# Les temps de travail dans les hôpitaux en France et au Royaume-Uni

## *Des temporalités emboîtées*

*par Philippe Mossé (*) et James Arrowsmith (**)*

**Les auteurs mènent ici une analyse comparative de l'organisation du temps de travail du personnel soignant non-médecin en France et au Royaume-Uni. A une approche en termes d'effet sociétal, aujourd'hui classique, ils ajoutent la dimension de l'articulation des temps. Dans cette analyse, les temps du travail quotidien, la durée des contrats de travail, et les grandes lignes des réformes de la gestion hospitalière dans chacun des deux pays sont en interaction. La profusion des plannings, le développement du temps partiel, et la quasi-individuation des horaires de travail apparaissent comme des tendances communes, dans le cadre d'équilibres délicats entre flexibilité de la production de soins et qualité. Mais les horizons temporels de gestion à moyen terme, très différents, impartis aux hôpitaux français et anglais les conduisent à des politiques contrastées en matière de recours aux emplois stables et à durée déterminée.**

Dans les établissements de santé, la continuité du service constitue, en matière de temps de travail, une caractéristique et une contrainte essentielles. Les hôpitaux publics ou privés doivent organiser les roulements et les présences qui permettent que la qualité et la continuité des soins soit assurées vingt-quatre heures sur vingt-quatre et tous les jours de l'année. A cette contrainte s'ajoute une très grande diversité des missions et des fonctions. La plupart sont directement centrées sur la prise en charge individualisée des patients (accueil, diagnostic, prescriptions, soins, hébergement, etc.) mais d'autres sont plus collectives (maintenance, hygiène, enseignement, recherche, etc.). Pour réaliser ces tâches, un très grand nombre de professionnels ayant des formations, des métiers ou des statuts différents sont amenés à intervenir le plus souvent de façon synchronisée ou en tout cas fortement coordonnée. Le tout est formellement organisé autour de deux hiérarchies (médicale et administrative) auxquelles les réformes en cours tentent d'ajouter une hiérarchie soignante (notamment fondée sur la reconnaissance du travail spécifique des infirmières). L'homogénéité de cet ensemble *a priori* disparate est moins réalisée par le poids hiérarchique au sens strict que par le jeu de logiques professionnelles croisées (déontologie, " conscience professionnelle ", spécialisation des pratiques, etc.). Le tout est à la fois sous-tendu et légitimé par la priorité accordée au " confort du malade ".

Jusque dans le milieu des années quatre-vingt, les conflits d'intérêt ou de concurrence entre établissements, entre services ou entre professionnels, pouvaient être réglés par l'augmentation continue des moyens et des capacités. Celle-ci a été de fait spectaculaire. Aujourd'hui des compromis sont nécessaires qui s'appuient sur une rationalisation explicite. Certes elle ne met en péril ni le cœur de l'activité, ni son dynamisme, ni même une certaine forme d'hospitalocentrisme. Mais, en mettant exclusivement l'accent sur le contenu médical des séjours, les outils de gestion actuellement développés contribuent au repli de l'hôpital sur ses fonctions techniques. Il en résulte une intensification du contenu médical et paramédical des séjours (plus de prescriptions, d'actes de radiologie, d'analyses, etc.). Ainsi, bien que l'hôpital hésite à se transformer en " entreprise ", il tend à fonctionner selon un mode d'organisation qui

(*) Economiste, chargé de recherches au LEST/CNRS, 35, avenue Jules Ferry, 13626 Aix-en-Provence Cedex.

(**) *Research Fellow,* IRRU, *Industrial Relations Research Unit, Warwick University,* Coventry, CV 4 7 AL, Royaume-Uni.

rappelle en bien des points le " flux tendu " (FOULON, 1995).

L'objet de cet article (1) est de montrer comment et à quelles conditions ces dynamiques socio-économiques apparemment convergentes, sont en réalité dépendantes des contextes dans lesquels elles se déroulent. Au service de cet objectif, la gestion des temps de travail (durées, rythmes et contenus) est ici considérée comme un analyseur des logiques professionnelles, économiques et sociales qui sont à l'œuvre dans les hôpitaux. Au plan de l'approche et de la méthodologie, cet article défend et illustre une posture qui fait de l'étude de cas contextualisée le contrepoint nécessaire de l'analyse statistique. Au plan empirique cet article, d'une part, mobilise des statistiques officielles et, d'autre part, repose sur trois études de cas originales et sur l'analyse secondaire d'enquêtes nationales réalisées en France et en Grande-Bretagne (cf. encadré méthodologique) (2).

Le point de départ est que les contraintes économiques des établissements de santé français et britanniques sont *a priori* semblables. Dans les deux cas, la crise financière des Etats-providence alliée à l'augmentation irrésistible des dépenses de santé, leur rendement décroissant et d'autres phénomènes encore, rendent impérative une réorganisation du système de santé et singulièrement du système hospitalier. Dans les deux pays, cette réorganisation fut d'abord comptable, elle est aujourd'hui structurelle. Pour comprendre les méthodes choisies pour faire face à ces défis, il aurait été bon de rappeler que les fondations, bismarckienne pour l'un, beveridgienne pour l'autre, marquent encore profondément les structures des deux systèmes de santé et les changements qu'ils connaissent.

Dans le cadre de cet article ne seront qu'évoqués les contextes mouvants dans lesquels évoluent les établissements de soins. On verra ensuite que les contraintes nouvelles se traduisent, dans les deux pays, par une diversité croissante des formes d'emplois. Les arrangements, compromis et accords qui concrétisent cette flexibilité sont largement décidés au niveau local (de l'établissement ou du service) ce qui conduit à une quasi-individualisation des temps de travail. Dans une troisième partie il sera montré que les attendus et les limites de cette flexibilité sont déterminés par les temporalités de la régulation économique propres à chacun des contextes nationaux.

## Des contextes mouvants

En France, c'est parce que la bureaucratie professionnelle fondée sur la confrontation entre médecins et *managers* montrait ses limites et son incapacité à gérer la nécessaire restructuration, que l'Etat et ses services déconcentrés se sont trouvés légitimés pour se poser en nouveaux maîtres du jeu.

Au Royaume-Uni, c'est parce que l'Etat et l'administration étaient maîtres du jeu qu'ils ont été accusés de tous les maux dont souffraient le *National Health Service* (NHS). Avec la réforme, les contraintes sont toutes entières concentrées dans les règles d'un " quasi marché " dont les payeurs sont les acteurs dominants.

### Le cas français : des temps régulés

Depuis les ordonnances d'avril 1996, et leur mise en application progressive, l'ensemble des contraintes (macro, meso et micro) qui pèsent sur les établissements passe, pour l'essentiel, par les Agences Régionales de l'Hospitalisation. Elles relayent et déclinent les impératifs (quantitatifs et qualitatifs) nationalement définis et contrôlent la planification régionale.

Afin d'asseoir la légitimité de ces Agences deux dynamiques ont été privilégiées. En interne, la qualité des soins prodigués dans chaque établissement devra faire l'objet d'une évaluation et d'une " accréditation " dont la procédure est mise en œuvre par une agence nationale, l'ANAES (3), et ses experts. En externe, les projets d'établissements devront, désormais de façon impérative, se conformer à des plans quinquennaux, intitulés Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire et Social (SROSS). Ces schémas sont élaborés sur la base de l'évaluation des besoins de santé estimés par des experts en santé publique.

Le rôle, massif et central, dévolu aux Agences Régionales de l'Hospitalisation accroît les contraintes qui pèsent sur la dynamique de restructuration. En effet, par le biais d'une contractualisation, d'abord suscitée puis forcée, elles interviennent dans le fonctionnement des établissements en contribuant à la définition de leur projets et en déterminant leur budget. Elles poussent les hôpitaux à recentrer leurs activités sur des segments techniques, à jouer le jeu de la comptabilité par pathologie qui peut être la source d'une sélection des clientèles, notamment, sur des bases sociales.

(1) Cet article est fondé sur une recherche comparative réalisée au LEST d'Aix en Provence et à l'IRRU (Warwick Business School) en 1995/1997. Cf. P. BOUFFARTIGUE, M. BOCCHINO, K. MIROCHNITCHENKO, Ph. MOSSÉ, R.TCHOBANIAN "Dynamique des modes de régulation du temps de travail, une approche France / Royaume Uni", Rapport DARES, LEST, Aix en Provence, octobre 1997 et J. ARROWSMITH, K. SISSON " Pay and working time: towards organization based system ", IRRU, University of Warwick, July 1997.

(2) Cet article s'inscrit également dans la continuité d'un certain nombre de travaux menés au LEST en économie hospitalière ou sur le temps de travail.

(3) ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

Cette rationalisation ne va pas sans difficulté puisqu'elle se heurte à d'autres conceptions de l'hôpital et de ses missions (MOSSÉ, 1997). Mais elle produit des effets sur l'emploi et le rapport au travail que les changements dans les temps de travail traduisent avec force. Ainsi, le développement du temps partiel, observable depuis dix ans notamment chez les infirmières, doit-il être mis en relation avec l'intensification du contenu du travail.

En effet, le temps partiel va de pair avec une diminution du *turn over* (intra et inter sectoriel) et une augmentation de l'ancienneté moyenne (SESI, 1995 et 1998). Tout se passe donc comme si, la pénibilité accrue du travail n'avait été que partiellement compensée par les augmentations de salaires (intervenues après les mouvements de 1988), mais que celles-ci permettaient aujourd'hui aux infirmières de réduire leur temps de travail. A cela s'ajoutent la technicisation du métier et la possibilité d'acquérir une spécialité infirmière reconnue dans les classifications et les rémunérations (cf. la Nouvelle Bonification Indiciaire ou NBI). Cette dynamique ouvre l'éventail des promotions possibles, autrefois limité à la seule promotion hiérarchique (surveillante ou cadre infirmier).

Pour faire bonne mesure, et anticipant sur une possible extension des revendications infirmières aux autres catégories soignantes (Aides Soignants -AS- et Agent des Services Hospitaliers -ASH-), des promotions internes ont été facilitées par l'instauration, puis l'accroissement, des quotas de passage d'une catégorie à l'autre. On assiste donc au raffermissement progressif et concerté d'un marché interne dont, par ailleurs, l'entrée reste contrôlée par le mécanisme traditionnel du *numerus clausus.*

En retour, la régulation du temps de travail dans les hôpitaux publics ou privés, a longtemps essayé de tenir compte de l'état du marché du travail et notamment de la pénurie de l'offre. La circulaire, du 15 novembre 1973, émanant du Ministère des Affaires Sociales, commentant le décret du 7 février 1973, sur l'organisation du travail dans les établissements d'hospitalisation est, de ce point de vue, exemplaire. Celui-ci avait notamment pour but de définir et de limiter l'amplitude du travail journalier (à moins de 11 heures), de prévoir des minima pour les repos (12 heures minimum entre deux jours de travail) et de supprimer l'astreinte au domicile pour la remplacer par l'astreinte dans l'établissement. La circulaire précise que " *ces dispositions imposeront aux administrations hospitalières des contraintes qu'elles pourront avoir des difficultés à surmonter compte tenu des difficultés de recrutement qu'elles rencontrent encore trop souvent (...) L'application des dispositions ne peut avoir pour effet que d'améliorer grandement (les conditions de travail) et, partant, de permettre un recrutement plus aisé dans les établissements* ".

Le dernier grand changement – le passage au 35 heures de nuit – montre que le poids du marché du travail reste décisif dans la régulation interne. Certes, à propos des 35 heures de nuit, on retrouve l'argument de l'amélioration des conditions de travail : " *Pour tenir compte de la pénibilité particulière du travail de nuit (perturbation des rythmes biologiques, difficultés familiales, isolement professionnel) il a été décidé de considérer que le travail effectif accompli pendant 35 heures de nuit pendant une semaine ou une quinzaine équivaut à un travail effectué pendant 39 heures* " (4). Mais le marché du travail revient dans les attendus, où il est explicitement dit que les hôpitaux ayant des emplois vacants n'auront pas de postes supplémentaires pour compenser la réduction du temps de travail. Le Ministère essaye de limiter la pression à l'embauche en précisant que, globalement, les ajustements devront se faire soit par modification de l'organisation du travail, soit par création d'emplois. Et, de fait, les créations n'ont pas toujours été effectives. Dans nombre d'établissements, le passage, pourtant obligatoire, aux 35 heures de nuit n'a pas encore été réalisé ou s'est accompagné d'une augmentation des heures supplémentaires pour les personnes déjà en place. Si bien que, comme on pouvait s'y attendre, les " *insiders* " ont pu, plus facilement que les " *outsiders* ", imposer leur intérêt (5).

## Le cas britannique : la concurrence comme panacée

Jusqu'à une période récente et conformément à sa philosophie originelle, le NHS britannique était hautement centralisé. Depuis le début des années quatre-vingt, le coût de la santé était moins élevé que dans la plupart des pays de niveau économique similaire, mais la qualité des soins ainsi que le problème récurrent des longues files d'attente étaient l'objet de critiques de plus en plus fortes. En 1990, le temps d'attente moyen pour une consultation chez un spécialiste hospitalier à été estimé à quarante jours. Le délai pour certains traitements, notamment chirurgicaux, était jugé si long qu'un débat s'est instauré sur la définition d'un mode de prise en charge transitoire, adapté aux patients devant attendre plus de dix-huit mois des soins jugés nécessaires mais non urgents. Afin de raccourcir les temps d'attente ou de bénéficier de conditions privilégiées de prise en charge, il n'était pas rare que des malades payent, de façon occulte, des " suppléments ". Certes, ces pratiques sont aussi présentes dans d'autres contextes, mais dans un système de type assistanciel, égalitariste et régulé par l'Etat, elles étaient de plus en plus difficilement acceptées. Globalement cette évolution éloignait l'ensemble du NHS des ses racines beveridgiennes.

(4) Circulaire DURIEUX, 23 décembre 1991, § II.A.1.

(5) Les atermoiements qui précédent la mise en place de la loi sur les 35 heures dans les établissements de soins ne contribuent pas à éclaircir la situation. Comme pour la loi " de Robien ", c'est à dire après une valse hésitation, les établissements publics seront finalement exclus du champ d'application d'un texte que les concurrents du secteur privé pourront mobiliser.

En 1989, prenant acte de ces critiques et désirant démontrer les bienfaits du libéralisme, le gouvernement conservateur proposait de promouvoir et de mettre en œuvre l'implantation d'un " quasi-marché " de la santé en lieu et place de la régulation administrée qui prévalait jusqu'alors. Pour ce faire, deux voies complémentaires furent empruntées.

D'une part les *Districts Health Authorities* (DHA), sorte de secteurs sanitaires de la taille d'un petit département français, ne sont plus seulement producteurs ou fournisseurs de soins au sein d'un système intégré. Ils deviennent des *purchasing agents* (acheteurs) au nom des familles dont ils ont la charge. La mission des gestionnaires de ces DHA est très claire : il s'agit de trouver le meilleur rapport qualité/prix auprès de " fournisseurs " mis ainsi en concurrence. Pour atteindre cet objectif, les DHA disposent d'une enveloppe budgétaire proportionnelle à la population de la zone (pondérée par quelques critères démographiques et sanitaires). Les producteurs locaux sont le plus souvent sollicités (notamment les hôpitaux du District) mais, théoriquement et techniquement, les marchés potentiels auprès desquels les DHA peuvent s'approvisionner s'interpénètrent chaque jour un peu plus (chirurgie ambulatoire, télémédecine, etc.).

D'autre part, les offreurs de soins (pharmacie, laboratoires d'analyses, paramédicaux, hôpitaux) sont mis en compétition les uns avec les autres par l'intermédiaire des *Fundholders.* Il s'agit de médecins généralistes regroupés sur un territoire donné qui, en complément des DHA (6), ont la responsabilité d'une enveloppe financière qu'ils allouent aux différents prestataires avec lesquels ils passent des contrats annuels.

Les médecins de ville et les DHA ont pour fonction, sinon pour mission, d'exercer sur les hôpitaux une pression concurrentielle forte les poussant à toujours plus de qualité au moindre coût (*the best deal*).

Ce système d'appels d'offre et de passation de contrats oblige à une grande transparence dans les services offerts et achetés ; mais dans le nouveau NHS le patient, le citoyen, voit son rôle réduit au profit des intermédiaires auxquels il délègue son pouvoir de décision (HUGHES *et al.,* 1997). Contrairement au patient français qui jouit, théoriquement et pratiquement, du libre choix de son médecin et des autres prestataires, le patient anglais n'exerce donc pas sa souveraineté directe sur le marché. Celle-ci est le fait des *Fundholders* qui choisissent, pour leurs clients quantité, qualité et prix des soins.

De façon corollaire, les hôpitaux (sous le nom de *Trusts*) jouissent désormais d'une grande latitude dans la définition de leur organisation et, notamment, de l'embauche de leurs personnels.

(6) A titre d'ordre de grandeur, 60 % des patients sont représentés par les DHA.

De l'introduction de ces mécanismes concurrentiels, ses initiateurs (*Ministry of Health*, 1989) espéraient que sorte une amélioration de l'efficience ; qu'une logique de résultat, et non plus seulement de moyens, permette à chaque hôpital de traiter plus et mieux.

C'est d'ailleurs dans cet esprit que, au démarrage de la réforme, les différents contractants étaient encouragés à passer des contrats précis, spécifiant les services et les coûts correspondants pour chacun des cas potentiels définis en terme de diagnostic ou de pathologie. Mais, contrairement à ce qu'espéraient les promoteurs, de tels contrats (*cost per case contract*) ont été largement délaissés au profit de *blocks contracts,* sorte de forfait que le payeur verse au producteur qu'il a choisi. Ce forfait, dont le principe et le montant sont renégociés chaque année lors de campagnes de prospection souvent âpres, dépend des services disponibles mais n'est pas directement lié aux types de pathologies effectivement prises en charge.

C'est dans ce contexte qu'est apparu le "gestionnaire des services cliniques", nouvel acteur qui assure la régulation des flux de clientèle, fonction qui dans l'organisation précédente était assurée par les médecins eux-mêmes.

La conséquence la plus visible de cette " révolution " est l'augmentation de l'activité telle qu'elle peut être mesurée par les indicateurs classiques (nombre d'entrées, dépenses par malade, etc.). Plus importants sans doute sont les changements en matière d'organisation du travail induits, de façon indissociablement liée, à la fois par la réforme elle-même et par l'évolution des pratiques professionnelles. Ainsi la course à la rationalisation conduit à un cloisonnement des activités au sein même des services non seulement entre médecins mais aussi entre intervenants paramédicaux : " *La tendance organisationnelle des gestionnaires est de découper les soins effectués auprès des patients en fonction de la qualification nécessaire pour effectuer chaque tâche, en particulier pour le personnel infirmier. Les services de pré-admission et de post-hospitalisation pourraient être suivis par des infirmières moins qualifiées que celles travaillant dans les services cliniques. Si cette tendance se confirme, les gestionnaires seraient en train de mettre en place une organisation taylorienne des soins infirmiers dans l'hôpital* " (RENAUD et VASSY, 1995).

La création, en 1990, des *Health Care Assistant* (équivalent des aides-soignants français) confirme ce constat tout en illustrant la volonté de contenir les coûts de la main-d'œuvre. Cette catégorie représente aujourd'hui près de 10 % des personnels.

La concurrence, en justifiant et en induisant la rationalisation des tâches, a donc des incidences majeures sur la vie quotidienne de l'hôpital et de ses agents. Mais considérer cette mise en concurrence comme une panacée conduit rapidement à une impasse. En

effet, si l'efficience postulée de l'économie de marché repose sur la versatilité et l'instabilité potentielle de la relation entre le producteur et le consommateur, la relation de soins nécessite, au contraire, confiance et apprentissage réciproques (ARROW, 1963). C'est la raison pour laquelle, par exemple, alors qu'il était prévu qu'ils soient décidés au niveau de chaque établissement, les salaires des médecins hospitaliers font de nouveau l'objet d'une régulation nationale.

Plus globalement, l'enquête réalisée en 1996 par l'IRRU de Warwick a également montré que sur 76 hôpitaux, seulement six avait opté pour une convention collective spécifique. Les autres ont appliqué, plus ou moins intégralement, l'ancienne convention (dite *Whitley agreement*). En dépit du souhait des réformateurs, qui auraient préféré que la logique marchande s'appliquât aussi aux rémunérations, le maintien de cette convention nationale repose sur un consensus de la part d'acteurs de terrain en quête de cohérence et de continuité.

La réforme britannique bute ainsi sur une série d'impossibilités logiques liées au déséquilibre informationnel entre les différents acteurs (EVANS, 1997). Son évolution actuelle, parce qu'elle éloigne le NHS du quasi-marché qui était l'idéal visé, s'apparente à " *la fin d'un mythe* " (CHAPERON et ROCHAIX, 1996). Elle annonce sans doute le retour du balancier vers une régulation plus raisonnable et finalement plus conventionnelle.

Les relations de travail à l'hôpital participent de façon emblématique de ces transformations en adaptant, plutôt qu'en adoptant, les modes marchands de régulation.

## Flexibilités, précarités : amortir l'incertitude

La flexibilité temporelle du travail porte sur deux domaines connexes mais qui, dans la pratique du management hospitalier sont traités séparément. Le premier concerne la durée des contrats ; le second concerne la gestion des temps de travail, notamment celui des personnels soignants. Dans les deux cas, l'objectif est de pouvoir redéployer, allouer les ressources humaines en fonction des fluctuations de la demande. Or celle-ci possède deux dimensions différentes. D'une part, le nombre de clients potentiels dépend de l'ampleur des populations desservies qui sont déterminées, en France, par la carte sanitaire, en Grande Bretagne, par les *purchasers*. D'autre part, les clients réels (les patients) s'adressent aux différents services de l'hôpital en fonction de leur besoins de soins immédiats et imprévisibles. En théorie, la durée du contrat s'adapte au premier type de demande (contractuelle), alors que les plannings horaires visent à faire face au second (la demande aléatoire).

De façon concomitante avec ces changements dans les modes de régulation, on observe, des deux côtés de la Manche, un accroissement du travail à temps partiel. Ces deux évolutions sont liées, mais pour des raisons différentes dans les deux pays.

### Des contrats aux durées emboîtées

Selon les *managers* eux-mêmes, le nombre élevé des contrats de courte durée est justifié par l'incertitude qui pèse sur l'ajustement entre l'offre et la demande (7). Mais, en France il s'agit surtout de fluctuations saisonnières et d'absentéisme, tandis que, en Grande Bretagne il faut d'abord faire face à l'aléa nouveau que représentent les règles de passation des contrats avec les " clients ".

Certes, dans les deux pays, des raisons plus classiques sont évoquées (remplacement pour congé maternité, nécessité de périodes probatoires, etc.). Mais, d'une part, on voit mal pourquoi ces contraintes seraient aujourd'hui plus fortes qu'hier et, d'autre part, elles sont de fait présentées comme secondaires.

#### *Le cas britannique : des "Bank nurses" aux "short term contracts"*

Dans quelques hôpitaux britanniques, et notamment dans celui étudié par l'équipe de Warwick, les emplois temporaires ont été soit accrus, soit maintenus à un niveau élevé. Le dispositif généralement mobilisé est appelé *Bank nurses ;* ce terme désigne un volant de main-d'œuvre plus ou moins directement attaché à un ou deux *Trust* (8).

Les *agency nurses* parfois utilisées en complément, s'apparentent davantage à des agences de travail intérimaire telles qu'on peut les trouver en France. Cependant, dans nombre d'hôpitaux cette formule semble être peu à peu délaissée au profit des contrats d'une durée inférieure ou égale à un an (BUCHAN, 1994).

Cette tendance est d'autant plus remarquable, que le recours aux *bank nurses* était le moyen traditionnellement utilisé pour faire face aux aléas et assurer les remplacements.

En terme prospectif, compte tenu, d'une part, de ces évolutions globales et sectorielles et, d'autre part, des contraintes économiques qui vont vraisemblablement continuer de peser sur le NHS, il n'est pas étonnant de constater que les *managers* interrogés sur

(7) En France, le secteur de la santé et de l'action sociale est celui dont la proportion de CDI, parmi les embauches effectuées en 1996 a été la plus faible : 11,5 % contre 21 % dans l'ensemble des 36 secteurs de la classification de l'INSEE (DARES, 1998). En Grande-Bretagne, environ 8 % des infirmières bénéficient de " *short term contracts* " (inférieurs à un an).

(8) Dans l'hôpital anglais, qui compte 1500 personnes, l'infirmière générale doit faire face à plus de 40 mouvements par semaine dus au système des *bank nurses.*

leurs politiques futures prévoient à la fois un recours encore plus massif aux contrats de courte durée et un accroissement du nombre d'agents travaillant à temps partiel.

En effet, au niveau national, le temps partiel concerne 23 % des infirmières. Mais si la part des infirmières travaillant à temps plein n'avait cessé de croître de 1975 à 1990, la réforme va sans doute modifier cette tendance due à la conjonction d'évolution démographique et de déroulement de carrières. L'incertitude qui pèse, plus qu'avant, sur l'avenir des établissements limite le recrutement de personnels stables et, en conséquence, va contribuer à augmenter l'ancienneté moyenne.

Or, la proportion d'agents travaillant à temps partiel s'avère très sensible à l'âge moyen des personnels, et augmente significativement lorsque l'âge s'élève (9), même si depuis quelques années on assiste à un rajeunissement des femmes optant pour le temps partiel (WALTER, 1997).

En effet, les nouvelles venues sont généralement engagées à temps plein et les infirmières n'optent que peu à peu pour le travail à temps partiel. A chaque vague de recrutements correspond donc un accroissement du pourcentage de temps plein (BUCHAN, 1994). Le coup d'arrêt mis au recrutement s'accompagne donc d'une augmentation relative des temps partiel, laquelle entraîne un accroissement des besoins en personnels intérimaires.

De plus, des dispositifs visant à développer une politique d'*equal opportunities* ont été mis en place en même temps que la réforme. Ils ont conduit les femmes à opter, avec moins de risques en terme de carrières, pour des formules de temps partiel.

### *Le cas français : une convention intertemporelle*

En France, l'accroissement du recours au temps partiel est continu depuis dix ans. En 1997, il concernait 16 % des personnels toutes catégories confondues et 13 % des soignants. On l'a vu, l'amélioration que la condition infirmière a connue, au moins sur le plan salarial à la suite des grèves de 1988, n'est pas étrangère à ce phénomène.

S'y ajoute la technicisation des professions paramédicales et, notamment, infirmières. Elle facilite une division du travail où le " relationnel " et la prise en charge globale des patients sont moins au centre des pratiques qu'au cœur des discours. Dans ces circonstances, les éventuelles discontinuités que pourrait provoquer un usage extensif du temps partiel perturbent moins qu'avant les activités et les services.

Sur le plan individuel comme sur celui de la gestion prévisionnelle, le passage à temps partiel ne peut être considéré comme irréversible. Il rend donc nécessaire le recours à des formes " atypiques " d'emplois, il en explique, pour partie, l'évolution quantitative. Mais, dans le même temps, parce que l'organisation du travail et la division des tâches intègrent de plus en plus cette nouvelle donnée, il contribue à inscrire cette précarité apparente dans une certaine forme de prévisibilité.

Les deux établissements français illustrent cette ambivalence : le nombre de contrats à durée déterminée répertoriés dans les deux cliniques étudiées est très élevé (10) ; mais les périodes de contrats à durée déterminée s'inscrivent, de fait, dans un quasi-contrat intertemporel passé avec des personnes en nombre relativement limité.

Cette gestion des emplois et des postes est, sur un plan formel, conforme à la théorie de la segmentation. Marchés primaire et secondaire semblent ici complémentaires, les habitudes et les "morales" y sont bien différenciées et reconnues comme telles. Mais la convention est à la fois tacite et solide, qui justifie les sacrifices (disponibilité, précarité) d'aujourd'hui par la stabilité de l'emploi et les comportements opportunistes de demain. Pour certains agents, la succession des contrats à durée déterminée n'est acceptée que dans la perspective d'être à terme embauché en contrats à durée indéterminée. Cette possibilité doit donc être réelle, tangible et continue. Pour qu'il en soit ainsi dans un contexte de restriction accrue, la solution gestionnaire interdit les recrutements réellement externes, c'est-à-dire hors du " vivier " des contractuelles. De plus, elle impose d'être vigilant sur les compétences des personnes en contrats à durée déterminée.

Le passage d'un segment du marché du travail à l'autre est ainsi organisé sur le mode individuel, en phase avec l'évolution personnelle et l'expérience acquise sur le marché secondaire. Mutation que ne prévoit sans doute pas la théorie originelle. Une telle porosité n'est en effet possible que lorsque l'identité professionnelle est construite ailleurs que dans l'organisation elle-même. Ici cette condition est remplie au-delà du minimum nécessaire par le diplôme et les compétences requises.

## En Grande-Bretagne comme en France, des temps de travail extrêmement diversifiés

Le second axe le long duquel se construit la flexibilité est celui du temps de travail proprement dit et des aménagements dont il peut faire l'objet en lien avec l'organisation quotidienne ou, plus souvent, hebdomadaire.

Dans ce domaine le résultat le plus frappant, tel qu'il ressort d'enquêtes nationales, est l'absence

(9) Traditionnellement, chez les femmes britanniques, le temps partiel est beaucoup plus fréquent à partir de 40 ans. (A.M. BARRÈRE-MAURISSON *et al.*, 1989).

(10) Ont été ainsi comptabilisés, dans une clinique, 355 CCD pour 350 salariés et, dans l'autre, 600 CDD pour 150 salariés.

quasi complète d'uniformité dans les mode de rotation des personnels, de travail en alternance ou en équipes. Cette hétérogénéité est observée non seulement au niveau national mais aussi au sein d'une même région, voire d'un même établissement. Dans l'une des cliniques ont ainsi été répertoriés plus de 70 horaires différents pour 120 agents.

Pour certains observateurs britanniques, cette extrême diversité est à mettre sur le compte de la pression exercée par la réforme et de la flexibilité tous azimuts à laquelle elle incite les *managers*. Mais en France, cette dispersion est d'abord le fruit de micro-arrangements destinés à faire accepter par chacun les impératifs de flexibilité qui pèsent sur tous. La souplesse accordée aux salariés est le pendant de la flexibilité prônée par les directions. Dans les différents sites l'accent est mis avec force sur les avantages de l'auto-gestion des temps de travail ; partout elle joue un rôle autant symbolique que matériel. Il s'agit de reconnaître à la profession infirmière une autonomie et une " conscience professionnelle " qui peuvent se passer d'un contrôle strict et tatillon des horaires individuels. Ceci explique que les arrangements soient trouvés et décidés au niveau des services plus encore que de l'établissement dans son entier.

Le temps de travail n'est donc pas un sujet de revendication puisque les cas particuliers et les ajustements individuels semblent répondre à toutes les situations.

On ne saurait ici accorder trop d'importance au caractère sexué du milieu de travail. Mais celui-ci ne signifie pas nécessairement une domination masculine ou une "subordination " du temps des femmes au " temps des autres " (CATTANÉO, 1995).

Au contraire, le fait que, dans les établissements étudiés, l'encadrement de proximité soit exclusivement féminin entraîne une attention bienveillante aux problèmes de compatibilité entre vie familiale et vie professionnelle que connaissent les infirmières ou les aides soignantes. Cette attention contribue à souder le corps infirmier autour d'arrangements et d'accommodements plus ou moins improvisés, à la définition desquels ni les patients, ni les médecins ne sauraient participer. Il en résulte, en France comme en Grande Bretagne, une extrême variété de situations formelles et informelles.

Dans ces conditions, établir une typologie des horaires de travail relève de la gageure. Ici, les difficultés mêmes du recueil d'une information appropriée en disent plus sur les rythmes et leur complexité que les résultats proprement dits. De plus, ceux-ci ne peuvent être obtenus qu'au prix d'approximation : " *En pratique tous les hôpitaux n'ont pas été capables de fournir les informations qui auraient été nécessaires à la construction de typologies (...) Dans certains établissements les données n'étaient disponibles que sous une forme manuelle et individualisée (...) (Ailleurs) elles étaient archivées de telle sorte qu'aucune agrégation au niveau de l'établissement n'était possible* " (ARROWSMITH et SISSON, 1999). Cette remarque, formulée à propos de la situation britannique, vaut aussi pour les établissements français, au moins pour ce qui concerne les horaires effectifs.

Compte tenu de cette faible transparence, il est logique que, lorsqu'ils sont amenés à comparer les deux formes de flexibilité, les administratifs tendent à préférer celle liée à la gestion fine des temps de travail plutôt que celle liée à la durée des contrats. D'une part, cette dernière est, par définition, formalisée alors que la première est, en pratique, informelle. Mais plus encore, elle confirme l'autonomie du groupe professionnel infirmier dans sa capacité à pouvoir gérer l'organisation temporelle du travail. Soumis à cette tension, entre autonomie déléguée et hiérarchie imposée, les hôpitaux changent d'organisation.

Naguère bureaucratie professionnelle, l'hôpital se transforme peu à peu en une organisation muldivisionnelle dans laquelle chaque unité tend à être insérée dans une relation client/fournisseur (CONTANDRIOPOULOS et SOUTEYRAND, 1997). Ce passage d'une forme organisationnelle à une autre n'est pas sans poser des problèmes d'efficacité. En effet, la trop grande autonomie des services, comme la trop grande diversité des rythmes de travail, mettraient en péril la coordination des activités dont dépend la qualité de la prise en charge.

La flexibilité externe que constitue le recours à la sous-traitance (France) ou la privatisation de services logistiques (Grande-Bretagne) conduit aux mêmes constats. " *Une fois tous les calculs faits et compte tenu de l'impératif de cohésion des équipes... il apparaît que les techniques d'" outsourcing " ou de " downsizing " rentables dans le court terme, le sont moins dans le moyen* " (MOSSÉ, 1997). On retrouve ici une des dimensions des " *idéologies de gestion : ... susciter l'engagement et la loyauté du personnel envers l'organisation et ses finalités* " passe par une gestion adaptée des " *temporalités sociales* " (MERCURE, 1997).

Outre le fait que la qualité est depuis toujours au cœur des professionalités hospitalières, elle met aujourd'hui en jeu l'image de l'établissement, c'est à dire, à terme, sa rentabilité. Une des spécificités du secteur hospitalier est en effet que les limites à la flexibilisation des temps de travail ne résident pas dans la " résistance " des acteurs concernés mais dans la qualité du " produit ".

## Les limites de la flexibilité

Sortie de son contexte, la situation pourrait sembler paradoxale qui fait que les travailleurs semblent prêts à toujours plus de souplesse, à condition d'en décider des modalités, tandis que les *managers* sont contraints de tenir compte des effets négatifs

qu'aurait, sur la qualité des soins, une individualisation excessive des horaires et des rythmes de travail. En effet, la multiplication des contrats de courte durée est difficilement compatible avec une exigence de qualité qui met l'accent sur un engagement de moyen terme. Sur un plan quotidien, le travail à temps partiel mais, plus encore, le recours aux *bank nurses* ou aux contrats à durée déterminée, rendent plus difficile la coordination du travail dans les unités de soins et compliquent le problème crucial de la passation des consignes entre les équipes.

Ainsi, au delà de l'impact des réformes et des impératifs financiers, la flexibilité réactive est limitée par la nature même de la relation soignants/malades à l'hôpital. En effet, la tendance à la souplesse et à la diversité des situations de travail entre moins souvent en contradiction avec les aspirations des personnels qu'avec l'efficacité et la qualité des soins.

Mais le contenu de la notion même de " qualité " n'est pas univoque, il dépend notamment des constructions économiques et institutionnelles dans lesquelles chaque hôpital est engagé. C'est du moins ce que permet d'illustrer l'analyse de la régulation des temps de travail dans les contextes français et britannique. Cette analyse montre que les mécanismes qui limitent les stratégies de flexibilisation du travail sont intégrés dans des modes de gestion sociétalement déterminés.

## La parabole de la flexibilité et de la qualité

Dans les deux pays, tout se passe comme si les *managers* avaient, plus ou moins explicitement, intériorisé un modèle de gestion dans lequel l'efficience est une fonction d'abord croissante puis décroissante de la flexibilité. Dans une première phase, le surcroît de flexibilité permet de réduire les coûts de la main-d'œuvre sans incidence négative sur la qualité des soins ; mais au delà d'un certain seuil, l'éclatement des horaires et la démotivation conduisent à un abaissement de la qualité telle qu'elle peut être perçue par les patients.

Ainsi, cette parabole détermine théoriquement un niveau optimal de flexibilité. Mais, loin d'être universelle, cette fonction, est immergée dans des temporalités liées à des contextes nationaux qui lui donnent un sens propre.

– Dans les deux établissements français, le travail des contractuelles ressemble à celui des titulaires roulantes et il existe une certaine similarité de l'activité dans les différents services. Les titulaires et contractuelles ont l'habitude de travailler avec des personnes différentes car il y a beaucoup de mobilité interne (titulaires et contractuelles déjà en place) et externe (contractuelles) pour remplacer les absences.

Le roulement se fait, généralement, sur la base de huit ou neuf heures le jour et dix heures la nuit ; la règle fixant un maximum de dix heures pour le travail de nuit et de huit heures pour le travail de jour. Ce principe paraît tellement " naturel " que même les infirmières à temps partiel suivent ce rythme. Il permet la mobilité d'un service à l'autre en fonction des besoins. Mais, loin d'être vécue comme une contrainte supplémentaire, la mobilité est considérée comme un élément de la professionnalité et du lien entre les personnes et les équipes. Comme elle est organisée sur une base quasi systématique, le sentiment d'appartenir et à un établissement et à une grande famille professionnelle s'en trouve renforcé ; les nouveaux venus, comme les intérimaires, se conforment sans mal à cette convention.

– Dans l'hôpital anglais, la norme (répandue au plan national) est que le travail en équipe s'organise sur la base d'une rotation sur douze heures. Ce principe est lui aussi critiqué au nom de l'efficacité et de la qualité des soins. Celle-ci pâtirait d'un temps de travail continu excessif mais ce rythme semble être préféré par les infirmières. Il s'accompagne d'une grande concentration des temps de présence dans les services (trois fois douze heures sur trois jours) qui peut poser de sérieux problèmes liés à une productivité, et une attention, vraisemblablement décroissantes. Mais le bien-fondé de ce principe est tellement ancré que la direction des ressources humaines du *Trust* britannique s'inquiète des effets de la directive européenne qui pourrait conduire à augmenter les temps de récupération d'une façon qui soit contraire aux souhaits des infirmières.

Par ailleurs, la mobilité inter-services, et la polyvalence qu'elle implique, ne semblent pas être une question importante dans le *Trust* britannique même si on y déplore que la spécialisation soit un frein aux échanges.

## Espaces et temps de la relation d'emploi

On l'a vu, les employeurs font preuve d'un engouement quasi général pour les contrats à durée déterminée et de très courte durée. Cependant, et compte tenu des horizons temporels différents au sein desquels ils sont signés, ces contrats ont des motivations et des fonctions très différentes.

Le calendrier de l'hôpital français est celui de son " projet d'établissement ", des moyens nécessaires à sa mise en œuvre, des évaluations internes et externes, et des accréditations. Dans ce cadre, le lustre est l'unité de mesure traditionnellement utilisée en France pour définir, développer et évaluer un Plan. Depuis 1991, c'est le délai choisi pour l'exécution du Projet et du SROSS. Depuis 1996, c'est aussi le délai laissé à chaque établissement pour s'engager, avec l'ANAES, dans une démarche qualité vers l'Accréditation. C'est enfin, et surtout, la durée maximale des Contrats d'objectifs et de moyens que chaque établissement, privé ou public, doit signer avec " son " Agence Régionale d'Hospitalisation.

Une durée de cinq années est considérée par tous les acteurs comme un horizon raisonnable et acceptable. Elle confère à l'ensemble du système hospitalier

une certaine dose de prévisibilité. Suffisamment courte pour éviter que ne s'installent des routines et des inerties, elle est suffisamment longue pour que se justifie l'engagement collectif et individuel dans des relations d'apprentissage et d'investissement réciproques.

Par sa longueur même ce délai laisse quasiment entière la marge de manœuvre concernant la gestion des temps courts (semaine, mois, voire année). Celle-ci n'est donc pas un enjeu stratégique ; elle peut être confinée dans la sphère de la gestion du personnel.

Les contrats à durée déterminée s'inscrivent dans ce contexte tout en répondant à de nombreux besoins. Dans une large mesure, il s'agit de pallier les à-coups conjoncturels liés à des événements dont les acteurs se persuadent qu'ils sont probabilisables. Il s'agit aussi, et plus prosaïquement, de contourner les mesures prises pour limiter l'embauche de personnels statutaires.

Au Royaume-Uni, l'horizon n'est pas celui de la planification mais celui du marché contractualisé, du quasi-marché. Or l'unité de durée choisie pour les différents contrats a été fixée à une année. Trop longue par rapport à la norme marchande qui exige l'instantanéité des choix, mais trop courte pour susciter l'engagement, cette durée possède toutefois une double origine, une double légitimité.

D'une part, dans le système de la capitation (qui domine le NHS d'avant la réforme), un an était le délai traditionnellement accordé au consommateur/citoyen pour changer de médecin (11). D'autre part, cette même durée correspond aujourd'hui, c'est à dire depuis 1991, à l'échéance des contrats entre les prestataires de soins et leur vrais " clients " que sont devenus les institutions (groupements de généralistes – *fundholders* – ou DHA) agissant au nom des patients.

Par sa brièveté même ce délai pèse directement sur la relation d'emploi. Il justifie que les engagements, formels ou non, soit considérés comme précaires. De ce fait, l'usage toujours plus fréquent, des *short term contracts*, s'explique par la volonté de reporter sur les salariés l'incertitude, perçue comme radicale, notamment quant à la pérennité des chiffres d'affaire.

En revanche, pour ce qui concerne les rémunérations, nul n'a succombé à la tentation d'aller vers toujours plus d'individualisation. En effet, la force de la convention " WITHLEY " n'est pas d'inertie. Son maintien correspond aux vœux des *managers* de ne pas voir la cohérence des équipes soignantes mise en péril par une trop forte individualisation des salaires. La digue antilibérale que constitue la convention collective ne protège pas que des intérêts syndicaux : elle garantit une certaine forme de paix sociale au sein même des établissements. Le rapport ambigu qu'entretient le *Trust* britannique avec son *pool* de cent cinquante infirmières, à la fois intérimaires et salariées, correspond à cette tension entre flexibilité nécessaire et indispensable fidélisation.

*

* *

Le tableau synoptique suivant récapitule les principaux traits des organisations du système et des établissements de santé en France et en Grande-Bretagne, tels qu'ils peuvent émerger au terme d'une analyse ayant mis l'accent sur l'économie des temporalités.

Cette présentation, quoique schématique, ne doit pas conduire à une confrontation terme à terme. Nos observations confirment que pour comprendre les évolutions en cours en matière de temps de travail, l'analyse devait d'abord porter sur la manière dont, sur le terrain, s'articulent les différentes temporalités mises en œuvre dans la relation d'emploi.

Dans cette perspective large, les limites de la flexibilité apparaissent comme endogénéisées, car elles sont liées aux objectifs de performance que visent les établissements.

Dans les hôpitaux britanniques, la flexibilité est d'abord un moyen de s'adapter aux règles du nouveau jeu concurrentiel. L'indicateur de performance que la forme dominante de la régulation tend à privilégier, y est la qualité perçue par les vrais clients (que sont les payeurs et non les malades eux-mêmes). L'enjeu économique est de conserver non pas tant la confiance des patients que celle des médecins contractants en leur nom. A défaut, votant avec leur pieds, les uns et les autres pourraient s'adresser à d'autres établissements.

En France, la flexibilité est mobilisée pour maintenir, malgré un environnement perturbé, les valeurs professionnelles traditionnelles. Compte tenu du rôle central que remplissent la Tutelle et ses Agences, la qualité est d'abord évaluée à l'aune de l'écart entre les réalisations contractualisées et des normes définies nationalement et régionalement par les planificateurs. Une estimation des besoins de santé publique, réalisée par des experts, tient lieu de demande .

C'est ainsi que, tout en prônant l'autonomie des établissements de soins, les institutions structurent à travers les rapports à l'efficacité et à la qualité, l'espace et le temps de la relation d'emploi. ■

(11) Ce délai d'un an est également celui dont dispose l'adhérent à une HMO (*Health Maintenance Organization*) américaine pour s'en désaffilier. Confirmant la force de cette convention, l'accord signé en septembre 1997 entre la CNAM, la MSA (Mutualité Sociale Agricole) et le syndicat de généralistes M.G. France concernant les filières de soins, a fixé lui aussi à un an la durée du contrat, dit " de confiance ", entre l'assuré et son médecin " référent ".

**L'économie des temporalités dans les établissements de santé ; tableau synoptique des situations française et britannique**

| | Grande-Bretagne | France |
|---|---|---|
| **Objectifs de la réforme** | Réduire les files d'attente, qualité, décentralisation. | Maîtriser les coûts, qualité, égalité, régionalisation. |
| **Outils de la réforme** | Concurrence et quasi-marché, contrats. | Expertises et Agences, planification régionale, contrats. |
| **Contractants** | les *Fundholders* et les *DHA* avec chaque *Trust* | L'Agence Régionale avec chaque hôpital |
| **Horizon temporel de la régulation** | Un an. | Cinq ans. |
| **Nouvel acteur " dominant "** | Manager hospitalier. | Directeur de l'Agence Régionale. |
| **Temps de travail** | Individualisation, temps partiel. | Individualisation, temps partiel. |
| **Formes de la flexibilité** | *Short term contract, bank nurses,* sous-traitance. | " volant " de contrats à durée déterminée, rotation des postes, sous-traitance. |
| **Gestion de la flexibilité** | Maintien de la convention collective nationale. | " Convention intertemporelle ". |
| **Freins à la flexibilité** | Efficacité/attractivité. | Qualité/professionalité. |

Encadré méthologique

La base empirique de cet article est constituée de statistiques et de données administratives complétées par l'apport de trois monographies réalisées en France et en Grande-Bretagne, pour l'essentiel en 1997.

Les monographies qui ont été menées en France concernent, l'une un établissement de soins privé à but non lucratif, l'autre un établissement de soins privé a statut commercial.

Le premier est intégré à une Mutuelle, il comprend 118 lits répartis en 6 services de différentes spécialités. Y travaillent 170 personnes dont 37 infirmières.

Le second, qui compte 380 personnes, comprend deux structures relativement autonomes. L'une est spécialisée en réadaptation fonctionnelle, l'autre dans la prise en charge des handicapés moteurs. L'étude a porté sur la première structure qui a un effectif de 108 soignants dont 31 infirmières et 39 aides soignantes.

Dans les deux cas il s'agit d'établissements dont la clientèle est sinon captive du moins dépendante de filières relativement maîtrisées.

En Grande-Bretagne, l'hôpital a été sélectionné par l'équipe de l'IRRU de Warwick dans le cadre d'une enquête annuelle portant sur 70 établissements et complétée par une douzaine de monographies plus approfondies. Il s'agit d'un *Trust* de 800 lits et dans lequel travaillent 1 362 équivalent temps plein, répartis en huit directions ou départements de soins ou administratifs. Son principal client est le *DHA* local qui lui assure environ 75 % de ses recettes, mais la concurrence avec les autres établissements est considérée comme pesante.

Dans chacun des trois sites et selon une procédure relativement harmonisée, des entretiens ont été menés dans le but de compléter les informations objectives sur le fonctionnement des établissements et l'état de leur relations professionnelles.

Les entretiens ont concerné systématiquement des cadres, des administratifs et des syndicalistes. Dans un des deux établissements français des personnes bénéficiant d'un CDD ont également été interviewées.

## BIBLIOGRAPHIE


ARROW K. (1963), " Uncertainty and the welfare economics of medical care ", *American Economic Review*, 53,5, pp. 941-973.

ARROWSMITH J. et SISSON K. (1999), " Pay and working time : towards organization based systems ? " à paraître dans *British Journal of Industrial Relations*.

BARRÈRE-MAURISSON M.A., DAUNE-RICHARD A.M. et LETABLIER M.T. (1989), " Le travail à temps partiel plus développé au Royaume-Uni qu'en France ", *Economie et Statistique*, avril.

BUCHAN J. (1994), " *Further flexing, NHS trusts and changing working patterns in NHS nursing* ", Royal College of Nursing.

CATTANÉO N. (1995), *Le travail à temps partiel : un rêve ou un cauchemar ?*, Thèse pour le doctorat en sociologie, GEDISST/CNRS.

CHAPERON J. et ROCHAIX L. (1996), " Les réformes du système de santé britannique, la fin d'un mythe ", *Economie et Statistique*, 1996, 1-2, p. 87-101.

CONTANDRIOPOULOS A.P. et SOUTEYRAND Y. Coord., *L'Hôpital stratège*, J. Libbey-Eurotext, ed. 1996, 317 p.

DARES (1998), Premières Synthèses, n° 98.01-5.1.

EVANS R. (1997), " Going for the gold, the redistributive agenda behind the market based health care reform ", *Journal of Health Policy and Law*, 20, 2, p. 427-465.

FOULON D. (1995), " Hôpital : dix ans d'évolution ", *Solidarité Santé*, 3, p. 9-20.

HUGHES D., GRIFFITHS L. et MC HALE J. (1997), " Do quasi market evolve ? Institutional analysis and the NHS ", *Cambridge Journal of Economics*, 21, p. 259-270.

Ministry of Health (1989), *White paper, working for the patient*, London.

MERCURE D. (1997), *Les temporalités sociales*, L'Harmattan.

MOSSÉ Ph. (1997), *Le lit de Procuste; l'hôpital impératifs économiques et missions sociales*, Ed. Erès, 162 p.

RENAUD M. et VASSY C. (1995), " Conséquences de la réforme du système de santé britannique sur la vie quotidienne d'un hôpital général ", *Solidarité Santé*, 3, p. 81-90.

SESI et Direction des Hôpitaux (1995), " *Enquête sur les coûts et carrières des personnels hospitaliers publics* ".

SESI et Direction des Hôpitaux (1998), *Informations hospitalières*, n° 49, 1998.

WALTER J.C. (1997), " Le temps partiel ", *Journal Officiel*, Rapport au CES, janvier.


**NDLR :**
**Sur le temps de travail, lire notamment le numéro spécial de *Travail et Emploi* : Les enjeux de la répartition du travail, n° 74, 1998.**