

Passer aux 39 heures, pas si simple !

I – Impacts sur la durée du travail, les effectifs et les coûts

Jean-Pierre Danos

Directeur du cabinet Albédo Conseil, Jurançon (64)

Le passage de 35 à 39 heures représente une augmentation mécanique de 11,42 % du temps de travail. On injecterait ainsi 11,42 % d'effectifs supplémentaires (base 35 h) dans les hôpitaux. La mise en pratique n'est cependant pas aussi simple au regard des contraintes du terrain et nous allons tenter d'esquisser ici les principaux impacts prévisibles d'un retour aux 39 h.

Impact sur le temps de travail effectif : approche générale

Les impacts sur le temps de travail dépendent de quelques paramètres simples. *Le périmètre des agents concernés et les aménagements éventuels*: passage aux 39 h de tous (repos fixes ou variables ? nuit ? servitudes d'internat ?) ; rappelons que les agents de nuit dans les hôpitaux qui sont aujourd'hui à 32 h 30 étaient passés aux 35 h dans les années 1990 ; pour la nuit se pose la question la reconnaissance de la pénibilité ; *les obligations annuelles de travail (OAT)* qui seront définies statutairement, avec la possibilité de différences importantes ; *le type*

L'essentiel

En dehors de toute approche idéologique ou partisane, l'auteur tente de procéder à une première évaluation de l'impact d'un éventuel passage aux 39 h pour le personnel non médical et des problématiques à traiter dans les hôpitaux et sur le plan réglementaire (Partie I). Il illustre la réflexion autour d'un scénario central de passage aux 39 h payées 37 h (Partie II).
Mots-clés : RH ; durée du travail ; personnel non médical.

d'horaires: maintien des horaires actuels (la plupart des hôpitaux avec des journées de 7 h 30 et des durées hebdomadaires de 37 h 30) ou passage à 7 h 48 (voire 8 h) pour une durée hebdomadaire de 39 h ? *Travail posté ou non*.

Impact sur les durées annuelles travaillées en fonction des obligations fixées

Le calcul de l'impact de l'augmentation du temps de travail (**Tableau I**) est fondé sur les hypothèses suivantes : passage aux 39 h pour le jour et aux 35 h pour la nuit (ce dernier point pourrait être le même que pour le jour, comme dans le privé) ; maintien des onze jours fériés accordés systématiquement aux agents à repos variables et à ceux de nuit ; maintien des deux journées pour sujétions pour les agents effectuant plus de 19 dimanches ou jours fériés. Nous appelons notre hypothèse, développée plus loin, le « scénario central » (**Tableau II**). Dans ces conditions, les durées annuelles sont de 1 724 à 1 755 h pour le jour et 1 561 h pour la nuit. On peut aussi s'interroger sur la survivance ou non des congés exceptionnels (trois semaines par an) pour les agents ayant des servitudes d'internat. Tout dépend de la façon de calculer la durée et l'obligation annuelle de travail et des choix réalisés au niveau statutaire.

Impact sur les effectifs et les emplois

Il convient ici de distinguer l'effectif équivalent temps plein (ETP) *réel* de l'effectif ETP *remunéré*. Les impacts sur le second dépendent du niveau de compensation : 39 h (ou autre durée) payées 36, 37, 38, autre ? Aucune de ces options n'est fixée de manière claire. À titre indicatif, dans le « scénario central », si le personnel hospitalier est payé 37 h pour une moyenne hebdomadaire de 39 h, le gain en effectif ETP base 35 h pour un hôpital de mille agents serait de 114,20 ETP au regard des 35 h actuelles. Dans l'hypothèse où aucun agent ne quitterait l'établissement en année pleine, et avec une rémunération de 37 h pour 39 en temps effectif, il y aurait un surcoût de 5,71 % de la

Le retour aux 39 h des personnels administratifs, logistiques et techniques n'aura pas le même impact sur la réduction des effectifs et des coûts.

masse salariale soit 57,10 ETP¹ pour mille agents. Mais, dans les faits, sur la base d'un coût moyen emploi de 44000 €, cela représenterait 2512400 € de surcoût. Dans ces conditions, la direction aura pour objectif de le diminuer le plus rapidement possible en supprimant l'équivalent d'un effectif réel de 57,10 ETP. On peut noter ici que si le passage aux 35 h a permis de créer des emplois (environ 46000 dans les hôpitaux et le médico-social de la fonction publique hospitalière - FPH), le passage aux 39 h va commencer au moins dans un premier temps par en supprimer. À titre indicatif, en 2014, il y avait 1,137 million d'agents physiques et 1,052 million ETP travaillant dans la FPH. Dans ces conditions, le passage aux 39 h si les agents étaient payés 37 h et à masse salariale maîtrisée, soit la même masse, impliquerait la suppression de 5,71 % de ces effectifs ETP, soit près de 60000 emplois. Notons que la question du niveau de rémunération et du périmètre dépend du ministère, celles des horaires, des durées hebdomadaires moyennes, des organisations et de la gestion des effectifs dépendent de chaque hôpital. Il faut préciser que, pour des gains en effectifs rapides, il est plus facile d'agir sur les agents en travail posté.

Personnels administratifs, logistiques et techniques : des surcoûts

Lors du passage des 39 h aux 35 h en 2002, il n'y a eu d'une manière générale aucune compensation chez les personnels administratifs, logistiques et techniques, alors qu'ils représentent de 25 à 30 % des effectifs. Cela signifie que, du fait qu'ils ne sont pas en travail posté, le retour aux 39 h n'aura pas le même impact sur la réduction d'effectif et des coûts pour eux, au contraire. Une bonne partie est titulaire et moins mobile que les soignants. Dans le cas d'un hôpital de mille agents comprenant 30 % d'agents administratifs, logistiques et techniques, si l'on passait aux 39 h payées 37, cela se traduirait pour eux par une augmentation de rémunération de 5,71 % soit l'équivalent de +17,13 ETP². En prenant un salaire chargé moyen de 35000 € (ils sont moins bien rémunérés que les soignants), cela représenterait un surcoût de 599550 €. Par ailleurs, il y aurait un gain en temps de travail de 34,26 ETP base 35 h (qui correspond au travail réalisé entre 35 et 39 h). Pour limiter ces surcoûts, il faudrait s'engager dans d'importants

tantes réorganisations qui prendraient plusieurs années (effet de dilution à prévoir de la réforme) car il faudrait notamment faire évoluer les compétences.

Gains d'effectifs plus marqués chez les agents en travail posté (jour et nuit)

Dans un exemple d'organisation infirmière en 35 h dans un service d'hospitalisation conventionnelle avec six postes de travail en semaine et cinq le week-end (un soir en moins), tous les postes sont en 7 h 30 (**Tableau II**). Cette organisation consomme 10,12 ETP en 35 h (OAT de 1 547 h avant passage aux 39 h). Dans la même organisation avec les mêmes horaires mais en 39 h (**Tableau III**), tous les postes sont maintenus en 7 h 30 (semaine de 37 h 30). On passe à 39 h avec une OAT de 1 724 h (scénario central). Elle consomme 1,03 ETP de moins. Mais si l'on raisonne en effectif rémunéré (39 h payées 37), l'effectif sera de 9,61 ETP base 35 h (9,09 ETP x 1,0571), le gain réel pour l'établissement n'étant plus que de 0,51 ETP. Pour un établissement de mille agents dont 700 seraient postés, le gain en effectif rémunéré pour ces derniers est donc estimé à 35,70 ETP. Enfin, une organisation qui garde les mêmes postes, en passant aux 39 h avec un horaire de 7 h 48 au lieu de 7 h (**Tableau IV**), consomme 0,69 ETP de moins qu'aujourd'hui.

Surcoûts à prévoir en période de transition

La durée sur laquelle le projet de passage de 35 à 39 h s'étend peut avoir un impact fort en termes de surcoûts liés à la transformation des organisations et à l'adaptation des effectifs. D'importants surcoûts sont à prévoir si le projet est conduit en deux à quatre ans, moindres s'il est conduit dans une période courte (maximum un an) et quasiment nuls s'il est suffisamment anticipé. Plus un établissement présentera des caractéristiques sociodémographiques de son personnel telles qu'un taux de titulaires et de contrats à durée indéterminée élevé, un turnover faible, un nombre de départs à la retraite réduit, plus les flux de sortie des effectifs seront lents et prendront plusieurs années. Un tel établissement risque donc de se retrouver pendant toute cette période avec des surcoûts à gérer donc un sureffectif plus ou moins important. Il faudra en effet du temps pour ajuster l'effectif réel aux effectifs cibles issus des maquettes organisationnelles en 39 h. Une manière d'atténuer ces surcoûts serait de passer aux 39 h progressivement, en deux ou trois ans, mais cela créerait une trop grande illisibilité du changement et complexifierait les plannings. De plus, compte tenu des caractéristiques sociodémographiques variables d'un établissement à l'autre, cette solution ne semble pas réaliste. Enfin on notera que les départs ne concernent pas forcément les métiers ou les services en sureffectifs. ■

1- Il ne s'agit pas d'un sureffectif au regard de l'effectif réel car celui-ci n'aura pas bougé, mais d'un surcoût au niveau de l'effectif rémunéré donc de la masse salariale.

2- $300 \text{ ETP} \times 5,71 \% = 17,13 \text{ ETP}$.

Tableau I - Calcul de l'impact de l'augmentation du temps de travail

	Jour Repos fixe 39 h	Jour Repos variables 39 h		Nuit 35 h
		10 à 19 DJF	+ 19 DJF	
Nombre de jours par année		365		
Repos hebdomadaires en jours	104	104	104	104
Congés annuels en jours	25	25	25	25
Fériés en jours	8,65 en moyenne	11	11	11
Sujétions en jours	0	0	2	0
Journée solidarité	1	1	1	1
Total jours travaillés	228	226	224	226
Durée théorique quotidienne pour un temps plein en heures	7,8	7,8	7,8	7
Références annuelles en heures de temps effectif	1 778,4	1 762,8	1 747,2	1 582
Jours soumis à condition : hors saison et fractionnement				
Si 1 jour soumis à conditions	1	1	1	1
Total jours travaillés	227	225	223	225
Références annuelles en heures de temps effectif 1 jour soumis à conditions	1 771	1 755	1 739	1 575
Si 2 jours soumis à conditions	2	2	2	2
Total jours travaillés	226	224	222	224
Références annuelles en heures de temps effectif	1 763	1 747	1 732	1 568
Si 3 jours soumis à conditions	3	3	3	3
Total jours travaillés	225	223	221	223
Références annuelles en h de temps effectif (avec 3 ca soumis à conditions)	1 755	1 739	1 724	1 561

CA: congé annuel - DJF: dimanche ou jour férié

Tableau II - Scénario central en 35 h, postes en 7 h 30

Codes postes Bloc 1	Nb postes	Emploi	Matin /Soir	Réf. annuelle	Horaire début	Horaire fin	L	M	Mer	J	V	S	D	EPN
M1	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:15	1	1	1	1	1	1	1	1,77 ETP
M2	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:15	1	1	1	1	1	1	1	1,77 ETP
M3	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:15	1	1	1	1	1	1	1	1,77 ETP
S1	1	IDE	Soir	Variable 2	13:45	21:15	1	1	1	1	1	1	1	1,77 ETP
S2	1	IDE	Soir	Variable 2	13:45	21:15	1	1	1	1	1	1	1	1,77 ETP
S3	1	IDE	Soir	Variable 2	13:45	21:15	1	1	1	1	1			1,27 ETP
Total bloc 1	7													10,12 ETP

Tableau III - Scénario central passé en 39 h, postes toujours en 7 h 30

Codes postes Bloc 1	Nb postes	Emploi	Matin /Soir	Réf. annuelle	Horaire début	Horaire fin	L	M	Mer	J	V	S	D	EPN
M1	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:15	1	1	1	1	1	1	1	1,59 ETP
M2	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:15	1	1	1	1	1	1	1	1,59 ETP
M3	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:15	1	1	1	1	1	1	1	1,59 ETP
S1	1	IDE	Soir	Variable 2	13:45	21:15	1	1	1	1	1	1	1	1,59 ETP
S2	1	IDE	Soir	Variable 2	13:45	21:15	1	1	1	1	1	1	1	1,59 ETP
S3	1	IDE	Soir	Variable 2	13:45	21:15	1	1	1	1	1			1,14 ETP
Total bloc 1	7													9,09 ETP

Tableau IV - Scénario central passé en 39 h et postes en 7 h 48

Codes postes Bloc 2	Nb postes	Emploi	Matin /Soir	Réf. annuelle	Horaire début	Horaire fin	L	M	Mer	J	V	S	D	EPN
M1	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:33	1	1	1	1	1	1	1	1,65 ETP
M2	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:33	1	1	1	1	1	1	1	1,65 ETP
M3	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:33	1	1	1	1	1	1	1	1,65 ETP
S1	1	IDE	Soir	Variable 2	13:27	21:15	1	1	1	1	1	1	1	1,65 ETP
S2	1	IDE	Soir	Variable 2	13:27	21:15	1	1	1	1	1	1	1	1,65 ETP
S3	1	IDE	Soir	Variable 2	13:27	21:15	1	1	1	1	1			1,18 ETP
Total bloc 2	6													9,43 ETP

IDE: infirmière diplômée d'État - EPN: effectif productif nécessaire - ETP: équivalent temps plein

Passer aux 39 heures, pas si simple !

II – Cas d'un un établissement de 1 000 agents qui passerait aux 39 heures payées 37 sans changer d'horaires

Un établissement de mille agents qui passerait aux 39 heures payés 37 sans changer d'horaires verrait immédiatement sa masse salariale augmenter de 5,71 % s'il n'y a pas de compensation par des départs en équivalents temps plein (ETP) réels. Dans les conditions posées en partie I, pour un hôpital de mille agents (dont 700 soignants) qui passerait de 35 à 39 h à horaires inchangés, payés sur une base de 37 h, on noterait les points suivants: un gain mécanique de 114,20 ETP réels base 35 h en volume d'heures de travail ou force de travail supplémentaire, sur lesquels il apparaît un surcoût immédiat de 2 512 400 € du fait du paiement à 37 h si l'établissement ne compense pas par des départs équivalents, ce qui représente 57,10 ETP¹ en sureffectif base 35 h (soit 5,71 % de son effectif ETP réel). Autrement dit, pour atteindre l'équilibre financier au niveau de sa masse salariale, il devrait baisser ses effectifs de 5,71 % (57,10 ETP dans notre exemple); de manière plus précise, pour les personnels administratifs, logistiques et techniques, ce sureffectif est estimé à 17,13 ETP (parmi les 57,10 ETP) pour un surcoût de 599 550 € (on sait que, dans ces secteurs, la gestion des sureffectifs est plus diffi-

Jean-Pierre Danos

Directeur du cabinet Albédo Conseil, Jurançon (64)

cile et longue: beaucoup de titulaires, peu de travail posté, peu de départs et peu de possibilités de reconversions ou mutations). Dans l'idéal, si l'éta-

blissement parvient à compenser le surcoût de la masse salariale par des départs à hauteur de 57,10 ETP, il se retrouvera avec un effectif ETP réel base 35 h de +57,10 ETP réel sur le terrain soit 5,71 % de son effectif ETP initial avant passage aux 39 h, mais dans les faits il s'agit d'un volume d'heures. Celui-ci sera *a priori* affecté en grande partie aux secteurs de soin qui seront renforcés en moyens. On peut imaginer une période de transition plus ou moins longue, dans laquelle l'effectif ETP rémunéré sera supérieur aux financements. Cette période transitoire risque d'être source de fortes perturbations dans le fonctionnement des établissements, notamment si elle dure. En effet, elle se caractérisera pour l'essentiel par des réorganisations et des gestions des sureffectifs et surcoûts comme dans un plan de retour à l'équilibre (PRE). Dans cette perspective et en vue d'éviter d'importants sureffectifs pendant la période de transition, il faudrait dès à présent suspendre ou limiter les titularisations et procéder aux remplacements des départs par des contractuels qui, le moment venu, serviraient de variable d'ajustement, ce qui ne manquerait pas de générer des tensions sociales. Un autre surcoût à prévoir est celui des cotisations chômage pour les emplois supprimés. Si l'on a bien compris, dans le scénario central étudié en partie I de 39 h payées 35, on va avoir +114,20 ETP (par rapport aux 35 h) pour mille agents. Sur ces 114,20 ETP, on doit en économiser la moitié, soit 57,10. Il nous en restera 1 057,10 (par rapport à la base 35 h). En clair, tous les établissements seront dans l'équivalent d'un PRE pour économiser les 57,10 ETP. Au travers des éléments précédents, il ressort que la question de la compensation salariale est fondamentale pour le passage aux 39 h. Or il semble politiquement difficile de faire travailler 39 h payées 35.

L'essentiel

En dehors de toute approche idéologique ou partisane, l'auteur tente de procéder à une première évaluation de l'impact d'un éventuel passage aux 39 h pour le personnel non médical et des problématiques à traiter dans les hôpitaux et sur le plan réglementaire (Partie I). Il illustre la réflexion autour d'un scénario central de passage aux 39 h payées 37 h (Partie II).
Mots-clés: RH; durée du travail; personnel non médical.

Impacts sur la gestion des plannings

Le passage aux 39 h implique des évolutions dans la gestion des plannings qui poseront des problèmes et des risques juridiques. Il conviendra de revoir entièrement les cycles de travail dans les services, du fait des modifications des durées hebdomadaires mais aussi des effectifs affectés. On peut facilement imaginer qu'un plus grand nombre d'agents, qui ne veulent pas augmenter leur temps de travail, demanderont à passer à temps partiel. Nous allons illustrer cette partie en reprenant notre organisation infirmière d'un service d'hospitalisation qui reste en horaires de 7 h 30 et qui passe à 39 h. Cette organisation consomme 9,09 ETP, congés annuels et fériés compris en 39 h et 10,12 ETP en 35 h (**Tableau I**). Dans l'idéal, il faudrait affecter neuf temps plein qui s'auto remplacent pendant les congés et fériés. L'établissement apportera alors 0,09 ETP en période estivale sous la forme d'une mensualité de remplacement. Le roulement et les cycles des neuf agents seront montés sur neuf semaines. Nous fournissons un exemple de simulation verticale du cycle pour les agents passés en 39 h (**Tableau II**) et présentons le roulement et les cycles des dix agents correspondant à la même organisation mais en 35 h (**Tableau III**). En 39 h, il n'y a plus qu'une ligne d'auto remplacement par rapport aux 35 h, où l'on avait deux lignes, donc deux agents³. On peut préciser que le code RPLT (remplacement) permet à une équipe dont l'effectif est complet ou quasi complet à l'année en ETP de s'auto remplacer pour distribuer les congés annuels, fériés (ou de réduction du temps de travail [RTT] en 35 h). Cela signifie qu'en période estivale en 39 h, un seul agent peut partir en congé au niveau de l'équipe, et deux pendant un mois lors de l'apport de la mensualité de remplacement. Dans ces conditions, il n'est plus possible d'offrir trois semaines de congé annuel à chaque agent pendant cette période. En effet, il faudra 23 semaines (avec un agent en congés, dont quatre semaines avec deux agents en congés) soit la moitié de l'année pour distribuer trois semaines de congé consécutives aux agents (9 agents x 3 semaines). Il faut rappeler que la plupart des établissements gèrent leur personnel en auto remplacement avec de faibles apports de mensualités de remplacement l'été. En outre, pour certaines équipes très spécialisées, il n'est pas possible de faire appel l'été à des contrats à durée déterminée (CDD), le personnel n'existant pas sur le marché de l'emploi. En 39 h, et du fait qu'il faut un agent de moins qu'en 35 h pour faire fonctionner la même organisation, les agents travaillent deux week-ends d'affilée sur une période de neuf semaines. On ne peut plus octroyer aux agents un week-end sur deux ou un dimanche sur deux en repos hebdomadaires avec un poste de moins qu'en semaine. Pour cela, il faudrait qu'il y ait le double d'agents physiques

par rapport au nombre de postes à couvrir le week-end. Or dans notre cas, il y a cinq postes à couvrir le week-end mais neuf agents. De plus, pour une équipe dont le nombre de postes serait le même en week-end et en semaine (cas fréquent dans les services à effectifs normés tels que médecine, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad] et long séjour), le nombre de week-ends travaillés d'affilée sera encore plus important. Le cycle en 39 h (donc le planning) est beaucoup plus tendu, il y a peu ou pas de possibilité de remplacement en cas d'absentéisme. En effet, rappeler un agent sur ses repos hebdomadaires pour remplacer un collègue conduirait rapidement à travailler sept jours d'affilée sur 52 h 30 donc à dépasser l'amplitude maximale hebdomadaire de 48 h. Cela nécessiterait de revoir les politiques de remplacement et de renforcer les pools et moyens de remplacements (d'où des surcoûts). Pour terminer, ces évolutions induites par le passage aux 39 h (impossibilité de donner trois semaines de congé annuel en été, impossibilité de garantir un week-end sur deux) appellent un changement dans la réglementation afin d'éviter les contentieux pouvant émerger de l'impossibilité de respecter les règles actuelles. Par ailleurs, ces évolutions seraient vécues comme un retour en arrière voire une régression sociale par les personnels et leurs représentants. Elles nécessiteraient aussi une modification des politiques de gestion des effectifs (introduction de plus de temps partiels, renforcement des moyens de remplacement, etc.).

Nécessité d'une refonte de la réglementation pour éviter les contentieux

Un passage aux 39 h dans les hôpitaux est susceptible de générer de nombreux contentieux tant avec les organisations syndicales qu'avec les agents. Or la réglementation, qui date pour l'essentiel des décrets du 4 janvier 2002 pour la mise en place de la réduction du temps de travail à l'hôpital, est inadaptée et déjà inapplicable ou difficilement applicable sur un certain nombre de points⁴. Les 39 h ne vont qu'accroître ces risques. Comme nous l'avons vu, il faudra revoir la réglementation sur un certain nombre de points (non exhaustifs) dont les principaux sont : **les repos hebdomadaires** : il n'est aujourd'hui

3- En 35 heures, une équipe dont l'effectif est au complet à l'année et fonctionne en auto remplacement peut faire partir en permanence 20 à 25 % (effets de seuil) de ses agents en CA, RTT ou fériés. Lorsqu'on passe à 39 heures, on ne peut plus faire partir que 10 à 12 % de l'équipe, ce qui veut dire qu'une équipe de moins de neuf ou dix agents doit être remplacée par de l'effectif extérieur (pools, CDD, personnel mutualisé) pour pouvoir continuer à maintenir son organisation en nombre de postes de travail prévus (maquette organisationnelle).

4- Pour un approfondissement de ces questions, voir Jean-Marie Barbot, Jean-Pierre Danos, Sophie Léonforte, *Le temps de travail à l'hôpital : conduite des stratégies d'optimisation et de négociation*, LEH, septembre 2016.

pas possible de respecter toute l'année la règle selon laquelle « le nombre de jours de repos est fixé à quatre jours pour deux semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs, dont un dimanche ». Cela le sera encore moins demain en 39 h comme nous venons de le démontrer. **La durée hebdomadaire maximale de 48 h** sur sept jours glissants qu'aucun hôpital n'applique : les cycles de nuit en 10 h fonctionnent sur des durées de 50 h, aucun cycle ne fonctionne en 48 h la nuit. **La durée hebdomadaire maximale en cycles** : « Le cycle de travail est une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à douze semaines ; le nombre d'heures de travail effectué au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier. Il ne peut être accompli par un agent plus de 44 heures par semaine. » Cette règle est inapplicable et inappliquée dans les hôpitaux. Par contre, on doit pouvoir respecter les 48 h si on la calcule du lundi 0 h au dimanche minuit comme dans le Code du travail. **L'octroi de trois semaines de congé annuel consécutives** pendant la période estivale ne sera plus garanti pour tous les agents.

Impacts sociaux

Le passage aux 39 h risque de créer des tensions sociales à court terme, lors de la mise en place et en raison des transformations induites en matière d'organisation, de conditions de travail, de gestion des effectifs et des emplois. On peut facilement imaginer que ces tensions constitueront un frein voire un empêchement pour réduire les sureffectifs induits par l'augmentation des rémunérations (39 h payées 37 dans le scénario central étudié ici). Dans certains hôpitaux, cela risque de générer des surcoûts dans des proportions difficiles à évaluer à ce jour. À moyen terme, une fois la phase de transition passée, on peut s'attendre à une augmentation structurelle de l'absentéisme⁵ dont chaque point en plus viendra annihiler les efforts réalisés, et qui ne sera que l'effet de la dégradation d'un certain nombre d'aspects des conditions de travail : plannings plus tendus, semaines plus longues, journées de repos moins nombreuses dans l'année, plus grande difficulté pour prendre ses congés aux périodes souhaitables, etc. Néanmoins, deux éléments pourraient venir atténuer ces aspects négatifs : les 5,71 % d'effectifs ou plutôt d'heures de travail en plus, mais tout dépendra de la manière de les organiser et de les gérer (les efforts de rationalisation étant plus difficiles chez les personnels administratifs, techniques et logistiques, c'est sur les soignants qu'ils porteront, ce qui ne manquera pas de poser problème), et la compensation salariale après un gel du point d'indice de plusieurs années (mais dans quelle proportion : 39 h payées 36, 37, 38 ?). Tout cela devrait aboutir à des relations plus tendues soit au niveau

de l'établissement soit entre les agents et leur encadrement. Le climat social sera forcément impacté.

Impacts sur la gestion des ressources humaines

L'éventuel passage aux 39 h représente un énorme défi pour la gestion des ressources humaines (GRH) hospitalière. **Temps de travail : une révision des règles et procédures indispensable.** Cela va entraîner une refonte des cycles de travail et des plannings dans tous les services. Il faudra aussi réviser les guides ou référentiels de la gestion du temps de travail de manière plus ou moins importante en fonction de l'ampleur des évolutions réglementaires, puis faire évoluer les paramétrages des logiciels de gestion des plannings. **Gestion des sureffectifs pendant la période transitoire.** Pendant cette période à haut risque, les directions vont devoir engager des réorganisations, prévoir et accompagner des plans de réduction des effectifs (gestion prévisionnelle des métiers et des compétences - GPMC) à hauteur de 5,71 % de l'effectif rémunéré de l'établissement si les 39 h sont payées 37 (scénario central). Il est évident que certains secteurs ou métiers constitueront de vrais casse-tête pour les directions des ressources humaines (DRH). **Politiques de gestion des effectifs et des remplacements.** Le passage aux 39 heures induira une évolution indispensable des politiques de gestion des effectifs et des remplacements. Du fait du nombre beaucoup plus réduit de positions d'absence, il y a aura beaucoup moins de possibilités de rappeler un agent lors de l'absence d'un membre de l'équipe (arrêt maladie, formation, etc.). De plus, le recours aux heures supplémentaires sera beaucoup plus limité, réduisant également les possibilités de remplacement. De ce fait, il sera nécessaire de renforcer et de redimensionner les pools et autres moyens de remplacements, ainsi que les mutualisations de personnel, ce qui exigera un travail sur la GPMC. Lequel sera rendu encore plus indispensable du fait de l'augmentation prévisible de l'absentéisme. Cela ne sera pas sans surcoûts variables selon les établissements. L'été, le recours à des mensualités de remplacement, dont on sait qu'il a ses limites, sera plus important qu'avant mais dépendra aussi de la facilité ou non à recruter sur le marché de l'emploi local. **Qualité de vie au travail (QVT), réduction des risques professionnels et pénibilité.** Afin de contrebalancer les effets négatifs du passage aux 39 heures, notamment en matière de gestion des plannings, les DRH devront engager un important travail sur l'amélioration de la QVT⁶ et sur la gestion des risques professionnels et la limitation de la pénibilité, ainsi que probablement sur les agents en fin de carrière pour qui le retour aux

5- D'après une étude réalisée par Sofaxis (assureur), le taux d'absentéisme dans les hôpitaux était de près de 13 % en 2014, ce qui représente une moyenne de quarante jours d'absence par agent.

Tableau I - Exemple d'un service qui passe à 39 h en restant en horaire de 7 h 30

Codes postes bloc 1	Nb postes	Emploi	Matin /Soir	Réf. annuelle	Horaire début	Horaire fin	L	M	Mer	J	V	S	D	EPN
M1	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:15	1	1	1	1	1	1	1	1,59 ETP
M2	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:15	1	1	1	1	1	1	1	1,59 ETP
M3	1	IDE	Matin	Variable 2	06:45	14:15	1	1	1	1	1	1	1	1,59 ETP
S1	1	IDE	Soir	Variable 2	13:45	21:15	1	1	1	1	1	1	1	1,59 ETP
S2	1	IDE	Soir	Variable 2	13:45	21:15	1	1	1	1	1	1	1	1,59 ETP
S3	1	IDE	Soir	Variable 2	13:45	21:15	1	1	1	1	1			1,14 ETP
Total bloc 1	7													9,09 ETP

Tableau II - Roulement de neuf agents passés à 39 h sur neuf semaines

N°	Semaine	L	M	Mer	J	V	S	D	Lun au dim
1	Semaine 1	RPLT	RPLT	RPLT	RPLT	RPLT	RH	RH	0
2	Semaine 2	M1	M1	M1	RH	M1	M1	M1	45
3	Semaine 3	S3	RH	S1	S1	S1	RH	RH	30
4	Semaine 4	M3	M3	RH	M1	M2	S1	S1	45
5	Semaine 5	RH	S3	S3	S3	S3	RH	RH	30
6	Semaine 6	M2	M2	M2	M2	RH	S2	S2	45
7	Semaine 7	S1	S1	RH	M3	S2	RH	RH	30
8	Semaine 8	S2	S2	S2	RH	M3	M3	M3	45
9	Semaine 9	RH	RH	M3	S2	RH	M2	M2	30!
	Réel	0	0	0	0	0	0	0	300

Codes :

M1, M2 et M3 (postes de matin)
 S1, S2 et S3 (postes de soir)
 RPLT : position d'auto remplacement pour les congés annuels et les fériés
 RH : repos hebdomadaire
 La dernière colonne totalise le nombre d'heures réalisées sur chaque semaine.

IDE : infirmière diplômée d'État
 EPN : effectif productif nécessaire
 ETP : équivalent temps plein

Tableau III - Roulement de neuf agents en 35 h sur neuf semaines

N°	Semaine	L	M	Mer	J	V	S	D	Lun au dim
1	Semaine 1	RPLT	RPLT	RPLT	RPLT	RPLT	RH	RH	0
2	Semaine 2	RH	S3	S3	RH	S1	S1	S1	37,5
3	Semaine 3	RPLT	RH	S2	S2	S2	RH	RH	22,5
4	Semaine 4	S1	RPLT	RH	M1	M1	M1	M1	37,5
5	Semaine 5	RH	M1	M1	S3	S3	RH	RH	30
6	Semaine 6	M1	S1	S1	S1	RH	S2	S2	45
7	Semaine 7	S2	S2	RH	RPLT	M3	RH	RH	22,5
8	Semaine 8	M3	M3	RPLT	RH	M2	M2	M2	37,5
9	Semaine 9	S3	RH	M3	M3	RPLT	RH	RH	22,5
10	Semaine 10	M3	M3	M3	M3	RH	M3	M3	45
	Réel	0	0	0	0	0	0	0	300

Tableau IV - Augmentation de la durée annuelle de travail

	Jour		Nuit
	Repos fixe	Repos variables	
		10 à 19 DJF	
Nombre de jours par année	365		
Repos hebdomadaires en jours	104	104	104
Congés annuels en jours	25	25	25
Fériés en jours	8	8	8
Sujétions en jours	0	0	0
Journée solidarité	2	2	2
Total jours travaillés	230	230	230
Durée théorique quotidienne pour un temps plein en heures	7	7	6,5
Références annuelles en heures de temps effectif	1 610	1 610	1 495
Évolution du temps de travail par rapport à la situation actuelle	+2,2 %	+3,1 %	+4 %

DJF: dimanche ou jour férié

39 h risque de peser en matière de pénibilité, notamment dans certains métiers. **Conduite du projet de passage aux 39 h.** La conduite du projet et des négociations⁷ risque de mobiliser fortement les DRH pendant au moins un an. Il y a aura à définir un calendrier et une méthode (probablement cadrés par le ministère), conduire un certain nombre d'études de faisabilité (impact de différents scénarios horaires, impacts sur les effectifs et la GPMC, etc.), organiser et piloter le dialogue social, accompagner les cadres et les agents. Dans le contexte de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), on peut s'interroger sur la nécessité d'une approche partagée de ces questions, voire d'un pilotage coordonné de ce projet.

➔ Le passage aux 39 h aura ainsi de nombreux impacts aux niveaux national (réglementation) et local (organisations, horaires, plannings, gestion des effectifs, aspects sociaux, évolutions de la GRH). Ce type de projet, à haut risque, se déroulera d'autant mieux qu'il aura été anticipé et abordé de manière globale et très cadrée par le ministère sur certains points. On peut néanmoins s'interroger, dans l'hypothèse du scénario central étudiée ici (39 h payées 37), sur l'impact en moyens supplémentaires. Dans notre hypothèse, du fait des économies à réaliser pour compenser les salaires, l'hôpital se trouvera avec 5,71 % de temps de travail ou équivalent effectifs base 35 h en plus. Mais ces moyens risquent d'être vite réduits du fait de l'augmentation de l'absentéisme, des moyens de remplacement à renforcer, voire à l'échelle nationale d'hôpitaux qui n'auront pas réussi à supprimer les sureffectifs de la période transitoire en vue de maîtriser leur masse salariale (déficits à prévoir). Par ailleurs, cette période transitoire risque de générer des surcoûts dans tous les établissements à des degrés divers. Au final, l'apport pour les hôpitaux ne pourrait représenter guère plus de 3 à 4 % de temps de travail ou équivalent effectifs temps plein base 35 h, selon le niveau d'augmentation de l'absentéisme (1 point ? 2 ? 3 ?). Une seconde option pourrait consister à travailler 39 h payées 36, mais cela paraît plus difficile à faire passer politiquement. D'autres approches, qui restent à finaliser et qui aboutiraient à un résultat équivalent ou proche mais nettement moins douloureuses et difficiles à conduire en termes de changement, pourraient être déployées. Par exemple, en s'appuyant sur les recommandations du rapport Laurent, on pourrait augmenter la durée annuelle de travail par des mesures simples telles

6- Un travail est engagé depuis le 5 décembre 2016 sur la QVT par la ministre de la santé Marisol Touraine dans le cadre de la stratégie nationale pour prendre soin de ceux qui nous soignent.

7- On peut s'interroger ici sur quelles marges de négociation existeront tant au niveau national que local.

Passer réellement aux 35 h serait aussi avantageux en gain de temps travaillé que de passer aux 39 h payées 37.

que la réalisation effective de 1 607 h ou légèrement au-dessus, c'est-à-dire passer réellement aux 35 h. La suppression des trois jours de congé annuels soumis à conditions et des deux journées de sujétion, le passage à huit jours fériés et corrélativement le rajout d'une autre journée de solidarité ferait passer les agents de jour à 1 610 h et ceux de nuit à 1 495 h. Cette suppression se ferait sans compensation salariale, on aurait ainsi un passage réel aux 35 h sur l'année. On augmenterait de 2,2 à 4 % le temps annuel travaillé selon les cas de figure (**Tableau IV** (en sachant que la majorité des agents hospitaliers travaillent en repos variable plus de 19 dimanches et jours fériés dans l'année). Dans cette approche, sur l'ensemble des effectifs d'un hôpital, on peut estimer que la durée travaillée augmenterait de 3,5 % soit un résultat sensiblement identique au scénario central mais sans les surcoûts de la transition ni les effets négatifs sur le climat social et les conditions sociales d'emploi et de travail. En clair, passer réellement aux 35 h serait aussi avantageux pour l'hôpital en termes de gain en temps travaillé supplémentaire que de passer aux 39 h payées 37, la transformation des organisations en moins. Dans ces conditions un agent en repos variable qui travaillerait 37 h 30 hebdomadaires sur des horaires quotidiens de 7 h 30 bénéficierait de 25 journées de congés annuels, huit jours fériés ou récupérateurs de fériés et treize jours de RTT. Au final, le choix sera politique et dépendra des éléments ou critères privilégiés : dans les scénarios étudiés, l'augmentation de la rémunération est un élément fortement discriminant et crucial. Mais d'autres éléments sont portés par d'autres acteurs : le climat social et les conditions de travail, mais aussi les risques de désorganisation et les coûts de réorganisation de l'hôpital. ■

• Jean-Marie Barbot, Jean-Pierre Danos, Sophie Léonforte, *Le temps de travail à l'hôpital : conduite des stratégies d'optimisation et de négociation*. LEH, septembre 2016

• Jean-Pierre Danos, Michel Garcia-Gil, Dominique Paris, Christine Pinchon, Laurence Raoust, *Négocier la RTT à l'hôpital*. Berger Levrault, janvier 2002

• Jean-Pierre Danos, Bernard Doerflinger Michel Garcia-Gil, David Lespegagne, Hervé Laborie, Jean-Claude Moisson, Michel Pépin, Dominique Tonneau, *Gestion du temps de travail des soignants, guide de bonnes pratiques Meah*, ouvrage collectif rédigé dans le cadre d'une mission pour la Meah, Berger Levrault, 2009.

• Jean-Pierre Danos, Michel Garcia-Gil, *Guide pratique de la gestion du temps et des plannings à l'hôpital*, LEH, 3e édition entièrement revue en 2013.

• Dominique Tonneau, « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation ». Dress, document de travail, Série Études n° 35, 2003, 117 p. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud35.pdf>