article L1152-1 ;*

*8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;*

*9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs. »*

**Au regard des évolutions des conditions de travail et des risques professionnels, l'employeur ne répond pas à ses obligations de préservation de la santé et la sécurité de ses salariés.**

## VII-4. PISTES DE RÉFLEXIONS

### 1. Trouver une organisation qui permette une adaptation des ressources aux besoins liés à la charge de travail sans que le coût soit supporté par le salarié

La MeaH indique que « *toute variabilité des ressources non liée à un besoin et non programmée est source de baisse de qualité, de dégradation des conditions de travail et/ou de coût supplémentaire. La manière de gérer les plannings et les effectifs peut être source de gaspillage ou de perte d'efficience. Ainsi, adapter finement les ressources à l'activité entraîne une amélioration conjointe de la qualité, de l'efficience et des conditions de travail.* »

L'aménagement des horaires proposés pourrait être revu de façon à ne pas dégrader les conditions de travail de la majorité pour améliorer de façon relative celles d'une minorité.

Les contraintes supportées par l'équipe de garde sont réelles et des solutions doivent être trouvées. Les 12h imposées à chaque salarié ne constituent pas cette solution. En effet, pour proposer des soins de qualité, il faut mettre les salariés en capacité de faire ces soins. Or, la fatigue qu'ils risquent d'accumuler remet en cause cette qualité de soins et élève le risque d'erreur (et par voie de conséquence, le stress des soignants).

Des plannings comportant différents régimes horaires sont réalisables et pourraient être envisagés. ISAST

### 2. Chaque aménagement d'horaire doit comporter une période d'essai.

Une période d'essai était prévue à l'origine du projet. Le planning « projet » du mois de janvier fourni par la direction laisse penser qu'elle pourrait être remise en cause (Cf. le chapitre II-3, p27, où 19 IDE sont planifiés en 12h).

Il sera important d'évaluer la possibilité des temps de pause au cours du service pour les IDE et AS car cela conditionne la capacité des agents à se ressourcer et faire face aux exigences de leur métier.

### 3. Un accompagnement nécessaire à tout changement

Quelque soit l'évolution des horaires qui pourrait être choisie, les modalités d'accompagnement des salariés ne désirant pas rester aux urgences doivent être prévues et clairement présentées à ces derniers. Le reclassement, s'il est demandé par le salarié, doit autant que possible convenir à ses objectifs tant de parcours professionnel que de conciliation entre sa vie au travail et sa vie hors travail.

# Annexes



# Annexe 1 : planning de janvier en 12h : équipe de jour



DECEMBRE	HORAIRES	Grade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	NB tot	NB NB tot	NB NB tot	RH RT RS RR
1	7H/19H	IDE	RR	RH	RH	RR	12	8	0	8																											
2	7H/19H	IDE	RR	RH	RH	RR	12	8	0	8																											
3	7H/19H	IDE	RS	RR	RH	RH	RR	11	8	0	8																										
4	7H/19H	IDE	RS	RR	RH	RH	RR	12	8	0	7																										
5	7H/19H	IDE	RR	RH	RH	RR	12	8	0	8																											
6	7H/19H	IDE	RS	AR	RH	RH	AR	AR	AR	RR	12	8	0	8																							
7	7H/19H	IDE	RS	CA	RH	RH	CA	9	8	0	4																										
8	9H/21H	IDE	RS	RR	12	6	0	9																													
9	7H/19H	IDE	RH	RH	RH	RR	11	8	0	4																											
10	7H/19H	IDE	RH	RH	RH	RR	9	8	0	7																											
11	7H/19H	IDE	RS	RH	RH	RR	12	8	0	7																											
12	7H/19H	IDE	RS	RH	RH	RR	13	8	0	6																											
13	7H/19H	IDE	RS	RR	RR	RH	12	8	0	7																											
14	9H/21H	IDE	RR	RH	RH	RR	13	8	0	7																											
15	9H/21H	IDE	RS	RH	RH	RR	13	8	0	6																											
16	9H/21H	IDE	RS	RR	RH	RH	RR	11	8	0	8																										
17	9H/21H	IDE	AR	0	0	0	0																														
18	9H/21H	IDE	AR	0	0	0	0																														
19	9H/21H	IDE	RS	RR	RH	RH	RR	12	8	0	7																										
PRESENCE INF	7H->9H00		6	5	5	6	7	5	4	5	7	5	5	8	6	4	7	7	5	5	6	5	5	5	6	7	6	4	7								
PRESENCE INF	9H00->19H00		6	6	6	6	7	7	6	6	8	8	7	8	7	7	10	10	6	6	6	6	7	8	8	6	6	6	6	9							
PRESENCE INF	19H00->21H00		1	1	1	1	1	1	3	2	1	2	3	2	1	1	3	3	3	1	1	4	3	1	1	2	1	0	2	2							
PRESENCE INF+ NUIT	19H00->21H00		6	6	6	6	7	7	8	7	8	8	7	7	9	8	8	6	6	9	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	9	9				

## Annexe 2 : planning de janvier en 12h : équipe de nuit

Nom	HORAIRES	Grade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31									
			je	ve	sa	di	lu	ma	me	je	ve	sa	di	lu	ma	me	je	ve	sa	di	lu	ma	me	je	ve	sa	di	lu	ma	me	je	ve	sa									
			NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB						
1	19H07H	IDE	RS	.	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	RR	RH	.	RH	RH	.	RR	RH	RH	RH	RH	RH	RH	.	RR	RH	RH	RH	RH	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	14	8	0	0	8
2	19H07H	IDE	RS	.	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	RR	RH	.	RH	RH	.	RR	RH	RH	RH	RH	RH	RH	.	RR	RH	RH	RH	RH	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	14	8	0	0	8
3	19H07H	IDE	RS	.	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	RR	RH	.	RH	RH	.	RR	RH	RH	RH	RH	RH	RH	.	RH	.	RH	RH	RH	.	13	9	0	0	8						
4	19H07H	IDE	RS	RS	RH	RH	.	RR	RR	.	RH	RH	.	RH	RH	.	RH	.	RH	.	RH	RH	RH	.	12	9	0	0	8													
5	19H07H	IDE	RS	.	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	RH	.	RH	.	RH	RH	RH	.	14	8	0	0	8														
6	19H07H	IDE	RR	.	RH	RH	RR	RR	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	RH	.	RH	.	RH	RH	RH	.	14	8	0	0	8														
7	19H07H	IDE	RS	RR	RH	RH	.	RR	RR	.	RH	RH	RH	.	RH	.	RH	.	RH	RH	RH	.	12	9	0	0	8															
8	19H07H	IDE	RS	.	RH	RH	DV	DI	RH	RH	DV	DI	DV	DI	RH	DV	DI	RH	RH	DV	DI	RH	RH	DV	DI	4	8	8	0	2												
9	19H07H	IDE	RS	RR	RH	RH	.	RR	RR	.	RH	RH	.	RH	RH	.	RH	.	RH	.	RH	RH	RH	.	14	8	0	0	8													
10	19H07H	IDE	.	RR	RH	RH	RR	RR	RH	RH	.	RH	RH	RH	.	RH	.	RH	.	RH	RH	RH	.	13	9	0	0	8														
11	21H07H	IDE	RS	.	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	RR	RH	.	RH	.	RH	RH	RH	.	13	8	0	0	9													
12	19H07H	IDE	.	RR	RH	RH	.	RR	RR	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	RR	RH	RH	RH	RH	RH	RH	.	RH	.	RH	RH	RH	.	12	9	0	0	9							
13	19H07H	IDE	.	RR	RH	RH	.	RR	RR	.	RH	RH	.	RH	RH	.	RH	.	RH	.	RH	RH	RH	.	13	9	0	0	0													
14	19H07H	IDE	RS	RR	RH	RH	RR	RR	RH	RH	.	RR	RH	RH	.	RR	RH	.	RH	.	RH	RH	RH	.	13	8	0	0	8													
			PRÉSENCE INF 21H->7H																																							
			5	5	5	6	5	5	6	5	5	6	6	5	5	6	6	5	5	6	6	5	5	6	6	5	5	6	6	5	5	6	6	5	5	6	6	7	7			