

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

La réduction du temps de travail
dans les hôpitaux publics :
des difficultés liées à l'organisation

Dominique TONNEAU
École des Mines de Paris
Centre de gestion scientifique

n° 35 – octobre 2003

Cette étude a été financée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.

Elle a été coordonnée par Dominique Tonneau du Centre de gestion scientifique de l'École des Mines de Paris. Ce document de travail rend compte de ses résultats sous la responsabilité de son auteur.

Sommaire

AVERTISSEMENT	5
RÉSUMÉ	6
INTRODUCTION : UNE ÉTUDE QUALITATIVE	8
L' ACCORD DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE.....	8
LES ÉVALUATIONS LANCÉES	9
LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET LES ATTENTES COMPLÉMENTAIRES	11
LES LIMITES	12
1. L'ÉCHANTILLON RETENU DANS L'ÉTUDE	13
2. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	17
2.1 CINQ ÉQUIPES.....	17
2.2 COORDINATION.....	17
2.3 GRILLE DE QUESTIONNEMENTS	18
2.4 INFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS	18
2.5 MONOGRAPHIES	19
2.6 SYNTHÈSE.....	19
3. HISTORIQUE DES DÉMARCHES ET PROCESSUS DES NÉGOCIATIONS	19
3.1 LE CALENDRIER DES OPÉRATIONS, SON PHASAGE	19
3.1.1 <i>Les analyses préalables</i>	20
3.1.2 <i>Diagnostique de l'existant</i>	21
3.1.3 <i>Construction de scénarios de fonctionnement</i>	22
3.1.4 <i>Négociations avec les partenaires syndicaux</i>	25
3.2 LES ACTEURS DE LA DÉMARCHE ET LES INSTANCES EN CHARGE	27
3.3 LE TRAVAIL ACCOMPLI	29
3.4 LA POLITIQUE D'INFORMATION	31
4. LES ACCORDS SIGNÉS ET LEURS CLAUSES	32
4.1 LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL.....	32
4.1.1 <i>La durée du temps de travail en 2001</i>	32
4.1.2 <i>La durée du travail en 2003</i>	34
4.1.3 <i>L'amplitude de la réduction</i>	38
4.2 LA DÉTERMINATION DU TEMPS DE TRAVAIL EFFECTIF.....	46
4.3 LE COMPTE ÉPARGNE TEMPS	48
4.4 LES RÈGLES DE PRISE DES JOURS DE RTT.....	49
5. LES ÉVALUATIONS EXPRIMÉES PAR LES ACTEURS	50
5.1 LE POINT DE VUE DES SALARIÉS	51
5.1.1 <i>L'emploi vu par les salariés : des compensations en effectifs jugées insuffisantes</i>	51
5.1.2 <i>Les conditions de vie vues par les salariés</i>	53
5.1.3 <i>Les conditions de travail vues par les salariés</i>	57
5.2 LE POINT DE VUE DES CADRES.....	61
5.2.1 <i>Un travail intéressant de réflexion</i>	62
5.2.2 <i>Une mise sous contrainte</i>	62
5.3 LES APPRÉCIATIONS DES DIRECTIONS.....	64
5.4 LE POINT DE VUE DES MÉDECINS	66
5.4.1 <i>L'avis des médecins sur la RTT non médicale : des aménagements à envisager</i>	66
5.4.2 <i>L'avis des médecins sur la RTT médicale : des risques ressentis</i>	67
5.5 LE POINT DE VUE DES ORGANISATIONS SYNDICALES	68
5.5.1 <i>L'enjeu de l'emploi</i>	69

5.5.2 <i>L'enjeu de la souplesse du temps libre</i>	70
5.5.3 <i>Les appréciations syndicales sur la méthode</i>	73
5.5.4 <i>Les relations intersyndicales</i>	73
5.5.5 <i>D'autres appréciations générales</i>	74
6 – LA RÉPARTITION DES EMPLOIS	74
6.1 LES CRÉATIONS D'EMPLOIS : ASSEZ PEU DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS ENTRE ÉTABLISSEMENTS ENQUÊTÉS	75
6.2 L'ÉTALEMENT DES CRÉATIONS ET LES RECRUTEMENTS : L'INCIDENCE DE LA DÉMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE.....	78
6.3 L'AFFECTATION DES POSTES : PRIORITÉ AUX SOINS	80
6.4 LA COMPENSATION TEMPS/EMPLOI	81
7 – LE SUIVI DE LA RTT	83
7.1 LES COMITÉS DE SUIVI.....	84
7.2 L'IMPACT DE L'ARTT SUR L'ACTIVITÉ	85
7.3 LE COÛT DE LA RTT	88
7.4 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	89
7.4.1 <i>L'implantation des outils de gestion informatisée du temps</i>	89
7.4.2 <i>La question du stress et son impact sur l'absentéisme de courte durée</i>	91
7.4.3 <i>L'impact sur la formation</i>	92
8 – À LA RECHERCHE D'UNE ORGANISATION PLUS ADAPTÉE	93
8.1 - LES SERVICES DE SOINS	95
8.1.1 <i>L'organisation des postes de travail</i>	95
8.1.2 <i>Les plannings</i>	98
8.1.3 <i>Les horaires et la relève</i>	100
8.1.4 <i>Les pools</i>	103
8.1.5 <i>La qualité des soins et la répartition du travail</i>	103
8.1.6 <i>Incidence sur les personnels de nuit</i>	105
8.2 - LES SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES	106
8.2.1 <i>Les plannings</i>	106
8.2.2 <i>Les amplitudes de services</i>	107
8.2.3 <i>Les astreintes et les urgences</i>	108
8.3 - LES SERVICES TECHNIQUES ET LOGISTIQUES.....	109
8.3.1 <i>Les plannings</i>	109
8.3.2 <i>La modification de l'offre de service</i>	109
8.4 - LES SERVICES ADMINISTRATIFS	110
8.4.1 <i>Les plannings</i>	111
8.4.2 <i>La modification de l'offre de service</i>	111
8.5 - LES ASPECTS TRANSVERSAUX DE L'ORGANISATION.....	112
8.5.1 <i>Les relations entre services</i>	112
8.5.2 <i>Transports et parkings</i>	113
8.5.3 <i>Les modes de management</i>	114
9 - CONCLUSION	114
9.1 - LA PHILOSOPHIE DE LA RTT	114
9.2 - LA RTT MÉDICALE	116
9.3 - L'ORGANISATION À L'HÔPITAL	116

Avertissement

Le présent rapport de synthèse a été rédigé par le Centre de gestion scientifique (CGS) de l'École des mines de Paris à partir de dix-sept monographies d'établissements, réalisées par plusieurs équipes de recherche, et coordonnées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, service de la coordination de la recherche. Ces monographies ont été remises à la DREES après validation par les établissements concernés. Elles ne sont pas jointes à cette synthèse, pour des raisons de confidentialité, mais leur matériau a servi de base aux réflexions qui figurent ci-après.

Les équipes de recherche intervenues dans les établissements étaient les suivantes :

- Bonis Conseil Interventions, BCI : Mme Dominique Demaret, MM. Jean-Louis Pépin et Frédéric Brugeilles.
- Centre national de l'équipement hospitalier, CNEH : Dr. Evelyne Cash, Dr. Roland Cash, Mme Nassera Mesatfa, M. Philippe Renault.
- Essor consultants : Mme Myriame Maufroy, MM. Bernard Doerflinger et Michel Pépin.
- MGA : MM. Hugues Martino, Bertrand Gaume et Bertrand Pillot.
- Ecole des Mines de Paris, Centre de Gestion Scientifique : M. Dominique Tonneau.

Que soient ici remerciés pour leur apport :

- Les responsables de la DREES qui ont orienté les travaux et facilité les contacts :
 - Mme Catherine Mermilliod.
 - MM. Pierre Boisselot et Pierre Fleutiaux.
- Les membres du comité de suivi de l'étude, et notamment :
 - les représentants des différentes directions concernées du ministère de l'Emploi et de la Solidarité,
- Tous les acteurs de terrain rencontrés dans les établissements :
 - équipes de direction,
 - agents de toutes catégories,
 - médecins des services,
 - cadres,
 - et représentants du personnel ou délégués syndicaux.

qui ont accueilli les chercheurs avec intérêt, et les ont aidé à recueillir les informations qu'ils souhaitaient, en toute transparence.

Résumé

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées a lancé une étude portant sur le bilan du passage aux 35 heures dans les hôpitaux publics. L'objectif général de l'étude était de mieux connaître les modalités de la réduction du temps de travail, d'en apprécier les impacts sur l'organisation, l'emploi, la qualité du service rendu, les conditions de travail et de vie, et de prendre la mesure des difficultés rencontrées dans la conduite des projets. Cette étude a été réalisée entre novembre 2002 et février 2003, à partir de dix-sept monographies d'établissements retenus par le Ministère. Des constats et entretiens réalisés, on peut tirer la synthèse suivante :

RESUMÉ

* La mise en place de la RTT dans les hôpitaux publics a provoqué un **dialogue social intense**, mené dans des instances ad hoc (comité de pilotage, groupes projets, groupes de travail), qui s'est accompagné d'un travail considérable et d'une mobilisation en temps très importante. De multiples initiatives ont été prises en matière de diffusion des informations, mais elles n'ont été que très partiellement perçues par les agents. Pour l'instant les effets des mesures décidées n'ont en outre pas encore été tous perçus, les agents n'ont pas toujours pu en bénéficier pleinement, en raison notamment de l'étalement des recrutements accordés sur 3 ans.

* La préférence des agents s'est nettement exprimée pour une réduction annualisée, permettant de disposer de davantage de jours de repos, les **jours RTT**, allant de 12 à 20 (et parfois des repos compensateurs en sus), avec une majorité d'hôpitaux à 15, formule très appréciée pour le temps libre qu'elle dégage.

En revanche, ils mettent en avant les problèmes d'**effectifs** qu'ils jugent **insuffisants**, de charge de travail accrue, de flux tendus et de stress dans le travail. Ceci se serait traduit par des fermetures de lits ou de services accrues (donc une diminution de l'offre de service), un absentéisme maladie ordinaire qui parfois augmente, et une plus grande difficulté perçue à pouvoir partir en formation.

* Les règles mises en place à l'occasion de la RTT ont conduit à **homogénéiser les pratiques** et standardiser les plannings, à construire des cycles programmés à l'avance offrant davantage de lisibilité aux personnels et de certitude quant à leur emploi du temps. À l'inverse, la complexité des calculs et des raisonnements rend plus **difficilement compréhensible** le décompte des temps, et entraîne une certaine démotivation des personnels.

Des différenciations apparaissent néanmoins dans les nouvelles dispositions : les services de soins sont plus contraints dans leurs plannings, même améliorés, que les services administratifs et techniques qui ont la possibilité de se ménager des longs week-ends, ou des aménagements au choix. On voit apparaître un écart entre des parties d'hôpital centrées sur les traitements programmés (unités ne travaillant que le jour, ou la semaine, avec peu de contraintes), et d'autres parties centrées surtout sur les urgences, et soumises à de fortes contraintes de temps et d'aléas, ce qui certes permet de traiter différemment les flux de patients, mais aboutit parfois à une séparation des populations de soignants.

* Au total, on peut dire que la RTT actuelle a été conduite en fonction essentiellement d'une **logique sociale**, permettant d'accorder aux agents davantage de temps libre, en ne mettant pas toujours au premier plan une **logique professionnelle**, qui aurait cherché à améliorer les conditions de travail, ni une **logique organisationnelle** de fonctionnement de l'hôpital.

La mise en place de **la RTT n'est pas terminée**. Les moyens complémentaires sont en cours de distribution, qui permettront de relâcher les contraintes sur les conditions de travail. Le cadre est fixé, d'autres mesures sont à prendre en compte. La RTT des personnels qui fait l'objet de cette synthèse a été conçue en 2001, sans lien avec la RTT des personnels médicaux, qui se met en place en 2003, et reste centrée sur les problèmes des gardes. Les réflexions sur les problèmes d'organisation rencontrés peuvent donc être poursuivies dans l'avenir, en tirant parti du travail accompli, et avec une meilleure formation de l'encadrement, notamment aux outils de gestion.

Un bilan complet pourra vraiment être dressé lorsque la phase d'adaptation transitoire sera passée, cette première synthèse ayant été réalisée de façon très précoce .

Introduction : une étude qualitative

L'accord dans la Fonction publique Hospitalière

Après le secteur privé, les différentes composantes de la fonction publique se sont vues accorder elles aussi le bénéfice de la réduction du temps de travail, et du passage aux 35 heures. Faute d'un accord national global au niveau du ministère de la Fonction publique (les organisations syndicales dénonçant notamment le manque de créations d'emplois), les différentes fonctions publiques ont travaillé chacune de leur côté. Le premier accord a concerné la fonction publique d'État (décret du 21 août 2001), qui a également inspiré la fonction publique territoriale. La fonction publique hospitalière pour sa part a signé un protocole national le 27 septembre 2001, avec 4 organisations syndicales (CFDT, UNSA, SNCH, et CGC).

Ce protocole rappelait les quatre principes qui le sous-tendaient :

- Améliorer les organisations du travail.
- Améliorer les conditions de travail et de vie au travail.
- Définir des règles nationales précises.
- Renforcer le dialogue social lors de l'élaboration de la nouvelle organisation du travail et du suivi de sa mise en œuvre.

Il prévoyait notamment :

- Une durée hebdomadaire moyenne de 35 heures à partir du 1^{er} janvier 2002, et de 32,5 heures pour les personnels de nuit à compter du 1^{er} janvier 2004.
- Une durée annuelle inférieure ou égale à 1600 heures (sauf pour certaines catégories).
- Des garanties concernant.
- Les heures supplémentaires :
 - pas plus de 48 heures sur 7 jours consécutifs ;
 - la limite des heures supplémentaires est prévue à 20 heures par mois, puis 15 au 1^{er} janvier 2005, et 10 au 1^{er} janvier 2006 ;
 - pour les agents travaillant selon des cycles de travail, les cycles doivent rester inférieurs à 12 semaines, avec pas plus de 44 heures une semaine donnée.
- Les durées quotidiennes : pas plus de 9 heures de travail en journée, ni de 10 heures en nuit.
- Et les amplitudes quotidiennes : pas plus de 10,5 heures au total, ni plus de 2 vacations de 3 heures minimum.
- Un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum, un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum.
- Des repos hebdomadaires en nombre de 4 jours pour 2 semaines, 2 d'entre eux devant être consécutifs, dont un dimanche.
- Une pause de 20 minutes intégrée au temps de travail quand le temps de travail dépasse 6 heures consécutives.
- Un mode de calcul nouveau pour les droits à congés : 25 jours plus 2 jours de congés hors saison, et un jour de fractionnement, enfin 11 jours fériés et 2 ou 4 jours spécifiques pour sujétions dues aux repos variables.

- Un choix pour les cadres entre un décompte horaire ou un forfait de 20 jours de RTT par an, et le forfait de 20 jours pour les personnels de direction.

Enfin, il précisait :

- Les conditions de décompte des temps de travail effectif.
- Le mode de décompte des astreintes à domicile, en les différenciant des permanences effectuées sur place.
- et instaurait la possibilité d'un compte épargne temps.

Il aboutissait à définir concrètement le bénéfice de la RTT, avec par exemple :

- 20 jours maximum de RTT pour un maintien à 39 heures.
- 18 jours de RTT pour 38 heures de service hebdomadaire.
- 12 jours de RTT pour 37 heures de service hebdomadaire.
- 6 jours de RTT pour 36 heures de service hebdomadaire.
- Les combinaisons intermédiaires étant possibles.

Il mettait à disposition des établissements la création de 45 000 postes supplémentaires, à étaler sur 3 exercices annuels, et à répartir par les soins des ARH. La date d'effet de ces mesures était fixée au 1^{er} janvier 2002.

Les évaluations lancées

De la même façon qu'elle l'avait fait en 2001 pour les établissements sanitaires et sociaux privés¹, la DREES a lancé à la fin de l'année 2002 une étude sur la RTT afin de mieux cerner les impacts de cette mesure sur les différentes catégories d'établissements, et de dresser un état des lieux sur les appréciations portées sur cette mesure par les différentes catégories de personnel. Cette étude a été confiée à la mission de coordination des programmes en raison de son caractère transversal, réalisée par cinq équipes de chercheurs et de consultants coordonnés au sein d'un comité de pilotage de l'étude, et fait l'objet du présent rapport.

Entre temps, après le changement de majorité politique survenu dans le pays au printemps 2002, le Ministre de la Santé avait lancé une *Mission nationale d'évaluation* (MNE), confiée à M. Ange Piquemal, directeur de l'hôpital de Bayonne, afin de cerner « *la réalité et la nature des dysfonctionnements, et envisager d'éventuels aménagements du dispositif* », mission qui a remis son rapport le 31 octobre 2002. Il s'est agi d'une enquête lancée auprès de 120 hôpitaux (dont 71 publics), où une équipe de visiteurs (un directeur d'hôpital, un médecin hospitalier, un médecin de santé publique, et un directeur des soins infirmiers) a effectué auprès des établissements un bilan qualitatif et quantitatif de la RTT, par le biais d'une approche assez rapide (une journée d'investigation par hôpital).

¹ Voir : *La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux*, B. Segrestin et D. Tonneau, DREES, , Etudes n°20 novembre 2000, et *Études et Résultats*, n° 171, mai 2002.

Dans son rapport, la MNE :

- constatait que la RTT était considérée comme une avancée sociale et avait joué un rôle de catalyseur des dysfonctionnements du monde hospitalier ;
- relevait des difficultés structurelles comme l'absence d'une culture de l'organisation, les clivages entre acteurs, les difficultés de positionnement des cadres, et le fonctionnement en vase clos des hôpitaux ;
- préconisait à court terme un certain nombre de mesures ponctuelles destinées à remédier aux tensions constatées (contrats pluriannuels, accélération des créations d'emplois, réformes du CET et du régime des heures supplémentaires, report de jours de RTT) ;
- suggérait à long terme de développer à l'hôpital la culture de l'organisation, notamment en utilisant les constats et diagnostics opérés au moment des réflexions sur la RTT, en implantant des outils nouveaux, en associant les cadres, et en créant une cellule nationale d'accompagnement.

Dès le 9 janvier 2003, le Ministre signait avec 6 organisations syndicales (CFDT, FO, UNSA, CFTC, SNCH, CGC) un protocole d'adaptation de la RTT qui entérinait certaines de ces propositions, comme la réforme des heures supplémentaires et l'attractivité du CET, ainsi que la possibilité de report ou de rémunération des jours de RTT. En même temps, ce nouvel accord s'engageait sur le lancement d'actions en faveur de la formation et de l'insertion des jeunes, et mettait en place des instances nationales de suivi.

Parallèlement à cette mission, différentes *autres analyses* ont été lancées, qui participent à la révision de la loi hospitalière :

- la préparation du plan hôpital 2007, qui doit combiner un soutien à l'investissement de 6 milliards d'euros sur 5 ans, une modernisation en profondeur du fonctionnement hospitalier, et un assouplissement des contraintes externes sur l'hôpital, pour lequel un groupe projet « *modernisation du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale* » a lancé un questionnaire et une série d'entretiens avec les responsables hospitaliers, concernant les aspects sociaux, gestionnaires et statutaires des hôpitaux,
- une mission spécifique concernant les CHU dans le cadre de ce plan 2007, afin de préserver et renforcer la triple mission de soins, enseignement et recherche de ces établissements,
- une mission parlementaire a également été lancée à l'initiative du parlement.

Enfin la DREES a souhaité lancer deux *études complémentaires* :

- *Une étude dite quantitative* a recensé, sur un questionnaire lancé auprès de 1 080 établissements, différents aspects de la RTT dans la totalité des hôpitaux publics en France (accords ou non, signataires, équilibre durée hebdomadaire / jours de RTT, durée annuelle initiale et actuelle, créations et localisation des emplois nouveaux, etc.). Cette étude, réalisée à l'automne 2002 vient de faire l'objet d'une publication².

² Voir : *La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, une enquête statistique auprès des établissements publics de santé*, DREES, Etudes, n° X, mois 2002, et *Études et résultats*, n° 224, mars 2003.

- *Une étude dite qualitative*, lancée postérieurement, et réalisée entre novembre 2002 et avril 2003, qui fait l'objet du présent rapport, et qui vise à analyser dans le détail les réactions des agents, les impacts sur leurs conditions de vie et de travail, les modifications de l'organisation du travail, et les répercussions sur la qualité et la sécurité des soins, le processus de négociation et d'information, et l'amélioration éventuelle du dialogue social au sein des hôpitaux.

Ces deux études ont été menées de façon coordonnée par la DREES : elles ont bénéficié du même comité de pilotage, et des rencontres ont été organisées, au démarrage de l'étude qualitative, et à la conclusion de l'étude quantitative, afin de faciliter les échanges entre les participants, et d'enrichir les approches.

Les objectifs de l'étude et les attentes complémentaires

Dans une perspective de comparaison avec l'étude analogue menée sur les établissements sanitaires et sociaux privés, deux éléments particuliers sont à prendre en compte à l'hôpital public :

- d'une part, le statut d'établissement public engendre des règles de gestion différentes de celles du secteur privé, et il était intéressant de regarder si les règles de gestion des personnels interfèrent avec les articulations des accords,
- d'autre part, les marges de productivité dans le domaine des soins sont d'une autre nature que celles du domaine social (où le temps passé auprès des bénéficiaires constitue un des éléments importants du service rendu), et il fallait regarder en quoi elles permettent la mise sur pied de solutions organisationnelles originales.

Plus globalement, pour la DREES, demandeuse de l'étude, il s'agissait d'éclairer les décideurs, et de leur proposer une vision globale appuyée sur des connaissances de terrain. En fait la grande question sous-jacente à cette évaluation était de savoir si l'on se dirigeait vers une stabilisation progressive, ou si au contraire la perte de cohérence et d'organisation engendrée par la RTT serait telle que la viabilité de ce changement serait limitée. On aurait alors un conflit majeur entre les salariés qui tiennent le changement pour acquis, et les réorganisations à opérer pour permettre à l'hôpital public de retrouver sa qualité de service antérieure. Autrement dit, les difficultés actuelles sont-elles passagères et transitoires, ou risquent-elles de perdurer ?

D'autres points ont paru dignes d'intérêt au comité de pilotage :

- le rôle et la place de l'encadrement intermédiaire,
- l'incidence du sous-encadrement médical dont il est fait état très souvent, sur l'organisation des soins, et d'une manière générale, la permanence ou la remise en cause du clivage traditionnel médical / non médical,
- l'utilisation des capacités de production, notamment dans le cas des plateaux techniques ; des restructurations ont-elles eu lieu, accompagnées de rationalisation ? Comment ces dynamiques se sont-elles confrontées à la démarche d'ARTT ? A-t-on assisté à une amélioration de la planification ? Quel a été l'impact sur les grands problèmes du monde hospitalier ? La RTT peut ainsi servir de prisme pour analyser les rapports entre utilisation

des capacités hospitalières et des plateaux techniques d'une part, modalités de travail d'autre part.

- la possibilité de laisser s'exprimer les responsables et les salariés de façon spontanée pour qu'ils expriment les problèmes qu'ils ressentent au quotidien,
- l'importance de la taille des établissements comme élément structurant des réorganisations ou celle d'autres facteurs à faire ressortir ?
- la place de la réflexion sur l'organisation du travail : a-t-elle été repensée à l'occasion de la RTT, dans le sens d'une amélioration de son efficacité, ou au contraire assiste-t-on à des blocages critiques qui aboutiront à des résultats globalement négatifs ?
- le positionnement des acteurs à l'hôpital par rapport à l'organisation ? médecins, cadres infirmiers et équipes de direction peuvent se sentir de fait non responsables de ces questions, ce qui amène à se poser la question du mode de définition des nouvelles organisations : s'appuient-elles sur un dialogue direction – syndicats, ou sur une réflexion direction – hiérarchie ? et comment l'articulation s'effectue-t-elle entre un mode de réflexion et la signature de l'accord ?

Concrètement sur le terrain, peut-on déceler des exemples de conduite vertueuse, ou au contraire des cercles vicieux ? existe-t-il une variabilité des solutions intra- ou inter-établissements ? Les démarches de réorganisation ont-elles été articulées avec les projets d'établissements ou les projets de service ? sur qui pèsent-elles ? les services des urgences sont-ils confrontés à une augmentation de leur activité supérieure à celle des autres services ? La RTT cristallise ou rend apparentes les problématiques liées au fonctionnement des unités et à la perception des salariés, et permet donc de disposer d'un bon angle d'attaque pour porter un diagnostic sur la situation actuelle de l'hôpital public.

Les enquêtes menées par catégories professionnelles et notamment sur les infirmières ont montré que la variabilité était assez grande, entre des hôpitaux où l'organisation touchait tous les services de façon cohérente, et d'autres au contraire où la réorganisation prend des formes différentes selon les services ou les fonctions, ce qui semble montrer que la cohérence à l'œuvre est d'une autre nature.

Les limites

Par rapport à ces attentes, un certain nombre de réserves ont été signalées d'emblée par le comité de pilotage, conscient des difficultés du moment, et cernant ainsi les limites imposées à l'évaluation :

- Le climat social des établissements du moment était-il favorable à ce genre d'investigations ? La période très limitée des observations a en effet forcément livré des informations contingentes à cette période.
- La temporalité retenue pour l'étude répond aux exigences de résultats pour les décideurs ; mais à quelques mois près, elle ne permet pas de disposer des informations concernant l'année 2002 (notamment rapports de gestion, bilan social, etc.).
- L'analyse de la démarche allait probablement faire apparaître dans bien des cas des lancements assez tardifs, les directions ayant eu du mal à débiter les travaux sans être fixés sur le montant des emplois dont elles allaient bénéficier (cela dit, au contraire, certains avaient anticipé largement le mouvement et lancé leurs premières analyses un an et demi avant les délais).

- L'articulation des réorganisations liées aux RTT des non médecins et des médecins a rarement été pensée dès le départ, au contraire elle a parfois été subie. Cela est-il susceptible éventuellement de conduire à remettre en cause à l'occasion de la RTT médicale les aménagements réalisés au moment de la RTT non médicale ? Si cette proposition se vérifie, on serait alors au milieu du gué, et l'étude ne permettrait pas de trancher sur le caractère pérenne ou transitoire des effets de la RTT.
- L'inclusion ou non de la RTT médicale dans le champ de l'étude, de même que celle des personnels de nuit en 2004. Sur ces points, le comité de pilotage de l'étude a proposé de s'intéresser à savoir si quelque chose avait été fait sur ces sujets, et si oui, de le caractériser, mais de ne pas s'attarder trop sur des débats en cours, qui certes constituent le point focal actuel des équipes de direction, mais ne relèvent pas de la mise en œuvre des 35 heures initiales.
- Le rachat éventuel des RTT : ici même réponse que précédemment.

On peut noter a posteriori qu'il est peut-être dommage que le calendrier imparti à l'étude ait été aussi serré (il s'agissait d'avoir des résultats suffisamment tôt pour permettre aux pouvoirs publics d'adopter d'éventuelles mesures d'assouplissement, mais celles-ci sont intervenues au cours de l'étude, dès janvier 2003), ce qui a vraisemblablement gêné les intervenants pour travailler autant qu'ils l'auraient souhaité les monographies dans les établissements (et notamment effectuer les recoupements nécessaires entre les propos recueillis et les faits ou règlements constatés), et empêché que pour la présente synthèse une seconde vague de questionnements soit lancée pour approfondir certains points. Quoi qu'il en soit, il a été tenté de restituer le mieux possible la masse d'informations qui avaient été recueillies.

1. L'échantillon retenu dans l'étude

L'étude qualitative est fondée sur un échantillon de dix-sept établissements. Ceux-ci ont été désignés par le comité de pilotage de l'étude, selon des critères de choix précis, qui traduisent les appréciations de la DREES :

➤ *Type d'établissement* :

L'étude comprend :

4 CHU, dont un relevant d'une administration centrale (Paris, Lyon, ou Marseille),
 7 centres hospitaliers généraux,
 2 hôpitaux psychiatriques,
 4 hôpitaux locaux.

➤ *Région* (selon l'appréciation du comité de pilotage des études quantitative et qualitative) : au total, 11 régions sur 22 sont représentées dans l'échantillon :

2 régions à 3 établissements : Paca, et Rhône Alpes,
 2 régions à 2 établissements : Île-de-France et Picardie,
 7 régions à 1 établissement : Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Lorraine, Pays de Loire, Poitou-Charentes,

- **Localisation rurale ou urbaine**, avec naturellement une majorité (13 établissements) situés en zone urbaine, mais aussi 4 établissements en zone rurale, sans que ce critère recoupe exactement celui du statut des établissements (hôpitaux locaux en zone urbaine, ou CH en zone rurale).
- **Taille** exprimée en nombre de lits, en distinguant :

les gros, au-dessus de 1000 lits : 7 établissements,

les petits, en dessous de 400 lits : 5 établissements,

les moyens, entre 400 et 1000 lits : 3 établissements,

les hôpitaux psychiatriques n'entrant pas dans cette classification, puisque leur activité peut s'exercer extra-muros, et que de ce fait, leur taille exprimée en nombre de lits ne revêt pas la même signification.

- **Présence ou non d'un service d'accueil des urgences (SAU)** : 8 établissements avec SAU, 7 sans, et les 2 psychiatriques non concernés par ce critère.
- Et enfin les **appréciations sur le contenu de l'accord signé** portées par les ARH ou la DHOS (rubrique par ailleurs lacunaire).

La liste des établissements affectés à chaque équipe a été établie par la DREES, en fonction des disponibilités de chacun, et des déplacements à prévoir. Chaque équipe s'est donc vu attribuer les établissements où elle devait intervenir.

Au total, on peut dresser le tableau 1 qui présente la constitution de l'échantillon ainsi déterminé, avec ces caractéristiques :

Tableau 1 : Choix de l'échantillon

	Région	Rural / urbain	Taille	SAU	Accord
CHU1	non renseigné	U	G	x	x
CHU2		U	G	x	x
CHU3		U	G	x	x
CHU4		U	G	x	-
CH1		U	M	-	x
CH2		U	M	-	x
CH3		U	M	x	x
CH4	pour cause	R	P	-	x
CH5		U	G	x	x
CH6		U	G	x	-
CH7		U	P	-	x
CH8		U	M	-	x
HL1		U	P	-	x
HL2		R	P	-	x
HL3	d'anonymat	R	P	-	x
HP1		R	-	nc	x
HP2		U	-	nc	x

Par ailleurs on peut aussi dresser le tableau 2 qui comporte un certain nombre d'autres informations, dont :

- les effectifs (élément essentiel pour une problématique touchant à la RTT),
- les missions (élément important pour ce qui concerne l'organisation nécessaire au fonctionnement),
- et la valeur du point ISA en rapport à celle de la région (élément pouvant entrer en ligne de compte dans l'attribution des effectifs accordés par l'ARH). Rappelons que la valeur du point ISA représente la quantité de ressources, exprimées ici en francs, consommées par l'établissement pour effectuer un point d'activité (le point ISA est un indicateur permettant de comparer les différentes activités à partir des données du PMSI ; par convention un accouchement sans difficulté vaut 1 000 points, les autres séjours hospitaliers se comparant ensuite à l'accouchement). Les valeurs indiquées ici sont celles de 2000, les dernières connues des ARH lorsqu'elles ont dû se prononcer sur les enveloppes à accorder à la RTT.

Tableau 2 : Les caractéristiques des hôpitaux de l'échantillon

	personnels					capacité		pt ISA hop/ pt ISA rég
	effectif total	soignants	med tech	logist	admin	lits totaux	lits MCO (en %)	
CHU1	> 10 000	65%	8%	14%	12%	> 4 000	70%	1,09
CHU2	4 à 10 000	71%	8%	14%	11%	> 2 000	82%	1,06
CHU3	4 à 10 000	61%	8%	16%	14%	> 2 000	70%	1,01
CHU4	4 à 10 000	62%	8%	15%	15%	> 2 000	48%	0,98
CH1	500 à 1000	63%	9%	14%	14%	100 à 500	65%	0,97
CH2	1000 à 2000	63%	6%	9%	12%	500 à 1000	62%	1,05
CH3	1000 à 2000	67%	3%	12%	9%	1000 à 2000	33%	0,96
CH4	100 à 500	68%	3%	14%	10%	100 à 500	29%	1,05
CH5	> 2000	63%	4%	11%	10%	1000 à 2000	41%	0,97
CH6	> 2000	78%	6%	13%	13%	1000 à 2000	?	1,08
CH7	500 à 1000	73%	5%	9%	12%	100 à 500	50%	0,94
CH8	1000 à 2000	81%	5%	14%	13%	500 à 1000	46%	0,95
HL1	100 à 500	57%	4%	29%	10%	100 à 500	0%	
HL2	100 à 500	75%	2%	15%	8%	100 à 500	0%	
HL3	< 100	71%	8%	14%	7%	< 100	30%	
						lits et places		
HP1	1000 à 2000	75%	1%	15%	10%	500 à 1000	52%	
HP2	1000 à 2000	72%	1%	13%	9%	1000 à 2000	52%	

On voit sur ce tableau que l'échantillon comprend :

- Des tailles d'établissements différentes, mesurées en nombre de lits MCO, avec comme corollaire des activités différentes, et des prises en charge plus complexes dans certains cas que dans d'autres.
- Des effectifs eux aussi très divers, allant de 159 agents dans un hôpital local à près de 16 000 dans le CHU1 (à administration centrale) ; on conçoit dès lors que la démarche doit être mise en œuvre de façon différenciée selon les effectifs concernés
- Une répartition des effectifs différente notamment entre administratifs et logistiques, dont les effectifs semblent souvent voisins, avec des écarts qui peuvent témoigner par exemple d'une sous-traitance plus développée dans certains établissements concernant les services techniques
- Des valeurs de point ISA, pour les hôpitaux effectuant majoritairement des activités dites de court séjour, semblant montrer des situations de départ assez diverses en termes de dotations. On sait qu'il s'agit là de circonstances historiques ayant reconduit des dotations initialement différenciées, certains étant plus dotés que d'autres. On voit aussi que l'échantillon comprend 6 hôpitaux sous-dotés par rapport à la moyenne de leur région (rapport entre la valeur du point de l'hôpital et la valeur du point de la région inférieure à 1), et 6 hôpitaux dans la situation inverse. Il sera donc intéressant de voir si les aides reçues tiennent compte de cette situation initiale.

2. Méthodologie de l'étude

2.1 Cinq équipes

La DREES a retenu cinq équipes de chercheurs ou de consultants pour mener à bien cette étude, à savoir :

- Bonis Conseil Interventions, BCI : Mme Dominique Demaret, MM. Jean-Louis Pépin et Frédéric Bruegilles.
- Centre national de l'équipement hospitalier, CNEH : Dr Evelyne Cash, Dr. Roland Cash, Mme Nassera Mesatfa, M. Philippe Renault.
- Essor consultants : Mme Myriam Maufroy, MM. Bernard Doerflinger et Michel Pépin
- MGA : MM. Hugues Martino, Bertrand Gaume et Bertrand Pillot.
- École des Mines de Paris, Centre de Gestion Scientifique : M. Dominique Tonneau.

Trois de ces équipes avaient déjà participé à une analyse similaire en 2001 concernant la RTT dans les établissements sanitaires, et médico-sociaux. Les équipes réunissaient des compétences différentes en matière de gestion, sociologie, économie, organisation du travail, psychologie du travail, médecine, permettant ainsi des regards croisés, et un enrichissement mutuel des approches. Chaque équipe s'est vu affecter d'office les établissements qu'elle aurait à analyser, comme il a été dit ci-dessus. Le délai de réalisation des monographies était de 3 mois après la notification, survenue mi-novembre, la synthèse devant ensuite intervenir dans les deux mois suivant la remise des monographies. Il s'agissait donc d'un calendrier serré, d'autant plus que les périodes de fêtes de fin d'année étaient peu propices à des entretiens nombreux.

2.2 Coordination

Un comité de pilotage a été chargé de définir les grandes orientations de la recherche, et de suivre l'avancement des travaux, en vérifiant que les points essentiels de questionnement étaient traités. Ce comité de pilotage était le même que celui de l'étude quantitative lancée un peu antérieurement, et à laquelle il a été fait allusion ci-dessus. Il comprenait des responsables de la DREES, de la DHOS (bureaux des personnels médicaux, des personnels non médicaux, et des établissements), de la DARES, ainsi que des représentants des ARH, de la FHF, et des directeurs d'établissements.

Ce comité de pilotage s'est réuni 3 fois, en novembre et décembre 2002 et en février 2003, soit :

- Au démarrage de l'étude, afin de définir une grille de questionnements et d'homogénéiser les approches
- À mi-parcours, chaque équipe ayant déjà complètement étudié un établissement, de façon à échanger sur les problèmes soulevés, et partager les points de questionnements entre équipes, dans l'optique de généraliser si nécessaire des investigations complémentaires non prévues
- À la remise des monographies, afin de recueillir, outre les informations, les points que les différentes équipes souhaiteraient faire figurer dans la synthèse

- Enfin, le comité s'est réuni en juin 2003 sur la base de ce rapport.

Par ailleurs, la coordination des équipes était assurée par le CGS, le but de ces réunions étant de vérifier que les matériaux réunis seraient suffisamment homogènes pour permettre ensuite d'aboutir à une synthèse qui puisse s'appuyer sur des éléments comparables d'un établissement à l'autre.

2.3 Grille de questionnements

Pour ce faire, outre le partage des objectifs de l'étude contenus dans le cahier des charges auquel chaque équipe avait répondu, une grille de questionnements a été établie, examinée et validée par les équipes ; elle fournissait ainsi un cadre de travail pour les analyses et entretiens. Par ailleurs, elle proposait un listage des différents points et un ordre défini qui a permis d'aboutir ensuite à des monographies présentées selon un plan standard, permettant de réaliser plus facilement la synthèse.

Elle proposait notamment de recueillir un ensemble d'éléments nécessaires au constat :

- Avis et opinions des agents, des cadres, des directions et des médecins
- Consultation de tous les documents qui pourraient s'avérer utiles : budgets, bilans sociaux, comptes rendus des groupes de travail, de pilotage, ou de suivi
- Analyse des organisations du travail en place dans différentes sortes de services, avec prise en compte non seulement des unités de soins, mais aussi de services médico-techniques, logistiques et administratifs

et de disposer de ces éléments dans un temps compatible avec le temps accordé par la DREES aux équipes.

Les intervenants disposaient ainsi d'une grille de questionnements qui leur permettait de recueillir de façon homogène des informations dans tous les établissements enquêtés. Cette modalité semblait d'ailleurs d'autant plus facile à mettre en œuvre que les établissements sont tous ici des hôpitaux publics et possèdent donc nombre de caractéristiques communes.

2.4 Information des établissements

Chaque direction d'établissement retenu a reçu un courrier, émanant en commun de la DREES et de la DHOS, le remerciant d'avoir accepté la venue de chercheurs, ainsi qu'une lettre d'accréditation pour avertir les établissements des noms des personnes qui viendraient les voir. Ces courriers ont été adressés au Directeur ou directeur général de l'établissement, avec copie au DRH. Les ARH locales de chacun de ces établissements ont été informées de l'étude, et d'une intervention sur leur territoire.

La lettre d'accréditation mentionnait les interlocuteurs principaux que souhaitaient rencontrer les chercheurs, (de façon à ce que les rendez-vous soient bien groupés, et qu'il ne soit pas nécessaire de multiplier les déplacements), ainsi que les documents qui pourraient être expédiés auparavant, afin de permettre aux intervenants d'arriver avec déjà un maximum d'informations (texte de l'accord, dernier rapport de gestion disponible, dernier bilan social disponible, le cas échéant comptes rendus des groupes de travail sur la RTT).

2.5 Monographies

À l'issue des investigations dans chaque hôpital une monographie a été réalisée, selon un plan homogène entre les équipes. Ces monographies ont été validées par les établissements, afin de certifier les renseignements qui y sont contenus ; mais il a été convenu que ces monographies restent la propriété de l'établissement, ne sont diffusées qu'à leur initiative, et ne sont pas transmises à la tutelle régionale. Les informations sont reprises de façon anonymisée dans cette synthèse, de façon à éviter l'identification des établissements.

2.6 Synthèse

Quant à la synthèse actuelle, elle reprend l'ensemble des matériaux accumulés au cours de ces visites et entretiens, et propose de les aborder de façon thématique, en distinguant les chapitres suivants :

3. historique des démarches et processus de négociation,
4. contenus des accords et clauses particulières,
5. évaluations formulées par les acteurs,
6. aides apportées aux établissements en matière d'emploi,
7. le suivi de gestion de la RTT,
8. les réorganisations programmées du travail,
9. commentaires de conclusion.

3. Historique des démarches et processus des négociations

Tous les établissements de l'échantillon ont respecté les délais et mis en œuvre une application des 35 heures, au plus tard dans le courant du premier trimestre de l'année 2002. Comment y sont-ils parvenus, selon quelle méthode, et au prix de quelle énergie ? Nous examinerons dans cette partie successivement :

- Le calendrier des opérations, son phasage.
- Les acteurs de la démarche, et la composition des instances qui s'y sont attelées
- Le type de travail qui a été effectué.
- Le rôle et le positionnement des organisations syndicales
- Le type d'information qui a été dispensée à cette occasion.

renvoyant aux parties suivantes les clauses des accords et leur contenu, ainsi que les négociations menées en parallèle avec les autorités de tutelle pour obtenir des effectifs en renfort (bien que naturellement, ces deux aspects aient été au cœur des négociations et analyses).

3.1 Le calendrier des opérations, son phasage

Après les lois Aubry 1 de 1998 et Aubry 2 de 2000, le secteur privé était passé aux 35 heures. Ceci avait notamment concerné les établissements sanitaires et médico-sociaux du secteur privé (les établissements privés PSPH comme les cliniques privées à but lucratif). En

2000, le gouvernement annonçait que les mesures seraient étendues aux fonctions publiques, et dès lors, les hôpitaux savaient que, à terme, ils auraient à mettre sur pied une organisation correspondante. En 2001, le ministère de la Santé lançait sa propre démarche, publiant en avril un guide méthodologique, organisant en liaison avec l'ANFH (Association Nationale de Formations Hospitalières) des formations de référents 35 heures, puis signant en septembre 2001 le protocole national qui fixe les grandes règles de la RTT dans les hôpitaux (voir introduction, l'accord dans la fonction publique hospitalière). Les hôpitaux étaient alors chargés de mettre ce protocole en œuvre dans leurs conditions locales.

Les étapes issues de la négociation nationale ont rythmé les négociations locales. On peut schématiquement distinguer cinq phases dans le processus :

- Analyses préalables
- Dagnostics de l'existant
- Construction de scénarios de fonctionnement
- Négociations avec les partenaires syndicaux
- Suivi de la mise en œuvre.

Cette distinction présente un caractère linéaire et intellectuellement satisfaisant, mais dans la réalité, les phases ont pu se chevaucher, et présenter un caractère un peu plus erratique ; revenons sur chacune d'elles.

3.1.1 Les analyses préalables

En règle générale, on a l'impression que les hôpitaux ont vu venir la RTT avec une certaine appréhension. De ce fait, ils n'ont pas souhaité s'engager trop rapidement dans le processus, arguant de l'ignorance où ils étaient des règles du jeu. Ceci n'est évidemment pas faux, dans la mesure où de nombreuses questions épineuses se dressaient devant eux :

- Quelle définition du temps de travail effectif par exemple, et notamment inclusion ou non du temps de repas dans le travail ?
- Quel sort réserver aux avantages déjà acquis en nombre de jours : seraient-ils inclus dans le décompte du temps, ou viendraient ils en sus ?
- Sur quels renforts pouvaient ils compter en termes d'effectifs ?
- Qu'advierait-il des personnels de nuit, déjà à 35 heures ? y resteraient-ils, ou maintiendrait-on un écart avec les personnels de jour ?

Certains ont néanmoins commencé très en amont à réfléchir à ces questions, et à regarder celles qui relevaient d'eux, quel que soit par ailleurs le résultat des négociations nationales, et notamment :

- Constat sur l'organisation et le fonctionnement actuel des unités
- Analyse des situations de travail
- Étude prospective des différentes modalités de la RTT : réduction quotidienne des postes, maintien de l'organisation actuelle et attribution de jours de RTT en compensation, ou solutions intermédiaires
- Effets prévisibles sur la recomposition des activités et des échanges entre services (tâches transversales)

- Possibilités de sous-traitance et d'externalisation de certaines activités
- Accompagnement souhaitable de ces mesures en termes de programmes d'investissement capables de soulager la charge de travail des personnels.

Tous ces points pouvaient faire l'objet d'études et d'analyses avant même que la démarche officielle soit lancée, afin de se préparer au processus de négociation.

Par ailleurs, les formations mises en place dès l'année 2000 ont permis aux hôpitaux de former un ou plusieurs référents 35 heures, la formation portant surtout sur le processus lui-même, d'information, concertation et négociation, plus que sur les méthodes d'analyse du fonctionnement des services.

Quelques établissements de l'échantillon ont ainsi pris les devants et cherché à se mettre dans les meilleures conditions possibles pour aborder le processus. C'est le cas notamment de CHU1, CH6, ou CH8 (des établissements plutôt gros). Mais la majorité des hôpitaux de l'échantillon semblent s'en être tenus au strict minimum nécessaire, à savoir les formations, et ne pas avoir voulu anticiper les événements, de peur d'être ensuite désavoués par eux, et d'avoir inutilement gaspillé leur temps. Ajoutons que les contacts avec des établissements autres que ceux de l'échantillon ont aussi montré que par endroits, les cadres avaient au contraire instruction de ne pas commencer à réfléchir à la question, afin de ne soulever aucun problème de façon prématurée.

En dehors des formations, évoquées ci-dessus, les analyses et diagnostics n'ont donc vraiment démarré que début 2001, alors que le terme fixé pour la mise en place était celui du 1^{er} janvier 2002. Il restait donc tout juste un an. Les études, articles et analyses parues sur la mise en place des 35 heures dans le secteur privé, qui indiquaient toutes qu'il s'agissait d'un processus de longue haleine, nécessitant une mobilisation massive en temps et en personnes, et qui gagnait à ne pas être serré dans le temps n'ont donc probablement pas été suffisamment prises en considération.

3.1.2 Diagnostics de l'existant

Le guide méthodologique du Ministère a été reçu dans les hôpitaux en avril 2001. Il prescrivait une démarche, fournissait un cadre d'analyse, et des documents à remplir, regroupés en 4 chapitres, qui devaient être transmis aux ARH pour évaluation et calcul des besoins qui en résulteraient. L'ensemble des hôpitaux a suivi cette procédure, et le travail portant sur les diagnostics a donc occupé les établissements de avril à septembre 2001. 3 hôpitaux sur les 17 de l'échantillon (CHU1, CH8 et CH3) déclarent avoir devancé l'appel, et commencé à établir leurs diagnostics dès le début de l'année, sans attendre les injonctions officielles.

Il s'agissait d'un *travail considérable*, long, et très détaillé. Les cadres des établissements et les directions ont à cette occasion été très mobilisés, et ont du consacrer une part importante de leur temps à remplir les grilles qui leur étaient fournies. Ils en ont tiré bénéfice, car c'était l'occasion de mettre à plat le fonctionnement de leurs unités, d'en débattre avec les directions, et d'en obtenir ainsi une certaine reconnaissance. Notons au passage que les hôpitaux qui étaient déjà passés par le processus d'accréditation à l'époque disent avoir été favorisés, et

avoir repris à cette occasion des éléments déjà recueillis dans le cadre de la démarche précédente (cas de CH6 par exemple).

Cela dit, force est de constater que malgré toute la bonne volonté déployée, on peut penser qu'il a souvent **manqué des outils ou une méthode** pour fournir une représentation des unités schématique et opérationnelle, les documents analysés montrant une image confuse des services, due à la difficulté d'éviter les considérations implicites, et d'imaginer qu'un lecteur extérieur (une direction, et a fortiori une tutelle) puisse ne pas partager les constats considérés comme évidents sur les nécessités du service. Bien entendu, il ne faut pas non plus négliger le fait que ces documents étant destinés à l'ARH constituaient également des plaidoyers pour l'attribution de moyens supplémentaires, et que, même si l'on y mentionne des effectifs minimums, et même si les hôpitaux se sont efforcés de limiter les demandes à un chiffre raisonnable, le calcul a souvent été fondé sur une règle de trois pour évaluer les besoins de compensation nécessaires.

Le 27 septembre 2001, un protocole d'accord était signé à Paris entre le ministère de la Santé et 4 organisations syndicales (CFDT, CGC, UNSA et SNCH). Le processus s'enclenchait alors véritablement dans les hôpitaux. Deux grands traits caractérisent le protocole :

- Il fixait les règles du jeu de façon assez précise, et les directions d'établissements rencontrées ont souvent manifesté leur satisfaction à cet égard : ainsi étaient d'emblée évacuées de leurs négociations locales des questions comme la prise en compte des repas, de l'habillement, du décompte des jours fériés, etc. Elles ont pu s'appuyer sur des règles nationales qui clarifiaient le jeu, et canalisait de ce fait la négociation sur les modalités de mise en œuvre, et non sur le contenu même de la RTT. Il fallait donc définir des scénarios de passage aux 35 heures.
- Deux organisations syndicales, et non des moindres avaient refusé de signer le protocole, la CGT et FO. Nous verrons que cette attitude nationale a pesé ensuite sur les attitudes locales des sections pour mettre en place les accords.

3.1.3 Construction de scénarios de fonctionnement

Le quatrième trimestre de l'année 2001 a donc été consacré à la construction des scénarios de passage aux 35 heures. Cette construction a pu s'appuyer sur :

- Le diagnostic et l'état des lieux opéré dans la phase précédente.
- Les règles définies par le protocole national.

Ici, le processus a été construit selon des méthodes différentes dans les établissements de l'échantillon :

- Soit les cadres des services ont élaboré et proposé des organisations tenant compte des deux éléments mentionnés ci-dessus, et cherché à répondre aux exigences de fonctionnement des services, tout en prenant en compte les aspirations de leurs agents en termes de plannings et d'horaires ; les propositions étaient ensuite examinées par la direction ou les instances chargées des scénarios (voir ci-dessous).





- Soit les Directeurs des services de soins infirmiers (DSSI) ont proposé des règles standard pour l'hôpital, cherchant ainsi à homogénéiser le fonctionnement des services, notamment dans la perspective de mise en place de pools, et demandé ensuite aux cadres d'intégrer dans leurs propositions ces contraintes supplémentaires.
- Soit les instances investies de la réflexion sur la RTT ont élaboré des scénarios en liaison avec les services par le biais d'équipes se rendant dans les services pour recueillir les avis de toutes les parties (agents et encadrement).
- Soit des groupes de travail spécifiques ont été mis en place pour définir des scénarios, résoudre des problèmes transversaux, et évaluer les scénarios proposés.

Il faut dire que parallèlement à la recherche de scénarios, était lancée la négociation avec les organisations syndicales, si bien que toutes les variables n'étaient pas complètement figées (notamment l'équilibre entre réduction quotidienne et annualisation de la RTT). C'est pourquoi bien souvent on retrouve le fait que la construction des scénarios n'a pu se faire complètement, et qu'elle s'est poursuivie au-delà de la signature d'un accord, correspondant alors à la recherche de scénarios compatibles avec les clauses de l'accord. Nous y revenons ci-après. On peut visualiser ces différentes phases sur le tableau 3 ci-dessous, qui montre bien le chevauchement des différentes phases :

Tableau 3 : Le calendrier de la démarche

	2000	2001												2002												2003			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
CHU1															A	VF													
CHU2														A	F														
CHU3															A		F												
CHU4																													
CH1														A	F														
CH2														A	F				V										
CH3															A		F												
CH4															A	F													
CH5															A	F													
CH6														rc	F														
CH7															A	F													
CH8															A	F													
HL1														A															
HL2														A	F														
HL3														A	F														
HP1															A	F													
HP2																		F											

Légende :

	diagnostic	A :	accord
	scénarios	V :	avenant
	négociations	F :	mise en application effective
	suivi	Rc :	relevé de conclusions

Souvent, comme différents points étaient en négociation, et non encore tranchés, les scénarios n'ont pu être approuvés avant la signature, si bien que les frontières établies sur le graphique du tableau 3 sont assez floues en fait : dans la pratique, la phase des scénarios a pu commencer avant les négociations, elle s'est souvent trouvée continuer en parallèle avec elles, et a aussi débordé, continuant après la signature de l'accord, pour mettre en place l'organisation qui le respecte.

Des instances spécifiques ont été chargées de définir les règles de fonctionnement dans chaque établissement. Dans la plupart des cas, un comité de pilotage de la démarche a été constitué, souvent un groupe projet également, et parfois des groupes spécifiques de travail. Les instances ont été dédoublées (comité de pilotage et groupe projet) dans 8 établissements sur 17, les 9 autres se contentant d'une seule instance (on y retrouve naturellement pour l'essentiel de petits établissements, mais pas forcément : ainsi un hôpital local s'est doté de 2 instances, alors qu'à l'inverse 2 gros CH ont opté pour une instance unique). Nous explicitons ces instances en 3.2 ci-après.

En ce qui concerne le CHU à administration centrale, la démarche a été enclenchée à deux niveaux :

- au niveau central, la négociation des grands principes et la signature d'un accord,

- au niveau local des établissements, un accord local chargé de préciser les modalités de l'organisation.

3.1.4 Négociations avec les partenaires syndicaux

La phase de négociations avec les organisations syndicales a été relativement courte, deux à trois mois maximum (4 mois toutefois dans le CHU1 et 5 mois dans le CHU3 et le CH3), pour deux raisons :

- D'abord, il faut dire que l'essentiel du travail était réalisé au sein du comité de pilotage, qui sans être officiellement chargé de la négociation, jouait de facto ce rôle, en tous cas préparait le terrain de la négociation.
- Et d'autre part, à la différence du secteur privé, où le niveau de compensation salariale d'une part, le niveau des embauches compensatoires d'autre part, constituaient le cœur des débats, ici au contraire dans le secteur public, la compensation salariale était d'emblée totale (35 heures payées 39), et la détermination des effectifs de renfort ne relevait pas de la négociation locale, mais des autorités de tutelle.

En fait le nœud de la négociation a la plupart du temps été constitué de :

- L'arbitrage à trouver entre réduction quotidienne et annualisation de la RTT, ainsi que sur les règles de détermination des modalités pratiques de la RTT.
- Nombreuses questions sur la définition du temps de travail, ou sur le mode de décompte des jours, et le maintien de journées antérieures de repos. Certes sur ces derniers points, le terrain avait été préparé et déblayé au cours des négociations du protocole national, mais leur application a été largement débattue au niveau local.

Ces négociations sur le maintien ou non d'avantages antérieurs ont pu déboucher sur des actions de grève (cas de HP2 et de façon très localisée à un service CHU1), mais dans la plupart des autres cas, le climat ne semble pas avoir été conflictuel. Les organisations syndicales ont de fait adopté localement le comportement adopté par leurs centrales pour le protocole national :

- La CFDT a signé tous les accords de l'échantillon sauf un (qui n'a été signé que par le SNCH).
- La CGT a refusé tous les accords sauf 3 (dont un où elle était seule organisation en présence).
- FO s'est partagée, avec 2 accords et un relevé de conclusions signé, et 6 refus de signatures.
- L'UNSA a signé dans 4 cas sur 5.
- SUD a refusé les accords partout, sauf dans un cas où il était seule organisation en présence.

On retrouve ces positions ainsi que les dates des accords dans le tableau suivant.

Tableau 4 : Les accords et leurs signataires

	Accord et date	Cfdt	Cgt	Fo	Unsa	Sud	Cftc	Coord	Snch	Cgc	Snpsy
CHU1	23-janv	29 - A	27 - R	25 - R	10 - R	9 - R	-	-	-	-	-
CHU2	21-déc	48 - A	20 - R	16 - R	16 - A	-	-	-	-	-	-
CHU3	26-févr	15 - A	35 - R	35 - A	4 - A	2 - R	-	5 - A	- A	2 - A	-
CHU4	sans	?	? - R	?	?	?	-	?	-	-	-
CH1	20-déc	10 - A	34 - R	-	37 - A	-	-	14 - R	-	-	-
CH2	21-déc	-	? - A	-	-	-	-	-	-	-	-
CH3	22-févr	33 - A	66 - R	-	-	-	-	-	-	-	-
CH4	21-janv	? - A	? - A	-	-	-	-	-	-	-	-
CH5	17-janv	? - A	? - A	? - A	-	-	? - A	-	-	-	-
CH6	sans	43 - S	35 - S	22 - S	-	-	-	-	-	-	-
CH7	01-janv	? - R	-	? - R	-	-	-	-	? - A	-	-
CH8	23-janv	54 - A	23 - R	23 - R	-	-	-	-	-	-	-
HL1	14-déc	?	?	?	?	? - A	-	?	?	?	?
HL2	sans	?	57 - R	41 - R	?	?	-	?	?	?	?
HL3	18-déc	17 - A	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HP1	10-janv	-	32 - R	16 - R	? - A	? Exclu	-	-	-	-	? - R
HP2	22-janv	34 - A	51 - R	-	-	12 - R	-	-	-	-	-

Légende :

A = accord signé ; R = refus de signature ; S = signature mais pas d'un accord
 les chiffres donnent les pourcentages de voix recueillies aux dernières élections de CAP
 dans le CH6, pas d'accord, mais signature d'un relevé de conclusions

Cfdt confédération française démocratique du travail

Cgt confédération générale du travail

Fo force ouvrière

Unsa union nationale des syndicats autonomes

Sud solidaires unis démocratiques

Cftc confédération française des travailleurs chrétiens

Coord coordination infirmière

Snch syndicat national des cadres hospitaliers

Cgc confédération générale des cadres

Snpsy syndicat national des psychiatres

Au cours de la négociation les organisations syndicales ont parfois pris l'initiative, lançant des questionnaires, organisant des réunions, procédant à des recueils d'informations de façon à jouer pleinement leur rôle dans les comités de pilotage, au moment de valider les constats sur l'état des lieux ou les scénarios proposés.

Dans la majeure partie des cas, les accords ont été signés en décembre 2001 ou janvier 2002. Dans deux cas de l'échantillon, l'accord est intervenu en février, date la plus tardive ; dans deux cas, un avenant est intervenu après l'accord. Ainsi dans le CHU1, l'équilibre auquel était parvenu les parties, à savoir 37 heures hebdomadaires et 12 jours de RTT a été remis en cause dès qu'ont été connues les dispositions des autres accords, et une autre combinaison est venue modifier cet équilibre pour le remplacer par 37h30 – 15 jours de RTT, ce qui montre bien le pivot essentiel de la négociation.

3.2 Les acteurs de la démarche et les instances en charge

Un **comité de pilotage** a été instauré dans 16 des 17 établissements. Le tableau 5 donne la composition de ces comités de pilotage. On voit que la plupart du temps, ils comprennent :

- Des membres de la direction (le plus souvent direction générale, direction des ressources humaines, direction des services de soins infirmiers, mais aussi parfois direction des affaires médicales).
- Des représentants des organisations syndicales.
- Des représentants du corps médical (membres ou non de la CME).
- Des cadres des différents services de soins ou autres.

Il accueille aussi selon les cas des acteurs spécifiques :

- Des chargés de mission spécifiques (les référents RTT dans 3 cas, le conseiller conditions de travail à qui a été confiée la démarche RTT 1 fois).
- Des représentants d'instances officielles comme le CTE ou le CHSCT (4 cas).
- Le médecin du travail (3 cas).
- Un représentant de la commission des soins infirmiers (1 cas).
- Des agents (1 cas, dans un petit hôpital, où les agents représentaient soit une équipe, soit un service).

Au niveau central de CHU1 (à administration centrale), les instances officielles (conseil d'administration, direction générale, commission médicale d'établissement, et comité technique central d'établissement) ont mis en place des groupes ad hoc : comité central OARTT (et groupe projet central OARTT). De même, dans chaque établissement les instances officielles (direction de site, commission consultative médicale, et CHSCT) ont mis en place un comité local OARTT (et un groupe projet local OARTT, ainsi que des groupes de travail dans les unités, nous l'évoquons ci-après).

Les comités de pilotage ont tenu plusieurs réunions au cours de l'année 2001, commençant souvent leurs travaux dès la phase de diagnostic. De plus, c'est souvent le comité de pilotage qui s'est transformé à l'issue de la démarche en comité de suivi, assurant ainsi une continuité dans la démarche, d'autant plus nécessaire que les débats sur les scénarios ont persisté après les signatures des accords.

Dans 6 hôpitaux les comités de pilotage se sont adjoints un consultant extérieur pour les aider à conduire la démarche et à aboutir à des scénarios viables, en travaillant avec les cadres des services. Ces apports ont été bien appréciés (CH6), mais n'ont évidemment pas dispensé les cadres de leur travail propre d'élaboration des scénarios : il s'agissait davantage pour le consultant de veiller au respect des étapes de la conduite de l'action.

Tableau 5 : Composition des comités de pilotage

	Comité de pilotage										Aide consult.	
	Direction	Chargé mission spécifique	Org synd	Cme ou med	Cte	Med trav	Chsct	Com soins inf	Cadres soins S, autres A	Agents		
CHU1 siège	DG, Dr pôles, DF			x	x							C
CHU1 hopital	Dr, DP, DSSI,	cond trav	x	x								C
CHU2	dg, drh, dam, dssi,		x	x		x						-
CHU3	4 membres		12	4					4			-
CHU4	DRH		x	x								-
CH1	x		x	x					x			-
CH2	x		x	x								C
CH3	drh, dssi, dsio		x	x					x			-
CH4	dg, drh, dssi	ARTT		x	5		x		1S, 1A			-
CH5												-
CH6	dg, dam, drh, dssi	RTT	x	2		x			x			C
CH7	x		x									-
CH8	4 membres	RTT	1 / synd	3	3	x	3		3			C
HL1	x				x		x	x	3 S, 3 A			C
HL2	x		x						x	x		-
HL3	x			x					1 S, 1 A			-
HP1	x		x sf SUD	x					x			?
HP2	x		x									-

Légende :

Org synd	organisations syndicales
Cme	commission médicale d'établissement
Cte	comité technique d'établissement
Med trav	médecin du travail
Chsct	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
Com soins inf	commission des soins infirmiers
Dg	directeur général
Df	directeur des finances
Dp	directeur du personnel
Dssi	directeur des services de soins infirmiers
Drh	directeur des ressources humaines
Dam	directeur des affaires médicales
Dsio	directeur des systèmes d'information et de l'organisation
C	présence d'un consultant

Les comités de pilotage étaient chargés de conduire la démarche et de définir les grandes orientations de la RTT. Pour la conduite dans le détail, l'analyse des situations particulières de travail et les débats sur des points de fonctionnement, les hôpitaux ont souvent mis en place des *groupes projets* (8 cas sur 17, voir tableau 6), où cette fois les organisations syndicales

n'apparaissent plus que dans 2 cas. On a donc affaire davantage à une structure hiérarchique (directions et encadrements consacrés à l'analyse des points techniques).

Tableau 6 : Composition des groupes projet

	Groupe projet										
	direction	Chargé mission spécifique	Org synd	Cme	Cte	Med trav	Chsct	Com soins inf	Cadres soins S, autres A	Agents	Autres
CHU1	dions cales, (dssi + dp) pôles	cond trav				x					scés sociaux
id	dp, dssi, des	cond trav				x			x		scés sociaux
CHU2	dg, drh		x	x		x					
CHU3	drh, dssi								x		
CHU4											
CH1											
CH2											
CH3											
CH4											
CH5			x	med			x				
CH6	drh	RTT				x					anim gpes trav
CH7	x	RTT	x								
CH8	x	x							x		
HL1											
HL2									x	x	
HL3									1 S, 2A	9	
HP1											
HP2											

Légende :

Org synd	organisations syndicales
Cme	commission médicale d'établissement
Cte	comité technique d'établissement
Med trav	médecin du travail
Chsct	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
Com soins inf	commission des soins infirmiers
Dp	directeur du personnel
Dssi	directeur des services de soins infirmiers
Drh	directeur des ressources humaines

3.3 Le travail accompli

Enfin, dans plusieurs cas, des *groupes de travail* ont de surcroît été instaurés, afin de traiter de points techniques, selon des thèmes préétablis. Souvent ces groupes techniques correspondaient à des catégories professionnelles (groupe sur les soignants sur les secrétaires, sur les médico-techniques ou les logistiques dans le HL3 par exemple), mais dans 4 cas de l'échantillon, il en a été autrement :

- Dans le CH2, un groupe a travaillé sur les fermetures de lits, dans le contexte d'une région très concurrentielle en termes d'offre de soins.
- Dans le CH6, 10 groupes ont été mis en place : pour les services de soins : Chirurgie, Médecine, Urgences et réanimation, Pôle mère – enfant, Services de long séjour, Cadres et responsables de service ; et pour les services autres que de soins : services fonctionnant en continu 24 h sur 24, Services travaillant 6 ou 7 jours sur 7 sans continuité totale, Services administratifs fonctionnant 5 jours sur 7, et services autres fonctionnant 5 jours sur 7.
- Dans le HL1, les groupes constitués ont eu pour thèmes : le management de l'information, la logistique (alimentation, linge, entretien et maintenance), la continuité des soins, les relations sociales.
- Dans le CH8, les diagnostics effectués par services ont abouti à une synthèse qui s'est structurée autour de 8 thèmes correspondant à des problèmes transversaux : gestion des temps, horaires et plannings, variation de l'activité, évolution du métier de soins, organisation des soins, lien entre activité médicale et organisation, programmation des rendez-vous, horaire des visites.

On voit qu'il s'agit d'initiatives intéressantes, non prévues dans le processus officiel, et qui témoignent de la capacité des établissements à anticiper et à s'atteler aux problèmes d'organisation.

Ces groupes ont donné lieu à un travail considérable, mobilisé un temps très important (que les cadres évaluent individuellement à plusieurs dizaines d'heures), à une production volumineuse (en papiers, diagrammes, scénarios, comptes rendus, textes et plannings), et constituent une masse de documentation sans pareil. Cette masse est tellement abondante que les DRH n'ont pas toujours eu le temps de l'exploiter vraiment (CHU1, CH6, CH8), mais comptent l'utiliser à d'autres occasions. On peut ici regretter que n'aient pas été diffusés des modèles de présentation résumée des unités permettant de mettre en regard l'activité, l'organisation, et les moyens qui y sont affectés, en distinguant le réel et le souhaitable. Il était trop tard au cours de la démarche pour imaginer ces outils, et leur manque a fait défaut. Il n'est peut-être pas inenvisageable d'y parvenir dans la suite, ne fût-ce que pour étayer les demandes de moyens supplémentaires, ou aider à répartir les moyens accordés.

Notons que dans certains cas, le travail était effectué par des binômes (un cadre et un agent, ou un cadre et un directeur) pour aller dans les services et procéder au recueil d'informations, et que, là où ils existent, les chargés de mission ou référents RTT étaient chargés des synthèses.

Les scénarios imaginés étaient soumis à analyse dans les groupes projets ou les comités de pilotage qui ont ainsi pu jouer leur rôle, et vérifier que les propositions respectaient les règles générales qu'ils avaient établies. Souvent néanmoins, comme différents points étaient en négociation, et non encore tranchés, les scénarios n'ont pu être approuvés avant la signature, si bien que les frontières établies sur le graphique du tableau 3 sont assez floues en fait : dans la pratique, la phase des scénarios a pu commencer avant les négociations, elle s'est souvent trouvée continuer en parallèle avec elles, et a aussi débordé, continuant après la signature de l'accord, pour mettre en place l'organisation qui le respecte. Ceci explique d'ailleurs que la frontière entre comité de pilotage et comité de suivi ne soit pas nette, le travail sur l'organisation n'étant pas achevée avec la signature d'un accord.

Dans le cas du CHU1 (à administration centrale), le cahier des charges des scénarios prévoyait que les scénarios devaient prendre en compte les plans d'action de l'ensemble du CHU, de l'établissement, et de l'unité, le réglementaire défini par l'accord, et le diagnostic réalisé antérieurement. En considérant l'organisation médicale, les intervenants, le déroulement d'une journée, et les plages d'ouverture prévues, il s'agissait d'aboutir à une nouvelle organisation et de décrire ses conséquences : identifier les tâches réalisées dans la journée, leurs moments forts et leur impact en termes de besoins de couverture, les éventuels gains possibles de productivité, et aboutir à un nouveau planning. Ici encore, cela a demandé un travail considérable et abouti à une masse de documentation qui fournit un état des lieux très détaillé de l'organisation des différents services. La démarche était déclinée parallèlement au niveau de chaque établissement par l'intermédiaire de groupes locaux pour la mise en place sur le terrain et de groupes projets RTT chargés de la gestion de la démarche. Ces groupes ont fait remonter les difficultés, et éventuelles demandes de dérogations ; en particulier, ils ont insisté sur les difficultés liées à la diminution des temps de chevauchement. Les demandes de dérogation présentées étaient analysées en comité central OARTT pour y être soit acceptées soit refusées.

3.4 La politique d'information

Au cours de la démarche, les directions d'établissement se sont efforcées de dispenser une information aussi exacte et précise que possible, compte tenu des éléments en leur possession. Partout on retrouve des réunions destinées aux cadres et aux agents, des assemblées générales, des réunions de service. De plus, des supports existants ont été mobilisés (revues locales), ou des supports nouveaux ont été créés. Ainsi dans le CHU1, un site intranet a été conçu et utilisé pour mettre en ligne des informations sur l'avancement des procédures, une revue spécifique a été éditée pour faire le point sur les différentes étapes de la RTT, une lettre a été adressée individuellement à chaque agent avec la fiche de paie. De même dans le CH6, une lettre (4 numéros dans l'année) a été éditée pour détailler la conduite du projet RTT.

Dans le CHU3, il faut noter l'écart entre la relative sérénité affichée par la direction et l'encadrement supérieur assez satisfaits du chemin parcouru et les points de vue exprimés par les salariés où la dominante est l'incompréhension d'une démarche jugée floue et fluctuante. Cet écart résulte sans doute d'une communication jugée insuffisante (certains agents disent ignorer le contenu de l'accord), aux difficultés d'une conduite de projet considérable, globale et étalée dans le temps et à la différence de perspective selon que l'on « conduit ou subit » le projet. Ceux qui bénéficient de la RTT en sont satisfaits et en même temps elle est une source de préoccupation en raison des problèmes d'effectifs et de présence au travail. La clarification des moyens en effectifs disponibles avec le nouveau tableau des effectifs est une attente forte à court terme.

Dans le CHU4, les négociations se sont passées très vite, d'août à septembre, les syndicats déclarent avoir eu une réunion par semaine. *« C'était très dur, impossible d'informer le personnel formé de 5 000 agents répartis dans 7 établissements. C'était impossible de gérer ça démocratiquement, on voulait organiser un référendum ».*

Globalement, on constate que partout l'écart est frappant entre les efforts déployés par les directions et par les organisations syndicales pour informer les agents au fur et à mesure de

l'avancement des débats et de la construction des scénarios, et l'état d'information dont ces derniers disent avoir disposé lorsqu'on les interroge, un peu comme si tout s'était passé en dehors d'eux. Parfois même, les cadres les rejoignent dans cette appréciation défavorable, ce qui pose vraiment la question des modes de communication et de sa réception au sein de l'hôpital.

4. Les accords signés et leurs clauses

La principale clause des accords est la détermination des durées de travail dans les hôpitaux. Mais d'autres clauses interviennent également, comme :

- la prise en compte des temps de pause, de repas, d'habillage – déshabillage, bref la définition du temps de travail effectif,
- les règles de prise des jours de RTT,
- l'instauration d'un compte épargne temps,
- les problèmes spécifiques posés par les cadres et les temps partiels.

Nous revenons ci-après sur chacune de ces clauses.

4.1 La réduction du temps de travail

Il n'est pas toujours facile de définir avec précision la réduction réelle du temps de travail qui a été opérée. En effet, autant la durée du travail est définie avec précision depuis les accords de RTT, autant elle ne l'était pas forcément auparavant. Il est donc bon d'y revenir.

4.1.1 La durée du temps de travail en 2001

La situation était assez disparate, du fait de deux grands facteurs :

- Au sein d'un même établissement, coexistaient plusieurs régimes, pour les personnels dits de jour (aux horaires fixes en journée, ne travaillant ni la nuit, ni les week-ends), pour les personnels dits à repos variables (aux horaires souvent alternants matin et soir, et effectuant le cas échéant des nuits et des week-ends, ce qui les oblige à avoir des repos hebdomadaires en semaine, en proportion variable), et pour les personnels de nuit (qui étaient officiellement aux 35 heures depuis déjà 1993).
- Entre établissements, si la règle était la même, à savoir 39 heures hebdomadaires, dans les faits la situation était assez hétérogène, du fait de jours de repos supplémentaires accordés au fil du temps, à tout ou partie du personnel : fêtes locales, fêtes des mères, jours d'ancienneté, etc.
- Le changement du mode de décompte des congés, en jours ouvrables ou ouvrés, empêche d'ailleurs parfois de comparer les durées exactes, et il faut alors essayer de reconstituer la durée annuelle antérieure. Ceci a d'ailleurs constitué un handicap dans les négociations, la base de calcul ayant changé.

Le tableau 7 qui suit montre ainsi que :

- Les écarts entre établissements pour une même catégorie de personnels pouvaient se monter à 12 ou 13 jours par an, ou à environ 60 heures par an. C'est le cas pour les personnels en repos fixe (de 210 à 223 jours travaillés, de 1673 à 1732 heures par an), comme pour ceux en repos variable (entre 206 et 220 jours travaillés par an, de 1 658 à 1 716 heures). C'est encore davantage le cas pour les agents de nuit (de 152 à 190 nuits par an, de 1520 à 1577 heures par an). En ce qui concerne cette dernière catégorie, un hôpital CH5, affiche une durée hebdomadaire moyenne de nuit à 36 heures, supérieure donc à la réglementation en vigueur. Quant à l'hôpital CH6, il affiche une durée du travail à 37h30 pour les agents de jour.
- L'écart entre les personnels en repos fixes et ceux en repos variables, censé compenser la contrainte liée au fait de ne pouvoir disposer de tous ses dimanches, est lui aussi variable selon les endroits : de 0 à 4 jours. Certains hôpitaux ne distinguaient donc pas entre ces personnels.

Ajoutons que les valeurs qui figurent dans le tableau sont des valeurs reconstituées a posteriori, car le mode de décompte qui prévalait jusqu'en 2001 n'était pas identique à celui qui est adopté aujourd'hui. En particulier les congés annuels étaient calculés en jours ouvrables (28), alors qu'ils le sont maintenant en jours ouvrés (25). De plus certains jours n'étaient pas attribués à tous les agents (ancienneté par exemple). Enfin, le décompte n'était pas effectué avec autant de précision qu'actuellement, si bien qu'il n'a pas toujours été possible aux établissements de reconstituer l'horaire exact des agents. Ainsi dans le CH7, on ne comptait (et on ne compte toujours) que la durée annuelle en heures, chacun se débrouillant pour la respecter, d'où l'absence d'informations dans le tableau concernant cet établissement.

Tableau 7 : Durée du travail en 2001

	Repos fixe					Repos variables					Nuit				
	j/an	h/an	h/sem	h/jr	Jr rtt	j/an	H/an	h/sem	h/jr	jr rtt	j/an	h/an	h/sem	h/jr	jr rtt
CHU1	222	1 731	39	7h48	0	218	1 700	39	7h48	0	154	1 540	35	10	-
CHU2	222	1 713	39	7h48	0	219	1 708	39	7h48	0	154	1 540	35	10	-
CHU3	216	1 685	39	7h48	0	214	1 669	39	7h48	0	152	1 520	35	10	-
CHU4	218	1700	39	7h48	0	213	1 661	39	7h48	0	147	1540	35	10h30	-
CH1	217	1 693	39	7h48	0	217	1 693	39	7h48	0	190	1 520	35	8	-
CH2	220	1 716	39	8	0	220	1 716	39	8	0	154	1 540	35	10	-
CH3	219	1 708	39	7h48	0	216	1 685	39	7h48	0	152	1 520	35	10	-
CH4	222	1 732	39	7h48	0	220	1 716	39	7h48	0	154	1 540	35	10	-
CH5	216	1 724	40	8	0	214	1 708	40	8	0	158	1 577	36	10	-
CH6	223	1 673	37h30	7h30	0	221	1 658	37h30	7h30	0	154	1 540	35	10	-
CH7	nm	1 716				nm	1716				nm	1 540			
CH8	221	1 724	39	7h48	0	217	1 693	39	7h48	0	150	1500	35	10	-
HL1	215	1 716	39	8	0	215	1 716	39	8	0	154	1 540	35	10	-
HL2	216	1 684	39	7h48	0	216	1 684	39	7h48	0	159	1512	35	9h30	-
HL3	Pas de données					221	1 723	39	7h48	0	146	1 533	35	10h30	-
HP1	210	1 680	40	8	8	206	1 648	40	8	8	154	1 540	35	10	-
HP2	218	1 700	39	7h48	0	214	1 669	39	7h48	0	155	1 547	35	10	-

Légende :

J/an : nombre de journées travaillées par an

H/an : nombre d'heures travaillées par an

H/sem : nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine

H/jr : durée moyenne d'un poste de travail quotidien

Jr RTT : nombre de journées dites de réduction du temps de travail

Nm : non mesuré

Remarquons sur ce tableau qu'aucun hôpital n'indique pour 2001 de jours de RTT (sauf HP1, où la semaine est restée à 40 heures ; on ne parlait pas alors de RTT, mais de jours de repos compensateur). Evidemment la mesure de passage aux 35 heures n'était pas encore effective, mais pour autant les services fonctionnaient en général sur un rythme lié aux 40 heures avec des salariés ne travaillant que 39 heures. Donc, soit on était dans une situation où les agents effectuaient des postes de durée réduite (7h48 en moyenne, cas de nombre d'hôpitaux du tableau) , soit ils récupéraient des heures effectuées de 39 à 40 au moyen d'un compte d'heures tenu en général par le cadre du service, ce qui n'exclut évidemment pas obligatoirement le fait de les grouper pour obtenir une journée complète. Mais la pratique n'avait pas encore intronisé les « jours RTT ». Nous verrons d'ailleurs que dans certains cas, cette durée moyenne cache en réalité des organisations à semaines inégales, avec des postes plus longs et des récupérations en journées (CH 6).

4.1.2 La durée du travail en 2003

Nous prenons ici comme référence la durée actuelle du travail, en 2003, certains hôpitaux (CHU1 notamment) ayant connu une période intermédiaire avec une durée 2001, une durée 2002, et une durée 2003. Nous retenons ici la valeur stabilisée in fine. Les tableaux 8 et 9

donnent les valeurs des durées du travail avec les mêmes catégories que le tableau 7 précédent, et en introduisant la distinction nouvelle opérée dans les textes, entre agents à repos variables effectuant plus ou moins de 20 dimanches et jours fériés travaillés dans l'année. Cette fois, les hôpitaux ayant travaillé sur les mêmes bases, les chiffres sont normalement comparables, il ne s'agit pas de recombinaison a posteriori. Pour des raisons de lisibilité, nous scindons le tableau en 2 parties : tableau 8, les agents en repos fixes et ceux de nuit, tableau 9, les deux catégories d'agents en repos variables. Signalons de plus que certains hôpitaux ayant laissé une marge de manœuvre aux différents services, il n'est pas facile de dresser un tableau de synthèse, des organisations différentes pouvant cohabiter au sein du même établissement.

Tableau 8 : Durée du travail en 2003, agents en repos fixe et agents de nuit

	Repos fixe					Nuit				
	j/an	h/an	h/sem	h/jr	JRTT	j/an	h/an	h/sem	h/jr	JRTT
CHU1	208	1 560	37h30	7h30	15	154	1 540	35	10	-
CHU2	208	1 560	37h30	7h30	15	146	1 533	37h30	10h30	-
CHU3	204	1 571	38h30	7h42	19	154	1 540	35	10	-
CHU4	206	1 568	38	7h36	18	147	1 540	35	10h30	-
CH1	209	1 568	37h30	7h30	15	154	1 540	35	10	-
CH2	205	1 568	38	7h36	18	154	1 540	35	10	-
CH3	204	1 547	37h55	7h35	17	152	1 520	35	10	-
CH4	205	1 561	38	7h36	18	154	1 540	35	10	-
CH5	205	1 568	38	7h36	18	154	1 540	35	10	-
CH6	209	1 568	37h30	7h30	15	154	1 540	35	10	-
CH7	nm	1 579	40	8	30	nm	1 533			
CH8	209	1 568	37h30	7h30	15	150	1500	35	10	-
HL1	208	1 568	37h30	7h30	15	154	1 540	35	10	-
HL2	217	1 561	36	7h11	6	154	1 540	35	10	-
HL3			39	8	20	148	1 554	35	10h30	-
HP1	194	1 552	40	8	30	154	1 540	35	10	-
HP2	205	1 558	38	7h36	18	155	1 547	35	10	-

Légende :

J/an : nombre de journées travaillées par an

H/an : nombre d'heures travaillées par an

H/sem : nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine

H/jr : durée moyenne d'un poste de travail quotidien

Jr RTT : nombre de journées dites de réduction du temps de travail

Nm : non mesuré

Tableau 9 : Durée du travail en 2003 pour les agents en repos variables

	Repos variables (< 20DJF)					Repos variables (> 20DJF)				
	j/an	h/an	h/sem	h/jr	jRTT	j/an	h/an	h/sem	h/jr	jRTT
CHU1	207	1 530	37h30	7h30	15	205	1 538	37h30	7h30	15
CHU2	207	1 552	37h30	7h30	15	205	1 537	37h30	7h30	15
CHU3	202	1 555	38h30	7h42	19	200	1 540	38h30	7h42	19
CHU4	204	1 554	38	7h36	18	203	1 540	38	7h36	18
CH1	207	1 553	37h30	7h30	15	205	1 538	37h30	7h30	15
CH2	203	1 554	38	7h36	18	198	1 540	38	7h36	18
CH3	198	1 502	37h55	7h35	17	196	1 486	37h55	7h35	17
CH4	204	1 554	38	7h36	18	202	1 540	38	7h36	18
CH5	203	1 554	38	7h36	18	201	1 540	38	7h36	18
CH6	207	1 553	37h30	7h30	15	205	1 538	37h30	7h30	15
CH7	nm	1 554				nm	1 540			
CH8	205	1 538	37h30	7h30	15	205	1 538	37h30	7h30	15
HL1	207	1 554	37h30	7h30	15	205	1 540	37h30	7h30	15
HL2	Pas de personnel concerné					208	1 540	37	7h24	12
HL3	205	1 554	37h55	7h35	17	203	1 539	37h55	7h35	17
HP1	192	1 536	38	8	18	190	1 520	38	8	18
HP2	200	1 540	38h20	7h40	20	198	1 525	38h20	7h40	20

Légende :

J/an : nombre de journées travaillées par an

H/an : nombre d'heures travaillées par an

H/sem : nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine

H/jr : durée moyenne d'un poste de travail quotidien

Jr RTT : nombre de journées dites de réduction du temps de travail

Nm : non mesuré

Sur ces tableaux on voit que, sur notre échantillon, après la réduction du temps de travail, et contrairement à ce que l'on aurait pu penser, certaines inégalités demeurent, voire ont tendance à s'aggraver :

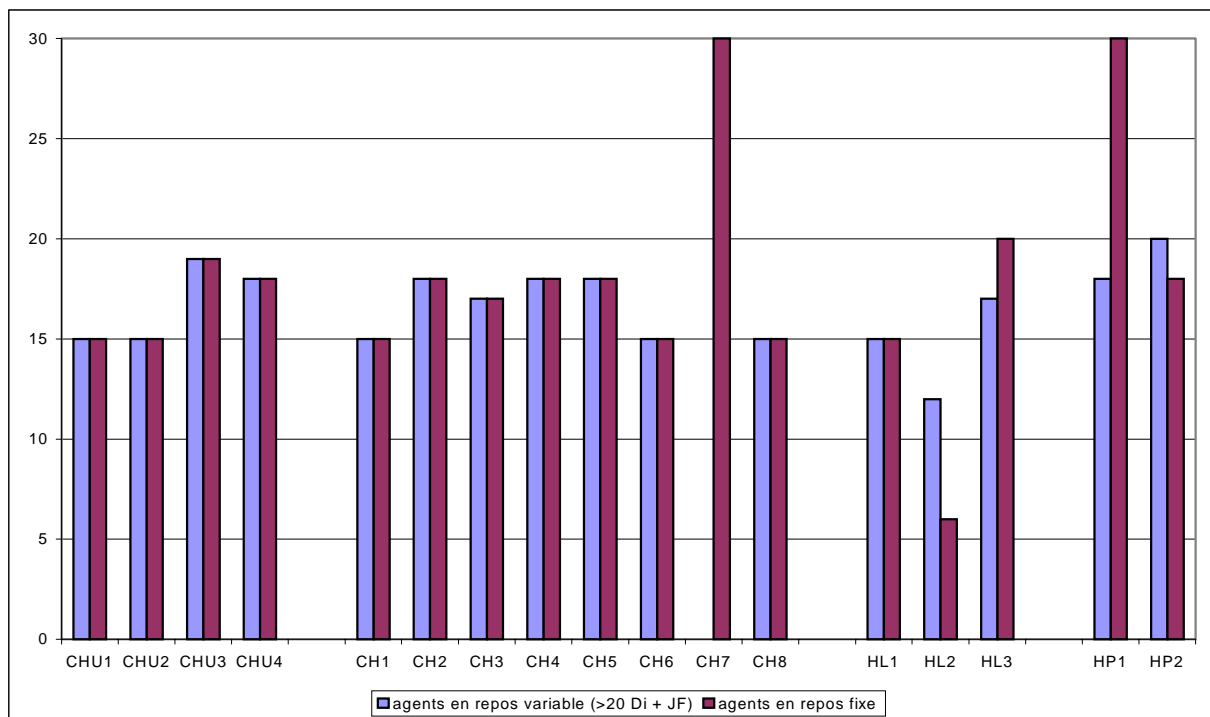
- Pour les agents de jour, le nombre de jours travaillés varie de 204 à 209 (avec un établissement à 194 jours, et 1 à 217), mais ceci peut être dû à des longueurs de postes différentes (7h24 à 8 heures selon les cas) ; cela dit, en nombre d'heures annuel, l'écart va de 1 547 à 1 579 heures, soit 32 heures de différence par an.
- On retrouve les mêmes écarts pour les agents en repos variables (1 502 à 1 555 heures soit 53 heures de différence maximale pour ceux à moins de 20 dimanches et jours fériés travaillés ; 1 486 à 1 540 heures soit 54 heures de différence pour les agents travaillant plus de 20 dimanches et jours fériés).
- Pour les agents de nuit en revanche, l'écart se resserre (ce qui est dû à une application maintenant uniforme de la réglementation sur les 35 heures de nuit), et n'est plus que de 21 heures au maximum (1 533 à 1 554 heures) dans les 17 établissements étudiés.
- Les compensations accordées au titre des repos variables sont elles mêmes diverses selon les cas : de 1 à 6 jours de différence (et en majorité 2) entre agents en repos fixe et repos variable à moins de 20 DJF, de 0 à 5 jours (en majorité 2) entre agents en repos variable à plus ou moins de 20 DJF.

Surtout, on voit que sur les 4 heures d'amplitude hebdomadaire à réduire, pour passer de 39 heures à 35 heures en durée hebdomadaire moyenne :

- Un seul hôpital a réduit la durée hebdomadaire de 2 heures, pour passer à 37 heures (HL2).
- 6 l'ont réduite de 1h30 pour passer à 37h30.
- 7 l'ont réduite de 1 heure pour passer à 38 heures.
- 2 ne l'ont réduite que d'une demi-heure pour passer à 38h30 (CHU3 et HP2).

Il en résulte que pour obtenir une durée hebdomadaire moyenne sur l'année de 35 heures, le nombre de journées dites RTT dépasse partout la dizaine, soit deux semaines en termes de jours ouvrés (graphique 1) :

Graphique 1 : Nombre de jours RTT



Ont ainsi été recensés :

- 12 jours RTT dans l'HL2 pour 37 heures hebdomadaires (et transitoirement dans le CHU1 l'année 2002, mais le CHU1 est maintenant à 37h30 et 15 jours RTT) ;
- 15 jours RTT pour les 6 hôpitaux à 37h30 par semaine (soit 3 semaines de jours ouvrés) ;
- 18 jours RTT pour les 7 hôpitaux à 38 heures ;
- 19 ou 20 jours RTT pour le CHU3 et l'HP2, restés à 38h30, soit 4 semaines de jours ouvrés ;
- 30 jours RTT pour l'HP1 et le CH7 qui sont de fait restés avec des postes de 8 heures, et donc des semaines de 40 heures, mais affichent 20 jours RTT, et le reste en jours de récupération.

Dans certains hôpitaux, plusieurs formules peuvent coexister, ainsi dans le HL2 trouve-t-on à la fois des services à 37h/12j, à 36h/6j, et 35h/0j ; de même dans le HL3 on trouve 5 modalités différentes.

On mesure ici le poids de la pression sociale des agents et des organisations syndicales, majoritairement favorables à une réduction annualisée sous forme de jours de repos supplémentaires. L'équilibre issu de la négociation n'est évidemment pas neutre pour le fonctionnement des unités.

Les graphiques 2 et 3 de la page suivante représentent la comparaison entre durées annuelles en heures travaillées en 2001 et 2003. Chaque point du nuage correspond à un hôpital, et on distingue selon les catégories d'hôpitaux.

- En abscisse, l'étalement large du nuage correspond à une grande dispersion des durées en 2001, qu'il s'agisse des agents en repos fixe ou en repos variable.
- En ordonnée, le resserrement des fourchettes traduit une homogénéisation des durées annuelles en 2003, ce qui est particulièrement frappant pour les agents en repos variables (les HP se situent toutefois en dessous des autres). On voit que quelle que soit la durée du travail initiale en 2001, on aboutit à la même durée en 2003.
- Les deux axes ont la même échelle, ce qui signifie que, si la durée annuelle n'avait pas varié, les points se situeraient sur la première bissectrice. On mesure donc bien la diminution de la durée annuelle du travail.

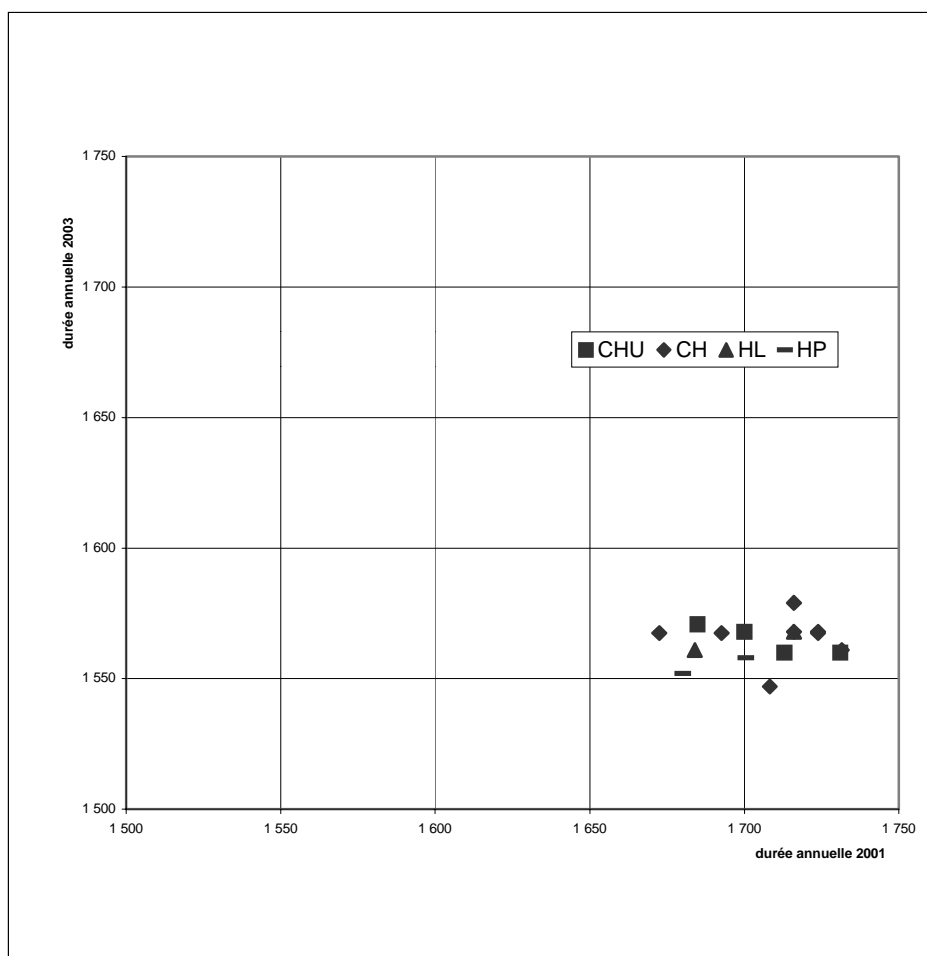
4.1.3 L'amplitude de la réduction

Cela dit, l'ampleur de la réduction du temps de travail ne se déduit pas non plus mathématiquement du rapport 35/39, qui aurait donné 10,25 %. En réalité, compte tenu du mode de décompte, de l'incorporation de certains jours qui étaient déjà attribués, ou du fait que les durées hebdomadaires n'étaient pas exactement à 39 heures, on a des amplitudes un peu inférieures à ce chiffre. Cette réduction peut s'apprécier de deux façons :

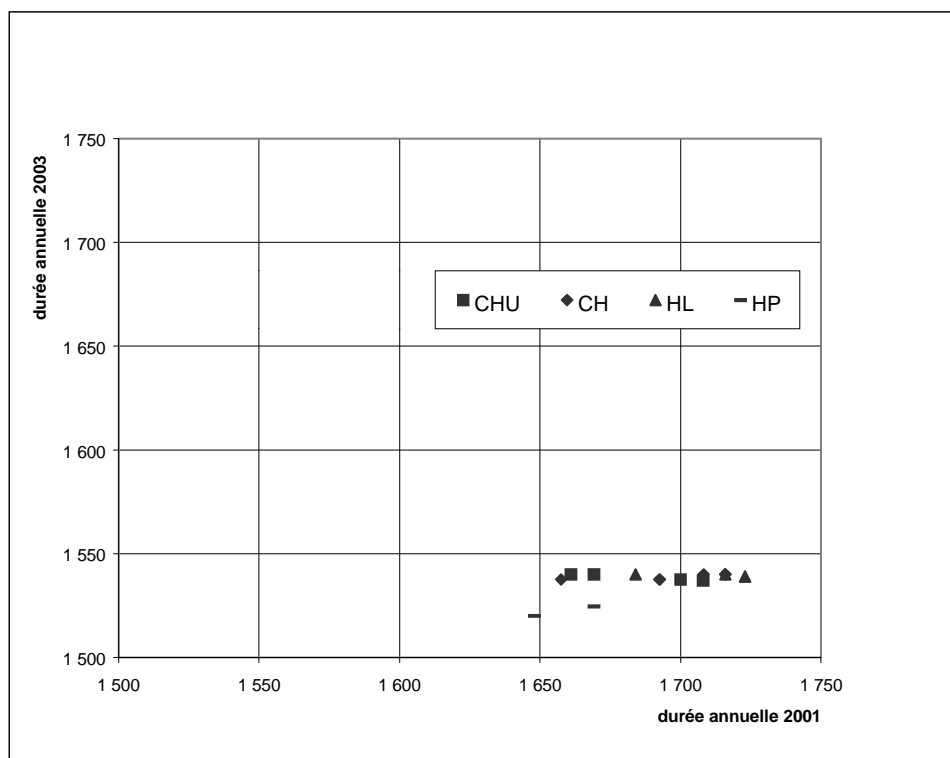
- L'une en nombre d'heures travaillées par an, qui est la plus exacte, puisqu'elle correspond à la réalité de la charge de travail assurée.
- L'autre en nombre de jours travaillés par an, qui est un peu biaisée car elle ne tient pas compte des éventuelles variations de durée de la journée entre les deux périodes, mais qui correspond néanmoins à une évaluation subjective forte des agents rencontrés, car elle représente le nombre de fois dans l'année où ils prennent le chemin de l'hôpital. Les tableaux 10 à 12 retracent ces écarts selon chacun des paramètres.

Ne sont pas reprises ici toutes les catégories, mais les seuls agents en repos fixe, les agents de nuit et ceux en repos variables à plus de 20 DJF.

Graphique 2 : Agents en repos fixe
Variation des heures travaillées



**Graphique 3 : Agents en repos variables (> 20 Di + JF)
Variation des heures travaillées**



Pour les agents de jour (tableau 10), on constate que les réductions vont de 3 % à 7,7 % en nombre de jours par an (avec une exception dans le HL2 où le nombre de jours travaillés augmente de 1, ce qui peut être rattaché au flou sur le mode de décompte des congés en jours ouvrables ou ouvrés), et de 6,3 à 9,9 % en heures annuelles. Cela signifie que, pour ces agents :

- Le nombre de jours a en moyenne moins diminué que le nombre d'heures.
- Le nombre d'heures par an a en général moins diminué que le ratio mathématique de 10,25 %.

Tableau 10 : Variations de durée du travail pour les agents en repos fixe

	Agents en repos fixes					
	j/an			h/an		
	2001	2003	Écart	2001	2003	Écart
CHU1	222	208	-6,3%	1 731	1 560	-9,9%
CHU2	222	208	-6,3%	1 713	1 560	-8,9%
CHU3	216	204	-5,6%	1 685	1 571	-6,8%
CHU4	218	206	-5,5%	1 700	1 568	-7,8%
CH1	217	209	-3,7%	1 693	1 568	-7,4%
CH2	220	205	-6,8%	1 716	1 568	-8,6%
CH3	219	204	-6,8%	1 708	1 547	-9,4%
CH4	222	205	-7,7%	1 732	1 561	-9,8%
CH5	216	205	-4,9%	1 724	1 568	-9,0%
CH6	223	209	-6,3%	1 673	1 568	-6,3%
CH7	nm	nm		1 716	1 579	-8%
CH8	221	209	-5,4%	1 724	1 568	-9%
HL1	215	208	-3,0 %	1 716	1 568	-8,6%
HL2	216	217	0,5%	1 684	1 561	-7,3%
HL3	nm	nm		nm	nm	
HP1	210	194	-7,6%	1 680	1 552	-7,6%
HP2	218	205	-6%	1 700	1 558	-8,4%

Légende :

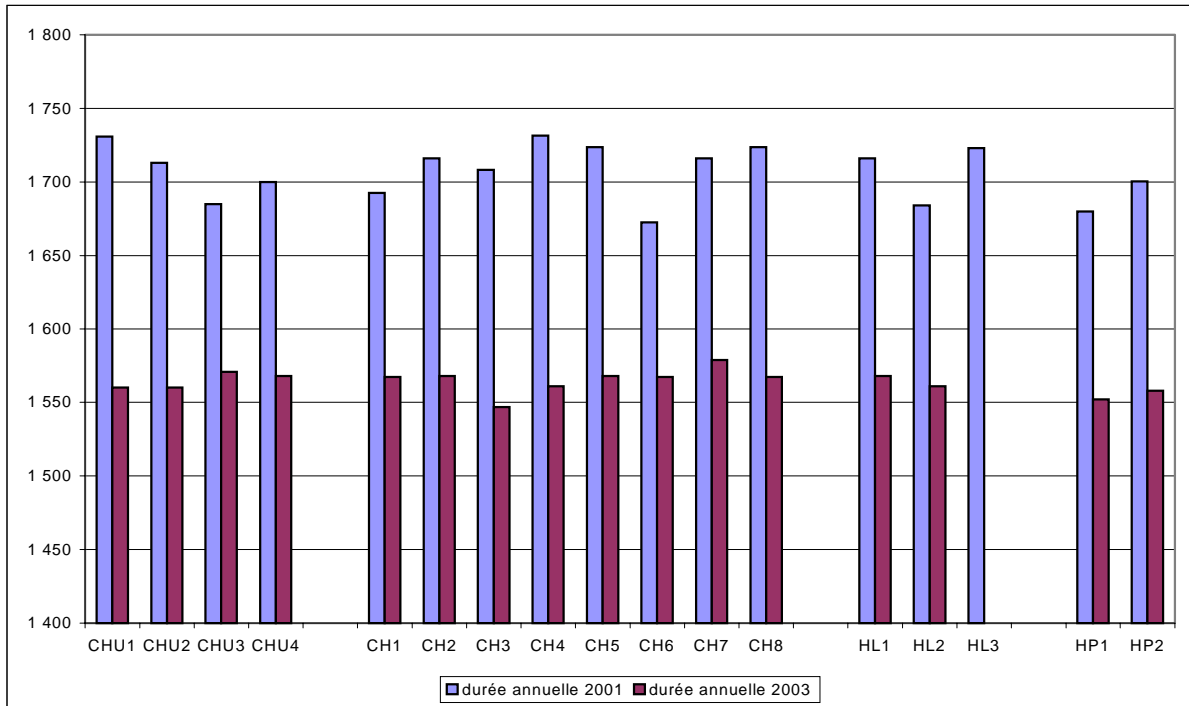
J/an : nombre de journées travaillées par an

H/an : nombre d'heures travaillées par an

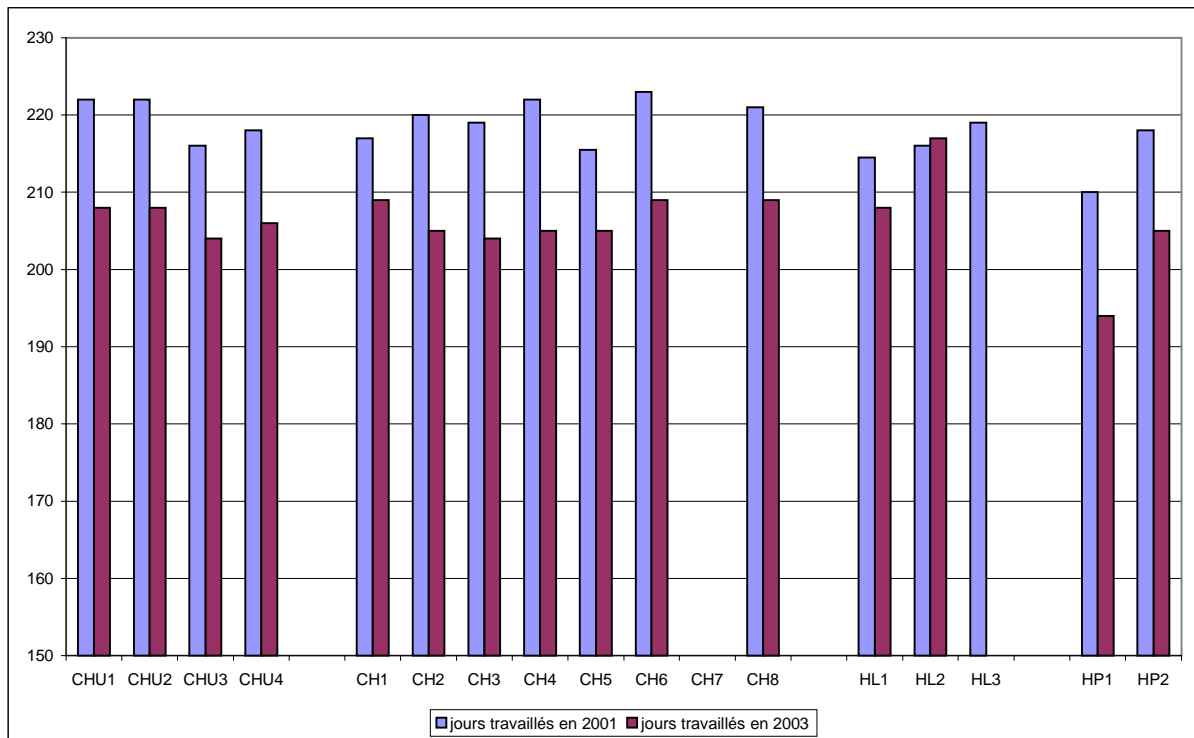
Nm : non mesuré

On retrouve ces variations sur les graphiques 4 et 5 qui montrent la diminution de la durée du travail en heures annuelles, et en nombre de jours travaillés par an.

Graphique 4 : Agents en repos fixe
Variation de la durée annuelle en heures



Graphique 5 : Agents en repos fixe
Variation du nombre de jours travaillés



Pour les agents en repos variable (à plus de 20 DJF rappelons le, voir tableau 11), la diminution est de 3,7 à 10% en nombre de jours par an, et de 7,2 à 11,8 % en heures par an. Cela signifie que pour ces agents :

- Le nombre de jours a en moyenne moins diminué que le nombre d'heures.
- Le nombre d'heures par an a en général moins diminué que le ratio mathématique de 10,25 %, encore que CH3 et HL3 parviennent à diminuer le nombre d'heures par an davantage que 10,25 %.

Tableau 11 : Variations de durée du travail, agents en repos variables (> 20DJF)

	Agents en repos variables > 20DJF					
	j/an			h/an		
	2001	2003	Ecart	2001	2003	écart
CHU1	218	205	-6%	1 700	1 538	-9,6%
CHU2	219	205	-6,4%	1 708	1 537	-10 %
CHU3	214	200	-6,5%	1 669	1 540	-7,7%
CHU4	213	203	-4,7%	1 661	1 540	-7,3%
CH1	217	205	-5,5%	1 693	1 538	-9,2%
CH2	220	198	-10,00%	1 716	1 540	-10,3%
CH3	216	196	-9,3%	1 685	1486	-11,8%
CH4	220	202	-8,2%	1 716	1 540	-10,3%
CH5	214	201	-5,8%	1 708	1 540	-9,8%
CH6	221	205	-7,2%	1 658	1 538	-7,2%
CH7	nm	nm		nm	1 540	
CH8	217	205	-5,5%	1 693	1 538	-9,2%
HL1	215	205	-4,4%	1 716	1 540	-10,3%
HL2	216	208	-3,7%	1 684	1 540	-8,6%
HL3	221	203	-8,1%	1 723	1 539	-10,7%
HP1	206	190	-7,8%	1 648	1 520	-7,8%
HP2	214	198	-7,5%	1 669	1 525	-8,7%

Légende :

J/an : nombre de journées travaillées par an

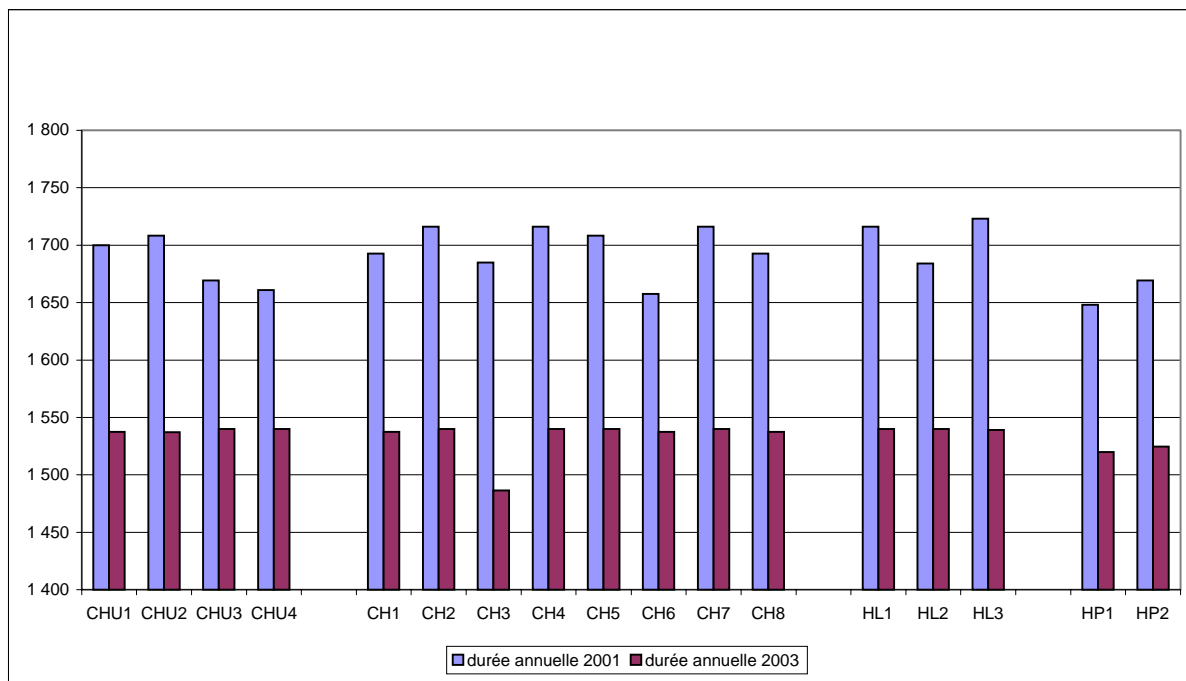
H/an : nombre d'heures travaillées par an

Nm : non mesuré

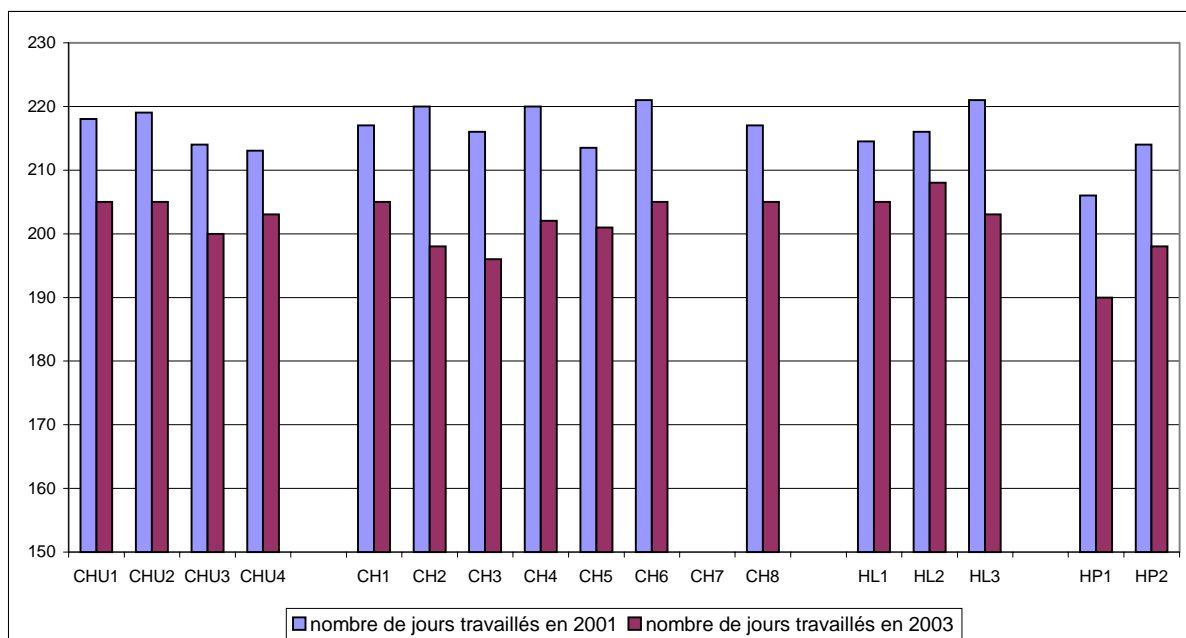
On retrouve ces variations sur les graphiques 6 et 7 qui montrent la diminution de la durée annuelle du travail en heures, et en jours.

Enfin, les graphiques 8 et 9 comparent pour chaque catégorie d'agents les pourcentages de réduction du temps travaillé, selon que l'on raisonne en heures annuelles ou en jours travaillés.

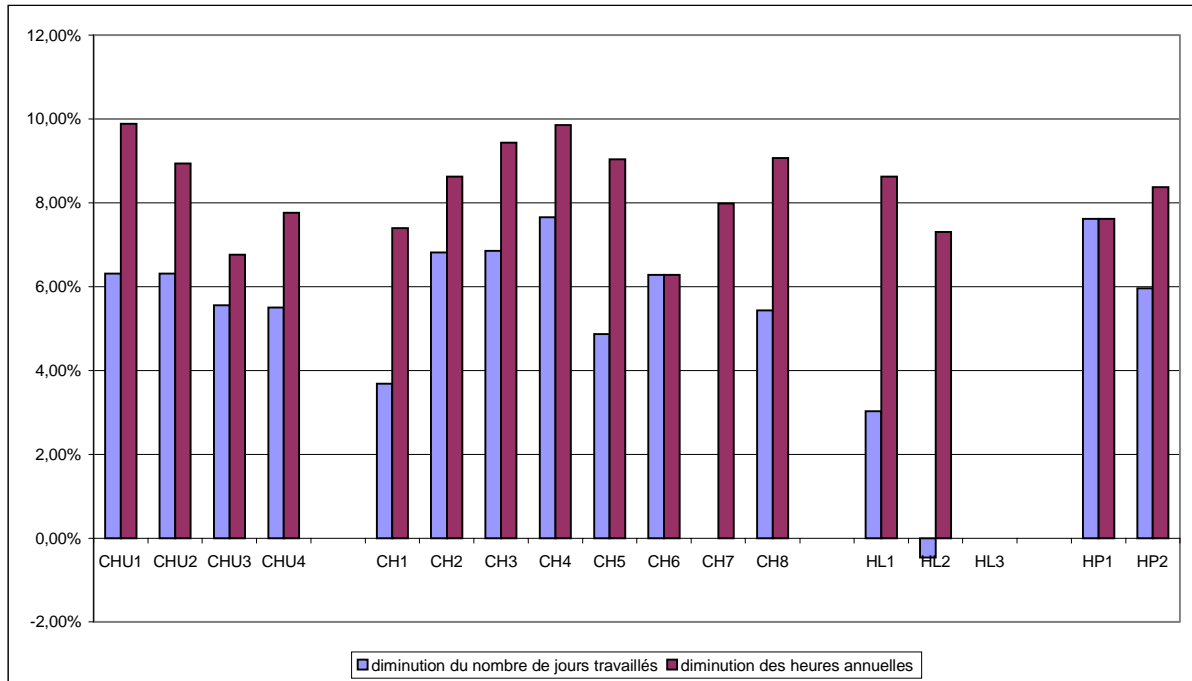
**Graphique 6 : Agents en repos variables (plus de 20 Di+JF)
Variation de la durée annuelle en heures**



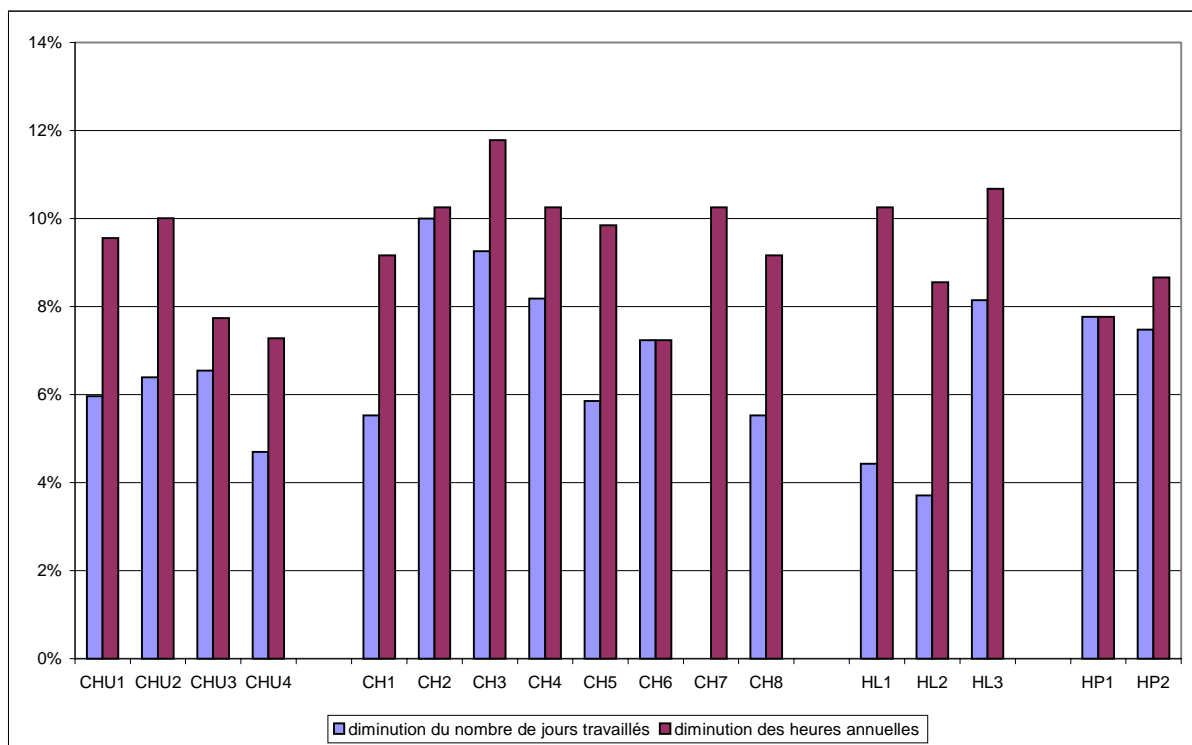
**Graphique 7 : Agents en repos variables (plus de 20 Di + JF)
Variation du nombre de jours travaillés**



Graphique 8 : Agents en repos fixe
Variation de la durée du travail en jours et en heures (pourcentage)



Graphique 9 : Agents en repos variables (> 20 Di + JF) :
Variation de la durée du travail en jours et en heures (pourcentages)



Pour les agents de nuit, tableau 12 :

- Rien n'a changé dans 7 hôpitaux, qui étaient déjà à 35 heures de nuit, avec des nuits de 10 heures.
- 3 hôpitaux présentent de légères diminutions d'horaires (CHU2 et CH5 et HL2) pour s'ajuster aux 154 nuits.
- 2 hôpitaux présentent de légères augmentations (CHU3 qui revient à la norme de 1 540 heures par an, et HL3).
- 1 seul hôpital, CH1 profite de l'occasion pour quitter le système des 3x8, et faire passer ses effectifs de nuit à des nuits de 10 heures. Il en résulte, à nombre d'heures légèrement augmenté pour s'ajuster aux 1 540 heures par an, une nette diminution des nuits travaillées (de 190 à 154).

Tableau 12 : Variations de durée du travail pour les agents de nuit

	agents de nuit					
	n/an			h/an		
	2001	2003	écart	2001	2003	écart
CHU1	154	154	0,00%	1 540	1 540	0,00%
CHU2	154	146	-5,19%	1 540	1 533	-0,45%
CHU3	152	154	1,32%	1 520	1 540	1,32%
CHU4	147	147	0,00%	1 540	1 540	0,00%
CH1	190	154	-18,95%	1 520	1 540	1,32%
CH2	154	154	0,00%	1 540	1 540	0,00%
CH3	152	152	0,00%	1 520	1 520	0,00%
CH4	154	154	0,00%	1 540	1 540	0,00%
CH5	158	154	-2,35%	1 577	1 540	-2,35%
CH6	154	154	0,00%	1 540	1 540	0,00%
CH7	nm	nm		nm	1 533	
CH8	150	150	0,00%	1 500	1 500	0,00%
HL1	154	154	0,00%	1 540	1 540	0,00%
HL2	159	154	-3,14%	1 512	1 540	1,85%
HL3	146	148	1,37%	1 533	1 554	1,37%
HP1	154	154	0,00%	1 540	1 540	0,00%
HP2	155	155	0,00%	1 547	1 547	0,00%

Légende :

n/an : nombre de nuits travaillées par an

H/an : nombre d'heures travaillées par an

Nm : non mesuré

4.2 La détermination du temps de travail effectif

Au delà des différences quant au volume d'heures contenues dans les accords, encore faut-il voir ce que recouvrent ces heures en termes de temps de travail effectif.

Le protocole national stipulait que les temps d'habillage-déshabillage, et de pauses, lorsqu'elles intervenaient, étaient inclus dans le temps de travail, mais que le temps de repas

était exclu du temps de travail, sauf quand les exigences de service imposaient à l'agent de rester sur place pour assurer la continuité du fonctionnement. Pour le repas, la réponse des hôpitaux a été différente selon les lieux, en fonction des avantages acquis précédemment, et de la marge de manœuvre laissée à la négociation.

Remarquons d'emblée que ce protocole est donc plus favorable aux salariés que ceux adoptés dans les établissements similaires du secteur privé³.

Les valeurs de ces différents paramètres sont données dans le tableau 13 qui suit :

Tableau 13 : Temps de repas, de pause, d'habillage déshabillage

	Hab/ déshab	Pause	repas			Temps de travail		
			Durée	Inclus exclu	Confusion pause / repas	Amplitude	Effectif officiel	Maximum (*) Opérationnel
CHU1	10	20	20 à 40	exclu		7h50	7h30	7h00
CHU2	10	20	45	exclu		8h15	7h30	7h00
CHU3	2x5	= repas	30	Inclus	Pause = repas	7h42	7h42	7h02
CHU4	4x5	20	30	exclu		8h10	7h40	7h00
CH1	10	20	30	exclu	Peut inclure la pause	7h30	7h30	7h00
CH2	10	30	30	exclu	Peut inclure la pause	8h00	7h36	6h56
CH3	10	20	30	exclu		8h00	7h30	7h00
CH4	2x5	inchangé	30	exclu		8h06	7h36	7h06
CH5	5	20	badgeage	exclu	Peut inclure la pause	7h36	7h36	7h11
CH6	10	20	30	exclu		8h00	7h30	7h00
CH7	10		30	inclus		8h00	8h00	7h20
CH8	Inclus	20	20	exclu	Pause = repas	7h30	7h30	7h10
HL1	10	10 à 15	30	exclu		8h00	7h30	7h10
HL2	inclus	inclus	30	inclus		7h24	7h24	6h50
HL3	inclus	20		exclu	Pause = repas	7h36	7h36	7h16
HP1	jour 6 nuit 3	20		exclu		8h00	8h00	7h34
HP2	inclus	20	24	IDE : I AS/ASH: E		7h40	7h36	6h40 ou 7h00

* : maximum du temps utilisable dans le service, selon les conventions retenues par l'auteur

On voit sur ce tableau que :

- Dans certains hôpitaux, le temps de repas est inclus dans le temps de travail, pour une durée précisée dans le protocole (30 minutes dans le CH7 et HL2, 24 mn en HP2, 20 mn dans le CH8 et HL3).
- Dans d'autres, le temps de repas est exclu du temps de travail (CHU1, CH4, CH5, CH6, HL1, HP1),
- Dans certains enfin, le montage est plus complexe : il est autorisé de cumuler et agréger les temps de pause et d'habillage déshabillage de façon à créer une demi-heure qui peut servir au repas. C'est le cas en particulier de CH5 et CH8.

³ Voir op. cit. : certains établissements privés avaient accepté de rémunérer des plages de temps (comme les pauses et les repas), afin de maintenir une partie des avantages acquis, mais ne les avaient pas intégrées dans le décompte du temps de travail effectif.

Ce point mérite ici un arrêt : en effet, il a focalisé bien des débats au cours des négociations dans les hôpitaux, et nous verrons par la suite qu'il est le principal facteur conditionnant l'organisation et le fonctionnement des services, tenus par ailleurs d'assurer la continuité des soins aux patients. C'est pourquoi les deux dernières colonnes du tableau font apparaître le temps de travail effectif officiel, tel qu'il découle des accords signés, et un autre temps, calculé pour l'étude, de façon spécifique et sous la seule responsabilité des chercheurs, temps que l'on pourrait appeler vraiment opérationnel de l'agent dans le service (ou en tous cas, la borne supérieure de ce temps), une fois décomptés les temps non opérationnels. On voit que dans deux cas, HL2 et HP2 pour les AS et ASH, on descend au-dessous de 7 heures par jour, que dans deux cas on atteint les 7h30 (où les agents sont de fait restés à 8 heures par jour), et que partout ailleurs, on tourne autour de 7 heures.

D'autre part, on voit se dessiner la tendance à confondre pause et repas, dans une logique claire : le temps de repas est en principe exclu du temps de travail, l'agent se rendant au self et les temps d'attente rendant d'ailleurs souvent difficile d'y déjeuner en moins d'une demi-heure au total ; en revanche, la réglementation prévoit une pause de 20 minutes, prise sur le temps de travail, si le travail s'effectue en continu sur une durée supérieure à 6 heures d'affilée. Or précisément si l'on accepte une coupure vraie pour le repas, le poste du matin ne comprend pas 6 heures d'affilée, et la pause perd sa raison d'être. On pourrait alors disposer d'une durée opérationnelle quasi égale au temps de travail effectif (au temps d'habillage-déshabillage près). Ceci en revanche n'est pas vrai pour l'équipe de nuit, ni pour celle de l'après-midi, où les agents n'ont pas la possibilité d'utiliser le self pour un vrai repas. Mais une coupure sur le poste du matin, outre qu'elle permet de prendre un repas, engendre un décalage de l'heure de fin de poste (l'amplitude est alors égale à la somme de la durée du poste et de la coupure), qui permet un recouvrement entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi, recouvrement nécessaire pour les transmissions d'informations de la relève.

On comprend donc l'intérêt stratégique des conventions qui sont adoptées pour le repas ; nous y reviendrons dans le chapitre sur l'organisation du travail.

4.3 Le compte épargne temps

Tous les accords signés ont repris les dispositions du compte épargne temps contenues dans le protocole national, en assouplissant parfois les règles d'alimentation ou d'utilisation, et en renvoyant souvent à des textes ultérieurs. (A l'époque où l'enquête a été réalisée, tous les textes n'étaient pas encore parus, ce qui peut expliquer une partie des réactions des agents). Mais on peut dire qu'il s'agit ici d'une inclusion formelle et qui a le plus souvent été jugée peu intéressante pour deux grandes raisons :

- d'une part, depuis toujours il existe dans les services des comptes d'heures officieux, les cadres des services enregistrant les heures qu'elles doivent à leurs agents pour toutes sortes de raisons (heures supplémentaires effectuées pour pallier un absentéisme inopiné, temps de réunions tenues hors service, dépassement des temps de relève, jours fériés dus, etc). Ces comptes tenus en heures, permettaient ensuite aux agents de demander à disposer d'une journée quand ils en avaient besoin, en fonction des possibilités du service. Il s'agit là d'arrangements mutuels, les agents rendent service à l'encadrement en acceptant des heures supplémentaires, les cadres rendent service aux agents en leur autorisant des absences au choix. C'est l'équivalent d'un compte courant en banque, qui fonctionne à la

satisfaction générale. Or, les règles instaurées dans le compte épargne temps doivent en principe amener davantage de rigueur dans l'alimentation (quelles heures ont ou non le droit d'être incorporées dans le CET), et dans l'utilisation (qui doit se faire par tranches minimum, ne peut s'opérer avant tel délai, doit être consommé dans tel délai, s'opérer en dehors de périodes d'interdiction, etc. ;), rigueur vue comme des restrictions à un outil qui fonctionnait précédemment. Donc, pour les agents, l'impression d'un encadrement des souplesses existantes ;

- d'autre part une certaine méfiance existe par rapport à ce dispositif formel. Les clauses sont contraignantes, et les agents craignent de ne pouvoir y satisfaire, et de perdre les jours versés sur ce CET. Pourquoi mettre sur un CET des jours, alors qu'ils ne peuvent pas à l'heure actuelle prendre les jours qui leur sont dus ? Pourquoi demain serait-il plus favorable qu'aujourd'hui ? Que se passera-t-il si en fin de délai imposé ils n'ont pas pu consommer leurs jours ? Quelle sera la possibilité de substitution entre rémunération et consommation en temps ? Qu'arrivera-t-il aux agents proches de la retraite ? Un agent s'interroge même (dans le CH6) sur ce qui adviendrait s'il décédait : sa femme toucherait-elle la rémunération équivalente aux jours encore sur le CET ? Le fait que les règles étaient encore mal connues, que des formules d'assouplissement étaient alors à l'étude, que souvent les instruments de comptage du temps installés (nous y revenons plus loin) ont connu de nombreuses difficultés à adopter le nouveau paramétrage à 35 heures, et que les comptes d'heures ont été soit inexacts, soit non connus pendant presque un an, a joué un rôle défavorable. Nous le mentionnons dans la partie suivante sur les sentiments exprimés par les salariés.

C'est pourquoi il est ici trop tôt pour dresser un bilan du CET, autre que celui de la grande circonspection avec laquelle ce nouvel objet est perçu par les salariés ; ce qui n'incite donc guère à investir dans une réflexion à ce sujet. Cela dit, force est de constater que avec le temps, les attitudes peuvent se modifier, ce qui semble le cas dans le CHU3, où les demandes commencent à augmenter.

4.4 Les règles de prise des jours de RTT

Nous avons vu plus haut (4.1.2) que les établissements avaient gardé une durée hebdomadaire du travail supérieure à 35 heures (en général 37h30, parfois plus, rarement moins), et parvenaient aux 35 heures en moyenne en accordant des jours de repos supplémentaires baptisés jours de RTT (sur notre échantillon, entre 12 et 30 par an). Il est clair que c'est ici que réside l'avantage essentiel de la RTT pour les agents : un nombre de jours de repos en plus. Deux formules entendues au cours de l'enquête résument assez bien cet aspect des choses :

- « *la RTT c'est des congés en plus, la réduction jour par jour, c'est de l'amélioration des conditions de travail* »,
- « *dans un service, ils ont les 35 heures sans RTT* ».

Les débats se sont donc aussi focalisés sur l'utilisation possible de ces jours de RTT. Ici l'éventail des possibilités est très ouvert :

- **Libre choix ou non** de l'utilisation des jours : dans certains hôpitaux aucune consigne spécifique n'est donnée quant à l'utilisation des jours RTT, et leur emplacement est laissé

à la libre négociation entre le salarié et son cadre (exemple, HL3, où 3 règles sont en place : existence de périodes rouges, cumul RTT – CA, et cumul entre RTT). Les jours sont alors accordés selon les demandes des agents, et en fonction des possibilités du service. Dans d'autres, les hôpitaux se sont réservés une quote-part de ces jours : ainsi dans le CHU1, 8 jours sont à disposition de l'encadrement, et 7 à disposition des agents ; de même, dans le CHU3, il existe des jours planifiés et d'autres à disposition des salariés.

- **Intégration ou non** des jours dans un planning : surtout dans les services de soins, certains hôpitaux ont opté pour des plannings types qui intègrent des jours de RTT (en proportion variable selon les endroits). Par exemple, dans le CH8, les plannings intègrent 1 RTT et 1 JF par cycle de 4 semaines, ce qui positionne d'emblée 18 jours, et n'en laisse que 10 flottants. On retrouve une telle solution dans le HL1.
- **Régularité ou non** dans leur positionnement : certains hôpitaux imposent des règles du type : x jours à prendre tous les mois ou tous les 2 mois, sauf pendant les périodes de congés (exemple HP1, où il faut prendre 6 RTT maximum par trimestre). Le but est évidemment d'éviter une concentration des demandes sur les périodes les plus attractives de l'année.
- **Assimilation RTT - congés** ou non : la plupart du temps, il s'agit bien de deux compteurs différents, mais même dans ce cas, certains hôpitaux acceptent que les jours puissent être groupés pour former une semaine de congés supplémentaire, ou acceptent d'accoler 1 ou plusieurs jours de RTT à la prise de congés. Dans le CH7, le fait qu'il n'y ait qu'un décompte unique des heures (annualisation totale) entraîne qu'il est impossible de distinguer les uns ou les autres.
- **Regroupement** ou non des jours RTT : pour éviter un impact trop grand des jours RTT, certains hôpitaux ont souhaité limiter le nombre de jours pleins à prendre : ainsi dans le CH6 par exemple, l'accord conclu prévoit que les agents ont droit à 10 jours RTT pleins sur 15, et que les 5 autres doivent être pris sous la forme de demi-journées ou d'heures. Ceci doit permettre aux agents de disposer de possibilités pour de petites absences, et évite des trous trop importants dans les effectifs. Au contraire dans le CHU1, pour éviter d'avoir à tenir une comptabilité en heures des RTT, il est interdit de fractionner les jours RTT, si bien que même pour une absence de courte durée (démarche administrative, rendez-vous scolaire) il faut prendre une journée entière.

Nous verrons dans la partie suivante que ces règles pèsent énormément sur l'appréciation posée par les uns ou les autres sur les modalités de la RTT.

5. Les évaluations exprimées par les acteurs

Dans cette partie, nous nous efforcerons de retraduire les discours recueillis au cours des enquêtes, qui ont permis de rencontrer de nombreuses personnes (entre une vingtaine dans les petits établissements à plus de 60 dans les gros CHU, soit au total plus de 750 personnes), et de leur demander de s'exprimer sur les appréciations qu'ils portent sur la mise en œuvre des 35 heures dans leur établissement. Les questions visaient à recueillir leur avis à la fois sur le temps libre dégagé par la réduction des horaires, sur les conditions dans lesquelles ils estimaient pouvoir en disposer, et sur les impacts de cette réforme tels qu'ils les ressentaient dans leur travail quotidien. Cette partie tente de rendre compte de ces discours, en distinguant selon les grandes catégories d'acteurs rencontrés :

- Les agents eux-mêmes (et bien entendu, nous serons amenés à opérer une distinction selon la catégorie à laquelle ils appartiennent, notamment selon qu'il s'agit de soignants ou de personnels non soignants).
- Les cadres.
- Les directions.
- Les médecins.
- Les représentants syndicaux.

Un certain nombre des points qui sont évoqués au cours de ces entretiens renvoient aux clauses des accords telles que nous les avons présentées dans la partie précédente, mais d'autres demandent naturellement à être éclairés ensuite par de plus amples informations sur le fonctionnement des services ou le niveau des emplois supplémentaires obtenus par les hôpitaux ; ce que nous ferons dans les parties suivantes.

Disons d'emblée que l'essence même de ce genre d'enquête peut induire un biais systématique : lancée à l'hiver 2002/2003, alors que la totalité du dispositif d'accompagnement de la réforme n'est pas encore mis en œuvre (flou sur certaines règles notamment concernant le CET, mais surtout, étalement des créations d'emplois sur 3 ans), alors que l'on évoque des dispositifs d'assouplissement, que nombre d'agents expriment depuis longtemps une insatisfaction sur les conditions dans lesquelles ils sont amenés à travailler (le manque d'effectifs dans les hôpitaux étant un leitmotiv régulier dans les organes de presse), il est assez normal que les discours recueillis aient longuement insisté sur les aspects négatifs du changement, et que la balance soit de ce fait déséquilibrée. Cette insistance peut refléter l'espoir de faire remonter des informations susceptibles de les faire changer, plutôt que sur les aspects positifs ressentis. D'autres enquêtes l'ont montré en matière notamment de conditions de travail, ou d'organisation du travail. Néanmoins, force est de constater que les jugements émis, au moins par les salariés, sont à connotation largement négative, qu'ils ont surpris les enquêteurs par leur ampleur et leur tonalité assez vive, et qu'il a même fallu parfois insister pour obtenir une appréciation portant sur les aspects positifs.

Ce chapitre 5 se veut donc un reflet de l'expression des acteurs, sans que les intervenants enquêteurs reprennent à leur compte la totalité des appréciations formulées. Les chapitres 6 à 9 reviendront sur certaines des affirmations entendues, et tenteront de rechercher des éléments objectifs permettant de valider ou de les infirmer, c'est-à-dire de mettre en rapport les faits constatés et les discours recueillis.

5.1 Le point de vue des salariés

Comme nous venons de l'indiquer, les jugements négatifs l'emportent sur les jugements positifs, mais la plupart du temps, personne n'envisage de revenir aux 39 heures (mais certains s'y sont déclarés prêts, dans le CHU1). Ces appréciations portent autant sur les conditions de vie personnelle (temps libre) que sur les conditions de vie au travail (fonctionnement des services). Nous examinerons successivement chacun de ces volets, mais il faut auparavant aborder le point essentiel régulièrement mis en avant dans l'un comme l'autre de ces volets, à savoir les créations d'emplois, jugées nettement insuffisantes.

5.1.1 L'emploi vu par les salariés : des compensations en effectifs jugées insuffisantes

Le manque d'effectifs est largement déploré, avec surtout une déception par rapport aux 35 heures. Les agents insistent sur la contradiction entre une loi annoncée pour créer de l'emploi, et les attributions jugées trop faibles d'effectifs supplémentaires. Ce jugement se fonde sur trois éléments :

- Au plan national, les 45 000 postes annoncés ne compensent que partiellement la réduction des heures travaillées auparavant (6 % environ, comme pour les accords Aubry 1, au lieu de 11,4 % qui correspondrait à une stricte proportionnalité⁴ du passage 39 à 35), et comme partout prévaut l'impression d'effectifs insuffisants, la RTT est vue comme un dispositif aboutissant à l'appauvrissement des hôpitaux, qui vient exacerber un sentiment de malaise, d'incompréhension, voire de délaissement.
- Au plan local, chaque hôpital a l'impression d'être victime des arbitrages parfois perçus comme bureaucratiques de l'ARH, avec une méconnaissance de ses missions et de ses mérites. Les créations de postes attribués à l'établissement sont mal connues des agents ; certains parfois affirment que l'hôpital n'a reçu aucun renfort, ce qui bien sûr est inexact, mais témoigne de la difficulté à faire passer une information objective.
- Dans leur service, les agents peuvent très bien ne voir arriver aucun renfort, l'établissement ayant décidé de ventiler les postes obtenus sur des services jugés prioritaires ou trop déficitaires. C'est en particulier le cas des services logistiques et administratifs, car nombre d'hôpitaux ont choisi d'affecter les créations en priorité aux services de soins. C'est aussi le cas des services de soins quand les hôpitaux ont choisi de mettre sur pied des pools RTT. Les emplois créés sont ainsi peu visibles pour les agents, qui en déduisent leur inexistence.

L'étalement des créations de postes dans le temps (sur 3 ans) accentue cette impression, les agents étant censés bénéficier de tous leurs droits dès le 1^{er} janvier 2002, alors que les effectifs ne seront au complet qu'au 1^{er} janvier 2005.

Enfin, quand bien même les postes seraient tous créés, les agents connaissent les difficultés de recrutement, liées à la démographie professionnelle, à une augmentation tardive des contingents dans les écoles de formation professionnelle, ainsi qu'à une concurrence accrue entre hôpitaux et régions plus ou moins attractives pour les personnels, dans un contexte où le nombre de postes offerts excède le nombre de candidats disponibles.

De tous ces facteurs, les agents rendent le Ministère directement responsable, d'autant plus qu'il cumulait les responsabilités en matière d'emploi (c'est lui qui avait initié la loi), et en matière de tutelle des hôpitaux (donc c'est lui qui détenait les leviers concernant les créations de postes et les anticipations en matière de formation). Leur sentiment premier est donc que leurs problèmes ont été au mieux mal compris, mal anticipés, au pire ignorés. De ce fait, ils se sentent enclins à exprimer leurs revendications, estimant devoir faire valoir leur point de vue.

Nous reviendrons dans la partie suivante sur cette question de l'emploi, car ces jugements sont pour partie exagérés, mais il importait de les mentionner d'entrée de jeu, d'une part parce

⁴ Lorsque l'on diminue le temps de travail de 39 à 35 heures, on a une réduction de 4 heures sur 39, soit 10,26%. En revanche, lorsqu'il faut compenser ces heures perdues par de la main d'œuvre supplémentaire, l'augmentation correspondante est de 4 sur 35, soit 11,4%.

qu'ils reflètent le discours premier des agents, et d'autre part parce qu'ils imprègnent complètement les propos qui sont ensuite tenus sur les conditions de vie et les conditions de travail, points que nous abordons maintenant.

5.1.2 Les conditions de vie vues par les salariés

Il est rare que les agents rencontrés aient manifesté de l'enthousiasme pour l'amélioration de leurs conditions de vie liées au passage aux 35 heures, leur bilan intégrant de nombreux autres facteurs que nous examinons par la suite. Plutôt que d'essayer de classer leurs commentaires en regardant d'abord les aspects positifs relevés, puis les aspects négatifs mentionnés, ce qui ferait revenir deux fois sur les mêmes thèmes, nous préférons ici aborder les commentaires par thèmes, quitte à ce que sur chacun d'eux les appréciations soient nuancées, les conditions locales pouvant aboutir pour la même mesure à des avantages ou des inconvénients pour le personnel.

La diminution des heures de travail est à peu près partout appréciée, le passage aux 35 heures libérant du temps libre. Ce temps libre est d'autant plus apprécié qu'il se présente sous forme de jours de congés supplémentaires, c'est-à-dire qu'il est vraiment visible. Ceci est vrai autant dans les services de soins que dans les autres services de l'hôpital (administratifs, médico-techniques ou logistiques). Et ce l'est d'autant plus que le nombre de jours de RTT est grand. Ainsi, là où des organisations ont limité le nombre de jours pour certaines catégories de personnel par rapport à d'autres (secrétaires dans le CH3, agents de cuisine dans le CH6), la demande consiste en un réaligement sur le nombre standard de jours des autres catégories.

Par ailleurs, en plusieurs endroits, la réduction est jugée moindre qu'attendu, compte tenu de l'absorption dans le décompte de jours autrefois acquis en raisons de particularités locales : fête des mères, jour du maire, jours d'ancienneté, extension aux personnels en repos fixe des récupérations de jours fériés, etc.

L'utilisation du temps ainsi dégagé n'apparaît pas clairement. En fait, il s'agit le plus souvent de temps de repos indistinct, bienvenu pour compenser l'intensification du travail ressentie par ailleurs, sans que pour autant, à de rares exceptions près (un cadre dans le CHU1), ne soit signalé le fait que la RTT permet de se lancer dans de nouvelles activités, ou de développer des activités déjà existantes. En revanche, chez les agents féminins, ce qui est souvent avancé, c'est le desserrement des contraintes ménagères, les repos supplémentaires permettant de « *s'avancer sur le week-end* » et dégageant ainsi de vrais repos familiaux ensuite.

Cela dit, beaucoup d'agents signalent que **cette réduction est encore partielle**, puisqu'ils ne peuvent pas prendre tous les jours auxquels ils ont droit, notamment en raison des problèmes d'effectifs qu'ils stigmatisent. Il aurait certes été intéressant de pouvoir quantifier cet aspect des choses, mais le phénomène est suffisamment complexe pour justifier une étude en soi. En effet, les agents ont maintenant à leur disposition de multiples compteurs, et il n'est pas toujours facile de cerner la réalité en ce domaine. Ils ont devant eux les Congés annuels (CA), les jours de RTT, les anciens comptes d'heures (parfois appelés KT), les prises de Jours fériés (JF), ainsi que les heures supplémentaires effectuées à récupérer (sans compter éventuellement les récupérations d'astreintes pour les personnels concernés). Ces comptes se

cumulent d'une année sur l'autre, et l'on part donc d'un niveau non nul. Selon les endroits et les stratégies individuelles, ce sont donc certains compteurs qui vont être débités en premier et pas d'autres, et il faudrait pour obtenir une juste appréciation se livrer à une opération de consolidation, afin de voir combien les agents ont pu prendre en réalité de jours au total sur l'année 2002 par rapport à 2001. Dans une première approche, on peut constater que les agents rencontrés disent tous avoir pu prendre des jours RTT en 2002, parfois pas tous ceux auxquels ils avaient droit, parfois tous, mais dans ce cas ils se livrent à des reports de congés. Ainsi, dans le CHU2, sur 7187 agents ayant des droits à RTT, 2986 ont pris tous leurs jours (dont 308 sont même en solde négatif), soit 41,5 %, mais à l'inverse, 979 ont encore plus de 10 jours à prendre (13,6 %) ; de même, dans le CHU3 en gastro-entérologie, les IDE ont accumulé un stock d'heures de récupération de 5776 heures pour 55,5 ETP soit presque 15 jours par ETP et les AS et ASH 4646 heures pour 79 ETP soit presque 8,5 jours par ETP. Certains agents disent que des heures faites en 2001 auraient donné lieu à des jours de récupération en 2002 qualifiés de JRTT.

Nous compléterons cette approche dans la partie 8, en regardant à l'inverse l'effet sur l'absentéisme maladie. Mais ce qui apparaît de façon frappante, c'est le fait que la diminution des heures de travail est certes reconnue mais pas pleinement réalisée encore. Des heures supplémentaires sont par exemple effectuées, notamment pour pallier l'absentéisme.

Les nouveaux horaires qui ont pu être aménagés à la faveur de la RTT sont appréciés : c'est le cas lorsque, pour diminuer la longueur du poste de travail, la prise de poste du matin a été retardée, ou le départ du soir avancé. C'est notamment le cas dans le HL2, HL3, CH3. Les agents peuvent alors plus facilement s'occuper de leurs enfants le matin, éviter des problèmes de transport, avoir une vie plus facile.

Dans un cas (CH5), la mise sur pied d'une *crèche pour les enfants* du personnel a accompagné la RTT, permettant ainsi de résoudre nombre de difficultés, et cet arrangement a été très apprécié.

Dans un autre (CH4), la *quasi-disparition des horaires coupés* (sauf le dimanche) a été vécue comme un avantage appréciable.

La mise en place d'horaires décalés permet aussi de limiter les nuisances générées par des prises de poste trop matinales, et cette modalité est bien vécue là où elle est instaurée (CH4), même si elle conduit aussi à des effectifs dégarnis aux extrémités des postes.

Les cycles de travail mis en place à cette occasion sont diversement appréciés. Certains se réjouissent d'avoir enfin de vrais plannings, établis longtemps à l'avance, sur lesquels on peut se fonder pour organiser son temps libre. Dans de nombreux hôpitaux en effet, la réflexion des DSSI et de l'encadrement a porté sur la mise en point des cycles de base (avec un modèle répétitif en fonction de la longueur souhaitée du cycle, de 2 à 12 semaines) ; certes ces cycles sont susceptibles d'être aménagés en fonction des absences, mais ils donnent quand même des indications utiles aux agents. La visibilité qui en découle est un facteur favorable d'acceptation des contraintes.

D'autres au contraire mettent l'accent sur la rigueur qui en découle, le manque de souplesse, et ressentent comme une perte de liberté le fait d'être liés par des plannings plus contraignants qu'auparavant.

En revanche, la rigueur dans le **respect de la réglementation** n'est pas toujours acceptée. Ainsi dans certains établissements (CH6), on a gardé la possibilité de séquences S - M dans les plannings (un poste du matin succède à un poste d'après-midi), ce qui contrevient à la durée nécessaire de repos entre deux postes consécutifs, mais qui présente l'avantage en échange de procurer des séquences M - S, qui, situées par exemple de part et d'autre d'un week-end, procurent trois jours de repos. En revanche, dans d'autres (CHU1), ceci est interdit, ce qui au contraire crée des week-ends raccourcis, quand on termine sur un vendredi S pour recommencer sur un lundi M. Pourtant, en cas de besoin, les cadres sont amenés à demander à leurs agents à pratiquer des S - M, ce que les agents traduisent par la formule : « *la rigueur est à sens unique, quand on demande, on ne peut pas, mais quand ça les arrange, ils demandent* ».

L'institution d'une proportion de week-ends non travaillés est elle aussi jugée comme une avancée la plupart du temps. Ainsi les agents la mentionnent spontanément, par exemple dans le HL2 ou dans le CH6 comme un progrès par rapport aux situations antérieures. C'est d'ailleurs la nécessité de respecter ces taux qui a conduit les cadres à mettre sur pied des plannings réguliers et répétitifs, au lieu des plannings adaptés aux effectifs disponibles comme souvent dans le passé.

L'uniformité et l'équité sont les vertus dominantes qui caractérisent ces plannings aux yeux des salariés, et suscitent des commentaires positifs. Le fait que les différents services soient logés à la même enseigne, que les différents personnels connaissent la même part de contraintes, est vécu comme positif. Nous verrons par la suite que cette uniformité est en fait un peu factice, d'ailleurs déjà écornée, et que les tentations existent pour revenir à des situations différenciées. Trois exemples peuvent être cités :

- Distinction entre des services de soins, liés par des plannings, avec des contraintes de week-ends, et les autres services, où l'amplitude des services a pu être diminuée, permettant ainsi aux agents de se ménager des plages de liberté supplémentaires.
- Distinction au sein des services de soins entre l'hospitalisation complète (avec ses contraintes de week-end et de nuits) et l'hospitalisation de jour ou de semaine (où les contraintes sont moindres).
- Distinction entre des services (cas de l'imagerie ou des blocs opératoires par exemple), centrés sur une activité programmée, et les mêmes services centrés sur l'accueil des urgences, avec les différences qui en résultent en termes de contraintes.

Il n'en demeure pas moins que l'état actuel de la situation est certainement moins disparate qu'il ne l'était auparavant, ce qui facilite certes la gestion des effectifs, mais répond aussi apparemment à des attentes des personnels.

Le positionnement des jours de RTT suscite en revanche des commentaires variés, qui renvoient aux règles locales, et sont révélateurs des attentes des agents.

- **La liberté totale** de choix là où elle existe (CH7, HP1) est certes appréciée, mais elle apparaît normale et n'est donc pas vraiment évoquée. Cette situation où l'on renvoie aux services les possibilités de choix des jours sans contrôle central est assez rare. En fait on peut d'ailleurs penser que cette liberté est de toute façon tempérée par les agents eux-mêmes et par leur encadrement, la prise des jours de RTT ne pouvant s'effectuer qu'en fonction des nécessités de fonctionnement du service, et des effectifs disponibles.
- **La liberté partielle** constitue une variante de la solution précédente : les agents peuvent poser leurs jours comme ils l'entendent, à l'intérieur de certaines règles, par exemple obligation de prendre 2 jours par mois (CH8) ou 6 maximum par trimestre (HP1) ou HL3 (dans le cadre des règles déjà évoquées).
- **La programmation totale** des jours intervient dans certains services de soins (CH2), où les jours de RTT sont intégrés dans le planning, pour aboutir à une régularité et une assurance d'effectivité. Cette disposition ne rencontre pas d'opposition des agents, qui en sentent les bénéfices, et signalent seulement que de ce fait la visibilité des jours est moindre, car ils sont assimilés à l'ensemble des repos sans être identifiés.
- **La programmation partielle** semble le cas majoritaire, où les accords prévoient un nombre de jours à disposition de la direction (et de fait les jours sont alors intégrés dans le planning), et un nombre de jours (en général inférieur) à disposition des agents. Dans ce cas, les agents ont l'impression d'être partiellement dépossédés de leur RTT. Cette programmation peut se faire selon un schéma fixe établi d'avance, ou au contraire laisser la place à une adaptation aux circonstances (CHU1 programme 8 jours sur 15, CH3 12 sur 19, CH4 8 sur 18, etc.).

Sur ce thème, comme on peut s'y attendre les agents se sentent surtout concernés par la marge de souplesse dont ils disposent pour « *poser leurs jours* » à leur convenance. Nous verrons dans la partie sur l'organisation que cette faculté est facilitée par l'apparition de pools RTT qui viennent combler l'absentéisme ainsi créé, et permettre aux agents de s'absenter.

Les restrictions à l'usage des RTT sont globalement mal vécues, quel que soit le type de restriction :

- Dans le CHU1, il est exclu de pouvoir découper les jours de RTT en demi-journées ou en heures, pour ne pas alourdir le travail administratif des cadres et de la DRH qui devraient alors opérer des comptages complexes. Les agents mettent alors en avant le fait que même pour un motif de faible ampleur, ils sont obligés de consommer une journée entière de RTT, alors qu'ils ne disposent que d'une fraction minoritaire de ces jours.
- À l'inverse, dans le CH6, il est imposé de prendre 5 jours sous la forme d'heures ou de demi-journées, de façon à éviter un absentéisme trop important dans les services. Les agents mettent alors en avant le fait que les demi-journées correspondantes ne sont pas intéressantes, n'évitent pas un trajet supplémentaire vers l'hôpital, et ne permettent pas un vrai repos.
- Partout, le manque de fiabilité quant à la réalité de la prise des jours RTT est dénoncée. Certains mentionnent le fait qu'ils ont pu être rappelés le matin même de leur RTT pour renforcer une équipe diminuée (CH6), mais d'une façon générale, de nombreux services, surtout parmi les services de soins, indiquent que les cadres sont souvent amenés à demander aux agents de surseoir à la prise de leur RTT.

Le compte épargne temps suscite au mieux de l'attentisme, au pire de la méfiance, comme nous l'avons indiqué plus haut. Les règles en sont mal connues, la peur existe de ne pouvoir in fine disposer des jours qui y auraient été placés.

- dans le CH2, on peut verser 10 jours par an sur le CET, uniquement des RTT et des heures supplémentaires, à l'exclusion des congés annuels,
- dans le CH3, on peut y verser 22 jours par an, dont 15 de RTT, 5 de congés, et le reste d'heures supplémentaires, mais on ne peut consommer qu'après avoir accumulé 40 jours,
- dans le CH6, tous les jours RTT non pris sont automatiquement versés sur le CET,
- dans l'HP1, il faut aussi accumuler un minimum de 40 jours.

Ceci renvoie naturellement au constat effectué concernant la difficulté de prendre ses jours en 2002. Dès lors, la situation va-t-elle s'améliorer ? Et les jours versés maintenant pourront-ils être pris dans le futur ? À cet égard, l'annonce d'effectifs supplémentaires à venir dans les deux années suivantes (étalement des créations de postes sur les années 2002 à 2004) ne suffit pas à lever la méfiance. Il est donc pour l'instant trop tôt pour évoquer l'utilisation du CET, sauf à constater l'abstention massive par rapport à son utilisation. Ainsi, dans le CHU3, fin février 2003, seuls 200 comptes épargne temps avaient été ouverts (pour un effectif de 5 700 agents). Les agents y ont placé soit des JRTT, soit des heures supplémentaires.

Globalement, on peut retirer de ces commentaires que, en ce qui concerne leurs conditions de vie, les agents apprécient certes la diminution des heures de travail, ou plutôt l'octroi de jours de repos supplémentaires, et que dans cette appréciation ils privilégient plusieurs facteurs :

- Uniformité entre personnels.
- Régularité des cycles.
- Visibilité des repos.
- Prévisibilité des positionnements.
- Fiabilité des prévisions.
- Souplesse d'utilisation.

En revanche, ils regrettent que ces réductions ne soient pas encore totalement effectives, les conditions observées à la date de l'enquête ne leur permettant pas de prendre tous les jours auxquels ils ont droit, ou les obligeant à renoncer in extremis aux jours programmés (rappels en urgence pour pallier un absentéisme trop grand), ce qu'ils rattachent à des effectifs à leurs yeux insuffisants.

Surtout, l'habitude est prise de compter les temps, à la minute près, d'autant que les durées affichées des postes ne correspondent pas à des chiffres ronds (à la demi-heure), mais à des chiffres abstraits : 7h26, 7h48, 7h12. Dans ces conditions, comme le dit un agent dans le CH4, « *chaque minute compte et est comptée.* »

5.1.3 Les conditions de travail vues par les salariés

C'est ici que se cristallisent les principaux reproches faits à la mise en place des 35 heures, en liaison avec des jugements sur le manque d'effectifs. Le sentiment général qui prévaut est celui d'une dégradation nette des conditions de travail, que ne parviennent pas à

équilibrer les avantages concernant les conditions de vie. Nous verrons dans les parties qui suivent que ces appréciations doivent peut-être être mises en regard d'analyses qui tendent à les relativiser, mais force est d'enregistrer ces expressions, car elles correspondent à ce qui a été dit d'une part, et à ce que ressentent les agents. À ce titre, il importe d'en rester conscient. Quatre points apparaissent essentiellement, et ce, dans la quasi-totalité des hôpitaux de l'échantillon :

- Les effectifs jugés insuffisants.
- L'intensification du travail.
- La diminution des temps de chevauchement entre équipes.
- La qualité des soins ou du travail.

Nous revenons ci-après sur chacun de ces points.

L'insuffisance ressentie des effectifs

Il s'agit là bien entendu d'un leitmotiv lié à bien d'autres facteurs qu'à la RTT, mais que cette dernière a renforcé. Nous avons indiqué en 5.1.1 que les agents avaient l'impression d'un manque d'effectifs dans les unités. Il en résulte pour eux une augmentation des tensions ressenties dans le travail, qui viennent s'ajouter aux autres facteurs préexistants déjà signalés :

- Intensification des soins, et réduction de la durée moyenne de séjour.
- Recours accru à l'hôpital via les urgences.
- Accroissement des tensions budgétaires qui obligent l'hôpital à rogner sur les effectifs de remplacement comme sur les budgets de consommables.
- Vieillesse des populations hospitalisées, et accroissement de la lourdeur des cas traités nécessitant davantage de soins.
- Vieillesse également des populations soignantes, plus sensibles de ce fait aux conditions de travail.

Les agents ont alors tendance à considérer que les pouvoirs publics ne prennent pas suffisamment la mesure de leurs difficultés, ne cherchent pas à adapter les effectifs à la charge croissante de travail qui revient à l'hôpital public, et méconnaissent la réalité de leur travail.

L'idée prévaut que les heures perdues auraient dû au minimum être compensées intégralement : « *comment peut-on faire en 35 heures ce que l'on faisait en 39 ?* ». La recherche de gains éventuels de productivité est interprétée comme une sorte d'« agression » comptable, ou un déni de leur efficacité. « *On est déjà à la marge, il n'y a aucun gain à espérer, on ne peut pas faire plus* ». Signalons d'ailleurs que nulle part n'est exprimée l'idée que peut-être une autre répartition des effectifs pourrait, au moins partiellement, remédier à des situations criantes. Seule une injection massive d'effectifs est jugée capable de corriger la situation, et de compenser l'actuelle intensification du travail.

L'intensification du travail

L'intensification ressentie et déclarée un peu partout est renvoyée à plusieurs causes :

- Durée des postes de travail raccourcie, et donc charge plus lourde pour assurer le même volume de soins ou d'activité.
- Absentéisme accru, du aux journées de RTT à prendre, et donc travail plus intense pour ceux qui restent.
- Effectifs insuffisants d'une manière générale par rapport à la charge de travail.

De nombreuses fois sont revenus dans les propos tenus par les agents les expressions suivantes :

- « *Travail à flux tendus* ».
- « *Stress augmenté* ».
- « *Effectifs minimums, effectifs de sécurité* ».

Les agents estiment en effet souvent que les plannings sont dégarnis, que les effectifs prévus frôlent souvent le strict minimum sécuritaire, qu'ils restent parfois seuls pour plusieurs secteurs, notamment aux extrémités de la journée en cas d'horaires décalés (CH4), qu'ils sont constamment obligés de courir d'un malade à l'autre, au risque de mal faire. Ils signalent qu'il leur est devenu plus difficile de profiter du self et qu'ils sont obligés de rester dans le service pour déjeuner. Dans le CHU1, plusieurs des agents rencontrés ont porté des avis très négatifs (« *cadeau empoisonné, on n'avait rien demandé, affreux, ingérable, rigidité excessive, 39 heures c'était mieux* »), mais quelques uns reconnaissent néanmoins comme positif le confort des jours de RTT (« *les jours de RTT d'accord, mais tout le reste, non merci* »).

Par ailleurs plusieurs se plaignent d'un sentiment nouveau ou renforcé d'insécurité, soit par manque d'effectifs la nuit, notamment sur les parkings, soit par une augmentation de l'agressivité des patients et de leurs familles, qu'ils attribuent au déficit d'effectifs et donc à une baisse du niveau d'attentions à leur égard. Dans le CHU4, les personnels d'imagerie estiment qu'ils vivent une agressivité quotidienne qui vient des services de l'hôpital mais aussi des patients externes à l'hôpital : « *en interne ils ne sont pas pressés ; mais les patients externes créent des conflits et c'est quotidien, « à l'hôpital je ne dois rien payer et tout m'est dû, l'État me doit des soins» Les chômeurs nous culpabilisent et le personnel le prend très mal.* »

Il en résulte pour eux un sentiment d'usure, de démotivation, (HL2), si bien que les jours RTT leur apparaissent à peine suffisants pour se remettre de cette pénibilité (entendu dans le CH7 : « *il faudrait 2 jours pleins pour se remettre* »). L'absentéisme est vécu comme « *une catastrophe* » (HP1), car il obère largement les bénéfices escomptés de la RTT.

Dans le CHU3, ce que craignent les médecins du travail, c'est une assimilation de la RTT à des congés avec le risque du choix du cumul de jours plutôt qu'un temps de repos organisé et étalé dans le temps plus profitable à la santé sur le long terme.

La diminution des temps de chevauchement

Ce facteur pèse lourd dans les appréciations portées dans les services de soins. En effet, la réduction des amplitudes des postes quotidiens de travail (passés en gros de 8 heures à 7h30) a entraîné une diminution de la période de recouvrement entre les postes du matin et de l'après-midi. Nous reviendrons dans la partie 8 sur les problèmes d'organisation posés par cette diminution, mais il est clair qu'il s'agit là d'une impression unanime. Par ailleurs, il est

évident que la diminution de la longueur des postes quotidiens aboutit à restreindre le nombre de jours de RTT, et n'a donc guère les faveurs des salariés.

Mais la diminution des temps de chevauchement est également déplorée pour d'autres raisons, qui renvoient à leur utilisation actuelle. Cette période quotidienne de recouvrement est en effet utilisée pour :

- Assurer les transmissions d'informations entre équipes concernant les patients hospitalisés, à savoir la relève. Cette relève s'opère d'une part par écrit, sur les dossiers des patients, et par oral pour attirer l'attention de l'équipe suivante sur les problèmes en cours. Cette fonction est d'autant plus importante que les agents, infirmières et aides soignantes, ont pu être absentes en fonction de leur planning pendant plusieurs jours, et de ce fait découvrir à leur retour de nombreux malades nouveaux.
- Assurer le contact entre les équipes, ce qui crée un esprit de service et permet une certaine convivialité dans le fonctionnement collectif.
- Programmer de petites réunions où peuvent assister les deux équipes, ce qui permet de diffuser des informations concernant un nouveau protocole, des consignes de sécurité, des informations administratives etc. (exemple récent : conduite à tenir face aux pneumopathies SRAS).
- Programmer des séances de formation internes au service, où le corps médical et les personnels peuvent être en contact.
- Absorber le cas échéant des heures supplémentaires à rendre, et permettre un départ anticipé de certains agents.

La diminution de ces temps est donc vue comme dangereuse par les agents (comme par l'encadrement et les médecins). Les entretiens ont permis de recueillir les opinions suivantes :

- La relève serait devenue trop courte pour pouvoir faire le tour de tous les patients ; de ce fait, les directions et les cadres ont prôné la mise en place des transmissions dites ciblées et sectorisées, c'est-à-dire que, au lieu d'une séance générale où participent tous les agents pour parler de tous les malades, on organise, en parallèle ou en succession, de mini-réunions entre agents de même secteur pour parler uniquement des patients du secteur, et en se concentrant sur les éléments immédiatement indispensables, renvoyant au dossier écrit les autres éléments. Mais beaucoup d'agents ne se satisfont apparemment pas de cet arrangement : d'une part, ils regrettent de ne plus être au courant de l'ensemble des patients, car cela les gêne s'ils doivent aller prêter main forte à leur collègue d'un autre secteur, ou s'ils sont confrontés à une famille qui leur demande des renseignements sur un patient qui n'est pas de leur secteur (exemple d'une infirmière de chirurgie orthopédique qui a demandé des nouvelles de sa jambe à un patient qui venait d'être amputé) ; et d'autre part, ils estiment que les transmissions ciblées ne permettent pas d'avoir tous les renseignements nécessaires, alors qu'ils n'auront ensuite pas le temps, compte tenu de l'intensité du travail, d'aller revoir le dossier écrit.
- Le fait que la relève s'opère dans un temps plus court oblige à se concentrer sur les informations strictement utiles, sans laisser une place suffisante aux contacts personnels entre équipes. Du coup les tensions peuvent monter, contribuant au stress ambiant.
- Enfin, le temps imparti serait trop court, nécessitant de « déborder » d'une durée comprise entre 10 et 15 minutes en moyenne, suffisamment modeste pour ne pas être enregistrée,

mais pourtant suffisamment importante pour que les agents aient l'impression d'être lésés par la répétition régulière de ces débordements.

La qualité des soins et du travail

Enfin les agents mentionnent aussi la qualité de leur travail, qu'ils disent regretter de ne plus pouvoir assurer dans les mêmes conditions qu'auparavant. Nous revenons sur ces questions dans la partie 8 sur l'organisation, mais il faut signaler que les agents évoquent spontanément ces problèmes, témoignant ainsi de l'intérêt qu'ils portent à leur travail.

- Du côté des services administratifs et logistiques, sont évoqués des réductions d'amplitude des services (accueil notamment dans le CHU1) des retards dans le traitement des dossiers, une moindre fréquence des nettoyages et des ménages, le recentrage des services d'entretien sur le curatif au détriment du préventif, le recours accru à la sous-traitance qui les prive de parties intéressantes de leur travail.
- Du côté des services médico-techniques, sont évoqués des allongements des files d'attente pour les rendez-vous en imagerie, des regroupements d'analyse sur certaines journées, qui conduisent à des retards dans les rendus de résultats, des diminutions d'amplitude d'ouverture des services, ou l'abandon de certaines prestations renvoyées sur le secteur privé.
- Du côté des services de soins, sont évoqués le recentrage sur les activités de soins strictement médicaux, au détriment des activités de type relationnel, ou de confort (diminution notamment des aides à l'alimentation, à la mobilisation des personnes âgées, recrudescence des escarres signalées dans le HL2).

Dans le CH5, des agents ont par exemple déploré : « *on est contraint à mal faire* ».

Dans un seul cas est mentionné par les agents le fait que les réorganisations ont été bénéfiques pour les patients : dans le HL3, où le recul de l'heure de prise de poste de l'équipe du matin fait que l'on ne réveille plus les patients à 5 heures du matin pour leur prendre la température, mais seulement vers 6h30.

Ainsi peut-on noter que, si les avantages concernant la vie personnelle étaient jugés peu assurés et non stabilisés, compte tenu des modalités des prises des jours RTT, en revanche, en ce qui concerne les conditions de travail, l'appréciation est négative, en raison de l'augmentation ressentie du stress et de l'intensification du travail, liée à un jugement négatif sur les effectifs. Nous revenons en 8 sur ces questions d'organisation du travail.

5.2 Le point de vue des cadres

La mise en place de la RTT a demandé aux cadres un travail important, qui a partout été mis en avant dans les entretiens auxquels ils ont participé.

Ils en ont retiré quelques satisfactions, essentiellement liées au travail de réflexion accompli, mais se retrouvent dans une situation qu'ils jugent très inconfortable.

5.2.1 Un travail intéressant de réflexion

Les cadres se sont souvent très tôt impliqués dans la démarche, à la fois comme responsables des réorganisations dans leurs services, mais aussi comme acteurs de réflexions transversales dans le cadre des groupes projets ou des groupes de travail mentionnés dans la partie 3 sur la démarche. Trois aspects sont soulignés à cet égard :

- Les formations de référent sur les 35 heures, ou la participation aux instances locales de réflexion et aux groupes de travail ont représenté une occasion enrichissante de connaissances sur le fonctionnement hospitalier. Dans certains hôpitaux les cadres ont été chargés, dans le cadre de binômes (CH4) d'étudier les situations de travail des différents services, et ils en ont retiré un intérêt personnel évident.
- La réflexion, souvent menée sous l'égide de la DSSI, sur les cycles et les plannings, leur a permis d'aboutir à des plannings de base ayant vocation à être répétés, correspondant à un nombre donné de semaines, uniforme pour l'ensemble des services d'un même hôpital, ce qui les libère ensuite de la confection permanente des roulements, et des contestations fréquentes.
- Cette réflexion les a amenés à définir aussi des effectifs minimum par plage horaire, et de présenter à la direction un état de leurs services, là où ils avaient parfois l'impression d'être mal compris. Certes l'examen de ces dossiers a parfois été mené très rapidement, mais à tout le moins, les documents existent qui donnent une masse d'informations sur les services, et pourront servir ensuite de référence.

Pourtant ces aspects positifs ont leur revers, qui tiennent autant au temps de la démarche qu'au fonctionnement à venir des unités.

5.2.2 Une mise sous contrainte

Les discours tenus par les cadres sont assez similaires dans tous les hôpitaux enquêtés. On peut distinguer ce qui a trait au mode de réflexion et de négociation, et ce qui a trait à la gestion future des unités.

Le temps passé par les cadres sur la RTT leur a semblé hors de proportion avec les résultats obtenus : « *la RTT, nous, on en a soupe* » déclare un cadre dans le CH6. Les réunions multiples auxquelles ils ou elles ont du participer, les recueils d'informations dans leurs services, la rédaction de documents de toutes sortes, les grilles d'analyse pour les ARH, les synthèses pour les instances décisionnelles locales, les argumentaires pour convaincre du bien fondé de leurs demandes, le casse-tête constitué par la recherche de plannings adaptés à la nouvelle réglementation, la nécessaire prise en compte des souhaits des agents, les discussions avec eux, les négociations éventuelles avec le corps médical dans quelques endroits, tout cela leur a pris un temps fou, bien souvent au détriment de leur vie personnelle. Ils estiment de ce fait avoir droit à la parole sur le résultat obtenu.

Leur position leur semble à cet égard inconfortable « *en porte-à-faux entre médecins et agents, entre direction et syndicats* ». On retrouve là une expression d'un malaise, antérieur certes, mais exacerbé par la démarche RTT. Soucieux d'assurer un fonctionnement du service qui corresponde à l'activité des médecins, mais aussi soucieux de ménager les agents, et de

prendre en compte leurs aspirations vers des plannings équilibrés et appréciés, les cadres ont dû composer. De plus, même s'ils ont participé aux instances de réflexion, au final, les accords ont été passés entre directions et organisations syndicales, et dans certains cas, seule la négociation a compté, les cadres étant ensuite chargés d'appliquer des mesures adoptées dans l'accord. Les cadres ont donc par endroits l'impression d'avoir été mis à l'écart, voire peu soutenus par leurs directions, soucieuses avant tout de maintenir la paix sociale.

Pour l'avenir leur travail leur semble marqué par une tendance forte à la « bureaucratisation », avec des recueils de données multiples, et la charge de surveiller des comptes d'heures et des plannings plus qu'auparavant. Certes cette opinion est contingente à la période de réalisation de l'enquête, où les outils informatiques n'étaient pas encore tous au point, et où les agents se tournaient vers eux pour obtenir des informations sur l'état de leurs comptes d'heures, mais elle traduit bien un état d'esprit. Le cadre du service est en effet traditionnellement le référent le plus proche des agents pour tout ce qui concerne leur temps de travail, ou leurs éléments de rémunération.

Ils craignent également que leur disponibilité soit moindre. Ils ont massivement opté pour le régime du forfait à 20 jours de RTT, qui leur semblait plus réaliste que celui du décompte d'heures, et essaient de prendre ces jours, mais ils y parviennent difficilement en totalité. Les situations sont contrastées :

- dans le CHU3, 65,2 % d'entre eux auraient opté pour le forfait de 20 jours, les 34,7 autres % pour le décompte horaire,
- dans le CHU4, tous les agents, y compris les cadres, ont choisi le comptage des heures, ce qui fait dire à quelqu'un : *« je ne laisserai jamais une heure à l'administration, on n'est pas assez reconnu et ce n'est pas que la question des 35 heures »*.

Parfois, quand le service comprend plusieurs unités, les cadres s'arrangent entre eux pour se remplacer mutuellement, et assurer une permanence d'encadrement. Mais leur disponibilité s'en trouve amoindrie, et leur temps au travail est largement occupé par les urgences, de toute nature, et le travail d'administration et de décompte qui vient d'être évoqué. Ils estiment donc que cette réorganisation va induire un retrait par rapport à l'encadrement véritable de l'activité des agents, par rapport aussi aux tâches jugées nécessaires concernant la réflexion, la prise de recul sur le fonctionnement et l'organisation du service, le traitement des dossiers à venir (comme notamment l'accréditation, les contrats d'objectifs et de moyens, ou les projets de service).

Ils voient poindre des difficultés dans le fonctionnement du service, et en particulier, la difficulté d'organiser des réunions avec les agents, ou de s'y rendre eux-mêmes, ou les inconvénients liés à une rotation trop grande des personnels en fonction des plannings, qui obligent à surveiller en permanence que les consignes sont bien appliquées. Ils craignent surtout l'instabilité par rapport à la continuité des soins. L'accueil des remplaçants des pools nécessiterait aussi une attention particulière qu'ils ont peur de ne pouvoir assurer avec toute l'efficacité qu'ils voudraient. De même l'encadrement des élèves et des stagiaires risque, selon eux, de souffrir, autant de la part des cadres que de celle des agents.

Enfin, ils perçoivent beaucoup plus que les autres agents les difficultés de coordination, voire la compétition, entre services : dans le CHU4, un cadre du pôle mère - enfant fait

remarquer : « Pour pallier le manque de personnel il faut « batailler » avec d'autres services pour l'affectation des activités. Par exemple, il y a 7 ans le service mère enfant ne recevait pas les nourrissons avant 37-38 semaines de grossesse et 2,8 kg, à présent ils s'occupent d'enfants de 2 kg à 35 semaines de grossesse ».

5.3 Les appréciations des directions

Pour les directions rencontrées, la RTT de 2002 a constitué une avancée sociale (qualifiée dans le CH1 de même nature que celle de 1936), et a nécessité la confiance. Cette mesure leur a manifestement semblé changer la vie des gens dans un sens positif. Qu'il y ait des adaptations possibles, en fonction des variations de la charge de travail, ou des spécificités des services, leur apparaît naturellement possible, mais il leur semblerait dangereux de revenir sur les textes passés (sauf à préciser la réglementation en ce qui concerne le CET, jugée encore un peu floue à l'heure actuelle, notamment sur les possibilités ou non de rémunérer les jours épargnés au cas où il aurait été impossible de les prendre). Si le Ministère doit apporter quelques corrections, il s'agirait plutôt de donner des moyens supplémentaires aux établissements qui en ont besoin, notamment en matière de personnels soignants, et bientôt de personnels médicaux, problèmes qui se poseront selon elles avec acuité si de surcroît les ARH mettent en place des restructurations régionales fortes. À l'inverse, cette réforme est vue par certaines directions (HL1) comme « un projet politique imposé ».

Les directions rencontrées estiment que certes, il règne une certaine morosité dans certains services, mais que les remarques à caractère négatif semblent formulées avec une force un peu injustifiée, dans la mesure où nombre de problèmes existant actuellement vont progressivement diminuer avec la réalisation des embauches prévues, et disparaîtront quand les effectifs prévus seront arrivés. À leurs yeux, les syndicats signataires le savent d'ailleurs bien, et ont approuvé le moins mauvais des systèmes dans un contexte de limitation structurelle des moyens, ce qui laisse subsister des difficultés. Elles sont également frappées par le décalage qui existe entre les efforts d'information qu'elles ont pu déployer en direction des agents (lettres spéciales, documents, sites Internet, réunions multiples), et la méconnaissance déclarée qui demeure néanmoins des décisions prises, et des moyens reçus.

Il demeure aussi selon les directions, un problème pour l'encadrement, la RTT se traduisant par le fait que sa présence au complet n'est pas assurée en permanence, si bien que l'organisation des réunions en devient difficile. Il faut donc mettre en place, sinon une polyvalence, du moins une information mutuelle, pour que la continuité des dossiers et des responsabilités puisse être assurée régulièrement. C'est ainsi que les cadres de direction notamment n'ont pu en général prendre que la moitié de leurs jours de RTT en moyenne.

C'est pourquoi, dans certains hôpitaux, une évaluation est actuellement prévue ou même en cours dans le cadre du comité de suivi (CHU1). L'idée qui prévaut à cette évaluation est que l'opération de RTT n'est pas finie et qu'il faut continuer à faire porter l'accent sur l'organisation du travail, de façon à ce que chacun s'approprie les changements, et que l'on parvienne à un fonctionnement qui respecte les contraintes réglementaires, mais soit facteur d'amélioration des conditions de travail et de la qualité des soins. Les scénarios vont être repris, par endroits, afin de traiter les problèmes d'organisation dans le détail. L'idée est de faire porter l'accent sur des aspects transversaux encore laissés en jachère, comme par

exemple les procédures de sortie des patients (comptes-rendus, dossiers, prescriptions), l'organisation de pools de brancardage, les consultations, et les blocs opératoires (vérifier notamment que la coordination existe bien entre les différentes catégories de personnel qui y travaillent, de façon à coordonner leurs absences, et à garder le maximum d'activité, dans le cadre d'une concurrence forte avec le secteur privé). C'est d'ailleurs le regret principal exprimé par les directions : le temps a manqué pour conduire une vraie réflexion sur l'organisation avant les négociations, cette réflexion a donc du être poursuivie en 2002, parallèlement à la mise en œuvre de la réforme, et va être poursuivie encore en 2003. Les directions évoquent aussi la nécessité de procéder à une réflexion sur les organisations par service, ainsi que sur les aspects transversaux et la coordination entre services. Dans le CH6, les groupes de travail sur l'organisation ont ainsi non seulement persisté, mais ils ont gagné en importance en 2002 par rapport à 2001. Plusieurs hôpitaux (CHU1, CH6, CH8) signalent que la masse des informations recueillies lors de l'état des lieux livre une représentation des services qui n'a pas fini d'être exploitée, et qui mériterait de l'être davantage.

Restent les inquiétudes formulées par les directions concernant l'absentéisme, les heures supplémentaires, la diminution de l'activité ou de l'offre de service. Reste aussi le suivi des conditions d'établissement des plannings et des cycles de travail, et de l'arbitrage entre un respect strict des réglementations et d'éventuelles dérogations qui répondraient aux attentes des agents. Pour les directions néanmoins, les avantages introduits par la nouvelle réglementation l'emportent sur les inconvénients, et évitent que ne s'instaurent à nouveau des organisations dépendant du bon vouloir des agents, et donc menacées d'une remise en question. Surtout, l'affichage de règles claires et précises par le Ministère a permis selon elles d'éviter des arguties sans fin sur le décompte des temps, ou la définition du temps de travail effectif, et d'aller plus vite dans les négociations. Même si par endroits on fait ressortir que l'arrivée tardive et fragmentaire des textes officiels ne leur a pas facilité la tâche, la crainte de devoir tout négocier a été compensée par la mise à disposition d'un ensemble de références nationales. C'est aussi cela qui a permis de mettre en place des organisations et des plannings plus homogènes d'un service à l'autre, ce qui, pour les directions, facilite la mobilité des agents, et évite des tensions entre services.

Des inquiétudes se manifestent toutefois de la part des directions (et on le retrouvera aussi chez les médecins) au sujet de l'état d'esprit des salariés : démotivation, comptage des heures, diminution du sens du service, telles sont les appréciations souvent rencontrées.

Les directions estiment aussi qu'il faut attendre aussi la mise en place de la RTT médicale, qui va de son côté provoquer une nouvelle remise à plat des organisations, et avoir des incidences importantes sur le fonctionnement des services et les plannings des soignants. Cette réorganisation globale devrait avoir lieu une fois les effectifs abondés en suffisance. Ceci renvoie aux problèmes de démographie professionnelle, les pénuries de personnels qualifiés (infirmières et médecins, mais aussi kinésithérapeutes) n'étant malheureusement selon elles, pas susceptibles de se résorber du jour au lendemain, compte tenu des délais nécessaires à la formation, et des goulots d'étranglement constitués par les numerus clausus, ou les quotas dans les écoles ; mais aussi aux problèmes d'attractivité sélective des établissements en fonction de leur région d'implantation. Cela dit, au vu des réactions recueillies dans l'échantillon, chacune des directions enquêtées a tendance à penser que la situation de son établissement est défavorable (trop grande ville au logement cher, et aux longs trajets, trop petite ville pas attractive, région défavorisée, pas assez ensoleillée, etc.)

mais les comparaisons entre hôpitaux ont montré (CH2 et CHU3 par exemple, ou HL1 et CH7) que ces arguments pouvaient être réversibles.

Enfin, et surtout, les directions restent préoccupées par les moyens budgétaires qui leur sont alloués. Pour pouvoir tenir, elles ont souvent anticipé des recrutements (nous y revenons dans la partie suivante), mais se trouvent parfois démunies pour financer des mensualités de remplacement ou des heures supplémentaires. Nombre d'établissements sont dans une situation financière tendue, avec des déficits ou des reports de charges d'une année sur l'autre. Ils n'ont parfois réussi à boucler l'exercice 2002 qu'au prix « d'acrobaties » financières dues à des mesures conjoncturelles, et ils se demandent comment cette situation pourra être pérennisée.

5.4 Le point de vue des médecins

Les médecins rencontrés ont été interrogés essentiellement sur la RTT des personnels non médicaux, mais invités aussi à donner leurs impressions sur les difficultés à venir concernant la RTT médicale.

5.4.1 L'avis des médecins sur la RTT non médicale : des aménagements à envisager

Pour les médecins rencontrés, il paraît difficile de revenir sur la RTT, mais il leur semble nécessaire de l'aménager, notamment en se penchant sur l'organisation des soins, probablement à la faveur de la mise en place de la RTT médicale. Pour la RTT des agents, peu se sont impliqués vraiment dans les réflexions, ils ont globalement laissé les directions mener les opérations, et perçoivent maintenant les effets induits.

En soi, la RTT ne s'est pas trop mal passée, estime ainsi un chef de service (CH1), et les quelques difficultés de départ se sont tassées ; mais à terme l'activité risque de souffrir, non pas tant dans les unités d'hospitalisation que dans les plateaux techniques, blocs opératoires et urgences par exemple. La diminution des plages d'intervention est mise en regard de la diminution d'activité (environ - 10 % de KC d'une année sur l'autre dans le CH1), les files d'attente augmentent, ainsi que les transferts vers d'autres établissements. De plus, la RTT a provoqué une redistribution des postes vacants, et plusieurs démissions ont été enregistrées parmi les soignants (infirmières de blocs notamment), au profit d'hôpitaux plus attractifs.

Selon un autre dans le CH6, il y a eu un gros travail effectué pour mettre en place des plannings qui donnent aux agents leurs RTT (« 10 jours de RTT à caser »), et cela s'est bien passé dans les services, grâce aux pools mis en place. Le gros problème reste celui des capacités : les consultations, et surtout les blocs opératoires qui en chirurgie, constituent le goulot d'étranglement. Les périodes de vacances voyaient traditionnellement des salles fermées, ces périodes ont maintenant tendance à s'élargir, et du coup les délais d'attente pour intervention augmentent, surtout pour la chirurgie programmée, dans la mesure où les urgences sont prioritaires. Les questions à résoudre sont moins celles de la RTT que celles liées à la longueur de la journée, une intervention commencée ne peut être interrompue, le chirurgien a toujours l'impression, en débordant, de gêner les autres catégories de personnel (panseuses, mais aussi anesthésistes) plus préoccupées que lui par les horaires.

D'autres médecins dans le CH6 sont également inquiets de la diminution des plages de chevauchement entre équipes, ce qui leur semble préjudiciable à une diffusion rapide des informations. Un service d'urgences par exemple, confronté à l'apparition de la pneumopathie SRAS s'aperçoit qu'il lui faut presque deux semaines pour être sûr que tous les agents ont été touchés par une information, là où auparavant quelques jours suffisaient. Il n'est plus possible d'organiser des cours ou des séances de formation pour le personnel, et dans ces conditions, certains envisagent de s'intéresser de plus près aux formations officielles, afin de s'assurer que les agents suivent des formations opérationnelles, non déconnectées des réalités de terrain.

5.4.2 L'avis des médecins sur la RTT médicale : des risques ressentis

La RTT des médecins n'a pas été intégrée dans la réflexion initiale, et il n'y avait pas au moment de l'enquête de modalités explicitement définies pour sa mise en œuvre. Selon les médecins rencontrés, c'est toutefois une attente croissante, notamment dans les jeunes générations. Le décalage entre leur situation et celle des soignants est parfois vécu sur le mode de la frustration et du découragement, d'autant plus qu'ils vivent directement une partie des difficultés organisationnelles engendrées par la RTT des autres personnels (notamment au niveau des blocs opératoires et des urgences).

Un chirurgien, rencontré dans le CH6, perçoit dans la RTT des médecins plusieurs dangers pour sa pratique quotidienne :

- Risque de diminution du temps efficace du chirurgien, dont le temps total va être réglementé, alors que ses tâches de codage PMSI, de gestion du service, de contact avec les familles vont plutôt en augmentant ; c'est donc le temps réservé aux interventions qui risque d'être le plus touché.
- Risque de basculer de ce fait vers une activité où l'urgence domine au détriment de la chirurgie programmée, ce qui est une source d'insatisfaction pour les chirurgiens, qui veulent pouvoir rester maîtres du type d'activité qu'ils pratiquent.
- Risque de contradiction avec les exigences de qualité affirmées par les pouvoirs publics, puisqu'en même temps, on met la pression sur les chirurgiens avec les lois concernant le consentement éclairé des malades et l'information à leur délivrer.
- Risque de perdre le seul élément commun tout au long du parcours du patient, à savoir son chirurgien, si celui-ci doit limiter ses heures.
- Risque de voir les chirurgiens se renvoyer mutuellement certains patients, pour ne pas prendre en charge quelqu'un qu'ils n'auraient pas le temps de traiter convenablement.
- Risque de voir opérer des restructurations de fait du paysage hospitalier, en rapatriant sur de gros établissements de nouvelles missions, tout en laissant néanmoins les moyens dans les petites structures.

Plus généralement, les médecins ont développé une analyse assez pessimiste et parfois très affirmée de la situation d'ensemble. Ainsi le président de la CME du CH1 estime qu'aucune mesure n'est absurde en soi, mais la continuité dans l'empilement des différentes mesures le conduit à une lecture très pessimiste de l'évolution programmée du système de santé en France. L'image du mille feuilles est avancée, avec plusieurs couches de mesures différentes :

- La réglementation sur la qualité, la sécurité, les normes en matériel et en personnel dans différents services (maternités, réanimation, lutte contre les infections nosocomiales), constituent évidemment des mesures saines, mais devraient être suivies des moyens correspondants.
- La démographie professionnelle, pour les soignants comme pour les médecins, ferait apparaître des déficits, indépendamment de la RTT ; des gardes communes d'anesthésie et de réanimation sont mises en place en dehors de la réglementation, faute de budgets et d'effectifs.
- La RTT et ses mesures connexes (repos de sécurité, respect des 48 heures, taux de week-ends travaillés) aggraverait les difficultés des services pour trouver une organisation qui respecte toutes les mesures.
- Les modes de financement en place mettraient en concurrence le public et le privé, au détriment du premier, enfermé dans un budget global, alors que le second a des recettes fonction de son activité.

De cet ensemble de mesures, il pense qu'on peut déduire que l'État met les hôpitaux dans l'incapacité de pouvoir tout respecter, ce qui semble indiquer un relatif abandon. Il lui semble nécessaire à un moment donné de hiérarchiser les priorités, et de reconcentrer les moyens ; cette mission devrait incomber aux ARH, ce qui suppose des décisions difficiles certes, mais qui ressortissent de leur pouvoir.

Plus profondément, il semble à certains médecins que l'on assiste actuellement à une remise en cause de leur rôle. Le pouvoir médical leur semble avoir été ébranlé au profit de l'administratif et du politique, mais on continue à leur demander d'exercer un pouvoir qu'ils n'ont plus, et on leur propose d'exercer la médecine dans des conditions qu'ils commencent à juger délicates. L'avenir leur semble sombre, et les professionnels sont un peu démotivés devant une telle convergence de mesures.

La mise en œuvre de la RTT en 2003 leur apparaît ainsi comme un problème du fait de l'ampleur des difficultés à résoudre (repos de sécurité, organisation des gardes) et des difficultés de recrutement. Ceci risque d'amplifier les phénomènes de fermeture de lits (ce qui a alors un impact direct sur la gestion de la RTT pour les personnels soignants, qui sont incités à prendre des congés ou RTT), ou d'allonger les délais de consultation. Au final, les médecins expriment la crainte que les patients fassent les frais de ces mesures.

5.5 Le point de vue des organisations syndicales

Pour les signataires, l'appréciation est certes positive, mais nuancée. Ils ont signé l'accord, et ne le regrettent pas, mais dans certains cas, il s'agissait surtout pour eux d'obtenir des moyens de l'ARH via l'existence d'un accord, sachant qu'ils avaient à « *choisir entre la peste et le choléra* » (CH6). Ils s'attachent maintenant à vérifier que les conditions concrètes de la RTT soient un avantage pour les salariés, que les engagements contenus dans les accords soient respectés, que les contraintes ne soient pas trop fortes par rapport à la souplesse souhaitée par les agents, et que les affectations des emplois à venir correspondent le mieux possible aux besoins des services. La CFDT notamment, signataire dans la plupart des cas, juge les accords bons, et confirme qu'elle est engagée depuis longtemps sur ce thème, et cherche donc à tirer le meilleur parti de cet investissement.

Pour les non signataires, qu'il n'a pas toujours été possible de rencontrer, certains ayant jugé qu'ils devaient rester en dehors de ce bilan (CH1), la vigilance est grande sur ces mêmes points, même s'ils ne participent pas aux instances de suivi. La CGT regrette que les modalités de la négociation ne lui aient pas permis de signer le protocole national, estimant qu'elle aurait pu accepter un texte sur la formation, mais que les problèmes d'effectifs étaient trop graves pour être négligés ; or cette confusion des deux thèmes a été aussi réitérée dans l'avenant, ce qui explique également son refus de signature de l'avenant. Elle le regrette d'autant plus qu'elle reconnaît ses propres propositions dans les parties sur la formation.

Mais globalement, on peut dire que les positions exprimées sont à peu de choses près focalisées sur les mêmes enjeux : emploi, et souplesse dans le temps libre.

5.5.1 L'enjeu de l'emploi

Toutes les organisations regrettent les difficultés liées au manque de personnel et de budget. Même chez les signataires, la satisfaction est limitée par les considérations sur les effectifs, jugés insuffisants. Cette insuffisance d'effectifs est liée au rapport Rocher qui aurait desservi les hôpitaux et engendré l'idée que l'opération de RTT se déroulerait sans gros problème. Pour les sections syndicales rencontrées, l'augmentation des effectifs n'a pas été proportionnelle au temps perdu par la RTT, ce qui contribue donc à intensifier le travail. Ainsi, le syndicat SUD n'a quasiment pas signé d'accord, car il estime trop importants les problèmes d'effectifs. Au début, il a participé aux travaux, a cru que l'on pourrait aboutir à une avancée intéressante, mais les problèmes d'effectifs non compensés, liés à la démographie professionnelle l'ont conforté dans l'idée que la solution n'était pas viable. De fait, il estime cette analyse fondée, car d'une part les effectifs étaient déjà insuffisants avant la RTT (« *la preuve, c'est qu'il y avait des comptes d'heures supplémentaires non récupérées* »), et d'autre part les 35 heures ont aggravé la situation. On aurait selon lui voulu faire passer les restructurations avant les embauches de soignants et autres personnels.

Pour les créations de postes, les syndicats estiment que l'ARH est souvent restée en deçà du pourcentage demandé à l'origine par les hôpitaux, et que de plus, même une fois les postes ouverts, on ne trouve pas le personnel correspondant dans l'immédiat pour des raisons de démographie professionnelle. C'est notamment le cas pour les infirmières, où le manque amène à devoir faire appel à des infirmières européennes, mais qui repartent ; c'est aussi le cas des kinés, pour lesquels il existait déjà des manques, et où les écoles de formation (toutes privées) n'ont pas prévu une augmentation des quotas. Du coup, les kinés existants sont attirés par un secteur privé plus rémunérateur, et les hôpitaux font appel à des kinés de formation européenne (belges notamment) dont les pratiques sont parfois remises en question par les médecins.

Ils rappellent que les créations d'emplois ont été étalées sur 3 ans alors que la RTT était d'application immédiate, si bien que les agents n'ont pas vraiment eu le bénéfice de ces mesures ; les scénarios ont été établis sur la base de 35 heures, mais dans les faits nombre d'agents sont restés à 39 heures. Le manque de personnel qui existait déjà auparavant à leurs yeux a été aggravé par la RTT, et ce serait une vision bien administrative que de croire que l'on pourrait passer à 35 heures en économisant sur les effectifs. Pour eux, on a oublié que le travail est aussi fait de relationnel, et que surtout à l'hôpital, les équipes doivent pouvoir parler et échanger.

De son côté, une section FO met en cause le manque de prévision à l'échelon du Ministère, et retrouve dans ce passage aux 35 heures des personnels de jour les difficultés qui avaient marqué le passage aux 35 heures des personnels de nuit. La création de 45 000 postes au total lui semble insuffisante pour absorber la diminution du potentiel, mais paraît dictée par des considérations de financement d'un côté et de démographie professionnelle de l'autre : on arrive donc à « *faire du bricolage* ». Le déficit des hôpitaux ne leur permettrait pas de procéder aux embauches auxquelles ils ont droit, les heures supplémentaires et les jours de RTT n'étant pas payées.

Enfin, les organisations rappellent que les embauches ne sont pas encore toutes réalisées, et qu'il faudra dresser le bilan à la fin de l'année 2004 quand tous les postes auront été pourvus. La crainte existe aussi par endroits (CH6) que la direction ne freine volontairement les recrutements par une politique d'exigence trop grande par rapport aux candidatures qui se présentent, et par l'absence de mesures d'accompagnement pour attirer d'autres candidats (réservation de logements, facilités pour les écoles et les jeunes, etc.).

Par ailleurs, les embauches réalisées auraient par endroits (CH1) permis de garder des agents qui étaient en emploi précaire, ce que contestent les organisations : « *l'argent de la RTT sert à résorber les emplois précaires* ». Enfin, les recrutements d'étrangers n'auraient pas apporté les résultats escomptés.

5.5.2 L'enjeu de la souplesse du temps libre

L'augmentation de temps libre est en général vécue par les organisations syndicales comme un point positif, ainsi que l'embauche de renforts. Les protocoles signés semblent raisonnables, avec une réduction quotidienne et des jours de RTT. Pour un représentant UNSA, les 35 heures ont été implantées, il n'est pas question de revenir sur cette avancée qui est très appréciée des agents. De même, les autres sections rencontrées reconnaissent que dans bien des cas, les agents sont contents de leur sort, mais ils sont conscients que la nouvelle réglementation est en place pour longtemps (« *on en a pris pour 25 ans au moins* »), et se sentent donc incités à essayer de tout faire pour que les modalités s'assouplissent. Ils craignent toutefois que les organisations du travail mises en place en urgence à cette occasion perdurent.

Les points positifs relevés ont trait :

- À la mise à plat des systèmes horaires en vigueur, et à une homogénéisation des pratiques qui a conduit à une plus grande équité. Cette recherche d'égalité a diffusé également par endroits (CHU1) sur les pratiques de notation, d'avancement d'échelon, ou de choix de poste. Cela dit, il reste des différences selon que les agents travaillent avec ou sans contraintes horaires. Mais ces différences correspondent à des primes liées aux compétences ou aux nuisances.
- Aux jours de RTT obtenus.
- Au pourcentage de week-ends travaillés ramené maintenant à 1 sur 2, alors qu'on avait auparavant des séries de 5 week-ends d'affilée travaillés par endroits ; et dans certains services (ceux sans contrainte de week-end) la possibilité de poser un RTT un vendredi

ménage des grands week-ends agréables, encore que souvent, le manque d'effectifs empêche que les agents profitent vraiment de leur RTT.

Mais ces points positifs sont obérés pour les syndicats par un manque généralisé de temps et de formation. Il faudrait pouvoir procéder à des assouplissements, par exemple donner des moyens pour la formation, valider les acquis des AS pour les faire passer IDE, mais on se heurte pour le faire au manque de disponibilité des agents, contraints par le temps et le manque d'effectifs.

De plus, certains rappellent qu'il leur a fallu se battre pour conserver les 37,5 heures par semaine, accompagnées de jours de RTT et on voit bien que l'idée est de revenir sur cet acquis, puisque dans certains cas, les jeunes embauchés sont engagés à « 35 heures sans RTT ». Cette idée leur paraîtrait dramatique si elle devait être étendue aux services de soins, où l'on est vraiment à flux tendus, où les conditions de travail se dégradent (un représentant FO en particulier juge qu'une étude devrait être lancée sur le malaise des agents des services de soins, en regardant notamment le taux de dépressions voire de suicides), où l'absentéisme maladie augmente par impossibilité de prendre ses congés (« dans les services c'est l'enfer, les gens n'en peuvent plus, sont saturés »).

Les organisations syndicales listent alors un certain nombre de points négatifs :

- **Les roulements** mis en place : ils manquent de souplesse, et interdisent en principe par exemple les successions S – M ; l'uniformité recherchée conduit à des situations préjudiciables aux agents par endroits (on a vu plus haut que certains établissements s'étaient affranchis de cette règle). « La rigueur est à sens unique », si ces séquences ne peuvent être demandées par les agents, alors qu'en cas de besoin, le cadre peut le leur demander, et les assigner si besoin est. Dans certains cas, les plannings à 39 heures sont jugés plus souples plus modulables, et moins fatigants que ceux à 35 heures, qui sont appliqués de façon trop rigide.
- **La programmation des jours de RTT** : les conditions de la RTT ne sont pas aussi favorables aux salariés qu'elles pourraient l'être : ainsi la CFDT propose que les RTT soient davantage programmés, que la semaine de 5 jours soit abandonnée, au profit de roulements avec des cycles de 4 semaines ; le résultat est que les salariés ont « un comportement de petit écureuil », amassant des jours qu'ils ne peuvent jamais prendre (RTT, JF, CA), et qu'ils s'y résignent. Par ailleurs, l'emplacement des RTT et des JF maintenant programmés dans le planning ne correspond pas forcément au choix des agents, et de plus, des modifications de dernière minute peuvent toujours être apportées aux plannings, empêchant de prendre les RTT prévues.
- **La technicité des décomptes** d'heures : pour les syndicats, il est difficile de faire comprendre les problèmes aux agents, et de leur faire passer les messages. Les règles de décompte de l'absentéisme continuent à rester en litige, les conceptions de la direction et des syndicats étant opposées sur la valeur d'une absence quotidienne (7h, 7h30, 7h48 ?). Concernant ces décomptes, les agents avaient, selon les syndicats, le sentiment d'avoir été parfois lésés : les comptes d'heures n'existent plus, les logiciels informatiques ne sont pas encore opérationnels, le personnel de la DRH est lui-même débordé, personne n'est à disposition des agents pour traiter les problèmes, alors que ceux-ci sont nombreux, les comptes sur 2002 sont encore flous, les jours RTT pris le sont au détriment des personnels présents car ils sont en sous-effectifs.

- **Le temps des relèves** : il a beaucoup diminué. Les syndicats estiment qu'il est devenu trop court, et que, à midi, les agents n'ont pas le temps d'aller déjeuner tous. Certes la relève ciblée devrait améliorer les choses, en utilisant l'esprit synthétique que possèdent déjà les agents, mais il y a quand même très peu de temps pour lire les dossiers, et la sectorisation suppose qu'il n'y ait pas d'absentéisme obligeant ensuite à faire tourner les agents d'un secteur à l'autre. Pour les syndicats, les conditions de travail ont donc empiré : au lieu d'une grande relève commune entre deux équipes, on a maintenant de multiples mini-relèves dues aux horaires décalés ; de nombreux agents ne peuvent aller déjeuner ni même prendre leur pause, ils ont une moins bonne connaissance des patients, (due à la sectorisation). Le résultat est que les agents qui doivent participer à des réunions sont obligés de le faire en heures supplémentaires entre 14 et 17h. Il faudrait donc repenser l'organisation médicale des services, pour éviter que les manques de coordination n'entraînent un surcroît de travail pour les personnels. Certes il est prévu de mettre en place des transmissions ciblées, mais cela nécessiterait des formations ad hoc, par service, et comment les mettre en place dans le contexte d'un temps réduit ? Il faudrait pouvoir organiser ces formations en programmant et en comptabilisant des demi-heures supplémentaires. Un représentant Sud conclut que l'on a « *fait fi de l'équipe* », oublié que le travail en équipe supposait un minimum de relationnel, dans la vie du service, et que la reconfiguration des modalités de relève supposait une formation adaptée, et réalisée avant le changement.
- **Les temps de dépassement** de relève : les syndicats observent qu'ils ne sont souvent pas pris en compte, alors que les retards du matin sont notés.
- **Le stress dû à l'intensification** du travail et à l'augmentation des cadences : les syndicats craignent que certaines tâches finissent par être négligées ou moins bien assurées. En effet, des agents se retrouvent seuls sur certaines tranches horaires, des accidents du travail surviendraient par manque de temps, les RTT ne peuvent pas toujours être prises, les agents travailleraient dans une insécurité accrue, hors normes de sécurité.
- **Le CET** : certes les organisations syndicales constatent qu'il y a eu des assouplissements, mais beaucoup estiment qu'il faudrait le rendre plus attractif, et que en l'état il constitue une bombe à retardement. Il reste en effet à en préciser les modalités et à laisser plus de souplesse dans les modalités d'utilisation, des interrogations subsistent : quelles seront les vraies conditions d'utilisation ? est-on sûr que les jours épargnés pourront être pris ?
- **Diminution de la qualité de service** : les syndicats notent que les fermetures de services ou de lits ont augmenté, et que l'on trouve de même une réduction d'amplitude de certains services médico-techniques (radiologie, laboratoires), une tendance à supprimer le choix du menu pour aller vers des menus types, à présenter la nourriture en barquette plutôt qu'en assiette, une augmentation des délais et des temps d'attente, un traitement administratif des dossiers en retard, des fermetures de bureaux administratifs relais.
- **La mobilité** : elle est poussée trop loin à leurs yeux (« *les agents en ont marre d'être trimballés* »), les équipes de suppléance étant elles mêmes victimes de l'absentéisme, et ne pouvant jouer leur rôle. Les nécessités de fonctionnement accrues par le manque de personnel conduisent à un renforcement de la polyvalence de facto, avec les glissements de tâches qui en découlent. Mais par ailleurs, les démarches de qualité des soins poussent à un respect strict des compétences (« *l'excès de protocoles tue la solidarité* »).
- **Des formations** seraient repoussées faute de possibilité de libérer les agents.
- **Des glissements de tâches** naîtraient entre administratifs et soignants, notamment du fait de la saisie informatisée qui provoque un travail supplémentaire.

- **L'application de la RTT** : pour les syndicats, elle dépend beaucoup des cadres dans les services; or ceux ci seraient soit des cadres de proximité qui communiquent peu avec les agents et ont une attitude parfois paternaliste, soit des cadres supérieurs qui, faute d'informations, peuvent avoir tendance à se réfugier dans l'autoritarisme.
- Enfin, ils estiment que la RTT a induit une certaine démotivation des agents, qui ont l'impression que leur travail n'est pas assez reconnu.

On le voit, la liste est longue des détails d'application de la RTT, et les organisations syndicales font clairement comprendre qu'elles resteront très vigilantes dans le cadre des comités de suivi, ou des autres instances quand elles perdurent, pour s'assurer que la RTT ne se fera pas au détriment des agents. Cela dit, beaucoup des problèmes évoqués ne sont pas nés avec la RTT, simplement, l'enjeu leur apparaît ici tel que tous les problèmes récurrents resurgissent avec force.

5.5.3 Les appréciations syndicales sur la méthode

Les organisations signataires estiment que les services sont bien entrés dans la dynamique des constats et des scénarios, ce qui leur a demandé beaucoup d'efforts et de travail, mais a abouti à des constats très intéressants. Mais dans certains cas (CHU1), elles regrettent que l'information ait manqué de transparence, et que le protocole ait été « *ficelé d'avance* », donc pas réellement négociable. Ailleurs, la méthode utilisée est également critiquée, consistant à revenir sur des décisions déjà prises. Ainsi par exemple les groupes de travail qui ont « *fleuri* » partout étaient a priori une initiative intéressante, mais les réflexions engagées n'ont pas toujours été suivies d'effet, l'ouverture sur la discussion, considérée comme un progrès, s'étant transformée en « *stratégie d'endormissement* » ; les organisations syndicales ont donc tendance à penser que le but recherché était celui de la paix sociale, mais que l'objectif de parvenir réellement à un accord est maintenant oublié.

Cela dit, en général, elles estiment que la démarche a été conduite correctement, en concertation, avec un cap bien déterminé et clair. Dans le CHU1 par exemple, les schémas proposés aux syndicats avaient été auparavant élaborés entre direction et encadrement, lors de réunions avec les cadres et les conseillers conditions de travail ; ces schémas étaient validés s'ils respectaient le cadre national, et retournés pour correction aux services dans le cas contraire. En revanche, les syndicats ont eu l'impression que les cadres de proximité étaient seuls, en porte-à-faux par rapport aux cadres supérieurs.

5.5.4 Les relations intersyndicales

Dans plusieurs endroits, certaines sections ont estimé que l'unanimité syndicale aurait probablement permis d'aboutir à de meilleures dispositions. Par endroits, l'attitude des syndicats non signataires est regrettée, surtout s'ils ont joué contre cette démarche, ont essayé d'empêcher le travail en groupes, ou ont diffusé auprès des agents des informations jugées inexactes. L'absence d'intersyndicale a pu conduire à une situation où le rapport de forces n'était pas en faveur des salariés.

Les relations entre organisations se sont parfois dégradées (« *on savait que ce serait dur, ça a été pire* »). Cela dit, maintenant que le protocole est signé, grâce aux syndicats signataires, la crainte est de voir les non signataires finir par s'appropriier le résultat de

négociations auxquelles ils n'ont pas participé (« *ils ont mis les gens dans le mur, et maintenant ils disent NOS 35 heures* »). Certains signataires estiment qu'il serait surprenant que d'autres organisations siègent dans les comités de suivi au motif qu'elles ont signé un avenant sans avoir signé le principal.

Notons enfin que, selon plusieurs enquêteurs, la négociation sur la RTT a permis à un syndicat comme SUD de faire une percée auprès du personnel, en développant des thèses en opposition à la démarche. En revanche, les sections interrogées n'ont pas l'air d'avoir recueilli plus particulièrement d'adhérents à l'occasion de cette démarche, même si les salariés sont venus souvent les consulter individuellement pour connaître leurs droits.

5.5.5 D'autres appréciations générales

Certaines sections ont fait valoir encore que le corps médical n'avait pas vraiment joué le jeu, et que les agents en pâtissent. Leur organisation est restée inchangée, ce qui a renforcé les contraintes sur les personnels non médicaux ; à terme, ceci pourrait changer avec la RTT médicale, mais a contrario cette nouvelle étape risque de déstabiliser les organisations qui viennent d'être mises en place, il faudra alors recommencer le travail.

De même, les syndicats remarquent que les cadres sont pris entre la direction et leurs services, et que, lorsqu'ils ne maîtrisent pas bien le système eux-mêmes, ils auraient tendance à appliquer les contraintes de façon stricte, à en rajouter.

Les syndicats signalent donc deux dangers pour l'activité de l'hôpital :

- Là où il faudrait privilégier le patient, et le fonctionnement de l'unité de soins cliniques qui en est responsable, la réorganisation due à la RTT tend parfois, selon eux, à faire prévaloir les impératifs de fonctionnement des services prestataires (les consultations ouvrent plus tard, les blocs opératoires instaurent des journées bleues, les biologistes ne sont pas assez ouverts aux services cliniques). La qualité de service diminue par endroits, ainsi la constitution de pools de nettoyage par prélèvements des agents des services a conduit à remettre en cause l'attachement des agents aux services, ce qui se retrouve dans la qualité de leur travail.
- La réorganisation menée n'a pas suffisamment cherché à leurs yeux à reclasser les agents souffrant par exemple de lombalgies, ou d'autres difficultés liées à la profession. D'une manière générale, il faudrait maintenant lutter contre la tendance à la rigidification des organisations, et chercher au contraire à réintroduire de la souplesse, à la fois pour améliorer les conditions de travail des agents, et pour faciliter le fonctionnement des unités au service des patients.

Au total, un représentant FO souhaiterait une réflexion d'ensemble sur l'évolution du système de santé, qui prenne en compte le coût du progrès médical, l'augmentation de l'activité, la place respective du secteur public et du privé, et aboutisse à autre chose qu'à des « *rafistolages* » successifs.

6 – La répartition des emplois

À partir des expressions recueillies dans la partie 5, et compte tenu du fait que l'essentiel des mécontentements concernant l'ARTT est lié aux dotations en effectifs supplémentaires, il est intéressant de regarder ce qu'il en a été exactement dans les établissements enquêtés. Plusieurs questions se posent :

- Quel a été le montant de la dotation supplémentaire en effectifs accordée par l'ARH, et selon quels critères ? Quels étaient les besoins exprimés par les hôpitaux ?
- Quelle est la ventilation des autorisations de postes sur les 3 exercices consécutifs 2002 à 2004 ? Les hôpitaux ont-ils respecté cette ventilation ou au contraire ont-ils été amenés à retarder ou à avancer les recrutements ?
- Quelle a été l'affectation des postes ainsi créés ? Des pools ont-ils été mis en place ? Quels types de services ont été privilégiés ?
- Quelle compensation a-t-on pour les heures perdues ? Quelle corrélation existe-t-il entre les emplois créés et la RTT réelle ?

Nous examinons ci-après chacun de ces points :

6.1 Les créations d'emplois : assez peu de réduction des inégalités entre établissements enquêtés

Souvent les hôpitaux se sont vu confirmer assez tardivement, vers octobre ou novembre 2001 au mieux, parfois début 2002, leur dotation en effectifs supplémentaires, ce qui leur a rendu plus difficile la tâche de mettre sur pied leurs nouveaux emplois du temps et de négocier avec leurs partenaires syndicaux. D'autant que les critères adoptés par les ARH comprenaient souvent l'activité certes, et les effectifs existants, ainsi que l'ampleur de la réduction, mais aussi souvent pour 20 % la « qualité de l'accord » passé. Autrement dit, les hôpitaux ont souvent pu compter sur environ 80 % de leur dotation, les 20 % restants étant attribués par la suite après signature de l'accord. C'est d'ailleurs ce qui a poussé certains (CH6, CHU4) à rechercher à tout prix un accord ou un semblant d'accord (relevé de conclusions, protocole provisoire), l'engagement des organisations étant parfois conditionné à rebours par les attributions d'effectifs.

Le tableau 14 qui suit indique les créations d'effectifs qui ont été officiellement autorisées par les ARH, en les comparant aux effectifs existants, et calcule le taux qui en résulte. On voit que les augmentations d'effectifs notifiées ont varié dans une fourchette allant de 3,7 à 9 %, (attention les effectifs s'entendent ici tous financements confondus, c'est-à-dire que les postes accordés par les départements pour la partie hébergement ont été inclus), mais il semble que les Centres Hospitaliers Spécialisés (hôpitaux psychiatriques, désignés dans le tableau par HP) aient été dans notre échantillon les moins bien lotis, et les HL les mieux lotis, les CHU se situant dans une zone plus haute que les CH ; ceci mériterait d'être regardé de plus près sur l'étude quantitative.

Toujours sur ce seul échantillon de 17 établissements enquêtés :

- Les hôpitaux locaux ont bénéficié d'un taux de création compris entre 6,5 et 9,1 %.
- Les hôpitaux universitaires ont été traités, semble-t-il, de façon assez homogène : entre 5,35 et 5,93 %.
- Les hôpitaux psychiatriques avec un taux de création compris entre 4,58 et 4,91 % sont plutôt en dessous de la moyenne.

- Les centres hospitaliers (CH) connaissent une fourchette beaucoup plus large, qui ne renvoie semble-t-il pas aux effectifs existants, mais probablement à la place que leur ARH leur assigne dans le paysage local de soins : les taux sont compris entre 3,74 et 6 %.

On constate aussi qu'il n'a pas toujours été possible de retracer les demandes des hôpitaux, ce qui montre bien que la mémoire est relativement courte dans les institutions, et que peut-être il s'est là agi d'une sorte de négociation directe entre l'hôpital et l'ARH, sans se lancer dans des calculs sophistiqués, dont on doutait par avance de l'utilité. Cela dit, quand on a le chiffre demandé, on constate que l'ARH a toujours attribué moins de postes que ce qui était demandé par l'hôpital, mais en restant toujours dans le même ordre de grandeur (sauf dans le CH7, où la divergence entre les appréciations est frappante). L'échantillon comprend d'ailleurs des cas où les échanges de courrier entre ARH et directions témoigne de ce que les clauses de l'accord étaient jugées globalement insatisfaisantes, ce qui a alors fondé la décision de l'ARH (cas de CH7 et de CH2).

Tableau 14 : Les créations d'emploi notifiées à l'occasion de la RTT

	Effectif 2001	Augmentation des effectifs notifiée par les ARH
CHU1	> 10 000	5,63%
CHU2	4 à 10 000	5,93%
CHU3	4 à 10 000	5,59%
CHU4	4 à 10 000	5,35%
CH1	500 à 1000	5,27%
CH2	1000 à 2000	4,88%
CH3	1000 à 2000	4,92%
CH4	100 à 500	5,58%
CH5	> 2000	3,74%
CH6	> 2000	4,70%
CH7	500 à 1000	4,08%
CH8	1000 à 2000	6,00%
HL1	100 à 500	9,09%
HL2	100 à 500	6,50%
HL3	< 100	6,48%
HP1	1000 à 2000	4,91%
HP2	1000 à 2000	4,58%

Cela dit, il n'est pas inintéressant de se rappeler par ailleurs une des affirmations fortes des pouvoirs publics concernant le système de santé public : la réduction des inégalités créées au fil du temps entre hôpitaux plutôt bien dotés en matière de personnel, et des hôpitaux plutôt moins bien dotés. On sait que ces inégalités sont dues à des raisons historiques, que la situation s'est en quelque sorte figée avec l'apparition du budget global, et que la reconduction de taux directeurs communs pour les augmentations budgétaires d'une année sur

l'autre a maintenu et creusé les inégalités de départ entre 1985 et 1995. Depuis 1996, les ARH nouvellement créées sont chargées de moduler les dotations budgétaires aux établissements en fonction des schémas régionaux d'orientation des soins, et de la politique qu'elles entendent mener dans leur région, mais elles sont confrontées à d'énormes difficultés pour faire jouer des variations, même de faible amplitude, d'autant que pour donner plus à l'un, elles sont forcément obligées de donner moins à l'autre, leur enveloppe globale étant fixée.

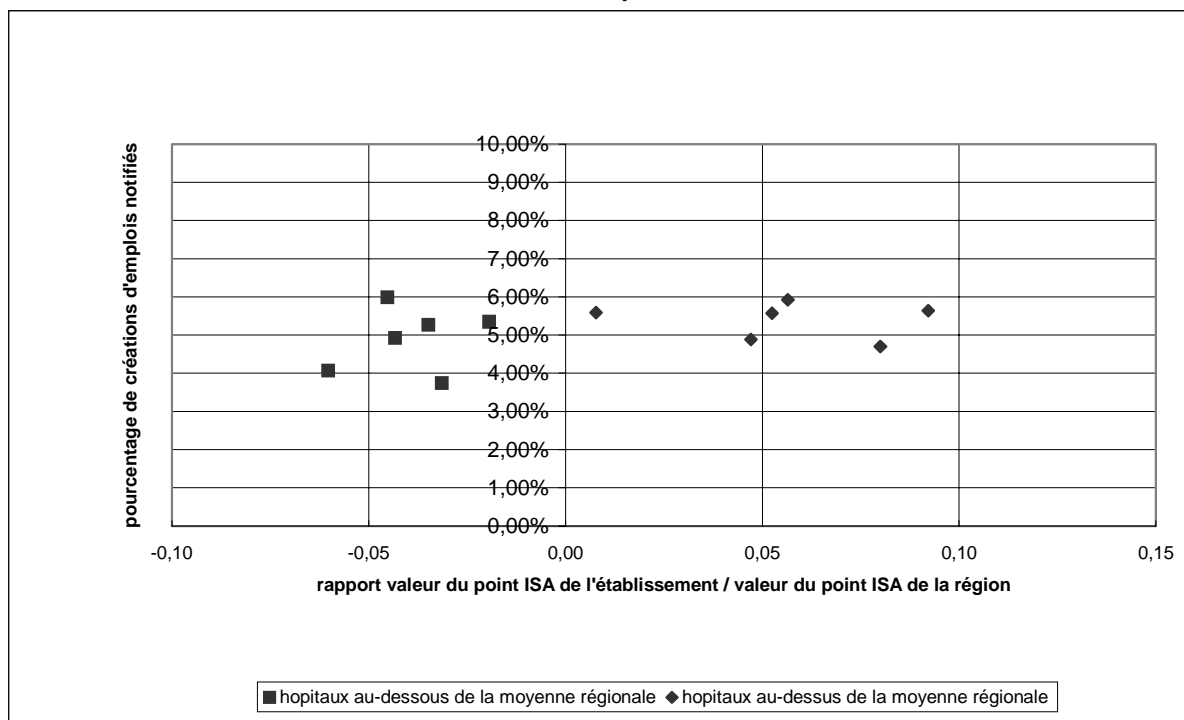
Une occasion était ici fournie, avec la mise sur la table d'une enveloppe supplémentaire importante (45 000 postes), de donner un coup de pouce aux modulations, et de profiter de la distribution de cette enveloppe pour opérer une réduction plus forte des inégalités que ce qui se produit annuellement. Cela aurait supposé que la valeur du point ISA (qui rappelons le représente les ressources consommées par un hôpital de court séjour pour fournir un point d'activité) puisse entrer en ligne de compte dans les critères de répartition des postes. Or, il n'en a rien été, le protocole national l'excluant pour ne pas paraître jouer sur la productivité. Il n'appartient pas à des équipes de recherche de porter un jugement sur cette décision, mais on peut constater que d'un côté, la volonté affichée par le Ministère de réduire les inégalités entre hôpitaux ne s'est pas manifestée dans ce cas, et que de l'autre côté, les organisations syndicales n'ont pas non plus considéré que l'amélioration des conditions de travail des personnels hospitaliers passait peut-être aussi par une meilleure répartition des moyens.

**Tableau 15 : création d'emplois lors de la RTT
et valeur relative du point ISA**

	Augmentation des effectifs notifiée par les ARH	Valeur pt ISA hop / valeur pt ISA rég
CHU1	5,63%	1,09
CHU2	5,93%	1,06
CHU3	5,59%	1,01
CHU4	5,35%	0,98
CH1	5,27%	0,97
CH2	4,88%	1,05
CH3	4,92%	0,96
CH4	5,58%	1,05
CH5	3,74%	0,97
CH6	4,70%	1,08
CH7	4,08%	0,94
CH8	6,00%	0,95
HL1	9,09%	
HL2	6,50%	
HL3	6,48%	
HP1	4,91%	
HP2	4,58%	

Le tableau 15 et le graphique 10 ne font pas apparaître de corrélation pour les 17 établissements examinés entre le fait qu'un hôpital ait une valeur du point inférieure à celle de sa région (ratio inférieur à 1) et le fait qu'il reçoive une dotation supérieure en effectifs.

Graphique 10 : Créations d'emplois notifiés lors de la RTT, et valeur du point ISA



6.2 L'étalement des créations et les recrutements : l'incidence de la démographie professionnelle

Afin d'alléger la charge financière que représentaient les 45 000 postes à créer, les créations ont été étalées sur 3 ans, de 2002 à 2004. Nous avons déjà indiqué que de ce fait, les agents s'étaient vu offrir des droits à RTT dès le 1^{er} janvier 2002, alors que la totalité des emplois accordés pour y faire face ne sera théoriquement disponible qu'au 1^{er} janvier 2005, ce qui induit et des difficultés d'organisation dans les unités, et des mécontentements chez les agents.

Le tableau 16 ci-dessous donne l'échelonnement prévu des créations d'emplois notifiées et liées à l'ARTT, où l'on voit que, en général, l'étalement est de l'ordre de 25 % la première et la dernière année, et de 50 % en 2003. L'enquête menée s'est donc située à un moment où, de fait, les renforts étaient loin d'être tous arrivés, ce qui peut partiellement expliquer la teneur des discours recensés dans la partie précédente. Par ailleurs il faut signaler que les diverses sources mobilisées ne donnent pas toujours les mêmes chiffres, le décompte des emplois pouvant se faire selon diverses conventions.

Tableau 16 : L'étalement des créations d'emploi

	2002	2003	2004
CHU1	27%	50%	23%
CHU2	39%	38%	28%
CHU3	28%		
CHU4	32%	52%	21%
CH1	34%	51%	31%
CH2	21%		
CH3	90%	45%	29%
CH4	0%	45%	28%
CH5			
CH6	14%	45%	28%
CH7	45%	97%	
CH8	47%		
HL1	45%	45%	25%
HL2	75%	7%	
HL3	20%	49%	31%
HP1	26%	45%	28%
HP2	30%	45%	29%

Dans les cas où la somme des pourcentages indiqués est supérieure à 100%, cela signifie que l'établissement envisage d'embaucher plus que la dotation qui lui a été notifiée.

En revanche, ce que l'on constate, c'est que dès 2002, dans nombre d'hôpitaux, les recrutements réels diffèrent de ce qui était prévu dans les accords avec l'ARH. En effet, les directions ont bien perçu les difficultés et plusieurs ont essayé de jouer sur les crédits à leur disposition pour alléger les tensions au maximum. C'est ainsi qu'elles ont par exemple mobilisé provisoirement les crédits de remplacement, ou ceux d'heures supplémentaires, ou encore joué sur les niveaux de rémunération des différentes catégories pour augmenter les créations dès la première année. Ou plutôt pour chercher à les augmenter, car elles ont buté sur deux types de problèmes :

- Les difficultés de recrutement concernant certaines catégories et notamment celle des infirmières, ont amené les directions à attendre des jours meilleurs, et à commencer par recruter d'autres catégories (AS, ASH, ou personnels techniques) plus présentes sur le marché du travail, comme dans le CHU2, CHU1, ou à anticiper les recrutements (HL1, HP1), ou encore à titulariser des contractuels déjà en place (CH1, HL1).
- L'attractivité de leur région ou de leur localité est plus ou moins grande, et les hôpitaux peuvent être tentés de ce fait, pour être sûrs d'assurer leurs recrutements, dans un contexte de concurrence entre eux, de mettre en place des primes à l'installation, ou des avantages divers qui les mettent en meilleure position pour le recrutement (HP1). D'autres constatent avec regret que leur région ou leur localisation est peu attractive (HL1). Ainsi, dans le CHU3, face à la pénurie prévue de personnel soignant, l'accord prévoit plusieurs mesures :

- Ouverture sous forme de stages d'un nombre de postes équivalents aux effectifs attribués en 2002 soit 63 pour les infirmières, sages-femmes, kiné et aides soignants,
- Instauration pour les jeunes professionnels infirmiers, sages-femmes, kiné d'une prime d'installation de 1500 euros en 2002, 2003, 2004 avec un engagement de servir pendant 2 ans,
- Développement de la formation et de la promotion professionnelle en particulier d'ASH vers AS.

À l'inverse, dans un cas au moins, les organisations syndicales ont eu l'impression que la direction cherchait à retarder le plus possible les embauches (CH6), pour résorber les problèmes de trésorerie, en mettant des critères très durs pour le recrutement.

6.3 L'affectation des postes : priorité aux soins

D'une manière générale, et comme on pouvait s'y attendre, les directions ont cherché à privilégier les recrutements de personnels de soins, qui correspondent au cœur de leur activité. Compte tenu des difficultés évoquées ci-dessus, à savoir les difficultés de recrutement, et l'étalement des créations de postes, elles ont parfois dû commencer par d'autres catégories que celles de soins, afin de profiter des opportunités du marché du travail et d'attendre la sortie des prochaines promotions de personnels de soins. C'est pourquoi il serait prématuré de vouloir dresser à la fin 2002 un tableau des recrutements effectués, ou des prévus, de nombreux établissements n'ayant pas encore pris de décision quant à l'affectation des emplois sur 2003. Il est clair en tous cas que, dans les discours recueillis, l'idée était de favoriser les services de soins, et de chercher à minimiser les effectifs supplémentaires dans les secteurs administratif et logistique.

Ainsi, dans le CHU2, sur 154,3 ETP, nombre de postes pourvus sur 2002, on compte 35 IDE, 64 AS/ASH, 1,7 autre personnel soignant, 7,4 personnel médico-technique, 38 techniciens et ouvriers (surtout agents de sécurité à cause de la suppression de la permanence), et 8,2 personnel administratif.

Dans les services de soins, compte tenu des effectifs obtenus en 2002, plusieurs stratégies ont été mises en œuvre :

- La régularisation, pour les rares hôpitaux qui n'appliquaient pas encore la réglementation des 35 heures pour le travail de nuit, ou qui étaient restés à des postes de nuit de 8 heures. En s'alignant sur la configuration générale des nuits de 10 heures, ils créaient forcément un besoin pour les équipes de nuit, à qui revenait alors une plus grande amplitude à couvrir, et ils devaient y affecter les effectifs nécessaires. C'est en particulier le cas du CH1, où les postes d'infirmières créés ont été affectés à la nuit.
- Le « saupoudrage », en divisant les postes au maximum pour accorder à chaque service un petit quelque chose, et rendre ainsi perceptible l'attribution de moyens supplémentaires.
- La concentration sur les services manifestement sous-dotés, comme dans le CH6 où les groupes de travail ont cherché à cerner les services dits « carencés » afin de leur attribuer des postes en priorité.
- La mutualisation, où pour soulager au maximum tous les services malgré le faible nombre d'emplois nouveaux, des pools ont été mis en place afin de remplacer les agents pendant

leurs RTT. Cette solution des pools existait déjà dans certains hôpitaux pour pallier l'absentéisme ordinaire, on a cette fois des pools qui peuvent être spécifiquement dédiés à la RTT. C'est le cas notamment des CHU1, CH3, CH4, CH5, CH6, CH8, HL1 et HL2. L'avantage du pool est qu'il permet de diffuser sur tous les services la possibilité de prendre les jours RTT, un inconvénient étant qu'il ne permet pas vraiment aux services de percevoir les créations de postes.

Dans les services autres que de soins, la règle du prorata a rarement été mise en application, les directions ayant plutôt cherché à maintenir un niveau ou une qualité de service à effectifs constants, et n'ayant accordé de renforts que dans le cas où l'activité de l'hôpital souffrait d'un manque d'effectifs. Nous retrouverons ces questions dans la partie sur l'organisation, avec les effets sur les amplitudes d'ouverture, ou sur l'activité des services.

Il est partout prévu de poursuivre l'analyse des situations de travail, afin de répartir de façon plus équitable les nouveaux emplois à venir. Dans le cas de CHU1, où les effectifs sont alloués globalement par l'ARH à une administration centrale, la première répartition sur 2002 s'est faite au prorata des effectifs existants dans chaque hôpital, mais il est prévu que cette première dotation est un à-valoir sur la dotation finale globale, laquelle pourra être pensée selon d'autres critères, afin de répondre aux problèmes spécifiques de chacun.

6.4 La compensation temps/emploi

Une dernière question peut être soulevée en matière d'emploi, puisque l'ampleur de la RTT était l'un des critères retenus pour attribuer les effectifs : qu'en a-t-il été exactement ? Le tableau 17 ci-dessous fait figurer côte à côte les pourcentages d'augmentation des effectifs (tel que notifié aux établissements pour l'ensemble des mesures ARTT) et les pourcentages de diminution de potentiel horaire annuel pour un agent (tel que découlant des accords locaux signés), en distinguant les agents en repos fixe, et ceux en repos variables effectuant plus de 20 dimanches et jours fériés dans l'année. Rappelons que lorsque l'on diminue le temps de travail de 39 à 35 heures, on a une réduction de 4 heures sur 39, soit 10,26%. En revanche, lorsqu'il faut compenser ces heures perdues par de la main d'œuvre supplémentaire, l'augmentation correspondante est de 4 sur 35, soit 11,4%.

Sur ce tableau, on voit que l'on a du mal, dans l'échantillon des 17 établissements observés, à corrélérer la baisse du temps de travail avec l'attribution des emplois supplémentaires. Bien sur, nous ne sommes pas ici dans le cas d'une étude statistiquement représentative, mais on constate sur ces 17 établissements qu'il ne semble pas y avoir de lien entre ces deux paramètres : ainsi, le CH6 connaît la plus faible diminution du temps de travail, parce qu'il était déjà descendu largement en dessous des 39 heures, pourtant il est loin de s'être vu affecter le moins de postes supplémentaires. Il faut donc croire que les spécificités régionales ont pu jouer.

Tableau 17 : Quelle compensation temps / emplois ?

	Diminution des heures / an		Augmentation des effectifs notifiés par les ARH
	Agents en repos :		
	Fixe	Var > 20 DJF	
CHU1	-9,88%	-9,56%	5,63%
CHU2	-8,93%	-10,01%	5,93%
CHU3	-6,77%	-7,74%	5,59%
CHU4	nm	nm	5,35%
CH1	-7,39%	-9,16%	5,27%
CH2	-8,62%	-10,26%	4,88%
CH3	-9,44%	-11,78%	4,92%
CH4	-9,85%	-10,26%	5,58%
CH5	-9,04%	-9,85%	3,74%
CH6	-6,28%	-7,24%	4,70%
CH7	-7,98%	nm	4,08%
CH8	-9,07%	-9,16%	6,00%
HL1	-8,62%	-10,26%	9,09%
HL2	-7,30%	-8,55%	9,23%
HL3	-10,68%	-10,68%	6,48%
HP1	-7,62%	-7,77%	4,91%
HP2	-8,37%	-8,66%	4,58%

Légende :

nm : non mesuré

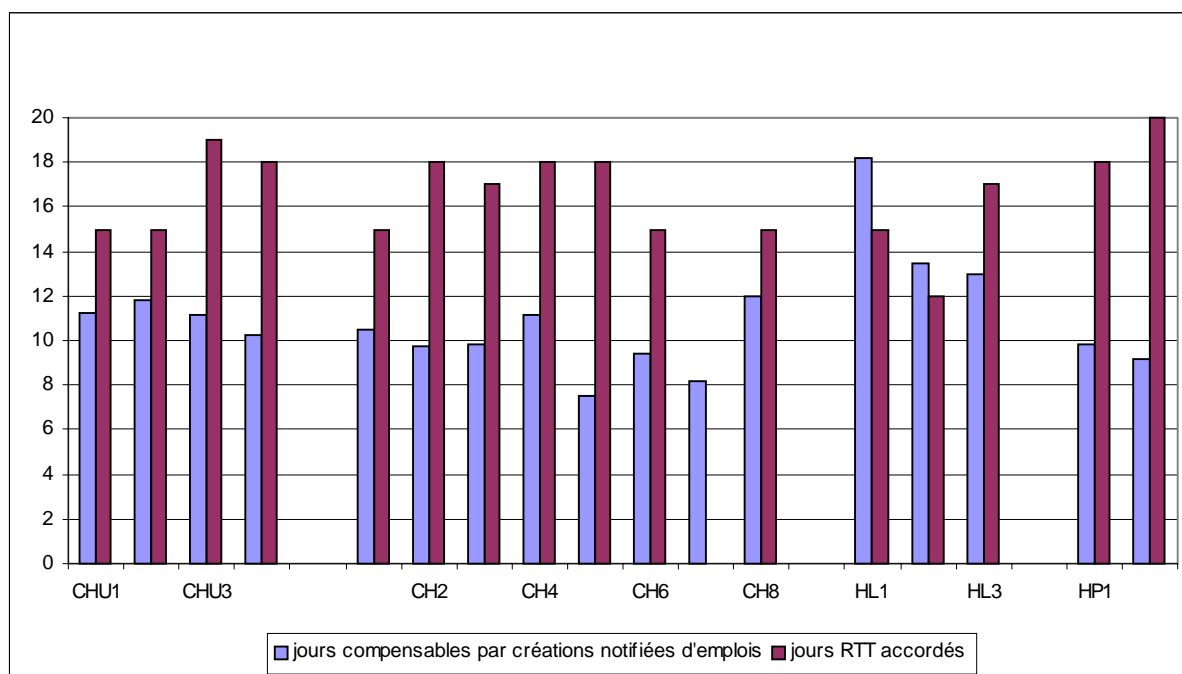
On peut d'ailleurs proposer une autre approche : combien de jours RTT les emplois accordés permettraient-ils de compenser ? Un calcul sommaire, que les équipes de chercheurs engagés dans l'enquête ont essayé de mener, et qui leur est propre, peut se dérouler comme suit :

- Chaque emploi créé correspond à environ 200 jours de travail par an, ce qui permet d'estimer l'apport supplémentaire des nouveaux emplois en nombre de journées.
- En les répartissant de façon uniforme sur la totalité de l'effectif de l'établissement, on obtient le nombre moyen de jours par agent que ces emplois nouveaux permettent de compenser.
- En réalité, un calcul fin isolerait les personnels de nuit, et distinguerait selon les catégories d'agents, en repos fixe, ou en repos variables, à plus ou moins de 20 dimanches et jours fériés travaillés par an. Il s'agit ici d'une première estimation indicative.

Le résultat figure sur le graphique 11. On voit que :

- 2 HL ont bénéficié de créations d'emplois notifiées compensant intégralement, et plus, les RTT.
- Tous les autres établissements ont mis en place des organisations avec plus de RTT qu'ils n'avaient reçu de créations d'emplois, les écarts devant alors être compensés par des gains de productivité, ou une diminution de l'activité.
- Or ces écarts, qui pèsent sur les conditions de travail, vont de :
 - 3 jours par an et par agent dans les CHU2 et CH8,
 - à 11 jours par an et par agent dans l'HP2,
 - avec des valeurs intermédiaires à 4 (CHU1, HL3), 5 (CH1, CH6), 7 (CH3, CH4), 8 (CHU3, CHU4, CH2, HP1), 10 (CH5).

Graphique 11 : Jours de RTT compensés par des créations d'emplois notifiées par les ARH



7 – Le suivi de la RTT

Les protocoles signés prévoyaient partout des comités de suivi chargés de vérifier la mise en œuvre des mesures liées au passage aux 35 heures, et destinés à maintenir le dialogue social qui avait pu être amorcé sur cette question. Ces comités de suivi ont bien fonctionné dans tous les établissements enquêtés, ou plus exactement, ils n'ont jamais cessé d'exister, car dans la plupart des cas, c'est le comité de pilotage qui s'est automatiquement transformé en comité de suivi, ne fût-ce que parce que la réforme constitue un changement toujours en cours, et que la signature de l'accord n'a en rien constitué une fin, bien au contraire. Nous examinons dans cette partie le travail de ces comités de suivi, ainsi que les analyses que font les directions sur la gestion de leur établissement, avant d'aborder dans la partie suivante, et dernière, les impacts sur l'organisation du travail.

7.1 Les comités de suivi

Les comités de suivi ont bien fonctionné et se sont réunis de multiples fois au cours de l'année 2002, continuant encore en 2003. Comme dit ci-dessus, leur composition est généralement la même que celle du comité de pilotage, mais il faut signaler ici un élément nouveau survenu en cours de route. En effet, le protocole national a été assoupli en janvier 2003 par un avenant qui fixe les conditions dans lesquelles les jours de RTT non pris peuvent être soit reportés sur l'exercice suivant (de 2002 sur 2003, et de 2003 sur 2004), soit alimenter le CET où ils bénéficient pour les premières années (2002 à 2004) d'une bonification (on a alors un vrai compte d'épargne, puisque les quantités épargnées portent intérêt).

Or cet avenant a été signé par FO, qui n'avait pas signé le protocole initial. De ce fait, dans les établissements, FO demande à être associé aux travaux du comité de suivi ; ce que par endroits les syndicats signataires ne veulent pas, souhaitant préserver leur spécificité et éviter ce qu'ils qualifient de « récupération ». Ceci ne simplifie pas la tâche des directions, obligées alors d'organiser des réunions fractionnées, certains points étant abordés en session plénière, d'autres uniquement avec les signataires du protocole, et d'autres enfin, avec les signataires de l'avenant.

Sur le travail de fond, que regardent les comités de suivi ? En fait, ils s'intéressent essentiellement à trois aspects :

- le respect des embauches prévues dans le cadre des autorisations de créations de postes,
- le respect des droits des salariés, à savoir la vérification que les 35 heures sont bien respectées, que les agents peuvent vraiment prendre leurs jours de RTT, que les délais de prévenance sont respectés, qu'il y a les moins possible de retours sur repos, etc.,
- le suivi de la mise en place des organisations, afin de vérifier que les plannings proposés rentrent bien dans le cadre du protocole, et que les attributions d'effectifs correspondent aux besoins des services.

À côté de ces aspects sociaux, évidemment fondamentaux pour la crédibilité de l'opération (et nous avons vu en 5 que dans bien des cas les agents n'avaient pas pu prendre la totalité de leurs jours, n'étaient pas remplacés quand ils en prenaient, ou n'avaient pas vu de changement profond dans les organisations du service, ce qui les faisait donc douter du caractère réel du changement), certains hôpitaux travaillent encore sur l'organisation (CH6, CH8, CHU1, CHU4). Par endroits, on trouve des bilans globaux (par exemple effectués à la date de la rentrée de septembre 2002), avec questionnaires aux agents, afin de prendre la mesure des jours de RTT non pris, ou des problèmes subsistant.

Ainsi, dans le CHU3, en 2002, le comité de suivi a tenu 8 réunions entre avril et décembre, qui lui ont permis d'examiner les nouvelles organisations du temps proposées par les services, les modalités d'expression du personnel sur le dispositif proposé et de s'intéresser aux premiers éléments de réorganisation du travail et aux investissements d'accompagnement proposés. Pour chaque service, une fiche présente l'organisation actuelle et future. Elle précise les amplitudes hebdomadaire et journalière, la durée hebdomadaire de travail, les

horaires journaliers de travail, la manière dont seront positionnées les JRTT. Y figurent également les équipements ou travaux susceptibles d'améliorer l'utilisation du temps de travail, des pistes pour le contrat de management et l'indication des modalités de concertation organisée avec les agents du service. Les conseils de service et les réunions d'expression permettent de présenter le dispositif et les organisations proposées. Les représentants du personnel au comité de suivi s'attachent notamment à vérifier l'accord des personnels sur les organisations proposées, les discussions étant pour la direction l'occasion de rappeler le cadre du protocole que les organisations du temps proposées doivent respecter.

De même, dans le CH6, les groupes de travail mis en place pour la RTT continuent de fonctionner et de réfléchir sur des organisations nouvelles (nous y revenons dans la partie 8).

D'autres aspects sont également intéressants à regarder, concernant l'impact de cette réforme sur l'activité, les finances ou la gestion des ressources humaines. Il est malheureusement dommage que le calendrier de l'étude ait été un peu précoce pour disposer d'éléments fiables concernant la totalité de l'année 2002, et que les évaluations qui suivent n'en soient donc que très partielles, mais on peut d'ores et déjà avancer quelques réflexions sur ces différents points.

On peut toutefois remarquer que les éléments qui suivent ont été obtenus souvent (pas toujours il est vrai) sur l'insistance des enquêteurs, et n'étaient pas immédiatement disponibles auprès des équipes de direction. Il est vrai que ces éléments ne sont pas faciles à rassembler, que l'approche est souvent complexe, et donc les éléments indéfiniment questionnables, que les données n'étaient pas intégralement réunies au tout début de l'année 2003, mais force est de constater que leur recueil ne semblait pas avoir été anticipé, autrement dit que les comités de suivi ne s'étaient pas vraiment saisis des questions correspondantes, alors même que les questions sont souvent évoquées par les acteurs eux-mêmes au cours de leurs entretiens. Pour les enquêteurs, il s'agissait donc d'essayer de dépasser les impressions générales, et de quantifier les points soulevés pour valider ou infirmer les thèses en présence.

7.2 L'impact de l'ARTT sur l'activité

Une question majeure pour l'hôpital est de savoir si le passage aux 35 heures se fait au détriment de son activité. Bien entendu, au fil des entretiens, et ceci a été évoqué plus haut dans cette synthèse, se sont fait jour des représentations et des plaintes concernant :

- La diminution d'amplitude de certains services, notamment médico-techniques, techniques et administratifs.
- La diminution d'activité de l'ensemble de l'hôpital, en termes d'admissions et de journées.
- La réduction des programmes opératoires, par diminution des plages ouvertes, ou l'instauration de jours bleus.
- La fermeture de services ou de lits.

Qu'en est-il ?

La diminution d'amplitude de services médico-techniques, techniques et administratifs :

elle n'est pas générale, mais elle existe dans de nombreux cas, nous y revenons ci-après dans la partie 8. Cela aboutit à des retards dans le traitement des dossiers ou l'archivage, à l'arrêt de travaux préventifs dans les services techniques, qui vont se concentrer sur les aspects curatifs, à des plages d'activité réduites dans certains services médico-techniques, notamment les blocs opératoires, les laboratoires, les services d'imagerie.

La diminution d'activité de l'ensemble de l'hôpital, en termes d'admissions et de journées :

Ici, il est trop tôt pour se forger une opinion, seules les statistiques d'activité sur l'ensemble de l'année quand elles seront disponibles permettront de trancher la question. Si se confirme l'idée que l'activité globale a diminué sur l'ensemble des hôpitaux publics du pays, on pourra se poser la question de savoir si de ce fait, le système de santé a été amené à faire preuve de plus de vigilance dans la prise en charge des patients, et à ne garder que ceux qui ressortissent de ses soins à bon escient, ou si au contraire, la diminution de l'offre a pu être préjudiciable aux patients.

La réduction des programmes opératoires :

Il est de fait, et on le retrouve dans l'ensemble des hôpitaux de court séjour visités, que les blocs opératoires ont vu leurs plages d'ouvertures diminuées, ou l'instauration de jours bleus (jours sans programme opératoire), le but étant de mieux synchroniser les moyens disponibles. Nous y revenons dans la partie 8. Tous les chirurgiens rencontrés se plaignent de cet état de fait, et évoquent des délais apparaissant dans les files d'attente, l'impossibilité de prendre en charge nombre de cas, renvoyés sur d'autres structures ou devant subir une attente. Or, d'autres études lancées par la DREES semblent montrer que l'activité chirurgicale globalement serait plutôt en diminution. Peut-on en conclure que la RTT, même si elle diminue les plages d'ouverture, peut se faire sans incidence pour les patients ? Ce n'est certes pas l'avis des chirurgiens rencontrés, et une étude spécifique serait certainement bienvenue pour éclairer ce point.

Il était hors de portée de la présente étude de chercher à approfondir ce point particulier qui mérite probablement des journées entières d'investigation dans les blocs opératoires.

La fermeture de services ou de lits :

Souvent évoquée, aussi bien par les agents que par les cadres, elle semble affecter moins le corps médical qui l'évoque peu. Il est vrai que le mouvement ne date pas d'hier, et qu'il s'agit d'une tendance de fond. Depuis plusieurs années, les établissements ont par ailleurs pris l'habitude de fermer un certain nombre de lits, ou de parties de services pendant les périodes de vacances, pour pouvoir libérer davantage de personnels en même temps. Il semble que, avec le passage aux 35 heures, ce mouvement se soit amplifié pendant l'été, et se déplace aussi vers les vacances de fin d'année. Il était là plus facile aux enquêteurs de chercher à avoir des données. Pourtant, cette information n'est pas partout immédiatement disponible, et n'a pu être recueillie que dans certains établissements, d'autres faisant néanmoins connaître le sens de l'évolution. On aboutit au tableau 18 ci-après, à interpréter avec précaution :

- Une augmentation des fermetures de lits peut tenir à une réduction des effectifs disponibles, mais aussi à une campagne de travaux spécifiques. Par ailleurs, les motifs peuvent se recouvrir, l'idéal étant de profiter des travaux pour accorder des RTT aux agents ; les fermetures sont alors dues aux travaux, et non aux réductions d'effectifs.
- Lorsque les chiffres sont connus, ils font apparaître une augmentation des fermetures de lits ; mais comme le nombre d'établissements ayant pu récolter cette information est minoritaire dans l'échantillon, peut-être y a-t-il un biais, l'information ayant été recherchée justement chez ceux qui s'inquiétaient et anticipaient une réponse de ce type.
- Cela dit, lorsque les chiffres ne sont pas connus, le sentiment des responsables est que les fermetures ont plutôt augmenté aussi.

On aurait donc bien un resserrement de l'offre de service due aux 35 heures.

Restent alors à trancher deux questions, qui pourraient faire l'objet d'évaluations ultérieures :

- Ce mouvement se poursuivra-t-il dans les années à venir, ou les renforts en effectifs qui viendront permettront-ils d'éviter ces fermetures ?
- La diminution de l'offre s'accompagne-t-elle d'une réduction des capacités offertes aux patients, ou simplement d'une concentration dans le temps de moyens identiques ?

Tableau 18 : Comparaison des fermetures de lits entre 2001 et 2002

	Total fermetures de lits en journées		Dont pour congés ou manque de personnel (estimation des hôpitaux)	
	2001	2002	2001	2002
CHU1	48 043	47 906	19 524	22 292
CHU2	172 sur 1 an	223 sur 1 an		
CHU3	28 950	32 646	21 868	25 150
CHU4			Information non disponible	
CH1			Information non disponible	
CH2			Information non disponible	
CH3			+ 18,5%	
CH4			Pas de différence	
CH5			Information non disponible	
CH6			Information non disponible	
CH7			En augmentation	
CH8	5 796	7 376	4 872	5 996
HL1			Information non disponible	
HL2			Pas de différence	
HL3			Pas de différence	
HP1			Fermeture pdt les congés scolaires	
HP2			Information non disponible	

7.3 Le coût de la RTT

Il est intéressant de remarquer que cet aspect des choses n'a pas fait l'objet d'évaluation de la part des hôpitaux. En partie probablement parce qu'il est trop tôt, en partie aussi parce que les équipes de direction ont été mobilisées par le changement lié au passage aux 35 heures, dans un contexte où elles devaient par ailleurs tenter d'obtenir des ARH les moyens qu'elles jugeaient nécessaire à leur fonctionnement.

Cela dit, ce chiffrage n'est pas facile à réaliser. Que faudrait-il compter ?

- les budgets accordés à ce titre par l'ARH, certes, mais l'hôpital a pu dépasser par endroits les crédits autorisés,
- les emplois nouvellement créés dans le cadre de la RTT. C'est la partie la plus aisée du calcul, encore que l'on n'ait pas ici la totalité des annuités salariales, nombre d'embauches n'ayant été réalisées qu'en cours d'année,
- les variations des mensualités de remplacement, la dotation en effectifs supplémentaires ayant peut-être permis d'économiser sur ce chapitre,
- les variations sur les postes de personnel intérimaire ou contractuel, le cas échéant,
- la variation de la masse des heures supplémentaires payées (ainsi CHU3 a obtenu une dotation de 17,98 ETP au titre du paiement des heures supplémentaires à titre transitoire pour l'exercice 2002).

Mais les situations entre 2001 et 2002 ne sont peut-être pas les plus intéressantes à comparer. En effet, les turbulences liées au passage aux 35 heures ont pu conduire les agents à prendre davantage de jours, à vouloir épuiser les comptes d'heures qu'ils avaient auparavant, générant ainsi des appels à heures supplémentaires qui ne se manifesteront pas à nouveau les années suivantes. On serait alors dans une période de transition, en attendant que la totalité des effectifs nouveaux soient arrivés, et que les comportements des agents aient retrouvé une certaine stabilité. De même, le changement de règles concernant les astreintes a pu provoquer une augmentation des heures supplémentaires.

Par ailleurs, il faudrait s'interroger sur les incidences de la RTT sur les autres budgets. Peu d'éléments sont apparus spontanément, mais on peut enregistrer par endroits :

- des impacts sur les programmes d'équipements (acquisition d'investissements de productivité dans les services techniques ou médico-techniques, ou d'équipements ergonomiques pour soulager les personnels dans les services de soins) ;
- ou sur les budgets de consommables (par exemple augmentation des denrées précuites en cuisine, recours accru à la sous-traitance pour la maintenance des équipements) ;
- ou des investissements spécifiques liés à la RTT, comme les logiciels de décompte du temps, l'achat de badgeuses, etc.

Encore que certains de ces programmes, déjà envisagés antérieurement, n'ont été que hâtés par la RTT.

Notons aussi que beaucoup d'hôpitaux reconnaissent être en situation financière difficile. Ainsi le CHU3 note dans son rapport de gestion 2001, « *la montée progressive et annoncée des difficultés budgétaires depuis 5 ans a abouti à une impasse qui déstabilise le CHU dans*

ses équilibres budgétaires, mais aussi le fragilise financièrement ». Les CHU3, CH1, CH4, CH6, HL2, HP1 évoquent également des situations financières tendues, des reports de charges d'une année sur l'autre, des incertitudes sur le caractère pérenne des ressources qui leur ont été allouées. Rares sont les hôpitaux ne se plaignant pas de leur situation financière.

Pour toutes ces raisons, l'étude s'est bornée sur ce chapitre à enregistrer que très peu d'établissements avaient réuni des éléments pour traiter cette question, et qu'il était illusoire de chercher à le faire sans conventions communes de calcul, et sans définir un périmètre bien déterminé. Ici aussi, à terme, une étude sur ce thème serait probablement judicieuse.

7.4 La gestion des ressources humaines

En matière de GRH, une grande question était importante à regarder, au regard des discours entendus auprès de interlocuteurs rencontrés : la RTT est-elle réellement implantée, ou les agents ont-ils raison de parler de RTT virtuelle ? Ici encore, compte tenu de la date de l'étude, les informations n'étaient pas encore synthétisées, et ne permettaient pas une réponse immédiate. De plus, en y réfléchissant, on s'apercevait qu'il était hasardeux de rester au niveau des jours de RTT. En effet, on a vu les nombreux compteurs qui sont à disposition des agents : congés annuels, jours de RTT, récupérations d'heures supplémentaires et de jours fériés, comptes d'heures antérieurs à la RTT. De ce fait, par endroits, les agents disaient n'avoir pas pu prendre leurs RTT, mais ils soldaient les comptes d'heures antérieurs, à d'autres, ils prenaient leurs jours de RTT, mais accumulaient les congés annuels non pris. Il aurait donc fallu pouvoir prendre en compte l'ensemble de ces variables. C'était éventuellement possible au niveau des services, où les cadres gardent trace de ce qui est dû aux agents, mais c'était beaucoup plus difficile au niveau d'un établissement, d'autant que de nombreux sites signalaient les difficultés de démarrage ou d'adaptation des outils informatiques (on l'a vu notamment dans les commentaires des cadres en 5.2).

Aussi l'étude s'est-elle finalement intéressée à trois aspects :

- l'implantation d'outils de gestion du temps informatisés, et l'aide qui en est résultée,
- l'impact de la RTT sur l'absentéisme,
- l'impact de la RTT sur la formation.

Nous examinons ci-après chacun de ces points :

7.4.1 L'implantation des outils de gestion informatisée du temps

De nombreux hôpitaux de l'échantillon ont mis en place de nouveaux outils ou adaptés des outils déjà existants pour maîtriser la gestion du temps des agents. On remarque d'ailleurs que dans certains hôpitaux c'est cet aspect des choses qui a motivé l'appel à un consultant extérieur, plus que la démarche d'accompagnement de la RTT, ou la réflexion sur les changements organisationnels.

Les systèmes en place ont dû, de toutes façons, être paramétrés pour tenir compte des nouvelles règles liées aux 35 heures : c'est le cas du CH3 ou du CH5. Lorsqu'ils ont été implantés spécialement pour la circonstance, ils l'ont été avec les 39 heures pour être prêts au moment du basculement, et ont dû être reparamétrés pour les 35 heures. Mais ces systèmes

ont connu des difficultés, qui, ajoutées à la moindre disponibilité des services de DRH et de l'informatique, ont conduit à des retards de mise en œuvre, et à des mécontentements certains chez les agents. Ainsi, dans plusieurs hôpitaux, signale-t-on que les agents ne disposaient pas, à la fin 2002, de leurs comptes d'heures et ne savaient donc pas officiellement où ils en étaient. En fait, officieusement, ils le savaient, dans la mesure où les cadres ont continué à tenir des comptes manuels. Mais cette tâche s'est avérée très lourde, les obligeant à tenir plusieurs compteurs pour chaque agent, à effectuer les totaux à la demande, et par ailleurs à se charger de la saisie manuelle de toutes les informations sur le système informatique. Le fait qu'ensuite le système n'ait pas été opérationnel et n'ait pas permis de tirer avantage de leur investissement en temps a aggravé pour les cadres l'impression d'augmentation très lourde du travail administratif, sans reconnaissance de cette charge supplémentaire, et sans que ce travail ne trouve sa compensation dans une satisfaction accrue de leurs personnels.

Par ailleurs, pour aider les agents, des badgeuses ont pu être implantées, qui leur permettent de visualiser le niveau où ils en sont de leur temps de travail. En principe, cette implantation s'accompagne de la diffusion d'un rappel des règles précises à respecter ; mais il faut signaler le cas déjà évoqué du CH7, où le seul paramètre enregistré par la direction est celui de la durée annuelle du temps travaillé, laissant aux agents et aux cadres le soin de vérifier que ce temps est distribué en fonction des besoins du service. Si cette logique devait perdurer avec l'acquisition envisagée d'une badgeuse, on est alors dans une logique de simple vérification du temps travaillé, sans que l'investissement ne soit utilisé pour l'organisation.

Car la définition précise du temps de travail, les règles adoptées concernant l'intégration des temps d'habillage, de déshabillage et de repas, jointes aux possibilités de précision de l'instrument, amènent à pouvoir compter le temps à la minute près. Autrement dit, la souplesse recherchée se traduit de fait par une grande rigueur dans le décompte des temps. Comme il a été entendu, « *chaque minute compte et est comptée* ». Ainsi a-t-il fallu dans certains hôpitaux distinguer selon que la badgeuse était située avant ou après le vestiaire. On a alors un mélange de comptages exacts et de forfaits. Il en va de même pour les temps de repas : qu'ils soient ou non pris sur le temps de travail, l'important est de savoir si ce temps est mesuré ou évalué de façon forfaitaire. Sur ce point, il est intéressant de remarquer qu'un seul hôpital de l'échantillon a mené une étude sur la fréquentation du self, afin de mesurer les temps réels de passage (le repas s'accompagne souvent d'une attente qui peut être longue), et la hausse ou la baisse du nombre de repas servis, afin de voir si les agents sont ou non obligés de renoncer aux repas en raison de l'intensification du travail.

D'une manière générale, on remarque que, à côté de règles très précises et de mesures rigoureuses, se développent des pratiques plus floues, les conditions actuelles rendant nécessaires des accommodements, qui suscitent souvent chez les personnels de l'insatisfaction. Ici encore, il faudra voir à terme si ce phénomène persiste, car il est clair qu'il serait dangereux.

7.4.2 La question du stress et son impact sur l'absentéisme de courte durée

L'essentiel des plaintes des agents sur les 35 heures tient on l'a vu en 5.2 à l'intensification du travail qui résulte des effectifs jugés insuffisants, insuffisance aggravée par les absences laissées par les jours de RTT. De ce fait, deux thèses s'opposent :

- les jours de RTT permettent aux agents de disposer de davantage de temps libre, ce qui devrait se traduire par une baisse de l'absentéisme,
- au contraire, les conditions de travail dégradées, jointes à la frustration engendrée par une RTT incomplète, engendrent un absentéisme supérieur.

L'étude a cherché à voir plus clair entre ces deux thèses. Le tableau 19 ci-après donne l'état des informations recueillies. Tous les hôpitaux n'ont pas pu fournir des données de façon détaillée, car l'étude n'a pas voulu en rester au niveau de l'absentéisme toutes causes confondues, et plutôt isoler l'absentéisme maladie de courte durée (à l'exclusion des maternités ou maladies professionnelles), le plus susceptible d'être affecté par la mise à disposition de jours pour absence RTT, ainsi que l'absentéisme dû aux accidents de travail, un service de médecine du travail, dans le CH8, ayant tiré la sonnette d'alarme à ce sujet.

On voit que dans 6 cas sur 10 renseignés, l'absentéisme de courte durée augmente effectivement, ce qui conforte donc l'idée que la RTT n'a pas pour l'instant amélioré mais plutôt pesé sur les conditions de travail. Ceci, il faut l'espérer, pourrait changer avec d'une part l'augmentation des effectifs à venir en 2003 et 2004, avec aussi les efforts qui continuent d'être déployés sur l'organisation et dont nous allons parler dans la partie suivante. Notons d'ailleurs que dans 4 cas sur 10 la tendance inverse s'observe, et même que, en HP2, la diminution constatée de l'absentéisme entre 2001 et 2002 rompt avec une tendance à l'augmentation observée depuis plusieurs années.

Tableau 19 : Comparaison de l'absentéisme de courte durée entre 2001 et 2002

	Total absentéisme		Maladie ordinaire		Accidents travail		Accidents trajet	
	2 001	2 002	2 001	2 002	2 001	2 002	2 001	2 002
CHU1	360 205	322 863	129 439	135 827	16 404	14 586	1 898	2 256
CHU2	*152 505	*140 688	71 296	66 420	10 697	8 901	1 303	832
CHU3	167 865		52 318	58 843	13 499	16 879		1 783
CHU4	nd	nd						
CH1			12 643	13 164	1 599	965		
CH2	nd	nd						
CH3	59 442	68 834	24 522	31 647	3 439	4 046		
CH4	16 062	18 673	8 272	8 510	2 542	3 133		
CH5	nd	nd						
CH6	82 377	84949	38313	41707				
CH7	nd	nd						
CH8	32 640	32 439	18 988	16 987	2 703	3 230	157	306
HL1	7 120	7 787	3 326	2 441	292	468		
HL2	nd	nd						
HL3					8 AT	11 AT		
HP1	nd	Nd						
HP2			16 321	12 778			2 505	2 055

Légende :

Les chiffres du tableau donnent le nombre de jours annuels de chaque catégorie

* = hors maternités

nd : donnée non disponible

7.4.3 L'impact sur la formation

Un fait très souvent mentionné dans les unités de soins est la difficulté de pouvoir suivre des actions de formation. Si en effet les personnels effectuent moins de journées de travail, et si le taux d'absentéisme augmente, les cadres ont forcément tendance à chercher à conserver les effectifs dont ils disposent pour assurer les soins ou l'activité de leurs services. Ajoutons que bien souvent les agents eux-mêmes hésitent à partir en formation alors qu'ils savent ne pas pouvoir être remplacés, et imposer ainsi à leurs collègues des difficultés supplémentaires. Il y aurait en quelque sorte à la fois moindre volonté d'envoi en formation, et autorestriction.

Or, c'est le moment où il est envisagé de lancer des campagnes de formation, notamment aux transmissions ciblées, censées aider à effectuer des relèves de qualité dans un temps de chevauchement moindre. Cette contradiction n'a pas échappé aux organisations syndicales, nous l'avons vu en 5.5. Le tableau suivant 20 donne l'état des informations recueillies sur ce sujet auprès des hôpitaux de l'échantillon.

Tableau 20 : Comparaison des jours de formation en 2001 et 2002

	Journées de formation	
	2 001	2 002
CHU1	49 199	47 845
CHU2	17 348	16 735
CHU3 *	12 257	5 990
CHU4	nd	nd
CH1	nd	nd
CH2	nd	nd
CH3	nd	nd
CH4	2 063	2 470
CH5	nd	nd
CH6	5 790	4 292
CH7	nd	nd
CH8	nd	nd
HL1	1 181	0
HL2	nd	nd
HL3	nd	nd
HP1	nd	nd
HP2	nd	nd

Légende :

Les chiffres du tableau donnent le nombre de jours annuels de chaque catégorie

* : données non complètes à ce jour

La conclusion qui ressort des observations effectuées sur les 17 établissements enquêtés est que les possibilités de formation ont diminué entre les deux années (5 cas sur 6 renseignés). Il sera intéressant aussi de suivre ce paramètre dans l'avenir afin de vérifier s'il s'agit là d'une tendance lourde, ou d'un phénomène passager. Ajoutons que le corps médical s'inquiète lui aussi de ce phénomène (dans le CH6 par exemple), car le temps restant de chevauchement ne lui permet plus d'assurer les informations ou petits cours aux personnels, et qu'il envisage donc d'utiliser pour ce faire les journées de formation institutionnelle, ce qui posera problème si cette possibilité est elle-même réduite.

En fait, ces facteurs amènent à examiner l'organisation du travail, à travers le fonctionnement concret des services, dont on a perçu dans les discours tenus par les agents, les cadres, les organisations syndicales et les médecins, et enregistré par l'évolution des quelques paramètres ci-dessus, qu'elle risquait de s'être dégradée, ou à tout le moins qu'elle nécessitait une approche nouvelle. C'est l'objet de la huitième et dernière partie.

8 – À la recherche d'une organisation plus adaptée

L'hôpital constitue une organisation particulière, que le sociologue Mintzberg considère comme le prototype de la bureaucratie professionnelle. Cette expression signifie que le travail

y est régi par des règles bien précises et un système de normes, guides de bonnes pratiques, savoirs codifiés et reconnus, compétences professionnelles agréées, etc., autrement dit que le travail de chacun des acteurs s'inscrit dans un cadre bien déterminé et pensé à l'avance, ce que recouvre le terme de bureaucratie. Mais cette bureaucratie n'est pas d'essence administrative ou gestionnaire, comme dans de nombreuses autres entreprises, le champ de compétences mis en œuvre par les médecins et les personnels soignants nécessitant des compétences spécifiques. La bureaucratie, le pouvoir d'édicter les normes et les règles appartient en fait aux professionnels eux-mêmes, seuls habilités à prendre les décisions de soins et à définir leur code de bonnes pratiques.

De ce fait, la gestion hospitalière pose des problèmes particuliers, les compétences et le pouvoir étant partagés entre gestionnaires et professionnels. Le gestionnaire ne peut s'immiscer dans la pratique professionnelle des différentes catégories d'acteurs, il peut en revanche analyser et évaluer le fonctionnement des services, et s'efforcer de leur apporter une part importante des ressources dont ils ont besoin pour fonctionner (il est détenteur des moyens), ou veiller au strict respect des réglementations, afin d'assurer la sécurité de tous et la qualité des soins.

La RTT se retrouve ici à la croisée de ces deux attributions :

- En tant que réglementation nouvelle, il appartient aux directions de veiller à ce qu'elle soit mise en œuvre, et nous avons vu le travail que cela a représenté pour elles.
- En tant que modification des conditions de fonctionnement, elle intéresse les professionnels, qui doivent parvenir à trouver un mode de travail qui en tire parti au mieux des intérêts des patients qu'ils ont à soigner.

C'est ici que de RTT elle devient ARTT, ou même OARTT (Organisation, aménagement et réduction du temps de travail), et non seulement réduction (c'est le cas dans le CHU1, CHU3, CH6).

Il s'agit en effet d'une mesure importante, de grande ampleur (passage de 39 à 35 heures hebdomadaires, alors que souvent l'hôpital continuait à fonctionner sur un rythme de 40 heures avec des aménagements à la marge pour arriver à 39), qui va marquer profondément le paysage hospitalier, et qui a toutes chances de le faire pendant de nombreuses années (on imagine mal pour l'instant une nouvelle étape de réduction du temps de travail). Dès lors, les hôpitaux ont intérêt à imaginer et instaurer des organisations cohérentes, adaptées à cette nouvelle donne, et capables d'assurer un fonctionnement harmonieux des services.

Un grand effort a été lancé au cours de l'année 2001 pour dresser l'état des lieux, imaginer des scénarios de fonctionnement, comme nous l'avons vu dans la partie 3. Cet effort s'est poursuivi au cours de l'année 2002, une fois connus les moyens dont les hôpitaux allaient pouvoir disposer, ainsi que les règles exactes liées aux 35 heures. Pour autant, la réflexion n'est pas terminée. Une partie importante du travail de cette étude a donc consisté à repérer des changements dans l'organisation, à regarder en quoi ils étaient transitoires ou définitifs, et quels éventuels types de risques ils faisaient peser sur l'organisation des soins ou, au contraire, quels facteurs favorables ils représentaient.

C'est l'objet de cette partie, qui distinguera :

- Les services de soins.
- Les services médico-techniques.
- Les services techniques et logistiques.
- Les services administratifs.
- Les aspects transversaux de l'organisation.

Selon les monographies, la démarche n'a pas toujours été la même :

- Dans certains cas, des investigations ont porté sur un service de chaque type, en détail, pour bien comprendre le fonctionnement du service, quitte à ce qu'il ne s'agisse que d'un cas dans un ensemble.
- Dans d'autres monographies, des réunions communes ont été organisées pour recueillir davantage d'avis, mais n'ont pas permis de pénétrer autant dans le fonctionnement concret des services.

La présente synthèse va s'efforcer de tirer le meilleur parti de ces deux types d'approches, et de restituer le plus possible les informations contenues dans les monographies.

8.1 - Les services de soins

Les services de soins constituent le cœur même de l'hôpital, ils fonctionnent pour la plupart en continu, ils occupent on l'a vu (voir tableau 2) environ la moitié des personnels, et ils sont en contact direct avec les patients. Nous examinerons successivement plusieurs points qui sont apparus vitaux pour l'organisation :

- L'organisation des postes de travail
- Le type de planning qui a été mis en place.
- La question de la relève entre équipes.
- L'instauration de pools pour pallier l'absentéisme des jours RTT.
- L'impact sur la qualité des soins.

8.1.1 L'organisation des postes de travail

Nous avons vu plus haut que la réduction quotidienne de la durée du travail est nettement moins appréciée que la réduction cumulée, qui permet de disposer de jours de congés supplémentaires. Il s'agit pour les personnels et leurs représentants à la fois de traduire au mieux les aspirations des salariés mais aussi de favoriser une solution qui à leurs yeux, nécessite plus d'embauches. On est là au cœur du problème de la RTT dans les établissements sanitaires. Mais au lieu d'affecter les postes créés à la compensation des jours de congés supplémentaires (entre 12 et 30 par an et par personne nous l'avons vu), on aurait pu aussi rechercher une amélioration des conditions de travail des agents, et affecter moins de postes à cette compensation, et davantage à un renfort des équipes. Mais les tutelles sanitaires auraient-elles pu convaincre les tutelles financières d'une aide massive aux hôpitaux sans le motif de la RTT ? Et les organisations syndicales, soucieuses de créer le maximum d'emplois, pouvaient-elles miser sur l'amélioration des conditions de travail plus que sur la RTT ? Pourtant, dans les discours entendus est souvent revenue l'expression selon laquelle « avec les

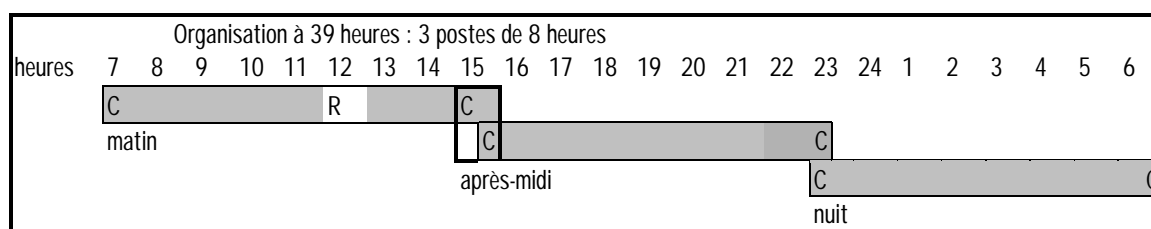
renforts obtenus, on serait bien pour 39 heures, mais pour 35 c'est trop juste », qui montre bien que les renforts pouvaient nettement relâcher les tensions dans le travail. En fait, il s'agit ici de voir quelle répartition de l'effort de productivité a été opérée entre une diminution de la durée quotidienne du temps de travail et le non remplacement des agents absents en jours de RTT.

Voyons rapidement ce qui sous-tend une telle thèse :

Schématiquement, dans les services de soins, compte tenu de la nécessité de permanence des soins sur les 24 heures, l'organisation la plus habituelle était jusqu'en 1993 (en faisant ici abstraction des services fonctionnant en 12 heures ou plus, qui existent aussi) :

- Trois postes de 8 heures, matin, après-midi, nuit (autrefois matin, garde, veille, quand l'essentiel des soins était concentré sur le matin), selon le schéma suivant :

Tableau 21 : une organisation traditionnelle des soins jusque 1993



C = chevauchement ; R = repas

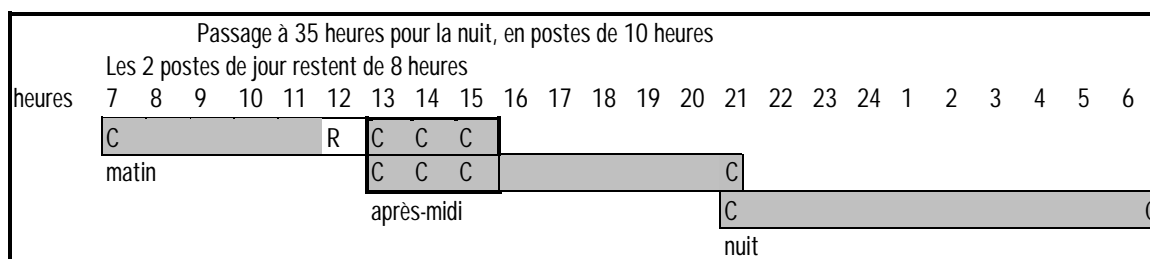
Comme il faut assurer les transmissions d'informations entre équipes, les plages se recouvrent légèrement aux extrémités, ce qui allonge l'amplitude sans pour autant allonger le temps de travail effectif, puisque les agents s'absentaient une heure pour aller déjeuner (repas hors temps de travail). On peut aussi jouer sur des horaires individuels légèrement décalés aux extrémités, de façon à ce qu'il y ait toujours quelqu'un, mais on fragilise alors ces périodes, et les transmissions ne peuvent plus se faire en présence de tout l'effectif (dans certains hôpitaux les transmissions dans le service regroupent non seulement les infirmières, mais aussi les aides soignantes et les médecins).

Depuis le passage des personnels de nuit aux 35 heures, entre 1992 et 1994, ces organisations ont pu être modifiées. Dans la plupart des cas, on a profité de l'occasion pour passer à des nuits plus longues de 10 heures, ce qui procure plusieurs avantages :

- Meilleure insertion de l'équipe de nuit dans l'établissement, puisqu'elle est présente à des moments où elle risque de croiser les autres personnels.
- Modification des heures de prises de poste pour les équipes de nuit et de fin de poste pour celles d'après-midi, dans un sens qui sécurise davantage les agents.
- Planning plus favorable aux personnels de nuit, qui travaillent une semaine 4 nuits (40 heures), et une semaine 3 (30 heures), ce qui leur ménage des jours de récupération.

Cette solution aboutit à laisser aux personnels de jour une plage de 14 heures d'amplitude. Comme il y a toujours une heure de déjeuner, et que les postes sont de 8 heures, au total, on aboutit à un chevauchement en milieu de journée de 3 heures, pendant lesquelles il y a double effectif. L'hôpital rémunère donc 27 heures une journée de 24. En réalité, ce chevauchement est utilisé pour de multiples usages (voir ci-après le point sur l'organisation du travail).

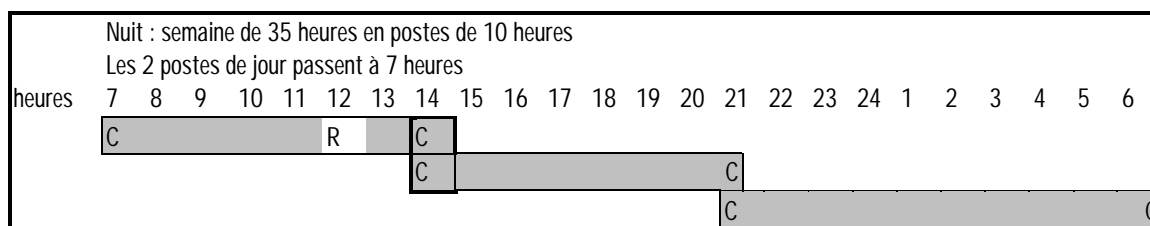
Tableau 22 : Organisation du travail de 1993 à 2001



C = chevauchement ; R = repas

Les établissements auraient donc pu diminuer ce chevauchement à la faveur du passage aux 35 heures des personnels de jour, en réduisant la durée quotidienne des postes à 7 heures. De ce fait, on aurait pu passer de 39 heures à 35 sans adjonction importante de personnels dans les services de soins, autres que celles qui avaient été attribuées pour étoffer l'équipe de nuit lorsqu'elle était passée à 35 heures en augmentant son amplitude. On a ainsi concentré les créations d'emplois sur la période où les effectifs requis sont les moindres.

Tableau 23 : Organisation possible à partir de 2002



C = chevauchement ; R = repas

Rappelons que les accords Durieux de janvier 1992 avaient prévu la création de 4 000 postes pour absorber le passage des effectifs de nuit de 39 à 35 heures, auxquels 1 500 postes avaient été ajoutés pour l'amélioration des conditions de travail. Peut-être aurait-on pu de même en jouant sur l'organisation affecter moins à la RTT et plus aux conditions de travail ?

Les directions ont cherché des pistes d'organisation à partir de solutions de ce type (exemple 37h et 12 RTT), et les ont partiellement mises en pratique, avec une diminution de la durée quotidienne (voir tableau 13), mais tous les débats sur la prise en compte ou non du repas, ou sur la confusion entre temps de pauses, d'habillage et de déshabillage et temps de repas, ont abouti de fait à réduire fortement la plage de chevauchement qui apparaît sur le tableau 22. De plus, les agents ont en général préféré garder des postes plus longs et bénéficier d'une RTT sous forme de jours de repos supplémentaires.

Or, et nous y revenons dans la partie sur l'organisation, l'organisation des temps de relève est en soi un problème crucial pour la continuité des soins, et les habitudes prises entre 1993 et 2001 pour profiter de ce long chevauchement ne pouvaient peut-être pas être supprimées d'un seul coup.

La demande s'est donc portée vers un maintien de la configuration du tableau 21, avec des postes inchangés, et un abaissement de la durée annuelle du travail par injection de repos supplémentaires, solution qui de surcroît rendait directement nécessaire des renforts en effectifs. De fait, la solution finalement adoptée se situe entre ces deux extrêmes, avec une durée hebdomadaire à 37h30 ou 38h (intermédiaire entre 35 et 39h), et des jours de RTT à 15 ou 18 (intermédiaire entre 0 et 22).

Quoi qu'il en soit, on voit que la pression des salariés (les préférences concernant la vie personnelle poussant à obtenir des jours de repos supplémentaire) a été relayée par les syndicats qui ont demandé le maximum (20) de jours de RTT (seule la CFDT acceptait des schémas à 12 jours de RTT pour ne pas peser sur les conditions de travail des agents). Les négociations qui se sont déroulées en temps très limité n'ont pas permis de creuser les problèmes d'organisation, et le compromis trouvé a mis en place un compromis (37,5h et 15 jours de RTT en majorité), qui ne permet pas d'améliorer les conditions de travail, quel qu'en soit le besoin reconnu.

8.1.2 les plannings

L'état des lieux a montré que les plannings dans les différents services d'un même hôpital étaient souvent très disparates, ce qui n'a rien d'étonnant compte tenu des contraintes variées de fonctionnement. En revanche, il est aussi apparu que les plannings étaient souvent des constructions contingentes aux personnels affectés aux services. Autrement dit, au lieu de partir d'une définition du nombre de postes de travail nécessaires sur chaque tranche horaire (exemple 2 infirmières le matin en semaine, 1 seule le dimanche après-midi), et d'en déduire les effectifs nécessaires au service, puis les plannings correspondants, les cadres ont du adopter une autre méthode : en fonction des effectifs qui leur sont alloués d'une part, des caractéristiques de ces agents d'autre part (plein temps et divers types de temps partiels), ils fabriquent des plannings qui assurent à chacun sa durée de travail, et s'approchent le plus possible des effectifs requis sur chaque tranche. Il en résulte des plannings assez inégaux, les effectifs étant réduits à certains moments et plus normaux à d'autres. De plus, compte tenu des absences multiples, ils sont amenés à les modifier fréquemment et souvent en dernière minute, accentuant l'impression d'improvisation.

L'OARTT a été l'occasion dans plusieurs hôpitaux de revenir sur ces habitudes et de tenter d'homogénéiser les pratiques d'une part, de standardiser les plannings d'autre part. Autour de la DSSI se sont mis en place des groupes de travail qui ont essayé d'imaginer des plannings respectant l'ensemble des dispositions réglementaires, et correspondant à des niveaux d'effectifs différents et à des longueurs de cycles différentes. Parfois, ces grilles de base ont d'ailleurs été jointes en annexe au protocole d'accord. Là où ces mesures ont été prises, les cadres se disent soulagés de ne plus avoir à construire des plannings au fur et à mesure, puisqu'ils disposent maintenant d'un canevas de base, qu'ils ont encore certes à aménager au jour le jour, mais qui part d'une trame répétitive. De leur côté, les agents se disent satisfaits d'une visibilité plus grande de leur cycle de travail, ce qui leur permet de programmer plus sûrement et plus facilement l'usage de leurs jours de repos. Ainsi, dans le CHU3, l'accord avait insisté sur la nécessité de sortir du cercle vicieux propre à l'hôpital qu'est le non respect des plannings. Les plannings prévus étaient en effet systématiquement revus et les récupérations et congés supprimés et déplacés en raison d'un absentéisme chronique. En fait,

la RTT n'a pas réellement permis de régler cette situation, voire l'a dans certains cas amplifiée.

Nous avons vu dans la partie 4 que les solutions adoptées variaient selon les endroits :

- les jours de RTT sont plus ou moins à disposition des agents (jours programmables par l'encadrement, et jours au choix des agents),
- les jours de RTT programmables et les récupérations de jours fériés sont ou non intégrés au planning, ce qui dans un cas (intégration) permet d'obtenir des plannings équilibrés, et sans surprise, et dans l'autre (non intégration) laisse plus de latitude aux agents pour placer leurs repos comme ils l'entendent, mais retentit alors sur l'organisation des absences,
- les jours de RTT peuvent ou non être accolés à des congés annuels pour se fabriquer une semaine d'absence totale, et ceci dans des proportions variables (5 jours dans le CH4),
- les jours de RTT doivent ou non être pris de façon régulière (imposition d'un certain nombre de jours par mois ou par trimestre, exclusion de certaines périodes de congés),
- les week-ends travaillés sont plus ou moins espacés, et les libres plus ou moins longs.

Par ailleurs, les réglementations subissent par endroits des entorses :

- les séquences S – M en principe interdites (il reste moins de 12 heures de repos entre deux postes consécutifs) restent pratiquées, soit à la demande des agents (en contrepartie, il est alors possible d'avoir des séquences M – S qui, placées de part et d'autre d'un repos de week-end en augmentent l'amplitude), soit à celle de l'encadrement quand il s'agit de faire face à une absence inopinée. Dans ce dernier cas de figure, les agents font valoir qu'il serait alors normal de leur en autoriser aussi l'initiative,
- les dépassements d'horaires (voir ci-dessous le point sur la relève) amènent à des heures supplémentaires, ou à des non respects de l'intervalle entre deux postes. Par endroits, des cycles prévoient des durées hebdomadaires supérieures à 44 heures,
- les proportions de week-ends travaillés sont parfois appréciés sur des cycles plus longs que prévus : 2 week-ends sur 4 et non 1 sur 2. Dans certains cas, il semble difficile de parvenir à respecter les taux prévus. On est alors confronté au fait que des parties de services ne participent pas aux contraintes de week-ends (hospitalisation de jour, hospitalisation de semaine, consultations). Il paraîtrait utile au service que les personnels puissent participer ensemble à ces contraintes (répartition de l'effort sur un plus grand nombre), et enrichissant pour les pratiques (confrontation des modes de travail), mais il paraît difficile d'y parvenir, car l'affectation à ces parties de service correspond parfois à une progression dans la carrière, et le retour en arrière est mal vu.

En fait, ces entorses ne sont pas forcément pénalisantes pour les agents : ainsi, au contraire, dans certains hôpitaux (CHU1), les séquences S – M, en principe interdites, sont demandées par les agents. Un représentant syndical rencontré (dans le CH1) regrettait que les négociations sur les protocoles aient eu lieu avant l'étude des organisations, car disait-il, « *on aurait mieux vu la portée des dispositions arrêtées* ».

Indubitablement, la RTT a été l'occasion de mettre de la clarté dans les plannings, d'homogénéiser les pratiques entre services au sein d'un même hôpital, et de faciliter le travail de l'encadrement. Cette homogénéisation s'avère par ailleurs précieuse pour favoriser

la mobilité des agents, qu'il s'agisse de demandes de changement de services, ou des agents travaillant dans les pools. Nous y revenons ci-après.

La RTT a aussi été l'occasion d'imaginer et de tester des formules nouvelles :

- dans le CHU3, essai d'organisation en 10 ou 9 heures pour les ASH : la formule envisagée par l'accord en 10h n'a pas été retenue. Puis, l'expérimentation en 9 h a porté (dans un hôpital du CHU) pour le moment sur tous les services sauf un (20 ASH) sur la base d'un volontariat incité pendant 6 mois ; elle est suivie par une conseillère en économie familiale et sociale et la DSSI. Une grille d'évaluation a été mise au point et une régulation hebdomadaire permet de suivre et d'améliorer les dysfonctionnements éventuellement constatés. Des moyens en matériel nouveaux devraient faciliter la tâche des ASH. L'idée est d'affecter les effectifs dégagés par cette solution plus économe en personnel à des tâches de soins dans les services pour compenser les absences. Cette expérimentation a débuté malgré l'hostilité de certains syndicats, mais, en raison de cette opposition, l'idée d'une équipe d'ASH non rattachée aux services de soins n'a pas été mise en œuvre et les ASH restent attachées à un service. Cela dit, une crainte évoquée par le personnel ASH rencontré est que cette organisation ne permette pas aux mères d'amener ou de chercher leurs enfants à l'école en raison d'un horaire de journée couvrant la rentrée et la sortie scolaire (type 8h-17h) ;
- toujours dans le CHU3, essai d'organisation du temps en 12 heures : ici, les médecins du travail se disent inquiets des organisations en 12 heures prévues par l'accord et mises en place sur la base d'une décision volontaire du service (cependant aucun impact significatif en matière d'absentéisme-maladie n'a été constaté dans ces services). Dans certains services, ces expérimentations en 12 heures ont été remises en question ;
- en nutrition parentérale, l'essai de travail des IDE par périodes de 12 heures réalisé de mai à septembre 2002 n'a pas été concluant en raison de la fatigue provoquée par ces horaires, des difficultés à fonctionner en permanence en 12 heures (retour en 8 heures), de l'impossibilité par manque de personnel de prendre des RTT, du caractère non systématique des 3 repos hebdomadaires d'affilée, du désaccord au sein du personnel sur ces horaires ;
- au contraire, le personnel du SAMU souhaite majoritairement continuer à travailler en 12 heures et une pétition a été rédigée en ce sens.

8.1.3 Les horaires et la relève

La RTT s'est traduite par un compromis entre :

- Une réduction annualisée par le biais de jours RTT (0 pour des semaines à 35 heures, 20 au maximum théorique).
- Et une réduction quotidienne de la longueur des postes (7 heures pour des semaines de 35 heures, 7h48 pour des semaines de 39 heures).

Or, un temps important de la vie du service est celui de la relève, passage de relais entre les équipes du matin et de l'après-midi. Nous avons montré sur les tableaux 21 à 23 l'évolution de ce temps entre 1992 et aujourd'hui. Il faut d'emblée souligner que les appréciations portées sur l'amplitude de cette relève ne correspondent pas toujours aux horaires affichés. On touche là particulièrement bien l'écart entre le travail prescrit (les

horaires affichés), et le travail réel (la pratique de terrain). Dans nombre de monographies on est frappé de voir les agents évoquer des relèves réduites à l'extrême, de 15 à 20 minutes seulement, alors que d'après les plannings affichés, le chevauchement serait de 45 à 60 minutes. À quoi cet écart est-il dû ?

- à la prise en compte des temps d'habillage-déshabillage, 5 minutes à chaque extrémité du chevauchement, soit déjà 10 minutes en général ;
 - à la pratique des horaires décalés qui a pu se mettre en place dans certains hôpitaux, et qui fait que n'est compté comme temps de chevauchement que la période de recouvrement intégral des effectifs, alors même qu'a été mis en place un système de transmissions ciblées (nous y revenons ci-après) qui ne nécessite pas la présence de la totalité des équipes en simultané ;
 - au départ anticipé des agents du matin lorsqu'ils repoussent leur prise de déjeuner en fin de poste. Ainsi dans le CHU4, le temps de repas a été décompté et cela a provoqué un fort mécontentement. Il y a manifestement une crispation généralisée sur le temps de repas alors même que le personnel ne comptait pas son temps. Mais si auparavant le personnel ne comptait pas son temps de repas, c'est qu'il était inclus dans le temps de travail. Le système actuel est moins permissif puisque les agents peuvent prendre 60 mn, mais sans que cela ne soit compté comme du temps de travail effectif ;
 - toujours dans le CHU4, les temps minimums de transmissions prévus sont les suivants : 15 mn le matin, 40 mn le midi et 15 mn le soir. Ce temps de transmission peut inclure non seulement les transmissions dites classiques mais également le temps nécessaire à l'information des agents sur les projets institutionnels (accréditation, projet d'établissement) et les différents domaines d'activité à caractère transversal.
- On retrouve tous ces éléments dans le tableau 24 ci-après.

Tableau 24 : Horaires et chevauchement, exemples reconstitués de services de soins

	Matin		Chevauchement	Après-midi		Nuit	
	début	fin		début	fin	début	fin
CHU1	0630	1420	30	1350	2120	2100	0700
CHU2	0605	1335	40	1255	2025	2000	0630
CHU3	0710	1452	44	1408	2150	2130	0730
CHU4	0630	1440	130	1250	2030	2145	0645
CH1	0645	1415	30	1345	2115	2100	0700
CH2	0600	1400	60	1300	2100	2030	0630
CH3	0645	1445	45	1400	2130	2100	0700
CH4	0645	1451	123	1254	2030	2100	0700
CH5	0635	1411	41	1330	2106	2050	0650
CH6	0615	1415	60	1315	2045	2030	0630
CH7	0630	1430	60	1330	2130	2100	0700
CH8	0630	1400	30	1330	2100	2045	0645
HL1	0645	1445	60	1345	2115	2100	0700
HL2	0630	1354	18	1336	2100	2045	0645
HL3	0700	1436	42	1354	2130	2100	0730
HP1	0600	1400	0	1400	2200	2100	0700
HP2	0645	1425	50	1335	2115	2100	0700

Dans la plupart des hôpitaux, les cadres ont instauré ou ont l'intention d'instaurer, la pratique des transmissions ciblées (CHU1, CHU3, CH1, CH3, CH5, CH6, CH7, CH8, HL1, HL2, HL3) pour pallier cette diminution du temps de chevauchement. Là où auparavant toute l'équipe assistait aux transmissions, ce qui avait l'avantage de tenir chacun informé, mais ne suscitait pas forcément une attention continue de chacun, les transmissions se font par secteurs, et ne concernent que les personnels en charge du secteur. Mais l'inconvénient ressenti par les agents et exprimé dans la partie 5.1 tient à ce qu'ils se sentent alors isolés du reste du service, et ne peuvent plus aider leurs collègues aussi efficacement que par le passé, ni répondre aux sollicitations des familles. En revanche, la taille réduite des effectifs en présence permet à tous, et notamment aussi aux aides soignantes, de s'exprimer, ce qui n'était guère le cas auparavant.

Cela dit, l'organisation peut aussi s'appuyer sur les outils mis en place par la profession infirmière depuis déjà plusieurs années : dossier de soins, fiches de travail, de prescriptions, etc. Mais il est clair que les personnels restent attachés aux transmissions orales, beaucoup plus efficaces selon eux que les transmissions écrites, ou allant davantage à l'essentiel ; ils ajoutent d'ailleurs que l'intensification du travail ne leur laisse guère le temps d'aller ensuite lire les dossiers, et que donc la transmission orale est irremplaçable. C'est pourquoi des formations doivent être organisées pour approfondir cette organisation nouvelle. Mais on bute alors sur la possibilité d'organiser ces formations. Selon un DSSI rencontré (CH8), la diminution du temps de chevauchement a été, à l'expérience, trop forte. Certes, il y avait de la marge auparavant, mais un temps de 30 minutes se révèle insuffisant ; un temps raisonnable pour la transmission de midi serait, selon lui, de 45 minutes.

Une partie du chevauchement antérieur était en effet utilisé pour assurer les formations ou informations ; la réduction du temps disponible oblige à se concentrer sur les transmissions, et les formations internes ne peuvent plus être assurées.

Enfin, un dernier point est évoqué par les agents comme par les cadres : la diminution de la convivialité entre agents, la disparition des temps disponibles pour les contacts obligeant à se concentrer sur les aspects strictement professionnels, ce qui, à terme, peut induire des tensions entre équipes.

Sur le tableau 24, on a aussi fait figurer les horaires des équipes relevés dans les différents hôpitaux de l'échantillon. Dans certains cas ces horaires correspondent à ceux définis dans le protocole pour l'ensemble des services de soins, dans d'autre, où une certaine différenciation est permise, ils représentent les services visités. On est frappé de voir les différences qui peuvent exister. Certes le poste du matin débute toujours dans la tranche 6h – 7h, mais l'heure de différence entre ces deux bornes n'est pas neutre quand on se rappelle que pour une large part les personnels sont des jeunes femmes avec des enfants en bas âge. L'heure du lever, les horaires des crèches et des écoles sont des paramètres importants pour elles. Dans certains cas, la RTT s'est d'ailleurs accompagnée de réflexions sur l'instauration de crèches pour les enfants du personnel.

Notons enfin en ce qui concerne les horaires que dans nombre d'hôpitaux, on voit persister des organisations en 12 heures, dérogatoires, notamment pour les urgences, les Samu, les

services de réanimation, les blocs obstétricaux. Mais en revanche, on voit disparaître progressivement les horaires coupés (CHU4, CH4).

8.1.4 Les pools

La pratique des jours de RTT, qu'ils soient au choix des agents, ou inclus dans le planning, entraîne évidemment des déficits dans les effectifs. Il était impossible aux directions de combler ceux-ci en accordant des emplois de remplacement affectés à tous les services, parce que la dotation accordée ne le leur permettait pas. Soit elles ont considéré que le service était notoirement sous doté, ou constituait une priorité, et elles ont pu y affecter un agent, (ou parfois une fraction d'agent), soit elles ont essayé de mutualiser les renforts qui leur ont été accordés.

C'est ainsi que dans plusieurs hôpitaux de l'échantillon (CHU1, CHU4, CH3, CH4, CH5, CH6, CH8, HL1, HL2) on a vu apparaître des pools RTT, à l'image des pools qui avaient été créés auparavant pour pallier l'absentéisme maladie. C'est ici que réside aussi l'intérêt des plannings homogènes entre services : les agents des pools peuvent alors plus facilement passer d'un service à l'autre, avec une continuité de plannings. Dans certains cas, les rangements ont aussi été uniformisés dans les services pour faciliter l'insertion des agents du pool.

Dans le CH6, la constitution des pools s'est faite par groupes de services proches (exemple, chirurgie, médecine, urgences et réanimation, etc.), ce qui permet de limiter le nombre de services entre lesquels les agents du pool tournent, et de garantir une adaptation la plus aisée possible à leurs contraintes spécifiques. De plus, les services se voient en général attribuer un même agent pendant toute une semaine, ce qui permet à l'agent du pool de bien s'acclimater dans le service, et au service de programmer l'équivalent de cinq jours de RTT différents dans la semaine. De surcroît, le pool RTT est distinct du pool absentéisme, si bien que quoi qu'il arrive, un jour de RTT programmé peut être pris, le remplacement étant assuré. Il s'agit là d'une garantie très appréciée des agents. En contrepartie de leur mobilité, les agents du pool bénéficient d'un avantage : ils ne travaillent jamais le week-end, puisqu'on ne peut pas prendre de RTT sur les week-ends.

Cette pratique des pools est intéressante, car elle permet de réfléchir à l'organisation des soins, elle unifie certaines pratiques, et elle garantit aux agents le respect de leurs RTT, tout en ne faisant pas subir les incidences de leur absence à ceux qui restent.

8.1.5 La qualité des soins et la répartition du travail

L'organisation des soins a donc légèrement évolué, confirmant des tendances déjà apparues, ou en entraînant de nouvelles.

La réflexion sur l'ARTT a aussi accéléré ou initié certains types de réorganisations et d'actions :

- accélération du recours aux hospitalisations de jour et de semaine ;
- réflexions sur les transports des malades (encore en cours) ;
- acquisition d'un logiciel de gestion des temps.

Les glissements de fonctions, ou plus exactement, une certaine redistribution des rôles se poursuit dans les services, notamment avec la mise en place de la sectorisation, et l'instauration des binômes de travail infirmière – aide soignante. Il y a recentrage des tâches sur les compétences propres de chaque catégorie, et en même temps collaboration plus étroite autour du malade.

Il y a aussi redistribution des missions assurées par les différentes équipes : on assiste ainsi à des transferts entre équipe du matin et de l'après-midi, entre après-midi et nuit, ou entre nuit et matin. La préparation des dossiers et des médicaments en fait souvent l'objet. De même, la prise de température le matin passe d'une équipe à l'autre, parfois pour le grand confort des malades (dans le HL3, abandon de la prise de température à 5 heures !).

Parmi les initiatives spécifiques, citons en quelques unes :

- dans le CHU3, la DSSI souhaite améliorer la présence du personnel dans l'unité de soins et diminuer tout ce qui n'est pas soins directs. Elle indique qu'en moyenne une part majoritaire du temps soignant concerne des déplacements à finalité logistique et seulement une part minoritaire la mise en œuvre des compétences de soins. Un gisement en temps existerait donc de ce point de vue,
- toujours dans le CHU3, le premier contrat de management interne en cours de préparation concerne la fédération d'urologie-néphrologie-anesthésie-réanimation. Il prévoit les objectifs que se donne la fédération et en retour les moyens que lui octroie la direction générale. L'unité pionnière en la matière est caractérisée par l'implication forte de son chef de service sur l'organisation et par la qualité des relations du tandem médecin-cadre soignant. Ces facteurs paraissent déterminants pour la réussite de cette nouvelle approche organisationnelle,
- dans le HL1, la RTT a été couplée avec la mise en place de fiches de poste pour mieux cerner l'organisation, ainsi qu'avec l'instauration de cahiers de dysfonctionnements dans les services pour repérer les problèmes d'organisation.

Aucun indicateur n'est encore disponible pour évaluer l'impact de la RTT sur la qualité des soins. Nous avons signalé plus haut en 7.2 les quelques informations dont on pouvait disposer. Mais les agents interrogés font à cet égard souvent part d'une inquiétude concernant la qualité des soins :

- risque d'être moins informés, dû à la diminution des temps de chevauchements, qui nuisent aux relèves entre équipes. Ainsi dans le CHU1 (réanimation médicale), les infirmières ont l'impression d'avoir moins de temps à consacrer à chaque malade, la qualité des soins s'en ressent et il en découle des problèmes de motivation « on survole de plus en plus », et les premières tâches à être touchées sont le relationnel, l'éducation des patients et des familles ; comme il y a moins de monde au travail un jour donné, on a souvent recours à des glissements de tâches ;
- intensification du travail conduisant à devoir se concentrer sur des activités techniques de soins, au détriment du relationnel ou de la prise en charge liée au rôle propre de l'infirmière. Ce point est particulièrement vif dans les services de gériatrie, qui disent ne plus avoir le temps d'aider les personnes âgées pour leur alimentation, leur toilette, ou leur sortie : « *les malades en sont les premières victimes* ». Les 35 heures sont arrivées sans

embauche, les agents travaillent donc « *en flux tendus, sur la corde raide, sur le fil du rasoir* » ;

- dans le CHU2, l'impression générale est qu'il n'y a pas d'impact sur la technicité des actes réalisés, mais la relation avec le malade est moins assurée par manque de temps disponible. Le personnel soignant IDE et AS se dit stressé, en raison de cette réalité et du fait aussi du temps de chevauchement insuffisant entre matin et après-midi notamment. Tous regrettent que la compensation par les effectifs supplémentaires promis n'ait pas pu intervenir en 2002, alors qu'il n'y a aucune tâche supprimée. Du coup, il y a cette impression de travailler en flux tendu ;
- dans les HP, l'accent est mis sur la différenciation entre services intra-muros et services extra-muros. Dans les premiers, on peut jouer sur l'organisation, mais dans les seconds, le rapport au patient est directement fonction des présences, ce qui signifie que la RTT y est plus difficile à compenser.

Est signalée une augmentation des délais d'attente aux urgences, des délais de rendez-vous en consultation. Dans les services cliniques, les agents estiment que le temps passé auprès des malades s'en ressent, que l'on a perdu en humanisation, et qu'ils ne peuvent pas respecter la charte du malade.

Cela dit, remarquons que les monographies ne mentionnent nulle part d'argumentaires liés aux patients, dans les réorganisations qui ont été opérées. Une seule fois (dans le HL3) apparaît le fait que le changement d'horaires de prise de poste a permis d'améliorer la prise en charge des patients, car on ne les réveille plus à 5 heures du matin pour leur prendre la température. Jamais ailleurs, l'organisation instaurée ne s'appuie sur des considérations liées aux malades. Il est vraisemblable que ces considérations sont tellement ancrées dans l'esprit des personnels qu'elles sont restées implicites, mais leur explicitation aurait permis de vérifier qu'elles n'avaient pas été oubliées. De même, les établissements ont de nombreuses fois mentionné le fait qu'ils étaient ouverts sur l'extérieur, insérés dans des réseaux, partenaires avec d'autres établissements. Or, jamais ces éléments ne sont réapparus pour expliquer les changements d'organisation. Tout se passe comme si les seuls paramètres utiles étaient liés aux personnels en poste dans l'hôpital.

8.1.6 Incidence sur les personnels de nuit

En principe, les personnels de nuit n'étaient pas concernés par cette phase de la RTT. Pourtant, les organisations sont imbriquées :

- quelques tâches sont transférées aux personnels de nuit : prise de la température avant 6h... ;
- dans le CH1, les personnels de nuit sont passés aux nuits de 10 heures. Leur durée annuelle n'est pas modifiée, mais ils viennent maintenant travailler moins de nuits dans l'année, et leurs horaires de prise de poste sont modifiés ;
- dans le CHU2, le travail de nuit sur tout le CHU a été uniformisé à 10h30. La discussion sur cet horaire a été vive lors des négociations ;
- dans le CHU4, le passage à 32h30 la nuit en 2004 ne pourra se faire selon eux, qu'au détriment du personnel de jour, en raccourcissant les nuits. Les horaires seraient alors décalés d'un quart d'heure à chaque extrémité. Mais certains agents pensent qu'il ne serait pas acceptable de commencer à 6H15 le matin (déjà 6H30 leur paraît difficile pour les

enfants, et encore plus pour les femmes qui élèvent seules leurs enfants). Le soir, l'horaire passerait à 20h45 au lieu de 20h30 ;

- dans le CHU4, le remplacement du personnel de nuit par le personnel de jour est de plus en plus fréquent quand le pool ne suffit pas. C'est une pratique qui perturbe les personnes qui n'ont pas choisi ce mode de travail. Les inconvénients sont à la fois physiques (rythmes biologiques) et sociaux (décalage par rapport à l'entourage familial et social). Les femmes sont souvent plus sensibles à ces difficultés.

8.2 - Les services médico-techniques

Les services médico-techniques (imagerie, laboratoires, blocs opératoires) constituent une aide essentielle au diagnostic et à la thérapeutique. Ils ne sont pas directement en charge des patients, mais sont appelés par les services cliniques pour effectuer un traitement sur un patient ou sur un prélèvement. De ce fait, ils sont moins tenus que les services cliniques d'assurer des soins en continu, mais doivent pouvoir néanmoins intervenir en cas d'urgence à tout moment. Au lieu de plannings continus comme dans les services de soins, ils respectent des plages d'ouverture déterminées, avec un système de gardes ou d'astreintes pendant les périodes (nuits et week-ends) où le service n'est pas ouvert.

8.2.1 Les plannings

Les principes de construction des plannings sont assez identiques à ceux adoptés dans les services de soins, et nous ne reviendrons donc pas sur ces aspects, mais seulement sur les singularités par rapport aux services cliniques. La principale tient au fait que le planning ne devant pas être continu, les effectifs mobilisés pendant les périodes moins attractives de nuit et de week-end sont moindres, et il est en général plus facile de donner satisfaction aux agents, en termes de possibilités de jours RTT, ou de taux de week-end travaillés.

Ici encore, le cadre est souvent amené à construire un planning en fonction des effectifs dont il dispose, ce qui amène à devoir fermer certains postes de travail (voir ci-dessous).

Dans les services médico-techniques, l'activité est souvent liée à un équipement (automate ou dispositifs divers en laboratoire, installation d'imagerie, etc.), et le chevauchement ici est moins utile que dans les services de soins, encore qu'une relève permette de faire le point sur les patients ou analyses en cours de traitement. Compte tenu d'une amplitude d'ouverture de ces services souvent inférieure à 12 heures, on pourrait donc penser, soit à des journées longues évitant le recours à deux équipes, quitte à donner davantage de jours de repos (mais souvent les protocoles signés ont mis une borne à la longueur de la journée), soit au contraire à des postes courts, permettant de diviser la journée en deux équipes quasi disjointes, ce qui *a contrario* ne laisserait plus aux agents de jours de repos. Il semble qu'aucune de ces solutions n'ait été envisagée, et que l'on en soit resté à des postes soit uniques, soit en recouvrement, qui ressemblent d'ailleurs davantage à des horaires décalés qu'à des équipes successives. Les plateaux techniques sont donc rarement saturés du point de vue de l'utilisation des équipements. Une exception doit être mentionnée en ce qui concerne les scanners et les IRM dans les services d'imagerie, où la conjonction entre une forte demande de la part des services cliniques, et un intérêt avéré de la part des médecins imageurs pousse à une amplitude de fonctionnement importante des équipements.

Enfin, en ce qui concerne les blocs opératoires, le principal problème des plannings est celui de la coordination entre les différentes catégories de personnel qui y interviennent et dont la présence est nécessaire en simultané pour réaliser une intervention. Chirurgien, aide, anesthésiste, panseuse (IBODE), infirmière anesthésiste (IADE), aide soignante, se retrouvent dans le bloc, et il y a donc au moins 6 plannings à faire coïncider, tant du point de vue des horaires quotidiens, que du point de vue des jours de congés ou de RTT. C'est ce dont se plaignent souvent en premier lieu les chirurgiens, et certains (CH6 par exemple) indiquent que pour leur profession, la prise de conscience de cette interdépendance dans le travail est le principal changement lié à la RTT. Le cadre de bloc est donc maintenant amené à demander à l'avance les dates de congés, de congrès, d'absences de toutes sortes aux médecins, de façon à programmer les RTT des IBODE et des IADE en même temps, faute de quoi l'absence d'une seule catégorie de personnel risque de paralyser tout un bloc.

Ainsi dans le CHU3, le chef de service de neuro-chirurgie précise que toutes les plages de fonctionnement des blocs opératoires ont été revues, notamment le vendredi avec le départ avancé des IDE. La programmation fonctionne sur une amplitude de 8h30 à 15h sur 4 jours. En revanche, dans le CHU4, les relations semblent s'être dégradées, les médecins disant n'avoir pas été prévenus. Les chirurgiens n'ont rien modifié à leur mode de fonctionnement, pensant que les 35h ne dureraient pas, alors que les médecins plus anciens aspirent eux-mêmes à des garanties de qualité du travail et de qualité de vie au travail. Les agents de leur côté estiment qu'il aurait été plus simple de faire la RTT médicale en même temps, car ce sont les médecins qui génèrent l'activité.

8.2.2 Les amplitudes de services

Dans la plupart des cas, on a bel et bien assisté à une réduction des amplitudes d'ouverture de services médico-techniques. Cette réduction n'a pas forcément des incidences importantes du point de vue des patients, certaines plages n'étant auparavant pas toujours nécessaires, ou supportant d'être décalées vers d'autres. Néanmoins, force est de constater que :

- en imagerie, des postes ferment plus tôt ;
- dans les laboratoires, des examens ne sont plus assurés et renvoyés vers l'extérieur ;
- dans les consultations, les amplitudes d'ouverture diminuent ;
- dans les blocs opératoires, la coordination des congés amène à planifier des jours bleus, c'est-à-dire sans intervention programmée.

Cela se traduit parfois par un allongement des délais de rendez-vous, par une attente dans le rendu des résultats, par l'externalisation de certains examens (l'hôpital renvoie sur le secteur privé des actes qu'il ne peut plus assumer par manque de temps).

Bien entendu, ces services mettent en place des astreintes pour combler les périodes où ils ne sont pas ouverts à plein. Mais les services cliniques signalent que d'une part, les réorganisations opérées l'ont été sans les consulter, et que d'autre part ils ont plus de mal à obtenir les informations qu'ils attendent. Cela dit, cette nécessaire réorganisation peut également s'avérer bénéfique, si elle amène, via une concertation entre les médecins de services cliniques et ceux des services médico-techniques, à préciser les indications et les bonnes pratiques, et donc à concentrer les moyens sur les examens vraiment utiles, en évitant les doublons, ou les indications parfois injustifiées. Mais cette concertation est encore à venir

dans de nombreux cas. La RTT médicale y poussera sans doute aussi, et la phase actuelle serait alors une phase transitoire vers une organisation repensée.

8.2.3 Les astreintes et les urgences

Le système d'astreintes et de gardes mis en place pour assurer les urgences de nuit ou de week-end mobilise des agents, qui récupèrent ensuite les heures travaillées pendant la semaine, créant ainsi autant d'absences dans les plannings. Cela dit, en général, le nombre d'astreintes à assumer est suffisamment réduit par rapport à l'effectif total du service pour que l'incidence n'en soit pas majeure. Notons que dans certains hôpitaux, ces astreintes donnent lieu à rémunération spécifique, et que les nouvelles règles adoptées ont donc pu modifier la rémunération des agents, ce qui constitue le seul impact de la RTT en matière financière. De plus, la diminution des astreintes par personne pour rester dans le cadre des 35 heures peut induire une diminution de la rémunération, pas forcément bien vécue.

Mais le principal constat tient à l'organisation générale de l'hôpital. De nombreux observateurs du monde hospitalier ont noté qu'il était difficile de faire coïncider un flux d'activité programmée, et un flux d'activité d'urgences, car les pathologies concernées, les degrés de réactivité nécessaire, et les compétences mobilisées ne sont pas de même nature, et car le mixage des deux flux peut nuire à chacun d'entre eux. C'est pourquoi, notamment dans les CHU, des organisations ont vu le jour tendant à séparer les flux, ce qui permet de disposer de capacités d'accueil non saturées par les activités programmées pour accueillir les urgences. On voit ainsi apparaître des laboratoires d'urgences, des services d'imagerie d'urgence, des blocs opératoires d'urgences. Ceci est certainement appréciable du point de vue de l'activité hospitalière.

La gestion des ressources humaines n'a pas néanmoins été pensée en conséquence. On est la plupart du temps resté dans une logique d'autarcie des services, fonctionnant sur leurs moyens propres. Or, ces services dédiés à l'urgence sont au premier chef concernés par les nuits et les week-ends, et ce avec un effectif réduit. Ils ont donc beaucoup de mal à pouvoir respecter les plannings types, ou simplement les contraintes incluses dans les protocoles concernant les taux de week-ends travaillés, ou les périodes de repos. On a donc une coexistence entre des services d'activité programmée, où les agents ont peu de contraintes de ce type, et d'autres d'urgences, où au contraire les agents cumulent ces contraintes, un peu comme si deux hôpitaux coexistaient, sans mutualisation.

Le partage des contraintes est-il possible ? Les agents interrogés (dans le CHU1) font alors valoir la spécialisation liée à l'urgence, et leur inaptitude à aller prêter renfort à leurs collègues des urgences ; ils estiment que la seule solution est une augmentation des effectifs aux urgences. Pourtant, dans les services d'urgences, ou de réanimation, est souvent mentionné le fait que la conjonction de différentes origines parmi les personnels est facteur d'enrichissement, facteur aussi d'information sur les conditions d'accueil des urgences, qui permettraient aux services cliniques de se montrer plus sensibles à leurs problèmes. Ici encore, une réflexion va devoir s'engager sur la possibilité de séparer les flux d'activité, tout en gardant une certaine mutualisation au niveau des personnels. Mais ceci concerne plutôt pour l'instant les CHU, et éventuellement les gros CH, que les autres hôpitaux où cette problématique ne se pose pas.

8.3 - Les services techniques et logistiques

Les services techniques et logistiques (blanchisserie, restauration, ateliers, entretien, etc.), sont des services qui au contraire ne fonctionnent pas en continu, et n'ont que très peu d'astreintes à assurer. Par ailleurs, ne relevant pas du cœur de métier de l'hôpital, la question est toujours posée de savoir s'ils doivent être conservés en propre, en mobilisant des effectifs pour ce faire, ou s'il est préférable au contraire de confier ces fonctions à la sous-traitance, pour réserver les emplois aux soins. Sur l'échantillon analysé, l'étude n'a pas mis en lumière un mouvement massif vers un recours accru à la sous-traitance (de type suppression d'une activité et mise en concession), mais de multiples petits glissements progressifs. Il faut dire que dans la plupart des hôpitaux les emplois accordés pour la RTT ont été dirigés vers les services de soins, soit en propre, soit par l'intermédiaire de pools. Les services techniques, et les services administratifs (voir ci-après, 8.4) ont la plupart du temps absorbé la RTT à effectifs constants. Quel impact cela a-t-il eu sur leur fonctionnement ?

8.3.1 Les plannings

La plupart de services techniques ont une activité discontinue, et sont donc exempts de contraintes de nuits et de week-ends (sauf cas d'astreinte pour le gardiennage, ou l'entretien des bâtiments par exemple) ; une exception doit être faite pour la restauration, qui elle doit assurer l'alimentation des patients 7 jours sur 7, sans pour autant travailler la nuit.

Les plannings qui en résultent vont donc pouvoir être plus souples que dans les services de soins. On a constaté, soit des réductions d'amplitude des services (voir ci-dessous, 8.3.2), soit des journées réduites, soit plutôt la plupart du temps des organisations qui nominalement respectent le protocole, mais en fait s'en émancipent partiellement. L'horaire affiché respecte en effet souvent celui du protocole, exemple 37,5 heures par semaine, et 15 jours de RTT, mais la semaine de 37,5 heures n'est obtenue qu'en moyenne, via une semaine de 39 ou 40 heures par exemple, et le retour à la moyenne par des demi-journées ou des journées de repos compensateur. Il s'agit donc de facto d'une modification du protocole. Cela dit, ici, l'impact sur le fonctionnement de l'hôpital n'est pas direct, puisqu'il y a en général une seule équipe, et que le potentiel d'heures est simplement distribué différemment.

On constate ainsi par exemple des vendredis après-midi non travaillés, ou des longs week-ends de 3 jours ou plus. La différence par rapport aux services de soins, plus contraints par leur planning apparaît ainsi clairement, et la satisfaction qu'en retirent les agents les aide probablement à absorber plus facilement les gains de productivité qui sont attendus d'eux. Il est en particulier frappant de constater que les discours recueillis auprès des agents des services techniques sont moins négatifs que ceux des agents des services de soins.

8.3.2 La modification de l'offre de service

En revanche, dans bien des cas on a effectivement une réduction de l'offre de service, les gains de productivité n'étant pas intégraux. Cette réduction de l'offre a pu prendre plusieurs formes :

- Diminution de l'amplitude d'ouverture des services, résultant de l'organisation des plannings évoqués ci-dessus.

- Diminution de la journée de travail, avec son corollaire les tâches laissées en suspens jusqu'au lendemain (cas de la plonge batterie en cuisine dans le CH6).
- Tâches effectuées moins fréquemment (cas du ménage et des gros entretiens dans le CHU1).
- Tâches confiées à la sous-traitance (jardinage dans le CHU1).
- Tâches laissées de côté au profit d'autres (exemple pour les équipes d'entretien du bâtiment, le curatif est placé en priorité, et ne laisse plus que peu de place pour le préventif, CH1, CH3, CH6) ; il peut alors en résulter un impact défavorable sur les conditions de travail dans les services de soins, avec plus souvent des pannes ou des incidents, et donc une certaine tension dans les rapports entre soins et logistique.

En entrant dans les détails, il a été dit dans le CHU1 que :

- Pour le nettoyage, l'entretien courant ne souffre pas, mais le suivi est moins assuré en ce qui concerne l'état des sols (où l'on vaporise des sprays qui assurent la brillance des sols). Par ailleurs, le rythme des travaux de rénovation dans l'hôpital s'accélère ce qui augmente le volume et la pénibilité du travail. La rénovation des services de soins entraîne souvent la reconversion de chambres (entretien assuré par les agents des services) en bureaux (dont l'entretien revient au service de nettoyage), ce qui augmente la superficie totale à la charge des services logistiques. Les agents pour leur part ressentent une fatigue plus grande, un travail plus concentré, une augmentation des cadences, ce qui pourrait entraîner une recrudescence de l'absentéisme. Les conditions de travail peuvent entraîner certains accidents par fatigue, des glissades notamment, et l'encadrement souligne qu'il y a bien une corrélation entre le niveau des effectifs et le risque d'accidents du travail.
- Pour les jardins, le recours à la sous-traitance augmente (notamment pour l'élagage des arbres), et surtout, les agents se concentrent sur l'entretien courant des espaces, et disent n'avoir plus autant de temps à consacrer aux créations, ce qui est la partie plus intéressante de leur travail.
- Pour la voirie extérieure, la mécanisation aurait au contraire permis des gains de productivité (balayeuse auto portée, auto laveuses, karcher, aspirateur à eau), qui ont évité d'avoir recours à la sous-traitance.
- D'une façon générale, le recours à la sous-traitance est perçu comme un regret par l'encadrement qui met en avant la qualité du travail effectué par ses moyens propres (« nous on ne doit jamais nous faire revenir, on fait un travail très propre et poussé, on a tout rationalisé »).

Dans le CHU2, où le service technique n'a pas eu de postes, ceci implique moins de travaux dans le bâtiment ; « les conséquences se mesureront dans la décennie à venir ! » (4 postes d'adjoint technique vont être néanmoins recrutés en 2003 au titre de la RTT).

8.4 - Les services administratifs

Les services administratifs sont un peu placés dans la même situation que les services techniques : personnel non soignant, faibles augmentations d'effectifs, activité non continue ; mais aussi des astreintes pour certains (par exemple, bureau des entrées). On va donc retrouver les mêmes caractéristiques que dans les services techniques : RTT plus souple, quelques gains de productivité, et abandon de certaines tâches.

8.4.1 Les plannings

Ici encore, on va donc retrouver des services qui aménagent le protocole, et laissent la possibilité aux agents de bénéficier de week-ends prolongés, ou de placer leurs repos de façon plus souple, ce qui aide à faire face à l'intensification du travail.

Dans un cas rencontré, le CHU1, la réorganisation des bureaux des entrées a conduit à inclure les gardes de week-end dans le temps de travail, et donc à supprimer une rémunération d'heures supplémentaires, soit environ 150 euros par mois et par personne ; il en est résulté une grève assez dure, et finalement une période de transition pour ne pas faire subir aux agents un saut brutal de rémunération.

8.4.2 La modification de l'offre de service

L'intensification du travail est partout mentionnée dans les services administratifs rencontrés ; sont signalés des retards dans les dossiers, dans les courriers, dans les paiements, la difficulté d'organiser des réunions, ce qui à terme pourrait s'avérer pénalisant :

- Dans les secrétariats médicaux, dans le CHU2 par exemple, la RTT aurait abouti à un retard plus important dans les courriers médicaux, une pression plus forte au travail. Il y a eu du retard dans la prise des jours de RTT, et le temps de repas ne peut pas toujours être pris. Une des conséquences a été la mise en place de boîtes vocales dans de nombreux secrétariats, ce qui rend les services plus difficiles à joindre. Les tensions entre secrétariats augmentent.
- Dans les services économiques, la RTT est concomitante de la réforme du code des marchés publics, avec son cortège de procédures nouvelles ou accentuées. Dans le CHU2, ni les services économiques, ni les services financiers n'ont obtenu de postes supplémentaires. Les services apparaissent désorganisés, accumulant un retard important. Les services cliniques et les fournisseurs en pâtissent.
- Dans le bureau des entrées du CHU1, les agents se plaignent de ce que l'activité reste en souffrance. L'accueil du public étant prioritaire, c'est le travail sur les postes de repli qui est touché (facturation, statistiques). Pour l'instant il n'est pas envisagé de solution de type informatique pour améliorer cette situation, mais des projets de réorganisation du bureau existent, pour mieux adapter les effectifs et les missions à l'activité constatée. Dans le même service du CHU2, de nombreux jours de RTT ne sont pas pris.
- Dans les DRH, la conduite de la démarche RTT, le recrutement d'agents supplémentaires, la mise au point des outils informatiques de gestion du temps, les multiples réunions et informations à dispenser ont constitué une surcharge de travail manifeste, qui a souvent dû être absorbée à effectifs constants. Dans le CH2, on a une planification sur l'année et un changement des horaires de début et de fin de service 1 jour par semaine. Grâce aux roulements entre agents, le secrétariat a pu élargir ses plages d'ouverture de 8h30 – 16h30 à 8h30 – 17h dorénavant.
- Dans les secrétariats de toutes sortes, est signalée aussi une augmentation de la charge de travail, les services cliniques ou médico-techniques renvoyant sur les services administratifs une partie des tâches qu'ils assumaient auparavant et ont délaissé dans le cadre de leur propre RTT. La question est toujours de savoir si ce transfert a fait l'objet de

concertation ou si au contraire il s'est opéré de façon progressive et comme un fait accompli.

- Dans les services d'archives, la loi permettant aux patients l'accès à leurs dossiers a créé une augmentation de la fréquentation et des recherches à opérer.

Par ailleurs, c'est souvent dans ces services que les hôpitaux avaient recruté des emplois jeunes, qui vont venir à échéance. La crainte est donc que, quand bien même des emplois seraient affectés à ces services, ils ne compensent pas la disparition programmée de ces emplois jeunes.

8.5 - Les aspects transversaux de l'organisation

L'organisation concerne aussi les aspects transversaux liés à :

- L'interdépendance entre services.
- Les problèmes de transports et de parkings.
- Les modes de management.

8.5.1 - les relations entre services

Dans le CHU2, le diagnostic préalable à la RTT insistait sur les points faibles du CHU en ce qui concerne les relations entre les services :

- des conditions d'acheminement des prélèvements à améliorer pour les laboratoires,
- une « logistique » qui reste à la charge des services (courses, brancardage...) ou qui n'est pas totalement ou en permanence adaptée aux besoins des services (exemple : les amplitudes d'ouverture),
- une insuffisante coordination avec les services de soins en particulier sur les amplitudes de fonctionnement et plus précisément le week-end et les jours fériés (plateau technique).

Ce diagnostic revient dans plusieurs établissements :

- Dans le CHU1, en radiologie, il apparaîtrait possible de mieux gérer les jours de RTT si les services cliniques prévenaient de leurs fermetures de lits, donc de réduction d'activité, ce qui permettrait alors de lisser les effectifs en radio ; or à Noël 2002 par exemple, faute d'informations, le service a gardé trop d'agents en service pour l'activité finalement réalisée.

Aux entrées, bien que le bureau n'ait reçu aucun renfort pour compenser la réduction d'horaires, la réorganisation dans les autres services aurait conduit à renvoyer sur le bureau des entrées des tâches jusque là assumées dans les services de soins, seuls bénéficiaires des renforts de personnel (cas des documents pour la facturation des laboratoires).

- Dans le CHU2, le service des brancardiers a l'impression de travailler en flux tendus. Les postes agréés seraient loin d'être pourvus. Il y a eu une réorganisation sur l'un des deux sites du CHU de telle sorte que les brancardiers tournent sur tous les services. Par contre, sur l'autre site, des brancardiers gardent leur spécificité selon le service (souhaitée d'ailleurs par certains chefs de service, particulièrement en neurologie). Cette impression

de flux tendus, ajoutée au fait que les IDE ont la même impression, font qu'une ambiance peu sujette à l'entraide s'installe entre IDE et brancardiers.

- Dans le CHU3, pour assurer la présence effective des agents dans les unités de soins, la mise en place d'un coursier a été préconisée par les groupes de travail mis en place. Il serait chargé des déplacements vers la pharmacie (bons d'urgence), les services techniques (bons de travaux), vaguemestre (récupération de colis), radiologie (récupérations des radiographies et dossiers), bio médical, bureau des entrées (récupération des étiquettes), bureau du personnel (récupération des bulletins de salaires), économat (récupération de colis, dépôt de matériel ...), unité relais (retour des chariots et récupération de repas des entrants en urgence), laboratoires (examens urgents hors tournée), évacuation des déchets et du linge sale. Les groupes de travail ont préconisé de créer ou de renforcer les postes de brancardage pour assurer les accompagnements des patients aux consultations, au bloc, à la radiologie, d'unité à unité, au dépositaire, intra et inter-établissement des enfants et des malades de psychiatrie...
- On retrouve les problèmes de brancardage dans d'autres établissements (CH6, CH8) : il s'agit d'un problème ancien et récurrent, mais qui prend du relief dans le cadre de la RTT et de la tension sur les flux qu'elle induit.

Globalement, dans le CHU1, les cadres estiment que 2002 a été une année qui les a énormément sollicités, ils craignent que cette phase ne soit pas transitoire, mais que d'autres dossiers (comme l'accréditation) viennent s'ajouter à leurs charges. C'est pourquoi ils souhaitent aussi recevoir des renforts en personnel administratif, pour les soulager dans leurs rapports avec notamment les services logistiques (dont le fonctionnement les conduit à ne pas pouvoir satisfaire les services de soins avec rapidité et efficacité (pharmacie, magasin, etc.). Ils ont l'impression de passer leur temps au téléphone à réguler des dysfonctionnements, à rechercher le bon interlocuteur, et à négocier sans fin.

8.5.2 Transports et parkings

Ces questions n'apparaissent qu'à la marge dans les discours des agents et dans les problèmes débattus, mais il faut néanmoins citer quelques exemples recueillis :

- Dans le CHU1, l'éloignement des agents les conduit à venir nombreux en voiture. Or le changement d'horaires les amène à venir maintenant plus tard, et à avoir davantage de difficultés dans la circulation, et dans la recherche de places de parking (un agent signale par exemple qu'il arrive systématiquement plus tôt pour éviter les difficultés, même si ce temps n'est pas compté comme du travail) ; de plus la généralisation des 35 heures fait que, alors qu'auparavant les agents quittaient l'hôpital hors heures de pointe, maintenant l'heure de pointe s'est élargie, et ils ne bénéficient plus d'avantages de cet ordre.
- Dans le CH1, le parking est extérieur à l'hôpital, et les agents souhaitent trouver des places pas trop loin. De ce fait, comme il y a chevauchement entre les équipes, celle qui arrive doit se garer loin, mais ressort en cours de poste, après le départ de l'équipe sortante pour récupérer des stationnements plus proches.

Les problèmes de transport sont également évoqués dans d'autres établissements (CH8).

8.5.3 Les modes de management

La RTT est aussi l'occasion dans certains établissements de tenter de mettre en place de nouveaux modes de management.

- Ainsi, dans le CHU3, les modifications d'organisation, tout particulièrement dans les services de soins, mais également dans les autres services, doivent s'inscrire dans les contrats de management interne. L'objectif est de réaliser au final, à l'occasion de ces contrats, les nécessaires évolutions des organisations en concertation avec les personnels et dans le cadre d'une contractualisation des engagements entre l'établissement et les services. L'établissement se donne trois ans de 2002 à 2004 pour atteindre cet objectif qui était irréalisable dans le laps de temps très court de la mise en place de la RTT en 2002. Mais, au-delà des services pionniers, l'ensemble de l'établissement pourra-t-il adopter la logique de contractualisation et d'adaptation des organisations proposée par les contrats de management internes ? Les écarts semblent en effet grands selon les services, les activités (difficultés des urgences,...).
- De même, dans le CH6, les groupes de travail créés pour la RTT, ont été pérennisés pour traiter de l'OARTT, en mettant l'accent précisément sur le concept d'organisations nouvelles, afin de fédérer les énergies et de trouver des réponses aux problèmes de fonctionnement des différents services et de l'hôpital dans son ensemble.

9 - Conclusion

À l'issue de cette synthèse, fondée, rappelons le, sur 17 monographies d'établissements réalisées par cinq équipes différentes, à une date précoce (hiver 02/03, alors que les hôpitaux n'avaient au mieux reçu que le tiers des renforts prévus en effectifs), quels grands enseignements pouvons nous retenir du changement lié à l'ARTT, et quelles perspectives peuvent être dessinées pour l'avenir ? Nous voudrions mettre l'accent sur les efforts à continuer de déployer pour élaborer des organisations adaptées à la nouvelle donne, et tout particulièrement à la faveur de la RTT médicale à venir.

9.1 – La philosophie de la RTT

Globalement, on a vu que partout la RTT a été appréciée pour le temps libre qu'elle dégage pour la vie personnelle, mais critiquée pour les contraintes qu'elle induit dans les conditions de travail. Il n'est toutefois pas question de revenir en arrière, ni les agents, ni les directions ne le souhaitant. En revanche, il est clair que les organisations ne sont pas encore vraiment stabilisées, et que des efforts continuent d'être faits pour élaborer des schémas de fonctionnement nouveaux.

Il faut dire que la préférence marquée pour une RTT sous la forme annualisée de jours de congés supplémentaires l'a largement emporté sur une réduction de forme hebdomadaire ou quotidienne : en général l'équilibre a été atteint pour 37h30 et 15 jours de RTT (soit sur l'année 3 semaines d'absence en plus des congés annuels), avec quelques cas à 37 heures et 12 jours, mais aussi des hôpitaux qui remontent de fait à 40 heures et arrivent donc à 30 jours à rendre (6 semaines supplémentaires).

Il s'ensuit souvent de l'anxiété, des phénomènes de forte insatisfaction, les compensations en effectifs n'étant pas encore arrivées complètement pour équilibrer les besoins nouveaux créés par ces absences : RTT demeurée partielle, CET jugé peu fiable, effectifs ressentis comme insuffisants, sentiment d'intensification du travail, organisation en flux tendus, moindre convivialité, relèves entre équipes trop justes, tels sont les principaux points ressentis par les acteurs du monde hospitalier.

Quels autres enseignements tirer de cet exemple sous l'angle des choix d'organisation du temps ?

➤ La RTT a-t-elle été l'occasion d'une rigueur accrue dans la gestion du temps ?

En l'absence de contrôle du temps, il est difficile de le vérifier. Par contre la RTT a été l'occasion d'affirmer des règles de décompte du temps plus rigoureuses (calcul des absences, des congés).

➤ La RTT s'est-elle traduite par une complexité accrue des organisations du temps ou par une simplification ?

La phase transitoire est comprise comme une source de complexité par la plupart des acteurs et la gestion des plannings demeure une difficulté réelle pour les cadres.

➤ La RTT a-t-elle permis d'harmoniser les régimes ou se traduit-elle par une diversification accrue des modalités d'aménagement du temps ? A-t-on progressé vers l'équité souhaitée dans le protocole ?

Le choix retenu d'une détermination locale des organisations du temps se traduit par une multiplicité des horaires y compris au sein des services sachant que c'est aussi une condition du bon fonctionnement des organisations (horaires décalés, régime multiple de formules RTT au sein d'une unité, etc.). L'équité est une notion contingente en raison de la nature diverse des contraintes au travail. Pour les médecins et les soignants, la RTT n'est pas une source d'équité au regard des autres personnels, au moins en phase transitoire, alors même que les moyens en effectif leur seront largement dédiés. Même sans moyens supplémentaires, les personnels administratifs sont considérés comme avantagés car ils peuvent réellement prendre leurs jours de RTT.

➤ La RTT constitue-t-elle un handicap pour les hôpitaux ?

Il est probablement trop tôt pour le dire : les effectifs ne sont pas encore tous arrivés. Les problèmes observés lors de l'enquête sont liés à ce que l'on est encore dans une phase transitoire : les droits sont acquis, mais les moyens pour les satisfaire pas encore en place. Les mécontentements et dysfonctionnements sont donc pour une large part ponctuels, et susceptibles de s'amenuiser avec le temps. Pour autant, il faudra veiller à poursuivre la réflexion sur l'organisation pour y remédier.

➤ La RTT induit-elle une démotivation des personnels ?

Les nouvelles règles ont modifié les modes de décompte des temps travaillés et des absences. Il est donc normal que chacun compte ses heures, pour éviter des écarts par rapport à la norme, en plus ou en moins. À terme, on peut penser que, la nouvelle norme étant intériorisée, et les moyens techniques en place pour contrôler les temps, chacun sera délivré de ce souci, et que cette attention portée aux comptes d'heures diminuera fortement.

9.2 - La RTT médicale

Les médecins n'étaient pas concernés par l'accord. Mais les praticiens rencontrés ressentent un impact défavorable de la RTT sur l'organisation des services mais aussi sur la motivation au travail. Certains estiment que la société place maintenant le travail derrière les loisirs (« *On a introduit un déséquilibre entre le temps de travail et le temps de loisirs* »), et que les agents consomment du temps à placer leurs jours de RTT au sein de leur temps de travail... Un praticien emploie le terme de « *travail en pointillé* », car il est difficile d'organiser une activité suivie. Il n'y aurait plus de moment où tout le monde est là en même temps pour des réunions de service par exemple, effaçant la sensation de travail en équipe.

Les praticiens craignent par ailleurs l'arrivée de l'ARTT médicale qui risque d'avoir au moins deux effets majeurs :

- une scission entre praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, et le risque de « casser » l'équipe médicale ;
- une désorganisation des services due à l'absence des praticiens qui, ayant assuré des gardes aux urgences, ne seront pas dans leur service le lendemain (« *On n'a jamais prouvé qu'un médecin était dangereux après une garde. Et d'ailleurs, la disposition ne s'applique pas dans le privé* »).

Pour eux, ces dispositifs conduisent à rationner l'offre de soins, allonger les listes d'attente, reporter des interventions, ce qui, dans des disciplines comme la chirurgie cardiaque, risque d'être préjudiciable à la qualité des soins. De fait, l'arrivée de la RTT médicale suscite beaucoup d'inquiétudes dans l'établissement, y compris au sein du personnel non médical et des syndicats, qui ne perçoivent pas l'articulation entre les différents dispositifs. La mise en place de la RTT médicale pose en plus des problèmes pratiques, la plupart des chefs de service restant réticents à remplir les tableaux de service proposés par les directions des affaires médicales.

Enfin, selon eux, il sera nécessaire dans l'avenir de mutualiser les personnels médicaux et de fonctionner, non plus avec des individus, mais avec une équipe médicale. La personnalisation de la relation au médecin ne pourra plus être la règle, avec ses conséquences pour le malade.

9.3 – L'organisation à l'hôpital

Au moment de l'enquête, au-delà d'un sentiment unanime de manque d'effectifs, deux visions différentes pouvaient être perçues :

- Celle du management supérieur qui juge que globalement, malgré ses craintes initiales, l'établissement se réadapte sans trop de dommage à cette nouvelle donne et avec des axes de transformations prometteurs.
- Celle des cadres de terrain et du personnel (pour ceux que nous avons rencontrés) pour lesquels cette phase de transition apparaît déstabilisatrice (démarrage à retardement de la RTT, avec ses corollaires, désorganisation transitoire, et RTT encore partielle,...).

Au total, on peut dire que la RTT actuelle a été conduite en fonction d'une logique avant tout sociale, permettant d'accorder aux agents davantage de temps libre, mais au détriment

d'une logique professionnelle, qui aurait permis d'éviter un impact défavorable sur les conditions de travail, et sans référence à une logique organisationnelle de fonctionnement de l'hôpital.

Au-delà de ces constats, la grande question maintenant consiste à « transformer l'essai », c'est-à-dire à utiliser la masse d'informations recueillies et de travail effectué pour élaborer, et mettre en place des organisations qui permettent à l'hôpital d'assurer ses missions de soins et de service public le plus efficacement possible. La mise en place de la RTT n'est pas terminée. Le cadre est fixé, d'autres mesures sont à prendre. La RTT des personnels qui fait l'objet de cette synthèse a été conçue en 2001, sans lien avec la RTT des personnels médicaux, qui se met en place en 2003, et reste centrée sur les problèmes des gardes. Il est probablement temps de remédier à cette situation, en travaillant sur le fonctionnement global des services (particulièrement dans les blocs opératoires). En utilisant les informations recensées, il semble possible de tirer profit du travail accompli pendant l'état des lieux, de réfléchir sur des scénarios d'ensemble, d'instaurer des organisations plus efficaces. Il apparaît aussi utile de former l'encadrement à l'usage d'outils de gestion simples leur permettant d'assurer la gestion de leurs unités et de dialoguer avec les directions et les tutelles sur la base de représentations fiables et pertinentes de leur activité et de leur fonctionnement.