

Réalisée durant l'automne 2002, cette enquête statistique auprès des établissements hospitaliers, qui concerne exclusivement les personnels de la Fonction publique hospitalière, avait pour objectif de dresser un état des lieux de la mise en place de la réduction du temps de travail (RTT).

À l'automne 2002, 80 % des établissements représentant 80 % des agents de la Fonction publique hospitalière étaient signataires d'un accord de RTT. La présence au sein des établissements d'au moins un des syndicats signataires du protocole national a en général facilité la conclusion d'un accord local. En ce qui concerne les infirmiers, dans plus de trois quarts des établissements, la RTT s'est traduite par l'attribution d'au moins 15 jours de RTT. Seuls 3 à 4 % des établissements ont préféré passer aux 35 heures en réduisant exclusivement la durée quotidienne du travail, alors que la modalité d'organisation en 15 jours de RTT et 37 h 30 de travail effectif hebdomadaire a été choisie par près de 40 % des hôpitaux. En moyenne, le temps de travail a été réduit de 9,7 % pour atteindre 1 567 heures par an pour les infirmiers travaillant en régime de repos fixe et 1 537 pour ceux en régime de repos variable. Au total, on peut estimer à 5,6 à 5,9 % des effectifs le nombre de créations de postes programmées dans le champ sanitaire sur la période 2002-2004, correspondant aux notifications des Agences régionales de l'hospitalisation. Au 30 septembre 2002, 11 000 recrutements avaient été effectués, concernant principalement des postes de personnels soignants. Enfin, les établissements expriment des difficultés liées à la fois aux nouvelles règles de gestion du temps de travail et à la crainte de l'apparition de problèmes de prise en charge des patients. Une partie significative d'entre eux juge que la RTT représente un facteur de tension sociale mais qu'elle offre aussi l'occasion d'une amélioration de l'organisation générale du travail.

Frédéric BOUSQUET

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
DREES

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

La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les établissements publics de santé a débuté en janvier 2002, et a concerné dans un premier temps, les agents de la Fonction publique hospitalière (personnels non médicaux). La réduction du temps de travail pour les praticiens, plus complexe à mettre en œuvre, notamment en raison des gardes et astreintes, n'a été envisagée que dans un deuxième temps¹.

Les résultats présentés ici concernent donc exclusivement les agents de la Fonction publique hospitalière. Ils sont issus d'une enquête menée par la DREES en collaboration avec la DHOS, entre les mois de septembre et décembre 2002 qui interroge les établissements publics de santé, principalement, sur le déroulement des négociations et le début d'application de la réduction du temps de travail dans le

1. Le protocole d'accord initial conclu entre les praticiens hospitaliers et les pouvoirs publics date du 22 octobre 2001, mais le décret de mise en œuvre n'est paru que le 7 octobre 2002, donc ultérieurement au lancement de l'enquête.



cadre initial du protocole du 27 septembre 2001². Elle a permis de recueillir des données statistiques sur près de 990 « entités juridiques ou établissements »³ représentant 92 % des structures d'hospitalisation publiques dans le champ sanitaire, et couvrant approximativement 95 % des agents de la Fonction publique hospitalière (encadré 1).

Cette enquête avait pour objectif de dresser un premier état des lieux de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail, dans le cadre des règles définies par le protocole d'accord du 27 septembre 2001 conclu par le gouvernement avec quatre organisations syndicales (CFDT, CGC, SNCH et UNSA) et reprises par la suite par différents textes réglementaires parus dans le courant de l'année 2002. Elle s'est déroulée en coordination avec la Mission nationale d'évaluation (MNE) et, par rapport au regard plus qualitatif porté par les professionnels hospitaliers, elle fournit un cadrage statistique quasi exhaustif, concernant les accords, l'amplitude et les modalités techniques de la réduction du temps de travail, et le nombre de recrutements ef-

fectués, avec en outre des éléments sur les difficultés de mise en œuvre rencontrées par les directions d'établissements⁴.

**80 % des établissements
représentant 80 % des agents
de la Fonction publique hospitalière
signataires à l'automne 2002
d'un accord de réduction
du temps de travail**

La très grande majorité des établissements (94 %) déclare avoir engagé un processus de négociation avec les syndicats en vue de la conclusion d'un accord. L'absence de négociation formalisée s'explique essentiellement par la petite taille des établissements concernés, ces derniers ne regroupant que 1,5 % des effectifs couverts par l'enquête. Dans 70 % de ces structures, un processus de concertation entre les différents acteurs a remplacé la négociation. Ceci est sans doute dû au fait que dans près de la moitié d'entre elles, un seul syndicat – parfois aucun – représente les personnels. Finalement, l'absence de processus formalisé de négociation n'est que très mar-

ginalement liée à un contexte social défavorable ou à un problème de délais (13 établissements sur 987).

Parmi les 987 établissements ayant répondu à l'enquête, 786 (80 %) ont signé un accord avec les représentants des personnels. Ces accords sont assez uniformément répartis selon la taille des établissements et concernent ainsi 80 % des agents de la Fonction publique hospitalière. La proportion d'accords signés varie peu selon la catégorie d'établissement (76 % d'accords dans les CHU, 79 % dans les CH, 80 % dans les HL et 84 % dans les CHS), mais plus selon les régions (encadré 2).

Une analyse « toutes choses égales par ailleurs »⁵ tend, toutefois, à montrer que la signature d'un accord est essentiellement liée à la nature de la présence syndicale dans l'établissement et, en revanche, assez peu aux caractéristiques de l'établissement (taille, catégorie, région), ni à celles des modalités de la réduction du temps de travail (nombre de jours de RTT, intentions de création de postes, recrutements effectués, etc.). La probabilité de signature d'un accord est en effet essentiellement expliquée par la présence dans l'établissement d'au moins l'un des quatre syndicats (CFDT, CGC, SNCH, UNSA) signataires, au niveau national, du protocole d'accord conclu avec les pouvoirs publics en septembre

E•1

Méthodologie et description du questionnaire

Cette enquête statistique sur la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les établissements publics de santé concerne exclusivement les personnels de la fonction publique hospitalière. Elle ne couvre en outre que le secteur sanitaire, à l'exclusion donc des secteurs sociaux et médico-sociaux. C'est une enquête exhaustive ; un questionnaire a été adressé à tous les hôpitaux représentés par leur entité juridique. Seules exceptions, les hôpitaux de l'AP-HP ont fait l'objet d'une interrogation par établissement, cette entité juridique regroupant à elle seule une quarantaine d'établissements.

Le questionnaire de l'enquête a été préparé dans le cadre d'un groupe de travail rassemblant des représentants de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, de la Direction de la hospitalisation et de l'organisation des soins, des Agences régionales de l'hospitalisation, de la Fédération hospitalière de France, de directeurs d'établissements, ainsi que de la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (ministère de l'Emploi). Il a été organisé en cinq grand chapitres :

1. Les effectifs couverts par le protocole du 27 septembre 2001 sur le champ sanitaire ;
2. La préparation de la négociation et son déroulement ;
3. Le contenu de l'accord et les modalités techniques de réduction du temps de travail ;
4. Les créations de postes programmées et les recrutements effectués au 30 septembre 2002 ;
5. Difficultés et opportunités liées à la mise en œuvre de la RTT.

Ce questionnaire a été adressé aux directions des entités juridiques et rempli par elles. Au total, il a donc été envoyé à 1 092 entités juridiques. 18 d'entre elles ont été retirées des réponses attendues en raison d'une activité sur le champ sanitaire marginale par rapport à celle médico-sociale. 987 hôpitaux ont retourné leur questionnaire rempli, soit un taux de réponses attendues de 92 %. La totalité des CHR/UA a répondu à cette enquête. Le taux de réponse est ensuite de 97 % parmi les hôpitaux psychiatriques (CHS), 93 % au sein des centres hospitaliers (CH) et 89 % pour les hôpitaux locaux (HL).

Les établissements répondants représentent environ 630 000 personnels de la Fonction publique hospitalière, soit approximativement 95 % du total des personnels de la FPH exerçant sur le champ sanitaire.

La collecte des réponses s'est déroulée entre le début du mois de septembre et la fin du mois de novembre 2002.

2. Il faut noter à ce titre, que le protocole initial de septembre 2001 a fait l'objet de très récentes renégociations aboutissant en janvier 2003 à l'adaptation de certains points de la réglementation. L'enquête ne prend donc pas en compte ces modifications.

3. Ce sont les entités juridiques qui ont répondu à cette enquête à l'exception de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris pour laquelle chaque établissement a répondu. Ceci explique la présence de 66 centres hospitaliers universitaires parmi les répondants.

4. L'ensemble de ces travaux est également complété par une étude de type monographique sur 17 établissements, actuellement en cours, qui apporte le regard de chercheurs en sciences sociales et de consultants spécialistes du monde hospitalier et de l'organisation du travail.

5. Régression logistique analysant le fait qu'un établissement ait signé ou non un accord.

2001. Au niveau local, ces syndicats ont, en effet, plus fréquemment que les autres, signé les accords négociés lorsqu'ils étaient présents au sein d'un établissement, en particulier, la CFDT (tableau 1).

Cependant, la mesure de la présence syndicale ne rend pas compte, à elle seule, de la nature du contexte social qui influe sur la signature des accords. En effet, les organisations signataires du protocole national n'ont pas signé systématiquement tous les accords locaux et inversement, celles non signataires au niveau national ont assez fréquemment signé des accords dans les établissements. Par exemple, le syndicat FO, lorsqu'il est présent dans un établissement, est signataire d'un peu moins d'un accord sur deux et à l'opposé, la CFDT, lorsqu'elle est présente dans un établissement, n'a pas signé d'accord dans un cas sur quatre.

Parmi les 786 établissements signataires, on en dénombre 54 % pour lesquels l'accord est majoritaire⁶ (45 % des effectifs) et 19 % pour lesquels il est minoritaire (42 % des effectifs). On ne dispose toutefois pas d'indication sur cette caractéristique de l'accord pour 27 % des établissements (14 % des effectifs).

Une concertation présente dans la presque totalité des établissements, dans la phase précédant la négociation comme pour le suivi de l'accord

Un travail de préparation à la négociation des accords a eu lieu de manière quasi-systématique, puisque 99 % des établissements déclarent avoir fait précéder les négociations d'une phase de concertation des personnels. Celle-ci s'est déroulée de manière formalisée par la constitution d'un comité de pilotage dans 96 % des cas.

Les rares cas où de telles structures de concertation n'ont pas été mises en place concernent des petits établissements (60 % d'hôpitaux locaux) qui ne

regroupent que 1,5 % des agents concernés par l'enquête. Ces mêmes établissements se caractérisent également par la présence d'un nombre réduit de syndicats (la moitié déclare la présence d'au plus un syndicat dans leur établissement contre 28 % pour l'ensemble des établis-

sements interrogés). Néanmoins, cette absence de constitution de comité de pilotage ne semble pas avoir d'incidence sur le résultat des négociations puisque 82 % de ces établissements sont parvenus à un accord, ce qui les situe légèrement au-dessus de la moyenne nationale.

E•2

Proportion d'accords signés dans chaque région exprimée en pourcentage d'établissements signataires et en pourcentage d'effectifs concernés

La proportion d'accords signés varie sensiblement d'une région à l'autre (tableau). Les départements d'outre-mer, la Corse, ainsi que l'Alsace ont enregistré des accords pour 100 % des établissements répondant à l'enquête. Dans les régions Aquitaine et Haute-Normandie, plus de 95 % des établissements sont signataires d'un accord, ainsi que dans le Limousin et la Guadeloupe où, malgré une proportion d'établissements signataires un peu plus faible, plus de 95 % de personnels sont également concernés par un accord.

À l'opposé, la Bretagne, l'Auvergne, la Franche-Comté, la Champagne-Ardenne et le Languedoc-Roussillon ont vu beaucoup moins souvent leurs établissements signer des accords, moins de 50 % des agents étant concernés.

L'Île-de-France qui rassemble à elle seule, dans le champ sanitaire, un peu moins d'un cinquième de la totalité des personnels de la Fonction publique hospitalière, se trouve dans une situation moyenne avec 80 % d'établissements ayant signé un accord couvrant 85 % des effectifs de la région.

Régions	Effectifs	Établissements
Guadeloupe	97,0	88,9
Martinique	100,0	100,0
Guyane	100,0	100,0
Réunion	100,0	100,0
Île-de-France	84,5	80,4
Champagne-Ardennes	42,6	70,4
Picardie	93,2	88,9
Haute-Normandie	98,2	96,9
Centre	75,0	75,6
Basse-Normandie	82,4	75,8
Bourgogne	92,1	84,1
Nord - Pas-de-Calais	79,8	79,6
Lorraine	98,4	93,6
Alsace	100,0	100,0
Franche-Comté	71,1	60,7
Pays de la Loire	94,5	86,8
Bretagne	30,2	54,0
Poitou-Charentes	90,5	89,7
Aquitaine	99,8	97,5
Midi-Pyrénées	89,6	81,6
Limousin	98,4	87,5
Rhône-Alpes	83,5	75,0
Auvergne	39,9	59,3
Languedoc-Roussillon	30,0	64,7
PACA	78,9	66,2
Corse	100,0	100,0
France	80,4	79,6

Source : enquête DREES, 2002.

T•01

présence syndicale et signature des accords dans les établissements

en pourcentage d'établissements

	Présents dans l'établissement	Participation à la négociation/présence	Signature/présence
CFDT	64,7	93,6	76,4
CFTC	12,8	83,7	52,0
CGC	2,4	78,3	73,9
CGT	62,3	88,8	42,3
FO	61,0	87,8	48,2
SNCH	10,7	89,3	72,8
SUD	12,2	77,8	19,7
UNSA	12,9	88,7	69,4
Autre	9,5	57,1	39,6

963 questionnaires exploitables ; 24 établissements sans syndicat ou non renseignés.
Source : enquête DREES, 2002.

6. C'est-à-dire lorsque l'ensemble des syndicats signataires a obtenu une majorité de suffrages aux élections pour élire les représentants des Commissions administratives paritaires – locales ou départementales – (CAP) ou des Caisses nationales de retraite des agents des collectivités locales, selon les données disponibles pour les établissements.

Au sein des établissements ayant constitué un comité de pilotage, la concertation a impliqué, dans la plupart des cas, au moins les syndicats et les représentants des cadres soignants (dans plus de 80 % des cas). Dans deux tiers des établissements, et plus fréquemment dans ceux de petite taille, les Comités techniques d'établissement (CTE) ont également participé à cette phase de préparation. À l'inverse, les Commissions médicales d'établissement (CME) ont été impliquées dans un peu plus d'un établissement sur deux, mais beaucoup plus souvent au sein des plus gros, puisque cette implication a concerné 80 % des effectifs couverts par l'enquête.

La concertation s'est également traduite pour une majorité d'agents (61 %) par une consultation par voie de questionnaire. Les établissements concernés n'ont pas de spécificité, hormis un taux d'accords plus élevé que la moyenne (84 % contre 80 % sur l'ensemble des établissements).

Dans la plupart des hôpitaux, la phase de concertation s'est également accompagnée d'un certain nombre de travaux et d'études préparatoires à la réduction du temps de travail. Plus de 80 % des établissements déclarent avoir procédé à des travaux formalisés au sein des services et près des trois quarts ont également mis en place des groupes de réflexion « inter-services ». Un peu moins de la moitié des établissements a par ailleurs fait appel à un consultant extérieur pour les aider à préparer la réduction du temps de travail. Il s'agit plus souvent de petites structures. D'une part, les hôpitaux locaux y ont eu plus fréquemment recours (40 % d'hôpitaux locaux dans ce groupe contre 30 % parmi l'ensemble des établissements), alors que seuls 10 CHU sur les 66 interrogés ont fait appel à une aide extérieure. D'autre part, les centres hospitaliers (CH) qui ont eu recours à un consultant sont également, en moyenne, de plus petite taille (470 agents dans ce groupe contre 572 pour l'ensemble).

Ce recours différencié à un consultant externe est sans doute lié à l'aide financière apportée par les pouvoirs publics à travers l'enveloppe « appui conseil » qui était réservée aux établissements comptant moins de 500 agents non médicaux. Parmi les établissements qui ont eu recours à un consultant, deux tiers

ont en effet bénéficié de cette enveloppe « appui conseil ».

Le recours à d'autres outils d'aide à la mise en œuvre des 35 heures est par contre resté peu répandu, seulement un peu plus du tiers des établissements déclarant en avoir utilisé. Dans environ un cas sur deux, il s'agit d'outils liés à la construction de plannings, mais les logiciels de gestion du temps de travail n'ont été utilisés que dans un cas sur quatre et, semble-t-il, de manière assez également répartie entre les établissements de différentes tailles.

Enfin, la quasi totalité des établissements indique que la concertation s'est prolongée après la signature des accords par la mise en place d'un comité local de suivi. Celui-ci existe dans 89 % des établissements étudiés, regroupant environ 96 % des effectifs. Sa composition est, en moyenne, assez différente de celle du comité de pilotage préparant la négociation, avec une place prépondérante laissée aux organisations syndicales. En effet, alors que les cadres et les CME étaient très largement représentés au sein des comités de pilotage (c'était le cas pour une proportion d'établissements représentant respectivement 77 et 80 % des effectifs concernés), leur présence est nettement moins fréquente au sein des comités locaux de suivi, les établissements où la représentation des cadres ou des médecins est assurée ne représentant plus que respectivement 46 % et 43 % des effectifs.

Cette modification des structures de suivi peut surprendre dans la mesure où l'expérience des entreprises privées a montré que l'organisation du temps de travail n'est pas figée à la signature de l'accord, mais qu'elle s'adapte par tâtonnements et mises au point successives⁷ à partir de la remontée des problèmes rencontrés.

**Un modèle largement prédominant :
15 jours de RTT
pour une durée de travail
hebdomadaire moyenne de 37 h 30**

Ces modalités de la réduction du temps de travail varient assez souvent selon les métiers et, au sein même des personnels infirmiers, selon les spécialisations ou les services. À des fins de simplification, l'enquête a recueilli des don-

nées détaillées⁸ selon les règles majoritairement appliquées aux infirmiers dans chacun des établissements. Elles décrivent le décompte du temps de travail pour les agents exerçant en repos fixe (les samedis et dimanches sont en majorité chômés) et pour ceux soumis à « des sujétions spécifiques ». Ces derniers sont pour la plupart les agents en repos variable, c'est-à-dire travaillant au moins 10 samedis, dimanches et jours fériés (DJF), ou les personnels de nuit. À cet égard, la nouvelle réglementation⁹ a défini deux types de repos variables : entre 10 et 19 DJF et au moins 20 DJF, que l'on notera pour plus de facilité dans la suite de ce document respectivement « moins de 20 DJF » et « plus de 20 DJF ». La durée du temps de travail

7. Jean-Louis DAYAN : « 35 heures, des ambitions aux réalités », Paris : La Découverte, 2002.

8. Pour les quatre grands modes de travail (travail avec repos fixe, travail avec repos variable et moins de 20 dimanches ou jours fériés travaillés, travail avec repos variable avec plus de 20 dimanches ou jours fériés travaillés, travail de nuit), il a été recueilli : le nombre de jours de congés, le nombre de jours de RTT, le nombre de jours effectivement travaillés par an, le nombre total d'heures travaillées par an, le nombre moyen hebdomadaire d'heures effectivement travaillées (hors jours de RTT) et le nombre moyen quotidien d'heures effectivement travaillées. Il était également demandé aux établissements si le temps de repas est inclus dans le temps de travail. Pour chaque mode de travail, cette description était demandée avant et après passage aux 35h.

9. Décret 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements publics de santé La base horaire annuelle est de 1 600 heures maximum pour les agents travaillant en repos fixe, 1 575 pour ceux en repos variable de moins de 20 DJF. Les agents effectuant plus de 20 DJF bénéficient de deux jours de repos supplémentaires. Enfin, pour les agents en travail de nuit, la durée maximum légale actuelle est de 1 560 heures. Elle passera à 1 470 heures au 1^{er} janvier 2004. Ces durées sont définies hors jours de congés supplémentaires acquis sous condition de fractionnement des congés en plusieurs périodes (jusqu'à trois jours supplémentaires).

est réduite réglementairement pour les agents en repos variable et travaillant de nuit.

En ce qui concerne les infirmiers, dans leur très grande majorité, les établissements publics de santé ont choisi de réduire la durée du travail selon des modèles offrant un panachage entre réduction du temps quotidien de travail et octroi de jours de congés supplémentaires. Néanmoins, la mise en place de 15 jours de RTT a été choisie de manière prédominante par environ 40 % des établissements¹⁰, quel que soit le mode de travail (repos fixe ou repos variable). Cinq autres types d'organisations ont également été fréquemment adoptés, avec respectivement un nombre de jours de RTT égal à 20 jours, 18 jours, 12 jours, 6 jours, voire encore une réduction uniquement quotidienne de la durée de travail (graphique 1).

Au total, dans plus des trois quarts des établissements, la réduction du temps de travail s'est traduite par l'attribution d'au moins 15 jours de congés supplémentaires. À l'opposé, les établissements qui sont passés aux 35 heures en utilisant seulement la réduction quotidienne des horaires de travail ne représentent que 3 à 4 % des hôpitaux publics. Près de la moitié d'entre eux sont des hôpitaux locaux, cette modalité d'organisation du temps de travail concernant au plus 2 % des personnels infirmiers.

Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » montre un lien entre le nombre de jours de RTT attribué et la taille des établissements. Dans ceux de petite taille, les accords de RTT prévoient moins de jours de RTT que dans les plus grands et inversement, ils sont aussi plus nombreux à avoir opté pour une réduction quotidienne du temps de travail. On retrouve ainsi dans les hôpitaux publics le lien entre taille et modalités de réduction du temps de travail qui a déjà été constaté dans les entreprises privées passées aux 35 heures.

Il apparaît également que les hôpitaux locaux ont accordé moins de jours de RTT (14 jours en moyenne) que les centres hospitaliers (15 jours) et qu'inver-

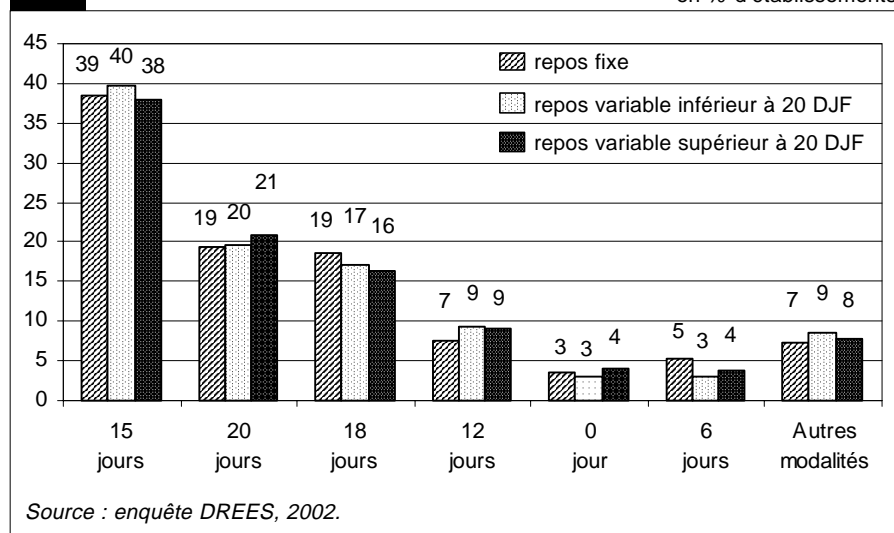
sement, les CHU (18 jours) et les hôpitaux psychiatriques (16 jours) en ont accordés davantage. Il existe enfin des différences selon les régions, l'Île-de-France se situant, toutes choses égales par ailleurs parmi les régions dans lesquelles le nombre de jours RTT est le plus élevé (18 jours en moyenne). La Guadeloupe, l'Alsace, la Franche-Comté ou la Corse ont, dans leur ensemble, moins utilisé les jours RTT (de 9 à 17 jours).

Par contre, il n'apparaît pas de relation entre le nombre de jours RTT et le fait que l'établissement ait ou non signé un accord.

Le nombre de jours de RTT (tableau 2) correspond dans la majorité des cas à une organisation type du temps de travail hebdomadaire et quotidien. Pour les personnels infirmiers en repos variable, la modalité d'organisation du temps de travail en 15 jours de RTT, 37 h 30 de travail hebdomadaire et 7 h 30 de travail quotidien a été massivement choisie par les établissements.

Une relative variabilité des modes d'organisations existe dans le groupe des établissements qui prévoient 20 jours de RTT supplémentaires. Au bout du compte, les personnels infirmiers dont la

G.01 modalités de la réduction du temps de travail
Jours de RTT selon les modes d'organisation des repos en % d'établissements



T.02 détails des principales modalités de la réduction du temps de travail

Nombre de jours RTT (1)	Temps hebdomadaire de travail effectif (hors jours de RTT) (2)	Temps quotidien de travail effectif	Fréquence en % du nombre d'établissements (2)
15 jours	37 h 30	7 h 30	36
20 jours	Quatre modalités principales (1)		
	39 h 00	7 h 48	5
	38 h 20	7 h 40	4
	38 h 30	7 h 42	3
	38 h 45	7 h 45	3
20 jours	Total modalités principales		15
18 jours	38 h 00	7 h 36	12
12 jours	37 h 00	7 h 24	7
0 jours	35 h 00	7 h 00	3
6 jours	36 h 00	7 h 12	2

(1) Par ordre décroissant des fréquences
(2) Situations les plus fréquentes, non exclusives de quelques variantes dans les durées hebdomadaires ou quotidiennes de travail.
Source : enquête DREES, 2002.

10. Pourcentage calculé sur les établissements qui ont répondu à cette question.

présence est de 39 heures par semaine, travaillent en moyenne deux jours de moins par an que ceux qui travaillent 38 h 30 (ou 38 h 20), et un jour de moins que ceux qui ont un horaire hebdomadaire de 38 h 45.

Une durée annuelle moyenne du travail de 1 567 heures en cas de repos fixe et 1 537 heures en cas de repos variable

Toujours en ce qui concerne le cas majoritaire des infirmiers, en 2002, la durée annuelle était en moyenne de 1 563 heures pour les agents en repos fixe et de 1 551 pour ceux en repos variable effectuant moins de 20 dimanches et jours fériés et 1 537 pour ceux effectuant plus de 20 dimanches et jours fériés. En 2001, elle était de 1 717 heures en repos fixe et 1 702 heures en repos variable. Les personnels infirmiers de nuit ont dans leur très grande majorité une durée annuelle de travail de 1 540 heures, effectuant le plus souvent 10 heures de travail par nuit. Cette organisation correspond actuellement à une durée de travail moyenne hebdomadaire de 35 heures. Le temps de travail des personnels de nuit sera réduit à 32 h 30 à compter du 1^{er} janvier 2004 (tableau 3).

La répartition des durées annuelles de travail fait apparaître trois types de résultats. En premier lieu, les durées déclarées par les établissements sont pres-

que toujours inférieures aux durées maximum légales de travail¹¹. Ceci s'explique principalement par le fait que la presque totalité des établissements ont intégré dans leur décompte les trois jours de congés supplémentaires inhérents à la prise de congés hors saison et au fractionnement de ces congés.

À cet égard, 7 à 8 % des établissements semblent intégrer désormais ces trois jours à la durée annuelle des congés automatiquement dus aux agents (27 ou 28 jours de congés au lieu de 25).

En second lieu, les durées de travail pratiquées sont concentrées dans des intervalles relativement réduits (graphique 2). Ainsi, pour chaque mode de travail, et environ 75 % des établissements ayant répondu, les écarts de durée annuelle correspondent au plus à deux ou trois jours de travail. Pour les infirmiers travaillant à temps variable (plus de 20 DJF), 75 % des établissements déclarent ainsi une durée de travail comprise entre 1 524 et 1 547 heures¹².

Enfin, les disparités de la durée du travail entre établissements ont diminué considérablement entre 2001 et 2002, l'amplitude des durées, appréciée par l'écart type, ayant diminué, pour chaque mode de travail, de près de moitié. Néanmoins, les établissements présentent encore des différences parfois importantes pour le décompte des jours fériés ou des jours de congés supplémentaires.

Ainsi, pour les infirmiers travaillant en repos variable, 17 % des établissements déclarent un à quatre jours de congés supplémentaires au titre des jours fériés ou des jours pour sujétion particulière. De même, environ le quart des établissements déclarent entre un et quatre jours de congés supplémentaires, hors jours de congés légaux et jours fériés.

Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » de la durée annuelle du travail ne montre toutefois pas de différence significative de la durée du travail selon la catégorie ou la taille de l'établissement, non plus qu'en fonction des caractéristiques de l'accord. Seuls les établissements des régions Guadeloupe et Alsace déclarent une durée annuelle de travail nettement inférieure aux autres régions (respectivement 1 469 et 1 523 heures contre 1 537 heures en moyenne).

11. 1 600 heures en repos fixe, 1575 en repos variable avec moins de 20 DJF et 1 560 avec plus de 20 DJF

12. Il est par ailleurs difficile d'expliquer les cas de déclaration de durées extrêmes, certains relevant manifestement d'erreurs de comptabilisation, d'autres pouvant correspondre, pour les durées les plus élevées, à une mise en œuvre progressive de la réduction du temps de travail. Les durées les plus basses peuvent quant à elles traduire le maintien d'avantages acquis par certains établissements. En tout état de cause, chacune de ces deux situations représentent moins de 10 % des établissements.

T 03 évolution de la durée annuelle du temps de travail avant et après RTT*

	Repos fixe				Repos variable					
	Nombre d'heures annuelles travaillées		Écart-type		Nombre d'heures annuelles travaillées			Écart-type		
						inférieur à 20 DJF**	supérieur à 20 DJF**			
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2002	2001	2002	2002
CHU	1709	1568	22	15	1 694	1 553	1 533	20	15	10
HL	1724	1564	21	11	1 710	1 551	1 539	18	9	8
CHS	1702	1564	21	11	1 683	1 550	1 535	23	10	9
CH	1718	1563	20	9	1 703	1 551	1 537	18	9	8
Total	1717	1563	21	10	1 702	1 551	1 537	20	10	8

* Données écartées des 5 % des extrêmes.

** Moins de 20 DJF : personnels en repos variables travaillant moins de 20 dimanches et jours fériés.

Plus de 20 DJF : personnels en repos variables travaillant plus de 20 dimanches et jours fériés.

Lecture : en 2001, dans les CHU, la majorité des infirmiers en repos fixe travaillait en moyenne 1 709 heures par an. En 2002, la durée annuelle moyenne de travail a été réduite à 1 568 heures. Alors que l'écart-type mesurant l'écart moyen du temps de travail de chaque CHU à la moyenne du temps de travail de tous les CHU était de 22 heures en 2001, cet indicateur de disparité des temps de travail entre établissements a diminué à 15 heures en 2002. Il a cependant moins baissé que dans les CH où il est passé de 20 heures en 2001 à 9 heures en 2002.

Source : enquête DREES, 2002.

Une réduction du temps de travail de 9,7 % en moyenne

Le taux de réduction de la durée du travail annuelle varie, pour les infirmiers et selon les établissements, de 8 à 11 %. Il est significativement plus faible dans les CHS où le temps de travail a été réduit en moyenne de 8,5 %. Il est, à l'inverse, plus élevé dans les hôpitaux locaux (10,3 % en moyenne). Par contre il est proche de la moyenne dans les CH (9,4 %) et les CHU (9,6 %) et il ne varie pas non plus avec la région ou la taille de l'établissement.

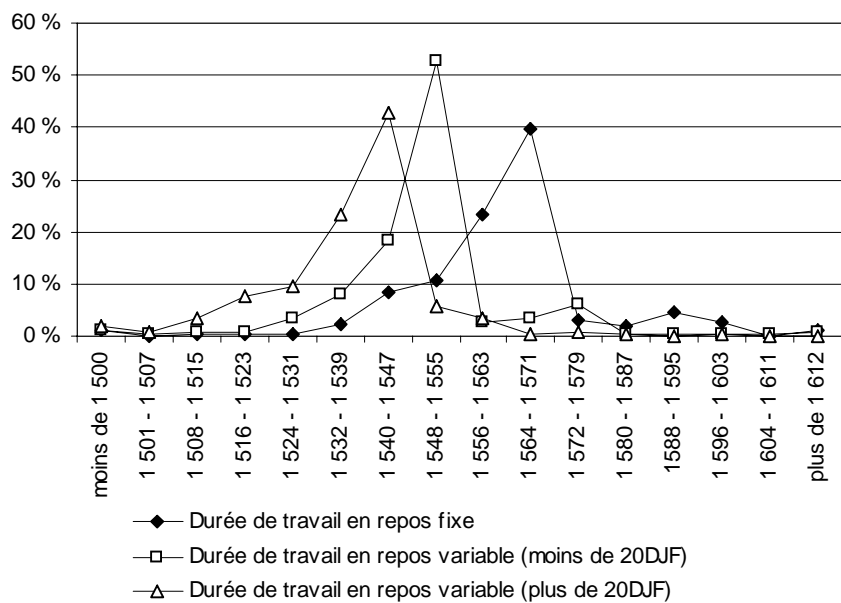
Le taux de réduction du temps de travail semble avoir été légèrement plus élevé dans les établissements ayant conclu un accord (9,8 % contre 9,4 %). Il n'apparaît toutefois pas de relation avec le taux de créations d'emplois programmées, ni avec le taux de recrutements effectués en 2002.

Dans de nombreux établissements ne fonctionnant pas en horaires décalés, la réduction des périodes de chevauchement a été utilisée pour mettre en œuvre la réduction du temps de travail. C'est en particulier le temps de chevauchement entre le matin et l'après-midi qui a été le plus réduit. Au sein des établissements concernés, ce temps de chevauchement de la mi-journée qui durait en moyenne un peu plus d'une heure en 2001, a été réduit à environ 45 minutes. Cependant, il semble qu'il a été modifié dans les CHS, sa durée baissant de 55 à 50 minutes.

Le traitement du temps de repas au regard de la réduction du temps de travail a été assez varié, certains établissements l'ayant retiré du décompte du temps de travail, d'autres l'ayant au contraire intégré. Ainsi dans le cadre du repos fixe, 314 établissements déclaraient en 2001 intégrer le temps de repas au temps de travail. Parmi eux, 108 établissements (33 %) l'ont retiré en 2002 et 87 établissements dont le temps de repas n'était pas comptabilisé dans le temps de travail, l'y ont au contraire intégré.

Pour les organisations fondées sur un repos à temps variable, le nombre d'établissements comptabilisant le temps de repas est plus élevé. Il était de 460 en 2001 et de 425 en 2002. Entre 2001 et 2002, 144 hôpitaux ont retiré le temps de repas du temps de travail et 109 l'y ont intégré.

G02 répartition des établissements selon la durée annuelle de travail (pour les trois grands modes de travail)



Source : enquête DREES, 2002.

En 2002, on peut estimer la proportion des établissements comptabilisant le temps de repas dans le temps de travail à environ 40 % dans les organisations du travail en repos fixe et un peu moins de la moitié dans les organisations en temps variable. Dans ce dernier cas, les CHS sont beaucoup plus nombreux que les autres établissements à avoir toujours inclus le repas dans le temps de travail (60 % des CHS contre 32 % des hôpitaux en général). Néanmoins, ce sont les CHU qui, plus souvent que les autres, ont intégré le temps de repas dans le travail à l'occasion de la RTT.

Des créations d'emplois programmées à hauteur de 5,6 % à 5,9 % des effectifs

Au total, les 954 établissements répondant à cette question ont indiqué, pour l'ensemble des personnels, la création programmée de 34 847 postes, qui leur ont été notifiés par les ARH pour les années 2002-2004. Grâce aux estimations des non réponses totales ou partielles, on peut estimer à un peu plus de 37 000 le nombre total de créations de postes programmées pour la mise en œuvre de la RTT dans les établissements publics de santé. Les déclarations des établissements recourent donc bien les intentions

de créations annoncées par les pouvoirs publics, dans le champ sanitaire, avec une fourchette comprise entre 5,6 % et 5,9 % du total des effectifs décomptés au 31 décembre 2001 (encadré 3).

La répartition des créations de postes programmées est de 35 % pour les CHU, 51 % pour les CH, 10 % pour les CHS et 4 % pour les hôpitaux locaux.

Les intentions de créations de postes privilégient toujours les emplois soignants qu'ils soient infirmiers ou aides soignants. Plus de 80 % des créations d'emplois programmées concernent en effet des emplois de soignants, alors que ceux-ci représentent 70 % des emplois de la fonction publique hospitalière (tableau 4).

Dans les CHU, alors que les infirmiers représentent 31 % des personnels non médicaux, il est prévu d'embaucher 37 % d'infirmiers. À l'inverse, alors que les personnels non soignants regroupent 32 % des emplois non médicaux, ils ne représentent que 20 % des postes créés. Quelle que soit la catégorie d'établissement, la préférence pour la création programmée de postes de soignants se fait surtout au détriment des personnels techniques et ouvriers, ainsi qu'administratifs. Les premiers représentent seulement 8 % des créations programmées alors qu'ils constituent 13 % des personnels

hospitaliers. Ces chiffres sont respectivement de 7 et 12 % pour les personnels administratifs. Les personnels médico-techniques, éducatifs et sociaux sont plus avantagés, le taux de création étant proche de la structure des emplois.

Parmi les postes de soignants, chaque catégorie d'établissement prévoit des créations correspondant à peu près à la structure actuelle au sein des emplois soignants (graphique 3). Les hôpitaux locaux privilégient largement la création de postes d'aides soignants et d'agents de service hospitaliers (68 % des créations de postes prévues) et les CHS, celle de postes d'infirmiers (55 % des créations prévues).

Environ 11 000 embauches réalisées au 30 septembre 2002 et un recours assez fréquent aux heures supplémentaires

Au 30 septembre 2002, les 864 établissements ayant répondu à cette question déclaraient avoir recruté 9 258 équivalents temps plein (ETP) dans le cadre de la mise en œuvre de la RTT. En tenant compte des non réponses (partielles ou totales), on peut estimer, à cette date, le nombre total de recrutements dans les hôpitaux publics à environ 11 000 ETP (tableau 5).

Parmi les établissements répondants, le rapport entre les recrutements déjà ef-

fectués à l'automne 2002 et les intentions de créations des postes pour cette même année est de 90 %. Contrairement aux taux de créations de postes programmées sur les trois ans, le taux de recrutement observé en 2002 varie considérablement selon les régions (tableau 6). Ces différences régionales fournissent sans doute une indication sur les difficultés de recrutements que rencontrent les établissements selon les régions. L'Île-de-France, la Picardie, la Champagne-Ardenne et la Basse-Normandie se situent largement en dessous de la moyenne du taux de recrutement national. À l'opposé, la Haute Normandie, la Bourgogne, le Nord - Pas-de-Calais et la Franche-Comté ont recruté au-delà de leurs intentions initiales de créations de postes pour 2002.

Pour recruter du personnel, les hôpitaux ont eu massivement recours à l'embauche d'agents contractuels. 85 % des établissements représentant 76 % des effectifs déclarent y avoir procédé. 34 % d'agents contractuels figureraient parmi les personnels recrutés au 30 septembre 2002. Bien qu'important, le recours aux personnels intérimaires reste minoritaire, 36 % des établissements déclarant utiliser ce mode de travail.

T 04 structure des emplois dans les créations de postes programmées sur la période 2002 - 2004

	Infirmiers	AS - ASH	Autres personnels soignants	Personnels				en %
				médico-technique	éducatif et social	technique et ouvrier	administratif	
Structure des intentions de création de postes	38	40	3	5	1	8	7	

Source : enquête DREES, 2002.

8

E 3

Les créations de postes programmées

Le taux des créations d'emplois prévues par établissement varie entre 2,5 % et 10 % (données écartées des 5 % des valeurs extrêmes basses et des 5 % des valeurs extrêmes hautes). Les valeurs les plus hautes peuvent être dues à un biais de déclaration, certains établissements, plus particulièrement des hôpitaux locaux, ayant indiqué le nombre de postes total financés sur les budgets sanitaires et médico-sociaux alors que les effectifs de l'établissement sont en principe comptabilisés, dans cette enquête, pour le seul champ sanitaire. Ceci n'entraîne toutefois qu'un biais minime, ce problème ne concernant que de petites structures.

Le taux de créations d'emplois programmées varie également sensiblement selon la catégorie d'établissement. 85 % des CHU ont un taux de créations de postes programmées compris entre 5 et 7 %, alors que pour la moitié des CHS, il est inférieur à 5 %. Dans les hôpitaux locaux, un peu moins du quart a programmé des créations d'emplois inférieures à 3,5 % et un peu plus d'un autre quart, des créations supérieures à 7 %, ce qui est sans doute dû au biais de déclaration décrit plus haut.

Le taux moyen par région évolue dans une fourchette beaucoup plus serrée puisqu'il est compris, pour la plupart d'entre elles, entre 5 et 6 %. À l'exception de la Guyane, de la Réunion et de la Corse (pour lesquels le petit nombre d'établissements concernés ne permet pas de corriger d'éventuels biais), il varie en effet de 5,1 % en Auvergne à 5,9 % en Ile-de-France et dans le Limousin.

Au regard des demandes de créations de postes exprimées par les établissements auprès des ARH, les attributions de postes accordées correspondent globalement à 70 % des ces demandes¹.

Répartition des taux d'allocation de personnels par les ARH selon la catégorie d'établissement

	Non renseigné	inférieur à 3,5 %	entre 3,5 et 5 %	entre 5 et 6 %	entre 6 et 7 %	entre 7 et 8 %	supérieur à 8 %	en % d'effectifs	
								TOTAL	
CHR/U	0	0	14	59	26	0	0	100	
HL	6	23	14	17	11	9	19	100	
CHS	3	10	39	32	8	5	3	100	
CH	1	2	25	36	23	8	4	100	
Total	1	3	22	44	22	5	3	100	

Source : enquête DREES, 2002.

Néanmoins, compte tenu des moyens accordés par les ARH, les hôpitaux qui ont répondu à l'enquête déclarent une intention de créations de postes, pour la période 2002-2004, à peu près similaire aux attributions de postes par les ARH.

1. Chiffre calculé sur les 744 établissements qui ont renseigné à la fois le nombre de postes demandé à leurs ARH et celui accordé par celles-ci.

De même, environ 60 % des établissements déclarent avoir proposé aux agents à temps partiel d'accroître leur temps de travail. Cependant, seul un quart des établissements ayant recruté des infirmiers déclare aussi avoir modifié la quotité de travail des personnels infirmiers travaillant à temps partiel.

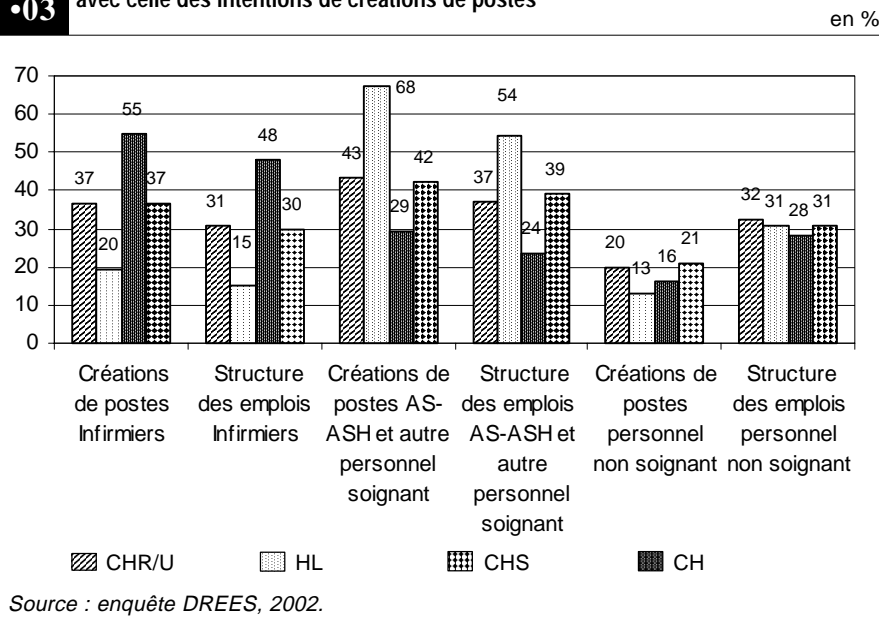
Par contre, le Compte épargne temps (CET) semble avoir été peu utilisé. Seuls 18 % des établissements affirment que certains cadres ont opté pour cette solution, 10 % le mentionnent pour les personnels soignants et 7 % pour les personnels non soignants. Même au sein de ces établissements, le choix du CET reste très limité.

Pour amortir les effets de la réduction du temps de travail, 42 % des établissements (représentant 55 % des effectifs) disent en outre qu'ils ont recours à un accroissement du nombre d'heures supplémentaires¹³. Les CHU déclarent beaucoup plus fréquemment recourir aux heures supplémentaires (71 % contre 42 % en moyenne). Néanmoins, seulement 60 % de ces établissements ont pu fournir une estimation de l'accroissement du volume d'heures supplémentaires payées en 2002 par rapport à 2001. Il est estimé à environ 6 000 heures en moyenne dans les CHU, 3 300 dans les CHS, 2 300 dans les CH et 500 dans les hôpitaux locaux. Pour fournir un ordre de grandeur, 6 000 heures correspondent approximativement à 3,8 ETP.

Moins nombreux sont les établissements qui déclarent fermer des unités de soins supplémentaires durant certaines périodes de l'année. Ils représentent toutefois un établissement sur cinq, regroupant presque le tiers des effectifs de la Fonction publique hospitalière. 32 % des CHU, 29 % des CHS et 28 % des CH déclarent fermer des services, alors que cette proportion n'est que de 4 % dans les hôpitaux locaux.

13. La question était précisément de savoir si l'établissement allait avoir recours, sur la période 2002 - 2004 à un accroissement du nombre d'heures supplémentaires payées. Certains établissements ont répondu positivement (et sont comptés comme tel) indiquant néanmoins que ces heures ne seraient pas payées.

G 03 comparaison de la structure des emplois avec celle des intentions de créations de postes



T 05 structure des emplois dans les recrutements effectués au 30 septembre 2002

	Infirmiers	AS - ASH	Autres personnels soignants	Personnels			
				médico-technique	éducatif et social	technique et ouvrier	administratif
Structure des recrutements effectués au 30 septembre 2002	34	42	3	5	1	9	7

Source : enquête DREES, 2002.

Une réorganisation largement souhaitée mais inégalement mise en œuvre

Durant les travaux préparatoires à la mise en œuvre de la RTT, la grande majorité des établissements a déclaré avoir mené des travaux sur l'organisation du travail au sein même des services ou, de manière plus transversale, avoir réfléchi sur le fonctionnement global des établissements (tableau 7).

La formalisation de ces travaux dans le texte même des accords ne semble reprendre que de manière partielle les réflexions menées. Il apparaît en effet que les accords traitent d'abord et massivement des questions liées au décompte du temps de travail. C'est ainsi que dans 90 % des établissements (concernant 89 % des effectifs), les accords précisent la durée du repas. De même, les temps de pause et d'habillement sont abordés dans respectivement 86 % et 82 % des

accords (concernant 83 % et 81 % des agents). Les temps de chevauchement y sont mentionnés de manière un peu moins fréquente, dans environ 70 % des cas, avec peu de différences selon la taille des établissements.

L'organisation du travail n'est abordée avec la même fréquence que lorsqu'elle concerne l'organisation interne aux services (83 % des établissements). Par contre, le problème des interfaces entre services n'est traité que dans 41 % des accords qui concernent toutefois 50 % des personnels, résultat qui apparaît en décalage avec les réflexions menées sur ce thème dans près des trois quarts des établissements durant la phase de préparation de la négociation.

À cet égard, le problème de l'articulation entre temps travail médical et non médical semble avoir particulièrement peu souvent été abordé. Seul un établissement sur cinq (regroupant toutefois 38 % des effectifs) indique avoir travaillé

**T
06**

bilan des créations de postes programmées et des recrutements réalisés au 30 septembre 2002 par région

Régions	Nombre d'établissements répondants	Intentions de créations de postes sur 3 ans/ effectif total	Nombre d'établissements répondants	Recrutements au 30 septembre 2002/ effectif total	Nombre d'établissements répondants	Recrutements au 30 septembre 2002/ intentions de créations de postes pour 2002
Guadeloupe	8	7,3 %	4	2,6 %	3	117,6 %
Martinique	10	5,2 %	8	1,9 %	8	100,0 %
Guyane	2	4,1 %	2	2,1 %	2	143,8 %
Réunion	5	4,7 %	5	1,5 %	5	110,7 %
Île-de-France	94	5,9 %	84	0,9 %	83	53,5 %
Champagne-Ardennes	26	6,2 %	24	1,4 %	24	76,7 %
Picardie	33	5,9 %	34	1,4 %	33	68,5 %
Haute-Normandie	31	5,6 %	29	1,9 %	29	112,2 %
Centre	41	5,7 %	40	1,6 %	39	94,0 %
Basse-Normandie	30	5,6 %	30	1,1 %	30	68,3 %
Bourgogne	38	5,6 %	34	2,4 %	33	122,5 %
Nord - Pas-de-Calais	49	5,5 %	46	1,9 %	46	113,0 %
Lorraine	40	5,9 %	42	1,5 %	42	79,9 %
Alsace	38	5,8 %	36	1,5 %	34	96,9 %
Franche-Comté	27	6,1 %	26	2,1 %	26	116,7 %
Pays de la Loire	52	5,6 %	43	2,1 %	42	85,9 %
Bretagne	50	5,7 %	46	1,9 %	45	103,0 %
Poitou-Charentes	28	5,9 %	26	2,3 %	25	100,6 %
Aquitaine	35	5,7 %	36	2,0 %	34	106,8 %
Midi-Pyrénées	39	5,6 %	41	2,0 %	37	106,2 %
Limousin	20	6,3 %	22	1,8 %	21	95,0 %
Rhône-Alpes	97	5,6 %	87	1,6 %	87	95,8 %
Auvergne	22	5,4 %	25	1,8 %	24	89,1 %
Languedoc-Roussillon	33	5,7 %	31	2,0 %	30	104,6 %
PACA	60	5,8 %	59	1,6 %	58	93,6 %
Corse	4	8,2 %	4	2,3 %	4	100,0 %
France	912	5,8 %	864	1,6 %	844	90,3 %

Source : enquête DREES, 2002.

la réponse aux besoins des usagers, tandis que la formation et la promotion professionnelle l'ont été dans 35 % des cas (pour 43 % des personnels). Enfin, 35 % des accords (43 % des effectifs) abordent la question des personnels de nuit, un établissement sur quatre seulement prévoyant explicitement l'organisation du passage aux 32 h 30 au 1^{er} janvier 2004.

Les changements organisationnels prévus par les accords sont d'une ampleur différente selon la catégorie d'établissement (tableau 9). Ce sont en effet les CHR/U qui paraissent, bien plus souvent que les autres catégories d'établissements, avoir mis en place ou prévoir des modifications de leurs organisations de travail. Ainsi, parmi les établissements qui déclarent prévoir des mesures concrètes sur les interfaces entre services, 62 % des CHU sont concernés, contre 45 % des centres hospitaliers, 34 % des hôpitaux locaux et 25 % des hôpitaux psychiatriques.

De même, un peu moins de la moitié des CHU déclarent aborder le problème de l'articulation entre temps de travail médical et non médical, alors que cette proportion n'est que de 27 % dans les CH, 11 % dans les CHS et 8 % dans les hôpitaux locaux. Les CHU ont réexaminé, deux fois plus souvent que les CH, les horaires d'ouverture des blocs opératoires. Si très peu d'établissements ont abordé formellement ce point dans leur accord, ils sont plus nombreux à prévoir des changements en la matière : c'est le cas de 61 % des CHU et de 31 % des CH.

Les hôpitaux locaux semblent, quant à eux, avoir relativement peu pensé les aspects organisationnels liés à la mise en œuvre de la RTT. Il est cependant possible que ce résultat soit lié à un biais du questionnaire qui était mieux adapté à la situation des établissements ayant une

**T
07**

mesures concrètes formalisées dans l'accord sur les aspects qualitatifs

en % d'établissements

	Amélioration de la réponse aux usagers	Organisation du travail dans les services	Formation/promotion professionnelle	Interfaces entre services	Articulation entre temps de travail médical et non médical
	ns	ns	s	s	s
CHR/U	56	94	73	62	44
HL	54	83	32	34	8
CHS	44	79	25	25	11
CH	50	83	33	45	27
Total	51	83	35	41	21

s : différence significative.

ns : différence non significative.

Source : enquête DREES, 2002.

sur cette question. En leur sein, dans environ un cas sur deux, les réorganisations ont concerné les horaires des visites et les temps de présence médicales pendant la journée. Dans un cas sur quatre seule-

ment, les horaires d'ouverture des blocs semblent avoir été réexaminés (tableau 8).

La moitié des accords a également abordé les thèmes de l'amélioration de

activité de court séjour. Néanmoins les hôpitaux locaux sont également moins nombreux que les autres établissements à citer l'item du questionnaire qui permettait de décrire d'autres types de changements. Lorsqu'ils l'ont fait, ils ont souvent mentionné leur projet de réorganiser les services de gériatrie.

Les hôpitaux psychiatriques sont enfin plus nombreux à avoir prévu dans leurs accords le cas des personnels de nuit (un peu plus d'un établissement sur deux contre un tiers des CHU ou des CH). Ils sont par contre moins nombreux que les autres établissements à avoir inscrit dans leurs accords des éléments sur la formation et la promotion professionnelle, ou sur l'articulation entre temps de travail médical et non médical, thème sur lequel ils restent en net retrait par rapport aux CHU et aux CH.

Des difficultés indiquées sur la mise en œuvre des nouvelles règles...

Un peu plus de 60 % des établissements regroupant les trois quarts des effectifs concernés déclarent avoir rencontré des difficultés qui les ont obligés à différer l'application de certaines mesures réglementaires (tableau 10). Pour près d'un établissement sur deux ayant déclaré des difficultés, celles-ci portent principalement sur le nombre de dimanches par quinzaine et sur l'amplitude des horaires coupés¹⁴. Viennent ensuite les problèmes liés à l'amplitude des plages de travail et au temps de repos entre deux journées de travail consécutives pour environ 40 % de ces hôpitaux.

Si, globalement, les CHU déclarent plus souvent des difficultés de mise en œuvre que les autres établissements, la nature de ces difficultés rencontrées varient très sensiblement selon la catégorie d'établissement (tableau 11).

Les CHS disent moins souvent que les autres établissements rencontrer des difficultés à l'exception notable du nombre de dimanches par quinzaine qu'ils ont du mal à respecter. Ceci est probablement lié à une organisation du temps de travail relativement homogène dans ces structures.

14. Rappeler ici la nouvelle réglementation

T 08 les différents aspects de l'articulation du temps médical et non médical

	Horaires des visites	Horaires d'ouverture des blocs	Temps de présence médicale en journée	Autre
CHR/U	20	15	23	14
HL	5	0	3	2
CHS	6	1	6	2
CH	16	8	13	5
Total	12	5	10	4

en %

Source : enquête DREES, 2002.

T 09 prévision de réorganisation des services

	Regroupement de services	Réorganisation des secrétariats médicaux	Réorganisation du bloc	Réorganisation des consultations	Autres
CHR/U	23	53	61	53	27
HL	4	4	1	1	13
CHS	16	20	1	28	15
CH	16	42	31	26	19
Total	12	29	21	21	18

en %

Source : enquête DREES, 2002.

T 10 les difficultés obligeant à différer l'application de certaines règles

	% établissements	% effectif
La mise en œuvre totale et définitive de l'accord nécessite de différer l'application de certaines mesures réglementaires	63	75
Parmi ceux qui ont répondu oui à la question précédente		
sur le temps de travail de nuit	22	24
sur l'amplitude des plages de travail	42	38
sur les temps de repos entre deux journées de travail	39	42
sur l'amplitudes horaires coupés	47	28
sur le nombre de dimanches par quinzaine	50	61
sur le repos hebdomadaire obligatoire de 36 h consécutives	32	38

Source : enquête DREES, 2002.

Les hôpitaux locaux rencontrent quant à eux des problèmes d'adaptation aux nouvelles règles régissant les horaires coupés. Dans ces structures dominées par le long séjour, où près de 80 % des personnels soignants non médicaux sont des aides soignants (AS) ou des agents de services hospitaliers (ASH), la charge de travail se concentre en effet souvent au moment des repas. Les CHU, quant à eux, citent plus souvent que les autres établissements des problèmes sur le

temps de travail de nuit ou sur le repos hebdomadaire obligatoire de 36 heures consécutives.

... et sur le fonctionnement des activités de soins

Au-delà des difficultés d'adaptation aux nouvelles règles de gestion du temps de travail, les établissements anticipent également dans leur grande majorité (88 % des établissements regroupant près

de 93 % des personnels) des difficultés de fonctionnement ayant un impact sur la vie sociale de l'établissement ou sur la qualité de la prise en charge des patients.

Concernant ce dernier point, et quelle que soit la catégorie d'établissement, la diminution du temps de présence au lit semble être perçue comme une conséquence directe de la réduction du temps de travail. Elle est citée par plus de 70 % des établissements.

De même, mais de façon beaucoup moins fréquente, les directions d'établissements évoquent une probable restriction des horaires d'ouverture au public. Ce sont les CHS qui citent le plus fréquemment cette difficulté (42 % contre 31 % de la totalité des établissements). De manière assez étonnante, la crainte d'une augmentation des délais d'attente pour les interventions programmées oppose les CHU aux CH, les premiers jugeant pour 41 % d'entre eux (représentant 53 % des effectifs) que c'est une conséquence probable de la RTT, alors que seulement 19 % des CH (33 % des effectifs des CH) ont la même analyse.

Le risque d'une diminution des capacités d'hospitalisation est citée par un peu moins d'un établissement sur cinq (concernant environ le tiers des personnels). Ici encore, ce sont surtout les CHU qui anticipent cette difficulté, un peu moins du quart des CH, et seulement 11 % des hôpitaux psychiatriques et 7 %

des hôpitaux locaux formulant cette crainte.

L'augmentation des durées de séjours n'est quant à elle considérée comme une conséquence possible de la RTT que par une petite minorité d'établissements (5 %).

Des facteurs de tensions sociales...

Sur le plan social, 55 % des établissements ne pensent pas que la RTT ait un impact sur l'absentéisme de courte durée, 9 % estimant qu'il a tendance à diminuer et 20 % à augmenter. Parmi ces derniers, ce sont surtout les CH (26 %) qui ressentent cette difficulté, alors que les hôpitaux locaux pensent au contraire plus souvent que l'absentéisme a tendance à diminuer. Il faut cependant remarquer que, dans l'ensemble des établissements, il leur semblait encore trop tôt pour se prononcer sur l'impact de la RTT.

Par contre, les hôpitaux semblent avoir noté un impact plus tangible de la RTT sur les plans de formation : un tiers des structures (40 % des effectifs) déclarent le report de formations planifiées et 28 % (37 % des effectifs), une annulation.

Enfin, un peu plus d'un établissement sur deux (représentant 65 % des effectifs) jugent que la RTT a été un facteur d'aggravation des tensions sociales. 71 % des CHU formulent cette analyse contre 44 % des hôpitaux locaux, alors que les

CH et les CHS se situent dans la moyenne générale.

... mais aussi des opportunités d'amélioration

Dans le même temps, 22 % des établissements (représentant 20 % des effectifs) jugent que la RTT constitue un facteur d'amélioration du climat social. Parmi les 530 établissements qui associaient RTT et tension sociale, 72 (14 % des effectifs) pensent aussi qu'elle est partiellement porteuse d'une amélioration.

Plus globalement, 67 % des établissements (représentant 76 % des effectifs¹⁵) voient la RTT comme un facteur d'amélioration du fonctionnement des établissements, les CHU nettement plus souvent que les autres (82 %), et les hôpitaux locaux moins fréquemment (58 %). La coordination entre les services, le management des ressources humaines et les conditions générales de travail sont les points le plus souvent cités par les directions d'établissements comme les plus susceptibles de bénéficier de la mise en œuvre de la RTT, alors que la réorganisation du circuit du patient reste toutefois peu perçue comme une voie d'amélioration potentielle. ●

15. Les établissements qui déclaraient anticiper des difficultés représentaient 73 % des personnels.

T 11 répartition des difficultés selon la catégorie d'établissement

	Sur le temps de travail de nuit	Sur l'amplitude des plages de travail	Sur les temps de repos entre deux journées de travail	Sur l'amplitude horaires coupés	Sur le nombre de dimanches par quinzaine	Sur le repos hebdomadaire obligatoire de 36 h consécutives
CHR/U	23	30	27	11	36	30
HL	10	23	22	38	15	15
CHS	6	11	16	2	44	13
CH	16	31	27	32	38	23
Total	14	27	25	29	31	20

en %

Source : enquête DREES, 2002.