

Connaissance de l'emploi

Le 4 pages du CEE, janvier 2014, numéro

109 *cee*
CENTRE D'ÉTUDES DE L'EMPLOI

L'EMPLOI ET LE TRAVAIL HOSPITALIERS À L'ÉPREUVE DES RÉFORMES

Mihai Dinu Gheorghiu,
CEE, CESSP-Paris

Frédéric Moatty,
CEE, Tepp (FR 3435, CNRS)

Les établissements hospitaliers ont fait évoluer leur gestion de l'emploi et leur organisation du travail en raison d'une succession de réformes et de l'exigence toujours plus affirmée de maîtriser les dépenses de santé. L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) a transformé le financement du secteur, notamment celui des établissements publics, l'allocation de leurs ressources budgétaires dépendant désormais de la production des soins.

Une enquête qualitative montre que les établissements interrogés, incités à augmenter leur activité tout en économisant leurs ressources, ajustent leurs effectifs au plus près des soins prodigués. Selon les cas, différentes contraintes peuvent peser sur le travail : intensification des rythmes ou de la charge de travail, réaffectation des personnels en fonction des besoins, recherche de flexibilité dans la gestion de la main-d'œuvre, gestion plus serrée des plannings, etc. La soutenabilité des réformes se heurte alors à la question, insuffisamment prise en compte en amont, des conditions de travail des soignants.

Le secteur de la santé et, plus particulièrement, l'hôpital ont été ces dernières années au cœur d'un mouvement de réformes accéléré visant à maîtriser leurs dépenses et à les adapter aux évolutions de la demande de soins dans un contexte de vieillissement de la population. La maîtrise des dépenses de santé est en effet l'une des alternatives proposées à la réduction du niveau de protection sociale ou à l'augmentation des prélèvements sociaux. Les pouvoirs publics tentent depuis longtemps de maîtriser la croissance des dépenses de santé tout en conservant un haut niveau de qualité des soins. Depuis 1996, ce choix engage la représentation parlementaire qui vote annuellement un objectif

national de dépenses d'assurance-maladie. Devenu de plus en plus contraignant, cet objectif a été globalement respecté depuis 2010. Les régulations comptables ont en effet été complétées par des régulations économiques. Ainsi, alors que les hôpitaux étaient financés auparavant par une enveloppe budgétaire, la « dotation globale », la « tarification à l'activité » (T2A) a été progressivement introduite entre 2004 et 2008 dans les établissements publics et en 2005 dans le secteur privé à but lucratif, pour financer l'activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Le système de la T2A (cf. encadré 1) est ainsi venu s'articuler à de multiples autres réformes de l'hôpital : nouvelle gouvernance en 2005 avec la

réorganisation des services hospitaliers en pôles d'activité, évolutions de la politique de planification sanitaire (loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* de 2009), etc.

Encadré 1

LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

Dans l'ancien mode de financement par dotation globale, les établissements hospitaliers publics étaient placés dans une logique annuelle de limitation des dépenses, souvent dépassée en cours d'exercice. Les dépenses affichées étaient déconnectées de l'activité réelle.

À l'inverse, la T2A relie le financement des établissements à leur activité, chaque prise en charge étant rémunérée à partir d'un montant défini en amont, d'où le nom de « paiements prospectifs ». Pour des prestations identiques, les mêmes tarifs, fixés au niveau national et à l'avance, rémunèrent tous les fournisseurs de soins. Les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patients sont identifiées à partir d'une nomenclature médico-économique de groupes homogènes de malades (GHM) ou de séjours (GHS).

● L'emploi, un enjeu devenu central

Les débats qui ont accompagné les réformes hospitalières se sont surtout focalisés sur la maîtrise des dépenses, la qualité des soins et l'avenir de l'hôpital public. Ils ont laissé en arrière-plan le travail des professionnels de santé, conçu comme une « ressource humaine », voire un simple « facteur de production », à économiser afin d'augmenter la « productivité » hospitalière.

Autour des années 2000, les recherches sur les « restructurations hospitalières » convergeaient pour noter que, dans les discours sur la productivité, l'emploi ne constituait pas un enjeu explicitement central, tandis que le travail était considéré comme « la part oubliée de ces restructurations » (Raveyre, Ughetto, 2003). L'introduction de la T2A a modifié le premier volet de ce constat : le coût du travail, et donc l'emploi, est devenu une variable essentielle d'ajustement. Entre 2005 et 2009, dans les établissements publics ayant une capacité d'hospitalisation en court séjour, l'augmentation de la production s'est effectuée plus rapidement que celle des effectifs¹, ce qui a favorisé un accroissement de la productivité en volume (Yilmaz, Frikha, 2012). Le personnel médical a vu sa place, déjà centrale, devenir stratégique dans la mesure où il est générateur d'activité et donc de revenus pour l'institution.

La moindre croissance des ressources humaines par rapport à l'activité peut aussi bien correspondre à une meilleure organisation, liée au progrès médical ou à l'adaptation des effectifs aux caractéristiques de l'activité, qu'à une augmentation de la charge de travail des personnels. Dans le premier cas, c'est l'organisation qui s'améliore, parfois au prix d'une flexibilité accrue du travail ; dans le second cas, c'est le travail qui s'intensifie. Pour les personnels des établissements publics, ces évolutions questionnent le sens des nouveaux critères économiques de gestion et la soutenabilité des gains de productivité suscités par les réformes. Des rapports officiels faisant suite à une large concertation, comme le rapport Couty (Couty, Scoton, 2013), constatent que « *les hospitaliers se sentent sous pression constante et toujours plus forte entre contrainte économique d'une part, qualité et quantité des prises en charge d'autre part* ». Selon ce rapport, il en résulte une perte de confiance et de repères pour l'hôpital public, ainsi qu'un sentiment de dégradation des conditions de travail et d'exercice. Des conclusions qui recourent celles de précédentes enquêtes qualitatives (cf. encadré 2).

¹ Sauf pour les médecins.

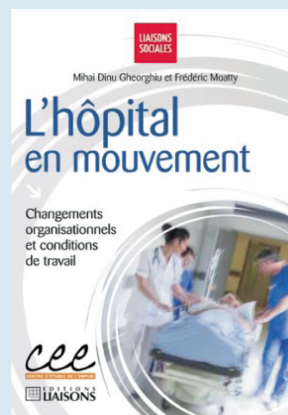
● Des effectifs mis sous tension

En reliant les moyens budgétaires et financiers à l'activité, la T2A incite les établissements à devenir « efficaces », c'est-à-dire à obtenir de bons résultats tout en minimisant leurs dépenses. Accroître les recettes suppose de maximiser l'activité en répondant à la demande de soins, tout en se spécialisant dans les domaines où l'établissement est le plus rentable. Il faut également minimiser les dépenses, et notamment celles de personnel qui en représentent environ les deux tiers.

En 2006, la T2A est associée à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) qui entend évaluer les recettes attendues et déterminer les dépenses et moyens (humains, médicaux...) nécessaires à la réalisation de l'activité. Cet outil de pilotage budgétaire et financier est conçu pour ajuster les prévisions et les réalisations en cours d'année, afin de prendre au plus tôt les mesures que nécessiterait la dégradation de la situation financière. Les effectifs rémunérés, médicaux et non médicaux, sont ainsi adaptés, à la hausse comme à la baisse, en fonction de la prévision d'activité, mais aussi du suivi de son exécution.

Encadré 2

MÉTHODOLOGIE



Les analyses présentées sont issues d'un ouvrage intitulé *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail* (Gheorghiu, Moatty, 2013), qui vient de paraître aux éditions Liaisons. Elles s'appuient sur des enquêtes qualitatives par entretiens semi-directifs menés auprès de dirigeants hospitaliers en amont et en aval de l'enquête statistique nationale sur les changements organisationnels et l'informatisation (COI), dont le CEE a assuré la coordination scientifique : <http://www.enquetecoi.net/>.

Dans le secteur hospitalier, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-Drees (ministère des Affaires sociales et de la Santé) a interrogé en 2007 les directions de 800 établissements publics ou privés de plus de vingt salariés spécialisés en court séjour, tandis que 1 400 salariés travaillant dans la moitié de ces établissements avaient été interviewés en 2006 (Cordier, 2008 ; 2009).

Les extraits d'entretien qui figurent ici proviennent de la post-enquête effectuée en 2009 sur le thème des « ressources humaines et de la T2A » auprès de dirigeants appartenant à douze établissements hospitaliers (Gheorghiu, Guillemot, Moatty, 2012).

Ce pilotage financier par les recettes conduit à une nouvelle gestion de l'emploi qui vise à minimiser les moyens humains utilisés. Le volume et la composition des effectifs deviennent des variables d'ajustement à travers une gestion en masse salariale qui rend critiques les variations dues notamment aux recrutements, à la mobilité ou aux remplacements. En cas d'incertitude sur les recettes, ce pilotage incite à pourvoir les postes par des contrats de court terme, voire à ne pas les pourvoir, les ajustements étant plus faciles à réaliser sur les emplois non permanents.

Les professionnels de santé sont ainsi mis sous tension en vue d'améliorer la productivité : « *On a fait les mises aux normes des*

effectifs, réanimation, tout ça, sans moyens supplémentaires, tout en baissant les effectifs, donc au-delà de la baisse volumique des effectifs, la productivité physique s'est améliorée de manière significative. Sans la T2A, cette démarche n'aurait jamais été faite » (directeur des affaires financières) (cf. encadré 2).

Cette mise sous tension des effectifs n'est cependant pas imputable à la seule T2A, puisque, dans les établissements en déficit, les contrats de retour à l'équilibre financier visent également à réduire les coûts tout en augmentant l'activité. Mais il est difficile de séparer ces différents éléments tant ils sont imbriqués. La mise en place de la T2A et de l'EPRD a eu pour effet de révéler des situations de déficit structurel, d'où la multiplication des hôpitaux publics déclarés déficitaires, même si ces déséquilibres se sont réduits puis stabilisés depuis 2008. Les dirigeants sont alors incités à faire évoluer l'organisation afin de diminuer les effectifs : « Là où on avait trop de lits, on s'aperçoit qu'on a intérêt directement à modifier l'organisation » (DRH).

Pour les établissements, l'équilibre à trouver est délicat entre ne pas pourvoir des postes, ce qui occasionne des économies, et les pourvoir, ce qui engendre de l'activité. Mais la mise sous tension des effectifs résulte aussi des vacances de postes non pourvus en raison de la pénurie de candidats sur certains métiers. Il arrive que la délégation des tâches, le transfert de compétences ou la formation permettent d'y remédier en réaffectant la main-d'œuvre. Ainsi, par exemple, des personnels peuvent avoir été formés en interne pour occuper une fonction sans pour autant être titulaires du diplôme correspondant au métier : « Pour les Ibode², la différence, c'est qu'on peut toujours prendre des infirmiers à qui on fait faire une formation, même en interne. Ils ne seront pas Ibode diplômés mais ils feront fonction, ce qui n'est pas possible pour les anesthésistes. Sur les infirmiers de bloc de notre établissement, un tiers seulement sont infirmiers de bloc diplômés » (DRH).

● Des rythmes de travail plus intenses

Dans ce contexte de mise sous tension des effectifs, les rythmes de travail s'accroissent, alors même qu'en raison des exigences du secteur, les soignants ont depuis longtemps le sentiment d'exercer leur métier sous pression. Les enquêtes sur les changements organisationnels et l'informatisation (cf. encadré 2) montrent qu'au sein des centres hospitaliers et établissements privés de plus de vingt salariés spécialisés en court séjour 46 % des personnels ont le sentiment d'une accentuation des contraintes de rythme entre 2003 et 2006, seuls 4 % ayant le sentiment inverse (Cordier, 2009). De même, 53 % des salariés soumis à des pointes d'activité estiment qu'elles se sont multipliées.

Cet état de fait provoque des difficultés relatives au personnel, celles-ci étant plus vivement ressenties dans les établissements publics : en 2007, la moitié de leurs dirigeants, contre le quart dans le privé à but lucratif, déclarait que la mise en place de la T2A avait été perturbée par des moyens humains insuffisants ou par des difficultés de gestion du personnel (absentéisme, *turn-over*, difficultés de recrutement) (Cordier, 2008).

Si l'intensification du travail à l'hôpital s'inscrit dans des évolutions communes à l'ensemble de l'économie, elle présente aussi des spécificités. L'introduction de mécanismes de régulation économique ne se traduit pas seulement par une course contre la montre mais s'accompagne également d'une perte de repères

sur les finalités et le sens du travail. Alors que l'intensification du travail connaît une pause relative en France, sa poursuite dans les établissements hospitaliers, si elle était confirmée dans la période la plus récente, serait une singularité à relier aux restructurations intenses enregistrées par le secteur, même si elle dépend aussi des difficultés de recrutement, de la technicité croissante de l'offre de soins et d'une rotation plus rapide des patients.

● Une flexibilisation de la main-d'œuvre

Les déficits de personnel soignant sur le terrain correspondent à un problème récurrent, celui d'adapter les effectifs à une demande de soins à la fois en évolution et variable dans le temps en raison des pics d'activité souvent peu programmables : « le mot d'ordre, c'est la souplesse et l'adaptation, mais la gestion du personnel du coup, ce n'est pas facile » (directeur général). Dans un contexte qui offre peu de marges de manœuvre, l'adaptabilité de l'organisation se fait souvent au prix de la flexibilisation de la main-d'œuvre. De fait, la mise en place des pôles d'activité, regroupant les anciens services, est allée de pair avec des réaffectations du personnel soignant et des mobilités entre les services d'un même pôle, voire entre pôles différents.

Les établissements adoptent alors une diversité de mesures (*pool* de remplacement, intérim, etc.) pour faire face à leur manque de professionnels ou pour remédier à leurs difficultés de recrutement. Mais la flexibilité de la gestion des personnels est limitée en raison des contraintes réglementaires et statutaires. De même, le recours aux heures supplémentaires, mieux accepté en raison de l'augmentation des revenus inférée, constitue une possibilité légalement contingente, donc restreinte.

Selon certains dirigeants interrogés, la T2A aurait encore accentué la mobilité des personnels, notamment chez les médecins. Les suppressions de postes, la fermeture d'un service non rentable ou les problèmes qui s'accumulent dans certains hôpitaux « poussent beaucoup de personnes à bouger de façon croissante en disant que l'herbe est plus verte ailleurs » (DRH). En effet, dans un contexte de concurrence entre établissements, la situation d'hôpitaux excéntriques ou de petite taille apparaît fragilisée, le départ d'un médecin pouvant entraîner une baisse d'activité ou la fermeture d'un service.

● La perception d'une accentuation des contraintes

La perception d'une accentuation des contraintes concerne plus particulièrement les personnels soignants qui sont « en première ligne ». Lorsque l'accroissement de l'activité est plus rapide que celui des professionnels soignants, l'intensification du travail, déjà marquée lors du passage aux « 35 heures », poursuit sa progression. Cette logique productiviste conduit à mettre le travail sous tension : « On va regarder dans tous les secteurs si tous les agents sont à leur place, s'ils sont occupés au maximum, si on ne peut pas leur en faire faire davantage. Et, d'un autre côté, après, il y a le comment on va leur rendre, ou rétribuer, qui n'est pas réglé. Donc c'est vrai qu'il y en a certains qui seraient prêts à faire des heures sup, mais, par contre, est-ce qu'ils vont être payés ? » (cadre supérieur de santé).

L'alourdissement des charges de travail entre par ailleurs en contradiction avec le vieillissement d'une fraction des effectifs : « Et ça, ça va être un enjeu très très fort, demain, de voir comment on

2 Infirmier de bloc opératoire, statut d'infirmier spécialisé.

gère le vieillissement du personnel hospitalier dans les établissements, en sachant que, par ailleurs, on a des profils de patients surtout en gériatrie, qui sont de plus en plus lourds. Donc là, c'est quelque chose qu'on commence tout juste à voir se dessiner et qu'on n'a pas assez anticipé » (DRH).

La recherche de flexibilité conduit à réaffecter la main-d'œuvre en fonction de la demande de soins, en tenant compte du fait qu'il s'agit de professions réglementées. Ces transferts sont mal vécus lorsqu'ils sont contraires aux aspirations professionnelles et personnelles. Symétriquement, lorsque l'activité diminue, il est plus simple de ne pas remplacer les personnels, ce qui conduit à réaffecter les tâches. Les effectifs restants doivent effectuer un travail qui ne correspond qu'imparfaitement à leur métier, à leurs compétences ou à leurs souhaits.

Dans une situation d'effectifs minimum et d'absentéisme élevé, les contraintes temporelles ont tendance à s'accroître ou à se concentrer sur une fraction des soignants : les nécessités de service et la recherche de flexibilité causent des changements horaires, des dépassements imprévus, des gestions plus serrées des plannings et compromettent le libre choix des congés ou des jours de RTT.

Par ailleurs, les équipes sont déstabilisées par les changements incessants en leur sein : réaffectations, polyvalence, mobilités ou embauches en contrat à durée déterminée. La flexibilisation du travail et de l'emploi affaiblit le collectif de soin et son identité ; elle rend difficile l'intégration des nouvelles recrues. La pression exercée sur les soignants engendre, par exemple, un manque de temps pour les échanges, les transmissions ou la régulation des conflits à l'intérieur des équipes ou avec le public.

● Une prise en compte insuffisante du travail

Les résultats présentés montrent que les réformes de l'institution hospitalière, si elles ont contribué à accroître la productivité du travail et à respecter l'objectif de maîtrise des dépenses, ont aussi conduit à prendre l'emploi comme variable d'ajustement et à sous-estimer les incidences sur le travail. La soutenabilité des réformes vient ainsi buter sur la question du travail, même s'il faut tenir compte de possibles réorganisations et rétroactions visant à prendre en compte les conditions de travail et la santé des soignants.

En effet, face aux évolutions des contraintes, les personnels comme les directions hospitalières ne restent pas inactifs. La pression sur les rythmes va de pair avec des reconfigurations du travail infirmier, qui donnent la priorité aux tâches techniques au détriment des tâches relationnelles et d'écoute. Les directions tentent de faire évoluer les organisations, de trouver des marges de flexibilité

ou d'améliorer l'attractivité de leur établissement pour les personnels (crèches...). Dans ce contexte, la qualité des conditions de travail et les politiques de prévention des risques psychosociaux deviennent des enjeux forts des relations professionnelles.

Le renforcement des contraintes résultant des réformes successives vient-il aujourd'hui contrebalancer l'amélioration des conditions de vie des personnels, liée à l'introduction des « 35 heures », même si leur mise en œuvre dans le secteur hospitalier s'était révélée délicate et non dénuée d'effets pervers sur le travail ? Compte tenu des rétroactions multiples et de la diversité des établissements, les évolutions des conditions de travail en lien avec les changements organisationnels restent à mesurer précisément à partir des prochaines enquêtes statistiques représentatives. Quoi qu'il en soit, dans un secteur de main-d'œuvre, les réformes et les décisions de gestion des établissements gagneraient à intégrer, dès leur conception, la question des emplois, des conditions de travail et de la prévention de la santé des salariés.

RÉFÉRENCES

Cordier M., 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement : changement d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », Drees, *Études et résultats*, n° 633, avril.

Cordier M., 2009, « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », Drees, *Études et résultats*, n° 709, novembre.

Couty E., Scotton C., 2013, « Le pacte de confiance pour l'hôpital. Synthèse des travaux », ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Rapport*, février.

Gheorghiu M. D., Guillemot D., Moatty F., 2012, « Ressources humaines (RH) et tarification à l'activité (T2A) : entretiens avec des membres des directions des hôpitaux », CEE, *Rapport de recherche*, n° 81.

Gheorghiu M. D., Moatty F., 2013, *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*, Paris, éditions Liaisons, coll. Liaisons sociales.

Raveyre M., Ughetto P., 2003, « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue française des affaires sociales*, n° 3.

Yilmaz E., Frikha S., 2012, « Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficacité entre 2003 et 2009 », in *Le Panorama des établissements de santé*, édition 2012, Drees, *Études et statistiques*.

Les actualités du Centre d'études de l'emploi (dernières publications, colloques et séminaires) sont en ligne sur le site : www.cee-recherche.fr

Elles sont également disponibles via la lettre électronique flash.cee, ainsi que sur le compte Twitter  [@CeeEtudesEmploi](https://twitter.com/CeeEtudesEmploi).

Centre d'études de l'emploi

29, promenade Michel Simon - 93166 Noisy-le-Grand Cedex

Téléphone : 01 45 92 68 00 - Mèl : cee@cee-recherche.fr - site : www.cee-recherche.fr

Directeur de publication : Jean-Louis Dayan - Conseillère scientifique : Carole Tuchsirzer - Rédactrice en chef : Marie-Madeleine Vennat

Conception technique et visuelle : Horizon - Imprimerie : Horizon C.P.P.A.P. : 0911 B 07994 - Dépôt légal : 1403-137 - Mars 2014 - ISSN : 1767-3356