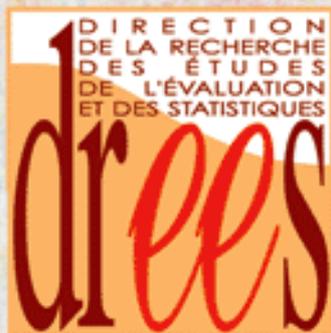




Ministère des affaires sociales,
du travail
et de la solidarité

Ministère de la santé,
de la famille
et des personnes handicapées



Études et Résultats

Apportant des premiers éléments de bilan sur le passage aux 35 heures dans les hôpitaux publics à partir d'une étude lancée par la Drees entre novembre 2002 et février 2003, cet article présente, à partir d'un ensemble de monographies, un historique des démarches et processus engagés à l'époque dans 17 établissements hospitaliers. Il rend également compte des opinions et jugements qu'exprimaient les 750 acteurs interrogés en cette période de mise en place de la réduction du temps de travail (RTT). Si, globalement, les acteurs s'accordaient à apprécier l'impact de la réduction du temps de travail du point de vue de leurs conditions de vie, ils exprimaient par ailleurs des jugements globalement très réservés sur sa compensation en termes d'emplois ainsi que sur les conséquences de la RTT du point de vue des conditions et du contenu du travail.

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

N° 302 • avril 2004

Où en était la réduction
du temps de travail
dans les hôpitaux publics
au début de l'année 2003 ?

des difficultés liées à l'organisation

L'objet de cet article est de présenter un premier bilan du passage aux 35 heures dans les hôpitaux publics à partir d'une étude lancée par la Drees entre novembre 2002 et février 2003. Cette étude a donc été réalisée, à un moment précoce où l'ensemble des effets de la RTT n'était pas encore perceptible, et où les dispositions transitoires (règles concernant le compte épargne temps notamment) n'étaient pas encore connues.

Son objet était de mieux appréhender les modalités selon lesquelles s'est opérée la réduction du temps de travail, d'en apprécier les impacts sur l'organisation, l'emploi, la qualité du service rendu, les conditions de vie et de travail, et de prendre la mesure des difficultés rencontrées dans la conduite des projets.



L'HISTORIQUE DES DÉMARCHES ET LES PROCESSUS DE NÉGOCIATIONS

L'enclenchement du processus s'est effectué à partir de la signature, le 27 septembre 2001, d'un protocole d'accord

sur la mise en place des 35 heures dans les hôpitaux publics entre le ministère de la Santé et quatre organisations syndicales (CFDT, CGC, Unsa et SNCH). Celui-ci fixait les règles du jeu, des scénarios de passage aux 35 heures devant ensuite être définis.

Tous les établissements de l'échantillon de l'étude (voir caractéristiques sur le tableau 1) ont respecté les délais et mis en œuvre une application des 35 heures, au plus tard dans le courant du premier trimestre de l'année 2002 ; mais ils n'ont pas souhaité s'engager trop rapidement dans le processus, du fait de l'ignorance où ils étaient des règles du jeu : quelle définition du temps de travail effectif était-elle retenue, incluait-elle ou non le temps de repas dans le travail ? fallait-il ou non inclure dans le décompte du temps les avantages déjà acquis en nombre de jours ? sur quels renforts pouvaient ils compter en termes d'effectifs ? les personnels de nuit, déjà à 35 heures, y resteraient-ils, ou maintiendrait-on un écart avec les personnels de jour ?

Des formations mises en place dès l'année 2000 avaient toutefois permis aux hôpitaux de former un ou plusieurs « référents 35 heures ». Leur formation portait sur le processus d'information, de concertation et de négociation, plus que sur les méthodes d'analyse du fonctionnement des services. Les analyses et diagnostics n'ont quant à eux vraiment démarré que début 2001, alors que le terme fixé pour la mise en place de la RTT était celui du 1^{er} janvier 2002.

E•1

Les équipes ayant collaboré à cette étude

- Bonis Conseil Interventions, BCI : Mme Dominique Demaret, MM. Jean-Louis Pépin et Frédéric Bruegelles.

- Centre national de l'équipement hospitalier (CNEH) : Dr. Evelyne Cash, Dr. Roland Cash, Mme Nassera Mesatfa, M. Philippe Renault.

- Essor consultants : Mme Myriame Maufroy, MM. Bernard Doerflinger et Michel Pépin.

- MGA : MM. Hugues Martino, Bertrand Gaume et Bertrand Pillot.

- Ecole des Mines de Paris, Centre de gestion scientifique : M. Dominique Tonneau.

Les équipes réunissaient des compétences différentes en matière de gestion, sociologie, économie, organisation du travail, psychologie du travail, médecine, permettant ainsi des regards croisés, et un enrichissement mutuel des approches.

Un comité de pilotage a été chargé de définir les grandes orientations de la recherche, et de suivre l'avancement des travaux. Il comprenait des responsables de la Drees, de la Dhos, de la Dares, ainsi que des représentants des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), de la FHF, et des directeurs d'établissements. C'est ce comité de pilotage qui a choisi et affecté aux équipes les dix-sept établissements à étudier. Chacun d'eux a fait l'objet d'une monographie, qui a été validée par les interlocuteurs rencontrés, et a servi de matériau pour la rédaction de cette synthèse.

2

T•01

les caractéristiques des hôpitaux de l'échantillon étudié

	Personnels Effectif total	Capacité		pt ISA hopl / pt ISA rég
		Lits totaux	Lits MCO (en %)	
CHU				
CHU1	> 10 000	> 4 000	70%	1,09
CHU2	4 à 10 000	> 2 000	82%	1,06
CHU3	4 à 10 000	> 2 000	70%	1,01
CHU4	4 à 10 000	> 2 000	48%	0,98
CH				
CH1	500 à 1000	100 à 500	65%	0,97
CH2	1 000 à 2 000	500 à 1 000	62%	1,05
CH3	1 000 à 2 000	1 000 à 2 000	33%	0,96
CH4	100 à 500	100 à 500	29%	1,05
CH5	> 2000	1 000 à 2 000	41%	0,97
CH6	> 2000	1 000 à 2 000	?	1,08
CH7	500 à 1 000	100 à 500	50%	0,94
CH8	1 000 à 2000	500 à 1 000	46%	0,95
HL				
HL1	100 à 500	100 à 500	0%	
HL2	100 à 500	100 à 500	0%	
HL3	< 100	< 100	30%	
Lits et places				
HP1	1 000 à 2 000	500 à 1 000	52%	
HP2	1 000 à 2 000	1 000 à 2 000	52%	

Source : Drees, Document de travail, Série Études, n° 35, octobre 2003.

Les diagnostics de l'existant

À partir du guide méthodologique élaboré par le ministère de la Santé, le travail relatif aux diagnostics a été réalisé dans les établissements d'avril à septembre 2001. Trois hôpitaux sur les dix-sept de l'échantillon (CHU1, CH8 et CH3) ont indiqué avoir commencé à établir leurs diagnostics dès le début de l'année.

Malgré un travail considérable et souvent très détaillé, les diagnostics n'ont pas toujours pu reposer sur des outils ou une méthode fournissant une représentation des unités schématique et opérationnelle, permettant de mettre en regard l'activité, l'organisation, et les moyens y étant affectés, en distinguant le réel et le souhaitable.

La construction de scénarios de fonctionnement

Le quatrième trimestre de l'année 2001 a été consacré à la construction des scénarios de passage aux 35 heures selon des méthodes différentes dans les établissements de l'échantillon :

- soit les cadres des services ont élaboré et proposé des schémas d'organisation tenant compte des exigences de fonctionnement des services, ainsi que des aspirations des agents en termes de plannings et d'horaires ; les propositions étaient ensuite examinées par la direction ou les instances chargées des scénarios.

- soit les directeurs des services de soins infirmiers (DSSI) ont proposé des règles standard pour l'hôpital, afin d'homogénéiser le fonctionnement des services, et demandé aux cadres de les intégrer dans leurs scénarios.

- soit les instances investies de la réflexion sur la RTT ont élaboré des scénarios, par le biais d'équipes se rendant dans les services pour recueillir les avis de toutes les parties (agents et encadrement).

- soit des groupes de travail spécifiques ont été mis en place pour définir des scénarios, résoudre des problèmes transversaux, et évaluer les scénarios proposés.

Parallèlement à la recherche de scénarios, était lancée la négociation avec les organisations syndicales. C'est pourquoi, bien souvent, la construction des scénarios n'a pu se faire complètement, et s'est poursuivie au-delà de la signature d'un accord, correspondant alors à la recherche de scénarios compatibles avec les clauses de l'accord. On peut visualiser ces différentes phases sur le tableau 2, qui montre leur chevauchement.

Des instances spécifiques ont été chargées de définir les règles de fonctionnement dans chaque établissement. Dans la plupart des cas, un comité de pilotage de la démarche a été constitué avec souvent un groupe projet, et parfois des groupes spécifiques de travail. Ces comités de pilotage se sont souvent transformés à l'issue de la démarche en comités de suivi. Ils se sont révélés d'autant plus utiles que les débats sur les scénarios ont persisté après les signatures des accords.

Les négociations avec les partenaires syndicaux

Dans la majeure partie des cas, les accords ont été signés en décembre 2001 ou janvier 2002. La phase de négociations avec les organisations syndicales a été relativement courte, avec une durée

de deux à trois mois maximum (dans le CHU1, quatre mois, dans le CHU3, cinq mois). L'essentiel du travail a de fait été réalisé au sein des comités de pilotage, qui sans être officiellement chargés de la négociation, ont joué *de facto* ce rôle, ou en tout cas préparé le terrain de la négociation.

La négociation a principalement porté sur deux éléments :

- l'arbitrage à trouver entre réduction quotidienne et annualisation de la RTT, ainsi que sur les règles de détermination des modalités pratiques de la RTT.

- des questions de définition du temps de travail et de décompte des jours travaillés, ainsi que le maintien de journées antérieures de repos. L'application du protocole national a été largement débattue au niveau local.

À la différence du secteur privé, les négociations locales ont pris pour base le fait que la compensation salariale était totale (35 heures payées 39), et que la détermination des effectifs supplémentaires ne relevait pas de la négociation locale, mais des autorités de tutelle.

Ces négociations sur le maintien ou non d'avantages antérieurs ont parfois pu

déboucher sur des actions de grève (cas de HP2 et de façon très localisée à un service CHU1), mais dans la plupart des autres cas, le climat ne semble pas avoir été conflictuel.

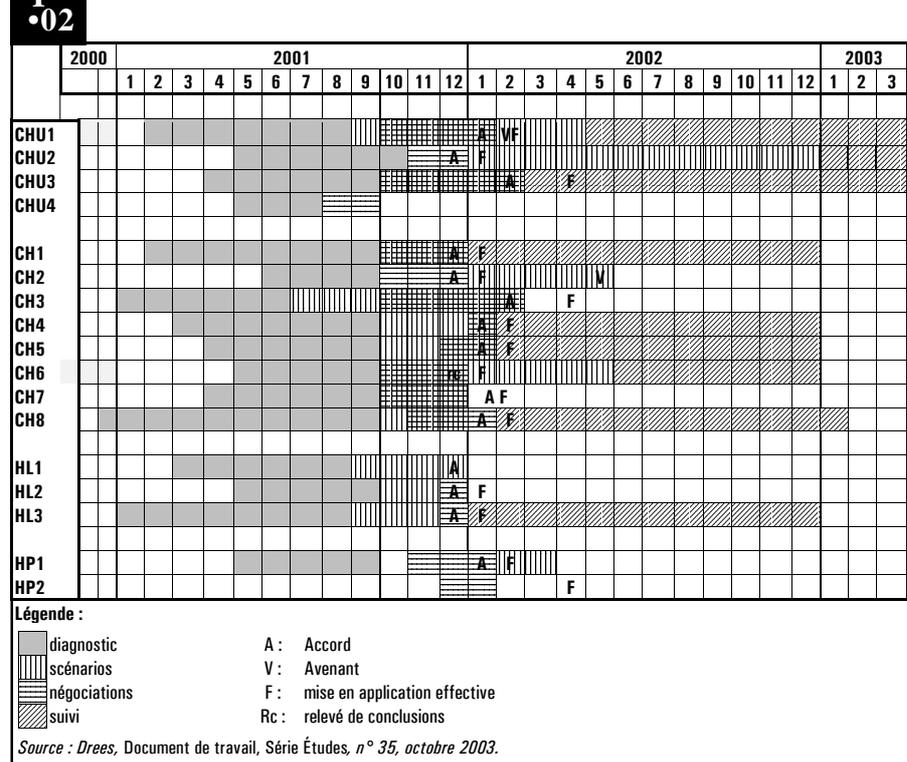
Le travail de préparation réalisé

Dans plusieurs cas, des groupes de travail ont de surcroît été instaurés, afin de traiter de points techniques, par catégories professionnelles (par exemple, les secrétaires), par thèmes transversaux (par exemple, la programmation des rendez-vous).

Ces groupes ont mobilisé un temps très important (que les cadres évaluent individuellement à plusieurs dizaines d'heures), et donné lieu à une production volumineuse que les DRH n'ont pas toujours eu le temps d'exploiter totalement (CHU1, CH6, CH8). Les hôpitaux déjà passés par le processus d'accréditation disent avoir pu s'appuyer sur les réflexions formulées à cette occasion.

En ce qui concerne la politique d'information, l'écart demeure toutefois frappant entre les efforts déployés par les directions et par les organisations syndi-

T 02 le calendrier de la démarche



T 03 durée du travail en 2001

	Repos fixe					Repos variables					Nuit				
	j/an	h/an	h/sem	h/jr	jr rtt	j/an	h/an	h/sem	h/jr	jr rtt	j/an	h/an	h/sem	h/jr	jr rtt
CHU1	222	1 731	39	7h48	0	218	1 700	39	7h48	0	154	1 540	35	10	-
CHU2	222	1 713	39	7h48	0	219	1 708	39	7h48	0	154	1 540	35	10	-
CHU3	216	1 685	39	7h48	0	214	1 669	39	7h48	0	152	1 520	35	10	-
CHU4	218	1 700	39	7h48	0	213	1 661	39	7h48	0	147	1 540	35	10h30	-
CH1	217	1 693	39	7h48	0	217	1 693	39	7h48	0	190	1 520	35	8	-
CH2	220	1 716	39	8	0	220	1 716	39	8	0	154	1 540	35	10	-
CH3	219	1 708	39	7h48	0	216	1 685	39	7h48	0	152	1 520	35	10	-
CH4	222	1 732	39	7h48	0	220	1 716	39	7h48	0	154	1 540	35	10	-
CH5	216	1 724	40	8	0	214	1 708	40	8	0	158	1 577	36	10	-
CH6	223	1 673	37h30	7h30	0	221	1 658	37h30	7h30	0	154	1 540	35	10	-
CH7	nm	1 716				nm	1 716				nm	1 540			
CH8	221	1 724	39	7h48	0	217	1 693	39	7h48	0	150	1 500	35	10	-
HL1	215	1 716	39	8	0	215	1 716	39	8	0	154	1 540	35	10	-
HL2	216	1 684	39	7h48	0	216	1 684	39	7h48	0	159	1 512	35	9h30	-
HL3	Pas de données					221	1 723	39	7h48	0	146	1 533	35	10h30	-
HP1	210	1 680	40	8	8	206	1 648	40	8	8	154	1 540	35	10	-
HP2	218	1 700	39	7h48	0	214	1 669	39	7h48	0	155	1 547	35	10	-

Légende :
 J/an : nombre de journées travaillées par an
 H/an : nombre d'heures travaillées par an
 H/sem : nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine
 H/jr : durée moyenne d'un poste de travail quotidien
 Jr RTT : nombre de journées dites de réduction du temps de travail
 Nm : non mesuré
 Source : Drees, Document de travail, Série Études, n° 35, octobre 2003.

cales pour informer les agents au fur et à mesure de l'avancement des discussions et de la construction des scénarios (réunions destinées aux cadres et aux agents, assemblées générales, réunions de service, revues locales, création de supports nouveaux, courriers avec les fiches de paie) et l'état d'information dont ces derniers disent avoir disposé lorsqu'on les interroge. Parfois même, les cadres les rejoignent dans cette appréciation d'un manque d'information, ce qui pose la question des modes de communication et de sa réception au sein de l'hôpital.

LES ACCORDS SIGNÉS ET LEURS CLAUSES

Autant la durée du travail est définie avec précision depuis les accords de RTT, autant elle ne l'était pas forcément auparavant, si bien qu'il n'est pas toujours facile d'appréhender avec précision la réduction qui a été opérée.

La durée du temps de travail en 2001

La situation, retracée sur le tableau 3, était assez disparate du fait de deux grands facteurs : au sein d'un même établissement coexistaient plusieurs régimes pour les personnels dits de jour (horaires fixes en journée), pour les personnels dits à repos variables (aux horaires souvent alternants matin et soir), et pour les personnels de nuit (qui étaient officiellement aux 35 heures depuis déjà 1993). Entre établissements, la situation était par ailleurs assez hétérogène, du fait de repos supplémentaires accordés au fil du temps, à tout ou partie du personnel.

Enfin, le changement du mode de décompte des congés, en jours ouvrables ou ouvrés, a changé la base de calcul, ce qui a constitué une difficulté dans les négociations.

La durée du travail en 2003

Les tableaux 4 et 5 donnent les valeurs des durées du travail avec les mêmes catégories que le tableau 3 précédent. Toutefois, une distinction nouvelle a été introduite entre agents à repos variables travaillant plus ou moins de 20 dimanches et jours fériés (DJF) dans l'année, dans la

T 04 durée du travail en 2003, agents en repos fixe et agents de nuit

	Repos fixe					Nuit				
	j/an	h/an	h/sem	h/jr	jr rtt	j/an	h/an	h/sem	h/jr	jr rtt
CHU1	208	1 560	37h30	7h30	15	154	1 540	35	10	-
CHU2	208	1 560	37h30	7h30	15	146	1 533	37h30	10h30	-
CHU3	204	1 571	38h30	7h42	19	154	1 540	35	10	-
CHU4	206	1 568	38	7h36	18	147	1 540	35	10h30	-
CH1	209	1 568	37h30	7h30	15	154	1 540	35	10	-
CH2	205	1 568	38	7h36	18	154	1 540	35	10	-
CH3	204	1 547	37h55	7h35	17	152	1 520	35	10	-
CH4	205	1 561	38	7h36	18	154	1 540	35	10	-
CH5	205	1 568	38	7h36	18	154	1 540	35	10	-
CH6	209	1 568	37h30	7h30	15	154	1 540	35	10	-
CH7	nm	1 579	40	8	30	nm	1 533			
CH8	209	1 568	37h30	7h30	15	150	1 500	35	10	-
HL1	208	1 568	37h30	7h30	15	154	1 540	35	10	-
HL2	217	1 561	36	7h11	6	154	1 540	35	10	-
HL3			39	8	20	148	1 554	35	10h30	-
HP1	194	1 552	40	8	30	154	1 540	35	10	-
HP2	205	1 558	38	7h36	18	155	1 547	35	10	-

Légende :
 J/an : nombre de journées travaillées par an
 H/an : nombre d'heures travaillées par an
 H/sem : nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine
 H/jr : durée moyenne d'un poste de travail quotidien
 Jr RTT : nombre de journées dites de réduction du temps de travail
 Nm : non mesuré
 Source : Drees, Document de travail, Série Études, n° 35, octobre 2003.

mesure où ils font l'objet de règles différentes dans le protocole national¹.

Des disparités demeurent donc au sein de l'échantillon des établissements enquêtés :

Pour les agents de jour, le nombre de jours travaillés varie, ce qui peut être dû à des longueurs de postes différentes ; en nombre d'heures annuel, les horaires négociés s'échelonnent toutefois de 1 547 à 1 579 heures, soit 32 heures de différence par an.

Les mêmes écarts existent pour les agents en repos variables (53 ou 54 heures de différence maximale selon le fait d'avoir moins ou plus de 20 dimanches et jours fériés travaillés).

Les compensations accordées au titre des repos variables sont elles-mêmes diverses selon les cas : de 1 à 6 jours de différence (et en majorité 2) entre agents en repos fixe et repos variable à moins de 20 DJF, de 0 à 5 jours (en majorité 2) entre agents en repos variable à plus ou moins de 20 DJF.

Pour les agents de nuit, en revanche, les écarts sont moins importants, en raison de l'application uniforme de la réglementation sur les 35 heures de nuit, et ne sont plus que de 21 heures au maximum (1 533 à 1 554 heures) dans les dix-sept établissements étudiés.

Surtout, on voit que pour passer de 39 à 35 heures en durée hebdomadaire moyenne sur l'ensemble de l'année, un seul hôpital a réduit la durée hebdomadaire de deux heures, pour passer à 37 heures (HL2) ; six l'ont réduite de une heure trente pour passer à 37h30 ; sept l'ont réduite de une heure pour passer à 38 heures ; deux ne l'ont réduite que d'une demi-heure pour passer à 38h30 (CHU3 et HP2).

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

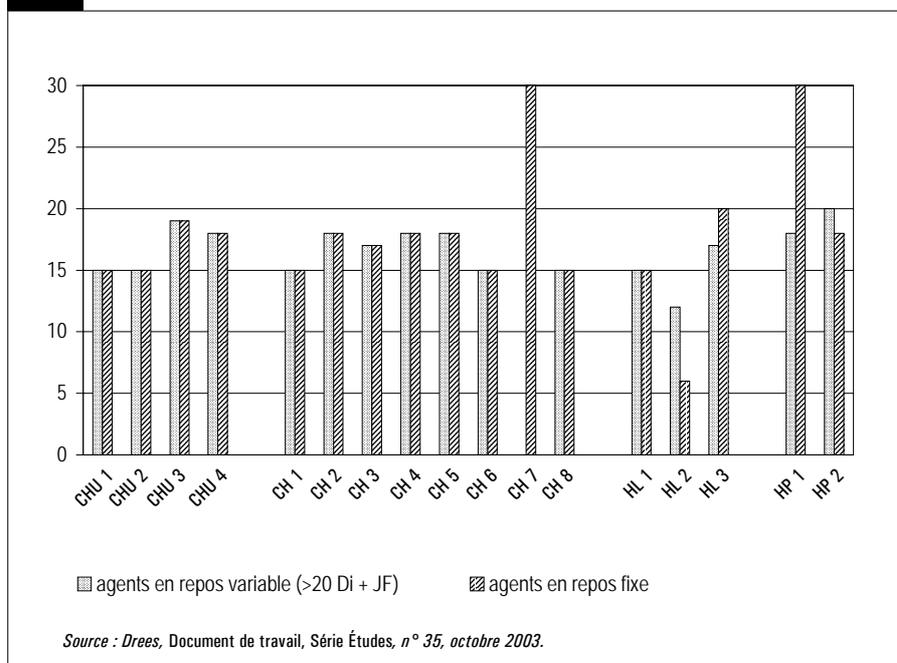
Dans certains hôpitaux, plusieurs formules peuvent par ailleurs coexister : par exemple, dans le HL2, il existe à la fois des services à 37heures et 12 jours de RTT, à 36 heures pour 6 jours, et 35 heures sans journée de RTT ; de même, dans le HL3, existent cinq modalités différentes.

T.05 durée du travail en 2003 pour les agents en repos variables

	Repos variables (< 20DJF)					Repos variables (> 20DJF)				
	j/an	h/an	h/sem	h/jr	jr rtt	j/an	h/an	h/sem	h/jr	jr rtt
CHU1	207	1 530	37h30	7h30	15	205	1 538	37h30	7h30	15
CHU2	207	1 552	37h30	7h30	15	205	1 537	37h30	7h30	15
CHU3	202	1 555	38h30	7h42	19	200	1 540	38h30	7h42	19
CHU4	204	1 554	38	7h36	18	203	1 540	38	7h36	18
CH1	207	1 553	37h30	7h30	15	205	1 538	37h30	7h30	15
CH2	203	1 554	38	7h36	18	198	1 540	38	7h36	18
CH3	198	1 502	37h55	7h35	17	196	1486	37h55	7h35	17
CH4	204	1 554	38	7h36	18	202	1 540	38	7h36	18
CH5	203	1 554	38	7h36	18	201	1 540	38	7h36	18
CH6	207	1 553	37h30	7h30	15	205	1 538	37h30	7h30	15
CH7	nm	1 554				nm	1 540			
CH8	205	1 538	37h30	7h30	15	205	1 538	37h30	7h30	15
HL1	207	1 554	37h30	7h30	15	205	1 540	37h30	7h30	15
HL2	Pas de personnel concerné					208	1 540	37	7h24	12
HL3	205	1 554	37h55	7h35	17	203	1 539	37h55	7h35	17
HP1	192	1 536	38	8	18	190	1 520	38	8	18
HP2	200	1 540	38h20	7h40	20	198	1 525	38h20	7h40	20

Légende :
 J/an : nombre de journées travaillées par an
 H/an : nombre d'heures travaillées par an
 H/sem : nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine
 H/jr : durée moyenne d'un poste de travail quotidien
 Jr RTT : nombre de journées dites de réduction du temps de travail
 Nm : non mesuré
 Source : Drees, Document de travail, Série Études, n° 35, octobre 2003.

G.01 nombre de jours RTT par établissement



Source : Drees, Document de travail, Série Études, n° 35, octobre 2003.

1. Selon le nombre de dimanches et de jours fériés travaillés dans l'année, les agents ont droit à un certain nombre de jours de repos supplémentaires.

L'amplitude de la réduction

L'ampleur de la réduction du temps de travail n'est pas automatiquement de 10,25 %, c'est-à-dire de 4/39. En réalité, compte tenu du mode de décompte des jours travaillés, de l'incorporation de certains jours de congé déjà attribués, ou du fait que les durées hebdomadaires de travail n'étaient pas exactement de 39 heures, cette ampleur a été partout un peu

inférieure. Cette réduction peut s'apprécier de deux façons : l'une en nombre d'heures travaillées par an, qui correspond à la charge de travail assurée ; l'autre en nombre de jours travaillés par an, qui représente le nombre de fois dans l'année où les agents prennent le chemin de l'hôpital.

Ne sont reprises dans les graphiques 2 et 3 que les catégories d'agents en repos fixe, et en repos variables à plus de 20 DJF².

La détermination du temps de travail effectif

Au-delà des différences de volume d'heures prévues dans les accords, il est nécessaire de mesurer leur traduction en termes de temps de travail effectif.

Le protocole national stipulait que les temps d'habillage/déshabillage et de pauses, lorsqu'elles intervenaient, étaient inclus dans le temps de travail, mais que le temps de repas en était exclu, sauf quand les exigences de service imposaient à l'agent de rester sur place pour assurer la continuité du fonctionnement.

Ce point est un facteur essentiel pour l'organisation et le fonctionnement des services, tenus par ailleurs d'assurer la continuité des soins aux patients. Or, la réponse des hôpitaux a été différente selon les lieux, comme le montre le tableau 6.

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

C'est pourquoi, à côté du temps de travail effectif officiel, tel qu'il découle des accords signés, la dernière colonne du tableau fait apparaître un autre temps, calculé pour l'étude, sous la seule responsabilité des chercheurs, temps que l'on pourrait appeler « opérationnel » de l'agent dans le service, une fois décomptés les temps non opérationnels. Dans la plupart des cas, ce temps avoisine 7 heures par jour, tandis que dans deux cas il se situe en dessous (HL2 et HP2), pour les AS et ASH, et dans deux autres cas, il atteint les 7h30 (les agents sont de fait restés à 8 heures par jour).

L'aménagement du temps

Les discussions et négociations locales se sont aussi focalisées sur les marges d'initiative des salariés dans l'utili-

E•2

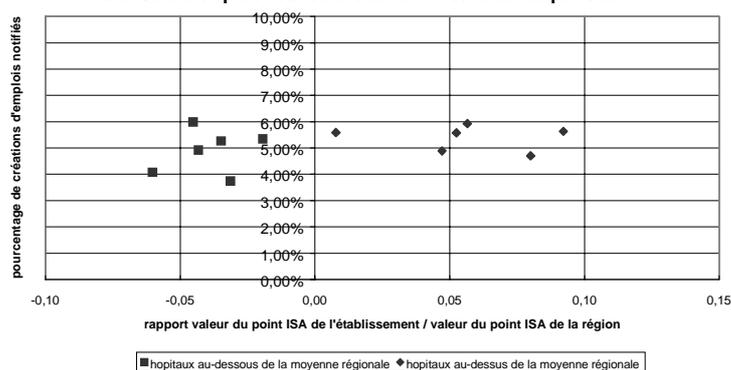
La répartition des emplois créés

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

Les hôpitaux se sont souvent vu confirmer assez tardivement, vers octobre ou novembre 2001 au mieux, parfois début 2002, leur dotation en effectifs supplémentaires, ce qui leur a rendu plus difficile de mettre sur pied de nouvelles organisations, et de négocier avec leurs partenaires syndicaux.

La distribution de l'enveloppe supplémentaire de 45 000 postes associée à la RTT n'a pas été utilisée pour opérer une réduction des inégalités entre hôpitaux plus ou moins bien dotés en matière de personnel, la logique de compensation ayant été privilégiée. Cette problématique n'a d'ailleurs pas été soutenue par les organisations syndicales qui auraient pu y voir un moyen d'améliorer les conditions de travail. Le graphique ci-dessous ne fait pas apparaître de corrélation, sur les dix-sept établissements examinés, entre le fait qu'un hôpital ait une valeur du point inférieure à celle de sa région (ratio inférieur à 1) et le fait qu'il reçoive une dotation supérieure en effectifs.

Créations d'emplois notifiées lors de la RTT et valeur du point ISA



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

Les créations d'emploi notifiées ont été étalées sur trois ans, de 2002 à 2004. Mais dès 2002, dans nombre d'hôpitaux, les recrutements réels diffèrent de ce qui était prévu dans les accords avec l'ARH. En effet, les directions ont essayé de jouer sur les crédits à leur disposition pour alléger les tensions au maximum, par exemple en mobilisant les crédits de remplacement, et d'heures supplémentaires, ou en jouant sur les niveaux de rémunération des différentes catégories pour augmenter les créations dès la première année. Mais elles signalent avoir buté sur des difficultés de recrutement concernant certaines catégories, notamment des infirmières, ainsi que sur la plus ou moins grande attractivité de certaines régions ou localités.

L'affectation des postes : une priorité aux services de soins

Les directions ont souvent cherché à privilégier les recrutements de personnels de soins, qui correspondent au cœur de leur activité. Dans les services de soins, plusieurs stratégies ont été mises en œuvre :

- la régularisation, pour les quelques hôpitaux qui n'appliquaient pas encore la réglementation des 35 heures pour le travail de nuit,
- le « saupoudrage », en divisant les postes au maximum pour rendre ainsi perceptible l'attribution de moyens supplémentaires,
- la concentration sur les services manifestement sous-dotés, afin de leur attribuer des postes en priorité,
- la mutualisation, où des pools ont été mis en place afin de remplacer les agents pendant leurs RTT.

2. Pour les autres catégories, se reporter au rapport complet : « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics », Drees, Document de travail, série Études, n° 35, octobre 2003.

sation des jours de RTT, ce qui a fortement conditionné leur avis sur la mesure. Ici, l'éventail des possibilités a été très large dans les accords : libre choix ou non de l'utilisation des jours, intégration ou non des jours dans un planning, régularité ou non dans leur positionnement, assimilation RTT-congés ou non, regroupement ou non des jours RTT.

Enfin, les accords signés ont repris les dispositions du compte épargne temps contenues dans le protocole national, en assouplissant parfois ses règles d'alimentation ou d'utilisation, et en renvoyant souvent à des textes ultérieurs. À l'époque où l'enquête a été réalisée, tous les textes n'étaient toutefois pas encore parus, et la circonspection était largement de mise à son égard.

LES OPINIONS ET JUGEMENTS EXPRIMÉS PAR LES ACTEURS

Les jugements exprimés par les agents et par les organisations syndicales début 2003 et recueillis lors de l'enquête avaient assez largement une tonalité négative. Rappelons tout d'abord que l'enquête avait été lancée à l'hiver 2002-2003, alors que la totalité du dispositif d'accompagnement de la réforme n'était pas encore mis en œuvre. En outre, nombre d'agents exprimaient depuis longtemps une insatisfaction quant à leurs conditions de travail. La plupart des discours recueillis insistaient donc, et souvent de façon marquée, sur les aspects défavorables du changement.

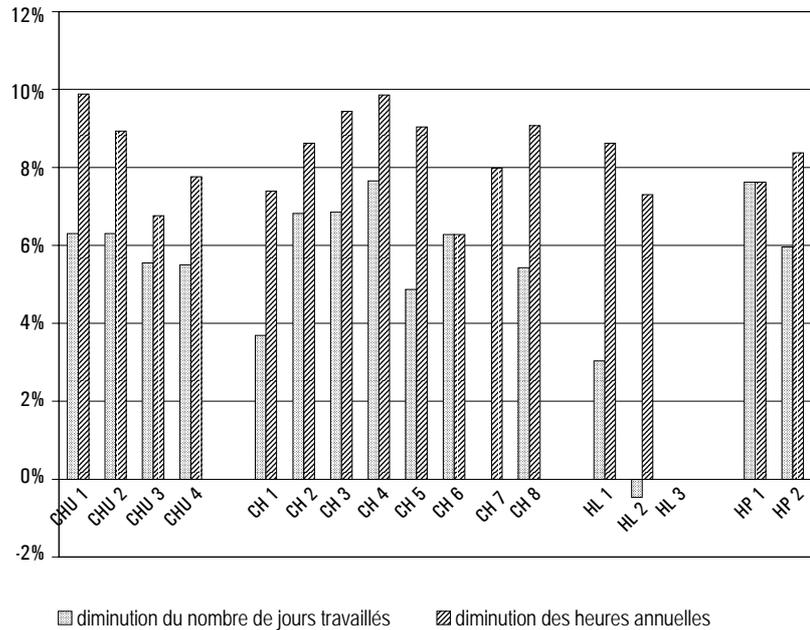
Nous nous efforçons de retraduire ici les opinions et avis recueillis auprès de plus de 750 personnes (une vingtaine dans les petits établissements, à plus de 60 dans les gros CHU). Les questions visaient à recueillir leur avis à la fois sur le temps libre dégagé par la réduction des horaires, sur les conditions dans lesquelles ils estimaient pouvoir en disposer et sur les impacts de cette réforme tels qu'ils les ressentaient dans leur travail quotidien.

L'emploi : des compensations en effectifs jugées insuffisantes

Le manque d'effectifs est de façon générale déploré par les agents et les organisations syndicales mais aussi parfois par les directions. L'étalement des créations de postes dans le temps (sur trois

G.02 agents en repos fixe variation de la durée du travail en jours et en heures

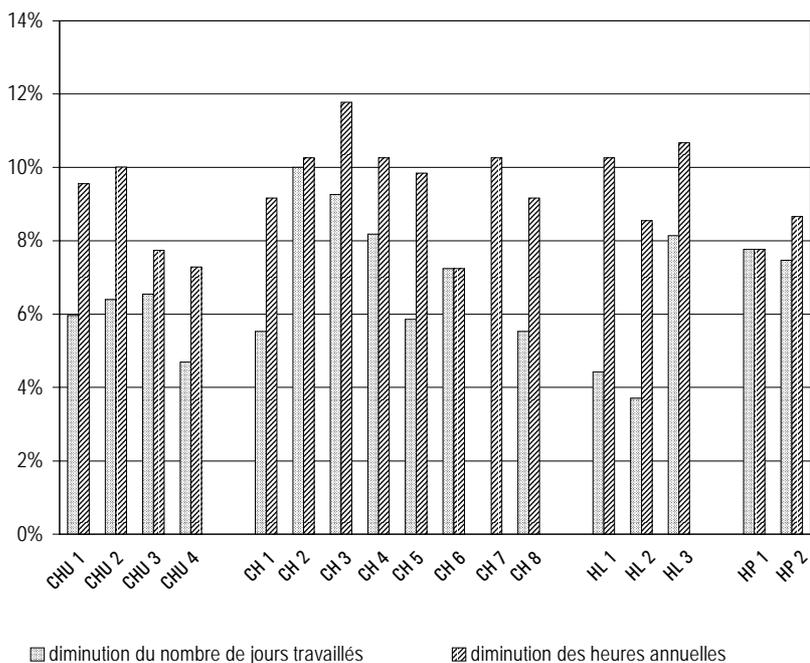
en %



Source : Drees, Document de travail, Série Études, n° 35, octobre 2003.

G.03 agents en repos variables (> 20 Di + JF) : variation de la durée du travail en jours et en heures

en %



Source : Drees, Document de travail, Série Études, n° 35, octobre 2003.

T
06

temps de repas, de pause, d'habillage déshabillage

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

* maximum du temps utilisable dans le service, selon les conventions retenues par l'auteur.
Source : Drees, Document de travail, Série Études, n° 35, octobre 2003.

8

ans) accentue cette impression, les agents étant censés bénéficier de tous leurs droits dès le 1^{er} janvier 2002, alors que les effectifs ne seront au complet qu'au 1^{er} janvier 2005 (encadré 2).

Ce jugement se fonde sur quatre éléments très souvent mis en avant :

- Au plan national, les 45 000 postes annoncés ne constituent qu'une compensation partielle de la réduction des heures travaillées (6 % environ comme pour les accords Aubry I), ce qui suscite des désaccords sur les gains de productivité susceptibles d'être réalisés.

- Au plan local, chaque hôpital a eu individuellement l'impression d'être victime d'arbitrages méconnaissant ses missions et ses mérites, les créations de postes attribuées à l'établissement étant par ailleurs mal connues des agents.

- Dans leur service, les emplois créés sont en effet parfois peu visibles pour les agents, l'établissement ayant ventilé les postes obtenus sur des services jugés prioritaires, ou mis sur pied des « pools » de remplacement.

- Enfin, les agents sont sensibles aux difficultés de recrutement, liées à la démographie professionnelle, dans un contexte où le nombre de postes offerts excède le nombre de candidats disponibles.

*Un impact jugé appréciable
sur les conditions de vie*

Globalement, du point de vue de leurs conditions de vie, les agents disent apprécier, sans manifester d'enthousiasme excessif, la diminution des heures de travail, ou plutôt l'octroi de jours de repos supplémentaires. Ils privilégient dans cette appréciation plusieurs éléments : l'égalité de traitement des différents personnels, la régularité des cycles, la visibilité des repos, la prévisibilité des jours de travail et de repos, la fiabilité de ces prévisions, la souplesse d'utilisation.

Le passage aux 35 heures est, en libérant du temps libre, d'autant plus apprécié qu'il se présente sous la forme de jours de congés supplémentaires, c'est-à-dire qu'il est visible, et ce quelle que soit la nature du service. L'utilisation du temps ainsi dégagé va d'après les personnels interrogés le plus souvent à des repos sans affectation particulière, bienvenus pour compenser l'intensification du travail ressentie par ailleurs. Les agents féminins mentionnent le desserrement de leurs contraintes ménagères, qui leur permet ainsi de dégager de vrais temps de repos familiaux.

Cela dit, beaucoup d'agents signalaient début 2003 que la réduction dont ils avaient bénéficié était encore partielle, puisqu'ils ne pouvaient pas prendre tous les jours auxquels ils ont droit, notamment en raison de problèmes d'effectifs.

- Les nouveaux horaires aménagés à la faveur de la RTT sont généralement appréciés : prise de poste du matin retardée, ou départ du soir avancé, comme dans les HL2, HL3, CH3. Les agents peuvent alors plus facilement s'occuper de leurs enfants, éviter des problèmes de transport, avoir une vie plus facile. Dans le CH5, la mise sur pied d'une crèche pour les enfants du personnel a permis de résoudre nombre de difficultés. Dans le CH4, la quasi disparition des horaires coupés (sauf le dimanche) a été vécue comme un net avantage.

- Certains se réjouissent en outre d'avoir de vrais plannings, établis longtemps à l'avance, sur lesquels ils peuvent se fonder pour organiser leur temps libre. La visibilité qui en découle est un facteur favorable d'acceptation des contraintes. D'autres au contraire mettent l'accent sur la rigueur qui en découle, le manque de souplesse, et ressentent comme une perte de liberté le fait d'être liés par des plannings plus contraignants qu'auparavant.

- L'institution d'une proportion de week-ends non travaillés est elle aussi généralement jugée comme une avancée.

Le respect strict de la réglementation, en revanche, n'est pas toujours accepté. Ainsi, dans certains établissements (CH6), on a gardé dans les plannings la possibilité de séquences où un poste du matin succède à un poste d'après-midi (séquences dites S-M), ce qui contrevient à la durée nécessaire de repos entre deux postes consécutifs. Cela présente néanmoins l'avantage de procurer des séquences inverses (dites M - S), qui, situées par exemple de part et d'autre d'un week-end, procurent trois jours de repos. D'autres (CHU1), l'ont interdit, ce qui au contraire crée des week-ends raccourcis, quand on termine sur un vendredi S pour recommencer sur un lundi M.

Le positionnement des jours de RTT suscite des avis variés, qui renvoient aux règles locales, et sont révélateurs des attentes des agents : quand la liberté de choix est totale (CH7, HP1, HL3), elle est très appréciée. De même, quand la programmation des jours de RTT est intégrée dans le planning de soins (CH2), leur existence est garantie ainsi que leur régularité. Les agents en ressentent les bénéfices et l'expriment en dépit d'une visibilité moindre. La programmation partielle des jours de RTT semble avoir été le cas majoritaire, les accords prévoient un nombre de jours à disposition de la direction (souvent intégré dans le planning), et un nombre de jours (en général inférieur) à disposition des agents.

Dès que des règles encadrent la prise des jours de congé de RTT (comme les possibilités de fractionner ou non les jours de RTT en demi-journée ou en heures, de les grouper ou pas avec des jours de congés annuels), des insatisfactions ont au contraire tendance à s'exprimer.

Dans l'ensemble, les agents regrettaient début 2003 que des réductions de temps de travail ne soient pas encore totalement effectives. Les conditions observées à la date de l'enquête ne leur permettant effectivement pas de prendre tous les jours auxquels ils avaient droit, ou les obligeaient à renoncer aux jours programmés (rappels en urgence pour pallier un absentéisme trop grand), ce qu'ils rattachent à des effectifs à leurs yeux insuffisants.

Les directions rencontrées font valoir de leur côté que la RTT de 2002 a constitué une avancée sociale, réalisée dans la confiance, et qu'elle a manifestement changé positivement la vie des salariés. Qu'il y ait des adaptations possibles, en fonction des variations de la charge de travail, ou des spécificités des services, leur apparaît naturellement possible. Les avantages introduits par la nouvelle réglementation l'emportent toutefois pour elles sur les inconvénients. Surtout, l'affichage de règles claires et précises au niveau national a permis selon elles d'éviter des discussions difficiles et sans fin sur le décompte des temps, ou la dé-

termination du temps de travail effectif, et d'aller plus vite dans les négociations.

Des conditions de travail ressenties par les agents comme plus difficiles

Les principaux reproches faits à la mise en place des 35 heures ont trait au domaine des conditions de travail en lien avec les jugements formulés sur le manque d'effectifs. Le sentiment général était ainsi, au début 2003, celui de conditions de travail sensiblement plus difficiles, que ne parviennent pas à équilibrer les avantages concernant les conditions de vie (encadré 3).

L'intensification du travail et le stress qui en résulte sont renvoyés à plusieurs causes : une durée des postes de travail

raccourcie, et donc une charge de travail plus lourde pour assurer le même volume de soins ou d'activité ; un absentéisme accru, dû aux journées de RTT à prendre, qui induit une intensification du travail pour ceux qui restent ; des effectifs jugés généralement insuffisants étant donné la charge de travail.

Les agents mettent surtout l'accent sur la diminution des temps de chevauchement, surtout dans les services de soins. La RTT a souvent entraîné une diminution de la période de recouvrement entre les postes du matin et de l'après-midi, ce qui est perçu comme un danger potentiel par les agents, l'encadrement et les médecins, et nuit à la possibilité de réunir l'ensemble des personnels.

E•3

Les nouveaux plannings : vers une autre organisation du travail

Dans les services de soins, les efforts d'organisation entrepris à l'occasion de la RTT ont constitué une opportunité pour tenter d'homogénéiser les pratiques et de standardiser les plannings. Les cadres se disent alors soulagés dans leur travail, et les agents se déclarent satisfaits par une plus grande visibilité de leur cycle de travail, et de leurs jours de repos.

Souvent, les cadres ont instauré des transmissions ciblées pour pallier la diminution du temps de relève, mais les agents y voient de nombreux inconvénients.

Dans plusieurs hôpitaux de l'échantillon (CHU1, CHU4, CH3, CH4, CH5, CH6, CH8, HL1, HL2), des pools de remplacement pour RTT ont été mis en place, à l'image de ceux créés pour l'absentéisme maladie. Avec des plannings homogènes, les agents de ces pools peuvent facilement passer d'un service à l'autre. Dans le CH6, la constitution des pools s'est faite par groupes de services proches (chirurgie, médecine, urgences et réanimation...), ce qui limite le nombre de services entre lesquels les agents du pool tournent. De plus, les services se voient attribuer un même agent pendant toute une semaine, ce qui permet à l'agent du pool de mieux s'acclimater, et au service de programmer l'équivalent de cinq jours de RTT différents dans la semaine. Enfin, le pool RTT est distinct du pool absentéisme, si bien que, quoi qu'il arrive, un jour de RTT programmé peut être pris, le remplacement étant assuré. Il s'agit là d'une garantie très appréciée des agents. En contrepartie de leur mobilité, les agents du pool bénéficient d'un avantage : ils ne travaillent jamais le week-end.

Les services médico-techniques ont des plannings assez identiques à ceux des services de soins. Mais ils respectent des plages d'ouverture déterminées, avec un système de gardes ou d'astreintes pendant les périodes (nuits et week-ends) où le service n'est pas ouvert. Il est en général plus facile de donner satisfaction aux agents, en termes de jours RTT, ou de taux de week-end travaillés.

Dans les blocs opératoires, le principal problème est celui de la coordination entre catégories de personnel dont la présence est nécessaire en simultané pour réaliser une intervention. Le cadre de bloc est donc maintenant amené à demander à l'avance aux médecins les dates de congés et d'absences de toutes sortes, de façon à programmer les RTT des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) et des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) en même temps.

Dans les services administratifs, techniques et logistiques, les organisations ont globalement respecté le protocole, tout en s'en émancipant partiellement. L'horaire affiché est par exemple à 37,5 heures par semaine, et 15 jours de RTT, mais la semaine de 37,5 heures n'est obtenue qu'en moyenne, via une semaine de 39 ou 40 heures, et des repos compensateurs. Ceci laisse la possibilité aux agents de bénéficier de week-ends prolongés, ou de placer leurs repos de façon plus souple, ce qui aide à faire face à l'intensification du travail. La différence par rapport aux services de soins, plus contraints par leur planning apparaît ainsi clairement. Il est en particulier frappant de constater que les discours recueillis auprès des agents des services techniques sont moins défavorables que ceux des agents des services de soins.

Les enquêtés déclarent à cet égard qu'il est difficile d'assurer les transmissions d'informations entre équipes concernant tous les patients hospitalisés. Des transmissions dites ciblées et sectorisées (mini-réunions entre agents de même secteur pour parler uniquement de leurs patients) ont donc été instaurées, concentrées sur les éléments immédiatement indispensables, le reste étant renvoyé au dossier écrit. Mais les agents regrettent de ne plus être au courant de ce qui concerne l'ensemble des patients, alors qu'ils manquent de temps pour aller revoir le dossier écrit.

Selon les agents interrogés, cette situation ne laisse en outre pas de place suffisante aux contacts personnels entre équipes, qui contribuent à créer esprit de service et convivialité dans le fonctionnement collectif. Des tensions peuvent alors se développer.

Les salariés déclarent aussi souvent « déborder » d'une durée comprise entre 10 et 15 minutes en moyenne, suffisamment modeste pour ne pas être enregistrée, mais dont la répétition régulière leur donne l'impression d'être lésés.

La qualité des soins et du travail

Les agents interrogés disent également ne plus pouvoir assurer la qualité de leur travail dans les mêmes conditions qu'auparavant. Ils estimaient en effet souvent début 2003 que les effectifs prévus sont à un niveau garantissant tout juste la sécurité, qu'ils restent parfois seuls pour plusieurs secteurs, notamment aux extrémités de la journée en cas d'horaires décalés (CH4), et qu'ils sont souvent obligés de courir d'un malade à l'autre, au risque de « mal faire ».

Les opinions et avis sur l'organisation instaurée ne s'appuient toutefois que très rarement sur des considérations directement liées aux malades. Il est vraisemblable que ces considérations sont tellement ancrées dans l'esprit des personnels qu'elles sont restées implicites, mais leur explicitation aurait permis de vérifier qu'elles ont bien été prises en compte. Dans un seul cas est mentionné

un effet bénéfique pour les patients : dans le HL3, le recul de la prise de poste du matin fait que l'on ne réveille plus les patients à 5 heures pour leur prendre la température, mais seulement vers 6h30. De même, alors que les établissements ont de nombreuses fois mentionné le fait qu'ils étaient ouverts sur l'extérieur, insérés dans des réseaux, partenaires avec d'autres établissements, ces éléments ne sont pas apparus dans l'explication des changements d'organisation. Les paramètres pris en compte, et les avis ou jugements qu'ils suscitent dans l'enquête, semblent à cet égard avoir pris exclusivement pour base la situation des personnels en poste dans les différents services de l'hôpital.

Le point de vue d'autres acteurs : cadres, direction, médecins et organisations syndicales

Les cadres font surtout valoir que la mise en place de la RTT a demandé un travail important, dont ils ont retiré des satisfactions, essentiellement liées au travail de réflexion accompli : les formations, l'analyse des situations de travail, et la participation aux instances locales de réflexion et aux groupes de travail ont représenté un enrichissement de leur connaissance du fonctionnement hospitalier.

La réflexion sur les cycles et les plannings leur a permis d'aboutir à des plannings de base ayant vocation à être répétés, ce qui les libère ensuite de l'élaboration permanente des roulements et des contestations fréquentes.

Ces aspects positifs ont pourtant leurs revers. Le temps passé sur la RTT leur a semblé hors de proportion avec les résultats obtenus : ils regrettent souvent l'accroissement de la charge de surveillance du temps de travail et des plannings, et leur position souvent inconfortable « en porte-à-faux entre médecins et agents, entre direction et syndicats ». Certains ont eu l'impression d'avoir été mis à l'écart, voire peu soutenus par leurs directions, soucieuses avant tout du succès des négociations sociales.

Pour ce qui concerne leurs propres horaires, les cadres ont massivement opté pour le régime du forfait à 20 jours de RTT, qui leur semblait plus réaliste que celui du décompte d'heures, même s'ils ne parviennent pas à prendre ces jours en totalité. Ils craignent toutefois de se trouver en retrait par rapport à l'encadrement de l'activité des agents ou à la réflexion sur le fonctionnement et l'organisation du service. Enfin, ils perçoivent beaucoup plus que les autres agents les difficultés de coordination, voire la compétition entre services.

Les directions rencontrées début 2003 mettent quant à elles l'accent sur deux aspects : d'abord, l'opération de RTT n'est pas achevée et l'accent doit continuer à porter sur l'organisation du travail et la qualité des soins. L'idée est de travailler sur des aspects transversaux encore laissés en jachère, comme les procédures de sortie des patients, l'organisation de pools de brancardage, les consultations, ou les blocs opératoires. Plusieurs hôpitaux (CHU1, CH6, CH8) signalent que la masse des informations recueillies lors de l'état des lieux livre une représentation des services qui n'a pas fini d'être exploitée, et qui mériterait de l'être davantage.

Les directions étaient aussi début 2003 en attente de la mise en place de la RTT médicale, susceptible de provoquer une nouvelle remise à plat des organisations (encadré 3). Elles formulent à cet égard des inquiétudes sur les problèmes liés à la démographie des professionnels, l'absentéisme ainsi que la diminution de l'activité ou de l'offre de service.

Enfin, et surtout, leur grande préoccupation concernait début 2003 les moyens budgétaires qui leur sont alloués, nombre d'établissements étant dans une situation financière tendue, avec des déficits ou des reports de charges d'une année sur l'autre.

Pour les médecins rencontrés, il paraît difficile de revenir sur la RTT, mais il leur semble nécessaire de l'aménager, notamment en se penchant sur l'organisation des soins, probablement à la faveur

de la mise en place de la RTT médicale. Concernant la RTT des agents, peu se sont impliqués vraiment dans les réflexions, ils ont globalement laissé les directions mener les opérations, dont ils perçoivent les effets induits. Selon eux, la RTT ne s'est pas trop mal passée et les quelques difficultés de départ se sont aplanies. Mais à terme, le problème de fond reste celui des capacités, dans la mesure où ils craignent des répercussions sur l'activité non pas tant dans les unités d'hospitalisation que dans les plateaux techniques, blocs opératoires, consultations et urgences par exemple (encadré 4).

La RTT des médecins n'a pas directement été intégrée dans la réflexion initiale, et il n'y avait pas au moment de l'enquête de modalités explicitement définies pour sa mise en œuvre. Selon les médecins rencontrés, c'est toutefois une attente croissante, notamment pour les jeunes générations. Sa mise en œuvre en 2003 leur apparaît ainsi comme un problème du fait de l'ampleur des difficultés à résoudre (repos de sécurité, organisation des gardes) et des difficultés de recrutement.

Pour les organisations syndicales signataires, l'appréciation est enfin plutôt positive, mais nuancée. Elles s'attachent à vérifier que les conditions concrètes de la RTT aboutissent à un avantage pour les salariés, que les engagements contenus dans les accords soient respectés, que les contraintes ne soient pas trop fortes par rapport à la souplesse souhaitée par les agents, et que les affectations des emplois à venir correspondent le mieux possible aux besoins des services. Pour les non signataires, la vigilance est grande sur ces mêmes points.

E•4

Le problème des amplitudes de services

Les acteurs ou agents interrogés début 2003 ont plusieurs fois mentionné des réductions d'activité qui seraient engendrées par des fermetures de lits dans les services cliniques. Les éléments recueillis semblent confirmer cette appréhension, mais il n'existe pas à l'heure actuelle de recensement exhaustif et fiable sur le sujet.

Dans les services non continus, l'étude a souvent observé une réduction des amplitudes d'ouverture, sans forcément d'incidences pour les patients. Ceci vaut en particulier :

- pour l'imagerie, où certains postes ferment plus tôt,
- pour les laboratoires ou des examens ont été renvoyés vers l'extérieur,
- pour les consultations avec des amplitudes d'ouverture, contractées,
- pour les blocs opératoires où des jours « bleus » ont été prévus, c'est-à-dire sans intervention programmée.

Cela semble s'être parfois traduit par un allongement des délais de rendez-vous, par une attente dans le rendu des résultats et par l'externalisation de certains examens, avec un élargissement des problèmes souvent rencontrés pendant les périodes de vacances (fermetures temporaires de lits).

La même problématique a été signalée tant dans les services administratifs que dans les services techniques.

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

Les organisations signataires estiment de plus que les services sont bien entrés dans la dynamique des constats et des scénarios, moyennant beaucoup d'efforts et de travail, aboutissant à des constats intéressants. Mais dans certains cas (CHU1), elles regrettent que l'information ait manqué de transparence, et que le protocole n'ait pas été réellement négociable.

*

*

*

Il semble donc au bout du compte, qu'au début de l'année 2003, c'est-à-dire environ un an après sa mise en place, la

RTT se situait encore dans une phase transitoire.

À cette date, la RTT semblait avoir bien pris en compte la demande sociale, en permettant d'accorder aux agents davantage de temps libre, mais cela semble s'être dans un premier temps opéré au détriment des conditions de travail, et avec des problèmes non résolus dans la logique organisationnelle de fonctionnement de l'hôpital.

Les organisations ne semblaient toutefois pas à cette époque encore vraiment stabilisées, et des efforts se sont poursuivis pour élaborer des schémas de fonctionnement nouveaux, qui mériteront d'être à nouveau analysés dans l'avenir, ainsi que les outils de gestion à mettre en œuvre.

Ces prolongements d'analyse devront également prendre en compte la réduction du temps de travail des personnels médicaux, intervenue depuis. ●

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

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication

Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopie : 01 40 56 80 38

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- des revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« L'État providence nordique »

n° 4, octobre - décembre 2003

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

derniers numéros parus :

« La microsimulation des politiques de transferts sociaux et fiscaux à la Drees :
objectifs, outils et principales études et évaluations », n° 3, juillet-septembre 2003

« Les revenus sociaux en 2002 », n° 4, octobre - décembre 2003

- des ouvrages annuels :

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

Comptes nationaux de la santé

Comptes de la protection sociale

- et aussi...

STATISS, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr