

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
établissements privés sanitaires,
médico-sociaux et sociaux :

les 35 heures à l'épreuve du passage

Blanche Segrestin, Dominique Tonneau

n° 20 – octobre 2001

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	5
RÉSUMÉ	7
1. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	9
1. Le contexte de l'étude.....	9
2. La problématique des analyses	10
3. La constitution de l'échantillon	11
4. Choix des intervenants.....	13
5. Méthodologie d'intervention	14
6. Coordination des différentes approches	15
2. LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL, BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DES 35 HEURES	16
1. Les types d'activité du secteur social et médico-social.....	17
2. L'environnement économique et social.....	18
3. Le processus d'études, informations, négociations, décisions	20
4. Le contenu des accords.....	22
5. Les effets des accords sur les personnels, l'organisation, les coûts et la qualité du service	26
3. LE SECTEUR SANITAIRE, BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DES 35 HEURES	31
1. Les types d'activité du secteur sanitaire	31
2. L'environnement économique et social.....	33
3. Le processus d'études, informations, négociations, décisions	35
4. Le contenu des accords.....	38
5. Les effets des accords sur les personnels, l'organisation, les coûts et la qualité de service	44
4. SYNTHÈSE : UNE RÉUSSITE FRAGILE, À CONFORTER.....	51
1. Un panorama très hétérogène	52
2. L'appréciation des salariés : des conditions de vie améliorées	60
3. La crainte de l'intensification du travail.....	62
4. Des organisation du travail complexifiées.....	64
5. Les incidences sur la qualité de service.....	67
6. Le lancement d'une dynamique.....	68
7. Gestion individuelle des temps et coordination d'activités à caractère collectif.....	70

LISTES DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 - L'échantillon étudié	13
Tableau 2 - Activité et effectifs	20
Tableau 3 - Les grandes étapes des processus de négociation	21
Tableau 4 - Ampleur de la RTT	23
Tableau 5 - Répartition des effectifs et des embauches, en équivalent temps plein	24
Tableau 6 - Les conditions salariales	26
Tableau 7 - Bilan financier de la RTT	30
Tableau 8 - Activité et effectifs	35
Tableau 9 - Les grandes étapes des processus de négociation	37
Tableau 10 - Le contenu du temps de travail effectifs et les populations concernées	39
Tableau 11 - Ampleur de la RTT	40
Tableau 12 - Répartition des effectifs et des embauches, en équivalent temps plein	41
Tableau 13 - Les conditions salariales	43
Tableau 14 - Organisation journalière des postes	45
Tableau 15 - Organisation journalière des postes	46
Tableau 16 - Organisation journalière des postes	46
Tableau 17 - Bilan financier de la RTT	50
Graphique 1 - Répartition des effectifs, secteur social	25
Graphique 2 - Répartition des embauches, secteur social	25
Graphique 3 - Répartition des effectifs, secteur sanitaire	42
Graphique 4 - Répartition des embauches, secteur sanitaire	42
Graphique 5 - Durée annuelle du travail des établissements du secteur social	54
Graphique 6 - Durée annuelle du travail des établissements du secteur sanitaire	54

Avertissement

Le présent rapport de synthèse a été rédigé à partir de quinze monographies d'établissements, réalisées par plusieurs équipes de recherche, et coordonnées par la DREES, 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.

Que soient ici remerciés pour leur apport :

- Les autres équipes de recherche intervenues dans les établissements :
 - ANACT : Mmes Fabienne Caser et Anne Marie Gallet
 - Bonis Conseil Interventions, BCI : MM. Jean-Louis Pépin et Daniel Thomassin
 - Essor consultants : MM. Bernard Doerflinger, Yves Jorand, et Michel Pépin
 - Bernard Brunhes consultants sud : M. Philippe Guieysse
 - M. Xavier Chalard
- Les responsables de la DREES qui ont orienté les travaux et facilité les contacts :
 - Mme Catherine Mermilliod
 - M. 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,
- Les représentants des fédérations patronales rencontrées,
- Tous les acteurs de terrain rencontrés dans les établissements :
 - équipes de direction et agents de toutes catégories,
 - 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 de l'Emploi et de la solidarité a lancé une étude portant sur le bilan du passage aux 35 heures dans les établissements privés des secteurs sanitaire et social. L'objectif général de l'étude était de mieux connaître les modalités concrètes de la réduction du temps de travail, d'en apprécier les impacts sur l'organisation du travail, 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 à partir d'une quinzaine de monographies d'établissements retenus par le ministère. Des constats et entretiens réalisés, on peut tirer la synthèse suivante :

* Partant d'un *échantillon très hétérogène*, l'étude a mis en lumière des pratiques organisationnelles fort diverses (modalités d'application, mode de négociation et de conduite de projet, autonomie individuelle et rigueur de gestion), ainsi que des stratégies différenciées (accords offensifs ou défensifs, approches de type économique, social ou organisationnel) ;

* Cela dit, globalement le passage aux 35 heures a suscité une *satisfaction générale* chez les personnels concernés, due à l'accroissement du temps libre sans que les modalités de l'organisation ou les conditions salariales ne remettent cette satisfaction en cause ;

* Mais cet enthousiasme est tempéré par la crainte, voire la perception d'une *intensification des rythmes de travail*, notamment aux extrémités de la journée, ou à celui des transmissions entre équipes qui se succèdent (problème du chevauchement) ; globalement, les temps relationnels sont jugés sacrifiés, les gains de productivité trop importants, les effectifs insuffisants, les cadres s'estiment débordés ;

* les changements organisationnels introduits ne sont pas radicaux, mais ils aboutissent à une *complexification des organisations*, à une juxtaposition de nombreux schémas horaires, avec les difficultés qui en résultent : coordinations à assurer, polyvalences à augmenter et mettre en place, gestion et comptabilités des temps à instaurer de façon rigoureuse, (notamment dans les cas de modulation – annualisation) ; surtout, ils rendent nécessaire de s'interroger sur la gestion des ressources humaines, sur les instruments de gestion en place, ainsi que sur le temps nécessaire à un apprentissage organisationnel progressif ;

* ces changements peuvent avoir des *incidences sur la qualité de service* offert, notamment par resserrement de la contrainte financière, et intensification des rythmes de travail ; mais ces effets restent pour l'instant marginaux, et il s'agit davantage de sacrifices faits sur le relationnel ou le supplément d'âme et de convivialité ;

* dans le même temps, cette mesure a permis le lancement d'une dynamique d'ensemble dans les établissements, qui a pu se traduire par la définition de *projets mobilisateurs*, ou par la relance du dialogue social ; mais cet avantage ne vaut pas quitus pour tout, et il mériterait probablement d'être soutenu par une réflexion gestionnaire plus affirmée ;

* de fait, *la gestion des temps individuels implique une réflexion sur les modes de coordination d'activités à caractère collectif* : il faut dépasser l'approche juridique du temps de travail, et parvenir à repenser l'organisation du travail et les modalités de coordination qui la caractérisent, en intégrant dans la gestion de leurs ressources humaines les contraintes de la nouvelle réglementation et celles de leur activité. Le besoin se fait alors sentir pour la mise en place et l'utilisation de vrais instruments de gestion, pertinents et révélateurs, et pour une insertion plus étroite du corps médical dans les établissements de soins.

1. Méthodologie de la recherche

1. Le contexte de l'étude

Dans le cadre de l'évaluation des politiques publiques du Ministère de la Solidarité et de l'emploi, il a paru intéressant à la DREES de lancer une évaluation distanciée des effets de la première loi Aubry, qui permettrait à la fois de tirer un bilan proche de cette première loi, d'anticiper les effets de la deuxième, et d'en tirer les enseignements le cas échéant pour nourrir les négociations qui concerneront le secteur public. Les lois Aubry 1 et 2 ont concerné en premier lieu le seul secteur privé, mais on sait que le passage aux 35 heures doit s'étendre aux fonctions publiques, à brève échéance. Dans le domaine de la santé, les similitudes de missions entre établissements publics et établissements privés rendent comparables les impacts attendus sur l'organisation des soins.

Cette évaluation comporte plusieurs volets :

- des analyses statistiques sur un certain nombre de paramètres auxquels le Ministère attache une grande importance, analyses qui sont réalisées par le Ministère à partir des données en sa possession,
- des études de type monographiques qui permettront de cerner les impacts des lois sur l'organisation du travail, les conditions de vie et de travail des salariés, les effets sur l'emploi, et les modalités de la négociation ;

La DREES a souhaité pouvoir disposer d'une série de monographies, une quinzaine au total, réalisées à partir d'établissements ayant conclu des accords, et étant effectivement passés à 35 heures. Ces monographies devaient lui fournir un éclairage précis sur des points qu'il paraît difficile de traiter par questionnaire, comme l'organisation du travail, les difficultés concrètes rencontrées lors des négociations, ou les problèmes spécifiques ayant nécessité des interventions particulières. C'est l'objet de cette recherche.

Plusieurs directions sont en relation de coordination pour y parvenir :

- la Direction des hôpitaux et de l'organisation sanitaire (DHOS) par l'intermédiaire de ses bureaux concernés :
 - bureau P1, « politique des ressources humaines et réglementation générale des personnels hospitaliers » de la sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers,
 - bureau F3, « financement de l'hospitalisation privée » de la sous-direction des affaires financières,
- La Direction générale de l'action sociale (DGAS) et notamment :
 - le bureau 5A, « conventions collectives et politique salariale » de la sous-direction des institutions, des affaires juridiques et financières.
- La DREES, qui pilote les évaluations, et notamment, outre la direction :
 - la mission de coordination des programmes,
 - le bureau établissements sociaux, action sociale et professions,
 - le bureau professions de santé.

Ces services ont constitué le comité de suivi des études de types monographique, objet du présent rapport de synthèse.

2. La problématique des analyses

Le cahier des charges de la recherche précisait que, dans chacun de ces établissements, le contenu des analyses s'attacherait aux aspects concernant trois grands chapitres :

- les enjeux organisationnels,
 - les enjeux sociaux,
 - les enjeux économiques
- et plus précisément pour chacun d'eux :

Les enjeux organisationnels :

- les modalités de l'accord conclu,
- l'amplitude réelle des réductions d'horaire, la diversité des modalités retenues, le recours à l'annualisation, etc,
- les impacts sur la qualité du service rendu aux patients,
- les remises en chantier de l'organisation, en essayant de caractériser le type de service concerné (accueil des patients, services cliniques, plateau technique, services administratifs, etc.).

Les enjeux sociaux :

- les modalités de la négociation ;
- les impacts sur les personnels de jour et de nuit ;
- la gestion des temps partiels, et les préférences exprimées par les personnels concernés pour le temps ou la rémunération, (les taux de temps partiels sont à peu près similaires dans le public et dans le privé).

Les enjeux économiques :

- l'effet sur l'emploi, en volume et en qualifications ;
- l'évolution de la masse salariale ;
- les éventuels gains de productivité ;
- la modification possible du recrutement des établissements.

Les liens entre chacun de ces types d'enjeux devaient également faire l'objet des analyses, de façon à voir si une corrélation existe entre la nature de l'activité et le type d'organisation mise en place. C'est d'ailleurs ce dernier aspect qui sera éventuellement le plus intéressant à transposer vers la fonction publique hospitalière.

Tout au long de cette démarche, il était notamment prévu de s'attacher tout particulièrement à analyser les instruments de gestion qui servent aux différentes parties en présence à analyser les situations, à concevoir des scénarios d'organisation, à en débattre au cours de la négociation, et finalement à évaluer leurs avantages respectifs. Une des questions importantes en ce qui concerne les impacts du passage aux 35 heures est en effet de savoir comment les décideurs de tous ordres se forgent une représentation de la réalité de terrain, et

comment ils en déduisent une hiérarchisation des problèmes à traiter. Á cet égard, une hypothèse de travail intéressante est que les instruments de gestion en place sont fortement structurants, qu'il s'agisse de procédures, de critères de gestion usuels, ou de tableaux de bord institutionnalisés. Les monographies devaient tenter de rendre compte de ces questions, ce qui devrait intéresser au plus haut chef les futurs négociateurs dans le secteur de la fonction publique hospitalière, au niveau central comme à celui des établissements.

Bien entendu, il est probablement un peu tôt pour prétendre pouvoir cerner l'ensemble des effets. Les accords ont été signés, mais les retours d'agrément sont arrivés en début d'année, leur mise en œuvre s'étale dans le temps, et les effets ne sont peut-être pas encore tous visibles. Mais cette première approche permet déjà de recueillir les impressions des acteurs encore fraîches, et de bien cerner les points qui leur posent problème. Ceci sera de nature notamment à aider la négociation pour la fonction publique hospitalière.

3. La constitution de l'échantillon

A partir d'une première typologie des établissements privés de santé, la DREES a défini les critères qui devaient guider la constitution d'un échantillon. Il a d'emblée été décidé d'inclure dans l'analyse envisagée des établissements sanitaires et des établissements sociaux et médico-sociaux. Cette typologie a été soumise pour validation et avis aux différents bureaux concernés de la DGAS et de la DHOS. Il s'agissait de couvrir du mieux possible les différents champs d'activité d'une part, et les différentes modalités de direction d'autre part (secteur lucratif ou non lucratif, appartenance ou non à un ensemble plus vaste, etc.). Il a finalement été convenu d'inclure.

Dans le champ sanitaire :

- 1 établissement de soins aigus, MCO, participant au service public hospitalier ;
- 1 établissement appartenant à une chaîne, et régi par un accord cadre, dans la mesure où les embauches peuvent alors être mutualisées ;
- 2 cliniques privées à but lucratif ;
- 1 centre de lutte contre le cancer ;
- 1 établissement de long séjour ;
- 1 établissement de soins de suite et de réadaptation ;
- 1 centre spécialisé en psychiatrie.

Dans le champ social :

- 2 maisons de retraite ;
- 1 CHRS (destiné aux personnes en difficulté sociale) ;
- 1 centre d'aide au travail pour handicapés ;
- 2 établissements s'occupant de handicapés mentaux ;
- 1 établissement destiné à l'enfance.

Le choix des établissements s'est fait pour l'essentiel à partir de la liste des demandes d'agrément d'accords présentés par les établissements à la Commission nationale d'agrément. Autrement dit, il s'agit pour l'essentiel d'établissements qui ont anticipé les échéances légales du passage aux 35 heures, pour essayer de tirer le meilleur parti des possibilités offertes en

matière d'aides à l'emploi. De ce fait, on ne trouvera pas ici de cas d'établissements réticents, ayant délibérément cherché à biaiser avec la réglementation, voire à la combattre, ou d'établissements n'ayant pas réussi à régler leurs problèmes d'organisation, et se situant dans une stratégie de suivi par rapport aux textes. Une exception concerne les cliniques privées, qui ont été désignées par leur fédération, sans avoir forcément déposé une demande d'agrément.

Les établissements sociaux et médico-sociaux à but non lucratif représentent environ 16 000 structures (hors services à domiciles), soit environ 270 000 Équivalents Temps Plein. Au total, environ 5 000 accords Aubry I y avaient été signés au 31 décembre 2000. Les Aubry II y sont très minoritaires (environ 500), d'autant plus que des accords Aubry I continuent d'être signés pour les structures de moins de 20 salariés (comptabilisation en continu de la DGAS). Pour ces établissements, une étude de la DREES a porté sur un échantillon de 3 000 unités, représentant environ 100 000 Équivalents temps plein, ayant soumis un accord à l'agrément avant le 1^{er} janvier 2000. Parmi elles, 2 200 ont vu leur accord agréé, contre 700 refusés (avec possibilité de recours). C'est dans ce fichier qu'ont été tirés au sort les établissements qui font l'objet de cette étude.

Pour compléter l'échantillon et y inclure des cliniques privées à but lucratif (environ 2 700 à 3 000 structures) il a été fait appel à leurs fédérations, qui ont désigné deux établissements volontaires pour participer à l'étude.

Par ailleurs, dans la mesure du possible, la liste présente des établissements dans différentes régions françaises, pour que l'on n'aboutisse pas à un échantillon exclusivement francilien, même si la petite taille ne permet pas évidemment de prétendre à une représentativité exhaustive :

	Secteur social	Secteur sanitaire
Ile de France	2	2
Rhône-Alpe	1	3
Nord-Pas-de-Calais	1	1
Auvergne	1	
Franche-Comté	1	
Midi-Pyrénées	1	
Normandie		1
PACA		1

On trouvera page suivante le tableau 1 de ces établissements, avec la désignation que nous leur affecterons dans la suite de la rédaction. En effet, compte tenu des engagements pris par la DREES auprès de ces établissements, il a été entendu dès le départ qu'ils acceptaient d'accueillir les intervenants en toute transparence, mais que les monographies leur seraient réservées, (certains en ont même profité pour réaliser ainsi une sorte de bilan, et convoquer leur commission de suivi). La synthèse fera donc état des renseignements recueillis de façon anonymisée, l'important ici étant de retracer les problèmes rencontrés, et non de stigmatiser telle ou telle disposition.

Dans la suite du texte, on trouvera donc les mentions de la dernière colonne pour renvoyer une information à son contexte.

Tableau 1 - L'échantillon étudié

Établissement	Commune	Désignation dans le texte
Secteur social		
Personnes âgées		
Maison de retraite	< 5 000 hab.	①MdR
Maison de retraite	< 5 000 hab.	②MdR
Activités sociales		
Hébergement et réinsertion sociale	20 000 hab.	③CHRS
Prise en charge des handicapés		
Foyer de vie pour handicapés mentaux	< 5 000 hab.	④FAH
Maison d'accueil spécialisée pour handicapés moteurs et mentaux	Grande agglomération Banlieue	⑤FAH
Centre d'aide par le travail	Grande agglomération Banlieue	⑥CAT
Institut médico-éducatif	30 000 hab.	⑦IME
Secteur sanitaire		
Diversification en fonction des activités		
PSPH, court séjour	Paris	①PSPH
Centre de lutte contre le cancer		②CLCC
Centre de soins de suite et de réadaptation	< 5 000 hab.	③SSR
Centre pour personnes âgées	20 000 hab.	④PAG
Centre psychiatrique	30 000 hab.	⑤PSY
Diversification en fonction des porteurs de capital		
Hôpital à but non lucratif dépendant d'une association nationale	Grande agglomération	⑥ASN
Clinique privée à but lucratif	200 000 hab.	⑦CLI
Clinique privée à but lucratif	Grande agglomération	⑧CLI

4. Choix des intervenants

Si l'on voulait que cette évaluation apporte des éléments aux négociations qui concernent le secteur public, il fallait pouvoir disposer d'éléments assez rapidement. C'est pourquoi, il a été choisi de faire appel à plusieurs équipes en simultané, sous réserve de veiller à leur coordination. C'est donc un ensemble de 4 équipes de recherche ou de consultants qui sont intervenues pour réaliser les monographies, ce qui paraît intéressant pour deux raisons :

- une question de disponibilité, la réalisation de monographies se révélant être une œuvre assez consommatrice de temps, surtout si l'échantillonnage nécessite des déplacements en province ; le délai relativement court imparti à l'étude (4 mois de mars à juin 2001), et qui se comprend si l'on maintient l'objectif de disposer d'éléments pour éclairer les négociations proches concernant la fonction publique hospitalière, et la charge de travail déjà en cours des différentes équipes ne leur permettaient pas d'assumer un lot de plus de 4 monographies chacune ;
- de plus, il paraissait méthodologiquement souhaitable que plusieurs équipes interviennent dans la réalisation des monographies. La conjonction de plusieurs approches, en provenance de disciplines voisines mais séparées (gestion, économie, sociologie,) peut permettre d'enrichir l'analyse, pour peu que l'on veille à la coordination de ces approches.

Les équipes ont été choisies en fonction de leur pratique du champ sanitaire, ou du champ social, d'après les références qu'elles présentaient en matière d'interventions sur des

problèmes d'organisation, de gestion hospitalière, ou d'économie de la santé ou du secteur social. Les 4 équipes sélectionnées par la DREES sont :

- l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, ANACT ;
- le cabinet Bonis conseils interventions, BCI ;
- le cabinet Essor-consultants ;
- le Centre de gestion scientifique de l'École des mines.

Compte tenu de la structure régionalisée de l'ANACT, qui s'appuie sur des agences régionales, les ARACT, les monographies qui lui ont été confiées ont été réalisées l'une par l'ANACT en direct, et les deux autres sous supervision de deux ARACT, par des consultants propres, en l'occurrence la cabinet Bernard Brunhes sud, et M. Xavier Chalard, ergonome indépendant.

À la demande de la DREES, les interventions se sont faites en liaison avec les autres équipes engagées sur le même thème. C'est ainsi qu'un comité de suivi de l'étude a été réuni (voir plus loin), et qu'une coordination entre les différents intervenants consultants a été mise en place. Ce dispositif de coordination était piloté par le CGS, et est exposé au paragraphe 6.

Pour l'affectation des terrains aux équipes, le principe a été de faire en sorte que chaque équipe analyse deux établissements du secteur sanitaire et deux du secteur social et médico-social, de façon à ce que chacune puisse participer à l'élaboration de la synthèse. Par ailleurs, on a essayé de minimiser les déplacements, en affectant de façon prioritaire les équipes aux terrains les plus proches de leur propre implantation. Comme certains établissements à analyser étaient assez éloignés de toutes les équipes, (4 se trouvaient dans ce cas), chaque équipe s'est vu affecter l'un d'eux. Ainsi était équilibrée la charge en temps pour chaque équipe.

5. Méthodologie d'intervention

Concrètement, les interventions sur le terrain supposent un certain nombre de conditions ; il était donc demandé aux équipes de :

- rencontrer l'ensemble des acteurs concernés, direction de l'établissement, médecins, cadres infirmiers, gestionnaires de tous niveaux, afin de recueillir leurs impressions et analyses des facteurs positifs et des inconvénients découlant du passage aux 35 heures ;
- recueillir également l'ensemble des documents qui pourraient se révéler de nature à éclairer l'analyse ;
- rencontrer les bénéficiaires des mesures prises de réduction du temps de travail : en particulier il était intéressant de rencontrer les agents déjà en place, afin de recueillir leur avis sur les transformations de régimes horaires qu'ils vivent, sur les impacts que cela a eu sur leur vie au travail, comme sur leur rythme de vie hors travail. Mais aussi les agents qui ont été embauchés dans le cadre des mesures d'aide aux entreprises, afin de voir avec eux quelle part ils accordent dans leur recrutement aux mesures d'aide, ou au simple marché de l'emploi ;
- étudier les schémas de réorganisation qui ont été mis en place pour s'adapter au nouveau régime horaire, et voir en particulier l'effet sur les restructurations de

services, sur les organisations nouvelles, sur les gardes et astreintes, sur les circuits des patients, etc., et cela au travers des différentes catégories de personnels, y compris les médecins (notamment organisation et planning des blocs opératoires) ;

- analyser les modalités de la procédure utilisée pour informer, étudier et négocier les nouvelles modalités de l'organisation. En particulier, il était intéressant de voir quelle part d'anticipation des difficultés a été effectivement prise en compte dans les débats, comment les personnels ont été associés à la réflexion, et sur quel type de difficultés la négociation a connu ses points de blocage.

Chacune de ces interventions a donné lieu à la rédaction d'une monographie de site, qui a été soumise pour validation et corrections éventuelles aux établissements rencontrés. C'est sur la base de ce matériau fiabilisé que la présente synthèse a pu être élaborée.

6. Coordination des différentes approches

Comme la recherche était répartie entre plusieurs équipes de consultants et de chercheurs, il convenait de s'assurer que les interventions se feraient en cohérence les unes avec les autres. Le CGS a été choisi pour assumer ce rôle de coordination qui a essentiellement consisté en :

- l'organisation des rencontres avec les autres intervenants chargés de traiter les chantiers parallèles menés en simultané, de façon à assurer une certaine synergie entre les différentes démarches. 4 réunions de ce type ont été tenues dans le calendrier défini par la DREES ;
- la proposition d'un canevas minimum de points à aborder dans les monographies, canevas qui tirait parti des demandes exprimées par le comité de suivi de l'étude, mais aussi des compétences réunies dans les équipes retenues, de façon à assurer une certaine homogénéité aux monographies à réaliser. Une proposition de liste d'items et de thématiques à étudier dans chacun des sites a été élaborée par le CGS et soumise en réunion aux membres du comité de suivi de l'étude et aux équipes. Elle reprenait pour l'essentiel la liste des questionnements qui figuraient dans le cahier des charges (enjeux organisationnels, économiques, et sociaux), et elle cherchait à approfondir chacun de ces questionnements en proposant le recueil systématique d'informations précises. La liste définitive a été arrêtée après discussion en réunion, et a effectivement servi de trame aux entretiens et visites effectués. Pour la commodité de la synthèse, les monographies ont aussi toutes suivi le même plan, ce qui permettait de vérifier qu'aucun aspect n'avait été oublié ;
- rédaction et diffusion des comptes-rendus de chaque réunion ;
- et l'élaboration d'une synthèse finale à partir de l'ensemble des travaux rédigés, synthèse qui est partie des monographies rédigées par les différentes équipes, et des questionnements retenus. Cette élaboration s'est faite en liaison avec les autres intervenants, et la synthèse a servi de support à la réunion finale du comité de suivi, afin de lui permettre d'analyser les résultats produits, d'en tirer les conclusions, de dresser le bilan des effets de la loi Aubry 1 dans le secteur socio-sanitaire privé, et de proposer les recommandations qui lui paraissent pertinentes de garder à l'esprit pour la négociation à venir dans le secteur public.

Les réunions du comité de suivi ont eu lieu selon les étapes suivantes :

- une au démarrage, afin de choisir la répartition des sites à étudier entre les différentes équipes retenues, et proposer une réflexion commune devant aboutir à une grille commune d'enquête dans les établissements, puis pour analyser et mettre en commun les résultats obtenus dans chacun d'eux. La répartition devait tenir compte des préférences et expériences de chaque équipe en matière d'établissements, de la nécessité de maintenir une possibilité de croisement entre les équipes (donc de ne pas cantonner chacune dans un secteur trop fermé), ainsi que de leur localisation géographique et facilités de communication. Au cours de cette réunion ont également été abordées les questions relatives à la méthodologie utilisée, aux grilles de lecture retenues, et aux items que le comité de suivi souhaitait voir aborder de façon obligatoire dans chacune des monographies (constitution d'un corpus de thématiques minimum) ;
- une à mi-parcours, de façon à mettre en commun les premières approches, signaler les difficultés rencontrées, et ajouter des points qui paraîtraient judicieux à la liste des thèmes retenus au cours de la première réunion. De cette première mise en commun a résulté une grande convergence de vues pour la suite de la réalisation des monographies ;
- une en fin de réalisation des monographies a permis à chaque équipe de remettre les documents rédigés, au moins dans leur version provisoire, de signaler les principales conclusions qu'elle tire de ses investigations, et de débattre des grands thèmes qui paraissent résulter de l'ensemble du travail réalisé ;
- une dernière enfin, à l'issue de la recherche a eu pour objectif de réunir autour des rédacteurs de la synthèse l'ensemble des équipes intervenantes, pour s'assurer que la traduction qui en est donnée est conforme aux intentions des divers auteurs, et qu'aucun point n'a été oublié. Le rapport final en est issu.

2. Le secteur social et médico-social, bilan de la mise en œuvre des 35 heures

Dans cette partie comme dans la suivante, nous aborderons successivement :

- la caractérisation de l'activité du secteur ;
- le contexte économique et social ;
- les processus d'études, d'information, négociation et décision rencontrés ;
- le contenu des accords en termes de RTT, d'emploi et de conditions salariales ;
- les effets sur l'organisation interne, les coûts et la qualité du service.

Nous réserverons pour la quatrième partie les grands enseignements que l'on peut tirer de manière transversale sur l'ensemble de ces bilans.

1. Les types d'activité du secteur social et médico-social

On peut considérer trois grands types d'activité dans les établissements qui appartiennent à l'échantillon :

- l'accueil des personnes âgées (deux maisons de retraite) ;
- la réinsertion sociale (un foyer d'hébergement et de réinsertion) ;
- la prise en charge des handicapés, moteurs ou mentaux, (deux foyers d'accueil pour adultes, un centre d'aide par le travail permettant à des adultes handicapés d'exercer une activité professionnelle dans un environnement protégé, et un institut médico-éducatif pour la prise en charge d'enfants).

Les intervenants ont été frappés par la forte demande sociale, et l'intensité du travail qui en découle :

- ***Dans les maisons de retraite***, les places sont très demandées. Les files d'attente sont tellement longues que de fait elles disparaissent, les familles ou les organismes sociaux finissant par se contenter de la place trouvée, où qu'elle soit. Par ailleurs, le degré de dépendance des personnes hébergées augmente, la politique de maintien à domicile conduisant à n'envoyer en maison de retraite que les personnes qui sont vraiment dépendantes. Ainsi voit-on le coefficient de la grille GIR (mesure de la dépendance d'une personne) s'élever en moyenne dans les maisons de retraite. A capacité constante, le travail augmente donc naturellement d'intensité. Les temps forts de ce travail sont situés aux extrémités de la journée : lever et coucher, toilettes, repas, qui mobilisent un important volume de personnel. De plus, les maisons de retraite essaient de mettre en place des animations dans le courant de l'après-midi, et de ne pas se cantonner dans une prise en charge strictement matérielle. Enfin, les familles se déchargent de plus en plus sur l'institution pour tout ce qui touche l'animation, mais aussi l'entretien du linge, ou les menus services à la personne.
- ***Dans les foyers d'hébergement***, les activités sont multiformes : hébergement provisoire, mais aussi aide à l'élaboration d'un projet d'insertion, accueil et orientation pour des situations d'urgence, appui social individualisé, démarches de toute nature pour rétablir des droits, ou aider à la reprise du travail par des ateliers encadrés et de la formation. L'activité est donc plus difficile à caractériser, et plus diversifiée. De plus elle est soumise aux urgences et aux aléas de toute nature.
- ***La prise en charge des handicapés*** requiert une attention de tous les instants. C'est naturellement vrai dans le cas des instituts médico-éducatifs, puisqu'il s'agit d'accompagner un processus de formation et d'apprentissage de base auprès d'enfants dès leur plus jeune âge. Ces enfants sont affectivement très attachés à leurs éducateurs, et une condition importante de réussite du projet consiste à assurer un maximum de stabilité dans leur environnement, de façon à leur permettre d'acquérir des repères. C'est également le cas des Centres d'aide par le travail, où il s'agit de permettre à des handicapés d'exercer une activité professionnelle sans pour autant les soumettre au rythme de travail ordinaire, ou mettre leur santé en danger. Le rôle des moniteurs d'ateliers est essentiel. Enfin, dans les foyers d'accueil, il s'agit d'accompagner

l'existence au quotidien de handicapés, en essayant de leur fournir des projets individualisés (organisation et animation d'ateliers).

A travers cette brève description des activités, on constate que :

- dans la quasi-totalité des établissements rencontrés, le temps passé auprès des personnes aidées constitue l'apport majeur qui leur est consacré. Elles sont de fait totalement dépendantes de l'aide extérieure qu'elles reçoivent. La réduction du temps de travail risque de leur être préjudiciable ;
- certains établissements fonctionnent en continu (maison de retraite, foyer d'hébergement), d'autres en discontinu (CAT, IME). Dans le premier cas, il faudra assurer la permanence de la prise en charge, dans le deuxième cas, il faudra veiller à ce que l'amplitude de la prise en charge ne soit pas modifiée dans un sens défavorable aux bénéficiaires, qui doivent retrouver d'autres prises en charge pendant les périodes non couvertes.

2. L'environnement économique et social

Les établissements rencontrés sont tous régis par des associations loi 1901, la plupart d'utilité publique, et donc bien de droit privé. Ceci signifie qu'ils ont une gestion autonome, sous l'autorité de leur conseil d'administration, où figurent parfois, mais pas toujours, des représentants des autorités administratives locales. Mais cette gestion s'effectue sous forte contrainte, dans la mesure où le financement de ces institutions est en quasi-totalité assuré par des fonds publics (assurance-maladie ou caisses de retraite, conseil général et aide sociale). La fixation des prix de journée est donc soumise à autorisation, et de ce fait, les créations d'emplois sont sous haute surveillance. Par ailleurs, les rémunérations sont fonction des conventions collectives en vigueur (il en existe 2, celle de 51 et celle de 66), et fixent la valeur du point en fonction de directives nationales. La masse salariale est donc parfaitement contrôlée.

Ces établissements sont donc assez proches du secteur public, en ce qu'ils devaient obtenir l'agrément de l'accord qu'ils signaient auprès de la Commission nationale d'agrément instaurée par la DGAS, avant de signer une convention avec leur DRTEFP (Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle). La DGAS vérifiait en particulier que l'augmentation résultante des coûts n'était pas trop forte, et que la qualité de service offerte ne diminuait pas. En revanche, ils avaient l'avantage sur leurs collègues du secteur public de pouvoir bénéficier des aides Aubry 1, et de pouvoir procéder à des embauches.

Pour autant, leur situation financière n'est pas simple. En effet, dans nombre de cas les aspects médicaux d'une part, et sociaux de l'autre, sont extrêmement enchevêtrés, alors même que leur financement est assuré par des payeurs différents : l'aide sociale est versée par les conseils généraux, les aspects sanitaires assumés par la Sécurité sociale. De ce fait, dans les maisons de retraite par exemple, les personnels d'hébergement sont à la charge du conseil général, les infirmières et médecins à celle de la Sécurité sociale. Il faut donc procéder à une sorte de comptabilité analytique pour renvoyer à chaque financeur la part de charges qui lui revient, en faisant par ailleurs intervenir la part versée par le bénéficiaire lui-même, et celle dégagée par d'éventuelles activités économiques (cas des CAT par exemple). Cela oblige les

établissements à des contorsions multiples, et rend parfois difficile de construire un budget homogène. Dans le cas de ②Mdr, le passage aux 35 heures a été mis en application au 1^{er} janvier 2000, puis annulé car la DDASS ne donnait pas son agrément pour la partie sanitaire. L'agrément a finalement été obtenu, mais l'application définitive n'a eu lieu qu'en septembre, les personnels repassant à 39heures entre février et août.

La convention de 51 est en place dans les maisons de retraite, celle de 66 en vigueur dans les autres établissements médico-sociaux, qui emploient des éducateurs ou des aides médico-psychologiques. Cette convention tient compte des difficultés inhérentes à l'activité des personnels, et leur attribue des jours de repos trimestriel pendant 3 trimestres par an, en fonction de leur qualification : au total, on arrive à 18 jours supplémentaires pour les personnels éducatifs, et 9 pour les autres (administratifs et techniques). Cela dit, cette disposition est inégalement appliquée. Ainsi dans le ③CHRS, certains services en bénéficiaient, et pas d'autres. Dans le ④FAH, seuls les personnels administratifs et techniques en bénéficiaient, mais bizarrement pas les éducateurs. Dans les ⑤FAH et ⑥CAT, la disposition n'était pas appliquée. On sent bien qu'un des enjeux a donc été de savoir si ces dispositions seraient maintenues en plus du passage aux 35 heures, ou si au contraire, elles seraient incluses dans le nouveau calcul du temps de travail. En toute rigueur, les accords Aubry 1 devaient garder intact le mode de décompte du temps de travail. Mais compte tenu des dates tardives auxquelles ont été conclus les accords (décembre 99 pour la plupart, alors que la loi Aubry 2 était prévue pour janvier 2000), on constate que certains établissements, tout en signant un Aubry 1 ont « anticipé » les dispositions Aubry 2, sans que cela suscite de réaction de la part des tutelles au moment des agréments.

Ces disparités peuvent également être mises en regard de la taille des établissements. Il s'agit de petits établissements, tant par le nombre de places disponibles que par le volume des effectifs employés. Nous avons également indiqué dans le tableau 1 la taille des communes dans lesquelles ils sont insérés : plusieurs sont situés dans des communes rurales. On a affaire à une population peu syndiquée, où la présence syndicale est faible, où les relations personnel-direction sont souvent même non médiatisées, en l'absence de tout comité ou de tout délégué du personnel. Pas de comité d'entreprise en dessous de 49 salariés, pas d'instance représentative. Nous verrons que l'un des effets de la procédure a été de devoir désigner par endroits des représentants, voire de créer des sections syndicales.

Le tableau 2 ci-après reprend ces données.

Tableau 2 - Activité et effectifs

Établissement	Activité et importance	Commune d'implantation	Effectifs, en équivalents temps plein
①MdR	Maison de retraite 72 résidents	< 5 000 hab.	28
②MdR	Maison de retraite 122 résidents	< 5 000 hab.	47
③CHRS	Hébergement et réinsertion sociale 44 places d'hébergement + ateliers de réinsertion	20 000 hab.	35
④FAH	Foyer de vie pour handicapés mentaux 48 résidents	< 5 000 hab.	40
⑤FAH	Maison d'accueil spécialisée pour handicapés moteurs et mentaux 54 résidents + 10 en foyer de vie	Grande agglomération, Banlieue	64
⑥CAT	Centre d'aide par le travail 100 places	Grande agglomération, Banlieue	24,15
⑦IME	Institut médico-éducatif 96 enfants	30 000 hab.	33,3

3. Le processus d'études, informations, négociations, décisions

Le tableau 3 ci-après présente de manière synthétique les grandes étapes de ce processus dans les établissements rencontrés. On voit ainsi que :

- La date de mise en application des 35 heures se situe pour tous les établissements en 2000, en janvier pour le plus précoce (③CHRS), en septembre pour les derniers (②MdR, ④FAH), les autres se situant entre avril et juin. Rappelons que ②MdR a tenté une mise en application en janvier, mais a dû effectuer une marche arrière, tous les agréments n'ayant pas été recueillis.
- Les accords ont tous été signés au cours du dernier trimestre 1999, pour bénéficier in extremis des dernières aides Aubry 1. Un seul établissement, ①MdR avait signé son accord en avance, au second trimestre, mais un avenant a dû être ajouté en décembre pour préciser les embauches prévues.
- Les agréments n'ont pas retardé outre mesure la mise en application, puisque l'agrément de la DGAS est intervenu dans 5 cas sur 7 au cours du trimestre suivant l'accord, et que la convention avec la DRTEFP qui suit a été acquise dans tous les cas sauf 1 au cours du premier semestre de l'année 2000.
- Le processus de négociation a été très rapide dans la plupart des cas, puisque dans 4 cas sur 7, tout a été bouclé au cours du dernier trimestre 1999. Seul un établissement, ⑥CAT, avait entamé les négociations au cours de l'année 1998, un autre, ①MdR, ayant commencé à diffuser des informations en 1998, sans entamer les vraies négociations.

- Seuls deux établissements ont fait appel à des conseils extérieurs pour les aider à repenser l'organisation, à savoir ①MdR et ⑤FAH.

Tableau 3 - Les grandes étapes des processus de négociation

Établissement	97	1998				1999				2000				2001
		trimestres	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
①MdR				I		E	N-R-A		Av	Ag-C	Avril			
②MdR								N	A		Ag-C		sept	
③CHRS									N-A	janv				
④FAH								I	R-A	Ag		C	sept	
⑤FAH								E	N-A	Ag-C	avril			
⑥CAT					N					A	Ag-C juin			
⑦IME									I-N-A	Ag	mai			

Légende :

E = études I = information N = négociations R = référendum A = accord

Av = avenant Ag = agrément DGAS C = convention DRTEFP

Cases en grisé et mois = mise en application des 35 heures

Au cours du processus, l'initiative est la plupart du temps revenue à la direction (ou au président du conseil d'administration), leur motivation principale étant de se situer dans les meilleures conditions possibles pour aborder le passage aux 35 heures, et donc bénéficier des aides au titre des accords Aubry 1. Cette motivation en elle-même est témoin d'une volonté d'anticipation, et d'un souci marqué pour le développement ou le maintien de leur institution. Par ailleurs, on trouve dans certains cas le des références à « une volonté militante certaine » (①MdR), la présence d'un « jeune cadre dynamique » (②MdR), ou encore le charisme d'un président d'association (③CHRS). L'enjeu est d'ailleurs suffisamment important pour servir sinon de déclencheur, du moins de dossier conflictuel dans le cas de divergences entre direction et conseil d'administration (cas ④FAH), avec les retards que cela entraîne ensuite dans la mise en œuvre et la conduite du dossier. Deux cas de conflits de ce type ont été relevés dans l'échantillon, celui qui vient d'être évoqué, et un autre en ②MdR, plus ancien, sur les rôles respectifs du conseil et de la direction dans la gestion et les orientations des institutions. Il faut voir que ces conflits trouvent ensuite un écho auprès des personnels, et que ces tensions réapparaissent sur les grands dossiers, comme celui de la RTT, où elles sont explicitement mentionnées.

Quant à la représentation des personnels, il faut constater qu'elle est très faible. Un seul établissement de l'échantillon possède un comité d'entreprise (⑤FAH), un autre (②MdR) aurait pu en créer un à la faveur des embauches liées à l'accord RTT, car il aurait franchi le seuil des 49 salariés, mais un avenant a ramené l'effectif sous la barre, par extériorisation d'un service, la cuisine, confiée à une entreprise sous-traitante de restauration. Cette décision n'est pas exclusivement dictée par le souci d'éviter la constitution d'un comité d'entreprise, mais l'effet a clairement été pris en considération parmi d'autres. Seuls trois établissements sur les

7 avaient une section syndicale avant le démarrage de la réflexion sur les 35 heures (②MdR, ⑤FAH, ⑦IME). Dans un cas (①MdR) il a fallu commencer par désigner des délégués du personnel pour amorcer la négociation ; dans deux autres (③CHRS, ⑥CAT), ce sont les délégués du personnel, qui existaient déjà, qui ont servi d'interlocuteurs . Enfin, dans un cas (④FAH), la procédure a fini par engendrer la naissance d'une section syndicale.

Dans aucun cas on n'a constaté de conflit sur le dossier : globalement les personnels et leurs représentants se sont attachés essentiellement au maintien des rémunérations, et aux modalités de la RTT ; mais ils étaient assurés d'emblée, par l'accord Aubry 1 de ce que des embauches compensatrices seraient réalisées. Dans l'ensemble d'ailleurs, compte tenu de la petite taille des établissements, mêmes si l'initiative est souvent liée à la direction, l'ensemble des personnels ont été concernés au sein de leurs services pour réfléchir à l'organisation qui leur semblerait pertinente. Les seuls cas de tension relevés touchent plutôt au rythme des négociations, la direction étant soupçonnée dans un cas (②MdR) de vouloir faire pression par le biais d'un référendum pour court-circuiter les représentants.

En ce qui concerne l'analyse de la situation, et la mise sur pied de la nouvelle organisation, seuls deux établissements sur les 7 (①MdR, ⑤FAH) ont fait appel à une aide extérieure, sous forme d'un appui conseil, pour les aider à conduire leur diagnostic. Trois autres établissements (②MdR, ③CHRS, ⑤FAH) se sont tournés vers leurs fédérations respectives (URIOPS et FARS) pour y trouver appuis et conseils.

Globalement de toutes façons, il ne s'agissait en fait dans ces accords que de décliner au plan local les accords de branche, sans avancée particulière, mais en précisant les conditions dans lesquelles cet accord de branche serait appliqué. C'est ce que nous exposons dans le paragraphe suivant.

4. Le contenu des accords

Nous examinerons successivement les trois grands aspects des accords, en termes de :

- ampleur de la RTT ;
- emploi ;
- conditions salariales ;

et nous réserverons pour le paragraphe suivant les incidences de l'accord sur le contenu et l'organisation du travail, ainsi que sur les coûts et la qualité du service.

La RTT

Tous les accords signés étant des accords Aubry 1, se situent donc dans le cadre d'une réduction minimum de 10 % du temps de travail, et d'un passage sous la barre des 35 heures. Mais les accords comportent rarement le volume horaire annuel, et il faut le reconstituer d'après des décomptes partiels et changeants ; en effet, tous les personnels n'ont pas les mêmes conditions. Nous avons signalé la présence des jours de congés trimestriels pour les éducateurs de la convention de 66. Dans certains cas, ces jours ont été maintenus (⑦IME), dans d'autres la direction, se trouvant confrontée à une application différenciée selon les sites a choisi de tout uniformiser en les faisant disparaître (③CHRS), solution acceptée par les personnels de peur de voir la structure fragilisée dans son financement, enfin dans un autre

cas, les personnels en bénéficient de façon différenciée selon les catégories (④FAH). On s'aperçoit ainsi que, pour la même convention collective, on a des valeurs différentes selon les établissements, aussi bien avant qu'après le passage aux 35 heures. Cet événement n'a donc pas permis de mettre à plat de façon uniforme les contraintes de temps, et les nouvelles bases de départ restent hétérogènes. Pourtant, on remarque que l'on retrouve des valeurs analogues par endroits. On n'a donc pas affaire à de l'aléatoire pur, mais plutôt semble-t-il à des interprétations différentes d'une même contrainte, ce qui conduit à plusieurs niveaux de référence. On remarque d'ailleurs que ces différences correspondent exactement aux fameux jours de congés trimestriels, théoriquement de 18 pour les personnels éducatifs et de 9 pour les autres personnels des mêmes établissements, soit pour 9 jours un delta de $9 \times 7 = 63h$, delta que l'on trouve entre 1449 et 1512, comme entre 1512 et 1575.

On retrouve ces chiffrages dans le tableau ci-après :

Tableau 4 - Ampleur de la RTT

Établissement	Durée annuelle du travail AVANT les accords	Durée annuelle du travail APRES les accords	Convention collective
①MdR	1776	1594	51
②MdR	1755	1575	
③CHRS	1684 1614 (pour certains éducateurs)	1512	CCN CHRS
④FAH	1685	1512	66
⑤FAH	1716	1540	
⑥CAT	1755	1575	
⑦IME	1684 1614 (pour les éducateurs)	1512 1449 (pour les éducateurs)	

En revanche, il n'y a pas eu, comme on le verra par la suite pour le secteur sanitaire, de remise en cause des décomptes du temps de travail effectif (pour les pauses, les repas ou l'habillement par exemple), sauf pour ⑥CAT en ce qui concerne le temps de repas qui a été sorti du temps de travail effectif.

Les modalités de prise de cette RTT sont développées dans le paragraphe suivant relatif à l'organisation.

Il n'y a pas eu non plus de clause de modulation, dans aucun des centres rencontrés. Ceci doit probablement être lié au fait que les populations sont stables (personnes âgées et handicapés), et que l'activité ne connaît donc pas de creux au cours de l'année.

L'emploi

Compte tenu des impératifs des accords Aubry 1, il y a eu création d'emplois, dans la proportion de 6 % minimum. De fait, cette proportion a été strictement respectée, et aucun établissement n'a pu (toute autorisation de poste nouveau est soumise à approbation des tutelles locales) dépasser ce pourcentage. Mais ce pourcentage joue sur des effectifs faibles (voir tableau 2), et le couperet a été appliqué de façon très rigoureuse, si bien que l'on arrive par endroits à des dixièmes de postes !

On pourrait donc dire que, puisque l'activité a été maintenue inchangée en volume, on a assisté à une augmentation/diminution de productivité :

- en termes d'effectifs, on passe de 100 à 106, soit une diminution de productivité de 6 % ;
- en termes d'heures de travail, on passe de $100 \times 39 = 3900$ à $106 \times 35 = 3710$, soit une augmentation de productivité de 4,88 %.

En réalité, ces chiffres n'ont guère de signification, et il faut différencier selon les services. Compte tenu de la nature des activités en cause exposées dans le paragraphe 1, la prestation délivrée aux bénéficiaires est essentiellement constituée du temps passé avec eux. Il paraissait alors logique que les établissements essaient de maintenir aussi constante que possible cette prestation, en essayant de compenser au maximum les heures perdues dans ces services, quitte à demander des efforts accrus en gains de productivité aux services techniques et administratifs, non directement au contact des bénéficiaires. Le tableau ci-après montre que c'est effectivement le cas, en grande majorité, mais qu'une petite partie des embauches a quand même dû être localisée dans les services généraux, compte tenu de leur charge de travail.

Tableau 5 - Répartition des effectifs et des embauches, en équivalent temps plein

Établissement	Total	Admin.	Techn. et généraux	soins	Héberg.	éducatifs	Encadr. technique
①MdR	28 +2,97	3*	4* +0,5	8* +0,4	15* +0,6		
②MdR	41,06 +4,16	3*	6*	5*	35*		
③CHRS	35,06 +2,11	5,25	1,5	6	5,2	34,25 +2,11	
④FAH	40 +2,5	4	7,75 +0,75	1	2	25,75 +1,75	
⑤FAH	69,21 +3,84	3,79 +0,2	8,27 +0,15	6,14 +0,25		51,01 +3,25	
⑥CAT	24,15 +1,5	4	2	3,15 +0,5			15 +1
⑦IME	39,3 +2,5	4,2	6,5 +0,5	4,45		22,2 +2	

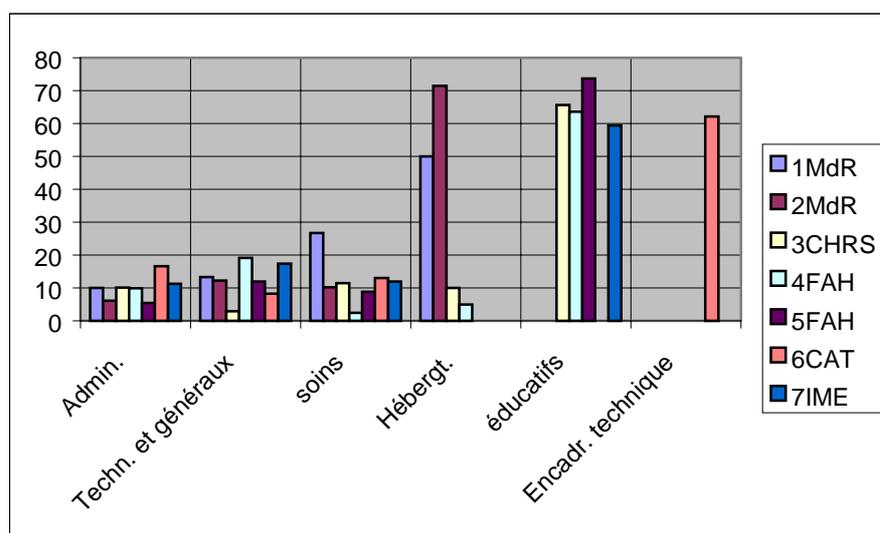
* : effectifs physiques, et non EQPT

Les virgules dans les effectifs EQPT donnent une idée de la complexité croissante qui va avec le développement de contrats à temps partiel, les renforts pouvant correspondre à des journées ou demi-journées par semaine.

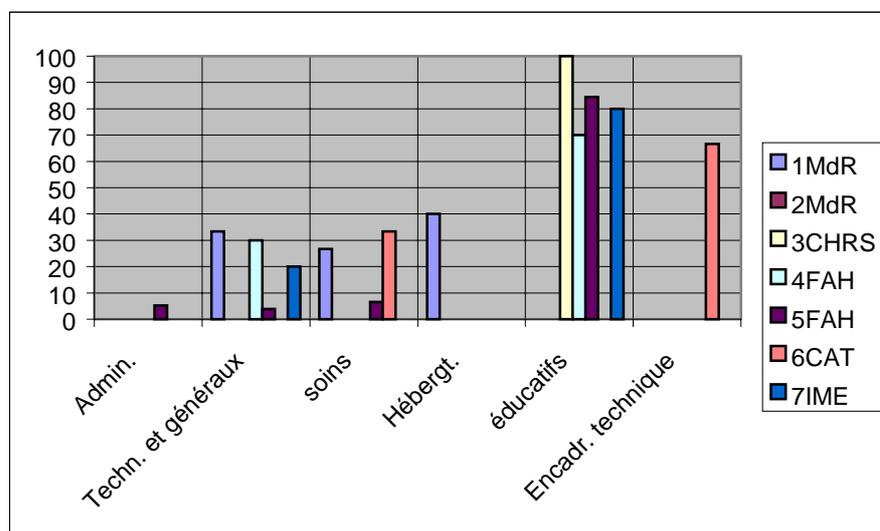
Signalons que les embauches ont été réalisées assez vite, d'autant que le marché du travail est assez tendu pour tout le personnel spécialisé, et notamment les infirmières et les éducateurs. Cela dit, quelques postes restent à pourvoir notamment en ①MdR.

Bien entendu, là où les services n'ont pas bénéficié de renfort, les personnels le regrettent et font état d'une intensification de leur travail, ou d'une baisse marginale de la qualité de la prestation qu'ils sont en mesure de fournir. Les deux graphiques suivants donnent une idée de la répartition de ces embauches dans les différents types de services en les comparant aux emplois initiaux.

Graphique 1 - Répartition des effectifs, secteur social. Pourcentages par catégorie



Graphique 2 - Répartition des embauches, secteur social. Pourcentages par catégorie



Les conditions salariales

Une fois acquis le fait que la durée du temps de travail diminuait (même si ce n'était pas autant que ce qui était espéré), et qu'il y aurait bien création d'embauches compensatrices (même s'il s'agissait d'une compensation partielle), l'essentiel de la vigilance des personnels s'est exercée sur le maintien de la rémunération. Globalement, cette rémunération a été maintenue, mais elle s'est accompagnée d'un gel de la valeur du point. Mais si cette clause figure dans tous les accords, en revanche, elle n'a pas eu la même ampleur selon les cas. Elle a partout été acceptée par les représentants du personnel.

Tableau 6 - Les conditions salariales

Établissement	Gel prévu dans les accords	application
①MdR	Sur 24 mois	Non appliqué
②MdR	Sur 16 mois	
③CHRS	Sur 12 mois	
④FAH	Sur ?? mois	
⑤FAH	Sur ?? mois	
⑥CAT	Sur 24 mois	
⑦IME	Sur 24 mois	Prolongé 1an

Par ailleurs, le maintien de la rémunération s'est fait par le biais du maintien du taux horaire, avec création d'une indemnité RTT appelée à disparaître progressivement. Enfin, l'application de l'accord de branche a conduit à supprimer la majoration du supplément familial pour tous les nouveaux embauchés, les anciens voyant ce supplément bloqué à la valeur actuelle.

Au total, ces conditions ne semblent pas avoir créé de difficultés auprès des personnels, qui en ont accepté tous les termes. En revanche, nous verrons dans le paragraphe suivant que les directions restent soucieuses quant à l'équilibre financier précaire qui découle de ces accords.

5. Les effets des accords sur les personnels, l'organisation, les coûts et la qualité du service

La mise en place effective des 35 heures s'est déroulée au cours de l'année 2000 (voir tableau 3), et au moment des enquêtes (deuxième trimestre de l'année 2001), il était peut-être encore un peu tôt pour pouvoir prétendre lister de façon exhaustive tous les effets de la RTT dans les établissements visités. Néanmoins un certain nombre d'effets s'étaient déjà fait sentir, que nous voudrions reprendre ici, en distinguant :

- les appréciations des personnels ;
- les modalités de RTT et les réorganisations intervenues dans le travail ;
- l'équilibre financier ;
- la qualité de service.

Les appréciations des personnels

Les différents personnels rencontrés dans tous les établissements ont tous exprimé une grande satisfaction devant les mesures de RTT. Nous avons vu que les négociations n'ont jamais été conflictuelles, et que le processus suivi avait garanti l'expression des desiderata de

chacun. Il est intéressant de noter que les personnels rencontrés, lorsqu'on les interroge, mêlent dans leurs appréciations les considérations relatives à leur vie personnelle (« conditions de vie », choix du mode de RTT), et celles liées à leurs conditions de travail. C'est ainsi que par exemple, des aides soignantes de ②MdR ont accepté d'augmenter la coupure de leurs horaires entre la période du matin et celle du soir, pour mieux prendre en compte les souhaits de leurs pensionnaires, ou que en ⑥CAT, la proposition de la direction de donner le vendredi après-midi a été refusée par les agents qui ont estimé que cette formule ne convenait pas aux personnes prises en charge. Les éducatrices de ③CHRS devant parfois intervenir en binôme (en « doublure »), il devient nécessaire pour réduire leur temps de travail de fractionner leurs horaires de travail : cette situation ne donnait pas satisfaction ni aux éducatrices ni au chef de service ; aussi a-t-il fallu modifier la durée du cycle (de 2 à 4 semaines) pour construire des plannings avec plus de souplesse. Aussi les agents voient et apprécient le bénéfice en temps libre, mais leur appréciation peut être mitigée selon la modalité de RTT qui leur est dévolue (journées pleines demi-journées, diminution de la journée, semaine de libre, jours dans le cycle).

Cela dit, ces appréciations positives sont liées aussi à la perception de l'arrivée de renforts aux termes des accords, soit 6 % d'effectifs minimum. Bien entendu, compte tenu de l'affectation des nouveaux arrivés dans certains services et pas dans les autres, ceux qui n'ont pas eu de renfort le regrettent. Mais ils n'émettent pas d'opinion négative. En revanche, ils font état d'une intensification du travail, qui conduit selon eux à une fatigue accrue. Les repos supplémentaires dont ils disposent sont appréciés pour se remettre de cette fatigue supplémentaire. Le temps libre dégagé ne les amène pas (pas encore ?) à développer de nouvelles activités, mais ce qui est avancé, c'est que l'augmentation du temps libre permet d'être moins stressé chez soi pour l'ensemble des tâches ménagères (la population concernée est en grande majorité féminine).

Les réorganisations dans le travail

A travers l'échantillon étudié, on voit se dessiner une multitude de modalités de RTT, et une différenciation croissante des régimes horaires de travail.

- Dans les services administratifs, on trouve essentiellement des passages à la semaine de 35 heures par maintien d'un planning à 39 heures avec injection de journées de RTT, à raison si possible de 1 jour par quinzaine, ce qui lisse les perturbations (①MdR, ②MdR). Mais on a aussi des solutions intermédiaires, consistant à baisser l'horaire hebdomadaire, avec adjonction de journées RTT en nombre moindre (exemple, ③CHRS, avec semaine de 36 heures et 6 jours de RTT, ou ④FAH, avec semaine de 37 heures et jours RTT). On voit qu'ici le choix est entre une solution permanente, avec fixation de l'emplacement de la journée de récupération, ou au contraire solution plus souple, où les salariés peuvent placer eux-mêmes des jours, en nombre plus restreint, à leur convenance.
- Dans les services techniques et généraux, on a de la même manière des formules diversifiées : 1 jour par quinzaine, (①MdR, ②MdR, ⑦IME), semaine de 4 jours un peu plus longs (①MdR), constitution de cycles et calcul de la durée moyenne sur le cycle (④FAH, cycle de 6 semaines). En fait ici, ce qui prime c'est le fonctionnement

logistique de l'institution, et donc on peut avoir des solutions diverses retenues pour les différents services logistiques, cuisine, entretien, blanchisserie, etc.

- Dans les services de soins et d'hébergement, la nécessité de maintenir une continuité du service sur 365 jours 24 heures sur 24 avait déjà conduit à mettre en place des plannings par roulements. Ces plannings ont donc été déformés. Ils l'ont été de plusieurs manières :
 - raccourcissement de la durée quotidienne des postes de travail, ce qui dans certains cas conduit à une diminution de la période dite de chevauchement entre équipes (les équipes du matin et d'après-midi se trouvent ensemble dans l'établissement) ou qui dans d'autres cas aboutit à augmenter la coupure entre deux périodes de travail (cas des maisons de retraite notamment, situées en zone rurale, où les horaires coupés sont encore, voire davantage, pratiqués). Dans un cas (②MdR), les périodes ont de plus été repoussées vers les extrémités, plus tôt le matin, et plus tard le soir, ce qui correspond à une meilleure satisfaction des besoins des personnes âgées ;
 - modification des plannings pour aboutir à une moyenne de 35 heures, en fonction des charges de travail, et des effectifs en présence. La plupart du temps cette solution est élaborée par les agents eux-mêmes, qui s'arrangent pour trouver une organisation satisfaisante pour le service et respectueuse de la réglementation ;
 - maintien du volume horaire hebdomadaire grâce à l'exclusion du temps de repas (⑥CAT) ;
 - maintien des plannings et durées de postes antérieurs, mais injection de journées de RTT (⑦IME), en essayant de placer ces journées à des périodes où elles font le moins défaut aux bénéficiaires (par exemple autour des vacances scolaires).
- Dans les services employant des éducateurs, la même diversité s'observe :
 - semaine de 39 heures avec 23 jours de RTT (③CHRS) ;
 - semaine de 36 heures avec 6 jours de RTT (③CHRS) ;
 - semaine de 35 heures (③CHRS) ;
 - semaine de 39 heures, avec regroupement des jours de RTT pour dégager une semaine de libre toutes les 12 semaines (④FAH) ;
 - prise d'une après-midi régulière par semaine (⑦IME).
- Les cadres restent avec les mêmes horaires, mais ont un compte de jours de RTT à prendre, ce qu'ils n'arrivent pas toujours à faire. En revanche, ils sont les garants des plannings de leurs services, et cette situation leur est pesante.

On a donc une diversification des horaires de services ; la petite taille des établissements a permis de laisser chaque petit service réfléchir à l'organisation qui lui paraissait la plus pertinente pour faire face à l'activité dans les nouvelles conditions, et la plus acceptable par le personnel du point de vue du temps libéré (mais nous verrons que c'est également le cas dans certaines grosses structures hospitalières). C'est ainsi par exemple que dans le cas cité plus haut (②MdR), ce sont les aides soignantes elles-mêmes qui ont demandé à accentuer la coupure du début d'après-midi, pour leur permettre de répondre aux attentes de leurs pensionnaires âgés. L'essentiel de la réflexion a d'ailleurs porté sur les moyens de maintenir ou d'augmenter l'amplitude de service, avec des postes de durée inférieure.

De même, dans le cas ⑦IME, l'organisation initialement mise en place va être corrigée l'année prochaine, les éducateurs s'étant aperçus que leur absence une demi-journée par semaine perturbait fortement les enfants dont ils avaient la charge. A partir de la rentrée, une autre formule sera expérimentée, avec fermeture une demi-journée par semaine de l'IME, et donc affectation systématique sur cette demi-journée des plages RTT.

Il faut par ailleurs noter que dans ces réflexions sur la recherche d'une nouvelle organisation, les personnels ont eu tendance à raisonner pour eux, et à ne pas inclure les embauches (④FAH, ⑤FAH, ⑦IME). Ils ont ainsi arrangé leurs plannings, avec utilisation des nouveaux arrivants pour assurer les remplacements, ce qui est différent d'une solution où l'ensemble de l'effectif aurait été traité sur le même pied. Cette solution ne présente pour l'instant pas d'inconvénient, car les nouveaux embauchés sont jeunes dans la structure, mais elle est porteuse à terme de déséquilibres.

Enfin, il faut signaler que dans plusieurs endroits la nécessité d'assurer une permanence conduit les personnels administratifs ou techniques à devoir assurer des gardes ou des astreintes, ce qui a été une occasion d'inclure ces temps dans les plannings et les décomptes de temps de travail.

Incidences sur les coûts

Les établissements concernés pouvaient, puisqu'ils avaient conclu des accords Aubry 1 bénéficier de deux types d'aides :

- les aides Aubry 1, d'un montant fixe par salarié, et dégressives dans le temps ;
- les aides Aubry 2, variables en fonction du niveau de rémunération des agents concernés, les aides les plus fortes allant aux salaires les plus bas.

En contrepartie, ils devaient s'engager sur le maintien pendant au moins deux ans du volume d'effectifs initial, et procéder aux embauches prévues dans l'accord.

La question était donc de savoir si l'équilibre financier était atteint, ou si les établissements devaient supporter des surcoûts. Il a été très difficile aux intervenants de recueillir ces informations, non par volonté de dissimulation de la part des établissements, mais par difficulté de récapituler les données concernées. Le tableau qui suit est donc une reconstitution à partir d'informations fournies par les établissements, mais apparemment, l'exercice n'avait pas été effectué de façon spontanée.

Nous ne reprenons pas ici la totalité de tous les chiffres fournis, mais seulement une synthèse. Il a paru intéressant de dresser le bilan année après année des surcoûts dus aux embauches d'une part, et des économies dues aux aides Aubry et au gel du point d'autre part. Ce bilan est dans plusieurs cas positif (économie pour la structure) les deux ou trois premières années, puis devient négatif. Nous avons donc calculé le bilan global sur 5 ans (période de lissage des diminutions des aides), et le surcoût annuel qui restera de façon structurelle quand les aides Aubry 1 auront disparu. (Notons que dans quelques cas, au moment de juger de l'équilibrage des comptes prévisionnels, les tutelles locales n'ont pas accepté de compter le gel de la valeur du point comme une économie).

On trouvera ci-après le chiffre d'affaires (ou budget) annuel de la structure, sa masse salariale, le surcoût total au bout de 5 ans pour la structure, et le surcoût résiduel final annuel. Rappelons que ce chiffrage reste approximatif, et en tous cas très conventionnel, les mêmes conventions n'ayant probablement pas été utilisées dans chaque cas. Il reflète davantage la perception qu'en ont les établissements, qu'une réalité objective.

Tableau 7 - Bilan financier de la RTT

Établissement	Chiffre d'affaires ou budget annuel	Masse salariale annuelle	Somme des surcoûts sur 5 ans	Surcoût annuel structurel après 5 ans	Rapport du surcoût structurel au budget
①MdR	7,2 MF	3,2 MF	428 kF	138 kF	1,9 %
②MdR	11MF	?	89 kF	95 kF	0,9 %
③CHRS	18,3 MF	10 MF	32 kF	116 kF	0,6 %
④FAH	13,5 MF	?	335 kF	163 kF	1,2 %
⑤FAH	21,8 MF	14,5 MF	?	400 kF	1,8 %
⑥CAT	?	6 MF	?	?	
⑦IME	14,5 MF	9,3 MF	?	438 kF	3 %

On voit qu'au total, le surcoût n'est pas catastrophique, mais qu'il reste néanmoins préoccupant pour les responsables qui n'ont pas d'assurance que ce surcoût sera financé et il ne peut l'être que par une augmentation de leurs prix de facturation. Dans un cas (⑦IME), la tutelle a autorisé la création des emplois prévus dans l'accord, mais elle a opéré un transfert de ligne budgétaire, en augmentant les crédits de la masse salariale, et en amputant ceux des dépenses de fonctionnement. Pour compenser, elle a accordé une rallonge provisoire, si bien que la base budgétaire pour les exercices à venir est de fait amputée du montant des embauches.

Les incidences sur la qualité de service

En principe, les mesures de RTT ne doivent pas avoir d'incidence sur la qualité de service offert aux usagers. Par exemple ③CHRS n'a réduit pas l'amplitude d'ouverture des ateliers, ni en nombre de jours, ni au plan des horaires. Mais, avec un potentiel d'heures de travail diminué, et une prestation où le temps passé auprès des bénéficiaires constitue la prestation elle-même, il était très difficile d'atteindre l'objectif fixé. Dans les faits, tous les établissements rencontrés se sont efforcés de pouvoir continuer à offrir la même qualité de service. Ils y parviennent, mais ressentent de fortes tensions marginales.

Ainsi, ⑥CAT a réussi à maintenir une prise en charge constante des travailleurs handicapés de 39 heures par semaine malgré la réduction du temps de travail des animateurs. Dans les faits, cette organisation n'est possible que parce qu'il n'y a pas de modification du volume horaire hebdomadaire des moniteurs : la demi-heure de repas n'est plus comptée comme du temps de travail, mais pendant leur pause-repas, les moniteurs sont présents et peuvent intervenir en cas de problème.

Ainsi, ce qui est souvent affirmé, c'est que les tâches matérielles sont assurées, par nécessité, mais que ce qui pâtit c'est le « supplément d'âme », à savoir les relations avec les personnes âgées ou les résidents, par manque de temps. Même dans les prestations matérielles, certaines petites tâches annexes finissent par être sacrifiées : en ②MdR, les lingères ne peuvent plus distraire de temps pour effectuer les petits accommodages sur les

effets personnels des personnes âgées. Les infirmières dans les maisons de retraite ont moins de temps pour communiquer entre elles et s'échanger les informations concernant les patients. Les éducateurs trouvent plus difficilement le temps de réaliser leur travail administratif, rédaction des dossiers, ou de tenir leurs réunions de synthèse. Ils disent devoir emporter du travail à la maison.

D'une façon générale, les organisations sont rendues beaucoup plus sensibles à l'absentéisme, et ne disposent plus d'aucune marge de manœuvre en cas de problème.

Un cas mérite d'être détaillé, celui de ⑦IME : pour éviter que les enfants ne soient trop perturbés par l'absence de leurs éducateurs habituels, l'institut avait imaginé des formules de fermetures de l'établissement qui l'auraient calé sur les rythmes de l'éducation nationale, ou auraient été canalisées sur des périodes où la fréquentation est moindre : périodes proches des vacances, ou veilles de week-ends (déjà à l'heure actuelle, avec la RTT des parents, près d'un tiers des enfants ne se présente pas). Mais ces dispositions auraient affiché une réduction du nombre de jours d'ouverture (actuellement 210), et ont été interdites par la DDASS. On a donc mis en place une solution où les éducateurs s'absentent par demi-journées, et sont remplacés par des volants. Devant le résultat obtenu sur les enfants, très perturbés par cette solution, l'institut a négocié une nouvelle organisation avec la DDASS : dorénavant, l'institut fermera partiellement le mercredi après-midi (solution déjà pratiquée par d'autres établissements analogues), ce qui conduit les familles à devoir assumer elles-mêmes la garde de leurs enfants. Pour celles qui ne peuvent pas (environ un tiers), des activités de substitution sont organisées, l'institut y affectant deux éducateurs (les deux nouvelles embauches), mais laissant le reste du coût à la charge des familles. Ici, on peut donc considérer que les familles ont été mises à contribution pour assurer le passage aux 35 heures.

3. Le secteur sanitaire, bilan de la mise en œuvre des 35 heures

Dans cette partie comme dans la précédente, nous abordons successivement :

- la caractérisation de l'activité du secteur ;
- le contexte économique et social ;
- les processus d'études, d'information, négociation et décision rencontrés ;
- le contenu des accords en termes de RTT, d'emploi et de conditions salariales ;
- les effets sur l'organisation interne, les coûts et la qualité du service.

Nous réserverons pour la quatrième partie les grands enseignements que l'on peut tirer de manière transversale sur l'ensemble de ces bilans.

1. Les types d'activité du secteur sanitaire

L'échantillon constitué comprend les divers types d'établissements :

- court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique ;
- moyen séjour, et soins de réadaptation ;
- long séjour ;
- psychiatrie ;

- oncologie.

Par ailleurs, on retrouve parmi les 8 établissements, 6 hôpitaux qui participent au service public et 2 cliniques privées à but lucratif. 2 sont situés en Ile-de-France, 3 en Rhône-Alpes, 1 dans le Nord, 1 en PACA, et 1 en Normandie. Compte tenu de la taille de ces établissements, on les retrouve sans surprise dans des zones urbaines fortement peuplées (différence avec le secteur social), seuls le centre psychiatrique et l'établissement de réadaptation, étant situés dans des localités moyennes ou petites. Ceci a son importance quant au mode de vie des personnels. En particulier, les horaires coupés sont beaucoup moins fréquents, et les problèmes de transport seront plus fréquemment évoqués.

Quel que soit le secteur d'activité concerné, les établissements se caractérisent par :

- Une forte présence du corps médical, qui pèse d'un poids décisif dans la vie de l'établissement. L'hôpital ou la clinique vit de la réputation de ses médecins, les patients se confiant à un praticien, plus qu'à une structure. Or les médecins restent peu préoccupés par la RTT ou par l'organisation, et le sont bien davantage par le recrutement, et les problèmes de démographie professionnelle.
- Une permanence des soins à assurer 24 heures sur 24, 365 jours par an, avec toutes les contraintes de rotations d'équipes, de gardes et d'astreintes pour la quasi-totalité des catégories professionnelles, de coordination entre les différents équipes.
- Des modes de fonctionnement et d'organisation certes diversifiés, mais facilement transposables d'un établissement à l'autre, compte tenu de la similarité des missions,
- Une activité programmée certes, mais aussi une part importante d'aléas et d'urgences (accueil des urgences notamment dans les établissements participant au service public hospitalier ; mais il faut noter que les cliniques privées peuvent accueillir aussi des urgences, notamment dans leurs maternités).
- L'émergence de procédures qualité, qui tendent à accroître le travail ressenti comme administratif, avec notamment les procédures d'accréditation rencontrées à plusieurs reprises dans l'échantillon, mais aussi la mise en place de dossiers informatisés, ou la nécessité de noter beaucoup plus que par le passé la totalité des actes effectués (médicaux et infirmiers).
- Une tendance au raccourcissement de la durée de séjour dans les établissements MCO, en partie due à la pression économique (voir ci-après) et en partie à l'évolution de la discipline médicale.
- La juxtaposition de services cliniques, centrés sur les patients, de services médico-techniques (radiologie, laboratoires, blocs opératoires, etc.), à la logique de fonctionnement déjà plus centrée sur les processus (à noter que certains de ces services médico-techniques sont externalisés dans le cas des cliniques privées à but lucratif), des services logistiques très industriels (cuisines, ateliers, blanchisseries), et des services administratifs à la logique de secteur tertiaire.

A travers cette brève description, on remarque que :

- à l'opposé de ce qui avait été vu dans le secteur social, ce n'est pas en général le temps passé auprès du malade qui constitue la prestation (à l'exception notamment de la gériatrie), mais plutôt la pertinence et la rapidité des traitements qui seront mis en œuvre ;
- les problèmes de coordination jouent un rôle essentiel, entre équipes se succédant aux diverses phases de la journée dans un même service, entre services (cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs) au long du séjour hospitalier, et entre l'hôpital et son environnement amont ou aval ;
- la transmission entre les équipes du matin et de l'après-midi (qui représentent l'essentiel de l'activité soignante) est essentielle au bon déroulement de la journée, compte tenu de l'importance des renseignements et informations qui y sont échangés sur les malades en présence ;
- l'activité des nuits et week-ends, tout en étant certes réduite (très peu pour les maternités), mobilise des forces importantes pour pouvoir faire face à toutes les situations en toute sécurité ;
- enfin, tous ces hôpitaux et cliniques ont des taux d'occupation très élevés, ce qui témoigne d'une activité soutenue, et d'une tension probable chez les agents chargés des soins. Seul un établissement (SSR) affiche un taux d'occupation moindre (de 75%), mais il s'explique par la tension économique puisqu'un changement de pathologie opéré en 1998 s'est révélé coûteux et a obligé l'établissement à limiter l'accueil de malades et le volume d'embauches.

Tous ces points vont avoir leur importance dans la recherche de solutions adéquates à la mise en œuvre de la RTT.

2. L'environnement économique et social

Le secteur sanitaire est situé sous haute surveillance. Certes nous avons affaire ici à des établissements privés, mais leurs recettes provenant pour l'essentiel de facturations aux organismes d'assurance-maladie, leur financement fait l'objet de contrôles et autorisations multiples de la part des autorités de tutelle : détermination de la dotation globale de fonctionnement pour les PSPH, fixation des forfaits de salles d'opérations, autorisation des prix de journée, remboursement de diverses prestations, etc. Pour les établissements participant au service public, le financement se fait par le biais d'un budget global attribué par l'Agence régionale d'hospitalisation, qui prend comme base budgétaire le budget de l'année précédente et lui applique un taux d'évolution fonction de l'enveloppe budgétaire reçue pour l'ensemble de la région, mais aussi des performances locales de ses divers établissements. Pour les cliniques privées à but lucratif, les prix de journée sont fixés pour l'année, mais la masse totale des produits de tarification des cliniques doit rester à l'intérieur d'une enveloppe nationale annuelle, faute de quoi il y a risque de reprise l'année suivante.

Outre ces considérations purement financières, d'autres éléments interviennent : les établissements sont maintenant placés de facto dans une situation de compétition vis-à-vis de leurs tutelles, qui cherchent à mener à bien des opérations dites de restructuration pour garder une desserte de leurs régions satisfaisante tout en limitant au maximum les doublons et l'existence de structures peu performantes ou peu utilisées. On assiste à des mouvements

importants de concentration, fusion, fermeture de lits, de services ou d'établissements depuis une dizaine d'années. Les établissements luttent donc un peu pour leur survie. Dans l'échantillon, on trouve ainsi 3 cas d'établissements en situation difficile, ayant dû envisager des plans sociaux :

- ❶PSPH, en déficit depuis 1995, s'est vu attribuer un taux directeur (évolution du budget autorisé d'une année sur l'autre) négatif depuis 1997, et a mis en œuvre en 1999 un plan social prévoyant la suppression de 236 postes sur 1600. (Nous verrons que la RTT a permis de sauvegarder 80 de ces emplois) ;
- ❷SSR, déficitaire en 1998, a retrouvé un compte positif l'année suivante, mais se trouve au cœur d'une double restructuration : celle des soins de suite et de réadaptation du plateau sur lequel le centre est implanté, et celle de la restructuration de l'offre de soins hospitaliers sur le bassin grenoblois. L'accord défensif RTT a finalement permis de l'éviter ;
- ❸CLI a lui aussi souscrit un plan social en raison de difficultés financières, plan accepté par les tutelles.

On peut y ajouter le cas de ❹ASN, qui fait partie d'une association nationale d'établissements, laquelle a signé un accord national qui prévoit une embauche correspondant à l'accord Aubry 1 mutualisée sur l'ensemble de ses structures. Or ❹ASN a donc du diminuer son temps de travail, mais n'a pas bénéficié des 6 % d'embauches correspondantes, la redistribution ne s'étant pas effectuée en sa faveur.

D'une façon générale, et quel que soit l'établissement concerné, les directions restent extrêmement préoccupées par le financement de leurs structures, et les opérations de RTT sont vécues par elles comme une difficulté survenant dans un contexte de pénurie de ressources.

Les personnels sont majoritairement régis par la convention de 1951, qui autorise à peu près toutes les organisations sous réserve de respect du code du travail, et précise les taux de week-ends qui doivent rester libres (1 sur 3). Compte tenu de la taille des établissements, et des nécessités de la permanence des soins, les effectifs sont nombreux, et impliquent toutes les structures institutionnalisées de représentation des personnels. Tous les accords ont donc bénéficié de la présence de sections syndicales, il n'y a pas ici de mandatement ou de désignation de délégués du personnel. Pourtant, les personnels sont peu syndiqués par rapport à leurs collègues du public, mais beaucoup plus que ce que nous avons rencontré dans les établissements sociaux de notre échantillon (voir partie 2). Ils sont aussi peu revendicatifs, soit que le rapport de force interne à l'établissement leur soit moins favorable, soit qu'ils prennent plus en considération les contraintes de fonctionnement. Dans plusieurs cas, ils ont accepté des accords qui intégraient la disparition d'avantages antérieurs, en matière de décompte du temps de travail, ou de conditions de rémunération.

Le tableau 8 ci-après reprend ces données :

Tableau 8 - Activité et effectifs

	Activité et importance	Effectifs, en équivalents temps plein
Secteur sanitaire		
❶PSPH	PSPH, court séjour 452 lits MCO +53 places Hdjour	1573
❷CLCC	Centre de lutte contre le cancer Classe : entre 200 et 300 lits & places	667,47 non méd + 76 méd
❸SSR	Centre de rééducation fonctionnelle (soins de suite et de réadaptation) 182 lits moyen séjour	197,4 (200,8 avec les contrats spéciaux CES, apprentissage...)
❹PAG	Centre pour personnes âgées 250 lits, dont : 71 lits médecine court séjour 68 lits SSR moyen séjour 111 lits long séjour	260,53
❺PSY	Centre psychiatrique 2 secteurs de 65 000 habitants 128 lits d'hospitalisation 135 places dans des structures d'accueil	413,59
❻ASN	Hôpital à but non lucratif dépendant d'une association nationale 88 lits dont 78 lits de chirurgie pour personnes âgées 10 lits de médecine soins palliatifs	148
❼CLI	Clinique privée à but lucratif 261 lits MCO dont 112 lits de chirurgie 40 lits de médecine 35 lits (seconde implantation) 55 lits maternité et 5 berceaux néonate 14 places en ambulatoire	366,72
❸CLI	Clinique privée à but lucratif 390 lits MCO, dont dans l'établissement principal, 127 lits de chirurgie 52 lits de médecine	473

3. Le processus d'études, informations, négociations, décisions

Le tableau 9 ci-après présente de manière synthétique les grandes étapes de ce processus dans les établissements rencontrés. On voit ainsi que :

- La date de mise en application des 35 heures se situe pour tous les établissements au début de l'année 2000, en février pour les derniers (❹PAG, ❻ASN), certains ayant anticipé sur les derniers mois de 1999 (❶PSPH, ❷CLCC, ❼CLI), donc un peu plus tôt que dans le secteur social.
- 5 accords ont été signés au cours du deuxième trimestre 1999, et 3 au cours du dernier trimestre 1999, pour bénéficier au maximum des aides Aubry 1.

- Les agréments n'ont pas retardé outre mesure la mise en application, puisque aussi bien les agréments de la DDASS que les conventions avec la DRTEFP ont été acquis dans tous les cas avant la fin de l'année 1999.
- Le processus de négociation a été assez rapide, puisque dans la plupart des cas, il ne s'est pas écoulé plus d'un trimestre entre l'ouverture des négociations et la signature de l'accord. Seuls deux cas présentent une durée totale du processus plus longue (**②CLCC**, **③CLI**).
- En revanche, dans 6 cas sur 8, le processus avait commencé auparavant, par des informations et contacts antérieurs à la vraie négociation, dès 1998, et même dès 1997 dans un cas.

On retrouve ces données sur le tableau 9 ci-après. Par ailleurs, on peut ajouter les constats suivants :

- En ce qui concerne la portance de ces négociations, les poids respectifs des directions et des syndicats paraissent beaucoup plus équilibrés que dans le domaine social où nous avons noté un rôle déterminant de la direction. Ici au contraire, les syndicats ont dans plusieurs cas anticipé les événements, lancé eux-mêmes des études ou des consultations auprès du personnel pour connaître leurs attentes (questionnaire lancé en **③SSR**, proposition d'emblée de la semaine de 32 heures en **⑤PSY**), groupes de travail pour examiner les propositions des directions, réunions d'informations, etc.
- Toutes les organisations syndicales se retrouvent dans l'échantillon, avec différents rôles moteur ou contestataire, sans qu'il y ait unicité de position pour une même centrale. Ainsi les accords ont été signés par les syndicats suivants :
 - ①PSPH** : CFTC, CGC, FO , avec refus de CFDT et –CGT ;
 - ②CLCC** : CFDT, CGC, CGT, FO et SUD, aucun refus ;
 - ③SSR** : CFDT, seule représentée ;
 - ④PAG** : CGT majoritaire, CFDT,CGC ;
 - ⑤PSY** : CFDT, FO , aucun refus ;
 - ⑥ASN** : CFTC, avec refus de CGT ;
 - ⑦CLI** : CFDT, CFTC, CGT, FO, aucun refus ;
 - ⑧CLI** : CFTC, FO avec refus CFDT.
- Quatre établissements (dont deux concernés par un plan social) ont fait appel à des conseils extérieurs pour les aider à repenser l'organisation, à savoir **①PSPH** (conseil juridique), **②CLCC** (à la demande du comité d'entreprise, la direction elle, n'ayant pas fait appel à l'extérieur), **③SSR** (2 intervenants successifs), et **⑤PSY** ; en revanche, 4 autres, dont les deux cliniques privées lucratives n'ont pas souhaité développer d'études particulières.

Tableau 9 - Les grandes étapes des processus de négociation

Établissement	97	1998				1999				2000				2001
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Trimestres														
PSPH					I	N	A		Av	Av				
CLCC	E	E-N	N		N	E-N	Ag		Oct - N' A'					
SSR					I		Q	E		N - A	Av	Av Ag- C	Juil	
PAG					E	I-E-N	A		Av-Ag	C fév	Av		Av	
PSY			I-N			N	A		Ag - C	janv				
ASN							E-N-A		Av	fév				
CLI							PS	N-A	Déc	C				
CLI					accord 98		I N		A-R	janv				

Les cases en grisé représentent l'application de l'accord

Légende :

E = études I = information N = négociations R = référendum A = accord
 Av = avenant Ag = agrément DGAS C = convention DRTEFP PS = plan social
 Cases en grisé et mois = mise en application des 35 heures

Dans de nombreux cas, des groupes de travail, des groupes projets, des commissions 35 heures ont été mis sur pied pour étudier les modalités pratiques du passage aux 35 heures. En fait, compte tenu de la taille des établissements, on a assisté à une sorte de découplage, les cadres essayant au sein de leurs services de trouver une organisation qui permette de faire face le mieux possible aux problèmes quotidiens d'organisation et de fonctionnement, tandis que directions et syndicats se rencontraient sur le terrain du juridique, et de la définition des contraintes pour le personnel. Dans un cas au moins (⑤PSY), cette différenciation a été telle que les cadres ont eu l'impression d'être court-circuités, et de voir arriver un accord plus centré sur le personnel que sur le service aux patients.

Dans aucun cas on n'a constaté de conflit (mais il s'agissait dans 7 cas sur 8 d'accords Aubry 1), tout au plus des tensions sont signalées par les organisations syndicales (qui qualifient par exemple d'illusoire la participation aux groupes mis en place par la direction en ①PSPH). On peut même penser que dans certains cas, direction et syndicats ont trouvé un terrain d'entente pour faire valoir leurs arguments auprès des tutelles, et proposer une vision de leur situation un peu pessimiste, les amenant à accepter un plan social de circonstance (⑦CLI), le but étant de pouvoir bénéficier des aides maximum.

Les fédérations patronales sont intervenues par le biais de l'accord national de branche qui a servi de référence a minima pour toutes les dispositions réglementaires (conditions de rémunérations, gels divers, définition du temps de travail effectif), mais laissait ouvertes les modalités d'application de la RTT. De plus, plusieurs directions ont eu recours aux formations et informations diffusées par leurs fédérations, afin d'y puiser des modèles organisationnels appropriés à leurs situations.

4. Le contenu des accords

Comme dans la partie précédente, nous examinerons successivement les trois grands aspects des accords, en termes de :

- ampleur de la RTT ;
- emploi ;
- conditions salariales ;

et nous réserverons pour le paragraphe suivant les incidences de l'accord sur le contenu et l'organisation du travail, ainsi que sur les coûts et la qualité du service.

La RTT

7 établissements sur 8 ont signé un accord Aubry 1, et se sont donc engagés à réduire le temps de travail d'au moins 10 % ; le huitième a de fait réduit dans les mêmes proportions, mais n'a signé qu'un Aubry 2 pour ne pas avoir à s'engager sur une embauche de 6 % (qu'il a pourtant de fait réalisée).

Un des enjeux essentiels des discussions a été de savoir ce qu'il convenait d'inclure ou non dans le temps de travail effectif. On sait que le temps de travail comporte le cœur de l'activité certes, mais aussi un certain nombre de franges (habillage, pause, repas, réunions, astreintes, etc...) qui selon les cas et les usages peuvent être ou non assimilées à du travail effectif. Au moment de la discussion sur les 35 heures, ou plus exactement par anticipation, un certain nombre d'établissements ont souhaité revoir leurs conventions, et redéfinir le temps de travail. Cela leur a été d'autant plus favorable que les accords Aubry 1 excluaient en principe la révision du mode de décompte du temps de travail. Ceux qui l'avaient fait par anticipation ont donc pu s'affranchir de cette contrainte (c'est le cas de **3**SSR, ainsi que des deux cliniques privées à but lucratif, **7**CLI, et **3**CLI).

D'une façon générale, on assiste à une distinction nouvelle opérée maintenant entre :

- temps de travail effectif ;
- et temps rémunéré, mais non considéré comme du travail effectif (pause de la matinée, heures d'astreintes, etc.).

Par ailleurs, les accords touchent évidemment les personnels de jour à temps plein. Mais qu'en est-il des personnels de nuit (dont certains étaient déjà à 35 heures), et des temps partiels (qui par définition n'étaient pas à 39 heures) ? Selon les cas, les interprétations ont été diverses, certains établissements accordant par exemple une réduction supplémentaire aux personnels de nuit pour maintenir le delta avec les gens de jour, d'autres considérant que les

temps partiels devaient bénéficier eux aussi d'une réduction proportionnelle de leur temps de travail. On retrouve ces éléments dans le tableau 10 qui suit :

Tableau 10 - Le contenu du temps de travail effectif et les populations concernées

Secteur sanitaire	Pause repas	pauses	Habillage		nuit	Temps partiels
①PSPH						
②CLCC						
③SSR						
④PAG						
⑤PSI						
⑥ASN						
⑦CLI						
⑧CLI						

En gris foncé : temps inclus dans le temps de travail et personnel concernés par l'accord de RTT,

En gris clair : dans certaines conditions seulement (pour les postes du matin continus uniquement...)

Selon les cas la population des médecins a été explicitement citée dans les accords ou elle a fait l'objet d'avenants spécifiques. On aboutit au total au tableau 13 qui suit, pour lequel il faut préciser que les données sont parfois sujettes à caution, surtout en ce qui concerne la première colonne. En effet, dans plusieurs cas, il a été indiqué par les directions que le décompte annuel ne se pratiquait pas, et que le passage avait été de 39 heures à 35, sans que l'on regarde l'équivalent annuel. Il s'agit donc alors de reconstitutions opérées par les intervenants pour les besoins de cette recherche.

On constate en tous cas que ici encore, le passage aux 35 heures n'a pas unifié les références, et que l'on aboutit à des niveaux d'horaires différents selon les établissements, pour la même convention collective, et la même réglementation.

Tableau 11 - Ampleur de la RTT

Établissement	Durée annuelle du travail AVANT les accords	Durée annuelle du travail APRES les accords	Convention collective
❶PSPH	?		51
❷CLCC	1771 Médecins : 1816	1589 médecins : 1600	1.1.99
❸SSR	1739,4	1575	51
❹PAG	1755 cadres : 1735	1575 cadres : 1557	51
❺PSY	1677 nuit : 1486	1505 nuit : 1338	51
❻ASN	hôpital : 1755 IFSI : 1599	Hôpital : 1575 IFSI : 1575	86
❼CLI	?	1645	
❽CLI	?	1598	

Les modalités de cette RTT sont développées dans le paragraphe suivant relatif à l'organisation.

Notons toutefois que dans plusieurs cas, les accords comportent des clauses de modulation-annualisation : ❶PSPH pour le département Anesthésie-réanimation, ❷CLCC pour certains services administratifs, médico-techniques et logistiques, ❹PAG pour les jardiniers, et que cette modalité reste à l'étude pour ❸SSR.

L'emploi

Compte tenu des impératifs des accords Aubry 1, il y avait obligation de création d'emplois dans la proportion de 6 % pour les accords offensifs, et obligation de préservation d'emplois pour les accords défensifs (❶PSPH, ❸SSR, ❼CLI). Cette proportion a évidemment été respectée, et comme on joue sur des effectifs beaucoup plus importants que dans le secteur social, on pouvait s'attendre à des chiffres ronds. Le tableau 12 ci-après montre qu'il n'en est rien, et renvoie en fait aux spécificités de chaque catégorie professionnelle, et au découpage en services multiples au sein des établissements.

Nous avons essayé de voir où ces emplois avaient été créés ou sauvegardés. Il n'était pas possible de descendre au niveau du service, car cela entraînerait à détailler beaucoup trop, mais il pouvait être intéressant de regarder par grandes catégories de fonctions, pour voir quelle stratégie l'établissement avait développée. Cet exercice comporte une grande part d'arbitraire, car les décompositions de personnel ne sont pas identiques d'un établissement à l'autre, ou même pour le même établissement entre le tableau des emplois et celui des embauches : les secrétaires médicales doivent-elles être considérées comme du personnel administratif ou être affectées aux services de soins ? les cadres sont-ils inclus dans les effectifs des services ou regroupés dans une catégorie spécifique ? les personnels soignants affectés à des missions d'enseignement et de formation restent-ils des soignants ou deviennent-ils des administratifs ? On pourrait épiloguer sans fin sur ces questions. C'est donc à de pures fins indicatives que le tableau ci-après est donné. Nous avons essayé de garder les mêmes conventions pour tous les hôpitaux de l'échantillon, et pour les emplois et les embauches.

Par ailleurs, le recueil des données est ici très délicat, comme chaque fois qu'il s'agit de compter les personnels. Qu'appelle-t-on effectif de référence ? Faut-il moyenner sur l'ensemble de l'année ou prendre l'effectif à une date donnée ? Enfin, il faut rapporter les embauches non pas à l'effectif total de l'hôpital, mais à celui qui est concerné par la RTT (le cas échéant, personnels de nuit, et temps partiels exclus). On s'aperçoit en essayant de dresser le tableau qu'il est difficile dans les documents fournis par les établissements de distinguer :

- l'effectif total avant RTT ;
- l'effectif concerné par l'accord (celui sur lequel on va calculer le pourcentage d'embauches), et devrait normalement exclure les agents de nuit s'ils étaient déjà à 35 heures, et que leur horaire ne diminue pas ;
- l'effectif sur lequel s'engage l'établissement (devrait être égal au précédent, plus les embauches annoncées, mais ce n'est pas toujours aussi évident dans les documents fournis).

On comprend alors la difficulté pour les tutelles de vérifier les clauses des accords et d'en apprécier ensuite le respect.

Tableau 12 - Répartition des effectifs et des embauches, en équivalent temps plein

Établissement	Total	Admin.	Techn. et généraux	Soins et éducatifs	Médico-technique	médecins	Encadrt
①PSPH	1416,61 -236(+80)	215,98 (+14,63)	152,53 (+3,)	803,18 (+49,37)	93,22 (+4,5)	159,10 (+3,5)	149,07 (+4)
②CLCC	667,47 +40	173,57 +5			436,9 +34,5	127,18	Dont 57 +0,5
③SSR	152,06❖ (11)	9,99 (+ 1,14)	60,8 (+6,15)	44,72 (+2,11)	23,82 (+0)	6,23 (+0,6)	6,5 (1)
④PAG	200 +17,67	21,62 +0,41	30,23 +2,7	169,97 +10,5	27,19 +1,4	11,52 +0,3	
⑤PSY	413,59 +22,53		+0,73	+17,4	+0,9	15,97	
⑥ASN	126,26 +9	15,1 +4,5	34,16	88,75 +4,5	6,75	17,5	+0,65
⑦CLI	327 -36(+24)					[+70]	
⑧CLI	473 +6	46,38 1,5	69,68 0,5	357,55 5	5	[+151]	

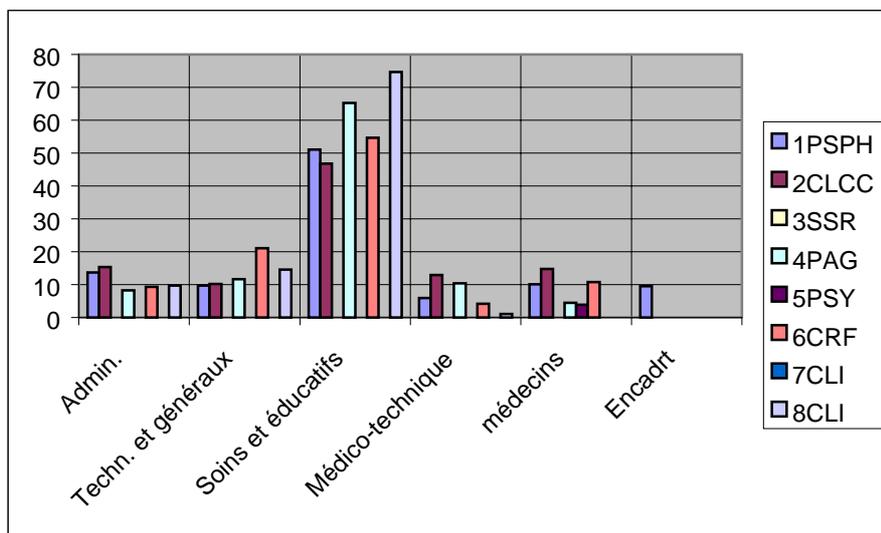
(x) : effectifs sauvegardés par le plan social

[y] : pour mémoire, médecins indépendants, non salariés

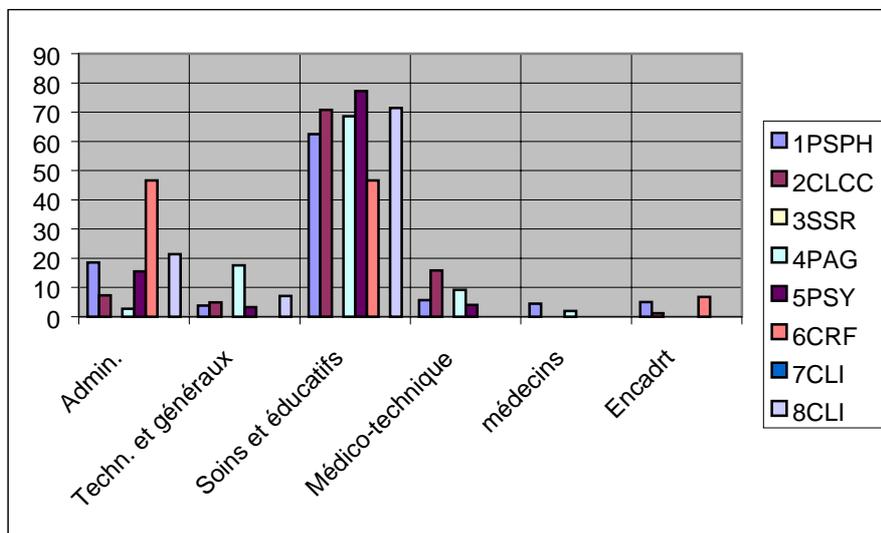
❖ : effectif concerné par l'accord (pour mémoire, effectif total avant accord = 197,04)

Il était intéressant de préciser le poids qu'avaient recueilli chacune de ces grandes fonctions en embauches, et c'est ce qui apparaît dans les deux graphiques suivants :

Graphique 3 - Répartition des effectifs, secteur sanitaire. Pourcentage par catégorie



Graphique 4 - Répartition des embauches, secteur sanitaire. Pourcentages par catégorie



On voit que les secteurs de soins ont fort naturellement reçu l'essentiel des renforts, puisqu'ils correspondent à la vocation même de l'établissement, mais que les autres fonctions ont pu aussi bénéficier de renforts en fonction des situations particulières de chaque établissement.

Signalons que les embauches ont été réalisées très vite, et ce d'autant plus que les établissements privés se vivent dans une situation de concurrence défavorisée par rapport au secteur public, qui rémunère mieux les soignants, et les différents personnels, et va recruter bientôt pour son propre passage aux 35 heures. Dans ces conditions, il importait de fidéliser

les agents le mieux possible. C'est ce qui explique aussi, nous le verrons dans les parties suivantes, que les mesures de gel aient parfois été levées, ou que des compensations salariales aient été accordées.

Les conditions salariales

Compte tenu des clauses a minima de la convention collective nationale (qui prévoyait notamment une retenue de 3,84 % sur salaires, pour financer la création de nouveaux emplois, et un gel des avancements de 16 mois), les personnels et leurs syndicats se sont attachés à obtenir le maintien de leurs rémunérations. Globalement cela a été obtenu, par le biais d'une indemnité différentielle compensatrice qui doit s'estomper avec le temps (par tiers sur 3 ans). Cela dit, d'autres clauses sont prévues, et notamment :

- le gel de la valeur du point ;
- gel des avancements, pour une durée donnée, et jusqu'à un plafond donné en pourcentage du salaire individuel ;
- gel des majorations pour ancienneté-technicité.

Toutes ces mesures devaient abonder le financement des nouveaux emplois.

On les retrouve dans le tableau 13 qui suit :

Tableau 13 - Les conditions salariales

Établissement	Gel prévu dans les accords	Durée	Plafond
❶PSPH	Oui		
❷CLCC	Tous personnels médecins	2 ans illimité	2,3% 1,8%
❸SSR	application CCN gel de la valeur du point, gel de l'ancienneté,	indéterminée	1,5%
❹PAG	Augmentations ancienneté	2 ans 16mois	
❺PSY	Gel des augmentations Gel des avancements		2,58% 1,5%
❻ASN	Gel sur 1999 + gel 2000 Gel des avancements, majors pour ancienneté technicité minoration de la 1 ^{ère} nouvelle augmentation des salariés aux plafonds d'ancienneté ou de technicité	8 mois 8 mois	mini 0,43% de la masse salariale
❼CLI	Pas de gel, mais pas d'intéressement		
❽CLI		2 ans, non appliqué	

Au total, comme pour le secteur social, ces conditions ne semblent pas avoir créé de difficultés auprès des personnels, qui en ont accepté tous les termes. En revanche, nous verrons dans le paragraphe suivant que les directions restent soucieuses quant à l'équilibre financier précaire qui découle de ces accords. Par ailleurs il faut noter un cas particulier, celui de la clinique ❷CLI, qui a choisi, en compensation d'un nouveau mode de décompte du temps et de jours de repos accordés, et compte tenu de ce qu'elle était dans le cadre d'un plan

défensif, donc sans embauches, de distribuer les aides reçues aux agents, en créant une prime d'assiduité de 310 F.

5. Les effets des accords sur les personnels, l'organisation, les coûts et la qualité de service

La mise en place effective des 35 heures s'est effectuée dans la majeure partie des cas étudiés au tout début de l'année 2000 (voir tableau 9), si bien qu'au moment des enquêtes (deuxième trimestre de l'année 2001), on avait déjà un recul de plus d'un an pour en apprécier les effets. Même si d'autres se feront jour par la suite, on peut penser que le recul était suffisant pour appréhender l'essentiel. Nous voudrions les reprendre ici, en distinguant, comme pour le secteur social :

- les appréciations des personnels ;
- les modalités de RTT et les réorganisations intervenues dans le travail ;
- l'équilibre financier ;
- la qualité de service.

Les appréciations des personnels

Les différents personnels rencontrés dans tous les établissements ont tous exprimé une grande satisfaction devant les mesures de RTT. Nous avons vu que les négociations n'ont jamais été conflictuelles, et que le processus suivi avait permis l'expression des desiderata de chacun. Ici, à la différence du secteur social, ces desiderata ont été clairement et fermement exprimés : 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 coller au mieux des 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.

Schématiquement, compte tenu de la nécessité de permanence des soins sur les 24 heures, il existe plusieurs types d'organisation :

- trois postes de 8 heures, matin, après-midi, nuit (autrefois matin, garde veille, quand l'essentiel des soins était concentré sur le matin) ;
- ou deux postes de 12 heures, jour et nuit.

Tableau 15 - Organisation journalière des postes

Passage à 35 heures pour la nuit, en postes de 10 heures	
Les 2 postes de jour restent de 8 heures	
heures	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6
matin	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 10px;"></div>
après-midi	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 10px;"></div> <div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 10px;"></div>
nuit	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 10px;"></div>

C = chevauchement ; R = repas

Mais les établissements vont chercher à diminuer ce chevauchement à la faveur du passage aux 35 heures des personnels de jour : soit en réduisant la durée quotidienne des postes à 7 heures (ce dont les personnels ne veulent en principe pas, car le nombre de journées travaillées reste identique), soit en revenant à la longue journée, qui supprime le chevauchement (ce qui peut être vu comme un accroissement de la pénibilité du travail).

Tableau 16 - Organisation journalière des postes

Nuit : semaine de 35 heures en postes de 10 heures	
Les 2 postes de jour passent à 7 heures	
heures	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6
matin	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 10px;"></div>
après-midi	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 10px;"></div>
nuit	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 10px;"></div>

C = chevauchement ; R = repas

Ce point, et celui du maintien des rémunérations ont donc focalisé les revendications exprimées par les personnels. Rappelons, que, du fait des accords Aubry 1, ils étaient assurés du volume des embauches. Dans le cas des accords défensifs, en revanche, c'est la situation économique de l'établissement qui a prévalu, et leur a fait accepter à contrecœur un accord sans embauche, mais ils mettent alors en avant plus qu'ailleurs une intensification du travail.

Globalement en tous cas, on peut dire que les accords ont abouti à une satisfaction générale des personnels, qui ont eu dans la grande majorité des réductions par injection des jours de RTT. Il reste dans certains cas des difficultés d'appréciation, là où ces jours sont en fait noyés dans les plannings, conçus dès le départ à 35 heures, et ne laissant donc pas de marge de manœuvre individuelle aux agents.

On peut ainsi citer le cas de ❶PSPH et ❸SSR où des questionnaires diffusés après plusieurs mois ont fait état d'une grande satisfaction (taux de réponses de 45 % et 55 %), de ❷CLCC, où certains estiment que leur vie privée en a été transformée, de ❹PAG, où cette satisfaction s'accompagne de la baisse nette de l'absentéisme maladie (de 5,25 à 4,67 % sur un an), de ❺PSY, où un questionnaire antérieur lancé par un syndicat avait montré que 78 % des agents étaient même prêts à accepter une légère diminution salariale contre les embauches et la RTT, ou encore de ❻ASN, ❼CLI, et ❸CLI, où aucune appréciation négative n'est portée.

Mais ces appréciations positives sont accompagnées de considérations sur l'organisation du travail et son intensification.

Les réorganisations dans le travail

L'échantillon présente à peu près toute la gamme des solutions organisationnelles possibles, et de ce fait est assez intéressant à étudier.

Dans les services administratifs :

- On trouve essentiellement des semaines de 35 heures, ou des quinzaine de 70 heures, soit la prise régulière de RTT sous forme de demi-journées ou de journées complètes, (①PSPH, ⑥ASN, ⑦CLI), certaines de ces solutions étant baptisées de cycles de 2 semaines ;
- on trouve aussi des panachages de semaines à journées fixes d'un montant supérieur à 35 heures, accompagnées de jours RTT (en ③SSR, semaine de 36h15 et 8 jours de RTT, en ④PAG, semaine de 37h et 12 jours RTT ou semaine de 38h et 18 jours RTT), ou encore des semaines de 4 jours (⑦CLI) ;
- ou des cycles alternant journées courtes et longues (③CLI, alternance de semaines à 32, 35 et 38 heures).
- signalons enfin une solution originale de temps partiel, deux assistantes sociales en ⑦CLI se partageant le poste plein temps à raison d'une semaine l'une, une semaine l'autre, pour assurer une meilleure continuité de la prise en charge des patients.
- enfin, deux établissements ont mis en place une modulation-annualisation dans ces services : ②CLCC et ⑥ASN pour ses unités d'enseignement.

Ces solutions s'appliquent de façon distincte aux divers services, en fonction des conditions locales.

Dans les services techniques et généraux, on retrouve la même diversité :

- Semaine de 5 jours de 7 heures (cuisine de ①PSPH, lingerie de ⑦CLI).
- Semaine de 4 jours en ⑤PSY.
- Quatorzaine de 70 heures avec jours RTT (journées de 7h45 et 2 jours RTT par mois en ④PAG ; alternance de journées courtes et longues en ③CLI).
- Travail par cycles (4 semaines avec 1 week-end sur 2 en ①PSPH ; 4 semaines avec 2 RTT dans le cycle en ⑥ASN, quatorzaine alternant journées courtes et longues en ③SSR, avec 3 jours de 9h, et 1 jour de 8h par semaine ; constitution de cycle intégrant les astreintes de samedi pour l'entretien en ⑦CLI).
- Modulation en ②CLCC et en ④PAG, à l'étude en ③SSR.
- Panachage de réduction hebdomadaire et de jours de RTT (semaines de 36h15 et 8 jours RTT, de 36 heures en 4,5 jours et 6 jours RTT en ③SSR, de 38 heures et 18 jours RTT, ou de 38h75 et 22 jours RTT en ④PAG).

Dans les unités de soins, on trouve les solutions suivantes :

- A journées longues, sans chevauchement donc, en ❶PSPH, dans 2 services de ❸CLI, et dans certains services de ❷CLCC. Les plages ont toutefois été diminuées de 11 à 10 heures de travail effectif en ❶PSPH et ❷CLCC, mais sont restées à 12 heures en ❸CLI (soit l'amplitude maximale de 13 heures autorisée). En contrepartie, ces organisations offrent des cycles attractifs avec des jours RTT, ou dans le cas de ❸CLI, une « semaine magique » de repos sur 7.
- Des panachages de semaines réduites avec jours RTT, ce qui permet de maintenir un certain chevauchement entre équipes : journées de 7h30 et 15 jours RTT en ❹SSR et en ❺PSY, ou de 7h45 et 2 jours RTT par mois, quatorzaine de 75 heures et 15 jours RTT, ou semaine de 36 heures et 6 jours RTT en ❹PAG.
- Des semaines de 35 heures en 5 jours de 7 heures (services ambulatoires en ❷CLCC, une clinique en ❸CLI).
- Des cycles permettant d'aboutir à 35 heures en moyenne : 4, 24, ou 12 semaines avec 3 jours RTT en ❹ASN, 5 semaines en ❸CLI, de 29 jours avec planning particulier et postes de 12 heures pour les sages-femmes en ❸CLI ; cycles de 10 ou 12 semaines en ❸CLI, avec des semaines allant dans un service de 29h20 à 48 heures et dans un autre de 23h10 à 46.
- Introduction d'horaires coupés les week-ends pour assurer le travail, et équilibrer les cycles (en ❸CLI).

Dans les services médico-techniques, on retrouve cette même diversité :

- Semaines de 35 heures (en ❹PAG, en ❹ASN, et ❸CLI) ou quatorzaine de 70 heures (en ❹ASN).
- Panachage réduction quotidienne ou hebdomadaire et jours RTT : journées de 7h20 et 10 jours RTT en ❹SSR, semaine de 38h75 et 22 jours RTT en ❹PAG.
- Travail par cycles (blocs opératoires en ❸CLI et ❹CLI).
- Ceci s'accompagne parfois de l'introduction d'horaires coupés (blocs opératoires le week-end en ❸CLI), ou du travail de nuit (stérilisation en ❹CLI).

En ce qui concerne les cadres, leur horaire est parfois précisé (mais pas toujours), et évalué à 38 heures par semaine, et dans tous les cas ils bénéficient de jours RTT à prendre, mais il est intéressant de noter que ce nombre de jours n'est pas le même partout, et surtout qu'il n'atteint 23 jours que dans 4 cas sur 8. Or on sait que le passage théorique de 39 heures à 35 heures équivaut à 23 jours de différence sur l'année. Si l'on admet que les horaires des cadres ne peuvent en fait pas diminuer de façon quotidienne, (il est difficile à un cadre de quitter le travail), qu'ils effectuent déjà très souvent beaucoup plus que leurs 39 heures théoriques, il aurait été logique de leur accorder au moins l'équivalent de ce que les salariés

non-cadres obtenaient. Or ici on constate que l'écart se creuse, la réduction dont bénéficient les cadres étant encore inférieure à celle des non-cadres :

- 22 ou 23 jours en, ②CLCC, ④PAG, , ⑥ASN, ⑦CLI.
- 18 jours en ③SSR, ⑤PSY.
- 15 jours en ⑧CLI (12 dans l'accord signé, mais l'accord de branche a remonté à 15 jours).
- 12 jours en ①PSPH.

Pour les médecins, leur temps de travail est assimilé à celui d'un cadre. Ils bénéficient en général donc de la même réduction (12 jours en ①PSPH; 18 jours en ③SSR, ⑤PSY ; 23 jours en ⑥ASN), ou d'un nombre un peu inférieur (17 jours en ②CLCC qui fixe plutôt leur nombre de jours de travail, égal à 210 ; 18 jours en ④PAG).

Dans le cas des cliniques privées à but lucratif (⑦CLI, ⑧CLI), les médecins ne sont pas des salariés mais des actionnaires de l'entreprise, et interviennent en tant que praticiens libéraux. Ils fixent donc eux-mêmes leur quota de travail.

L'équilibre financier

Comme pour les établissements sociaux de la partie précédente, les établissements concernés pouvaient, puisqu'ils avaient conclu des accords Aubry 1 bénéficier de deux types d'aides :

- les aides Aubry 1, d'un montant fixe par salarié, et dégressives dans le temps ;
- les aides Aubry 2, variables en fonction du niveau de rémunération des agents concernés, les aides les plus fortes allant aux salaires les plus bas.

En contrepartie, ils devaient s'engager sur le maintien pendant au moins deux ans du volume d'effectifs initial, et procéder aux embauches prévues dans l'accord.

Mais ici on trouve trois accords défensifs (①PSPH, ③SSR et ⑦CLI), où le seul engagement porte sur le maintien d'effectifs, et où donc l'accord se traduit par un gain net de charges, la masse salariale restant identique ou en diminution si tous les emplois menacés n'ont pu être sauvegardés.

Comme dans la partie précédente, il a été très difficile aux intervenants de recueillir les informations sur les coûts, non par volonté de dissimulation de la part des établissements, mais par difficulté de récapituler les données concernées. Le tableau qui suit est donc une reconstitution à partir d'informations fournies par les établissements, mais apparemment, si l'exercice avait été effectué au moment de la constitution des dossiers, le suivi n'en a pas été poursuivi de façon spontanée pour valider les calculs initiaux. C'est ce qui explique les données encore lacunaires du tableau.

Le bilan est dans plusieurs cas positif (économie pour la structure) les deux ou trois premières années, puis devient négatif. Nous avons donc ici encore calculé le bilan global sur 5 ans (période de lissage des diminutions des aides), et le surcoût annuel qui restera de façon structurelle quand les aides Aubry 1 auront disparu. Dans un cas, l'établissement, pris dans un

plan de restructuration d'envergure, a estimé que ces calculs n'auraient pour lui aucun sens, car la RTT y était mêlée à trop de changements majeurs.

On trouvera ci-après le chiffre d'affaires (ou budget) annuel de la structure, sa masse salariale, le surcoût total au bout de 5 ans pour la structure, et le surcoût résiduel final annuel. Rappelons que ce chiffrage reste approximatif, et en tous cas très conventionnel, les mêmes conventions n'ayant probablement pas été utilisées dans chaque cas. Il reflète davantage la perception qu'en ont les établissements, qu'une réalité objective.

Tableau 17 - Bilan financier de la RTT

Établissement	Chiffre d'affaires ou budget annuel	Masse salariale annuelle	Somme des surcoûts sur 5 ans	Surcoût annuel structurel après 5 ans	Rapport du surcoût structurel au budget
❶PSPH	484 MF	?	Impossible à calculer		
❷CLCC	460 MF + 45,4 MFinvest	?			
❸SSR	81 MF	35 MF	Gain 9,8 MF	Non calculé	
❹PAG	100MF	70MF	5,25MF	1,5 MF	1,5%
❺PSY	120 MF	107 MF	Gain 245 kF	0,9 MF	0,75%
❻ASN	75,2 MF + 4MF inv	57 MF	Gain 300 kF	300 kF	0,4%
❼CLI	150 MF	72 MF	?	?	
❽CLI	250 MF	100MF	?	?	

On voit qu'au total, le surcoût n'est pas catastrophique (ce qui explique peut-être que les établissements n'aient pas de dossier bien argumenté sur le sujet), mais qu'il reste néanmoins préoccupant pour les responsables qui n'ont pas d'assurance que ce surcoût sera financé et il ne peut l'être que par une augmentation de leurs prix de facturation.

Les incidences sur la qualité de service

Aucun établissement ne met en évidence une diminution de la qualité de service offert ses patients. Le maintien de la qualité a évidemment été une des conditions essentielles dans la recherche de la nouvelle organisation. La proximité de la démarche d'accréditation dans laquelle sont lancés de nombreux hôpitaux ne pouvait d'ailleurs que renforcer cette tendance.

Cela dit, on trouve de fait des gains de productivité effectués, qui aboutissent à restreindre légèrement la disponibilité des services aux patients, par exemple une moindre amplitude d'ouverture de services administratifs (❶PSPH), ou la suppression de certaines plages de consultations (❶PSPH). De même, l'apparition de facturations supplémentaires nécessaires pour parvenir à retrouver l'équilibre financier peut s'apparenter à un renchérissement de la prestation, donc à une diminution du service offert à enveloppe donnée (cas de la facturation des suppléments pour chambre individuelle en ❹PAG).

Mais ce qui est surtout exprimé, c'est la tension qui résulte de la disparition des marges de manœuvre : les temps de coordination entre équipes diminuent ou disparaissent (problème du chevauchement et des transmissions) ; le relationnel en pâtit au profit des tâches techniques ou matérielles, l'ensemble des personnels est moins disponible pour les échanges de toute nature. Les personnels le regrettent et espèrent que le rythme de croisière leur permettra à

terme de retrouver ces disponibilités ; mais les nouvelles organisations sont déjà en place depuis plus d'un an, et leur sentiment à cet égard ne se modifie pas.

Enfin, les médecins des hôpitaux posent le problème non pas de leur disponibilité, mais de leur démographie : la pénurie de médecins dans certaines disciplines (anesthésie, obstétrique, notamment) place les hôpitaux en demandeurs sur le marché du travail, et les médecins vont choisir la structure qui leur procure les conditions de travail les plus favorables. Or, plus la structure est petite, plus le nombre de gardes à assurer dans chaque spécialité repose sur un nombre faible de praticiens, donc plus ces gardes reviennent souvent pour chacun d'entre eux. Dans ces conditions, les hôpitaux cherchent à obtenir la taille critique qui leur permet de constituer des équipes où les praticiens pourront se partager les gardes. Cet aspect du temps de travail constitue manifestement un enjeu important, et doit être pris en compte dans la RTT. Il suppose de surcroît que soit résolue par ailleurs la question du temps de travail effectif des médecins. Une garde constitue-t-elle un travail effectif ? Comment faut-il apprécier la période de 11 heures de repos entre deux périodes de travail consécutives dans le cas d'un médecin ? Pour l'instant, les médecins acceptent ces astreintes, mais l'ambiance générale de décompte du temps qui prévaut autour d'eux les inciterait à s'interroger sur leur propre condition, et donc sur leur disponibilité, élément essentiel dans la qualité des soins.

4. Synthèse : une réussite fragile, à conforter

Dans cette partie sont repris les grands enseignements qui peuvent apparaître à partir des monographies réalisées dans l'échantillon proposé d'établissements privés sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Des constats et entretiens réalisés, on peut tirer la synthèse suivante, dont chacun des points sera développé dans la partie qui suit :

- partant d'un échantillon très hétérogène, l'étude a mis en lumière des pratiques organisationnelles fort diverses (modalités d'application, mode de négociation et de conduite de projet, autonomie individuelle et rigueur de gestion), ainsi que des stratégies différenciées (accords offensifs ou défensifs, approches de type économique, social ou organisationnel) ;
- cela dit, globalement le passage aux 35 heures a suscité une satisfaction générale chez les personnels concernés, due à l'accroissement du temps libre sans que les modalités de l'organisation ou les conditions salariales ne remettent cette satisfaction en cause ;
- mais cet enthousiasme est tempéré par la crainte, voire la perception d'une intensification des rythmes de travail, notamment aux extrémités de la journée, ou à celui des transmissions entre équipes qui se succèdent (problème du chevauchement) ; globalement, les temps relationnels sont jugés sacrifiés, les gains de productivité trop importants, les effectifs insuffisants, les cadres s'estiment débordés ;
- les changements organisationnels introduits ne sont pas radicaux, mais ils aboutissent à une complexification des organisations, à une juxtaposition de nombreux schémas horaires, avec les difficultés qui en résultent : coordinations à assurer, polyvalences à augmenter et mettre en place, gestion et comptabilités des temps à instaurer de façon rigoureuse, (notamment dans les cas de modulation-annualisation) ; surtout, ils rendent nécessaire de s'interroger sur la gestion des ressources humaines, sur les instruments de gestion en place, ainsi que sur le temps nécessaire à un apprentissage organisationnel progressif ;

- ces changements peuvent avoir des incidences sur la qualité de service offert, notamment par resserrement de la contrainte financière, et intensification des rythmes de travail ; mais ces effets restent pour l'instant marginaux, et il s'agit davantage de sacrifices faits sur le relationnel ou le supplément d'âme et de convivialité ;
- dans le même temps, cette mesure a permis le lancement d'une dynamique d'ensemble dans les établissements, qui a pu se traduire par la définition de projets mobilisateurs, ou par la relance du dialogue social ; mais d'une part cet avantage ne vaut pas quitus pour tout, et d'autre part, il mériterait probablement d'être soutenu par une réflexion gestionnaire plus affirmée ;
- de fait, la gestion des temps individuels implique une réflexion sur les modes de coordination d'activités à caractère collectif : l'environnement économique et les modalités de financement de ces établissements du secteur sanitaire ou social les obligent à repenser l'organisation du travail et les modalités de coordination qui la caractérisent, en intégrant dans la gestion de leurs ressources humaines les contraintes de la nouvelle réglementation et celles de leur activité. Le besoin se fait alors sentir pour la mise en place et l'utilisation de vrais instruments de gestion, pertinents et révélateurs, et pour une insertion plus étroite du corps médical dans les établissements de soins.

Nous revenons ci-après sur chacun de ces points

1. Un panorama très hétérogène

Au terme de cette enquête sur une quinzaine d'établissements, quelles synthèses tirer des observations recueillies et des analyses effectuées par les différentes équipes de chercheurs qui sont intervenues pour dresser le constat contenu dans les parties précédentes ?

Un échantillon observé très différencié

L'exercice est d'autant plus difficile que l'échantillon de départ était par essence assez hétérogène :

- *deux domaines d'activité différents*, le sanitaire d'une part, le social et médico-social de l'autre ; encore faudrait-il distinguer dans chacun d'eux des activités différentes. Établissements participant au service public et établissements à but lucratif dans l'échantillon des établissements sanitaires ; établissements orientés vers les personnes âgées, vers les handicapés mentaux ou moteurs, vers la prise en charge d'enfant, ou vers le soutien à des situations sociales défavorisées. Toute une gamme d'activités donc, qui n'ont pas forcément les mêmes contraintes ni les mêmes finalités, ce qui bien évidemment retentit sur l'organisation du travail des agents et donc sur leurs horaires ;
- *situations géographiques diversifiées*, certains établissements étant situés en Ile-de-France, d'autres dans diverses régions, tant au Nord qu'au sud, à l'est ou à l'ouest. Cette variable ne semble d'ailleurs pas jouer un rôle important ; en revanche, l'implantation en zone très rurale, ou dans une grande agglomération intervient dans les modes de vie des agents, et donc dans leurs attentes par rapport à la distribution du temps libre ;

- *situations économiques variables*, certains n'éprouvant quant à leur avenir aucune inquiétude, car insérées dans un tissu local qui les soutient, ou engagées dans une dynamique de croissance ; d'autres au contraire confrontés à un environnement concurrentiel fort, qui conduit les autorités de tutelle à préconiser des plans de restructuration ou de compression qui les obligent à revoir stratégie, voire à engager des plans sociaux (ⓁPSPH, ⓂSSR, ⓈCLI) ;
- *organisations et temps initial de travail fort différents* d'un établissement à l'autre : les tableaux des parties 2 et 3 ont clairement montré qu'au fil du temps avant les 35 heures, les directions locales avaient été amenées à accorder des avantages sous forme de temps, faute souvent de pouvoir les accorder en rémunération. De ce fait, le passage aux 35 heures ne recouvre pas la même amplitude partout. De plus, certains avaient préparé ce changement, et les décomptes de temps avaient été revus avant le début de la négociation, pour partir sur des bases jugées plus réalistes par rapport au fonctionnement de terrain.

Un échantillon de départ très hétérogène donc, ce qui d'ailleurs correspondait à l'idée de départ de disposer de situations contrastées assez dissemblables, pour avoir le plus de chances possibles de pouvoir rencontrer l'ensemble des problèmes concrets posés par le passage aux 35 heures. Il n'est donc pas étonnant que cette hétérogénéité de départ ait fourni un tableau assez hétérogène dans les observations, et ce sous les deux angles :

- des pratiques organisationnelles,
- et des stratégies de conduite du changement.

Nous revenons sur chacun de ces deux aspects ci-après.

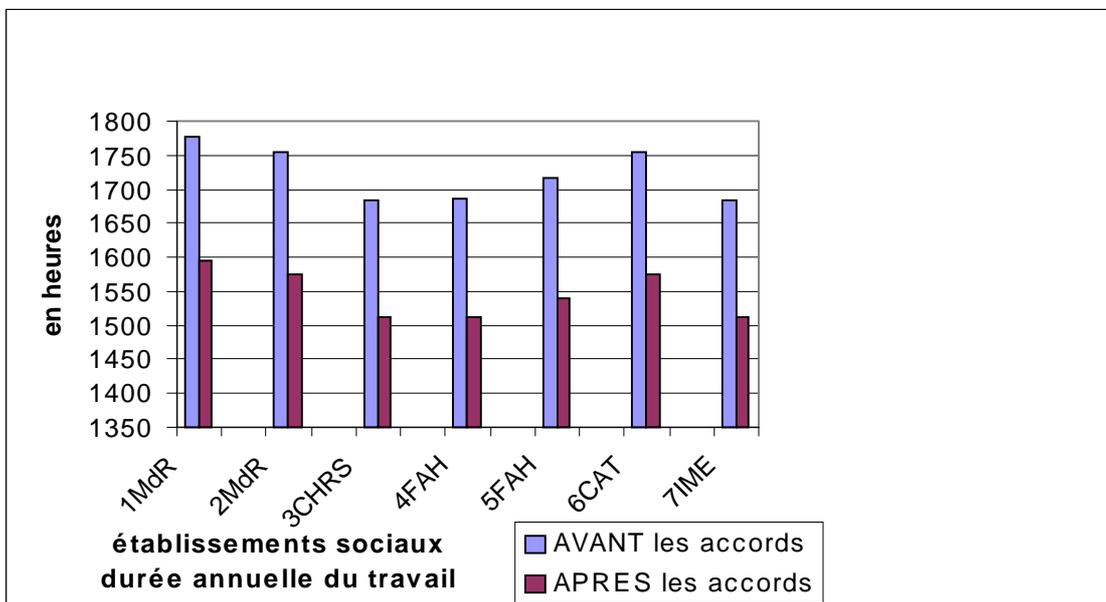
Des pratiques organisationnelles diverses

L'étude a permis de mettre en lumière des pratiques organisationnelles diverses dans les établissements :

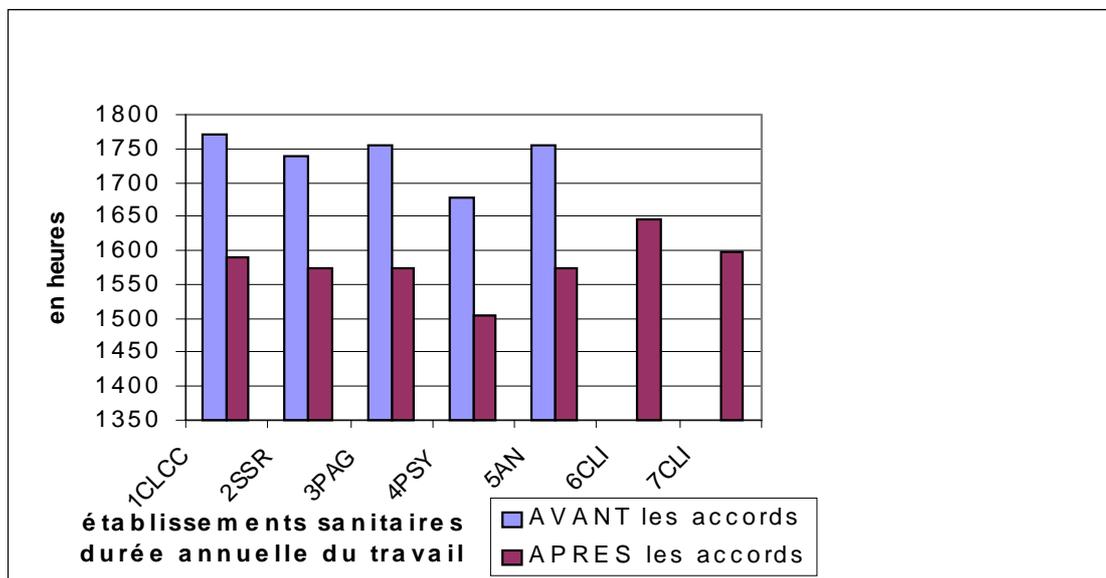
Les modalités d'application des 35 heures n'ont pas été uniformes : les établissements ont appliqué la même réglementation, mais sont parvenus à des interprétations ou à des compromis différents selon les cas :

- le décompte du temps de travail était naturellement un enjeu important ; l'inclusion ou non des temps de repas (ⓈCAT), de pauses, le décompte de jours fériés locaux, le maintien ou non des jours trimestriels des éducateurs régis par la convention de 51 ont donné lieu à des accords divers. La loi Aubry 1 prévoyait que le mode de décompte du temps ne pouvait changer à l'occasion de la signature de l'accord, mais certains établissements ont anticipé l'accord et procédé à des réajustements préalables, afin d'imputer hors temps de travail effectif des avantages antérieurement accordés ;
- l'horaire final auquel les établissements aboutissent (sur le papier), varie d'un établissement à l'autre, comme le montrent les deux graphiques suivants.

Graphique 5 – Durée annuelle du travail des établissements du secteur social



Graphique 6 – Durée annuelle du travail des établissements du secteur sanitaire



Attention, ces graphiques comportent une échelle verticale qui va de 1 350 à 1 800 heures annuelles ce qui accentue l'effet de variation.

- L'inclusion de certaines catégories de personnels a par endroits été omise : cas des temps partiels par exemple, ou des personnels de nuit (soit qu'ils aient déjà été à 35 heures (③SSR, ⑤PSY), soit que l'ancien système ait été maintenu) ; cas également des médecins, qui là où ils sont non salariés (cliniques privées), restent non concernés par les accords, mais qui, là où ils sont salariés peuvent être assimilés à des cadres au forfait, ou au contraire à des salariés devant respecter des horaires de vacances.
- Le volume des embauches est généralement de 6 % pour respecter la lettre de l'accord, mais on s'aperçoit que selon les endroits, ces personnels ont été plus ou moins concentrés sur les services de prestations (soins ou éducation), ou ont aussi bénéficié aux services administratifs et logistiques. Par ailleurs, là où les plans étaient défensifs, il n'a été procédé à aucune embauche ; enfin, s'il n'y avait pas demande d'aides, des embauches ont pourtant été effectuées (cas ③CLI).
- La diversité des horaires pratiqués était grande avant le changement, elle n'a pu qu'augmenter. On trouve des horaires propres à chaque service, dans le cadre des règlements internes à l'établissement, mais presque des horaires individuels par endroits, dans la mesure où les plannings sont maintenant établis en collant au plus près aux personnels présents dans les services (⑦IME, ③CLI), et tiennent donc compte du nombre exact de personnes pour partager les contraintes.

Les modes de négociation et de conduite du projet peuvent se caractériser par deux grands clivages :

- *Central/local* : dans certains établissements, la direction a fixé les règles du jeu, et déterminé les horaires de chacun des services en fonction de sa vision de leur fonctionnement (⑤FAH). Dans d'autres au contraire, elle a laissé le soin à chacun des services de déterminer les organisations du temps qui paraissaient les plus compatibles avec la nécessité de maintenir un service de qualité (④FAH).
- *Hiérarchique/syndical* : une partie des établissements a cherché à négocier entre partenaires sociaux, les organisations syndicales qui devaient signer l'accord étant appelées à confronter leurs points de vue avec la direction très en amont du processus (④PAG). Par endroits cette approche, destinée à conforter ou restaurer le dialogue social a été vécue par les cadres des services comme un court circuit, les solutions retenues leur apparaissant trop rigides et éloignées de leurs préoccupations quotidiennes. En revanche, dans d'autres établissements, ce sont les cadres des services qui ont travaillé avec la direction pour mettre sur pied des modèles de plannings correspondant à leur situation, mais les personnels et les organisations syndicales ont parfois eu l'impression qu'ils étaient placés devant un fait accompli et que le dialogue social oublié. Ajoutons que les positions des organisations syndicales ne sont pas monolithiques, et que même sur un échantillon restreint, on s'aperçoit que la même organisation peut avoir des positions différentes par rapport aux accords proposés, et se détermine donc bien en fonction du contenu ou de la situation locale et non en fonction d'a priori idéologiques.

- *Le recours à des consultants extérieurs* a été divers, voir tableaux des parties 2 et 3, et il semble y avoir eu très peu d'études qui entrent dans le détail du fonctionnement des services. En fait, on ne peut que s'étonner de la faible représentation qu'ont les différents acteurs du déroulement de l'activité dans les services (ils en ont bien entendu une grande connaissance, mais elle a du mal à être traduite dans une représentation synthétique et pertinente, qui lui permette d'être transmissible à l'extérieur, notamment vers les tutelles qui doivent de prononcer sur le bien-fondé d'un renfort de personnel).

En termes d'autonomie individuelle et de rigueur de gestion, l'application de la réforme ARTT conduit à des différenciations marquées. En effet, la gestion des établissements sanitaires et sociaux est marquée par une série d'ajustements mutuels, fondés sur une certaine confiance réciproque entre les agents et les cadres des services. Les contraintes du fonctionnement et de la permanence des soins, amènent souvent les cadres à devoir demander soit des heures supplémentaires (remplacer une absence, ou prolonger un service au-delà du temps réglementaire), soit des compléments de travail (astreinte à assurer, garde ou nuit à effectuer). En l'absence de toute possibilité d'incitation financière, le cadre ne dispose que de la variable temps comme incitatif. Il doit donc « rendre des heures ». C'est dans cette négociation que se joue l'ajustement mutuel. Pour pouvoir trouver des volontaires pour les contraintes de travail supplémentaire, le cadre doit pouvoir rendre les heures au moment qui intéresse le salarié. On a donc dans le travail une certaine marge de manœuvre des uns et des autres qui permet au service de fonctionner.

Avec le passage aux 35 heures, la tentation de vouloir contrôler les temps de travail peut avoir des effets néfastes : en accentuant la rigueur des contrôles, on perd de la souplesse de fonctionnement, autant du point de vue du cadre qui ne peut plus demander une contribution à ses agents, que du point de vue du salarié qui perd sa monnaie d'échange. La prédétermination de périodes où la prise congés est interdite supprime par endroits un degré de liberté (❶PSPH).

De surcroît, il semble bien que les différentes professions soient inégalement touchées : les infirmières par exemple bénéficient généralement d'un surcroît d'autonomie, car leurs formes d'ARTT dans les établissements sociaux visités privilégient les jours d'ARTT ; en revanche les aides soignantes ou agents techniques se voient plus souvent imposer des horaires prédéterminés et perdent donc en autonomie sur leur temps. Ce type de différenciation se retrouve par exemple en ❷PAG.

Des stratégies différenciées

Les établissements qui ont été rencontrés avaient au moins un point commun, de par la constitution de l'échantillon : ils avaient souhaité aller de l'avant, sans attendre de tomber passivement sous le coup de la loi, mais au contraire, ils ont innové, et préparé le changement, en anticipant le mouvement. On ne trouvera donc pas dans cet échantillon de quoi nourrir une typologie qui serait fondée sur le degré d'adhésion à, ou de rejet de la réforme, ni sur le degré de surcoût encouru. Pour autant, leur stratégie de conduite du projet n'est pas identique, et nous allons plutôt mettre l'accent sur leur mode de pilotage.

Cela dit, cette anticipation n'a pas revêtu les mêmes modalités.

Des accords offensifs ou défensifs

- La majorité de l'échantillon (11 établissements) a signé un accord Aubry 1 offensif, c'est-à-dire un engagement à procéder à des embauches au niveau minimum de 6 % pour une réduction du temps de travail de 10 % ;
- 3 établissements ont également signé un accord Aubry 1, mais à titre défensif cette fois, c'est-à-dire que dans leur cas la réduction du temps de travail a permis, non pas de créer des emplois, mais de sauvegarder des emplois qui avaient fait l'objet d'un plan social antérieur (①PSPH, ③SSR, ⑦CLI) ;
- enfin l'exception dans l'échantillon est constituée par une clinique privée (⑧CLI), qui tout en signant un accord, n'a pas souhaité demander les aides pour ne pas avoir à s'engager sur un niveau de création et de maintien d'emplois. Cette situation rejoint celle d'entreprises d'autres secteurs économiques, et montre que l'abstention à demander les aides ne traduit pas forcément une opposition idéologique, mais la crainte de ne pouvoir tenir des engagements vis-à-vis de l'administration.

Mais cette différenciation des situations de départ ne nous paraît pas la plus pertinente pour rendre compte des stratégies adoptées par les établissements. Il nous semble au contraire que leur mode de pilotage du changement est plus intéressant à regarder. Nous proposons une typologie en 3 classes :

- le pilotage de type économique ;
- le pilotage de type social ;
- le pilotage de type organisationnel.

Le pilotage de type économique

Le grand intérêt des accords Aubry 1 était de permettre aux établissements qui parvenaient à un accord avec leurs organisations syndicales (ou avec des représentants mandatés du personnel) compatible avec les contraintes fixées par les pouvoirs publics en termes de décompte de la réduction du temps de travail, et de volume des embauches, de bénéficier d'aides sous forme d'allègements de charges sociales sur l'ensemble de la masse salariale, aides dégressives avec le temps, et d'autant plus fortes que l'accord était agréé plus tôt. Les aides Aubry 1 étaient par ailleurs cumulables avec les aides Aubry 2. S'engager dans cette démarche, c'était donc s'assurer une ressource supplémentaire pour le passage aux 35 heures, et on comprend dès lors que la quasi-totalité des directions rencontrées aient affirmé avoir anticipé le mouvement pour pouvoir « se mettre dans les meilleures conditions possibles ». Il s'agissait bien sûr d'un pari sur la permanence de la réforme, mais en contrepartie, il y avait l'assurance si l'accord était agréé, de pouvoir disposer d'un renfort de 6 % d'embauches, convenu dans l'accord, alors que rien de tel n'est obligatoire pour les établissements qui ont signé des accords Aubry 2. On peut donc considérer cette anticipation comme une garantie de disposer de main d'œuvre supplémentaire, et de financements correspondants, pour compenser la perte de volume horaire de travail. C'est ainsi par exemple qu'en ④PAG les résultats des études de faisabilité économique ont bien donné le feu vert pour lancer la démarche.

Ceci est aussi vrai des accords offensifs que des accords défensifs, où le but était de diminuer les charges sociales sans embaucher, mais en préservant des emplois.

Dans cette perspective, on peut donc dire que l'effet d'aubaine a joué à plein. Mais un effet d'aubaine particulier, puisque ici, les jeux sont quasi entièrement dans les mains des tutelles, qui doivent approuver toute création d'emploi, à travers les autorisations de budget, et que les établissements n'ont donc pas cherché à faire financer des emplois qu'ils auraient de toutes façons créés, mais au contraire cherché à faire financer des emplois qu'ils réclamaient de toutes façons. Seules les cliniques privées à but lucratif (⑦CLI, ⑧CLI) étaient dans un cas de figure différent, n'ayant pas d'autre contrainte que l'équilibre de leurs finances. Il est intéressant de remarquer alors que dans un cas (⑦CLI), il y a eu un plan social de circonstance, qui a été avalisé par les tutelles locales, et a permis d'avoir un accord défensif (économie de charges sans contreparties), et que dans l'autre cas, il n'y a pas eu de demandes d'aides, alors qu'un accord avait été signé avec les partenaires syndicaux, et que de fait il y a bien eu des embauches, d'un volume au moins égal à 6 %, pour accompagner le passage aux 35 heures.

Cette préoccupation de l'équilibre financier de la structure est une constante des directions, et s'est le cas échéant accompagnée de recherches d'autres ressources financières pour aider à l'équilibre (cas ⑦IME, ④PAG) ; mais on va voir qu'elle s'est selon les cas accompagnée d'autres préoccupations, ne fût-ce que pour mettre en place les 35 heures ensuite dans le fonctionnement quotidien. Les intervenants associés à cette étude n'ont rencontré aucun cas d'établissement qui se serait cantonné dans cette seule vision économique.

Le pilotage de type social

Plusieurs établissements rencontrés ont profité de la nécessité de signer un accord avec les partenaires sociaux, pour relancer le dialogue social dont ils avaient l'impression qu'il était en panne (④FAH). Ils ont vu le passage aux 35 heures comme une occasion d'associer leurs partenaires sociaux à un grand dossier (④PAG, ⑤PSY), et ce d'autant plus que cette association était rendue obligatoire par la procédure ; cela dit, ils ont dépassé les strictes obligations réglementaires pour renouer ou conforter le dialogue local, et s'assurer ainsi les meilleures chances de réussite.

Cette concertation a été plus ou moins consensuelle : dans certains cas, elle n'a pas été ressentie de la même façon par les partenaires : la direction met en avant ses efforts, mais les organisations syndicales ont eu l'impression de jeux faits d'avance, et d'une consultation de pure forme (①PSPH : « illusion de participation »). En ②Mdr, un référendum a été organisé pour débloquer la négociation, et les syndicats l'ont ressenti comme un coup de force pour les obliger à signer, alors qu'ils y étaient prêts. En ③CLI, un référendum a aussi été organisé, mais à la demande d'une organisation syndicale, qui a finalement signé l'accord, pour débloquer une situation rendue conflictuelle par une autre organisation syndicale, qui n'a finalement pas signé. Des consultations du personnel ont été organisées par endroits (②CLCC, ③SSR, ⑥ASN).

Surtout, ce qui paraît intéressant dans les cas où l'approche de type social a été privilégiée, c'est que par endroits, l'accord s'est fait sur des solutions qui ont été ensuite

remises en cause par l'encadrement ou par les salariés eux-mêmes. Ainsi on a relevé le cas de ②MdR, où les aides soignantes ont augmenté la coupure dans la journée et reculé leur période du soir, pour assurer un meilleur service aux personnes résidentes. De même, dans le cas ⑥ASN, les cadres se sont plaints d'avoir été en quelque sorte dépossédés de leurs prérogatives, et mis devant le fait accompli d'accords qui ne prenaient pas en compte leurs contraintes de fonctionnement.

Enfin, il faut noter que même là où le dialogue social s'était a priori bien déroulé, des mouvements ultérieurs ont pu trouver place, à l'occasion desquels les positions prises au moment des débats sur les 35 heures recoupaient les lignes de clivage.

On a donc l'impression que le dialogue social est certes un ingrédient nécessaire pour mener à bien un changement de cette ampleur, mais qu'il n'en constitue pas une condition suffisante. Soit que les conditions du dialogue soient en quelque sorte faussées par des positions et des degrés d'information asymétriques entre les partenaires, soit que ce dialogue ne prenne pas suffisamment en compte les nécessités de l'activité. D'ailleurs on retrouve la coexistence de démarches menées en parallèle dans certains établissements (③SSR, ⑤PSY).

Le pilotage de type organisationnel

Enfin, on trouve des établissements qui prennent le changement par la variable organisationnelle, c'est-à-dire qui cherchent à mettre sur pied l'organisation qui leur paraît la plus appropriée à la fois aux contraintes de fonctionnement, et aux nouvelles règles de gestion du temps de travail. Ceci n'est d'ailleurs pas exclusif des autres approches, car nous l'avons vu, l'aspect économique était partout présent, et l'aspect social n'est pas forcément absent lorsque l'on cherche une organisation adaptée. Mais ce qui est ici essentiel c'est de coller au mieux aux nécessités de l'activité et de ses contraintes de fonctionnement.

Certains établissements ont ainsi procédé à des analyses, service par service, avec des groupes de travail, des groupes e projets, des commissions 35 heures (①PSPH, ③SSR, ⑥ASN) pour déterminer les plages d'activité, réfléchir aux plannings les plus adaptés au service, au volume d'emplois supplémentaires nécessaire pour y faire face, à la nouvelle répartition des tâches et des qualifications, aux synergies à développer, ou au contraire aux externalisations souhaitables. Il s'est alors agi d'un vrai travail de remise à plat de l'ensemble des conditions de fonctionnement. Les gains de productivité sont en effet difficiles mais concevables dans le domaine sanitaire (soigner plus efficacement et plus rapidement), mais au contraire antinomiques avec l'activité sociale, où le temps consacré aux bénéficiaires, qu'ils soient âgés, handicapés, ou socialement défavorisés, constitue l'essence même du service rendu. C'est alors vers les services administratifs et logistiques que l'on se tourne pour réaliser des gains de productivité. Ceci a été le cas un peu partout, soit par l'acquisition de logiciels plus performants, soit par la mise en place de nouveaux circuits plus performants. Même dans les services au contact du bénéficiaire, la remise à plat du fonctionnement a parfois permis de mettre en évidence des solutions plus adaptées, par recomposition des tâches :

- ainsi dans une maison de retraite ②MdR, les infirmières ont abandonné la tâche de préparation des médicaments, et cette tâche a été confiée à un pharmacien, qualification nouvellement apparue dans l'institution ;

- dans le cas ⑦IME, les éducateurs ont entrepris un travail de réflexion pour examiner les solutions qui seraient les moins dérangeantes pour les enfants, très facilement déstabilisés par un changement de référentiel ; ils ont dû accepter une solution qui avait la préférence de la DDASS, mais au bout d'un an, le bilan qu'ils en ont présenté a été suffisamment crédible pour qu'une autre organisation soit mise sur pied.

Ce travail de réflexion a dans plusieurs cas été mis en synergie avec d'autres réflexions : c'est particulièrement le cas pour les établissements sanitaires qui sont engagés dans des procédures d'accréditation, et qui à ce titre sont amenés à revoir l'ensemble de leurs protocoles de fonctionnement (②CLCC, ③SSR). Cela a pu aussi être le cas dans certains établissements sociaux. Le développement de certaines activités, l'extension des capacités, le transfert dans d'autres bâtiments, lorsqu'ils étaient également à l'ordre du jour, ont permis d'intégrer la gestion des temps dans la conduite de projets plus vastes, et de donner donc de la cohérence à plusieurs démarches simultanées. Dans ces cas, on peut dire qu'on a affaire à des établissements qui ont saisi des opportunités pour des stratégies innovantes et cohérentes de recentrage sur leur activité et les meilleurs moyens de l'assurer.

On voit donc que les dynamiques qui se sont exprimées à l'occasion des accords Aubry 1 ont été fort diverses, et qu'il serait probablement exagéré d'en parler de façon monolithique. Pour autant, un certain nombre de traits communs se dégagent de cette synthèse, que nous présentons maintenant.

2. L'appréciation des salariés : des conditions de vie améliorées

Globalement le passage aux 35 heures a suscité une satisfaction générale chez l'ensemble des personnels concernés, due à l'accroissement du temps libre sans que les modalités de l'organisation ou les conditions salariales ne remettent cette satisfaction en cause.

L'augmentation du temps libre

Dans la plupart des établissements étudiés, les personnels rencontrés font état de leur évaluation très positive, en insistant sur l'amélioration de leurs conditions de vie d'une part, de l'impact du temps libre sur leur travail, d'autre part :

- *en ce qui concerne les conditions de vie*, ils notent l'impact que cette mesure a eu sur leur vie de famille, et sur les activités associatives auxquelles ils peuvent plus facilement s'adonner. Ils ont l'impression d'avoir plus de temps pour eux, même s'ils ne développent pas toujours d'activités nouvelles (⑦IME). Ainsi est exprimée l'idée que le temps libre supplémentaire permet de calmer le rythme des activités ménagères et domestiques, en soirée ou le week-end, ce qui est très apprécié d'une population en grande majorité féminine. La RTT desserre les contraintes de temps familiales. Elle constitue « un plus dans la vie hors travail » (④SSR) ;
- *en ce qui concerne l'impact du temps libre sur le travail*, ils remarquent que la diminution du temps de travail permet de casser le rythme habituel, de procéder à un « ressourcement » (④FAH) qui les aide à mieux supporter leur charge de travail. Qu'il s'agisse de journées moins longues, donc moins pénibles sur la fin (« un grand bien-être dans les services » ③SSR), et plus commodes pour les problèmes de transport dans

les grandes villes (①PSPH), ou de l'adjonction de journées de temps libre très prisées pour matérialiser les cassures.

Les modalités de prise de la RTT

Les modalités de la RTT ne sont pas neutres dans l'appréciation des personnels. De toute évidence, la grande majorité exprime une très nette préférence pour la possibilité d'avoir des journées de RTT, qui permettent soit de disposer de jours à la demande, soit de pouvoir augmenter ou multiplier les périodes de congés. C'est ainsi que les formules qui libèrent un grand week-end de plusieurs jours, ou des semaines libres de temps en temps (la « semaine magique ») sont plébiscitées (④FAH), même si elles s'accompagnent comme c'est le cas dans certains établissements d'un allongement de la durée quotidienne de travail ; dans plusieurs cas, la revendication de journées libres a été au cœur des négociations dès leur début. Cette préférence est parfois tempérée quand les jours RTT sont fixés dans un cycle de travail : leur visibilité est alors moindre, et les salariés n'en disposent pas à leur gré (⑤FAH). Cette confusion entre RTT et détermination de cycles nécessite par endroits des explications complémentaires (②MdR).

A contrario la diminution quotidienne est certes acceptée là où elle se produit, mais à regret (sauf les endroits où cette réduction quotidienne part de journées de 12 heures, ②CLCC). La diminution du chevauchement entre équipes là où il existait (①PSPH, ⑥ASN) et notamment dans les services de soins) ne passe manifestement pas bien. Les personnels ont alors l'impression d'être floués de leur RTT.

Enfin, les diverses catégories évaluent les avantages et inconvénients de la formule qui leur est assignée en comparaison de celle offerte aux autres catégories, et dans les hôpitaux par exemple, où les catégories professionnelles sont plus nombreuses, on peut trouver des tensions entre services administratifs, logistiques ou soignants, en fonction de leurs organisations propres (①PSPH, où chaque service s'estime défavorisé par rapport aux autres), ou entre anciens salariés et nouveaux embauchés (④FAH ; ⑥CAT).

Les conditions salariales

Dans tous les cas étudiés, l'essentiel de la négociation a d'abord porté sur le maintien de la rémunération de base des différents personnels, ce qui n'était pas acquis aux termes des conventions collectives nationales. C'est aussi le cas dans les deux cliniques privées, où pourtant, le niveau d'embauches n'était pas acquis. En fait, dans tous les cas rencontrés, le maintien des salaires a été acquis, avec maintien du taux horaire, et ajout d'une indemnité compensatrice différentielle appelée à disparaître au fil du temps. Quand le taux horaire augmente au moment des augmentations, seule la partie indexée sur le taux horaire évolue, l'indemnité compensatrice restant fixe, et les salariés y perdent donc un peu. Mais cette légère diminution est acceptée, comme ont été acceptées les autres mesures de modération salariale proposées, comme le gel de la valeur du point sur 2 ou 3 ans, le gel des avancements à l'ancienneté, sur 16 ou 24 mois, le gel des majorations pour ancienneté, ou des suppléments pour majoration familiale (voir les tableaux 8 et 17). Ajoutons qu'un cas a été rencontré où les salariés acceptent de co-investir de leur temps propre dans la formation (②CLCC).

Ces conditions salariales ont été parfois l'occasion de débats sur l'avenir des institutions, et les menaces que les directions ressentent, les salariés étant alors invités à rejoindre les propositions de la direction pour éviter une remise en cause du financement de la part des tutelles.

Cela dit, les conditions de recrutement sont actuellement telles sur le marché, que même là où les accords avaient prévu des gels, ces mesures ont parfois dû être rapportées pour ne pas accélérer la fuite des agents vers le secteur public, qui d'après les établissements privés offre des conditions salariales plus attractives.

3. La crainte de l'intensification du travail

Mais cet enthousiasme est tempéré par la crainte, voire la perception d'une intensification des rythmes de travail, notamment aux extrémités de la journée, ou à celui des transmissions entre équipes qui se succèdent (problème du chevauchement) ; globalement, les temps relationnels sont jugés sacrifiés, les gains de productivité trop importants, les effectifs insuffisants, les cadres s'estiment débordés.

Ceci est bien entendu à renvoyer aux conditions financières de la RTT qui amenaient, dans le cadre Aubry 1, à une embauche de 6% contre une RTT de 10 %.

Des rythmes de travail accélérés

Comme on le verra au paragraphe suivant, les nouvelles organisations ont joué sur les plannings, sur les horaires décalés, sur la suppression des doubles effectifs qui existaient à certains moments de la journée (chevauchements entre équipes). De ce fait, certaines périodes se sont trouvées dépourvues en effectifs, notamment aux extrémités de la journée ou le week-end, cas des établissements du secteur sanitaire, ou du secteur social, où il n'est plus rare de trouver un agent seul pour l'ensemble du service (⑤FAH). Il en résulte une intensification du travail pour l'ensemble de la journée. La prise des repas du soir se fait maintenant à un rythme encore plus accéléré que dans le passé, certains pensionnaires d'une maison de retraite jugent que « ça devient l'usine, il faudrait monter les soignants sur rollers » (②MdR). A d'autres endroits, les horaires sont coupés, mais les salariés n'en bénéficient pas de fait, car ils se sentiraient coupables de ne pas prêter main forte à leur collègue en activité. C'est d'une façon générale « une course contre la montre » mentionnée un peu partout, il « faut parer au plus pressé » (⑦IME, ④FAH).

Globalement, ils ont l'impression d'avoir à traiter la même charge d'activité, voire une charge supérieure, car toujours croissante avec le temps (degré de dépendance des personnes âgées (①MdR, ②MdR), des handicapés, lourdeur des pathologies, etc.) dans un temps réduit, et sans avoir eu les renforts correspondant à la RTT (bloc opératoire en ①PSPH). Cette intensification ne touche pas seulement la charge de travail matérielle, mais aussi leur charge mentale, et beaucoup s'estiment davantage stressés que par le passé. De ce fait, ils voient la RTT comme une juste compensation des nouvelles contraintes et non comme un avantage supplémentaire. Cette impression est naturellement plus citée dans les services qui n'ont bénéficié d'aucun renfort en personnel au moment de la RTT. A l'inverse, des agents qui ont gardé le même nombre de journées de travail, mais de durée plus courte font état d'une moindre fatigue.

Des tâches sacrifiées

À côté de la perception de l'intensification du travail, les agents mentionnent également qu'ils sont amenés à délaissier certaines tâches. Les délais impartis aux monographies ne permettaient pas de quantifier ces aspects, mais des repères objectifs ont pu être mis en avant : les personnels ont l'impression de se sentir canalisés vers les tâches matérielles incontournables, et de devoir renoncer, plus encore qu'auparavant, au relationnel qu'ils estiment très important dans leur activité : relationnel vis-à-vis des personnes dont ils ont la charge, mais aussi relationnel avec leurs collègues :

- le relationnel vis-à-vis des personnes soignées, des patients, des personnes âgées, des handicapés, ne dispose plus du même volume de temps, c'est cet aspect qui souffre en premier, victime du temps incompressible à passer dans les tâches matérielles vitales (alimentation, toilettes, soins, etc.) (⑤FAH, ⑦CLI). Les personnels ont alors l'impression que leur rôle propre est dévalorisé et non reconnu. Leur stress augmente ;
- les temps de coordination sont également victimes de la RTT (⑦IME). Difficultés à organiser des réunions, à la fois parce que personne n'est présent en même temps, mais aussi parce qu'on n'a plus de temps à distraire du fonctionnement quotidien ; ainsi s'aperçoit-on que les périodes de chevauchement, même non justifiées sur le papier apportaient une marge de manœuvre qui permettait d'accorder les repos supplémentaires, de rendre des heures, d'organiser des réunions etc., si bien qu'in fine, les chevauchements complets étaient rares (①PSPH, ④PAG, ⑦CLI). Partout on signale une diminution de la convivialité entre les membres des équipes, par faute de temps.

Des marges de manœuvre tendues

Ce qui est exprimé à plusieurs reprises, c'est la tension extrême, voire la disparition, des marges de manœuvre organisationnelles dont disposaient les équipes. Les nouvelles organisations ont certes fait preuve d'imagination, et cherché à développer des gains de productivité, aidés ou non. On a ainsi accru le recours à l'informatique dans certains services notamment administratifs (changements de logiciels pour des plus performants) (③CHRS), ou à la sous-traitance dans les services logistiques, revu les protocoles de services médico-techniques pour diminuer les délais d'attente, organisé au mieux les blocs opératoires (③CLI), etc.

Mais l'organisation qui en résulte est beaucoup plus fragile que par le passé, car tout fonctionne en flux tendus, et le moindre incident provoque des effets en chaîne. La sensibilité à l'absentéisme en particulier est maintes fois dénoncée (⑦IME). Ne pouvant plus jouer sur les heures complémentaires des temps partiels, le recours au travail temporaire est plus fréquent (⑤FAH). Et globalement, cette disparition des marges de manœuvre est renvoyée au volume d'effectifs disponible, jugé insuffisant pour la charge d'activité à supporter (①PSPH, ⑦CLI). Il sera intéressant de compléter les analyses par une nouvelle investigation à long terme.

Des cadres débordés

Cet avis est partagé par les cadres qui ont l'impression que :

- d'un côté leur charge de travail augmente, car ils doivent maintenant réguler une organisation plus complexe qu'auparavant, de par les plannings, la comptabilité des temps à tenir, les impératifs de sécurité et de qualité, les relations plus difficiles qu'ils doivent assumer avec le corps médical (⑦IME, ⑤PSY, ⑥ASN) ;
- et d'un autre côté la RTT dont ils bénéficient reste virtuelle, car ils n'ont pas toujours les moyens de réaliser toute cette activité et de réellement prendre les jours de RTT (⑧CLI) qu'ils ont obtenus (et dont on a vu qu'ils étaient de surcroît inférieurs à ceux dont bénéficient leurs agents). Dans certains cas (⑤PSY), ils ont eu l'impression que le dialogue institutionnel entre partenaires sociaux les a exclus, et a abouti à instaurer des organisations qui ne recueillent pas leur assentiment.

Ils ressentent donc eux aussi une intensification de leur travail, l'impossibilité de participer à toutes les réunions où ils devraient être, et un stress accru par rapport à leur travail.

4. Des organisations du travail complexifiées

Les changements organisationnels introduits ne sont pas radicaux, mais ils aboutissent à une complexification des organisations, à une juxtaposition de nombreux schémas horaires, avec les difficultés qui en résultent : coordinations à assurer, polyvalences à augmenter et mettre en place, gestion et comptabilités des temps à instaurer de façon rigoureuse, (notamment dans les cas de modulation-annualisation) ; surtout, ils rendent nécessaire de s'interroger sur la gestion des ressources humaines, sur les instruments de gestion en place, ainsi que sur le temps nécessaire à un apprentissage organisationnel progressif.

La multiplication des horaires et la complexification des organisations

L'ensemble des établissements étudiés et des services analysés a montré une extraordinaire floraison de schémas horaires, qui renvoient à différentes modalités possibles (nous renvoyons ici aux parties 2 et 3 pour les exemples) :

- réduction quotidienne de la durée du travail, pour aboutir à une semaine de 35 heures en 5 jours de 7 heures ; dans les services administratifs et logistiques, cela est relativement admis ; en revanche, dans les unités de soins, une telle formule entraîne le raccourcissement du chevauchement, et rend plus délicates les transmissions entre équipes ;
- introduction de jours de RTT dans le planning, avec évaluation de la durée du travail sur la semaine (demi-journées de RTT), à la quatorzaine (journées entières), ou au cycle (quantité de jours à placer dans un cycle comportant des semaines inégales) ;
- ou panachage des différentes formules, avec des semaines de durée variable (on trouve à peu près tous les montants entre 38h75 et 35 heures), et le complément en jours RTT dans l'année ;

- dans certains cas, introduction de la modulation-annualisation, avec précision des périodes hautes et basses, et des bornes inférieures et supérieures de la durée hebdomadaire possible.

Ce qu'il faut retenir de cette diversification, c'est que :

- il n'y a pas de relation stricte entre le type de services et l'horaire retenu : on trouve dans l'échantillon quasiment toute la gamme des formules possibles dans les services administratifs aussi bien que dans les unités de soins par exemple ;
- le choix d'une formule tient autant aux desiderata des personnels qu'aux impératifs de fonctionnement des services. Dans la plupart des cas le choix a été effectué par les cadres, en accord avec leurs effectifs, et ces derniers ont pu être amenés à préférer des solutions qui objectivement ne les avantagent pas, mais leur facilitent les conditions de travail (choix des congés, ④FAH, ⑥CAT). On s'aperçoit alors que les agents évaluent donc eux-mêmes la pondération qu'il convient d'effectuer entre conditions de vie et conditions de travail (③CHRS) ;
- il devient plus difficile pour les directions de suivre les comptabilités individuelles des temps, cette tâche de supervision étant déléguée aux cadres des unités ;
- la recherche d'une nouvelle organisation ne s'est pas effectuée par transfert à la sous-traitance, ni par recours aux heures supplémentaires.

Par ailleurs, les cadres indiquent que ces organisations leur imposent de résoudre des difficultés supplémentaires :

- difficulté à organiser les temps de coordination (②CLCC, ⑤PSY, ⑥ASN), qu'il s'agisse des transmissions entre équipes dans les services de soins, ou des temps nécessaires de réunions dans les établissements sociaux et médico-sociaux ; il y a là danger à terme de perdre dans le caractère global de la prise en charge par ailleurs prôné par tous les référentiels qualité que les tutelles cherchent à implanter. Le problème du chevauchement déjà rencontré du point de vue des personnels est également évoqué par les cadres (③CHRS), qui disposaient là d'une marge de manœuvre leur permettant d'organiser des réunions ou de rendre des heures supplémentaires dues, et qui ne peuvent maintenant le faire qu'à grand peine ;
- difficulté à disposer à tous moments des effectifs compétents nécessaires, et donc nécessité de développer un certain degré de polyvalence (①PSPH, ④FAH dans les services généraux), ou de jouer sur des complémentarités qui le cas échéant vont à l'encontre du strict respect des décrets de compétences ;
- positionnement rigide des périodes où les congés sont possibles ou interdits (③SSR, ⑤PSY).

De la gestion des temps à la chronotique

La nécessité de vérifier que chacun des agents a effectué ses 35 heures en moyenne sur la semaine, ou le cycle, et de veiller à éviter soit les absences injustifiées, soit les heures supplémentaires indues, conduit à devoir mettre en place des comptabilités temps, et ce d'autant plus que les schémas se sont complexifiés. Les personnels eux-mêmes ont besoin de savoir où ils en sont dans la prise de leurs RTT. On a par endroits plusieurs compteurs temps, un pour les jours RTT, un pour les congés annuels (①PSPH), et un pour la récupération

éventuelle des jours fériés travaillés. Dans la plupart des cas, cette comptabilité s'effectue de façon manuelle chez le cadre de l'unité qui tient les plannings à jour, pointe les absences ou les modifications qui peuvent intervenir, et transmet les données nécessaires à la Direction du personnel pour l'établissement des fiches de paie. Notamment, les petits établissements n'ont rien changé au mode de vérification des temps.

Dans quelques cas, notamment dans les grands établissements, ce pointage a été l'occasion de mettre en place un système de pointage ou badgeage informatisé (②CLCC), et de développer ainsi une sorte de chronotique.

Ceci est particulièrement nécessaire dans les cas où on a penché pour une organisation en modulation-annualisation, qui impose de vérifier les durées du travail à la semaine, sur des semaines glissantes successives et en moyenne annuelle. L'appui informatique est alors aussi utile au salarié qu'à l'encadrement pour vérifier les comptes.

Il faut également remarquer que ces modalités ne suscitent pas forcément l'adhésion unanime des personnels ou de l'encadrement : ainsi on a substitué une rigueur formelle là où auparavant régnaient la confiance et l'ajustement mutuel. Ces formules reviendront probablement après un temps d'adaptation, mais il n'en reste pas moins que le fait de compter introduit des changements dans les comportements. C'est vrai des personnels, c'est vrai aussi des cadres (③CLI), qui estiment normal de prendre leurs jours de RTT alors que la direction n'en a pas l'habitude, et est prête à l'accorder sans pour autant que ce soit présenté comme un dû. C'est vrai aussi des médecins, dans certains cas, qui voient toutes les catégories de personnels passer à 35 heures, leur demander de modifier leurs habitudes de travail, alors qu'eux-mêmes pensent ne pas pouvoir en bénéficier. L'introduction du comptage les a amenés dans plusieurs établissements étudiés à émettre leurs propres revendications en termes de comptabilité temps, de durées de vacances, ou d'horaires de fin de journées.

Un apprentissage gestionnaire nécessaire

Les nécessités du planning obligent les responsables à prévoir les remplacements, et le recours accru à des temps partiels, fortement fragmentés comme nous l'avons vu, amène à multiplier les contrats correspondants, ce qui alourdit la charge de travail des directions du personnel. Par ailleurs, c'est aussi à la direction du personnel qu'incombe la responsabilité de vérifier que les plannings réalisés par les cadres respectent bien l'ensemble de la réglementation. Nous avons vu qu'ils pouvaient y être aidés par un recours à la chronotique, mais ce n'est pas le cas partout.

De plus, dans plusieurs établissements, on a noté que les nouvelles organisations avaient été composées pour les personnels en place, ce qui introduit des différenciations entre personnels anciens, qui ont arrangé leurs 35 heures, et personnels nouveaux, qui occupent les trous des plannings des anciens (④FAH, ⑦IME). Cette solution peut paraître sans problème au début, les nouveaux embauchés étant satisfaits de l'être, mais à terme elle est probablement porteuse de tensions, voire de conflits. Il semblerait plus équilibré de concevoir d'emblée la nouvelle organisation comme offerte sans clivage à tous les salariés.

Enfin, plusieurs établissements ont montré que l'organisation qui avait été prévue et planifiée pour le passage aux 35 heures s'était à l'usage avérée peu satisfaisante et qu'il

convenait d'en changer, ce qui a pu être fait simplement, ou à la faveur d'un avenant à l'accord (⑦IME). Ceci montre s'il en était besoin, à quel point le facteur temps est prépondérant, l'apprentissage gestionnaire étant progressif, que ce soit dans la recherche d'une organisation adaptée, dans l'intériorisation des nouveaux schémas d'organisation et de décompte du temps de travail, ou dans la prise en compte des nécessités de la coordination entre différentes catégories de personnels.

D'une manière plus générale, il semble bien que le passage aux 35 heures ait provoqué un certain raidissement dans le décompte du temps de travail effectif, avec une remise à plat de pratiques habituelles, mais que la prise en compte des temps collectifs s'impose maintenant si l'on veut éviter que des activités à caractère social, sanitaire et relationnel ne soient trop réduites à leur seule composante technique. Après une phase centrée sur l'approche juridique technique et réglementaire du temps de travail, l'enjeu est de revenir maintenant à une approche plus reliée à l'activité concrète.

5. Les incidences sur la qualité de service

Ces changements dans l'organisation peuvent avoir des incidences sur la qualité de service offert, notamment par resserrement de la contrainte financière, et intensification des rythmes de travail ; ces effets restent pour l'instant peu développés, mais ils concernent en priorité des tâches associées au relationnel ou au supplément d'âme et de convivialité, et à ce titre à l'image même de la mission des personnels.

Un financement restreint

Du fait des limites de financement qui ont été posées par les tutelles, les établissements n'ont pu compenser que partiellement les diminutions de temps de travail collectif de 10 %, et n'ont guère dépassé une embauche de 6 %. Ces renforts ont été dispatchés dans différents services, mais pas dans tous, les établissements essayant autant que faire se peut de privilégier les services au contact direct de leurs bénéficiaires. Mais dans certains cas, la tension était trop forte ailleurs, et certaines embauches ont donc été réalisées dans des services administratifs, techniques ou logistiques. Il n'empêche, l'équilibre financier n'a pas toujours pu être atteint :

- dans un cas, un hôpital spécialisé dans la prise en charge de personnes âgées (④PAG), l'équilibre financier n'a pu être atteint qu'en procédant à l'instauration d'une facturation supplémentaire pour chambre particulière qui n'existait pas auparavant ; mais les mutuelles prennent en charge ce supplément, ce qui permet par ailleurs de transformer des chambres à 4 en chambres individuelles ;
- dans un autre (⑦IME), un institut médico-éducatif, la tutelle n'a pas accepté une réduction du nombre des jours d'ouverture de l'établissement (qui aurait pu être accolée aux vacances, et caler l'IME sur les congés de l'Éducation nationale), ni une fermeture du vendredi après-midi (où beaucoup d'enfants manquent déjà, car leurs parents sont eux aussi passés à 35 heures), et c'est finalement le mercredi après-midi qui a été choisi comme période de fermeture, ce qui se voit moins, mais laisse les enfants à la charge de leurs familles en pleine semaine. De ce fait, l'IME maintient quelques activités le mercredi après-midi pour les familles qui le souhaitent, et y affecte deux éducateurs, mais laisse aux familles la charge financière supplémentaire.

Dans le second cas, on pourrait donc dire que la qualité de service objectivement mesurable par une facture ou une durée d'ouverture a été modifiée, et que les usagers ont été partiellement mis à contribution pour financer le passage aux 35 heures (c'est moins vrai dans le premier cas). Mais dans tous les autres cas, les établissements ont pu maintenir le même service sans problème, et directions, syndicats et personnels affirment bien que la qualité de service n'a pas souffert. En revanche, ils mettent en avant une moindre disponibilité, et un transfert de certaines tâches sur l'équipe de nuit, ce qui accroît sa charge de travail, et peut se révéler gênant pour les malades (①PSPH).

Une moindre disponibilité

Cette moindre disponibilité est due au fait que les rythmes de travail s'étant intensifiés, c'est maintenant plus encore qu'avant, une course contre la montre pour réaliser en un temps restreint les mêmes activités. Certaines tâches sont incontournables, certains temps sont incompressibles. Ce qui est frappé, c'est la disponibilité quotidienne aux usagers et les petits à-côtés que les personnels avaient à cœur de leur offrir.

On a ainsi rencontré :

- une accélération des rythmes de repas du soir ou la fin des accommodages de linge personnel dans les maisons de retraite (①MdR, ②MdR) ;
- la suppression des soirées piscine, du club de lecture ou une moindre disponibilité pour accompagner des personnes en difficulté sociale dans l'ensemble de leurs démarches de réinsertion (③CHRS) ;
- une diminution des activités éducatives, la suppression des camps d'été et des sorties (⑦IME), ainsi qu'un encadrement diminué pendant les week-ends dans des foyers pour handicapés (⑤FAH) ;
- une diminution des activités thérapeutiques individuelles dans les établissements sociaux (⑦IME) ;
- une diminution des plages d'ouverture de services administratifs (⑧CLI), ou de consultations dans des hôpitaux (①PSPH).

Mais ce qui est davantage ressenti, c'est la difficulté à assurer les coordinations nécessaires entre catégories de personnels, ou entre équipes : les chevauchements sont réduits, les transmissions diminuées, les réunions difficiles à tenir, les échanges et la convivialité s'amenuisent, d'une façon générale, tout le relationnel est gommé par la nécessité du matériel (⑦IME, ⑧SSR). Cela, l'ensemble des personnels le ressent et le regrette, en y voyant un danger à terme pour la qualité de la prise en charge. Il faut espérer que les nouvelles organisations n'ont pas encore révélé toutes leurs potentialités, et que des gains supplémentaires de productivité pourront être dégagés, qui permettront de remédier à cette question.

6. Le lancement d'une dynamique

Dans le même temps, cette mesure a permis le lancement d'une dynamique d'ensemble dans les établissements, qui a pu se traduire par la définition de projets mobilisateurs, ou par la relance du dialogue social ; mais d'une part cet avantage ne vaut pas quitus pour tout, et

d'autre part, il mériterait probablement d'être soutenu par une réflexion gestionnaire plus affirmée.

Une dynamique d'ensemble, ...

La plupart des directions rencontrées ont en effet souligné que le passage aux 35 heures s'est inscrit dans une réflexion d'ensemble menée par leur établissement autour des projets qui le mobilisent actuellement :

- projet d'établissement (①MdR) et réflexions sur les missions et créneaux d'activité que les établissements doivent développer dans le cadre de schémas d'orientations régionaux, ou des complémentarités qu'ils développent compte tenu de leur environnement ; prise en compte des restructurations locales (③SSR, ①PSPH) ;
- insertion de la démarche dans les projets locaux d'agrandissement, de rénovation, de construction ou de déménagement (②MdR). A cette occasion, la RTT s'est inscrite tout naturellement dans la réflexion sur l'organisation du travail et des unités ;
- démarche d'accréditation dans les établissements de soins, qui impose de réfléchir à l'organisation et aux services offerts aux patients et à leurs familles (①MdR, ①PSPH) ;
- remise à plat de l'ensemble de l'organisation par rapport non seulement au passage aux 35 heures, mais aussi par rapport à l'ensemble de la réglementation sur la sécurité, les normes alimentaires, le respect de l'environnement, ou le code du travail ;
- réflexion d'ensemble regroupant autour de thèmes précis l'ensemble des agents d'un service pour mettre à plat l'organisation et définir de nouvelles modalités (④FAH).

Le passage aux 35 heures a été vécu dans certains établissements, nous l'avons noté au passage dans les parties précédentes, comme l'occasion de lancer des projets mobilisateurs, dans une conjoncture atone. C'est ainsi que dans plusieurs établissements, des groupes de travail, des commissions, des groupes projets (④FAH, enquêtes auprès des salariés chez ⑤FAH, ①PSPH, ③SSR, ⑥ASN), ont vu le jour, et ont incité personnels et encadrement à travailler ensemble pour dégager de nouveaux principes de fonctionnement et traiter les grands problèmes récurrents, toujours stigmatisés et jamais traités au fond.

Autour de ces groupes, c'est aussi l'occasion de donner la parole aux agents de base (①MdR)(technique qui a été critiquée et qualifiée d'illusoire dans certains cas), pour leur permettre de s'exprimer sur leurs difficultés quotidiennes. Ou de renouer un dialogue interrompu ou peu dense avec les organisations syndicales, afin de leur redonner un rôle dans la vie de l'établissement.

Cela dit, au cours de ces débats, et pour mieux mobiliser les personnels ou leurs représentants, les directions n'ont pas hésité dans certains cas (les cliniques privées à but lucratif notamment ⑦CLI, ⑧CLI, mais d'autres établissements aussi à but non lucratif ④PAG), à dresser de la conjoncture économique en général, de la conjoncture locale et des rapports avec les tutelles, un tableau assez pessimiste, pour dramatiser les enjeux, provoquer une prise de conscience chez leurs interlocuteurs, et les amener à accepter les conditions financières de la RTT.

... *qui ne vaut pas quitus*

Mais les accords n'empêchent pas que certaines tensions peuvent persister. Au cours des visites, deux établissements ont été rencontrés dans lesquels le malaise s'était réveillé à d'autres occasions. Dans un foyer pour handicapés (④FAH), le changement de direction a été l'occasion pour le personnel de manifester son soutien à l'un des directeurs, soutien minoritaire, mais qui s'est accru au fil du temps, à mesure que progressait la négociation sur le temps de travail menée par son successeur. Dans une clinique privée à but lucratif (⑦CLI), les aides reçues au titre d'un accord Aubry 1 ont été reversées aux salariés sous forme de prime, mais la suppression temporaire de l'intéressement pour cause de résultats négatifs en fin d'année, a conduit les salariés à faire grève, ce qui a frappé le chirurgien président de la clinique et l'a conduit à regretter d'avoir signé l'accord.

Par ailleurs, cette remise à plat de l'ensemble de l'organisation a conduit d'autres catégories à se manifester : les cadres et les médecins (la place de ces derniers en effet est ambiguë dans ces structures, sauf dans les cliniques à but lucratif où ils interviennent en tant que libéraux et non en tant que salariés) et il faut rappeler à leur sujet deux grands traits :

- les cadres ont l'impression de ne pas pouvoir réellement bénéficier de la RTT, alors que sa mise en œuvre alourdit leur charge de travail (tenue des plannings notamment, avec leur cortège d'incidents divers et de réclamations individuelles) ; de plus ils peuvent avoir dans certains cas le sentiment que la reprise du dialogue avec les partenaires sociaux s'effectue en les laissant de côté, et en omettant de prendre suffisamment en compte les impératifs de la gestion quotidienne ;
- les médecins quant à eux, auraient tendance à rester à l'écart (⑥ASN), mais ils prennent conscience des implications de la RTT, à la fois pour leur activité et leurs services (accord ②CLCC), et pour leur propre vie personnelle ; ils finissent par s'insérer dans la logique et demander à bénéficier de réductions de temps eux aussi (valeur revendiquée, ①PSPH).

Nous revenons sur ces aspects gestionnaires dans le paragraphe suivant.

7. Gestion individuelle des temps et coordination d'activités à caractère collectif

L'environnement économique et les modalités de financement de ces établissements du secteur sanitaire ou social les obligent à repenser l'organisation du travail et les modalités de coordination qui la caractérisent, en intégrant dans la gestion de leurs ressources humaines les contraintes de la nouvelle réglementation et celles de leur activité. Le besoin se fait alors sentir pour la mise en place et l'utilisation de vrais instruments de gestion, pertinents et révélateurs, et pour une insertion plus étroite du corps médical dans les établissements de soins.

L'organisation du travail et la coordination

Les changements organisationnels que nous avons mentionnés dans les parties précédentes sont caractérisés par une complexification et par la diversification et la juxtaposition de schémas horaires différents, selon les services et les catégories de personnels ; par un recours

accru aux plannings de toutes formes, et globalement par un jonglage avec ces plannings pour parvenir à disposer à tout moment des effectifs sécurisés minimum. Les marges de manœuvre se sont réduites, et l'organisation est beaucoup plus sensible aux aléas de toutes sortes, à l'absentéisme, à l'irruption d'urgences ou de cas non programmés. Les personnels distinguent donc entre le schéma théorique qui colle sur le papier, et les conditions en vraie grandeur de sa réalisation.

Certes, la RTT a été nous l'avons vu l'occasion de remettre à plat toute l'organisation, de repenser les fonctionnements et les procédures, d'imaginer de nouvelles coordinations, mais il n'en reste pas moins que malgré toutes les anticipations qui ont pu être faites, l'organisation sort de ce changement fragilisée par rapport à toutes les perturbations qui peuvent intervenir. Par ailleurs, cette RTT se réalise dans un environnement lui-même en évolution, où la RTT se propage dans l'ensemble des secteurs de la vie économique, modifiant ainsi les comportements des populations. De ce fait, les meilleures anticipations se trouvent ensuite confrontées à des comportements modifiés et doivent être reprises.

La réorganisation du temps de travail devient ainsi un objet autonome qu'il faut intégrer dans une réflexion globale par rapport à l'activité et aux projets divers des établissements, et expliquer aux agents concernés.

Enfin, cette nouvelle organisation doit prendre en compte au premier chef les aspects de coordination entre catégories, comme l'y invitent par ailleurs toutes les démarches centrées sur un management d'excellence, sur la recherche de la qualité, ou la prise en compte de la clientèle. Or, avec des plages de travail diminuées, et un temps disponible resserré, ces coordinations s'avèrent encore plus nécessaires que par le passé, tout en étant plus difficiles à organiser. Paradoxe que les structures et les agents vivent assez mal, d'autant que seuls les aspects matériels de l'activité sont pris en compte dans les systèmes de gestion actuels (mesure de l'activité, définition d'une charge de travail), et que de ce fait la tentation est grande de sacrifier en priorité les coordinations entre collègues, puis le relationnel avec les bénéficiaires.

L'environnement économique et le financement

Les établissements qui font l'objet de cette étude sont situés dans le secteur sanitaire ou dans le secteur social et médico-social. Ils se trouvent donc tous dans un environnement économique tendu, sous forte contrainte financière, puisque, même s'il s'agit de structures de droit privé, l'essentiel de leurs recettes provient d'organismes publics ou parapublics, et est soumis à de multiples autorisations de la part des tutelles publiques. Par ailleurs, ils doivent faire face à une activité souvent en augmentation (sauf dans les établissements en difficulté), qu'il s'agisse d'une augmentation de leurs capacités d'accueil liée aux restructurations locales, d'une intensification du travail (raccourcissement de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux), d'un accroissement de la dépendance des personnes soignées (cas des maisons de retraite, où les résidents ne se font héberger qu'après avoir épuisé toutes les autres solutions alternatives), ou d'une façon générale, des exigences toujours plus grandes des familles qui se déchargent sur les institutions de toute une série d'attentions qu'elles assumaient auparavant.

Les établissements voient donc leur charge de travail s'alourdir, leurs personnels être de plus en plus débordés, sans pouvoir s'adapter toujours à mesure, car ne disposant pas des autorisations nécessaires pour répercuter les dépenses afférentes dans leur facturation. Le secteur médico-social est à cet égard dans une situation complexifiée par le fait qu'il dépend de deux financeurs différents, les caisses de sécurité sociale pour la partie médicalisée de son activité, et les conseils généraux pour la partie hébergement et aide sociale (⑤FAH, ①MdR, ②MdR, ③CHRS). Cela l'oblige à opter pour des présentations des comptes complexes, chaque financeur voulant vérifier qu'il ne prend en charge que la quote-part correspondant à sa mission, alors que par ailleurs tous les discours tendent à prôner une prise en charge globalisée de la personne, qu'elle soit malade, âgée ou handicapée. La réforme de la tarification dans les maisons de retraite est de ce point de vue attendue avec beaucoup d'espoir.

Dans ce contexte, les mesures de RTT qui ont été prises ont été vécues comme un défi supplémentaire, obligeant les établissements à dégager des gains de productivité ou à réduire de la manière la plus indolore possible la qualité du service offert à leurs bénéficiaires. Mais au moins dans le secteur médico-social et social, c'est justement le temps passé auprès des bénéficiaires qui constitue le cœur de la prestation, et moins le contenu de l'aide qui leur est apportée. Dans ces conditions, le concept même de productivité est ici vide de sens. Les établissements voient donc leur potentiel horaire d'interventions diminuer, leurs coûts augmenter, sans disposer des moyens qu'ils jugent nécessaires. L'étude a donné l'occasion de rencontrer des établissements qui avaient anticipé les événements et contracté des accords Aubry 1, qui leur permettaient ainsi de bénéficier du maximum des aides prévues. Au total, les aides et les embauches se sont à peu près équilibrées sur une période de 5 ans, mais il n'empêche que les calculs effectués montrent qu'un surcoût structurel reste à la charge des établissements, et qu'au bout d'une période de 5 ans, il faudra trouver les financements correspondants. La crainte des établissements demeure donc pour le futur. Dans certains cas, il a fallu mettre à la charge des familles une partie des coûts correspondants (⑦IME).

Par ailleurs, la situation s'est tendue davantage, et les marges de manœuvre disparaissent. Seuls de rares établissements disposent de la possibilité de facturer à l'extérieur, et ont effectivement procédé à une augmentation de leurs recettes commerciales pour faire face à la situation (⑥CAT, ④PAG). Dans le cas d'accords défensifs, les aides ont apporté un ballon d'oxygène, et ont permis aux établissements de redresser la situation, puisque les aides reçues ne s'accompagnent d'aucune obligation d'embauche dans ce cas, et qu'il n'y a donc pas de dépense supplémentaire. Des incertitudes demeurent sur le caractère pérenne des ressources accordées à titre transitoire pour faire face aux nouvelles embauches (en ⑦IME, les salaires sont assurés, mais par un prélèvement sur le budget de fonctionnement, qui lui n'a été abondé qu'en ressources provisoires).

Mais dans tous les cas, ces établissements du secteur privé expriment une certaine amertume de se voir imposer des contraintes supplémentaires par rapport au secteur public. Ils ont du mettre la RTT en place avant le secteur public, ils estiment que ce dernier n'aura pas les mêmes contraintes en termes de gains de productivité que celles qui leur ont été imposées, ;et surtout, ils voient avec inquiétude que leurs personnels sont attirés par lui, dans la mesure où les conditions salariales et probablement les conditions de travail y sont plus favorables. Ils redoutent le moment où le secteur public procédera à ses embauches sur un marché du travail déjà tendu, surtout pour les infirmières.

La gestion des ressources humaines

Les aspects juridiques de la gestion des ressources humaines ont naturellement été au cœur des préoccupations des négociations dans les établissements : il fallait veiller à ce que les règlements soient respectés, à ce que les durées de travail, les définitions proposées, les modalités retenues, les rythmes, les délais de prévenance etc. entrent bien dans le cadre posé pour la RTT. Cela ne va d'ailleurs pas de soi, et dans nombre de cas, on a vu que les personnels restent dubitatifs sur la mesure du temps, confondant parfois cycles et jours RTT, jours ouvrés et ouvrables, durée quotidienne effective et équivalence calendaire, etc. Pourtant, contrairement à ce que craignaient les fédérations d'employeurs, le respect du cadre juridique n'a pas posé de problème insurmontable.

En revanche, il est apparu que l'on ne pouvait pas exclusivement se fonder sur ces considérations pour construire la nouvelle organisation. Nous avons vu que dans deux cas, la négociation trop solitaire entre direction et syndicats avait abouti à des solutions qui heurtaient l'encadrement ou les personnels. Il faut en effet aussi prendre en compte les fonctionnalités des services, et mettre au point une organisation qui permette aux unités de tourner en fonction de la temporalité de leur charge de travail.

A ce titre la gestion des ressources humaines, à qui est traditionnellement confiée la vérification des temps travaillés et l'émission des feuilles de paie, doit entrer de plein pied dans la gestion des unités, et contribuer par les organisations qu'elle promeut, à les aider à travailler plutôt qu'à leur renforcer un cadre contraignant.

A terme, il faudra veiller à résoudre des difficultés qui sont restées ouvertes :

- Le décalage entre les conditions de travail des anciens salariés, et celles qui ont été parfois faites aux nouveaux arrivants, chargés de remplacer les anciens pendant leurs jours de RTT, sans pour autant devenir membres à part entière de l'équipe ; on imagine bien les dangers qu'il y aurait à ce qu'un tel clivage persiste.
- La multiplication des horaires possibles a entraîné des appréciations diverses et parfois envieuses, certains services ayant bénéficié de formules horaires jugées plus agréables pour les salariés que d'autres (notamment ceux qui ont du se satisfaire d'une formule de réduction quotidienne). Il faut probablement renvoyer cette diversité aux impératifs de fonctionnement, et l'expliquer en toute transparence, si l'on veut éviter des jugements partiels.
- Les marges de souplesse ayant diminué, il est fait appel semble-t-il à davantage d'heures supplémentaires que par le passé, encore que cette donnée ne soit pas suivie partout de façon régulière. Il faudra veiller à ce qu'une dérive progressive ne s'installe pas qui aurait pour corollaire une tension encore accrue du côté des financements.
- De même la multiplication des organisations, la nécessité de les surveiller, et l'embauche périodique de remplaçants ou d'intérimaires pour faire face aux absences alourdit le travail de la DRH, malgré le recours accru à l'informatique (④FAH, ③CHRS); il faudra à terme que cet aspect soit pris en compte et que des renforts soient

attribués à ces services, sachant que leur pouvoir d'expertise et de conseil aux unités va aller en augmentant.

- Enfin et surtout, les modes de gestion évoluent : on passe ainsi progressivement d'une gestion fondée sur la confiance réciproque (pas de comptage, chacun sait qu'il peut rendre service, ou demander un service à l'autre, et les échanges sont équilibrés) à une gestion rigidifiée par le simple fait que dorénavant l'on compte. Ainsi des pratiques qui avaient cours deviennent-elles suspectes dès lors qu'elles sont revendiquées.

Développer l'analyse de gestion

Les différentes équipes d'intervenants ont essayé de rassembler dans les établissements enquêtés des données diverses tenant aux effectifs, aux organisations aux coûts et à l'activité. Or, ce recensement de données, nécessaires pour pouvoir opérer une synthèse qui prenne en compte les différents aspects qui étaient à la base de la problématique de recherche, n'a pas été sans susciter de nombreuses difficultés. Sur chacun de ces aspects, on s'aperçoit qu'il est difficile :

- de parvenir à des définitions semblables d'un tableau à l'autre au sein parfois de la même institution (on a pu voir ainsi des présentations des embauches et des emplois décomposés selon des nomenclatures différentes, rendant aléatoires les rapprochements effectués de l'un à l'autre) ;
- de suivre dans le temps l'évolution des données concernant les effectifs (avec une raison par ailleurs tout à fait légitime, les effectifs fluctuent d'un mois sur l'autre), les coûts ou les masses salariales ;
- de retrouver les conventions qui ont présidé à des calculs effectués plusieurs années auparavant, ou même les données qui ont été transmises (car l'ordinateur a gardé en mémoire plusieurs versions, mais leur repérage n'a pas été effectué) ;
- de reconstituer un historique ou un dossier de demande.

Plus généralement, on est frappé de constater que, dans le secteur privé, réputé plus tourné vers la recherche de son équilibre financier que le secteur public, les établissements ne sont pas toujours en mesure de se représenter le coût que la mesure de RTT a eu pour eux, leur vision étant alors davantage structurée par des a priori et le souvenir des difficultés rencontrées que par une analyse gestionnaire objective de la réalité. Bien entendu, on pourrait imaginer que l'impossibilité qu'ont eue les intervenants à recueillir certaines données est liée à un manque de transparence ou à une mauvaise volonté de la part des établissements. Les intervenants ne sont pas de cet avis, et renvoient plutôt ces difficultés à un manque de données dans les établissements, l'analyse de gestion y étant relativement peu développée. En réalité n'existent souvent que les documents formels de présentation des comptes aux tutelles, ou aux partenaires financiers, ce qui conduit à des tableaux pas toujours en cohérence les uns avec les autres.

Par ailleurs, il n'a pas été rencontré de situation où des indicateurs spécifiques auraient été mis en place pour le passage aux 35 heures : décompte des heures supplémentaires, recensement des gains de productivité réalisés, traçabilité des contrats d'intérim, indicateurs sociaux divers, etc. Partout la question a été posée, et la même réponse négative recueillie.

C'est du côté de la définition juridique du temps de travail que l'effort a essentiellement porté, les directions cherchant à bien préciser ce qui dorénavant relèverait de ce temps de travail effectif décompté, et ce qui relèverait d'un temps rémunéré, mais non considéré comme du travail effectif. Cette distinction est probablement la conséquence majeure du passage aux 35 heures, car elle est riche de distinguos subtils et de remises en ordre ultérieures en cas de revendications.

Enfin, partout le manque d'effectifs a été affirmé par les directions, comme par les personnels et leurs représentants, mais ce constat repose rarement sur des représentations chiffrées et étayées, et davantage sur des impressions ou des intimes convictions. On conçoit dès lors la difficulté dans laquelle devaient être les bureaux de tutelle pour porter des appréciations sur le bien-fondé des demandes présentées, voire sur la pertinence des accords défensifs.

Un changement qui s'inscrit dans la durée

Sans vouloir jouer sur les mots, il apparaît bien que le facteur temps joue un rôle essentiel dans la mise en place d'un changement comme celui lié à la réduction du temps de travail :

- les nouvelles organisations mises en place n'ont pas toujours donné satisfaction au premier abord, pour diverses raisons que nous avons mentionnées plus haut, et il apparaît nécessaire de modifier l'ordonnancement général au bout d'une année de fonctionnement ; des avenants ont du être signés, un apprentissage organisationnel s'avère nécessaire pour que la structure retrouve un ordre de marche approprié à son nouvel environnement (©FAH ; retour à un horaire collectif chez ⑦IME) ;
- la mise en place de la réforme, les négociations préparatoires, et en amont les informations études et analyses à mener, en concertation avec toutes les parties prenantes pour parvenir à échafauder des solutions qui recueillent un consensus le plus large possible, tout cela représente une somme de temps répartis sur de nombreuses personnes, mais surtout sur l'encadrement et la direction, qui à cette occasion ont été mis à rude épreuve. Dans certains cas pourtant, notamment dans les petits établissements médico-sociaux, l'ensemble du processus a été relativement court, s'étalant à peine sur quelques mois, sans qu'il en résulte pourtant de dysfonctionnements graves ; mais dans le cas des hôpitaux, d'une taille plus importante, on voit bien que le processus est très chronophage.

En fait le facteur temps est d'autant plus nécessaire qu'il ne s'agit pas seulement de mettre en place une organisation technocratique différente. Il faut convaincre les différentes catégories de personnels de sa pertinence par rapport à l'activité dont elles ont la charge, et on a vu qu'elles y attachaient une très grande importance ; et de son adéquation aux aspirations qu'ils manifestent (modalités de temps libre).

Il faut aussi associer des catégories jusque là en marge de l'organisation : les médecins des hôpitaux, qui découvrent la question et prennent conscience de leur singularité. Ainsi, une monographie d'un hôpital PSPH indique : « les médecins du fait de la formalisation de leur emploi du temps ont d'une certaine manière pris conscience qu'il y avait un *temps* de travail, et que le temps pouvait servir à mesurer le travail, alors que jusque-là leur rapport au travail ignorait cette dimension. Qu'il leur faille dorénavant poser des congés, avoir des plannings de

travail rigoureux et les respecter est vécu comme une atteinte à leur liberté , en conséquence de quoi ils manifestent des exigences sur leur droit, revendique leurs jours de repos. Le temps libre ou libéré devient une valeur revendiquée ».

Enfin, le grand défi reste celui de la coordination entre tous les personnels, coordination sur laquelle butent de nombreux essais de réorganisation. Un intervenant note : « Nécessité d'une plus grande rigueur dans les façons de travailler qui doivent en permanence tenir compte des autres personnels et des autres services. L'indépendance dans le fonctionnement n'est plus possible, la décision unilatérale non plus. Une décision qui touche aux horaires a un impact sur les autres services, d'où l'importance accrue de la concertation entre l'ensemble des services concernés avant toute prise de décision ».

En résumé, *à la lumière des constats effectués, il semblerait judicieux de :*

- développer l'information sur les modalités de réduction du temps de travail (cycles, RTT...);
- respecter, même si, voire surtout si, les choix d'organisation sont décentralisés, l'équité entre les modalités de réduction du temps de travail et d'organisation des différents services. De même, respecter l'équilibre avec les nouveaux embauchés, veiller à ne pas laisser les cadres dans une position intenable (leur donner les moyens, notamment méthodologiques et informatiques, d'établir des diagnostics, de gérer les plannings, ...);
- ne pas suivre uniquement des indicateurs « matériels », mais gérer aussi l'impact potentiel des 35h sur la qualité du service et les besoins de coordination, qu'il faut tâcher d'évaluer;
- passer d'une approche réglementaire du temps de travail à une approche davantage centrée sur le contenu de l'activité, et l'organisation à mettre en place dans le nouveau cadre pour y satisfaire.

L'idée suivante semble se dégager :

- une des hypothèses soutenables serait de miser sur la souplesse et la capacité d'adaptation de toute organisation pour stabiliser le régime actuel : après la perturbation due à la RTT, les apprentissages s'intégreront dans de nouvelles routines;
- une autre hypothèse, plus pessimiste, soulignerait les tensions et les risques d'aggravation de la situation, à la fois sur le plan relationnel, qualitatif, mais également financier;
- une hypothèse plus réaliste semble plutôt émerger : il s'agit de piloter l'apprentissage qui n'est pas « spontané », notamment en suivant les points durs et en s'attachant à identifier les nouveaux risques de tension et de baisse de la qualité. Cette démarche suppose un effort dans le temps, et non pas seulement pendant la durée du projet. Il faut gérer la complexification de l'organisation, et même si ce sont les agents qui ont confectionné leurs plannings, ouvrir les voies de révision selon les appréciations effectives a posteriori. Cela suppose en outre de conserver une mémoire de l'évolution des plannings et des raisons de ces évolutions. Il ne s'agit plus d'une affaire de simple gestion comptable du temps, mais aussi d'organisation et de management.