

# La règle et la gestion. Contextes et usages de la dérogation des 12 heures de travail à l'hôpital public

Fanny Vincent

► **To cite this version:**

Fanny Vincent. La règle et la gestion. Contextes et usages de la dérogation des 12 heures de travail à l'hôpital public. La dérogation, le droit et le travail (XIXe-XXIe siècle), Chatefp, Sep 2018, Paris, France. pp. 69-78. hal-02433603

**HAL Id: hal-02433603**

**<https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-02433603>**

Submitted on 9 Jan 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Fanny Vincent**

Post-doctorante de sociologie au CREAPT, CEET, Conservatoire national des arts et métiers, chercheuse associée à l'IRISSO, Université Paris-Dauphine

### **La règle et la gestion.**

#### **Contextes et usages de la dérogation des 12 heures de travail à l'hôpital public**

L'hôpital public entretient un rapport complexe au temps de travail, oscillant, d'un point de vue historique, entre avancées et retours en arrière. Si la réduction de la durée du travail a toujours été présentée comme un progrès pour les salariés et tout particulièrement pour les soignantes, à l'instar de l'ensemble du monde laborieux, le maintien d'horaires de travail à rallonge, voire l'extension des horaires, constitue un invariant historique. Dernière grande réforme de réduction du temps de travail en date, les 35 heures (lois de 1998 et 2000) manifestent ce paradoxe. D'une part, la réforme consacre la plus importante baisse de la durée du travail depuis 1936 (-10 %), quand, d'autre part, elle inscrit dans le droit la possibilité pour les chefs d'établissement, sous certaines conditions, de faire travailler des agents 12 heures d'affilée. Prévue par l'article 7 du décret du 4 janvier 2002 relatif à la réduction et à l'aménagement du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, cette disposition est une dérogation à la durée maximum de travail de 9 heures de jour et de 10 heures de nuit. Au niveau national, ces amplitudes horaires concerneraient aujourd'hui environ 11 % des agents non-médicaux des établissements publics de santé et près de 80 % d'entre eux auraient mis en place de tels horaires pour une partie de leur personnel<sup>1</sup>, cela de manière pérenne. Ce chiffre de 11 % cache toutefois d'importantes disparités. Ce sont avant tout les sages-femmes, les infirmières spécialisées, les infirmières et les aides-soignantes qui travaillent avec ces horaires atypiques. De plus, certains hôpitaux comptent moins de 5 % de leurs soignantes en 12 heures, quand d'autres en dénombrent parfois plus de 70 %.

D'où vient cette situation ? Que se passe-t-il donc en 2002 qui fonde l'inscription de cette dérogation des 12 heures dans le droit ? A quel contexte répond-elle ? Il s'agit aussi de s'interroger sur le sens que revêt aujourd'hui cette dérogation au regard des chiffres mentionnés et de l'ampleur des recours à cette disposition. Je souhaite ici montrer qu'un retournement s'est produit ces dernières années dans l'usage qui est fait de cette dérogation. Répondre à ces questions et étudier ce retournement implique de revenir d'abord sur les conditions d'émergence de celle-ci et sur son inscription dans le droit (I). Il me semble que la perspective historique permet le mieux de problématiser la situation actuelle, c'est-à-dire de montrer comment elle a été produite et comment elle s'est transformée. Cela facilite l'appréhension des ressorts du développement actuel de ces horaires atypiques du point de vue du droit du travail, des usages et mésusages qui en sont faits dans le contexte de pression gestionnaire de l'hôpital public (II).

D'un point de vue méthodologique, je m'appuie sur les résultats d'une thèse de sociologie consacrée au développement de ces horaires dérogatoires à l'hôpital et je me base plus spécialement sur le travail d'enquête historique mené pour comprendre comment avait émergé et avait été négociée la dérogation des 12 heures. Celui-ci consista d'abord en l'analyse d'archives administratives et d'archives syndicales. Le premier type d'archives étudiées comprenait, d'une part, les archives du ministère de la Santé se composant des dossiers versés sur la question du temps de travail par l'ancienne Direction des Hôpitaux et actuelle Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé, et, d'autre part, les procès-verbaux des dernières années de plusieurs instances représentatives du personnel de deux hôpitaux enquêtés : leur comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail (CHSCT) et leur comité technique d'établissement (CTE). Concernant le second type d'archives, syndicales, il s'agissait de celles de la CFDT (où je n'ai pu accéder qu'aux journaux mensuels de la Fédération Santé sur la question des 35 heures) et surtout de celles, non classées, de la Fédération Santé de la CGT. Ces dernières ont permis d'appréhender la richesse des négociations de la réforme des 35 heures entre le

---

<sup>1</sup> ATIH, *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2014*, 2016.

ministère du Travail et de la Santé et les différents syndicats. Cependant c'est la dizaine d'entretiens réalisée avec les acteurs de l'époque – des hauts fonctionnaires et des syndicalistes ayant négocié les 35 heures sur la période 2000-2002 – qui a apporté le plus d'éléments sur le déroulé des événements et les logiques d'émergence de la dérogation des 12 heures. Cet article mobilise en outre une enquête qualitative d'une cinquantaine d'entretiens, réalisés avec des syndicalistes ainsi que des gestionnaires hospitaliers : directeurs d'hôpital et cadres de santé au niveau local des établissements, acteurs réformateurs-gestionnaires de l'hôpital public formant une « nébuleuse réformatrice » au niveau national (hauts fonctionnaires, consultants, associations de directeurs hospitaliers, membres d'agences hospitalières...).

Je laisse ici volontairement de côté les positions des soignantes auprès de qui il a également été mené une cinquantaine d'entretiens. Leurs appropriations et réappropriations des 12 heures relèvent d'autres logiques que celles des gestionnaires hospitaliers dont il est impossible de rendre compte également dans sa complexité en l'espace de ce papier. Les souhaits, voire les demandes qu'une partie des soignantes exprime en faveur des 12 heures méritent en effet une analyse à part entière. Précisons simplement qu'à travers l'augmentation de leur durée journalière de travail (d'environ 7 h 30 à 12 heures), les soignantes voient parallèlement leur nombre de jours travaillés diminuer : à l'échelle d'un mois, ils passent de 20 à 12. Cela dégage un temps plus important pour leur vie privée et leur permet de mettre à distance l'hôpital. En effet, le « succès » des 12 heures auprès des soignantes ne peut se comprendre sans tenir compte de la dégradation des conditions de travail ces dernières années et de l'insatisfaction qu'elle suscite<sup>2</sup>. Pour autant, les diverses raisons conduisant une partie des soignantes à être fortement attachées aux 12 heures donnent, de fait, du poids aux usages que les gestionnaires font de cette dérogation.

## **I. Retour historique sur l'émergence de la dérogation des 12 heures**

### **1. Des écarts au droit du travail et une hétérogénéité des pratiques temporelles de travail constitutives du rapport au temps de travail à l'hôpital public**

Historiquement, l'institution hospitalière se caractérise par des écarts entre les pratiques des établissements et le droit, ainsi que par une lenteur à appliquer la législation et à se voir appliquer les évolutions sociales générales, et ce jusque dans les années 1960 – ces deux caractéristiques ne lui sont d'ailleurs pas propres.

Le processus législatif du temps de travail à l'hôpital est globalement décalé de celui de la société d'un point de vue général. Tout d'abord, l'hôpital n'est pas concerné par le droit général réglementant le temps de travail avant la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (époque du premier règlement retrouvé pour l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, l'AP-HP) alors qu'une loi interdit le travail du dimanche à partir de 1814 (abrogée en 1880) et que la législation limite la durée quotidienne à 10 et 11 heures en 1848. En 1936, alors que les travailleurs connaissent le « bond en avant des 40 heures »<sup>3</sup>, ces dernières sont instaurées à l'hôpital avec une durée d'équivalence de 45 heures (40 heures = 45 heures de présence). Cette durée d'équivalence est supprimée en 1939 au profit des 45 heures pleines, puis des 48 heures sous Vichy, puis c'est le retour aux 45 heures, alors qu'ailleurs, la durée légale de référence est de 40 heures. Celles-ci seront finalement décidées à l'hôpital en 1968, mais par circulaire. En 1991, l'hôpital est au contraire « en avance » : le ministère de la Santé instaure les 35 heures de nuit à la suite des mouvements sociaux

---

<sup>2</sup> Pour plus de détails, voir Fanny VINCENT, *Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail en 12 heures à l'hôpital public*, thèse de doctorat en sociologie, Paris Sciences et Lettres, 2016.

<sup>3</sup> Alain CHATRIOT, « Débats internationaux, rupture politique et négociations sociales : le bond en avant des 40 heures 1932-1938 », in Patrick FRIDENSON et Bénédicte REYNAUD (dir.), *La France et le temps de travail 1814-2004*, Paris, Odile Jacob, 2004, p. 83-108.

du personnel hospitalier. En 2002, de nouveau, les 35 heures sont appliquées à la fonction publique hospitalière avec retard, soit deux ans après le secteur privé ; c'est le dernier secteur où elles sont appliquées.

L'État reste en retrait des hôpitaux jusqu'à la fin des années 1960 et l'amorce d'une logique gestionnaire au ministère de la Santé<sup>4</sup>, peu concerné par ce secteur durant les années de guerres et de reconstructions. Les établissements hospitaliers, fortement autonomes, gèrent alors à leur manière la question du temps de travail de leurs agents. Par exemple en 1919, alors que la loi instaurant les 8 heures de travail quotidiennes concerne l'ensemble du monde laborieux, elle est appliquée à l'hôpital avec réticence et de manière très inégale, notamment en ce qui concerne les embauches, et certains hôpitaux ne l'appliquent même pas. Aux Hospices civils de Lyon, où le personnel d'encadrement des services reste largement religieux et peu revendicatif, les effectifs régressent même<sup>5</sup>. Au contraire, l'Assistance publique de Paris (APP) est le premier établissement hospitalier à instaurer la journée de 8 heures pour son personnel, se traduisant entre autres par une augmentation de moitié du personnel travaillant auprès des malades. À l'inverse, après la Seconde Guerre mondiale on continuera à l'APP de travailler 48 heures hebdomadaires, et ce jusqu'en 1966, alors qu'à cette époque ce sont les 45 heures qui sont légalement en vigueur à l'hôpital et que de plus en plus d'établissements se rapprochent des 40 heures.

De manière générale, la construction de l'appareil législatif et normatif du temps de travail à l'hôpital public repose sur un processus laborieux marqué par des interprétations et des (non) applications multiples des règles définies au niveau national, conditionnées par les contextes et les rapports de force locaux. Au sein des hôpitaux, directeurs, cadres de santé (ou anciennement surveillantes) et syndicats jouent un rôle central dans la construction des normes de temps de travail<sup>6</sup>. Les pratiques des établissements et les régimes temporels de travail sont hétérogènes, et les hôpitaux demeurent des producteurs de normes.

À la fin des années 1990, cette hétérogénéité entre et dans les hôpitaux perdure. Au moment de la réforme des 35 heures, ce constat est réaffirmé tant du côté des hôpitaux, par la Fédération Hospitalière de France (FHF)<sup>7</sup>, que du côté du ministère, par le biais du rapport ROCHÉ<sup>8</sup>. Commandé par le ministre de la Fonction publique de l'époque, Émile ZUCCARELLI, dans le cadre de la négociation de la réforme dans les fonctions publiques, ce rapport relève « l'absence d'instrument de mesure homogène » et souligne que le temps de travail n'est pas « une préoccupation majeure » des établissements. Il constate par ailleurs que le cadre juridique est inadapté, incomplet et que la référence hebdomadaire n'a pas grand sens étant donné que les instruments de modulation des horaires sont nombreux et que les deux tiers des agents hospitaliers travaillent en horaires variables selon les semaines. Enfin, il observe des manquements au respect des durées maximales quotidiennes de travail et aux règles en matière de repos, notamment chez les sages-femmes et les infirmières de certains services qui travaillent des durées

---

<sup>4</sup> Renaud GAY, *L'État hospitalier. Réformes hospitalières et formation d'une administration spécialisée en France (années 1960-années 2000)*, thèse de doctorat en science politique, Université Grenoble Alpes. 2018,

<sup>5</sup> Christian CHEVANDIER, *L'hôpital dans la France du XX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Perrin. 2009,

<sup>6</sup> En 1919, c'est notamment l'action des syndicats à l'encontre de la direction de l'hôpital qui permet d'aboutir à une organisation en trois équipes de 8 heures par 24 heures réduisant réellement les durées travaillées. Cf. Christian CHEVANDIER, *Infirmières parisiennes. 1900-1950 : émergence d'une profession*, Paris, Publications de la Sorbonne, 2011, p. 66.

<sup>7</sup> Commission spécialisée personnel non médical, *Enquête « 35 heures »*, FHF, juin 1998. Consultée aux archives de la CGT Santé (non classées). Par ailleurs, Emmanuelle QUILLET, chargée des ressources humaines à la FHF, écrit notamment : « Non seulement ne trouve-t-on pas deux établissements dont les règles en matière de temps de travail soient identiques, mais encore peut-on douter de l'existence d'un langage commun entre les établissements, tant la compréhension même des concepts de base (le « travail », le « repos ») semble parfois divergente », *Revue de la Fédération hospitalière de France*, janvier-février 1999, p. 10.

<sup>8</sup> Jacques ROCHÉ, *Le temps de travail dans les trois fonctions publiques : rapport au ministre de la Fonction publique, de la Réforme de l'État et de la Décentralisation*, Paris, La documentation française, 1999.

de 10, 12 voire parfois 24 heures. L'un des objectifs initiaux de la réforme des 35 heures est d'ailleurs de parvenir à un accord-cadre sur le temps de travail permettant d'harmoniser ces situations et les pratiques des établissements, afin, notamment, de corriger ce qui apparaît être une iniquité entre les fonctionnaires<sup>9</sup>. L'idée est aussi celle d'une remise à plat de l'organisation des services pour dégager ce que le directeur des hôpitaux de l'époque qualifie de « gains de productivité »<sup>10</sup>, pour éviter au maximum les coûteuses créations de postes. Les durées de travail à rallonge de certains services sont également abordées.

## 2. La dérogation des 12 heures ou le maintien d'une souplesse d'organisation du temps de travail

Le texte du protocole d'aménagement et de réduction du temps de travail négocié en 2001 pour la fonction publique hospitalière – qui débouchera sur le décret du 4 janvier 2002 –, prend appui sur les lois AUBRY, les accords des autres fonctions publiques, les directives européennes ainsi que sur des études de cas d'établissements. Différentes durées de travail sont définies (durées hebdomadaire et annuelle de référence, pouvant être réduites selon certaines modalités de travail des agents : repos variable, travail de nuit, horaires alternants...), et l'organisation est prévue de manière variable sur des périodes de référence de plusieurs semaines dénommées cycles de travail. Les bornes horaires quotidiennes sont réaffirmées : 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour la nuit, 10 heures 30 d'amplitude en cas de travail discontinu. Mais c'est une situation paradoxale qui s'inscrit dans le droit. En réduisant le temps de travail et en le rendant plus malléable, plus flexible, l'accord entérine avant tout une réduction *globale* du temps de travail. Il maintient une flexibilité d'organisation du travail pour les établissements et consacre la possibilité d'augmenter ponctuellement le temps travaillé et de l'intensifier. La possibilité de travailler 12 heures d'affilée en est un dispositif, prévu cependant sous forme de dérogation. Sa formulation est le fruit d'un compromis.

Auparavant, lorsque la continuité du service « l'exigeait », certaines catégories de personnel pouvaient être amenées à effectuer une permanence dans l'établissement, autrement dit un service de garde dont l'amplitude maximale n'était pas définie. De ce fait, dans certains services techniques lourds et fortement médicalisés où le travail est peu programmé et où la part d'urgence est importante, nécessitant des temps de garde, certains agents travaillaient 12, 16, 24 voire 48 heures d'affilée. Il s'agit essentiellement des sages-femmes, des manipulateurs en électroradiologie et des infirmières spécialisées des services de réanimation, de gynécologie-obstétrique, des blocs opératoires ou des services d'urgences. Ces pratiques sont pourtant doublement illégales. D'une part, depuis 1982, la durée minimale de repos ininterrompu entre deux prises de travail a été définie à 12 heures pour les travailleurs de la fonction publique hospitalière. D'autre part, une directive européenne impose depuis 1993 un minimum de 11 heures de repos consécutif journalier à tous les travailleurs<sup>11</sup>. Par ailleurs, la réforme des 35 heures instaure un décompte du temps de travail en temps dit effectif, et y inclut les gardes. L'inscription de la borne dérogatoire des 12 heures maximales de travail se présente donc comme une mise en conformité officielle avec le droit. C'est aussi une demande de la part des syndicats qui, pour des raisons de sécurité (du travail et des soins), réclament un meilleur encadrement des durées de travail ayant cours dans ces services et une précision des motifs de dérogation et des agents concernés. A ce titre, la CFDT exige qu'une liste limitative des services autorisés à déroger soit fixée par arrêté

---

<sup>9</sup> Les négociations sont d'abord menées de manière commune aux trois fonctions publiques fin 1999 par Émile ZUCCARELLI, puis, devant l'échec des négociations, séparément pour chacune, en 2000-2001. La fonction publique hospitalière est la dernière à se lancer dans les négociations des 35 heures en signant un protocole d'accord en septembre 2001 et en sortant son décret d'application en janvier 2002 (alors que celui de la fonction publique d'État paraît dès août 2000). Diverses raisons, que nous ne détaillons pas ici, permettent de l'expliquer. Pour plus de précisions, voir Fanny VINCENT, *Un temps qui compte*, *op. cit.*

<sup>10</sup> Entretien avec Édouard COUTY, 15 septembre 2015.

<sup>11</sup> S'il existe des possibilités de dérogation à cette disposition, elles ne concernent pas les professions paramédicales.

ministériel. De son côté, la CGT demande que l'amplitude maximale de travail soit abaissée en dessous des 12 heures. À l'issue des négociations, le compromis avec le ministère s'établit finalement autour de la formulation suivante (qui sera transposée dans l'article 7 du décret de 2002) :

« Lorsque les contraintes de continuité de service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique paritaire, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée ne puisse dépasser 12 heures ».

La formulation ainsi retenue demeure ambiguë. D'abord, aucune définition n'est donnée des termes centraux que sont les « contraintes de continuité de service public ». Si la « continuité du service public » est plus ou moins traditionnellement entendue comme la nécessité d'assurer la continuité et la sécurité des soins 24 heures/24 par une offre de soins suffisante, rien n'est dit quant à la nature des contraintes visées : s'agit-il de tout type de contraintes organisationnelles (niveau des effectifs nécessaires, survenue d'un événement exceptionnel, nature du travail réalisé...) ? Cela inclut-il les contraintes financières ? Le sens du verbe « exiger » et le caractère « permanent » de ces contraintes sont aussi particulièrement ambigus et ouvrent la possibilité de multiples interprétations. De ce fait, l'article est immédiatement dénoncé par une partie des syndicats. La CGT s'inquiète de la facilité qu'auront les directeurs à utiliser cette dérogation étant donné le caractère flou et lâche des motifs à fournir, ainsi que la faiblesse des garde-fous prévus. Le comité technique d'établissement ne rendant qu'un avis, le syndicat craint surtout l'usage managérial que pourront en faire les directeurs qui chercheraient à « répondre à une nécessité de mettre moins de monde à travailler (notamment le weekend) »<sup>12</sup>. Il dénonce ainsi le risque d'une « institutionnalisation du travail en 12 heures »<sup>13</sup>. La CFDT souligne pour sa part la nécessité de « rester vigilant » eu égard à la limite des 12 heures. Selon l'ancien secrétaire général de l'UNSA ayant participé aux négociations, « tous les syndicats étaient opposés à cette notion de travail en 12 heures », mais l'accord se serait finalement fait de manière « tacite avec le gouvernement pour qu'on le laisse passer pour les sages-femmes. Seulement les sages-femmes »<sup>14</sup>. Ce qui est convenu demeure donc implicite entre les syndicats et le gouvernement et la dérogation reste rédigée de manière large, sans référence aux cas particuliers qu'elle visait.

Si pour les syndicats c'est la sécurité qui justifie d'encadrer les pratiques des hôpitaux, du côté du ministère de la Santé, c'est l'aspect organisationnel qui est avant tout mis en avant, comme le relate aujourd'hui l'ancien directeur des Hôpitaux du ministère qui a mené les négociations : « c'était vu comme ça : comme une modalité d'organisation. On l'a mis dans l'accord national pour que les accords locaux [des hôpitaux] qui le prévoient ne soient pas contre »<sup>15</sup>. Loin de réguler des pratiques abusives au regard du droit du travail, le ministère légalise en fait certaines organisations ayant cours dans les hôpitaux sans les remettre fondamentalement en question. Tout en donnant aux syndicats l'impression de mieux encadrer les durées de travail en vigueur, cette dérogation permet, de fait, par l'ambiguïté qu'elle instaure, de laisser la possibilité aux hôpitaux de maintenir leurs pratiques de travail en 12 heures dans les services qui les pratiquaient déjà, voire de déroger plus largement pour les autres grâce à un important espace d'interprétation. C'est ainsi que l'on constate aujourd'hui la multiplication des services et des agents hospitaliers travaillant de manière pérenne en 12 heures, le plus souvent sans référence aux motifs légaux la justifiant, alors qu'ils n'étaient initialement pas concernés par la dérogation : des services de chirurgie, de médecine interne, de gériatrie, etc., mais aussi des infirmières, des aides-soignantes, des agents de service, des brancardiers, des ambulanciers ou des agents chargés de la sécurité incendie. Ce mouvement est révélateur de la commodité du dispositif.

---

<sup>12</sup> Archives de la CGT (non classées).

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> Entretien avec l'ancien secrétaire général de l'UNSA Santé, 27 juillet 2013.

<sup>15</sup> Entretien avec Édouard COUTY, 15 septembre 2015.

## II. Une dérogation pratique

Au-delà de la volonté de remettre à plat les organisations de travail, la réforme des 35 heures constitue également un point de basculement dans l'histoire du temps de travail à l'hôpital. Celle-ci mérite que l'on s'y attarde dès lors que l'on souhaite comprendre le « succès » des 12 heures chez les gestionnaires hospitaliers aujourd'hui.

### 1. Un certain rapport au temps de travail à l'hôpital public constitutif du « succès » des 12 heures auprès des gestionnaires

Tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, les réductions du temps de travail successives ont reposé sur un double mouvement cherchant à la fois à reconnaître et à diminuer la pénibilité du travail soignant, c'est-à-dire à améliorer les conditions de travail *et* à limiter voire réduire les coûts liés au personnel. Cela s'est traduit par une attention accrue sur l'organisation du travail et ses implications financières, augmentant à mesure que l'hôpital public devenait un objet de gouvernement et une affaire d'État. C'est toutefois dès le début du siècle que le temps de travail et son contenu ont été un point de focalisation et un outil privilégié pour optimiser la productivité des soignantes. Les 8 heures de travail en 1919, le passage effectif aux 40 heures dans les années 1960, les horaires de travail dits « assouplis » ou « à la carte » dans les années 1970-1980... : ces modalités horaires ont été pensées comme devant permettre de résoudre ce double problème des conditions de travail et des dépenses. Tout au long du siècle, rationaliser l'organisation du travail signifie identifier les temps morts, de flânerie, les temps de sureffectifs et de mauvaise répartition de la charge de travail.

Même si, dans les faits, ce mouvement de rationalisation se poursuit et s'intensifie après la réforme des 35 heures, à partir de 2002, l'idée même de réduction du temps de travail se retrouve discréditée et formulée comme un problème par une partie de la classe politique, et par une « nébuleuse » d'acteurs réformateurs<sup>16</sup> s'appuyant sur les savoirs gestionnaires et gravitant autour de l'État : Agences Régionales de Santé (ARS), Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (ANAP) – travaillant de concert avec des cabinets de consultants –, Cour des comptes et chambres régionales des comptes, Fédération Hospitalière de France, associations professionnelles de directeurs d'hôpital. Tous partagent un même rôle de gendarmes financiers et de promoteurs des logiques gestionnaires dans les hôpitaux. A travers leur discours transparaît l'idée que le temps de travail constitue un « gisement de performance » que les directeurs et les cadres de santé dans les hôpitaux se doivent d'investir pour réaliser des économies. Dans ce contexte, largement influencé par la pression des réformes gestionnaires visant à rendre l'hôpital « efficace » et moins coûteux<sup>17</sup>, les organisations de travail dérogatoires en 12 heures retiennent l'attention des acteurs de cette nébuleuse réformatrice, qui les considèrent « efficaces » à de multiples égards.

Comment cela se traduit-il concrètement ? Depuis une dizaine d'années, les références voire les recommandations de travail en 12 heures se multiplient dans les rapports publics et les prises de position de ces acteurs réformateurs. Dépeintes tantôt comme une « marge de manœuvre » permettant d'atteindre « l'efficacité » encore trop faiblement déployée, et tantôt comme une réponse à des problèmes organisationnels, ou préconisées dans le cadre de « plans de retour à l'équilibre », les 12 heures sont

---

<sup>16</sup> Christian TOPALOV (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France 1880-1914*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1999.

<sup>17</sup> Voir notamment : Hugo BERTILLOT, *La rationalisation en douceur. Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital*, thèse de doctorat en sociologie, IEP de Paris 2014 ; Pierre-André JUVEN, *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, Paris, PUF, 2016 ; Nicolas BELORGEY, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public » à l'hôpital*, Paris, La Découverte, 2010 ; Frédéric PIERRU, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2007.

présentées comme une organisation pratique permettant de concilier « performance » économique et gestion sociale. Derrière ces raisonnements se trouve d'abord l'idée que les 12 heures permettraient d'économiser du temps de transmission entre les équipes soignantes et de réduire mathématiquement le nombre de soignantes nécessaires pour faire fonctionner le service : deux équipes en 12 heures de jour et de nuit par 24 heures, au lieu de trois équipes en 7 h 30 de matin et d'après-midi et 10 heures la nuit<sup>18</sup>. Reste cependant la nécessité d'assurer le passage de consignes entre deux équipes. Celle-ci implique qu'au moins l'une des deux reste au-delà des 12 heures, c'est-à-dire au-delà du temps autorisé par la dérogation. Pour les réformateurs, ces organisations en 2x12 heures seraient particulièrement pertinentes pour les hôpitaux de jour ou les services de dialyse qui ne travaillent qu'en journée et où il pourrait tout simplement être économisé une relève entre les équipes de matin et d'après-midi. Cela serait également intéressant pour des services d'urgences ou de blocs opératoires où la relève se fait plus rapidement qu'ailleurs, étant donné la vitesse avec laquelle les patients entrent et ressortent. Pour d'autres services, tels que la réanimation où la prise en charge des patients requiert une grande vigilance, les 12 heures seraient porteuses d'une meilleure qualité de service et d'une plus grande sécurité des soins. Du fait d'une seule rotation d'équipes par 24 heures, les réformateurs considèrent que les informations échangées seraient plus fiables et que le risque d'en perdre une partie serait limité. Selon cette logique, multiplier les transmissions équivaudrait à multiplier les occasions d'oublier de dire des choses – ce qui, il faut le préciser, traduit une profonde méconnaissance du travail soignant. Enfin, le travail en 12 heures permettrait une meilleure continuité des soins, favoriserait la synchronisation des temps de travail médicaux et soignants, et participerait, « dans un contexte de forte contrainte financière, d'une gestion plus efficiente des moyens en personnel » (selon le communiqué d'une association de directeurs).

Le fait qu'il constitue un dispositif dérogatoire au droit du travail apparaît ainsi largement secondaire dans les discours de ces acteurs. L'ambiguïté de la formulation de la dérogation et la souplesse qu'elle permet favorisent ainsi des usages managériaux du droit, que l'on retrouve dans les hôpitaux.

## 2. Des usages managériaux au quotidien

Dans leur pratique, les directeurs et les cadres de santé des hôpitaux peuvent être considérés comme des « intermédiaires du droit »<sup>19</sup> : ils utilisent et manipulent les règles juridiques au quotidien dans leur travail, et sont chargés de mettre en œuvre le droit. Ce rôle et cette fonction d'intermédiation du droit qu'ils remplissent sont orientées par leur pouvoir, leurs ressources, leur identité professionnelle. La doctrine, les valeurs et les intérêts gestionnaires façonnent ainsi la manière dont ils interprètent et appliquent la dérogation sur les 12 heures de travail. De fait, dans leurs usages, ce dispositif apparaît moins comme un dispositif dérogatoire de droit du travail que comme un véritable outil dominé par des impératifs managériaux et stratégiques, que directeurs et cadres mobilisent selon les situations pour, entre autres :

- dégager des gains financiers et organisationnels afin de réduire la masse salariale ou de gérer le manque de personnel, selon que l'on se place respectivement du point de vue des directeurs ou des cadres. Cela passe essentiellement par la non-comptabilisation du temps de transmission réalisé par les soignantes au-delà des 12 heures.
- accroître les amplitudes d'ouverture de certains plateaux techniques, pour favoriser une augmentation d'activité et un positionnement stratégique de l'hôpital sur certaines activités ;

---

<sup>18</sup> On peut d'ailleurs souligner ici que ce ne sont pas les 12 heures en soi qui sont intéressantes : les calculs montrent en effet qu'une organisation en trois équipes en 7 heures-7 heures-10 heures est plus économe en masse salariale qu'une organisation en deux équipes en 2x12 heures.

<sup>19</sup> Jérôme PÉLISSE, *Le travail du droit. Trois enquêtes sur la légalité ordinaire*, mémoire d'habilitation à diriger des recherches en sociologie, IEP de Paris, 2014. Sur les circulations et les croisements entre sociologie du travail et sociologie du droit, voir aussi id., « Travailler le droit : lectures et perspectives sociologiques », *Revue française de sociologie*, vol. 59, janvier-mars 2018, p. 99-125.



- gérer avec plus d'aisance l'organisation des plannings et l'absentéisme des soignantes, grâce à des plannings plus simples à concevoir et un nombre de soignantes en repos chaque jour facilitant pour les cadres la tâche de trouver quelqu'un de disponible pour revenir travailler en cas d'absences ;
- attirer et/ou fidéliser des soignantes dans un environnement concurrentiel, surtout des jeunes, en leur proposant des plannings considérés attractifs, car comportant de nombreux jours de repos.

Globalement, les cas des différents hôpitaux enquêtés montrent une diversité des usages managériaux des 12 heures et du droit traduisant une réelle « managérialisation du droit », c'est-à-dire une mise du droit au service des objectifs gestionnaires de l'organisation<sup>20</sup>. Ils révèlent des directeurs et des cadres globalement tous en dehors des clous du droit, mais qui s'en accommodent d'une manière ou d'une autre, qui assument voire revendiquent des pratiques illégales, malgré parfois des réticences, des réserves ou des refus dans leur discours. Certains confient « [fermer] pudiquement les yeux » sur les dépassements des 12 heures. D'autres arguent que le droit est en tension avec l'évolution des aspirations des soignantes et les nécessités d'organisation des soins sur le terrain. D'autres encore militent ouvertement pour que le droit se mette en conformité avec les pratiques et n'hésitent pas à faire appel des recours en justice parfois déposés par des syndicats pour dénoncer des organisations en 12 heures jugées illégales.

La faiblesse des arguments juridiques avancés par certains directeurs et cadres se lit alors comme un désintérêt voire un irrespect à l'égard des dispositions légales. Or, comme l'analyse Jérôme PÉLISSE, c'est « la validité même des règles juridiques qui s'évanouit lorsque les acteurs non seulement ne s'y conforment pas, mais n'agissent plus en s'y référant, même lorsqu'il s'agit de les violer »<sup>21</sup>. Ce qui s'avère être largement des contournements du droit est en fait justifié et instrumentalisé par ces différents acteurs au nom du réalisme et du pragmatisme, principes devant primer sur tout dogmatisme. Le droit du travail que sont censés mettre en œuvre au quotidien directeurs et cadres est en effet plus ou moins ouvertement transgressé par tous au nom d'une normativité supérieure, celle des pratiques et de la réalité du terrain, comme s'il n'avait de validité que par sa visée instrumentale et lorsqu'il était conforme aux besoins et aux aspirations organisationnelles. Plus globalement, en plaçant pour que le droit s'aligne sur la « réalité » et la diversité des pratiques de soins, les directeurs et les cadres tendent à remettre en cause la supériorité même de la règle légale, rejoignant là la dynamique d'inversion des normes à l'œuvre dans le privé depuis plusieurs années.

Aussi, l'ampleur de ces recours à la dérogation contribue plus largement à un glissement normatif où travailler *maximum* 12 heures devient travailler *en* 12 heures. De fait, l'idée se répand qu'un dispositif dérogatoire constitue une organisation comme une autre et un outil pratique pour les hôpitaux, même s'il est dérogatoire. De ce fait, le rôle protecteur du droit se trouve mis à distance, en oubliant que les 12 heures ont en partie été définies comme une dérogation pour des raisons de santé et de sécurité. Le critère économique demeure le seul prisme d'analyse des conséquences potentielles des 12 heures. Lorsqu'elle est évoquée, la question de la santé des soignantes et de la fatigue que peuvent générer ces horaires atypiques reste essentiellement envisagée comme une « externalité négative », au sens que lui donne l'économie, c'est-à-dire comme un coût induit : celui des arrêts maladie, de l'absentéisme, du turnover, des invalidités et des reclassements, etc.

Cette dynamique de managérialisation du droit et de gestion des illégalismes assumée se trouve enfin justifiée et légitimée par le ministère de la Santé, qui reste globalement passif, refusant de condamner les

---

<sup>20</sup> Lauren B. EDELMAN, "Legal Ambiguity and Symbolic Structures: Organizational Mediation of Civil Rights Law", *American Journal of Sociology*, vol. 97, n° 6, 1992, p. 1531-1576; id., *Working Law: Courts, Corporations, and Symbolic Civil Rights*, Chicago, University of Chicago Press, 2016.

<sup>21</sup> Jérôme PÉLISSE, « La mise en œuvre des 35 heures : d'une managérialisation du droit à une internalisation de la fonction de justice », *Droit et société*, n° 77, 2011, p. 46, citant Max WEBER, *Sociologie du droit*, Paris, PUF, 1986.

retraductions qui en sont faites en pratique dans les hôpitaux. Si la Direction générale de l'Offre de soins accepte, sur pression syndicale, de réunir un groupe de travail sur les 12 heures au printemps 2014, elle refuse de modifier le droit et d'instaurer le moratoire que demandent Sud, FO, la CGT et l'UNSA le temps des travaux du groupe. Pour le ministère, l'idée est en réalité moins de savoir si les 12 heures sont néfastes ou non pour la santé et la qualité des soins que d'élaborer un « guide de bonnes pratiques » permettant d'identifier la meilleure manière d'instaurer les 12 heures.

Face à cette transformation silencieuse des normes de travail, les syndicats apparaissent comme des acteurs globalement isolés, renvoyés à des combats jugés idéologiques et rétrogrades, tant par les gestionnaires hospitaliers (acteurs de la nébuleuse réformatrice, directeurs et cadres) que par les soignantes dont une partie souhaite les 12 heures. À travers les stratégies d'opposition qu'ils déploient au niveau local dans les établissements, au niveau national au sein du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, ou devant les tribunaux administratifs que certains saisissaient, ils demeurent pourtant les principaux garants du droit et de « l'esprit des lois ». Le souhait des 12 heures manifesté par une part des soignantes complique considérablement leur tâche et agit comme un miroir grossissant des lignes de fracture et des enjeux du syndicalisme hospitalier aujourd'hui. Face au développement des 12 heures, l'action de toutes les organisations syndicales est tendanciellement traversée par plusieurs clivages, ou couples d'oppositions : une différence entre ceux qui refusent les 12 heures et ceux qui les acceptent, un écart entre leur discours et leurs pratiques de vote ou d'action, une fracture entre la ligne tracée au niveau national par la fédération et le niveau local, une opposition entre un pôle syndical radical (CGT, Sud, FO) et un pôle réformiste (CFDT, CFE-CGC). À travers les 12 heures, le syndicalisme hospitalier paraît ainsi affaibli par une tension entre son projet politique de lutte contre les réformes néolibérales nourrissant sa condamnation de la « généralisation » du travail en 12 heures en ce qu'elle contribue à un vaste mouvement de dérèglementation du travail et de dégradation de la santé et la demande sociale telle qu'elle semble s'exprimer dans un hôpital gestionnaire.

### **Conclusion : la règle face à la gestion**

Le cas de la banalisation du recours au travail en 12 heures est symptomatique d'un processus de managérialisation du droit se traduisant par une substitution des impératifs de gestion aux règles de droit (du travail). S'appuyant sur un instrument – la dérogation –, ce processus s'inscrit plus largement dans un contexte de « montée des illégalismes à l'égard du droit »<sup>22</sup>. Ici, c'est moins l'usage de la dérogation en tant que tel qui apparaît comme un illégalisme que les mobilisations extensives et abusives qui en sont faites par les réformateurs et les gestionnaires des hôpitaux, en s'émancipant parfois ouvertement du droit.

Or ces pratiques sont elles-mêmes favorisées par la manière dont a été historiquement formulée la dérogation, et ce à deux égards. D'abord, son inscription dans le droit en 2002 est le fruit d'un compromis reposant sur un accord implicite et non écrit entre le ministère de la Santé et les syndicats. Ensuite, l'énonciation adoptée pour la dérogation est large et ambiguë : elle laisse la place à des interprétations et des usages multiples, sans véritable garde-fou. En effet, au-delà des critères de « contraintes de continuité de service public » – lesquels demeurent relativement flous –, seule la consultation du comité technique d'établissement est requise : un avis négatif ne constitue pas une entrave à l'application de la dérogation.

Alors qu'elles ont été juridiquement définies comme une exception, les 12 heures s'avèrent donc en réalité un dispositif idéal pour les gestionnaires de l'hôpital. À cet égard, il fait l'objet de diverses promotions et recommandations de la part des réformateurs. Celles-ci ne sont toutefois pas sans

---

<sup>22</sup>Jérôme PÉLISSE, *A la recherche du temps gagné. Sens et usages sociaux des règles autour des 35 heures*, thèse de doctorat en sociologie, Centre d'Études de l'Emploi, Université de Marne la Vallée, 2004.

interroger le sens que revêt la notion de dérogation. Règle juridique d'exception, a priori claire et bien encadrée, elle autorise en fait de manière relativement aisée, de par son ambiguïté, des pratiques servant avant tout les préoccupations gestionnaires de l'hôpital et reléguant au second plan le respect du droit.