

Une quinzaine de monographies auprès d'établissements privés du secteur sanitaire et social, réalisées au cours de l'année 2000, analysent les conditions concrètes d'application des 35 heures, 12 à 18 mois après la conclusion des accords de RTT ayant précédé la baisse de la durée légale. La diversité des établissements choisis met en relief des objectifs de négociation différents, et une gamme de solutions distinctes dans les types d'horaires et d'organisation mis en œuvre pour répondre aux désirs des salariés et aux objectifs de productivité liés à la réforme.

La diversité des horaires s'est accrue, et les frontières se sont déplacées dans le décompte entre travail effectif et temps rémunéré. La règle des 6 % d'embauches a en général été rigoureusement respectée, impliquant souvent des contrats de travail à temps partiel pour les nouveaux embauchés. L'accroissement du temps libre et le maintien global des rémunérations ont entraîné une satisfaction générale des personnels. Toutefois, ceux-ci ressentent une certaine intensification du travail et craignent de voir l'accomplissement des tâches matérielles primer par rapport au contenu relationnel propre à leur activité. L'organisation du temps de travail est en outre devenue moins souple et plus complexe avec la nécessité de compter précisément le temps, nécessitant des instruments nouveaux. Les problèmes de gestion et de coûts restent des enjeux importants pour l'avenir, y compris en termes d'outils de suivi.

Blanche SEGRESTIN, Dominique TONNEAU
École des Mines de Paris, Centre de gestion scientifique

La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux

La réduction du temps de travail à 35 heures (RTT) entraîne des modifications qui concernent à la fois l'organisation du travail, l'emploi, la qualité des services, les coûts, les conditions de travail et de vie des salariés. Pour mieux en connaître les modalités concrètes et prendre la mesure des problèmes rencontrés dans la conduite des projets, la DREES a lancé une étude monographique portant sur les conditions de négociation et les premiers éléments de bilan du passage aux 35 heures dans certains établissements privés des secteurs sanitaire et social. Les établissements retenus ont été choisis parmi ceux qui ont anticipé les échéances légales du passage aux 35 heures, et qui ont donc négocié un accord de RTT avant le début 2000. Les monographies ont en général eu lieu de 12 à 18 mois après la conclusion des accords et ne donnent donc qu'une vision du début de leur application. Même s'il ne s'agit que d'établissements volontaires pour passer aux 35 heures, les études fournissent des enseignements intéressants, l'échantillon ayant été diversifié pour refléter au mieux les problèmes rencontrés (encadré 1).



Une approche monographique sur des établissements hétérogènes

L'échantillon de 15 établissements sur lesquels les monographies ont été réalisées a été volontairement assez hétérogène avec, d'une part, des établissements du domaine sanitaire (établissements participant au service public et établissements à but lucratif), et d'autre part, des établissements du secteur social et médico-social (établissements pour personnes âgées, handicapés mentaux ou moteurs, prise en charge d'enfants, ou soutien à des situations sociales défavorisées) [tableau 1]. Les enjeux de la RTT pour ces deux catégories d'activité s'avèrent être assez différents.

On doit ici rappeler la « règle du jeu » : pour une réduction du temps de travail d'environ 10 %, des allègements de charges sociales étaient accordés si les embauches supplémentaires atteignaient au moins 6 %, ce qui impliquait en général la réalisation de gains de productivité. Or, dans le secteur social, le temps passé auprès des personnes aidées est lui-même partie constitutive de la prestation dans la mesure où le service qui leur est rendu, au delà d'une assistance technique suppléant leurs handicaps, est assorti d'ap-

pui psychologique ou éducatif. Les gains de productivité y apparaissent donc plus difficile à concevoir et à mettre en œuvre que dans le secteur sanitaire où, tout au moins pour partie, la prestation dépend également de la pertinence et de la rapidité des traitements mis en œuvre. La RTT pose alors le problème des temps de coordination et de transmission entre les équipes successives (échanges sur les malades présents) qui conditionnent le bon déroulement des soins.

Une autre différence réside dans la taille des établissements. Dans le secteur social, il s'agit de petits établissements, tant par le nombre de places disponibles que par le volume des effectifs employés. Les syndicats y sont peu présents, les relations entre personnel et direction sont souvent peu médiatisées, en l'absence de comité d'entreprise ou de délégués du personnel. Un des effets de la procédure a été d'amener à désigner par endroits des représentants mandatés par les organisations syndicales, voire de créer des sections syndicales.

Dans le secteur sanitaire, la taille des établissements est plus importante et les effectifs généralement plus nombreux. Tous les accords ont, à cet égard, bénéficié de la présence de sections syndica-

les. Pourtant, les personnels restent en général peu syndiqués par rapport à leurs collègues du public.

Le fonctionnement se fait en continu pour certains établissements (hôpitaux, maison de retraite, foyer d'hébergement), en discontinu pour d'autres (CAT, IME). Dans le premier cas, le problème est celui de la permanence de la prise en charge, dans le deuxième, il porte avant tout sur son amplitude.

Au plan géographique, certains établissements choisis sont situés en Île-de-France, d'autres dans diverses régions. Mais l'un des points qui se révèle important pour le mode de vie des agents, et donc leurs attentes par rapport au temps libre, est leur implantation en zone rurale ou encore en agglomération.

Le décompte du temps initial était aussi hétérogène selon les établissements. Au fil du temps, avant les 35 heures, les directions locales avaient pu accorder un certain nombre d'avantages sous forme de temps libre supplémentaire, faute parfois de pouvoir les accorder en rémunération. De ce fait, le passage aux 35 heures ne recouvre pas la même amplitude partout.

Enfin, existent aussi des différences entre établissements quant aux conventions collectives qui s'appliquent à eux au niveau national ; outre la diversité de ces conventions (deux principales dans le secteur social et médico-social, deux autres dans le secteur sanitaire), une différence existe entre les cliniques privées et le secteur médico-social et social, qui, étant financé sur fonds publics, doit voir ses accords agréés par le ministre chargé des affaires sociales, sur avis d'une Commission Nationale d'agrément.

Plusieurs stratégies et objectifs de négociation

De manière générale, les négociations n'ont pas soulevé de fortes tensions dans les établissements observés. Avec l'appui de conseils extérieurs dans six cas, le processus de négociation a toujours été assez rapide, puisque dans la plupart des cas, il ne s'est pas écoulé plus d'un tri-

E•1

Méthodologie d'analyse

Cette étude a été réalisée à partir d'une quinzaine de monographies d'établissements retenus par le ministère, parmi ceux 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. Seules les cliniques privées ont été désignées par leur fédération, sans avoir forcément déposé une demande d'agrément.

Les investigations ont été menées, à partir d'une grille commune de questionnements, par différentes équipes de chercheurs et de consultants, qui rendaient compte de leur avancement devant un comité de pilotage composé de membres de la DREES, de la DAS, et de la DHOS. Des réunions avec les fédérations d'employeurs, et avec les organisations syndicales au niveau national ont également été tenues.

Les monographies ont été soumises pour validation et corrections aux établissements rencontrés, et ont servi de base à la présente synthèse (voir DREES, série Études, novembre 2001, n° 20).

Les intervenants étaient :

- ANACT : M^{mes} Fabienne Caser et Anne-Marie Gallet
- Bonis Conseil Interventions, BCI : MM. Jean-Louis Pépin et Daniel Thomassin
- École des mines, CGS : Blanche Segrestin et Dominique Tonneau
- Essor consultants : MM. Bernard Doerflinger, Yves Jorand et Michel Pépin
- Bernard Brunhes consultants sud : M. Philippe Guieysse
- M. Xavier Chalard

mestre entre l'ouverture des négociations et la signature de l'accord. La mise en application a pu se faire rapidement, les agréments DDASS et les conventions DRTEFP ayant tous été acquis dans le trimestre suivant l'accord. La date de mise en application des 35 heures se situe pour tous les établissements fin 1999 ou début 2000, en septembre pour les

derniers (2MdR, 4FAH). 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. Quelques postes restent toutefois à pourvoir notamment en 1MdR.

Dans l'ensemble, le contenu et la mise en œuvre des accords reflètent des straté-

gies fortement différenciées. Si les établissements rencontrés avaient en commun d'avoir anticipé la réduction de la durée légale, cette anticipation n'a pas revêtu les mêmes modalités. Outre le fait que certains accords étaient « défensifs » (trois établissements dans l'échantillon étaient engagés dans un plan social) et les autres offensifs, le pilotage même du changement

T
01 l'échantillon étudié

Établissement	Commune	Effectifs (ETP)	Désignation dans le texte
Secteur social			
<i>Personnes âgées</i>			
Maison de retraite, 72 résidents	< 5 000 habitants	28	1MdR
Maison de retraite, 122 résidents	< 5 000 habitants	47	2MdR
<i>Activités sociales</i>			
Hébergement et réinsertion sociale : 44 places d'hébergement + ateliers de réinsertion	20 000 habitants	35	3CHRS
<i>Prise en charge des handicapés</i>			
Foyer de vie pour handicapés mentaux, 48 résidents	< 5 000 habitants	40	4FAH
Maison d'accueil spécialisée pour handicapés moteurs et mentaux, 54 résidents + 10 en foyer de vie	Grande agglomération Banlieue	64	5FAH
Centre d'aide par le travail, 100 places	Grande agglomération Banlieue	24,15	6CAT
Institut médico-éducatif, 96 enfants	30 000 habitants	33,3	7IME
Secteur sanitaire			
<i>Diversification en fonction des activités</i>			
PSPH court séjour, 452 lits MCO + 53 places d'hôpital de jour	Paris	1573	1PSPH
Centre de lutte contre le cancer ; Classe : entre 200 et 300 lits & places		76 médecins + 667,47 non médecins	2CLCC
Centre de soins de suite et de réadaptation ; 182 lits moyen séjour	< 5 000 habitants	197,04	3SSR
Centre pour personnes âgées, 250 lits dont 71 lits médecine court séjour, 68 lits SSR moyen séjour, 111 lits long séjour	20 000 habitants	260,53	4PAG
Centre psychiatrique, 2 secteurs de 65 000 habitants ; 128 lits d'hospitalisation + 135 places en accueil	30 000 habitants	413,59	5PSY
<i>Diversification en fonction des porteurs de capital</i>			
Hôpital à but non lucratif dépendant d'une association nationale, 88 lits dont 78 lits de chirurgie pour personnes âgées et 10 lits de médecine soins palliatifs	Grande agglomération	148	6ASN
Clinique privée à but lucratif, 261 lits MCO, dont 112 en chirurgie, 40 en médecine, 55 en maternité, 5 en néonatal, 14 places en ambulatoire et 35 lits (seconde implantation)	200 000 habitants	366,72	7CLI
Clinique privée à but lucratif, 390 lits MCO, dont dans l'établissement principal, 127 en chirurgie, 52 en médecine	Grande agglomération	473	8CLI
<i>Source : rapport de synthèse de l'enquête.</i>			

est dicté par des préoccupations sensiblement différentes que l'on peut caractériser comme plutôt économiques, plutôt sociales, plutôt organisationnelles.

■ Des objectifs économiques.

Les accords Aubry 1 permettaient de bénéficier d'aides sous forme d'allègements de charges sociales sur l'ensemble de la masse salariale. En matière économique, certains établissements sont confrontés à un environnement difficile, avec des plans de restructuration portés par les autorités de tutelle, voire des plans sociaux (1 PSPH, 3 SSR, 7 CLI).

La quasi-totalité des directions rencontrées ont affirmé avoir anticipé le mouvement pour pouvoir « se mettre dans les meilleures conditions possibles » en s'assurant de cette ressource supplémentaire et du renfort de 6 % d'embauches que les tutelles seraient ainsi conduites à adopter. Le principal objectif recherché par les directions a donc été de faire approuver, à cette occasion, par les tutelles de nouvelles créations d'emplois, souvent pour des effectifs qu'elles avaient déjà eu l'occasion de demander.

Les cliniques privées à but lucratif étaient dans un cas de figure différent, ayant comme principale contrainte des problèmes d'équilibre financier. Dans un cas (7 CLI), les tutelles locales ont av-

lisé un plan social de circonstance, puis un accord défensif ; dans l'autre, il n'y a pas eu de demandes d'aides, malgré un accord signé, et une embauche équivalente à 6%.

■ Des objectifs sociaux.

Dans le secteur social où la représentation des personnels est en général faible, l'initiative de la négociation est la plupart du temps revenue à la direction. Dans le secteur sanitaire au contraire, les syndicats ont dans plusieurs cas anticipé sur la démarche et lancé eux-mêmes des études ou des consultations auprès du personnel (3 SSR, 5 PSY).

Plusieurs établissements ont profité de la nécessité de signer un accord avec les partenaires sociaux, pour relancer un dialogue social (4 FAH), ou associer leurs partenaires à un grand dossier (4 PAG, 5 PSY).

Des consultations du personnel ont été organisées à plusieurs endroits (2 CLCC, 3 SSR, 6 ASN), mais pas forcément ressenties toujours positivement par les partenaires syndicaux (1 PSPH : « illusion de participation »). Dans certains cas, les accords négociés directement entre direction et partenaires sociaux ont débouché sur des solutions qui ont pu ensuite être remises en cause par l'encadrement ou par les salariés eux-mêmes (2 MdR, 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).

■ Des objectifs organisationnels.

Enfin, certains établissements ont avant tout cherché à mieux s'adapter à leur activité et à leurs contraintes de fonctionnement, en mettant l'accent sur l'amélioration de l'organisation : analyses service par service, groupes de travail, groupes de projets, commissions 35 heures (1 PSPH, 3 SSR, 6 ASN) pour déterminer les plages d'activité, réfléchir aux plannings adaptés, à la répartition des tâches, aux qualifications, aux synergies à développer, ou aux externalisations souhaitables. Les gains de productivité sont difficiles dans les activités sociales, où le temps consacré aux bénéficiaires fait directement partie du service rendu. Ils ont alors souvent été recherchés au niveau des services administratifs et logistiques : logiciels ou circuits plus performants, recomposition des tâches.

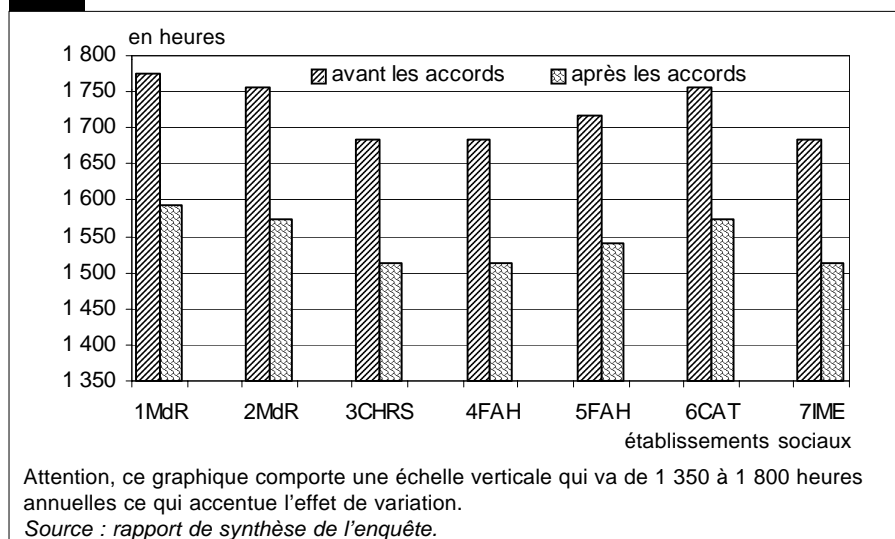
Le passage aux 35 heures a souvent été une occasion de lancer des projets mobilisateurs dans un contexte atone. C'est ainsi que des groupes de travail, des commissions, des groupes projets (4 FAH, enquêtes auprès des salariés chez 5 FAH, 1 PSPH, 3 SSR, 6 ASN), ont vu le jour, et ont incité personnels et encadrement à travailler ensemble pour traiter des problèmes d'organisation récurrents.

Ces démarches ont d'ailleurs pu être mises en synergie avec d'autres : projets d'établissement (1 MdR), réflexions sur les missions et créneaux d'activité à développer, prise en compte des restructurations locales (3 SSR, 1 PSPH), projet de réaménagement (2 MdR), démarche d'accréditation (1 MdR, 1 PSPH)...

Le décompte du temps de travail : des modifications de frontières entre temps de travail effectif et temps rémunéré

Le décompte du temps de travail était naturellement un enjeu important. Si les

G.01 durée annuelle du travail des établissements du secteur social



établissements ont tous appliqué la même réglementation, ils sont parvenus à des interprétations ou à des compromis différents. L'uniformité de la loi n'a, à cet égard, pas forcément donné lieu à une unicité des pratiques.

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.

La convention de 1966, en place dans une partie des établissements, attribue des jours de repos trimestriels aux personnels en fonction de leur qualification (18 jours pour les éducateurs, 9 pour les autres). Mais cette disposition était inégalement appliquée. Un des enjeux de la négociation a d'ailleurs été de savoir si ces clauses seraient maintenues en plus du passage aux 35 heures, ou si elles seraient incluses dans le nouveau calcul du temps libre.

L'inclusion ou non des temps de repas (BCAT), de pauses, le décompte de jours fériés locaux, le maintien ou non des jours trimestriels des éducateurs (régis par la convention de 1951) ont donné lieu à des accords divers. Ceci conduit souvent à des déplacements de frontière dans le décompte entre les temps de travail effectif et des temps qui peuvent être rémunérés, mais non considérés comme du travail effectif (pause de la matinée, heures d'astreintes, etc.).

Certaines catégories de personnels n'ont en outre, par endroits, pas été prises en compte : temps partiels, personnels de nuit, médecins. L'horaire final auquel les établissements aboutissent varie donc assez sensiblement d'un établissement à l'autre (graphiques 1 et 2).

Une forte diversité des horaires mis en place

Les négociations ont abouti à une multitude de modalités de RTT, et globalement à une différenciation croissante des régimes horaires de travail. Ont ainsi pu être mis en œuvre des horaires pro-

pres à chaque service, voire à chaque individu par endroits (7IME, 8CLI). En fonction des conditions locales et des services, un large éventail de solutions a ainsi été envisagé :

- maintien du volume horaire hebdomadaire grâce à l'exclusion du temps de repas (BCAT) ;

- maintien d'un planning à 39 heures avec prise de repos (soit une après-midi par semaine, un jour fixe par quinzaine (1MdR, 2MdR, 7IME, 1PSPH, 6ASN, 7CLI), soit 23 jours de RTT (3CHRS), pris au choix ou regroupés pour dégager une semaine de libre toutes les 12 semaines (4FAH) ;

- semaine de 35 heures (3CHRS), ou de 5 jours de 7 heures (1PSPH, 7CLI) ;

- solutions intermédiaires comme la quatorzaine de 70 heures assorties de jours RTT (journées de 7h45 et 2 jours par mois en 4PAG ; alternance de journées courtes et longues en 8CLI) ou par panachages de semaines à journées fixes d'un montant supérieur à 35 heures, accompagnées de jours RTT (3SSR, semaine 36 heures en 4,5 jours et 6 RTT, ou 36h15 et 8 RTT ; 4PAG, 4FAH et 3CHRS, 37h et 12 RTT ou 38h et 18 RTT ; 3CHRS, 36 heures et 6 RTT ; 4PAG, 38h75 et 22 RTT) ;

- 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 5PSY et 7CLI) ;

- modulation-annualisation pour trois établissements dans certains services : 2CLCC, 4PAG et 6ASN ;

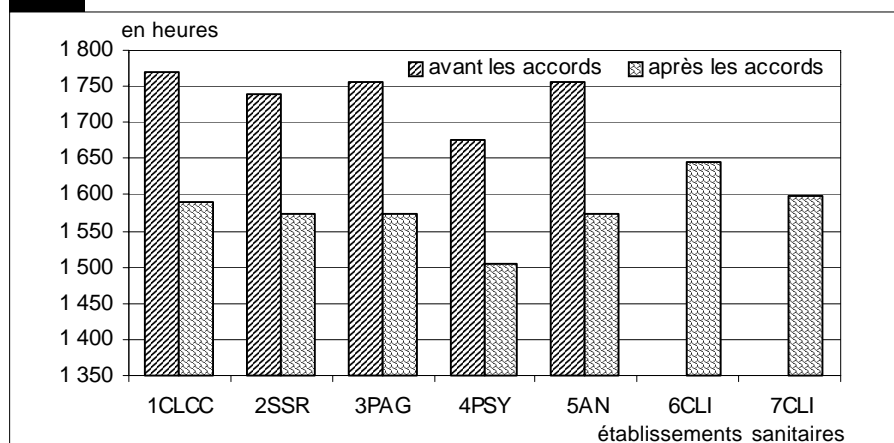
- travail par cycles (4 semaines avec 1 week-end sur 2 en 1PSPH ; 4 semaines avec 2 RTT dans le cycle en 6ASN, quatorzaine alternant journées courtes et longues en 3SSR ; constitution de cycles intégrant les astreintes de samedi pour l'entretien en 7CLI) ;

- cycles alternant journées courtes et longues (8CLI, alternance de semaines à 32, 35 et 38 heures).

En pratique, le choix des solutions a en général été opéré de manière à perturber le moins possible l'activité (par exemple les instituts médico-pédagogiques ont veillé à ne pas perturber les repères des enfants). Les charges de travail et les effectifs en présence ont été pris en compte pour adapter les plannings, et ce d'autant plus que les transferts à la sous-traitance et le recours aux heures supplémentaires ont été rares. Dans les unités de soins, le raccourcissement de la durée quotidienne a ainsi souvent été réalisé par la diminution de la durée de chevauchement :

- journées longues sans chevauchement (1PSPH, certains services de 2CLCC et 8CLI). En contrepartie, ces

G.02 durée annuelle du travail des établissements du secteur sanitaire



Attention, ce graphique comporte une échelle verticale qui va de 1 350 à 1 800 heures annuelles ce qui accentue l'effet de variation.
Source : rapport de synthèse de l'enquête.

organisations offrent des cycles attractifs avec des jours RTT, ou dans le cas de 8 CLI, une « semaine magique » de repos sur 7 ;

- panachages de semaines réduites avec jours RTT, ce qui permet de maintenir un certain chevauchement : journées de 7h30 et 15 RTT (3SSR, 5PSY), ou de 7h45 et 2 RTT par mois, quatorzaine de 75 heures et 15 RTT, ou semaine de 36 heures et 6 RTT en 4PAG ;

- semaines de 35 heures en 5 jours de 7 heures (2CLCC, 7CLI) ;

- cycles permettant d'aboutir à 35 heures en moyenne (sur 4 semaines en 6ASN, 5 en 7CLI, 10 ou 12 en 8CLI) ;

- introduction d'horaires coupés les week-ends pour assurer le travail, et équilibrer les cycles (en 7CLI).

En ce qui concerne les cadres, leur horaire est parfois précisé, et évalué à 38 heures par semaine, et dans tous les cas ils bénéficient de jours RTT à prendre, mais ce nombre de jours n'est pas le même partout, et surtout il n'atteint 23 jours que dans quatre cas sur huit. Quant aux médecins salariés, ils ont été partout assimilés à des cadres et bénéficient donc des mêmes réductions d'horaires (12 jours en 1PSPH; 18 en 3SSR, 4PAG, 5PSY ; 23 en 6ASN). Pour certains d'entre eux, peu habitués à compter leurs heures, la mise en place d'un décompte a modifié leur attitude en les incitant à demander un temps de travail plus précisément limité.

Enfin, dans les accords « offensifs », le volume d'embauches de 6 % a été appliqué de façon généralement rigoureuse, même lorsqu'il jouait sur des effectifs faibles. Ceci a conduit au développement, dans des conditions parfois complexes, de contrats à temps partiel. À cet égard, les nouveaux arrivants, chargés de remplacer les salariés habituels pendant leurs jours de RTT, ont dans certains cas été embauchés sur la base d'horaires et de conditions de travail différents de ceux des personnes en place. Selon les endroits, les embauches ont été, en outre, plus ou moins concentrées dans les services prestataires (soins ou éducation),

ou ont aussi bénéficié aux services administratifs et logistiques.

Des salariés qui se déclarent dans l'ensemble satisfaits...

Globalement les 35 heures semblent avoir 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 remettent cette satisfaction en cause.

Le maintien de la rémunération de base a en effet été mis en œuvre dans tous les établissements avec toutefois, en contrepartie, certaines mesures de modération salariale (tableau 2).

L'augmentation du temps libre fait, quant à elle, l'objet de jugements largement positifs :

- dans les conditions de vie, l'impact sur les activités associatives et surtout la vie de famille est très apprécié dans la mesure où la RTT desserre les contraintes de temps familiales. Elle constitue « un plus dans la vie hors travail » (3SSR), surtout dans ce milieu très féminin ;

- dans le travail, la RTT peut permettre de modifier les rythmes habituels, ou de procéder à un « ressourcement » (4FAH) qui aide à mieux supporter la charge de travail.

Les modalités de la RTT ne sont toutefois pas neutres dans ces appréciations. Une nette préférence est exprimée pour des journées de RTT (jours à la demande, périodes de congés, grand week-end, semaines libres (la « semaine magique »)). *A contrario* la diminution quotidienne du temps de travail est plus mal ressentie dans la mesure où les salariés se sentent alors privés des jours de temps libre auxquels ils pensaient avoir droit. C'est notamment le cas dans les services de soins qui ont cherché à réduire le chevauchement entre équipes (1PSPH, 6ASN).

... mais ils ressentent une certaine intensification du travail

Cette satisfaction globale est contrebalancée par la perception par un nom-

bre important de salariés d'une intensification des rythmes de travail. Ceux-ci semblent s'être pour partie accélérés, certaines périodes de travail étant assorties d'effectifs réduits (aux extrémités de la journée ou le week-end). D'une façon générale la « course contre la montre » est mentionnée un peu partout : il « faut passer au plus pressé » (7IME, 4FAH).

Les salariés interrogés expriment alors l'impression de voir les tâches matérielles incontournables (alimentation, toilettes, soins, etc.) prendre de plus en plus d'importance dans les activités, avec parfois l'obligation de renoncer à l'aspect relationnel qu'ils estiment très important dans leur activité vis-à-vis des patients, des personnes âgées ou des handicapés (5FAH, 7CLI).

Par ailleurs, les temps de coordination semblent aussi avoir été réduits du fait de la RTT (7IME). Les périodes de chevauchement des équipes sont en effet souvent regrettées dans la mesure où elles apportaient une marge de manœuvre et permettaient d'accorder des repos supplémentaires, de « rendre des heures » contre des tâches supplémentaires, d'organiser des réunions etc., si bien que *in fine*, les chevauchements complets étaient rares (1PSPH, 4PAG, 7CLI). Les salariés ressentent à cet égard une diminution de la convivialité entre les membres des équipes, faute de temps. Aussi l'intensification ne touche-t-elle pas seulement la charge de travail matérielle, mais aussi la charge mentale, ce qui amène souvent les personnels à percevoir la RTT comme la compensation de nouvelles contraintes.

Une organisation du travail devenue plus complexe

La réduction du temps de travail implique, par ailleurs, une évolution des modes de gestion du temps, avec le passage de modalités auparavant très souples et fondées sur la confiance (pas de comptage, services rendus sur la base d'échanges réciproques) à une gestion rendue plus rigide par le fait même du décompte. Les ajustements mutuels,

qu'est amené à demander l'encadrement nécessitent par exemple de trouver des compensations horaires à des moments qui intéressent le salarié.

L'organisation qui résulte du passage aux 35 heures se révèle à la fois alors souvent moins souple et plus fragile que par le passé ; la rigueur des contrôles se trouve accentuée au détriment de la souplesse de fonctionnement, avec des risques accrus d'incidents liés aux absences.

Quant aux changements introduits dans l'organisation du travail, ils ne sont, la plupart du temps, pas radicaux, mais se traduisent par la multiplication des horaires et une complexification des organisations qui se retrouvent dans l'ensemble des établissements enquêtés. À cet égard :

- il ne semble pas exister de relation stricte entre le type de services et l'horaire retenu : on trouve toutes les formules possibles dans les services administratifs comme dans les unités de soins ;

- le choix d'une formule tient autant aux *desiderata* des personnels qu'aux impératifs de fonctionnement des services ;

- il devient plus difficile pour les directions de suivre les comptabilités individuelles des temps, cette tâche de supervision étant déléguée aux cadres des unités ;

- les réorganisations touchent inégalement les différentes professions : les infirmières bénéficient généralement de jours d'ARTT et donc d'un surcroît d'autonomie, alors que les aides soignantes ou agents techniques se voient plus souvent imposer des horaires prédéterminés (4 PAG) ;

- le raccourcissement du chevauchement rend plus délicates les transmissions entre équipes.

Pour les cadres, ces modifications organisationnelles imposent enfin de résoudre des problèmes supplémentaires :

- organiser les temps de coordination entre équipes (2 CLCC, 5 PSY, 6 ASN) ;

- disposer à tous moments des effectifs compétents nécessaires, et donc développer un certain degré de polyvalence

(1 PSPH, 4 FAH), parfois à l'encontre du strict respect des décrets de compétences ;

- respecter le positionnement prédéfini des périodes où les congés sont possibles ou interdits (3 SSR, 5 PSY) ;

- mettre en place des comptabilités temps. Dans les grands établissements, ces comptes ont été l'occasion de mettre en place un système informatisé (2 CLCC), et de développer ainsi une sorte de « chronotique ».

Le maintien de la qualité du service

Les directions, syndicats et personnels interrogés estiment en général que la qualité de service n'a pas réellement été modifiée par la RTT, mais ils ressentent un certain nombre de risques en la matière. Ils mettent d'abord en avant les difficultés à assurer les coordinations nécessaires : chevauchements réduits, transmissions diminuées, réunions difficiles à tenir, échanges et convivialité diminués (7 IME, 3 SSR), et y voient un risque à terme pour la qualité de la prise en charge.

Ils évoquent également les conséquences de l'intensité du travail sur la disponibilité quotidienne vis-à-vis des usagers, notamment pour des tâches à fort contenu relationnel qu'ils considèrent comme au cœur de leur métier : dans les maisons de retraite, le linge personnel ne peut parfois plus être racommodé et certains types d'activités (piscine, lecture) se révèlent trop consommateurs en temps ; dans les instituts pour enfants ou pour handicapés, le nombre de sorties peut se trouver diminué, les activités thérapeutiques individuelles aussi ; dans les établissements hospitaliers, l'ouverture des services administratifs où les plages de consultation ont enfin parfois été réduites.

Enfin, la contrainte financière a aussi pu jouer : les problèmes de coûts ont par exemple conduit un établissement (7 IME) à proposer de fermer ses portes chaque mercredi après-midi, la prise en charge des enfants étant alors reportée sur les familles.

Des enjeux importants en termes de coûts et de gestion

L'évaluation de l'impact du passage aux 35 heures sur la situation financière est assez délicate. Les établissements rencontrés sont tous régis par des associations loi 1901, la plupart d'utilité publique, et donc de droit privé, avec une gestion autonome. Mais cette gestion s'effectue sous forte contrainte, car leur financement est en quasi-totalité assuré par des fonds publics (assurance-maladie ou caisses de retraite, aide sociale départementale). La fixation des prix de journée est ainsi soumise à autorisation et les rémunérations sont fonction des conventions collectives elles-mêmes soumises à agrément.

Dans la plupart des accords, la règle des 6 % d'embauches a, à cet égard, été rigoureusement respectée, nécessitant la création de fractions d'emplois à temps partiel. En outre, le maintien des rémunérations a été souvent accompagné de diverses mesures de modération salariale, souvent envisagées sur plusieurs années : gel de la valeur du point, des avances et des majorations à l'ancienneté, des suppléments pour majoration familiale .

Compte tenu des aides obtenues, les calculs qui ont pu être effectués pour les établissements enquêtés montrent qu'un surcoût structurel, assez faible, devrait rester à terme à leur charge, sachant qu'au bout de cinq ans, les financements correspondants devront être trouvés, ce qui est d'ailleurs indiqué comme un sujet de préoccupation par les responsables (tableau 2).

De même, ceux-ci manifestent parfois la crainte d'avoir des difficultés à réaliser les gains de productivité envisagés dans les plans de financement ou de voir leurs personnels préférer se diriger vers les hôpitaux publics lorsque ceux-ci mettent à leur tour en œuvre les 35 heures.

En termes de gestion, les aspects juridiques de la gestion des ressources humaines ont été les premiers à être pris en compte : 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 entrent dans le cadre posé.

Les monographies effectuées montrent toutefois que peu d'instruments ont été mis en œuvre pour les besoins du suivi et des analyses de gestion ultérieures. Souvent n'existent que les documents formels de présentation des comptes aux

tutelles, ou aux partenaires financiers, selon des modèles pas toujours en cohérence les uns avec les autres. En particulier, aucun indicateur spécifique n'a été mis en place pour le passage aux 35 heures : décompte des heures supplémentaires, recensement des gains de productivité réalisés, suivi des coûts, recours aux contrats d'intérim, indicateurs sociaux divers, etc. Enfin, les problèmes d'effec-

tifs signalés reposent rarement sur des représentations chiffrées et étayées.

Un enjeu réel d'organisation et de management, apparaît donc aujourd'hui pour développer les modalités de suivi de la réduction du temps de travail dans les établissements sanitaires et sociaux et pour aborder, au-delà des approches réglementaires et comptables du temps, le contenu et l'organisation des activités. ●

T
02

les principaux points des accords

Établissement	Effectif total en équivalent plein-temps	Embauche en équivalent plein-temps	Durée annuelle du travail avant les accords	Durée annuelle du travail après les accords	Éléments de modération salariale prévus dans les accords (durée et niveau)	Rapport du surcoût structurel au budget
1MdR	28	2,97	1 776	1 594	gel du point sur 24 mois	1,9 %
2MdR	41,06	4,16	1 755	1 575	gel du point sur 16 mois	0,9 %
3CHRS	35,06	2,11	1 684 ; 1 614 (pour certains éducateurs)	1 512	gel du point sur 12 mois	0,6 %
4FAH	40	2,5	1 685	1 512	gel du point sur ? ? mois	1,2 %
5FAH	69,21	3,84	1 716	1 540	gel du point sur ? ? mois	1,8 %
6CAT	24,15	1,5	1 755	1 575	gel du point sur 24 mois	
7IME	39,3	2,5	1 684 ; 1 614 (pour les éducateurs)	1 512 ; 1 449 (pour les éducateurs)	gel du point sur 24 mois	3,0 %
1PSPH	1 416,61	-236 (+80)a	?		Oui	
2CLCC	667,47	40	1 771 ; médecins : 1 816	1 589 ; médecins : 1 600	gel tous personnels : durée 2 ans, plafond 2,3 % ; médecins : illimitée, 1,8 %	
3SSR	152,06bc	11a	1 739,40	1 575	application CCN ; gel du point et de l'ancienneté ; plafond 1,5 %	
4PAG	200	17,67	1 755 ; cadres : 1 735	1 575 ; cadres : 1 557	gel du point sur 2 ans ; ancienneté sur 16 mois	1,5 %
5PSY	413,59	22,53	1 677 ; nuit : 1 486	1 505 ; nuit : 1 338	plafond du point 2,58 %, des avancements 1,5 %	0,8 %
6ASN	126,26	9	hôpital : 1 755 ; IFSI : 1 599	hôpital : 1 575 ; IFSI : 1 575	gel du point sur 1999 et 2000, mini 0,43 % de la masse salariale ; gel des avancements 8 mois, de l'ancienneté technicité 8 mois ; 1 ^{re} nouvelle augmentation minorée aux plafonds d'ancienneté ou de technicité	0,4 %
7CLI	327	-36 (+24)a	?	1 645	pas de gel, mais pas d'intéressement	
8CLI	473	6	?	1 598	gel 2 ans, non appliqué	

a Accords défensifs.

b Effectifs sauvegardés par le plan social.

c Effectif concerné par l'accord (pour mémoire, effectif total avant accord = 197,04).

Ce tableau est une reconstitution à partir d'informations fournies par les établissements, mais il comporte des lacunes, et le chiffrage reste dépendant des conventions utilisées.

Source : rapport de synthèse de l'enquête.