

**AP-HP**

## **ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL**

**Dialogue social sur les modalités  
d'organisation du travail à l'AP-HP**

**Document d'orientation**

**Avril 2015**  
**Version finalisée le 23 avril 2015**

## Table des matières

Note d'orientation.....	4
A. Les objectifs de la réforme des rythmes de travail .....	4
1. Recentrer les organisations du travail sur la qualité du service rendu aux patients .....	4
2. Se donner des marges de manœuvre pour préserver l'emploi .....	5
3. Repenser l'organisation du travail en veillant à la qualité de vie au travail .....	5
4. Mettre en conformité la durée effective du travail avec la durée légale .....	6
B. La méthode engagée pour la réforme.....	6
1. Privilégier la voie du dialogue social au niveau central.....	6
2. S'appuyer sur un état des lieux partagé.....	6
3. Délimiter le périmètre de la négociation .....	7
4. Associer les GH à la conduite du projet.....	8
5. Définir un calendrier indicatif.....	8
Eléments de l'état des lieux .....	10
A. Le cadre juridique de la concertation sociale.....	10
1. Les prérogatives du chef d'établissement.....	10
2. L'existence de protocoles d'accord sur les 35h.....	10
3. La portée juridique des accords sur le temps de travail .....	10
4. La règle de validité des accords.....	11
5. La place de la concertation locale .....	12
B. La réglementation du temps de travail à l'AP-HP .....	12
1. Le temps annuel de travail et les jours de RTT.....	12
2. Les droits à congés légaux.....	13
3. Le temps de travail effectif.....	13
4. Les jours de congés supplémentaires de l'institution .....	14
5. L'incidence des absences sur le droit à RTT .....	15
6. La gestion des comptes épargne temps.....	16
C. L'organisation du temps de travail en pratique à l'AP-HP .....	19
1. Une grande diversité de rythmes de travail.....	19
2. Le régime de travail en 12h.....	20
3. L'organisation du travail en équipe .....	20
4. La problématique des remplacements.....	21
5. La gestion des plannings et des effectifs.....	22

6.	La prévention de l'absentéisme .....	23
7.	Les effectifs cibles et en cas de service minimum.....	23
8.	Les limites du logiciel Gestime .....	24
9.	La synchronisation des temps soignants et médicaux .....	24
D.	Les particularités de l'encadrement.....	25
1.	Le choix majoritaire de la forfaitisation .....	25
2.	Amplitude horaire de travail .....	26
3.	Cadres de santé au forfait et cycle de 4 jours .....	27
4.	La situation des faisant-fonction de cadre soignant .....	27
5.	Spécificités des cadres formateurs.....	27
6.	Focus sur le droit d'option des cadres de santé.....	28
E.	La révision des protocoles RTT dans le secteur public local.....	28
1.	Les résultats de l'enquête de la FHF.....	28
2.	Les autres CHU .....	29
3.	Acteurs publics non hospitaliers .....	29
F.	Des contreparties positives sur la table des négociations .....	30
1.	Un meilleur dimensionnement des équipes de suppléance .....	30
2.	Une plus grande stabilité des plannings.....	31
3.	Vers un maintien des effectifs au lit du patient à iso-structure.....	32
4.	L'amélioration des conditions de travail.....	32
5.	Une organisation mieux encadrée du travail en 12h .....	32
6.	L'effort de formation pour les personnels non médicaux.....	33
7.	Une plus grande transparence sur les effectifs.....	34
8.	La qualité de vie au travail.....	34
9.	Le renforcement de la coopération entre professionnels .....	35
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>37</b>
	Annexe 1 – Le protocole central AP-HP de 2002 .....	38
	Annexe 2 - Les effectifs PNM AP-HP .....	51
	Annexe 3- Le remplacement ponctuel.....	53
	Annexe 4 - L'expérience d'HUPSSD sur ACT.....	55
	Annexe 5 - Les enseignements du baromètre social des cadres.....	57

# Note d'orientation

L'année 2015 est une année qui peut être qualifiée d'« exigeante » : Exigeante, parce que l'institution doit maintenir un haut niveau d'investissement et améliorer le service rendu au patient ; Exigeante aussi parce qu'elle doit permettre une amélioration de notre trajectoire financière pour atteindre l'équilibre en 2016.

Plus précisément, l'accent a été mis sur la nécessité, dans un contexte budgétaire extrêmement contraint, d'ouvrir plusieurs chantiers pour que l'AP-HP puisse continuer à relever les défis de la qualité et de la sécurité des soins et de l'adaptation des structures de prise en charge.

Parmi ces chantiers, figure en premier lieu celui de la « reconquête du temps », avec l'annonce du lancement d'une « réflexion ambitieuse sur l'organisation des rythmes de travail, car le temps est probablement la ressource la plus précieuse que nous ayons, la plus coûteuse mais pas forcément la mieux utilisée ». Le directeur général a clairement souhaité s'engager dans la reconquête collective du temps, conjugué à la transparence et à la recherche d'équité sur l'ensemble de l'institution.

En termes de méthode, il a exprimé clairement sa volonté d'y parvenir par la voie du dialogue social, afin que les efforts réalisés conduisent à un résultat équilibré et bénéfique à l'AP-HP et ceux qui y travaillent.

Cette note permet de préciser les objectifs, la méthode et le calendrier qui seront mis en œuvre pour la concertation.

## A. Les objectifs de la réforme des rythmes de travail

### 1. Recenter les organisations du travail sur la qualité du service rendu aux patients

L'AP-HP doit aujourd'hui recentrer les organisations du travail en fonction des conditions de prise en charge des patients, en veillant à une meilleure coordination des différents professionnels de santé au sein de l'unité de soins. Elle peut être mise en œuvre grâce à un travail sur la concordance du temps des personnels paramédicaux et médicaux de l'unité de soins, mais aussi par une meilleure concordance de temps entre unités participant au parcours intra-hospitalier du patient (unités de soins, plateau médico-technique, fonctions supports etc.).

Nous devons réfléchir à une meilleure adéquation entre le rythme de travail et l'activité du service ou de la filière de prise en charge, en mettant le patient et sa prise en charge au centre de notre réflexion.

L'AP-HP amorce une révolution importante avec le virage ambulatoire. Elle va se poursuivre en médecine, et s'intensifier en chirurgie. C'est ce que traduisent nos résultats 2014, avec une augmentation sensible de l'hospitalisation partielle, et c'est ce qu'appelle notre plan stratégique. Il faut, pour accompagner, faciliter, accélérer ce mouvement que nous adaptions aussi nos organisations de travail.

La révision des rythmes de travail, c'est donc la recherche d'une plus grande souplesse dans la gestion des équipes entre le matin et l'après-midi (roulements) ainsi qu'une meilleure concordance des temps.

## **2. Se donner des marges de manœuvre pour préserver l'emploi**

Depuis la réforme du temps de travail dans les hôpitaux, dans les années 2000, le contexte dans lequel évolue le secteur hospitalier a beaucoup changé : crise économique, montée de la précarité des patients accueillis, ralentissement de la progression de l'ONDAM, tarification à l'activité, mise en place de pôles, développement de l'ambulatoire et spécifiquement à l'AP-HP mise en place des groupes hospitaliers, etc.

Il nous faut adapter des organisations de travail qui pour l'essentiel ont été définies il y a près de quinze ans et répondre à toutes ces évolutions.

L'objectif de la réforme n'est en rien de remettre en cause la règlementation du travail à l'hôpital mais bien, dans le contexte budgétaire qui est celui de l'hospitalisation française, de trouver une organisation du travail plus efficiente. Comme tous les établissements de santé, l'AP-HP doit en effet accroître l'efficience de son organisation interne et maîtriser sa masse salariale afin de maintenir le niveau de l'emploi et renforcer les ressources auprès du patient. L'AP-HP aurait pu choisir la solution de facilité qui consiste à faire de l'emploi hospitalier une simple variable d'ajustement. Notre institution fait, au contraire, le pari qu'il est possible de dégager des marges de manœuvre par une meilleure organisation interne plutôt qu'en sacrifiant l'emploi au lit du malade.

## **3. Repenser l'organisation du travail en veillant à la qualité de vie au travail**

Les nouvelles organisations des temps de travail ne doivent pas dégrader les conditions de travail, elles doivent, au contraire, permettre d'améliorer la qualité de vie au travail (QVT). Une négociation a d'ailleurs été engagée au sein de la fonction publique sur ce thème même si elle n'a pas encore pu aboutir à la signature d'un accord.

Les organisations actuelles conduisent à des plannings régulièrement mis en cause – instabilité qui peut parfois s'apparenter à de l'hyperflexibilité – et conduire à un absentéisme d'usure, une perte de repères assortie d'une rigidification des organisations.

Or, la performance hospitalière est intimement liée à la qualité des relations sociales et à la réelle attention portée aux professionnels de santé ainsi qu'à la qualité de leurs conditions de travail. La question du temps de travail peut constituer un formidable levier d'action en faveur de la qualité de vie au travail.

C'est pourquoi la recherche d'une organisation du travail plus efficiente passe notamment par notre capacité à améliorer la qualité de vie au travail, en agissant sur plusieurs leviers : la reconnaissance dans le travail, le renforcement de l'encadrement - en particulier l'encadrement de proximité - la possibilité de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle - en particulier par une meilleure gestion des plannings et un redimensionnement des équipes de suppléance - le développement de la formation et un accès à la promotion professionnelle.

#### **4. Mettre en conformité la durée effective du travail avec la durée légale**

Au-delà des modalités d'aménagement de la réduction du temps de travail, la mise en œuvre des 35 heures s'est aussi traduite par l'attribution ou la confirmation d'avantages extra-légaux (jours de RTT supplémentaires, etc.). L'un des objectifs de la révision des rythmes de travail sera de rechercher à faire coïncider la durée effective du travail avec la durée légale. Il s'agira aussi de promouvoir le respect du cadre légal sur les garanties données aux agents, en particulier sur le respect des RTT posés avec un préavis suffisant et acceptés.

### **B. La méthode engagée pour la réforme**

#### **1. Privilégier la voie du dialogue social au niveau central**

Une réforme de cette importance suppose une démarche de dialogue social approfondie avec les représentants du personnel. En effet, une réforme de cette ampleur doit faire l'objet d'une large concertation pour être débattue dans son contour et partagée dans son esprit avec les représentants du personnel, conformément aux dispositions de l'accord-cadre sur le dialogue social du 8 juillet 2014, et en suivant une démarche de management avec l'encadrement médical et paramédical.

C'est d'abord une obligation légale, puisque l'article L 6143-7 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi HPST (2010), précise désormais que « le directeur... 14°) A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ».

C'est aussi une exigence sociale si on veut éviter des situations différencierées entre les hôpitaux et groupes hospitaliers, source d'inégalité de traitement des personnels, de concurrence entre hôpitaux et d'inflation du régime indemnitaire. En effet, une réforme centrale est la seule qui peut permettre qu'au sein de l'institution, chaque agent, quel que soit son groupe hospitalier d'appartenance, ait l'assurance d'être traité avec transparence et équité.

En pratique, et conformément aux dispositions de l'accord-cadre sur le dialogue social conclu le 8 juillet 2014, cette négociation sera conduite au niveau central avec l'ensemble des organisations représentées au sein de l'institution même si, in fine, seules les quatre organisations syndicales représentatives au niveau central seront habilitées à signer un accord sur l'organisation du temps de travail.

Une fois close la période de négociation sociale, une phase de consultation des instances représentatives du personnel au niveau central (CTEC/CHSCTC) s'ouvrira.

#### **2. S'appuyer sur un état des lieux partagé**

Parce qu'il nous faut comprendre et partager objectivement le contexte dans lequel nous sommes, le premier temps de nos échanges portera sur l'état des lieux. Il abordera le cadre institutionnel de l'organisation du temps de travail, mais aussi la variation de certaines situations locales au travers de focus catégoriels. Coordonné dans la démarche par l'équipe projet, il associe les directions des

ressources humaines et les directions des soins des GH/sites et PIC pour organiser la consultation syndicale.

Cet état des lieux permettra à chacun de mieux percevoir les enjeux de cette réforme, et les possibles adaptations de notre organisation du temps de travail.

Cet état des lieux sera débattu, au niveau central, avec les organisations syndicales préalablement à l'ouverture d'une négociation sociale. Il sera communiqué aux GH/sites et PICS. Nous pourrons convenir de travaux spécifiques, avec l'encadrement et/ou les médecins.

Après cet état des lieux très largement partagé, s'ouvrira une phase de négociation sociale, sur les domaines où il y a des pistes à travailler, des choix à proposer, des équilibres à partager. Nous souhaitons montrer qu'il est possible de concilier les contraintes économiques et budgétaires avec de meilleures garanties pour les agents qui travaillent à l'AP-HP.

### **3. Délimiter le périmètre de la négociation**

Plusieurs domaines devront être abordés dans la négociation sociale.

#### **La redéfinition des rythmes de travail**

Le cœur de la réforme, soumis à concertation et négociation, sera dans un premier temps de définir, pour toute l'institution, de nouveaux rythmes de travail permettant des gains de temps et donc de l'efficience au service de la qualité de prise en charge des patients. A cette occasion, la définition du temps de travail effectif méritera d'être précisée, notamment ce qui concerne le temps de repas, en tenant mieux compte des situations et obligations des personnes selon les fonctions exercées.

#### **Les plages horaires et l'organisation en équipe**

D'autres organisations du temps de travail que celles en vigueur actuellement peuvent permettre d'élargir les horaires d'accès aux soins pour éviter des délais d'attente, source d'inégalité, ou pour éviter d'orienter dans le secteur privé des patients pour des examens complémentaires. Par ailleurs, il devient essentiel de réduire la rigidité des organisations et de développer les roulements entre équipes afin de gagner en attractivité.

#### **La question de l'équité entre les sites et entre les différentes catégories professionnelles**

L'organisation actuelle est très hétérogène d'un site à l'autre, parfois à l'intérieur d'un même site ou d'un même groupe hospitalier. Cela est très souvent vécu comme source d'iniquité. Il y a donc un objectif d'homogénéisation des pratiques sur l'ensemble de l'AP-HP, permettant ainsi de renforcer son unité.

La question du temps de travail des cadres sera aussi abordée mais celle-ci devra s'inscrire, selon des modalités spécifiques de concertation, dans une réflexion plus large sur la place et les missions attendues de l'encadrement.

#### **La concordance des temps soignants**

Pour être équitable, la réforme devra concerner tous les personnels de l'AP-HP. Elle questionnera de fait la synchronisation des temps de travail médical et soignant dans les unités/services de soins.

### **La qualité de vie au travail**

La négociation devra également aborder la question de la conciliation vie professionnelle - vie personnelle, ainsi que celle des conditions de travail et proposer une redistribution d'une partie des gains d'efficience générés par la révision de l'organisation du temps de travail. Celle-ci s'établira au bénéfice de l'amélioration de la satisfaction des personnels au travail et de l'attractivité de notre institution, que ce soit en termes de stabilité des plannings, de meilleur accès à la formation ou d'accès à la promotion professionnelle, etc.

### **Les outils de gestion du temps de travail**

La révision des rythmes de travail sera aussi l'occasion de mettre à jour le guide du temps de travail qui n'a pas été actualisé depuis quelques années. Cette tâche sera confiée à la commission technique, permettant ainsi aux gestionnaires RH de disposer d'un outil d'aide à la gestion. En effet, ce guide a pour objectif de rendre transparent l'ensemble des éléments constitutifs du temps de travail. Il doit garantir la mise en œuvre harmonieuse, quel que soit le service ou le grade, des droits et obligations des personnels. Disponible dans tous les services auprès du cadre, ce guide doit aussi être accessible sur l'intranet.

De même, il conviendra de corriger certaines erreurs de paramétrage dans « Gestime » et, le cas échéant, de réfléchir à faire évoluer à terme cet outil de gestion informatisé du temps de travail. : Le chantier pourra être ouvert en 2015.

## **4. Associer les GH à la conduite du projet**

Pour conduire cette réforme, un comité de pilotage est mis en place qui pourra aussi s'appuyer sur l'expertise d'une commission technique. Il associera les différentes directions fonctionnelles du siège et de leurs représentants en GH/site et PIC. Ce comité de pilotage validera les options prises dans les négociations et sera chargé de suivre l'application de la réforme sur les différents sites.

En appui, la commission technique, animée par un chef de projet désigné par le directeur général, aura pour mission de produire notamment des données chiffrées ou d'apporter des réponses juridiques. Elle fera preuve de réactivité pour enrichir en continu la réforme en précisant notamment les conséquences des options étudiées.

Enfin, souhaitant promouvoir le dialogue social autour de cette réforme, une équipe resserrée de négociation, ayant mandat pour négocier avec les organisations syndicales, sera mise en place en central. Cette équipe de négociation sera assistée de conseillers techniques.

## **5. Définir un calendrier indicatif**

Compte tenu des règles relatives à l'annualisation du temps de travail applicables à la Fonction publique, la réforme des rythmes de travail est une réforme qui a vocation à se mettre en place en début d'année civile. Elle pourrait donc être effective au 1er janvier 2016, ce qui permet un temps suffisant à la concertation sociale.

Selon un calendrier indicatif, le mois de mai sera consacré à l'élaboration d'un état des lieux partagé, au niveau central, avec l'ensemble des organisations syndicales présentes dans l'établissement. S'ouvrira ensuite une période de négociation, qui abordera non seulement la thématique de l'organisation du temps de travail, mais aussi les moyens de parvenir à une plus grande stabilité des

plannings, à l'amélioration du remplacement, à une meilleure concordance des temps entre les différents acteurs qui concourent à la prise en charge du patient, et à la qualité de vie au travail.

A l'issue de cette négociation, la signature d'un nouvel accord sur l'organisation du temps de travail à l'AP-HP sera recherchée. En cas d'échec de cette négociation, le directeur général prendra une décision précisant définitivement la nouvelle organisation du temps de travail pour l'ensemble de l'Institution, après consultation des instances représentatives du personnel, au niveau central (CTEC/CHSCTC), puis au niveau local.

S'agissant d'une réforme du temps et de l'organisation de travail, elle devra être débattue en directoire avant d'être soumise aux instances : CHSCTC puisqu'elle impacte les conditions de travail, et CTEC. Un passage en CCSIRMT sera programmé dans la mesure où la réforme va aussi impacter l'organisation soignante et en CME pour le volet sur la concordance des temps. Elle sera présentée pour information au conseil de surveillance.

# Eléments de l'état des lieux

Afin de bien préparer la négociation sociale, la direction générale a pris l'initiative de réunir, dans le présent document, les premiers éléments d'un état des lieux sur l'organisation du travail à l'AP-HP. Bien entendu, il s'agit d'un document évolutif, soumis à la concertation sociale, dans une démarche de diagnostic partagé. In fine, l'état des lieux devra permettre à chacun de mieux percevoir les enjeux de cette réforme, et les possibles adaptations de notre organisation du temps de travail.

## A. Le cadre juridique de la concertation sociale

Le cadre juridique de la concertation sociale se caractérise notamment par l'importance des prérogatives dévolues au chef d'établissement en matière d'organisation du travail ainsi que par l'existence d'accords sur le temps de travail tant au niveau central que local.

### 1. Les prérogatives du chef d'établissement

Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 pose l'obligation, pour le chef d'établissement – après avis du CTE - de définir par service et par fonction les cycles de travail ainsi que l'aménagement et les horaires de travail. En outre, l'article L 6143-7 stipule également que « *le directeur... 14°) A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos.* »

Il résulte de l'application combinée de ces différentes dispositions que l'organisation du travail est fixée par le chef d'établissement après concertation sociale avec les organisations syndicales d'une part et, d'autre part, consultation des instances représentatives du personnel.

### 2. L'existence de protocoles d'accord sur les 35h

Pour mémoire, il convient de rappeler que la fonction publique hospitalière est passée aux 35 heures avec la signature d'un protocole national le 27 septembre 2001, suivi dans la majorité des établissements de négociations avec les partenaires sociaux.

L'accord national prévoyait notamment l'octroi de jours de RTT en fonction de la durée de travail hebdomadaire retenue : 20 jours maximum de RTT pour un maintien à 39 heures, 18 jours pour 38 heures, 12 jours pour 37 heures et enfin 6 jours de RTT pour 36 heures. Le dispositif s'est accompagné d'un plan prévisionnel de recrutement et, dès 2002, de la mise en place de comptes épargne temps (CET).

A l'AP-HP, le protocole central de 2002, joint en annexe, et les différents protocoles locaux (par site), ont permis d'appliquer la diminution du temps de travail (passage à 35 heures de jour et 32 heures 30 la nuit) sans pour autant modifier en profondeur l'organisation du travail.

### 3. La portée juridique des accords sur le temps de travail

Un protocole central AP-HP a été signé à l'époque entre le Directeur Général de l'AP-HP et une minorité des organisations syndicales (CFDT, UNSA santé, FFASS CFE-CGC). Ce protocole fixe un cadre de règles et renvoie à des protocoles locaux.

En l'état actuel du droit, il convient de relativiser la portée juridique des accords passés sur la réduction du temps de travail à l'AP-HP pour au moins trois raisons : D'abord, si la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a reconnu la négociation au niveau local, par la création du « projet social » du projet d'établissement des établissements et institutions de santé, cette rédaction ne règle pas la question de la portée juridique des accords issus de ces négociations. Au contraire, la circulaire du 22 juin 2011 relative à la négociation dans la fonction publique est venue rappeler le principe de l'absence d'effet juridique direct des accords dans la fonction publique.

Ensuite, depuis les accords de Bercy du 2 juin 2008, puis la loi sur la rénovation du dialogue social du 5 juillet 2010 qui ont ouvert la voie de la négociation pour les organisations syndicales dans la fonction publique hospitalière (FPH), les règles de représentativité syndicale et de validité des accords ont considérablement évolué. C'est ainsi que les pourcentages de voix recueillis par les signataires de l'accord de 2002 ne leur permettraient pas d'atteindre le seuil de 50% aujourd'hui requis pour qu'un accord soit valide.

Enfin, s'agissant des accords locaux, ils ont été conclus au niveau du site alors même que, depuis la constitution des GH en 2010, c'est uniquement au niveau du GH que peut désormais être conclu un accord local.

Toutefois, en dépit de son absence d'effet juridique direct, le protocole 2002 constitue un engagement moral fort qui lui donne de fait une force contraignante et engage les parties signataires. Bien que juridiquement fragile, il n'en demeure pas moins qu'il fixe l'aménagement et la répartition des horaires de travail et qu'il est signé du Directeur Général.

#### **4. La règle de validité des accords**

Pour être valides, les accords devront être dorénavant signés par une ou plusieurs organisations syndicales de fonctionnaires ayant été appelées à négocier et qui ont recueilli au moins 50 % des voix (suffrages exprimés) lors des dernières élections professionnelles servant de base pour la composition de l'organisme consultatif qui a servi de référence pour les habiliter à négocier.

L'article 5 de l'accord-cadre AP-HP sur le dialogue social du 8 juillet 2014 précise la règle de validité des accords : Ainsi « *le seuil de 50% s'apprécie en fonction de la part relative des organisations syndicales sur le seul périmètre des organisations syndicales considérées comme représentatives au niveau auquel l'accord est négocié (central ou local)* ».

Les résultats en part relative des dernières élections sont les suivantes :

- USAP-CGT : 38,16 % ;
- SUD : 29,27 % ;
- CFDT : 18,23 % ;
- FO : 14 %.

Compte tenu de ces résultats, un accord serait valable avec la signature de deux organisations syndicales si l'USAP-CGT est signataire. En cas d'absence de signature de cette dernière, la signature de SUD, CFDT et FO sera indispensable.

## **5. La place de la concertation locale**

L'accord de 2002 laissait une place importante à la négociation locale. En effet, plusieurs dispositions ou clauses du protocole de 2002 abordent la question des accords au niveau local, soit pour poser l'obligation d'une négociation locale (préambule), soit pour donner une certaine liberté de choix quant au schéma horaire d'organisation du temps de travail (article 11) et les thèmes nécessairement traités dans l'accord local (article 24). Toutefois, l'accord de 2002 a été conçu dans un contexte bien particulier (nécessité de définir le volume d'emplois à créer notamment) qui pouvait justifier un double niveau de négociation, central et local.

Aujourd'hui, la démarche retenue est différente et priviliege clairement le niveau central qui devra définir un schéma de référence de l'organisation du temps de travail pour l'ensemble de l'AP-HP, schéma auquel il ne serait pas possible de déroger par la voie d'un accord au niveau local. Il proposera un cadre « uniformisé » des régimes de travail, gage d'équité sur l'ensemble de l'Institution. En revanche, en cas de signature d'un accord central, la concertation sociale trouvera toute sa place pour décliner l'application concrète du cadre central au niveau local.

## **B. La réglementation du temps de travail à l'AP-HP**

Le Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, fixe le temps de travail pour les personnels non médicaux à 35 heures par semaine, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002.

### **1. Le temps annuel de travail et les jours de RTT**

Le décret 2002-9 du 4 janvier 2002 précise le temps annuel de travail :

- 1600 heures pour les personnels de jour en repos fixe
- 1575 heures pour les personnels de jour en repos variable
- 1470 heures pour les personnels de nuit, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Avec la mise en place de la journée de solidarité, initiée par la loi du 30 juin 2004, ces totaux doivent être augmentés de 7 heures pour refléter la réalité.

En sus, les personnels à repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches et jours fériés bénéficient de 2 jours compensateurs supplémentaires.

L'article 11 du même décret précise le nombre de jours supplémentaires au titre de la RTT en fonction du rythme hebdomadaire de travail (moyenne sur le cycle) :

- 18 jours pour 38 heures par semaine,
- 12 jours pour 37 heures
- 6 jours pour 36 heures
- 3 jours ouvrés pour 35h30.
- Le nombre de jours ne peut être supérieur à 20

Tous ces décomptes doivent être aujourd'hui réduits de la journée de solidarité instaurée par la suite.

Pour autant, alors même que les textes limitaient le nombre de RTT en fonction des rythmes de travail, et spécifiaient qu'il n'était pas possible d'attribuer plus de 20 RTT par an, le protocole AP-HP a prévu au niveau central :

- 18 jours de RTT et 2 jours dits « forfait protocole » pour les personnels en 7h36 soit 38 heures par semaine, soit +2 jours
- 20 RTT et 4 jours « forfait protocole » pour les personnels en 7h50, soit 39h10 par semaine, soit + 4 jours
- Pour les rythmes en 10 heures de nuit, le décompte en jours de récupération (RR) intègre 2 jours de « forfait protocole » pour les agents de nuit.

## **2. Les droits à congés légaux**

Le décret 2202-08 du 4 janvier 2002 précise les droits pour les agents de la FPH. Il pose le principe de 25 jours de congés annuels (5 semaines), auxquels s'ajoutent :

- 1 jour de fractionnement si les CA sont fractionnés en au moins 3 périodes de 5 jours chacune,
- 1 jour supplémentaire « Hors Période » si 3 à 5 jours ouvrés entre le 1<sup>er</sup> novembre et 30 avril, 2 jours supplémentaires si au moins 6 jours posés.

Les personnels peuvent donc bénéficier de 3 jours de congés supplémentaires. Dans les faits, ces trois jours ne sont pas généralisés :

Tableau n°1 :

Au 31/12 de chaque année	2013		2014		évolution 14/13
	UP	Proportion	UP	Proportion	
jour fractionnement	16 927	22,91%	22 753	30,73%	34,42%
HP 1 jour	18 713	25,32%	15 269	20,62%	-18,40%
HP 2 jours	30 382	41,12%	45 448	61,37%	49,59%
nombre d'UP	73 893	100,00%	74 050	100,00%	0,21%

En 2014, seuls 30% des personnels bénéficient du jour de fractionnement ; entre 2013 et 2014, la tendance est au développement du fractionnement et de la pose des jours de congés hors la période d'été (et donc du bénéfice de 2 jours, au détriment d'un jour).

Si certains établissements d'ile de France automatisent le bénéfice de ces 3 jours en les intégrant aux congés annuels, partant du principe que tout le personnel en bénéficie, telle n'est pas la pratique à l'AP-HP.

Par ailleurs, 11 fêtes légales donnent lieu à jour férié, mais ce nombre varie annuellement pour les personnels à repos fixe. La durée annuelle du temps de travail doit donc se calculer annuellement pour prendre en compte, pour chaque rythme de travail, cette variation.

## **3. Le temps de travail effectif**

Conformément aux dispositions du décret précité de 2002, « *la durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de l'employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles.* »

Une pause d'une durée de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives, sans pour autant que celle-ci soit comprise systématiquement

dans le temps de travail. En effet, les textes spécifient que lorsque l'agent a l'obligation d'être joint à tout moment, par tout moyen approprié, pendant le temps de restauration et le temps de pause, afin d'intervenir immédiatement pour assurer son service, les critères de définition du temps de travail effectif sont réunis.

Lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme temps de travail effectif.

Ces dispositions réglementaires font l'objet d'une application spécifique à l'AP-HP, qu'il s'agisse du temps de pause, du temps d'habillage/déshabillage ou du temps de restauration.

#### **Temps d'habillage /déshabillage :**

Considéré comme temps de travail effectif, il est donc intégré dans le temps de travail et évalué à l'AP-HP à 10 mn, y compris pour les services fonctionnant en 12 heures. Le recensement GH a permis de faire remonter une seule situation (un seul GH) dont le temps d'habillage/déshabillage avait été forfaitisé (3 à 4 RR annuels) pour les services de réanimation.

#### **Temps de restauration :**

A ce jour, 30 mn sont systématiquement accordées sur le temps de travail pour le déjeuner, pour tous les agents, alors même que la réglementation pose certaines conditions pour que le temps de restauration soit assimilé à du temps de travail effectif. Par ailleurs, l'éloignement du self par rapport au lieu de travail induit sur certains sites une prolongation inévitable de la pause déjeuner.

Certains hôpitaux hors AP-HP ont opté pour une solution différenciée selon les services de l'établissement<sup>1</sup>. Ainsi les personnels affectés directement au chevet du patient dans les unités d'hospitalisation complète, à la différence des autres services, peuvent être autorisés à travailler en journée continue, le temps de repas étant alors inclus dans le temps de travail.

### **4. Les jours de congés supplémentaires de l'institution**

#### **Jours médailles :**

Le décret n° 87.594 du 22 juillet 1987 portant création de la médaille d'honneur régionale, départementale et communale, qui fixe les durées d'ancienneté requises pour avoir droit aux médailles d'argent (20 ans de service), de vermeil (30 ans aux titulaire de la médaille d'argent) et d'or (après 35 ans pour les titulaires de l'échelon vermeil), ne prévoit aucune disposition sur un éventuel congé à l'occasion de cette distinction accordée par arrêté préfectoral.

Cependant, 3 notes de service (n° 70.35 du 2 juin 1970, du 12 février 90 et n° AB/30-94 du 20 décembre 94) accordent pour cette occasion, un congé exceptionnel en fonction de l'échelon de la médaille, aux agents titulaires de l'AP-HP en position d'activité :

- 1 jour ouvrable pour la médaille d'argent ;
- 2 jours ouvrables pour la médaille vermeil ;
- 3 jours ouvrables pour la médaille d'or.

---

<sup>1</sup> Exemple du centre hospitalier « Sud Francilien ».

Pour l'ensemble de l'institution, les jours pris pour les médailles évoluent ainsi :

Tableau n°2 :

Année	2011	2012	2013	2014
Nombre de jours	3719	4064	3868	3558
Equivalent en ETP	17,71	19,35	18,42	16,94
Evolution n/n-1		9,28%	-4,82%	-8,01%

En 2014, les jours médailles représentent **17 ETP**.

#### **Jour fête des mères :**

La « fête des mères », née en 1920 dans le cadre de la politique nataliste, a été instituée par la loi de 50-577 du 2 mai 1950, sans pour autant que ce jour soit jour férié.

La note préfectorale 76-448 du 3 juin 1976 met en place une journée de congés exceptionnelle à ce titre pour les personnels de la préfecture de police de Paris (et donc historiquement les personnels de l'AP-HP). Par la suite, une note AP-HP de 81- 113 du 2 octobre 1981 supprime la limite d'âge et accorde à toutes les mères, quel que soit l'âge de leur enfant et le nombre d'enfants, une journée exceptionnelle de congés. Enfin, la note n° 92-462 du 17/06/92 institue le caractère pluriannuel de ce congé exceptionnel. Pour autant, son caractère discriminatoire va à l'encontre du principe d'égalité homme/femme et apparaît juridiquement contestable.

En 2014, 33 766 jours ont ainsi été donnés, représentant l'équivalent de **161 ETP**.

#### **5. L'incidence des absences sur le droit à RTT**

Le décret de 2002 précise à l'article 11 que le nombre de jours supplémentaires de repos prévus au titre de la réduction du temps de travail est calculé en proportion du travail effectif accompli dans le cycle de travail et avant prise en compte de ces jours. Il découle logiquement de ces dispositions que les absences devraient venir diminuer les droits à RTT.

Or, l'article 13 du protocole de 2002 prévoit que lorsqu'un agent, rentrant dans le cadre d'un décompte horaire journalier supérieur à 7 heures, ne peut effectuer la durée du temps de travail quotidien prévu dans le roulement en raison d'une absence, il est considéré comme avoir accompli le 5<sup>ème</sup> de ses obligations de service prévues en moyenne sur le cycle. Pour le travail en 10 heures, le décompte se fait sur la base de 10 heures, dans la limite de 20 jours par an, pour les absences congés familiaux et au-delà du plafond pour une absence pour formation ou autorisation d'absence syndicale. Pour les agents en 12 heures, et dans la limite de 6 jours, la même règle s'applique et le décompte de l'absence se fait en 12 heures.

Le temps décompté de l'absence hors du temps de la journée de 7 heures (1/5<sup>ème</sup> de 35 heures) est pour l'année 2014 :

Tableau n°3 :

	2014 en jours (7h30)	en ETP
Évènements familiaux	6 779	32,28

Formation	6 842	32,58
Absence syndicale	1 143	5,44
Total	14 764	70,30

Ce mode de calcul, visant à sur-comptabiliser le temps d'absence, neutralise **70 ETP** pour l'institution. Au regard de la loi de finances n° 2010-1657 du 29 décembre 2010, les dispositions de l'article 13 du protocole AP-HP ne sont plus applicables aux absences liées à des congés pour raisons de santé, mais s'applique pour les congés maternité (avec cependant un plafond).

De même, pour les personnels en 7h36 et 7h50, le maintien des droits à RTT en cas d'absences pour motif familial (mariage, décès, enfant malade, maternité hors congé pathologique, accompagnement de fin de vie et maladie grave...) les 25 premiers jours, est ainsi évalué :

Tableau n°4 :

	Nb jours de RT neutralisés	équivalents ETP
2013	18 209	86
2014	15 445	73

En 2014, 48 512 agents étaient sur l'une de ces deux organisations du temps de travail, soit 0,3 jours de maintien par agent, correspondant à **73 ETP**.

Enfin, la question du décompte des absences sur le droit aux jours de RTT se pose aussi pour les agents qui bénéficient de congés bonifiés. En 2014, 2382 agents ont bénéficié des congés bonifiés :

- 36 sont au forfait cadre et maintiennent donc leur forfait de RT,
- 27 % sont en 10 ou 12 heures et ne génèrent pas de crédit d'heures (RR) durant le congé bonifié, et donc voient leurs droits à RTT gelés ;
- 71 % des agents bénéficiaires d'un congé bonifié agents en 7h36 et 7h50 bénéficiaires de la bonification de leur congé annuel, bénéficient du maintien de leurs jours de RTT (soit deux jours par agent durant la période).

Cette situation n'est pas satisfaisante car elle est source d'iniquité.

En pratique, ce maintien du droit à RTT correspond 3396 jours, soit l'équivalent de **16 ETP**.

Certains établissements hors AP-HP ont choisi de changer le mode d'allocation des jours de RTT, en passant d'une allocation à priori avec réduction en cas d'absence, à une allocation au fil de l'eau au fur et à mesure de l'acquisition des droits. Au-delà de l'équilibre bénéfices /risques qui n'apparaît pas évident, une réflexion devra être conduite sur la possibilité d'offrir la possibilité aux agents d'une certaine anticipation dans l'utilisation des droits à RTT.

## 6. La gestion des comptes épargne temps

Réglementairement, les jours (de CA, RT, RR) « non pris » au 31 décembre de chaque année, viennent tous les ans abonder le CET pérenne, lequel complète depuis 2013 le Compte épargne temps (CET) « historique ».

Tous les agents de l'AP-HP n'ont pas ouvert de CET comme le montre le tableau suivant :

Tableau n° 5 :

Catégorie	Nombre d'agents	nb agents ayant un CET historique	% agents ayant un CET historique	nb agents ayant un CET pérenne	% agents ayant un CET pérenne	nb agents ayant les deux CET	% agents ayant les deux CET	nb agents ayant au moins un CET	% agents ayant au moins un CET
A	21 564	11 007	51,04%	14 489	67,19%	8 270	38,35%	17 226	79,88%
B	17 679	9 467	53,55%	11 566	65,42%	7 127	40,31%	13 906	78,66%
C	34 570	15 816	45,75%	20 133	58,24%	11 193	32,38%	24 756	71,61%
Total général	73 813	36 290	49,16%	46 188	62,57%	26 590	36,02%	55 888	75,72%

*Données Gestime au 31.12.14*

Si 75,72 % des personnels de l'AP-HP disposent d'au moins un CET (historique ou pérenne), la majorité d'entre eux dispose d'un CET pérenne, mis en place plus récemment : il s'agit sans doute d'un effet conjoncturel. Seuls 36 % des agents ont les deux types de CET. Par ailleurs, s'il y a peu de différence entre la catégorie A et la B sur les pratiques de constitution d'un ou des CET, il s'avère que les personnels de catégorie C ont une moindre tendance à l'épargne.

Le stock de CET, par catégorie professionnelle, au 31/12/2014, est le suivant :

Tableau n° 6 :

Catégorie	CET historique			
	Nombre d'agents	Coût chargé	Nb jours CH	NB moyen de jours par agent
A	11 007	36 344 176	255 945	23,25
B	9 467	20 004 306	220 118	23,25
C	15 816	18 400 474	269 960	17,07
Total général	36 290	74 748 956	746 023	20,56

Si les catégories A et B sont en proportion -mais pas en valeur absolue- les plus nombreux à détenir un CET historique, ce sont aussi eux qui ont le plus « épargné » de journées de RT : il existe en effet un différentiel moyen de 6 journées.

Par ailleurs, à l'AP-HP, le coût du stock de CET historique, charges comprises, s'élève à 74.750 M€.

Tableau n°7 :

Catégorie	CET pérenne			
	Nombre d'agents	Coût chargé	Nb jours CT	NB moyen de jours par agent
A	14 489	12 837 013	90 402	6,24
B	11 566	5 272 540	58 017	5,02
C	20 133	6 738 298	98 860	4,91
<b>Total général</b>	<b>46 188</b>	<b>24 847 851</b>	<b>247 278</b>	5,35

Le décalage d'épargne entre les différentes catégories est similaire dans le mouvement pour le CET pérenne que celui pour le CET historique : La différence d'une journée s'est constituée en une année. Le coût du stock de CET pérenne, en décembre 14, est de 24,8 M€ pour l'institution.

Au cours de l'année 2014, le stock de CET a évolué en fonction des demandes des agents qui peuvent demander au choix de l'utilisation des jours, le paiement forfaité, ou la conversion en points RAFF (retraite additionnelle). Les conversions du CET, en euros et en points RAFF, sont échelonnés jusqu'à 4 ans à partir de l'année de la demande.

En 2014, les mouvements ont été les suivants :

- 39 149 jours de CET historique ont été utilisés (13 819 pour les personnels en catégorie A, 9 155 pour la catégorie B et 16 175 pour la catégorie C), soit en moyenne une journée par agent (sans différence flagrante entre les catégories).
- les jours dont la conversion en € a été demandée, et est prévue dans les années 2015 et suivantes, sont en moyenne par agent disposant d'un CET, de 3,26 jours pour le CET historique (de 4,8 jours pour les cat A à 2,15 pour les catégories C) et de 0,39 jours pour le CET pérenne (variation du simple au double entre les cat A et C).
- Les demandes de conversion en RAFF sont exceptionnelles : 0,3 jour en moyenne pour chacun des CET.

Enfin, dernier élément relatif au CET à l'AP-HP, le placement des jours en 2015 est relativement important (cf tableau ci-dessous). Il s'agit du nombre de jours constatés, non pris de 2014 qui vont être versé en 2015 dans le CET pérenne, sans préjuger des choix des agents.

Tableau n°8 :

Catégorie statutaire	NB moyen CA par agent n'ayant pas pris la totalité de ses droits	NB moyen RT par agent n'ayant pas pris la totalité de ses droits	NB moyen RR par agent n'ayant pas pris la totalité de ses droits	coût chargé global
A	3,09	4,63	5,82	15 252 930 €
B	2,93	3,92	3,72	5 758 566 €
C	3,11	3,59	4,20	7 865 800 €
<b>total</b>	<b>3,06</b>	<b>3,98</b>	<b>4,66</b>	<b>28 877 296 €</b>

Extraction du 16 février 2015, données Gestime par UP à la date du 31 décembre 2014

En synthèse :

- Tous les agents ne disposent pas d'un CET : 24 % des agents de l'AP-HP prennent tous leurs congés dans l'année civile. Cette tendance est plus forte pour les catégories C.
- la tendance à la prise de jours dans l'année diminue entre 2014 et 2015 (volume CET pérenne 2014 versus jours non pris au 31.12.2014), contrairement aux années précédentes, malgré l'investissement des DRH (siège et GH) dans les campagnes de sensibilisation pour favoriser la prise de jours des congés dans l'année civile, en particulier en insérant les RT dans le cycle de travail)
- Le placement des jours sur les CET est plus fortement pratiqué par les catégories A et B que par les catégories C, que ce soit pour le CET historique ou le CET pérenne : les catégories C prennent plus leurs congés en cours d'année et stockent moins.
- Le placement des jours non pris sur le CET est « plébiscité » par rapport aux deux autres formules (la conversion RAEP et le paiement).

## C. L'organisation du temps de travail en pratique à l'AP-HP

Afin de réaliser un premier état des lieux de l'organisation du travail à l'AP-HP, un questionnaire a été adressé à tous les GH. Les réponses, parfois très détaillées, ont ainsi permis de nourrir cette partie de l'état des lieux.

### 1. Une grande diversité de rythmes de travail

A l'AP-HP, même si les organisations de travail ont eu tendance à s'unifier avec la mise en place des GH, en particulier au rythme des transferts de services entre sites d'un même GH, il demeure une très grande diversité des rythmes de travail à l'AP-HP :

Tableau n°9 : les différents rythmes de travail à l'AP-HP

Organisation du temps de travail	Effectifs Physiques	Répartition
7h36 De Jour (38h Semaine)	36 682	50,12%
7h50 De Jour (38h20 Semaine)	11 869	16,22%
10h De Nuit (32h30 Semaine)	6 773	9,25%
Cadre Au Forfait	4 986	6,81%
7h De Jour (35h Semaine)	4 566	6,24%
12h De Jour (35h Semaine)	5 151	7,04%
12h De Nuit (32h30 Semaine)	2 042	2,79%
10h De Jour (35h Semaine)	1 115	1,52%
Total général	73 184	100,00%

*Extraction Gestime et données au 2 décembre 2014, personnels en OTT "hors gestion non comptabilisés.*

Si la majorité des personnels travaille en 7h36 (soit 38 heures semaine), d'autres situations existent :

- 7h50 : pour certains personnels d'après-midi dans les services de soins, certains personnels administratifs et ouvriers ;
- 10 h de jour : essentiellement dans les structures ambulatoires (médecine et chirurgie), quelques consultations, au bloc opératoire, aux urgences ;

- 12 heures : les 12 heures sont généralement en place dans les réanimations, certains services d'urgences, quelques services de laboratoire, certains services de sécurité, smur, etc. Par ailleurs, certains services, pour des motifs de formation continue des personnels, fonctionnent en rythme alterné jour/nuit en 12 heures (réanimations néonatales et pédiatriques, smur, services de transplantation), selon des organisations variées (9 mois de jour et 3 mois de nuit ; 2 mois de jour/2 mois de nuit ; 2 mois de jour/1 mois de nuit ; alternance à la semaine). L'hôpital Robert Debré fonctionne sur un rythme quasi-généralisé de 12 heures (excepté pour la maternité, les hôpitaux de jour, les consultations).

## **2. Le régime de travail en 12h**

Le décret 2002-9 (art 7) spécifie « *la durée du travail quotidienne ne peut excéder 9 heures le jour et 10 heures la nuit, mais le directeur après avis du CTE peut y déroger sans que la journée ne puisse excéder 12 heures, lorsque les contraintes de continuité du service l'exigent* ». Il s'agit donc d'un régime dérogatoire : la jurisprudence accepte le contexte de sous -effectif comme justification de la contrainte (TA Besançon), mais pas l'amélioration de l'attractivité du service ou l'homogénéisation des temps de travail (TA Marseille) ou le souhait exprimé des personnels (TA Paris).

A l'AP-HP, un peu moins de 10 % des personnels travaillent en 12 heures, alors qu'en France en moyenne dans les établissements publics de santé ayant mis en place des organisations en 12 heures, 10,5 % du personnel est concerné ; l'étude nationale spécifie cependant que le pourcentage varie avec la taille (plus important pour les petits et moyens CH).

Le travail en 12h est plutôt concentré dans certains services de soins – essentiellement les réanimations et les SMUR, mais aussi plus rarement certaines salles de naissances, unités de dialyse, service d'urgences, blocs opératoires, unités de SSR. Il peut par ailleurs concerner quelques rares services supports (restauration, sécurité incendie et anti-malveillance).

## **3. L'organisation du travail en équipe**

Historiquement, il existait trois équipes fixes au sein des services de soins : l'équipe du matin, l'équipe fixe d'après-midi, l'équipe fixe de nuit. De nombreux cadres soignants et de direction, mais aussi des chefs de services, considèrent que les horaires fixes ont pour effet que les équipes ne se connaissent pas suffisamment, ne travaillent pas ensemble et que cela nuit finalement à la continuité dans la prise en charge des patients.

Si l'équipe fixe de nuit reste une constante (sauf pour certains services hyperspecialisés nécessitant une formation continue importante des personnels soignants), l'AP-HP a souhaité fusionner les deux équipes de jour en une seule « grande équipe » de journée, compte tenu de l'absence d'attractivité des postes fixes d'après-midi : intérêt du travail le matin (participation à la visite, échanges avec les médecins...), transport plus difficile pour le retour, moindre conciliation avec la vie familiale, impact sur les gardes d'enfants, etc.

Depuis plusieurs années, les nouveaux recrutements sont réalisés sur la « grande équipe », sans pour autant que les nouveaux recrutés travaillent effectivement tant le matin que l'après-midi. En effet, de façon plus ou moins prégnante en fonction des GH ( de 0 à 44 % pour les IDE, de 0 à 50 % pour les AS), certains agents historiquement sur un poste de jour refusent de travailler même partiellement

d'après-midi : Au total AP-HP (excepté un GH qui n'a pas répondu avec précision), 26.64 % des IDE et 27.59 % des AS en grande équipe sont en poste fixe du matin, ce qui limite la portée de la grande équipe, et fait perdurer les problèmes d'attractivité de certains services/sites .

Par ailleurs, il arrive fréquemment que les agents d'après-midi soient positionnés sur un modèle horaire de 7H50, générant plus de RT, alors que les agents du matin sont en 7H36. Néanmoins, ce n'est pas systématique car certains GH ont généralisé le 7H36 pour les agents d'après-midi, notamment pour faciliter l'alternance des équipes matin/ Après-midi. Enfin, malgré le nombre de jours de repos plus important, il semblerait que les personnels souhaiteraient dans leur grande majorité être plus souvent du matin.

#### Encadré n° 1 : conditions de modification des horaires

Il ressort des textes que, pour modifier l'affectation d'un seul agent et le déplacer d'un poste (du matin) à un autre (qui ne serait pas du matin), l'administration peut procéder dans l'intérêt du service par décision motivée. L'agent dont l'affectation est modifiée se verra remettre une nouvelle fiche de poste.

En revanche, la suppression de tout "poste de jour au sein de la grande équipe", semble relever d'une modification de l'aménagement et de la répartition des horaires, ce qui renvoie à l'article 8 du décret 2002-9 du 4 janvier 2002, à savoir : « décision du chef d'établissement après avis du CTE ». Elle devra expressément être intégrée dans le récapitulatif des modifications du temps de travail à l'AP-HP.

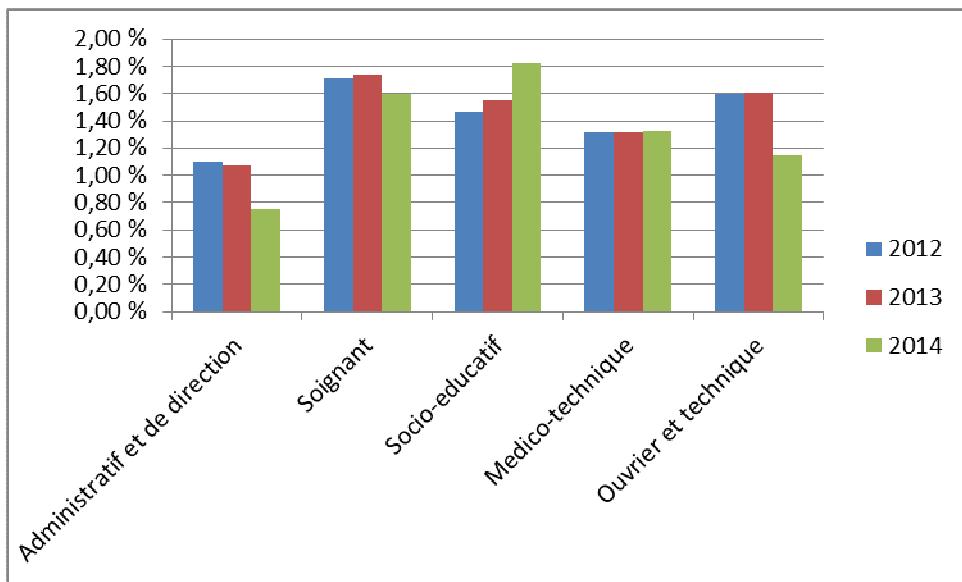
#### **4. La problématique des remplacements**

L'absentéisme pour motif médical est en moyenne de 19,9 jours par agent en 2013, mais le nombre moyen varie en fonction de la catégorie (32,9 jours pour la catégorie C à 16,4 jours pour la catégorie B et 13,8 jours pour la catégorie A (chiffres 2013), en fonction des métiers (de 12,6 jours pour les médico-techniques à 19 jours pour les personnels ouvriers et techniques et à 21,7 jours pour les soignants) et en fonction de l'âge de l'agent.

Concernant la gestion des absences de courte durée des personnels soignants, les GH/sites disposent au moins d'une équipe de suppléance, répartie en une équipe de jour et une équipe de nuit, que celle-ci soit répartie par site (ou exceptionnellement par pôle) ou maintenue globalisée. Elle est généralement composée d'IDE et d'AS, parfois de quelques ASHQ, et dans la plupart des cas d'un temps complet ou partagé de cadre chargé de son pilotage.

Pour expliquer l'impact des absences de courte durée sur la vie des agents d'une équipe, il est utile de visualiser l'évolution de l'absentéisme de courte durée (moins de 6 jours) sur l'institution :

Tableau n°10 :



Dans la catégorie des personnels soignants, les IDE ont en moyenne un taux d'absentéisme (de moins de 6 jours) plus faible (1.64) que celui des aides-soignantes. Ce différentiel représente un jour par an (5,98 jours versus 6,97 jours).

En ce qui concerne les absences prévisibles de longue durée (CLM / CLD / Maternité), les règles apparaissent hétérogènes : Deux GH indiquent avoir intégré totalement les moyens de remplacement dans les pôles (HUEP et PSL) et donc laisser cette gestion à la gouvernance du pôle. Pour les autres, les règles de remplacements sont variables selon la typologie de l'absence : les mandats syndicaux à plein temps sont dans la grande majorité des cas systématiquement remplacés ; dans environ la moitié des GH, les CLD sont systématiquement remplacés (sauf pour quelques GH où, en fonction des situations, le ratio peut être de un pour 2), alors que les CLM font majoritairement l'objet d'un remplacement au cas par cas, par des CDD. Enfin, pour les congés maternité, l'analyse au cas par cas prévaut, certains GH ayant opté pour un remplacement seulement dans les cas de congés maternité simultanés.

Par ailleurs, plusieurs sites sont temporairement confrontés à des problèmes d'absentéisme élevé sur lesquels les représentants du personnel attirent régulièrement notre attention. Cela se traduit par un écart parfois significatif entre le TPER et les effectifs effectivement présents dans les services de soins. Les GH concernés pallient cet absentéisme, au-delà du recours à l'équipe de suppléance, par un recours à des CDD, dont le nombre de mensualités est cependant limité sur le TPER de remplacement.

## **5. La gestion des plannings et des effectifs**

En l'état actuel du droit, dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement doit préciser les horaires de chaque agent pour chaque mois. Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents.

Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification.

En pratique, il ressort des réponses au questionnaire adressé aux GH que les plannings sont réalisés avec au moins un mois d'avance dans 70% à 100% des pôles, selon les GH. La règle d'affichage 15 jours à l'avance est systématiquement respectée, sauf cas exceptionnels. Deux GH indiquent une construction prévisionnelle des plannings à trois mois. Cependant, cette règle ne peut exclure les modifications dans des délais plus courts pour faire face aux aléas, notamment pour les absences non prévisibles à court terme. En effet, des arrêts imprévisibles de dernière minute ne permettent pas à l'encadrement de recourir à l'équipe de suppléance ni, pour des raisons de qualité/sécurité des soins, de maintenir le planning en l'état. Ces situations ponctuelles inhérentes à des absences ponctuelles de dernière minute entraînent, pour faire face à la nécessaire continuité du service public, des changements de planning qui peuvent ainsi conduire à ce que des agents soient rappelés alors même qu'ils sont en repos, comme des dépassements d'horaires au-delà de la journée « normale » de travail, lorsque le cadre demande à un agent de rester un peu plus longtemps dans le service. Si ces derniers ne font pas l'objet d'une comptabilisation, il s'avère que dans la pratique, les agents se voient proposer une récupération dans la semaine de ce temps de travail surnuméraire.

45% des GH répondants affirment que les plannings sont réalisés en corrélation avec l'activité. Les établissements ayant une élaboration des plannings corrélée *en partie* avec l'activité mentionnent une articulation planning / fermetures de lits notamment pendant les congés d'été, mais qui ne s'étend pas au quotidien.

## **6. La prévention de l'absentéisme**

La plupart des GH ont mis en place des tableaux de bord et indicateurs de suivi de l'absentéisme destinés aux pôles, support d'un échange régulier entre la DRH/DSI et les pôles. Pour définir et mettre en place des outils de prévention et de réduction de l'absentéisme, beaucoup de GH ont également mis en place des groupes de travail spécifiques à la question de l'absentéisme, développé des politiques de santé au travail, d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels.

Au moins trois GH et un site mentionnent l'élaboration d'une charte des plannings, et cinq GH, un site et un PIC ont mis en place des entretiens de retour, généralement ciblés après des absences de longue durée. Les GH ont aussi tous mis en place des Commissions Locales de Gestion Personnalisée des Agents (CLGPA) sur chaque site auxquelles participent la DRH et la médecine du travail, pour améliorer le retour à l'emploi des personnels en restriction.

Enfin, les politiques incitatives ont également été mises en place, via la répartition de la prime de service, et en corollaire des actions de contrôle des absences et accidents de travail sont décrites.

## **7. Les effectifs cibles et en cas de service minimum**

A quelques exceptions près, les effectifs cibles ou effectifs de fonctionnement sont définis dans l'ensemble de l'AP-HP.

Les répondants indiquent avoir défini les effectifs cibles de leurs établissements en totalité pour 75 % d'entre eux et à 90 % pour les 5 % restants. Pour certains, ceux-ci sont en cours de réactualisation.

Parmi les répondants aux questionnaires, 40 % ont défini de manière totale ou partielle les effectifs nécessaires pour assurer le service minimum en cas de grève sur leur établissement. 40 % sont en train de les définir ou ont planifié cette définition pour 2015.

## **8. Les limites du logiciel Gestime**

L'outil Gestime apparaît majoritairement comme rigide, manquant d'ergonomie et peu adapté aux changements organisationnels apparus depuis sa mise en œuvre (absence de possibilité de réaliser des requêtes pluriannuelles, etc.). Par ailleurs, il ressort des réponses des GH que ses utilisateurs manquent de formation et que ses fonctionnalités sont de ce fait largement sous-utilisées. Pour autant, des formations existent et sont proposées.

Il apparaît également peu adapté pour le moment à une gestion prévisionnelle des plannings, même si la simulation de planning est prévue pour la fin 2015. S'il permet une bonne conservation de l'historique (calcul de la paie, des droits à congés etc.), il demeure dans beaucoup de services une utilisation d'outils papier ou de tableurs simples pour construire et modifier les plannings prévisionnels au quotidien.

## **9. La synchronisation des temps soignants et médicaux**

Selon un rapport récent de la Cour des comptes (2014), la synchronisation des temps soignants et médicaux constitue une source encore trop peu analysée d'optimisation des ressources des hôpitaux. Pourtant, les conséquences concrètes de la désynchronisation des temps sont nombreuses : temps d'attente pour les patients, report d'activités ou plages restreintes d'utilisation des salles de bloc opératoire ou d'imagerie. Ce manque de synchronisation « résulte notamment d'une organisation du travail insuffisamment formalisée au travers de tableaux de services ou de programmation des activités, rendant parfois difficile la nécessaire coordination avec les plannings des personnels soignants. »<sup>2</sup> Les études de l'ANAP montrent que le manque de synchronisation des temps soignants et médicaux est responsable de nombreux dysfonctionnements en matière d'efficience<sup>3</sup>.

Différents outils nécessaires à l'amélioration de la concordance des temps médicaux et soignants ont été élaborés par l'Agence nationale d'appui à la performance hospitalière.

Dans plusieurs GH, au-delà de la coordination des congés pour optimiser les fermetures d'été, un travail conjoint a été mené avec les équipes médicales et paramédicales pour améliorer la concordance des temps, notamment au bloc opératoire où a été élaborée une charte de fonctionnement. Des séminaires pluridisciplinaires ont été organisés pour parachever ce nouveau mode de fonctionnement.

---

<sup>2</sup> Rapport sur la sécurité sociale – Cour des comptes (2014).

<sup>3</sup> « Synchronisation des temps », dossier RHF – février 2015.

## **D. Les particularités de l'encadrement**

L'article 12 du décret de 2002 précise que « les personnels de direction bénéficient d'un décompte en jours fixé à 208 jours travaillés par an après déduction de 20 jours de réduction du temps de travail (depuis, moins un, soit 19, pour tenir compte de la journée solidarité) et hors jours de congés supplémentaires prévus à l'article 1er, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé ».

Concernant les personnels exerçant des fonctions d'encadrement définies par arrêté, ils peuvent choisir annuellement entre un régime de décompte horaire et un régime de décompte en jours de leur durée de travail. Dans ce dernier cas, ils bénéficient de 20 jours de réduction du temps de travail (en pratique 19, pour tenir compte de la journée solidarité).

Au 31 décembre 2014, 5020 agents de l'AP-HP sont au forfait cadre, dans les trois catégories statutaires.

Tableau n°11 :

Catégorie statutaire	Cadre au forfait	Total catégorie	% au forfait
A	3 918	21 409	18,30%
B	1 023	17 603	5,81%
C	79	34 262	0,23%
total fin 2014	5 020	73 274	6,85%

### **1. Le choix majoritaire de la forfaitisation**

En moyenne à l'AP-HP, 65 % de cadres sont au forfait et 35 % au décompte horaire, si on neutralise les IDE, IDE spécialisées et sages-femmes). 30% des GH répondants (6) déclarent que tous leurs cadres de santé sont au forfait. Par contre, deux sites déclarent que tous leurs cadres sont au décompte horaire.

Tableau n°12 :

regroupement de grade	au forfait	total	%
AAH et Chef de bureau	243	287	84,67%
Cadre et cadre sup de réeduc	92	113	81,42%
cadre et cadre sup de soins	1084	1676	64,68%
cadre et cadre sup de spé	221	350	63,14%
cadre et cadre sup de labo	138	171	80,70%
cadre et cadre sup pharmacie	50	59	84,75%

cadre et cadre sup radio	98	134	73,13%
cadre PSE	30	45	66,67%
Chargé de mission PA	436	890	48,99%
Chargé de mission PTO	386	523	73,80%
directeur	265	265	100%
directeur des soins	70	70	100%
IDE et IDE Spé	150	14973	1,00%
ingénieur	285	334	85,33%
psychologue	270	762	35,43%
sage-femme	40	658	6,08%

A l'AP-HP, pour favoriser le passage au forfait des cadres, les protocoles locaux ont attribué en majorité 6 jours de FP en sus des 20 RT réglementaires, soit 26 jours au lieu des 20 jours fixés par le décret.

Si la règle statutaire est de 20 jours de RTT (-1 jour solidarité), on constate en pratique des disparités pour les FP qui s'étaisent de 0 à 8 jours pour les extrêmes, et majoritairement qui est de 6 jours avec 4 situations possibles (0-4-6-8). Une harmonisation de ces droits à FP est souhaitable dans un souci d'équité au sein de l'institution.

L'absence de système informatisé bornant les horaires de travail, en particulier pour les cadres au décompte horaire, a permis de générer des heures supplémentaires sans contrôle a priori, et donc des jours supplémentaires de congés (RR), rendant ainsi assez attractif le décompte horaire et expliquant le choix de certains cadres de maintenir cette option.

Pour les catégories B, excepté les adjoints des cadres (58 % ont choisi le forfait) et les TSH (52 %), les autres grades n'ont pas fait le choix du forfait.

Le passage au forfait a pu être étendu, de façon non conforme à la réglementation à certains agents de catégorie C, responsables de petites équipes : ainsi 33 adjoints administratifs et 31 ouvriers sont au forfait cadre. Il s'agissait souvent de valoriser des agents assurant des missions d'encadrement, en attente de concours.

## **2. Amplitude horaire de travail**

Nombreux font remarquer la forte amplitude de travail de certains cadres, en particulier soignants (CPP) mais aussi les Attachés d'administration hospitalière (AAH) au sein des directions fonctionnelles.

Pour une meilleure qualité de vie au travail, il serait sans doute utile de réfléchir à mieux positionner le temps de travail sur une amplitude définie entre 8h et 18h, hormis les secteurs de réanimation, des urgences ou autres où la présence de l'encadrement peut être nécessaire sur 24 heures, et la nuit où des cadres sont dédiés à l'encadrement des personnels de nuit.

### **3. Cadres de santé au forfait et cycle de 4 jours**

Il existe de véritables disparités dans les rythmes de travail des cadres. En effet, 45 % des GH/sites/Pics déclarent n'avoir aucun cadre au forfait en cycle de travail de 4 jours, 20 % déclarent qu'au moins une partie de leurs cadres au forfait travaillent en cycle de 4 jours, et R. Debré est le seul GH à déclarer que l'ensemble de cadres du site travaillent en cycle de 4 jours. De plus, il est nécessaire en pratique de distinguer les cadres en cycle « officiel » de 4 jours (comme à R.Debré par exemple), et les cadres en cycle « réel » de 4 jours (réalisé, pour les cadres au décompte, à partir de RR générés par des heures réalisées au-delà des horaires).

Compte tenu de l'amplitude de présence au travail des cadres au forfait (quelle que soit leur filière d'appartenance), le travail sur 4 jours est une source d'iniquité supplémentaire à l'AP-HP.

### **4. La situation des faisant-fonction de cadre soignant**

Presque tous les GH ayant répondu à l'enquête ont déclaré l'existence de cadres faisant-fonction, ce qui représente un total de :

- 317 faisant-fonction de cadres infirmiers (contre 130 en fin 2012) ;
- 170 faisant-fonction de cadres médico-techniques et de rééducation.

Par ailleurs, ces nombres sont à moduler puisque 3 répondants n'ont pas mentionné le nombre de faisant-fonction de cadres infirmiers et 6 répondants n'ont pas mentionné le nombre de faisant-fonction de cadres médico-techniques et de rééducation.

Dans la plupart des cas, les modalités de rémunération sont homogènes au sein de chaque groupe hospitalier, entre faisant-fonction de cadres infirmiers et faisant-fonction de cadres médico-techniques et de rééducation. Cependant, les modalités de rémunérations varient entre GH. Elles peuvent prendre deux formes :

- majoritairement par l'octroi d'une surprime dans le cadre de la prime de service (entre 800 et 1100 € par an) ;
- ou plus exceptionnellement par l'octroi d'un forfait d'heures supplémentaires (par exemple : 15 h, ou 180 €/mois).

Cependant, nombreux sont les faisant-fonction qui souhaiteraient bénéficier de la prime d'encadrement.

### **5. Spécificités des cadres formateurs**

Le CFDC dispose d'un protocole local qui donne une situation spécifique pour les cadres formateurs. En effet, la circulaire (DHOS/P1 2002-240 du 18 avril 2002) stipule que les cadres formateurs bénéficient de temps compensatoire pour travaux pédagogiques (préparation et corrections) à domicile. A l'AP-HP, le protocole local du CFDC attribue 12 JPP par an.

Le protocole compense aussi le différentiel pour les jours de RT entre ceux attribués pour les cadres au forfait et ceux pour les cadres au décompte horaire par l'attribution au bénéfice de ces derniers de 15 heures 12 supplémentaires.

Tableau n°13 :

	Cohorte			Droits ouverts							
	Quantité en UP	quantité en ETP	Répartition	CA	JS+HP	RT	FP	HS annuelles (en jours)	jours préparation pédagogique	total	
Cadres formateurs au forfait	286	280,6	59,96%	25	3	20	0	0	12	<b>60</b>	
cadres formateurs au DH	191	174,6	40,04%	25	3	18	2	2	12	<b>62</b>	

60 % des cadres sont au forfait, même s'ils ne bénéficient pas des heures supplémentaires : Les cadres formateurs qui choisissent le forfait le font parce qu'ils récupèrent la liberté de poser leurs jours quand ils veulent (sous réserve des nécessités de service). A contrario, « en principe » dans le cadre du décompte horaire, les jours sont posés dans le cycle qui, au CFDC, est de 12 semaines.

## 6. Focus sur le droit d'option des cadres de santé

Le décret n°2012-144 du 26 décembre 2012 introduit une revalorisation des cadres de santé et de cadres supérieurs de santé, après exercice d'un droit d'option d'intégration dans le corps des cadres de santé paramédicaux.

Le droit d'option n'était ouvert qu'aux cadres de santé ayant acquis, au 28 décembre 2012, 15 ans de services dans un emploi classé dans la catégorie active avant le 1<sup>er</sup> juillet 2011. A l'AP-HP, cela a concerné 41,5 % des cadres de santé et 56,65 % des cadres de santé supérieurs. Les cadres de santé ne pouvant faire valoir, à la date d'ouverture du droit d'option, la durée de services actifs nécessaires sont intégrés d'office dans le nouveau corps des cadres de santé paramédicaux. Ceux qui n'ont pas répondu au droit d'option, sont automatiquement maintenus dans le corps d'origine.

Au total, à l'AP-HP, 438 cadres (dont 263 par choix) et 145 cadres supérieurs (dont 64 par choix) ont été maintenus dans l'ancien corps ; ils représentaient, en octobre 2013, 21% des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé, et, considérés dans un corps en voie d'extinction, ils ne sont pas concernés par la revalorisation de l'encadrement prévue en juillet 2015.

## E. La révision des protocoles RTT dans le secteur public local

### 1. Les résultats de l'enquête de la FHF

Une enquête FHF sur l'organisation du travail, la RTT et les droits à congés a été réalisée au printemps 2013 sur les établissements de l'Ile de France et au total, 49 établissements ont répondu, permettant de disposer d'une photographie précise.

Il ressort de cette étude que :

- 32 % des établissements avaient renégocié leur accord RTT à cette date (intégrant renégociation des droits extraréglementaires)
- Le temps de travail hebdomadaire de référence est très majoritairement de 37h30.
- RTT : en général, 14 RTT ; seuls 3 CH attribuent 19 RTT, 1 à 20 et 1 à 23 jours.

- Dans 65% des cas, le temps de repas est totalement intégré dans le temps de travail, pour 12% des établissements partiellement et 23 % des CH n'intègrent pas le temps de repas dans le temps de travail (ceux qui ont renégocié)
- Dans 65% des CH, les jours médailles n'existent plus
- Les cadres ont 20 RTT dans 62 % des établissements (plus de 20 jours dans seulement 7 établissements), l'usage du forfait cadre est majoritaire dans 73 % des CH, et 76 % des établissements n'indemnisent pas les HS des cadres.

Selon le FHF, « *Il ressort de l'enquête menée une grande diversité dans l'application du décret de 2002, y compris pour des établissements présentant des caractéristiques similaires. Cette hétérogénéité est le produit d'une méthode de concertation initiale biaisée par les perspectives d'attribution de moyens, contrainte par les délais et un climat social dégradé, et, la plupart du temps, sans réflexion préalable sur les organisations.*

 »

## **2. Les autres CHU**

La plupart des CHU attribuent 14 jours de RTT annuels, avec une durée de travail de 7h30 le jour et 10 heures la nuit. L'encadrement à 19 RTT.

Certains ont renégocié depuis l'accord initial. Dans ce cas, une décision unilatérale de remise à plat de l'organisation de la gestion du temps de travail a été prise, soit par dénonciation de l'accord lorsqu'il existait, soit par décision du DG en son absence.

## **3. Acteurs publics non hospitaliers**

### **La ville de Paris**

Le protocole central a été décliné par direction pour s'adapter aux organisations de travail. Pour ce qui concerne la DASES (direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé), le protocole est le suivant :

- Travail en 38h30 par semaine (sauf coordinatrices de crèches qui travaillent 39 heures) : 7h42 par jour
- 22 jours de RTT (démarche progressive entre 2002 (19 jours) et 2005) accordées pour partie à la demande des agents et pour une autre partie lors des baisses de fréquentations.
- 3 jours de sujétions particulières
- Temps d'habillage et déshabillage est compris dans le temps de travail et fixé à 10 mn

### **L'ARS Île de France**

Deux protocoles ont été signés, l'un pour les agents de l'état (70 % des agents), et l'autre pour les agents de l'Assurance maladie (30 %).

Le protocole pour les agents sous convention collective nationale (ceux de l'Assurance maladie) envisage différentes options au choix de l'agent, qui opte tous les ans pour l'un ou l'autre :

- 7h12 par jour sur 5 jours, soit 36 heures/semaine : 3 RTT
- 7h24 par jour sur 5 jours, soit 37 heures/semaine : 9 RTT
- 7h48 par jour sur 5 jours, soit 39 heures/semaine : 20 RTT
- 8h40 par jour sur 4,5 jours, soit 39 heures/semaine : 20 RTT

Il est nécessaire de retirer un jour compte tenu de la mise en place entre-temps de la journée solidarité.

Celui pour les agents de l'Etat détaille les mêmes options sur les durées de travail hebdomadaires. Il amène au même résultat en termes de congés, mais affiche pour un rythme de travail à 39 heures, 15 RT (moins le jour de solidarité) et 5 jours « semaine hiver ».

### **La CPAM de Paris**

La CPAM fonctionne sur une organisation qui repose sur 19 jours de RTT sur la base de 39 h par semaine, 14 jours pour les agents travaillant en 38 h par semaine, 7 jours en 37 heures hebdomadaires

## **F. Des contreparties positives sur la table des négociations**

La négociation sociale qui va s'ouvrir devrait aboutir à un résultat équilibré bénéfique à l'AP-HP, bénéfique aussi pour ceux qui y travaillent. Des contreparties positives seront mises sur la table des négociations.

### **1. Un meilleur dimensionnement des équipes de suppléance**

En 2014, le personnel affecté au sein des équipes de suppléance (affectation sur les UG dédiées), et positionnés sur les différents budgets (Hospitalier, UHPAD et SLD), de jour comme de nuit, s'élève en moyenne à 1521 ETP pour 2014.

Leur répartition est la suivante :

Tableau n°14 :

<b>budgets H, B et E - ETPM 2014</b>	<b>Emploi permanent</b>	<b>Emploi de remplacement</b>	<b>Total général</b>
<b>EQUIPE DE SUPPLEANCE ADULTE</b>	<b>1 148,2</b>	<b>308,2</b>	<b>1 456,4</b>
AGENT HOSPITALIER	18,2	7,2	25,4
AIDE MEDICO PSY	2,0	0,2	2,2
AIDE SOIGNANT HOR	1,6	242,7	244,3
AIDE SOIGNANTS	524,4	21,0	545,4
AUXIL. PUERICULT.	7,6	7,0	14,7
CADRE I.D.E.	30,6	0,1	30,7
CADRE IADE	1,0	0,0	1,0
CADRE IBODE	0,5	0,0	0,5
CADRE PUER.	1,0	0,0	1,0
CADRE SUP I.D.E.	6,1	0,0	6,1
ELEVE AIDE SOIGN.	0,0	0,0	0,0
ELEVES INFIRM/SPEC	0,0	4,0	4,0
FAIS FON INF CAT A	0,0	1,7	1,7
FAIS FON INF CAT B	0,0	8,9	8,9

IDE B NES	151,8	0,7	152,5
IDE CAT A	393,1	14,2	407,4
INF. SALLE OP.	6,6	0,0	6,6
MANIPULATEURS	0,1	0,0	0,1
PUERICULTRICES	3,6	0,4	4,1
<b>EQUIPE DE SUPPLÉANCE PEDIATRIQUE</b>	<b>49,3</b>	<b>14,9</b>	<b>64,2</b>
AGENT HOSPITALIER	0,0	0,1	0,1
AIDE SOIGNANT HOR	0,0	14,8	14,8
AIDE SOIGNANTS	18,5	0,0	18,5
AUXIL. PUERICULT.	6,8	0,0	6,8
CADRE I.D.E.	2,0	0,0	2,0
CADRE PUER.	0,3	0,0	0,3
IDE B NES	5,9	0,0	5,9
IDE CAT A	11,8	0,0	11,8
MANIPULATEURS	0,4	0,0	0,4
PUERICULTRICES	3,6	0,0	3,6
<b>Total général</b>	<b>1 197,5</b>	<b>323,1</b>	<b>1 520,6</b>

Pour autant, ce recensement n'est pas exhaustif car il n'intègre pas tous les personnels dédiés à la suppléance dans les pôles car ces derniers ne sont pas automatiquement affectés à une UG dédiée au remplacement ponctuel.

Une des ambitions de la réforme est d'assurer la stabilité des plannings des personnels, permettant d'améliorer l'équilibre vie personnelle/vie au travail. A cette fin, il conviendra de redistribuer, en fonction de la situation de chaque GH, une partie des journées supplémentaires travaillées.

Deux voies peuvent être envisagées selon les situations locales :

- disposer d'équipes de suppléance, par pôle ou par site en fonction des contraintes locales, pour pallier l'absentéisme de courte durée tout en disposant de personnel mieux formé aux spécificités de la prise en charge des patients que le personnel intérimaire
- disposer au sein des unités de soins de plus de journées de travail pour permettre en son sein le respect des plannings, la planification des congés, les remplacements ponctuels.

Un travail DRH/CGS sera donc à mener pour cibler les mesures en fonction de la répartition des effectifs.

## 2. Une plus grande stabilité des plannings

Les personnels bénéficient rarement d'un planning 15 jours avant, et compte tenu de l'absentéisme les personnels invoquent souvent le fait de voir modifier à moins de 48 heures leur planning, par déplacement de RH ou suppression de RTT. De manière récurrente, les représentants du personnel signalent des changements fréquents de planning qui peuvent ainsi conduire à ce que des agents soient rappelés alors même qu'ils sont en repos.

Redonner des marges de manœuvre dans les services en augmentant le nombre de jours travaillés (tout en respectant le même nombre d'heures annuelles) permettrait de mieux respecter les plannings prévisionnels.

### **3. Vers un maintien des effectifs au lit du patient à iso-structure**

Les personnels « au lit du patient » peuvent être définis de façon plus ou moins extensive. Ainsi, la vision stricte intègre les seuls IDE et IDE spécialisées, les aides-soignantes et les agents hospitaliers en unité de soins, les brancardiers, métiers de la rééducation, de l'éducation et les sages-femmes, c'est-à-dire les personnels directement impliqués dans la prise en charge du patient dans l'unité de soins. La version « large » l'étend aux personnels ayant un contact avec le patient (aumônier par exemple) ou participant de près ou de loin à sa prise en charge (agent de la restauration par exemple).

En moyenne, en 2014, on compte entre 40 195 (version stricte) et 45 433 (version large) ETP au lit du malade sur l'ensemble de l'institution.

### **4. L'amélioration des conditions de travail**

L'exemple de la démarche suivie au sein du GH HUPSSD sur l'amélioration des conditions de travail est tout à fait exemplaire (voir annexe).

Des indicateurs évoquaient une dégradation des conditions de travail au sein du GH HUPSSD : montée de l'absentéisme à un niveau plus élevé que la moyenne AP-HP, demandes d'expertise de deux CHSCT au sujet des risques psychosociaux, avis de danger grave et imminent, vacances de poste concentrées sur certaines professions (cadres, kinés) ou certaines activités (pôle médecine spécialisée et vieillissement)... L'amélioration des conditions de travail représentait un enjeu pour les malades (qualité du service rendu) et pour les équipes. Le GH s'est donc engagé dans une démarche pilote au sein de l'AP-HP dans le cadre des 16 chantiers prioritaires de son contrat avec l'ANAP.

L'objectif essentiel du chantier a consisté à améliorer les conditions de travail par une rénovation des pratiques managériales et une fluidification des organisations. Ce projet pourrait être déployé sur d'autres GH.

### **5. Une organisation mieux encadrée du travail en 12h**

Il convient de rappeler qu'un groupe de travail de la commission « hygiène, de sécurité et des conditions de travail » (CHSCT) du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) conduit des travaux sur ce thème depuis septembre 2014 en vue d'un projet d'instruction.

Censés être dérogatoires lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, conformément à l'article 7 du décret du 4 janvier 2002, ces plannings en 12h soulèvent "*deux points de vigilance*", souligne la DGOS : "*Les nécessités de service justifiant la mise en place d'une telle organisation de travail doivent être suffisamment motivées, et l'organisation du travail en 12 heures ne doit pas avoir pour conséquence de ne pas respecter la réglementation relative aux temps de repos*". Pour la FHF, l'exercice en 12h est donc « *une possibilité organisationnelle pertinente pour certaines activités* » mais dont la mise en œuvre « *doit s'accompagner d'un suivi des conditions de travail, des risques psychosociaux et de la qualité de vie au travail.* »

Même si cette organisation peut répondre à une demande croissante des personnels dans ces certains cas, il convient de réfléchir à la manière de mieux encadrer cette forme d'organisation du travail en prenant en compte les impératifs de santé au travail<sup>4</sup>.

## **6. L'effort de formation pour les personnels non médicaux**

La formation continue en 2014, hors personnel médical, représente 115 205 jours de formation imputables, hors promotion professionnelle (PP), et 329 378 jours en intégrant la promotion professionnelle. Le pourcentage de la masse salariale consacré à la formation est élevé à l'AP-HP (3.65 % : plan de formation +FMEP+CFP).

Tableau n°15 :

<b>Jours de formation par unité physique au 31/12/2014 (hors PP)</b>				
Catégorie statutaire	global /cat.professionnel	CATEGORIE A	CATEGORIE B	CATEGORIES C
Catégorie professionnelle	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP
[1] - Administratif et de direction	1,1	1,6	1	0,9
[2] - Soignant	1,5	2,3	1,8	1
[3] - Socio-éducatif	2,2	2,2	2,2	
[4] - Médico-technique	1,9	4,5	1,7	0,2
[5] - Ouvrier et technique	1,7	2,7	2,7	1,2
Global par cat.statutaire	1,5	2,3	1,7	1

<b>Jours de formation par unité physique au 31/12/2014 (dont PP)</b>				
Catégorie statutaire	global /cat.professionnel	CATEGORIE A	CATEGORIE B	CATEGORIES C
Catégorie professionnelle	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP
[1] - Administratif et de direction	1,9	1,6	1,9	2,1
[2] - Soignant	5,2	4,8	3,7	5,8
[3] - Socio-éducatif	2,7	2,2	2,7	
[4] - Médico-technique	4,4	4,5	4,4	0,2
[5] - Ouvrier et technique	2	2,7	2,9	1,6
Global par cat.statutaire	4,4	4,4	3,4	4,8

Hors PP, le temps moyen de formation imputable par unité physique est de 1.5 jours par an. Il décroît avec les catégories statutaires : 2.3 jours pour les catégories A, 1.7 jours pour les catégories B et 1 jour pour les catégories C.

L'intégration de la promotion professionnelle rééquilibre les durées par catégorie et augmente la durée moyenne à 4.4 jours, notamment pour le personnel soignant.

Tableau n°16 :

<b>Taux de départ en formation (agents partis au moins une fois en formation /total agents présents au 31/12/2014) dont PP</b>				
Catégorie statutaire	global /cat.professionnel	CATEGORIE A	CATEGORIE B	CATEGORIES C
Catégorie professionnelle	Taux de départ / cat. prof	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP
[1] - Administratif et de direction	42%	46%	46%	38%
[2] - Soignant	64%	73%	68%	55%
[3] - Socio-éducatif	61%	70%	60%	
[4] - Médico-technique	61%	83%	60%	27%
[5] - Ouvrier et technique	49%	44%	63%	48%
Taux de départ / cat. statutaire	59%	70%	61%	52%

<sup>4</sup> Voie l'étude de l'INRS (2014).

Le taux de départ en formation varie selon la catégorie de personnels : il est à 70% pour les personnels de catégorie A mais de 52 % pour les personnels de catégorie C.

Tableau n°17 :

<b>Jours de formation par agent formé (hors PP)</b>					
Catégorie statutaire	global /cat.professionnel	CATEGORIE A	CATEGORIE B	CATEGORIES C	
Catégorie professionnelle	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP	
[1] - Administratif et de direction		2,6	3,5	2,2	2,5
[2] - Soignant		2,4	3,1	2,6	1,7
[3] - Socio-éducatif		3,5	3,1	3,6	
[4] - Médico-technique		3	5,4	2,8	0,6
[5] - Ouvrier et technique		3,5	6,1	4,3	2,6
Global par cat.statutaire		2,6	3,2	2,7	1,9

<b>Jours de formation par agents formés (dont PP)</b>					
Catégorie statutaire	global /cat.professionnel	CATEGORIE A	CATEGORIE B	CATEGORIES C	
Catégorie professionnelle	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP	Jours de F°/ UP	
[1] - Administratif et de direction		4,6	3,5	4,3	5,5
[2] - Soignant		8,1	6,6	5,4	10,5
[3] - Socio-éducatif		4,4	3,1	4,5	
[4] - Médico-technique		7,1	5,4	7,3	0,6
[5] - Ouvrier et technique		4,1	6,1	4,6	3,3
Global par cat.statutaire		7,4	6,3	5,7	9,2

En moyenne, hors PP, les agents partent 2,6 jours par an en 2014, et au moins 2 jours pour les personnels de catégorie C). Ce capital temps formation continue reste relativement modeste au regard de l'ensemble des formations réglementaires, des formations d'adaptation au poste induites par les mobilités et le turn-over, du nécessaire ajustement des compétences pour accompagner les principaux projets AP-HP et garantir la qualité et la sécurité des soins.

## **7. Une plus grande transparence sur les effectifs**

Tous les représentants des personnels insistent sur la nécessité d'une plus grande transparence dans la gestion des effectifs. Il est indispensable que les CHSCT disposent d'une connaissance régulière des effectifs effectivement présents au regard de l'effectif autorisé défini par les directions locales pour chaque catégorie de personnel.

## **8. La qualité de vie au travail**

Les nouvelles organisations des temps de travail doivent contribuer à améliorer la qualité de vie au travail (QVT). La négociation qui a été engagée au niveau national pour la fonction publique sur ce thème n'a pas encore pu aboutir à la signature d'un accord.

Le projet d'accord-cadre sur la QVT souligne que les conditions d'exercice des missions des agents publics ont beaucoup évolué du fait du développement de nouvelles technologies, des évolutions des attentes des usagers, de contraintes croissantes (juridiques, budgétaires,...) qui ont conduit à des pertes de repères et au sentiment d'un éloignement des valeurs fondamentales du service public.

Au moins deux axes de travail ont été proposés dans ce projet d'accord-cadre qui méritent sans doute d'être discutés à savoir, d'une part, donner la parole aux agents en mettant en place des espaces d'expression sur le travail et d'autre part, permettre une meilleure articulation entre les temps de la vie professionnelle et de la vie personnelle, notamment en élaborant des chartes du temps et en encadrant les modalités particulières d'organisation du télétravail.

## **9. Le renforcement de la coopération entre professionnels**

### **La délégation de tâches**

La procédure d'avalisation des protocoles de coopération par l'AP-HP (DOMU/DSAP/DRH/DAJ) et d'accompagnement des équipes a été revue et accélérée à partir de novembre 2014 : ouverture de fenêtre mensuelle pour l'avalisation et rencontre systématique des équipes sur site en début et au cours de la rédaction des projets.

En janvier 2015, 8 protocoles ont été autorisés, dont 4 mis en œuvre ; 9 dossiers sont en cours d'étude à l'ARS ou à la HAS ; 7 sont en cours de rédaction. De nombreuses équipes souhaitent adhérer à des protocoles initiés par l'APHP et à des protocoles autorisés en Ile de France et issus d'autres régions. La majorité des protocoles autorisés, en cours de rédaction et en cours d'adhésion, concernent des consultations de suivi complexes des patients (maladies chroniques : hépatite, diabète ; oncologie, chirurgie, vaccination, plaies complexes, neurologie- oncologie, diététique, consultation pré anesthésie). Le nombre de professionnels concernés est évalué à 38 paramédicaux et 59 médecins.

D'autres projets sont relatifs à la réalisation d'actes techniques (ponction d'ascite, fibroscan, ablation de drains, réalisation d'exams, prélèvements de cornées, réalisation IVG). Ces protocoles représenteraient l'engagement de 5 paramédicaux et 1 sage-femme, deux orthoptistes et 17 médecins spécialisés.

Des prédominances de choix d'activités se dessinent notamment sur la pratique des échographies par les MERM (6 équipes engagées et 5 en projet) concernant 10 MERM et 44 radiologues ayant mis en œuvre ce protocole. D'autres thématiques retiennent l'attention des professionnels en termes d'adhésion à des protocoles autorisés en Ile de France : la médecine du voyage, la prescription des anticancéreux oraux, la réalisation de fibroscan, la réalisation d'exams par les orthoptistes.

### **Les infirmières cliniciennes spécialisées (pratique avancée):**

L'AP-HP participe au projet préfigurateur des fonctions d'infirmier clinicien spécialisé dans 4 domaines : les maladies chroniques avec l'hôpital Robert Debré ; la cancérologie avec l'hôpital Saint-Antoine ; la santé mentale avec l'hôpital Fernand Widal ; Le sujet âgé avec l'hôpital Vaugirard.

Quatre GH de l'AP-HP sont impliqués. Les équipes, retenues par l'ARS Ile-de-France, qui ont accepté de participer au projet préfigurateur de la fonction d'infirmière clinicienne spécialisée ont identifié les besoins en compétence de ces infirmières dans leur pôle d'activité en fonction des besoins des patients pris en charge. Ces besoins en compétences ont été soumis à plusieurs universités

parisiennes afin qu'elles proposent des formations universitaires de type Master 2 répondant à ces besoins.

Les perspectives sont à la fois d'offrir à des infirmières des postes correspondant aux compétences acquises et de situer les infirmières cliniciennes spécialisées dans l'organisation des soins et les parcours des patients.

## **ANNEXES**

## **Annexe 1 – Le protocole central AP-HP de 2002**

### **Protocole AP-HP sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière.**

#### **Préambule**

La Réduction du Temps de Travail dans la Fonction Publique Hospitalière en permettant à chaque personne relevant de ce statut de réduire notamment son temps de travail, est une étape importante dans l'histoire de l'amélioration des conditions de travail des personnels hospitaliers.

Elle donne à l'AP-HP l'opportunité de s'inscrire dans la démarche nationale de lutte contre le chômage et la précarité en dynamisant significativement les perspectives d'évolution de ses effectifs.

La Réduction du Temps de Travail, au sein de l'AP-HP, doit concilier divers impératifs.

**En premier lieu, l'institution doit garantir la pérennité et l'efficacité du service public hospitalier de même que l'intégralité des missions qu'elle assume à ce jour.**

Cet objectif nécessite de veiller à maintenir la qualité et le volume d'offre de soins dans le continuum soins d'excellence, soins de proximité, soins de suite et de rééducation, soins de longue durée, une attention devant être portée à ce dernier volet, du fait du vieillissement de la population. Il impose de consolider, au sein de l'AP-HP, la fonction sociale d'accueil des démunis et de développer l'insertion de l'institution dans les dispositifs de lutte contre la précarité

De même, les rôles majeurs joués par l'AP-HP dans le champ de l'enseignement médical, en qualité de premier CHU de France, dans le champ de la recherche, au regard de la qualité de ses équipes médicales et des liens étroits et multiples avec les autres organismes nationaux (Inserm, CNRS), doivent être pris en considération, ainsi que certaines responsabilités spécifiques confiées à l'Institution par les Pouvoirs Publics (coopérations internationales, maladies rares, médicaments orphelins).

L'institution doit s'efforcer d'améliorer la réponse aux besoins et aux attentes des usagers (patients, familles et proches, grand public), à chaque étape de la construction des nouvelles organisations, que ce soit au niveau du service, du pôle ou département ou de l'institution dans son ensemble.

Cet objectif implique de vérifier la pertinence de l'organisation des services.

Une dynamique unitaire de réflexion en profondeur, portant sur le fonctionnement général du site, associant l'ensemble des professionnels concernés et leurs représentants, doit sous-tendre les propositions d'organisation type, en prenant en compte la sociologie des pratiques professionnelles.

Dans cette logique, la qualité des transmissions entre les équipes et du temps nécessaire à celles-ci, garanties pour le malade de la continuité de sa prise en charge et ciment de l'unité de l'équipe assurant les soins, doit être une constante des orientations retenues.

**Parallèlement, l'institution doit améliorer les conditions de vie, personnelle et au travail, de l'ensemble des agents de l'AP-HP.**

**La première richesse de l'AP-HP est la qualité des professionnels qui la composent. Il est de sa responsabilité de préserver cette richesse et de la développer.**

**Cet objectif oblige à assurer l'équité de traitement des personnels de l'institution, dans le respect de l'unité de celle-ci, en prenant en compte la diversité des situations.**

**Il impose de privilégier le dialogue social, celui-ci devant s'inscrire dans un cadre ouvert, réaliste, pragmatique et responsable.**

Au sein de l'AP-HP, il est de la responsabilité de la Direction Générale de négocier, avec les organisations syndicales représentatives, les principes d'application des nouvelles dispositions statutaires définies par les pouvoirs publics et les modalités de répartition des moyens entre les sites. Cette négociation porte, en outre, sur les modalités de suivi des accords et les mesures d'accompagnement (environnement social, politique de formation, politique de recrutement) nécessaires à la mise en œuvre des dispositions retenues.

Le protocole central, fruit de cette négociation, sera présenté aux instances et au conseil d'administration.

Un protocole local, propre à chaque site, devra finaliser le dispositif retenu et servir de cadre à la négociation des moyens RTT correspondants.

Il est de la responsabilité des directeurs de chaque site de définir, en concertation avec l'ensemble des professionnels concernés (équipes médicales, d'encadrement, personnels de toutes catégories et leurs représentants), au regard des principes retenus au niveau central et des moyens attribués, les schémas d'organisation permettant la menée à bonnes fins des orientations institutionnelles et le respect des objectifs d'amélioration du service public hospitalier.

Le protocole local en résultant a vocation à s'inscrire dans un processus de contractualisation permettant de définir sur les trois ans l'ensemble des moyens nécessaires à la mise en œuvre des mesures de réorganisation arrêtées. Chaque protocole local fera l'objet d'un avis des instances locales.

Pour permettre de concrétiser pour chacun le bénéfice de la RTT, il importe de répondre aux besoins de recrutement nécessaire. L'AP-HP doit, en conséquence, renforcer le dynamisme de ses moyens de formation, tant initiale que continue, compte tenu des perspectives démographiques à moyen terme d'évolution des effectifs, en particulier sur certaines catégories de corps professionnels.

Au regard du potentiel dont dispose l'AP-HP, il est de sa responsabilité d'engager, au niveau régional, des actions positives déterminantes pour permettre aux Etablissements Publics de Santé de disposer des personnels formés indispensables pour assurer le renouvellement des personnels et pourvoir les postes créés dans le cadre de la RTT.

Au total, les responsabilités particulières qui incombent à l'AP-HP, compte tenu de son histoire et du rôle moteur qu'elle assume dans le dialogue social, à l'aune de son potentiel humain, le dynamisme social dont elle doit faire preuve en tant que premier employeur de Paris et de l'Ile de France, sont à considérer par les autorités de tutelle.

A ce titre, l'AP-HP sollicitera, en tant que de besoin, l'accompagnement financier des dispositions retenues, ainsi que la validation des mesures transitoires envisagées au titre de la période 2002-2004, sachant que ce délai est incontournable, compte tenu des efforts de formation engagés, pour la mise en place du dispositif définitif.

## **Chapitre 1 : Dispositions relatives à l'emploi**

### **Article 1.**

La répartition des moyens attribués par la tutelle<sup>1</sup> entre les sites de l'AP-HP est effectuée sur la base, d'une part des effectifs en ETP pour 80 % de l'enveloppe, d'autre part sur l'analyse par la commission centrale de suivi des projets présentés dans le cadre des accords locaux pour 20 %.

A cette rubrique, sera privilégiée la prise en compte des propositions visant à rendre attractifs pour les personnels certains services particulièrement sensibles pour les usagers (accueil des usagers en état de détresse et/ou de précarité) et les schémas novateurs d'organisation pour améliorer les conditions de travail, notamment dans les structures de moyen et long séjour.

Par ailleurs, des demandes de moyens complémentaires aux emplois pourront être formulées, et faire l'objet d'une demande auprès des autorités de tutelle en fonction de la qualité des projets proposés par les sites.

### **Article 2.**

Les moyens nouveaux attribués à l'AP-HP pour la RTT doivent contribuer à améliorer les conditions de travail et de vie personnelle de toutes les catégories de personnel.

Ils doivent parallèlement être optimisés au mieux des intérêts de l'usager.

Il convient en conséquence de veiller à respecter ces deux critères lors de la réflexion sur l'organisation des services, fondement de la démarche de répartition des moyens.

En toute hypothèse, les services exerçant un rôle direct auprès du malade et assurant des missions d'accueil et d'information devront faire l'objet d'une attention spécifique.

De même, les horaires présentant une contrainte particulière, en particulier ceux de l'équipe d'après-midi, pourront faire l'objet d'une discrimination positive au regard des droits ouverts par le passage aux 35 heures.

Il appartient à chaque directeur d'apprecier les conditions de mise en œuvre de ces dispositions, indicateurs clefs d'analyse des projets présentés au regard de l'article 1.

### **Article 3.**

La définition par grade des emplois créés est de la responsabilité de chaque directeur de site, après avis des instances locales (CTEL, CHSCTL, CLSSI, CCM), sous réserve de respecter l'enveloppe financière attribuée et le volume des emplois qui sont attribués au site. Le tableau portant détail des emplois créés est un des éléments constitutifs du protocole local.

### **Article 4.**

Au regard des emplois créés et des perspectives d'évolution des effectifs pour la période 2002/2005 (GPEC), l'AP-HP s'engage à mettre en œuvre les actions de formation initiale et continue nécessaires pour permettre de pourvoir les postes vacants.

<sup>1</sup> Détail en annexe 1 dès réception de la notification.

Un document prospectif identifiant par corps les données chiffrées de vacances prévisionnelles de postes et les potentiels de formation nécessaires à la couverture des besoins fait l'objet de l'annexe 2.

Un plan emplois/formation fixe quantitativement des objectifs prévisionnels annuels pour les recrutements et définit les orientations des dispositifs de formation et de fidélisation des personnels en sortie de scolarité. Dans cette optique, les dispositifs permettant de favoriser la promotion professionnelle font l'objet de financements spécifiques complémentaires. Ces mesures figurent en annexe 3, et feront l'objet d'un réexamen annuel, tel que prévu à l'article 23 du présent protocole.

#### **Article 5.**

Des modalités de gestion spécifiques sont mises en place, soit dans un schéma collectif (régulation des disparités de facilité de recrutement des sites), soit à titre individuel, pour répondre aux difficultés potentielles rencontrées par les sites pour pourvoir les emplois et/ou par les agents à titre individuel.

Sur un plan collectif, ces mesures, concernant plus particulièrement les structures de gérontologie, sont :

- Favoriser les contrats d'études IDE pour un engagement de servir en gérontologie ;
- Contractualiser un cursus spécifique de formation continue<sup>2</sup> pour les personnels prenant un engagement de servir en gérontologie.

Sur un plan individuel, les situations personnelles rendues difficiles par une modification substantielle de l'organisation du temps de travail dans le service d'origine de l'agent et ne pouvant être résolues sur le site, feront l'objet d'un traitement prioritaire par la DPRS.

### **Chapitre 2 : Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail**

#### **Article 6.**

La date d'ouverture des droits pour l'ensemble des personnels est fixée au **1<sup>er</sup> janvier 2002**. La durée du travail, en référence à un temps de travail hebdomadaire, est fixée à **35 heures**.

#### **Article 7.**

La durée annuelle de travail, référencée en heures, est déclinée en fonction des sujétions spécifiques à la nature des missions assumées par les agents de la F P H (repos variable/ travail de nuit) soit :

- Agent en repos fixe : 1589 à 1568 heures ;
- Agent en repos variable (> 9 jours DJF) : 1575 à 1554 heures ;
- Agent en repos variable (> 19 jours DJF) : 1561 à 1540 heures ;
- Agent de nuit : 1540 heures ; 1470 à 1440 heures au 1 janvier 2004.

Un tableau de concordance entre les références heures annuelles de travail, durée journalière de travail, nombre de jours travaillés dans l'année, décompte des jours non travaillés, est annexé au présent protocole<sup>3</sup> afin de rendre homogènes les droits en la matière au sein de l'AP-HP.

Ce tableau concerne les droits des personnels à temps plein.

#### **Article 8.**

Au regard de la définition réglementaire du temps de travail, compte tenu de la variabilité temporelle et spatiale des situations rencontrées au sein des sites et des contraintes particulières pesant sur les personnels de l'institution (coûts des loyers intra-muros induisant l'éloignement des domiciles, temps de transport en région parisienne), le principe est retenu de cumuler les règles relatives au temps de pause et de repas et de considérer que la pause méridienne, intégrée dans le temps de travail, correspond au temps de repas pour l'ensemble des catégories de personnel.

Cette pause est fixée uniformément à 30 minutes.

Le droit de pause s'applique dans les mêmes conditions pour les personnels travaillant sur les horaires d'après-midi et de nuit, lorsque le temps de travail quotidien est égal ou supérieur à 6 heures consécutives.

Les temps d'habillage et de déshabillage sont, conformément aux textes réglementaires, intégrés dans le temps de travail. La durée de référence AP-HP est fixée au total à 10 minutes, sauf particularités locales, devant faire l'objet d'un avis circonstancié spécifique du CTE local.

Ces mesures prendront effet dès la signature du présent protocole.

#### **Article 9.**

L'organisation du temps de travail doit respecter les principes suivants :

- Le travail est organisé selon des périodes de référence appelées cycles de travail, définis par service ou par fonction, arrêtés par le chef d'établissement après avis du CTEL.
- La durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois, à titre exceptionnel, la durée quotidienne du travail, peut aller jusqu'à 12 heures. Cette dérogation devra faire l'objet d'un avis circonstancié spécifique du CTE local. Elle s'entend dans le cadre d'une organisation de type structurel.
- 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 et un samedi si cette mesure ne soulève pas de difficultés particulières.
- En cas de repos fractionné, le repos doit être de trente-huit heures consécutives minimum.
- La durée de repos ininterrompu entre deux journées de travail ne peut être inférieure à 12 heures.
- La durée hebdomadaire de travail, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de 7 jours. Cette disposition limite à 6 au maximum le nombre de jours consécutifs de travail

#### **Article 10.**

Les modalités d'organisation du temps de travail relèvent de l'autorité de chaque directeur de site.

Toutefois, afin de garantir l'homogénéité des régimes horaires pratiqués entre les sites de l'AP-HP, trois formules collectives de réduction du temps de travail sont retenues :

1. Réduction du temps de travail hebdomadaire ;
2. Réduction du temps de travail dans le cadre du cycle;
3. Réduction du temps de travail sous forme de récupération des jours RTT par période; Cette formule s'entend à titre collectif pour les cadres ayant opté pour le régime forfaitisé. Elle peut être ouverte à titre individuel, dans le cadre d'un différé de prise du jour RTT inséré dans le cycle, sans que le différé de la prise du jour RTT modifie la durée de référence initiale du cycle.

Ces formules sont complétées par le droit individuel donné à l'agent d'alimenter un compte épargne temps (CET) avec tout ou partie des jours dus, suivant des dispositions réglementaires fixées par décret, ou par la possibilité de demander à bénéficier d'une réduction du temps de travail quotidien.

Ces formules peuvent être complémentaires. Elles sont liées au choix des schémas horaires d'organisation en fonction des caractéristiques de fonctionnement des services.

A titre transitoire, elles peuvent être influées par les problématiques de recrutement <sup>4</sup>.

#### **Article 11.**

Le principe d'homogénéité des schémas horaires d'organisation du temps de travail pratiqués au sein de l'institution est garanti par le présent protocole et conduit à retenir un schéma de référence commun à l'ensemble des sites.

Toutefois, la diversité des situations rencontrées implique de compléter le schéma type de référence par plusieurs variantes, permettant à chaque site, dans le cadre de sa négociation locale, au regard de son historique, de sa pratique, de son projet organisationnel et des moyens alloués, de déterminer pour chacun de ses services les schémas horaires d'organisation du temps de travail.

Ces schémas horaires d'organisation du temps de travail s'entendent dans le cadre actuel de prise et fin de service.

Concernant les services en continu, deux schémas horaires sont proposés en référence institutionnelle retenue : 7 heures 36 / 7 heures 36 / 10 heures / 7 heures 36 / 7 heures 50 / 10 heures.

Les variantes ouvertes sont :

- 7 heures 50 / 7 heures 50 / 10 heures;
- Horaires variables<sup>5</sup> jour/A M / nuit en 10 heures;

Ces schémas horaires correspondent à l'amplitude de présence journalière considérée comme temps de travail et servent de base de décompte des droits et obligations de l'agent dans le cadre du cycle de travail (cf. article 12).

Un temps de chevauchement minimum entre chaque passation d'équipe doit être organisé au sein des services afin de permettre la transmission des informations nécessaires à la qualité de la prise en charge du malade.

Concernant les services ne fonctionnant pas en continu, le schéma horaire type de référence institutionnelle retenu est 7 heures 36.

<sup>2</sup> Deux objectifs possibles : formation en vue d'une accession aux grades supérieurs et/ou à une spécialité ; formation à une discipline de court séjour en vue de favoriser une mutation « fin de contrat ».

<sup>3</sup> Annexe 4 : tableau de concordance.

Les variantes ouvertes sont :

1. La réduction hebdomadaire (1/2 journée ou journée) ;
2. La réduction toutes les deux semaines;
3. Les horaires variables<sup>4</sup>

### **Article 12.**

La durée du travail est organisée, selon des périodes de référence dénommées cycles de travail, définis par service ou par fonction.

Le cycle correspond à la période de référence d'organisation de la durée du temps de travail, qui se répète à l'identique d'un cycle à l'autre.

La durée du cycle doit être au minimum d'une semaine, au maximum de douze.

Afin de garantir l'homogénéité des règles appliquées à l'ensemble des agents de l'AP-HP, la durée hebdomadaire moyenne des cycles type de référence sont :

- $\frac{3}{4}$  Durée journalière de 7 heures 36 : 38 heures ;
- $\frac{3}{4}$  Durée journalière de 7 heures 50 : 38 heures 20 ;
- $\frac{3}{4}$  Durée journalière de 10 heures : 35 heures ;
- $\frac{3}{4}$  Durée journalière de 12 heures : 35 heures ;

Compte tenu des schémas horaires d'organisation du temps de travail définis pour l'AP-HP, les durées des cycles correspondants sont :

- durée journalière de 7h 36 : 7 semaines ;
- durée journalière de 7h 50 : 7 semaines ;
- durée journalière de 10 h : 2 semaines ;
- durée journalière de 12 h : 12 semaines

Toute autre durée journalière retenue, en particulier dans le cadre de la variante « horaire variable » prévue à l'article 11, doit respecter la durée hebdomadaire moyenne de référence de 38 heures et être compatible avec la durée maximale possible de 12 semaines pendant lesquelles la présence d'un effectif déterminé de personnel est obligatoire et des plages mobiles à l'intérieur desquelles l'agent choisit ses heures d'arrivée et de départ.

A l'intérieur du cycle, le nombre d'heures de travail effectuées par semaine le composant peut être irrégulier, sous réserve de respecter sur l'ensemble du cycle la durée moyenne hebdomadaire maximale retenue pour l'AP-HP, avec un plafond de 44 heures hebdomadaires travaillées, hors heures supplémentaires.

### **Article 13.**

Compte tenu du régime horaire journalier pratiqué, le décompte du temps travaillé est réalisé au regard de la référence annuelle, précisant les droits et obligations des agents (cf. article 7).

Le principe est l'ouverture d'un droit à récupération du temps journalier travaillé au-delà de 7 heures, durée de référence journalière dans le cadre des 35 heures, sous forme de jours RTT ou repos récupérateur.

Ces dispositions correspondent au décompte, au titre de la réduction du temps de travail, respectivement de 18 ou 20 jours supplémentaires suivant la durée du cycle dans lequel s'inscrit l'agent, conformément au tableau de concordance de l'annexe 4.

Par ailleurs, le plafond des jours récupérateurs liés aux heures supplémentaires effectuées en dépassement des bornes horaires définies par le cycle est fixé à :

- 2 jours pour les personnels effectuant une durée journalière de 7 heures 36.
- 6 jours pour les personnels effectuant une durée journalière de 7 heures 50 en repos variable.

Lorsqu'un agent, rentrant dans le cadre d'un décompte horaire journalier supérieur à 7 heures, ne peut effectuer la durée du temps de travail quotidien prévu dans le roulement en raison d'une absence, il est considéré avoir accompli le cinquième de ses obligations de services prévues en moyenne sur la durée du cycle de travail.

Concernant les agents en horaire de 10 heures, dans la limite de 20 jours d'absence par an (maladie, congés familiaux), le décompte de l'absence se fait sur la base de 10 heures. Les absences motivées par une formation ou une autorisation d'absence syndicale, sont décomptées sur le même mode, au-delà du plafond de 20 jours.

Concernant les agents en horaire de 12 heures, dans la limite de 6 jours d'absence par an (maladie, congés familiaux), le décompte de l'absence se fait sur la base de 12 heures. Les absences motivées par une formation ou une autorisation d'absence syndicale, sont décomptées sur le même mode, au-delà du plafond de 6 jours.

Les jours fériés sont décomptés en jours calendaires.

<sup>4</sup> Cf article 27 portant dispositions transitoires

<sup>5</sup> Le travail en horaires variables peut être organisé par le chef d'établissement après consultation du CTEL et CHSCTL lorsqu'un décompte exact du temps de travail de chaque agent est mis en place. L'horaire variable comporte des plages fixes.

Ces dispositions permettent de garantir un traitement uniforme pour l'ensemble des personnels de l'AP-HP au regard de l'ouverture des droits à jours RTT quel que soit le schéma horaire d'organisation du temps de travail dans lequel l'agent s'inscrit.

#### **Article 14.**

Le tableau de service, élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement, doit préciser les horaires de chaque agent pour chaque mois, et être porté à sa connaissance au plus tard 15 jours avant son application.

Toute modification donne lieu à une rectification du tableau de service établi au moins 48 heures avant sa mise en vigueur, sauf contrainte impérative strictement liée à la nécessité d'assurer la continuité des soins, et à une information immédiate des agents concernés par cette modification.

#### **Article 15.**

Les dispositions relatives à la gestion de la présence au travail et les droits divers à autorisation d'absence, tels que détaillés dans le mémento de la DPRS relatif à la présence au travail (2<sup>e</sup> édition / janvier 1999), sont maintenus, sauf modifications et ajouts nécessaires du fait des nouvelles dispositions réglementaires qui feront l'objet d'un travail de toilettage au regard des principes nouveaux retenus.

Ce travail est réalisé par la DPRS et présenté au CTEC, dans un délai de trois mois à compter de la signature du présent protocole.

Les thèmes devant faire l'objet d'un travail de réécriture sont listés en annexe 5.

#### **Article 16.**

Au sein de l'AP-HP, les personnels bénéficiant du Compte Epargne Temps (CET) dans des conditions prévues par décret. Les personnels titulaires, stagiaires et contractuels ayant une ancienneté d'un an au 1-1-2002 peuvent bénéficier du CET. Le droit au bénéfice du dispositif de CET est ouvert à la demande expresse de l'agent.

L'alimentation du CET s'exerce, sous réserve de respecter un plafond de 22 jours (ou 154 heures) par an, dans les conditions suivantes :

- heures ou jours de RTT, dans la limite de 105 heures ou 15 jours par an ;
- heures supplémentaires non payées et non récupérées, dans la limite de la moitié des heures effectuées au cours de l'année civile ;
- jours de congés annuels non pris au cours de l'année civile dans la limite de 5 jours par an.

Les droits d'utilisation des congés accumulés au titre du CET courrent, pour la première utilisation, à compter du 1/1/2004, sous réserve de disposer d'un capital de 40 jours ou 280 heures.

Les droits d'utilisation des congés accumulés au titre du CET répondent à des règles de préavis prévues par décret. L'agent, à l'issue de la période de congé pris au titre du CET, est réintégré sur son poste d'origine.

Durant la période où l'agent bénéficie des congés accumulés au titre du CET, il est considéré comme étant en position d'activité et bénéficie de l'intégralité de sa rémunération indiciaire et de son régime de prime et d'indemnité.

Le financement du CET est assuré, conformément aux orientations de l'instruction du 31/10/2001, sur la base d'une provision, constituée à compter du 1/1/2002, suivant des dispositions financières spécifiques.

Les droits de l'agent sont transférés en cas de changement d'établissement, y compris hors AP-HP.

L'agent doit être régulièrement informé sur le nombre des jours portés à son crédit au titre du CET.

Le régime du Compte Epargne Temps doit faire l'objet d'un décret précisant les principes généraux contenus dans le protocole national.

Au regard de ce texte, il conviendra de préciser par avenant au protocole central AP-HP les règles applicables sur ce point.

#### **Article 17.**

Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le tableau de service.

Le plafond d'heures supplémentaires autorisé, indépendamment du régime d'astreinte, est fixé ainsi :

- 20 heures par mois et par agent jusqu'au 31/12/2004 ;
- 15 heures par mois et par agent jusqu'au 31/12/2005 ;

- 10 heures par mois et par agent à compter du 1/1/2006.

Un bilan régulier des heures supplémentaires effectuées par service est présenté en CTEL et CHSCTL, ainsi qu'aux instances centrales.

Le régime des heures supplémentaires doit faire l'objet d'un décret précisant l'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002.

Au regard de ce texte, il conviendra de préciser par avenir au protocole central AP-HP les règles définitives applicables sur ce point, hors HS plafonnées prévues à l'article 13.

#### **Article 18.**

Le recours aux astreintes a pour objet de faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions.

Le temps passé en astreinte donne exclusivement droit, soit à compensation horaire, soit à une indemnité forfaitaire.

La compensation horaire est fixée au quart de la durée totale de l'astreinte à domicile.

Un bilan régulier des conditions d'exercice des astreintes par service est présenté en CTEL et CHSCTL ainsi qu'aux instances centrales.

Les dispositions relatives aux astreintes ne sont pas applicables aux personnels de direction et aux agents désignés par le chef d'établissement, qui assurent des gardes techniques et/ou administratives et bénéficient à ce titre d'une concession de logement.

Le régime des astreintes doit faire l'objet d'un arrêté précisant les modalités d'application du titre II du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002.

Au regard de ce texte, il conviendra de préciser par avenir au protocole central AP-HP les règles applicables sur ce point.

#### **Article 19.**

Les personnels d'encadrement, soit directement auprès d'une équipe, soit en mission transversale disposent d'un droit d'option annuel entre un régime de décompte horaire et un régime de décompte en jours de leur durée de travail.. Dans ce dernier cas, ils bénéficient de

20 jours de RTT<sup>7</sup>.

Les personnels en mission de formation bénéficient de 20 jours de RTT<sup>7</sup> et ce sans préjudices des jours de préparation pédagogique. Cette mesure est exclusive de l'ouverture de droit à heures supplémentaires.

La négociation locale par site devra traiter spécifiquement la problématique de l'application de la RTT aux personnels effectuant des fonctions d'encadrement. Les postes de cadres ou d'agents créés à ce titre seront précisés dans le cadre de la négociation locale.

Au regard de l'arrêté prévu pour définir le caractère des personnels à inscrire dans le régime cadre, il conviendra de fixer pour l'institution la définition des cadres concernés et de préciser les modalités des droits RTT pour les cadres ayant opté pour le régime de décompte en jours.

#### **Article 20**

Les personnels appartenant aux corps de direction bénéficient d'un décompte en jours (207 jours travaillés)<sup>7</sup> soit 20 jours RTT par an.

L'application de la RTT aux personnels de direction fera l'objet d'un protocole spécifique.

#### **Article 21**

Un bilan annuel de l'application de la RTT aux personnels de direction et aux personnels d'encadrement devra être présenté en comité de suivi du protocole et devant les instances centrales et locales.

### **Chapitre 3 : Modalités de mise en œuvre et de suivi du protocole.**

#### **Article 22.**

A la parution des décrets ou arrêtés cités dans le présent protocole, la direction générale organisera la négociation avec les organisations syndicales représentatives sur les éventuels avenants nécessaires.

Une commission centrale de suivi est mise en place, composée de représentants de l'administration désignés par le Directeur Général et de représentants des organisations syndicales signataires du présent protocole.

6 Un formulaire type AP-HP, identique pour l'ensemble des sites, sera institué dès connaissance des dispositions réglementaires définitives

La commission centrale de suivi est consultée par la DPRS durant la conduite des travaux de toilettage du mémento de présence au travail, compte tenu de l'ensemble des textes réglementaires à paraître en application du cadrage national de la RTT dans la FPH et du contenu du présent protocole (cf. article 15).

La commission centrale a, par ailleurs, un rôle d'alerte en cas de difficultés de mise en œuvre des dispositions retenues, y compris sur un plan technique réglementaire.

Les travaux de la commission centrale de suivi ne sont pas substitutifs aux prérogatives des instances consultatives centrales.

#### **Article 23.**

La Direction Générale présentera, aux parties signataires et aux instances centrales, chaque année, au mois d'octobre, le bilan, au regard des organisations retenues, des évolutions des perspectives de recrutement liées aux efforts prévus en matière de formation, des modalités de mise en œuvre des droits des personnels de nuit, des conditions de mise en œuvre des dispositions arrêtées, en particulier en matière de plan emplois/formation, afin d'en apprécier la pertinence.

Des avenants pourront compléter les schémas horaires de référence pour y intégrer les variantes ouvertes par le présent protocole à l'article 11, au regard des perspectives d'embauches et des évolutions des effectifs, afin de faire évoluer les conditions de vie au travail des personnels et mieux répondre à ses attentes.

#### **Article 24.**

Au sein de chaque site, conformément aux principes posés dans le préambule, une négociation visant à finaliser un protocole local, est à engager au cours du premier trimestre 2002.

Elle devra s'inscrire dans le respect des dispositions du présent protocole et dans le champ des moyens susceptibles d'être alloués au site.

Elle devra s'inscrire dans une logique d'établissement et privilégier le décloisonnement entre les principales composantes professionnelles, ce qui implique une réflexion prenant en compte les évolutions d'organisation du temps médical liées à la RTT des praticiens hospitaliers.

Elle devra porter sur les points suivants :

- Préambule sur objectifs recherchés (maintien offre/qualité des soins, amélioration des conditions de travail) ;
- Modalités des nouvelles organisations à mettre en place dans le cadre de la RTT visant à atteindre les objectifs définis ;
- Principes retenus sur le site d'organisation du temps de travail et cadrage du volume d'emplois à créer sur la période de référence nationale (2002/2004) ;
- Modalités d'organisation du temps de travail par services et/ou secteurs d'activité ;
- Modalités d'organisation du régime des astreintes sur le site ;
- Définition des agents concernés par la mise en œuvre du dispositif RTT/cadre ;
- Dispositifs d'accompagnement en matière de formation, de politique promotionnelle, d'ouverture de postes aux concours, de fidélisation (environnement social) ;
- Définition des modalités de suivi de l'accord portant sur les modalités d'application de la RTT au niveau local (rôle des instances consultatives) ;
- Modalités d'application des dispositions transitoires prévues à l'article 27.

La conclusion de la négociation locale pourra se traduire par un protocole d'accord local, proposé à la signature des organisations syndicales représentatives présentes sur le site - 8, soumis pour avis aux instances locales, support du dossier présenté aux directions centrales dans le cadre de l'article 3 du présent protocole.

La qualité du projet organisationnel proposé par le site sera appréciée en fonction de la cohérence globale des schémas organisationnels proposés, de la qualité du dialogue social<sup>9</sup>, et de la démarche de concertation menée.

Une commission locale de suivi, organisée sur les mêmes principes que la commission centrale, est instaurée dans chaque site, chargée d'un rôle d'alerte en cas de difficultés de mise en œuvre des dispositions retenues, en particulier au regard des schémas organisationnels retenus sur le site.

#### **Article 25.**

Le dispositif d'accompagnement en matière de formation, de politique promotionnelle, de concours, de recrutement, d'incitation au retour au travail, de fidélisation (environnement social), utile pour l'application du présent protocole sera intégré dans le projet social et professionnel AP-HP.

<sup>7</sup> Ce décompte s'entend hors jours de congés supplémentaires en cas de prise hors période et de fractionnement triple.

<sup>8</sup> Sont réputées organisations syndicales représentatives sur un site, les syndicats représentatifs au plan national (cad siégeant au CSFPH) disposant d'une section déclarée au sein du site à la date de signature du présent protocole.

## **Article 26.**

Les personnels à temps partiel bénéficient de modalités de réduction du temps de travail au prorata des dispositions retenues pour les personnels à temps plein.

Les obligations de travail annuel sont déterminées au prorata des obligations définies pour les personnels à temps plein.  
Les obligations de travail hebdomadaire en nombre d'heures travaillées sont déterminées sur la base des quotités possibles (90 %, 80 %, 75 %, 70 %, 60 %, 50 %) d'un service à temps plein (35 heures).  
Les modalités d'octroi des autorisations d'absence pour enfant malade, des jours fériés, des congés maladie restent inchangées.

Les modalités d'octroi des congés annuels pour les agents travaillant selon une répartition hebdomadaire de la quotité du temps partiel sont déterminées sur les mêmes principes qu'antérieurement, une fois prise en compte la définition des congés en jours ouvrés et ramenée la référence de calcul des droits de 39 à 35 heures.

Le décompte des droits à jours RTT s'exerce dans les mêmes conditions que pour les personnels à temps plein, au prorata de la quotité du temps partiel.

Ex : agent à temps plein en cycle de 38 heures avec horaire de 7h 36 : 18 jours RTT/an.

Ex : agent à 80 % : droit RTT = 14,4 jours RTT [18 x 0,8].

Les modalités de mise en œuvre de la RTT pour les personnels à temps partiel feront l'objet d'une réflexion complémentaire, une fois que les principes pour les personnels à temps plein auront été définis et les dispositions statutaires retenues au plan national. Un tableau de concordance précisant le décompte des droits suivant les quotités pratiquées sera arrêté.

## **Chapitre 4 : Dispositions transitoires.**

### **Article 27.**

La mise en œuvre des nouvelles dispositions statutaires dans les meilleures conditions nécessite de prévoir diverses dispositions permettant de préserver la pérennité du service public tout en garantissant les droits nouveaux des personnels.

Ces dispositions visent à donner le temps aux dispositifs de formation de porter les résultats attendus sur le plan quantitatif et qualitatif.

Elles offrent un temps supplémentaire de réflexion sur les réorganisations à réaliser et permettent la mise en place des éventuels dispositifs d'accompagnement nécessaires.

Elles permettent enfin aux personnels concernés de disposer d'un délai de prévenance en cas de modifications substantielles des organisations de service définitivement retenues.

Ces dispositions spécifiques portent sur les points suivants :

1. Les droits des personnels sont ouverts à compter du 1/1/2002.

Compte tenu des perspectives de recrutement dans certaines catégories de personnel durant la période 2002/2004, le bénéfice des jours supplémentaires de repos au titre de la RTT peut poser problème au regard du maintien de l'offre de soins.

Dans ce cadre, faute d'autre solution susceptible d'être mise en œuvre, et sans préjudice du dispositif réglementaire du CET tel que prévu à l'article 18, il est retenu le principe de faire valoir les droits de l'agent au titre de la RTT sur les bases suivantes :

- Dispositif des heures supplémentaires pour un quart maximum (4 heures supplémentaires/mois) ;
- Récupération au maximum du quart du temps RTT du mensuellement (soit 4 heures) ;
- Ouverture d'un compte provisoire des droits RTT en attente pour le solde du (soit 8 heures minimum).

Ce compte provisoire est exclusivement réservé aux jours RTT dont l'agent ne peut bénéficier régulièrement, au vu de la situation des effectifs réels.

Ces dispositions peuvent être mises en œuvre dès signature du protocole local, sachant que dans l'attente de celle-ci, et à compter du 1 1 2002, les droits des personnels sont consolidés sur un compte individuel provisoire d'attente à hauteur de 4 heures hebdomadaires.

Chaque agent, pour lequel un compte aura été constitué dans ces conditions, peut, en cours de période, faire valoir tout ou partie de ses droits acquis dès lors que la situation des effectifs le rend possible, l'appréciation de la situation relevant de l'administration.

A l'issue de la période de congé lié au compte provisoire, l'agent retrouve le poste qu'il occupait avant son départ.

La demande fait droit en cas de changement de service ou de site.

En toute hypothèse, l'agent peut faire valoir ses droits à compter du 1 janvier 2005.

Une évaluation régulière des conditions d'application du dispositif est présentée en CTEL.

2. L'analyse de la situation individuelle des agents, au regard des heures et jours de repos dus, conduit à constater au 31/12/2001 un reliquat important de temps du, avec des approches très contrastées suivant les catégories de personnel et les sites. Dans le but d'apurer ces situations, l'AP-HP s'engage à solliciter auprès des autorités de tutelle un financement sur le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé (FMES) visant à payer, à la demande de l'agent, tout ou partie du reliquat en équivalent financier qui lui est dû, au cours du premier semestre 200210.

<sup>9</sup> Le nombre de signataires du protocole local, les avis émis par les instances font partie des éléments d'appréciation.

3. Compte tenu de l'organisation actuelle de certains services en plage d'activité supérieure à 12 heures, un délai de deux ans, à compter du 1/1 2002, est retenu pour permettre la mise en place, dans ces secteurs, de nouveaux schémas d'organisation horaire conforme à la réglementation, après concertation avec les personnels concernés.

4. Le temps de travail et l'organisation des équipes de nuit en 10 heures restent inchangés jusqu'au 1/1/2004. A cette date, le personnel de nuit passera à 32 heures 30 hebdomadaires. L'ensemble des dispositions le concernant sera défini pour cette échéance. Les parties signataires conviennent à cet effet d'arrêter les modalités concrètes de mise en œuvre de cette mesure sur la base des propositions d'organisation par site, au cours du premier semestre 2003.

#### Annexes :

1. Plan de financement accordé par la tutelle, **en attente** document tutelle;
2. Tableaux prospectifs sur évolutions des effectifs (GPEC) / potentiel de formation, permettant de définir d'une part le volume d'embauche par catégories, d'autre part les moyens de formation nécessaires, joint ;
3. Plan emplois/formation, joint ;
4. Tableau de concordance, joint ;
5. Points statutaires àtoiletter, joint.

#### Annexe 2 : Tableaux prospectifs sur évolution des effectifs

Les tableaux ci-joints présentent, pour les catégories de personnel IDE et AS, les évolutions prévisionnelles comparées, sur les années 2002, 2003, 2004 entre les emplois autorisés, en intégrant une hypothèse de créations prévisionnelles liées aux 35 heures, et les effectifs statistiquement prévisibles en fonction des données GPEC.

Ces projections d'évolution des effectifs permettent d'identifier le différentiel entre emplois à pourvoir et effectifs existants, et servent de base à l'élaboration d'un plan 2002 / 2004 de recrutement par catégories et à la définition des propositions de mesures complémentaires au dispositif actuel de contrat d'études ouverts aux étudiants en soins infirmiers pour atteindre au volume d'embauche nécessaire.

Trois inconnues sont, à ce stade de la démarche, à prendre en considération dans ce travail de prospective :

- Le détail des emplois créés sur chaque site. Ils seront arrêtés dans le cadre des organisations locales et donneront lieu à une actualisation du tableau des emplois sur trois ans à partir de 2002.

Toutefois, afin de permettre une première approche estimative des besoins en IDE et AS, il est retenu, **comme hypothèse de travail**, des créations d'emplois à hauteur de 1200 IDE et AS.

- Le détail du calendrier définitif des volumes des emplois créés sur les trois ans. Dans l'attente de l'information tutelle, l'hypothèse de travail retenue est de 27,5 %, 52,5 %, 20 %, soit 330, 630, 240 emplois dans chaque catégorie en 2002, 2003, 2004.

- La méconnaissance des effets d'attraction des régions hors Ile de France, les créations d'emplois en province pouvant créer un phénomène d' « appel d'air ».

A noter toutefois que ce point peut être considéré comme négligeable, dès lors que les données statistiques utilisées prennent en compte l'année 2001, déjà concernée par cet impact (protocole Aubry).

Les tableaux ci-après présentent, pour les IDE et les AS, les perspectives d'évolution prévisionnelle des emplois comparées à celles des effectifs réels, avec deux hypothèses liées au régime de contrat d'étude (IDE), permettant d'influer les perspectives de recrutement en sorties d'instituts de formation.

Pour les autres catégories de personnel, susceptibles d'être recrutées sur diplôme et/ou par concours, une réflexion fondée sur le même principe sera réalisée, dès les inconnues mentionnées supra levées.

<sup>10</sup> Cette régularisation peut s'échelonner sur plusieurs mois suivant le volume de jours et/ou d'heures à régulariser compte tenu du plafond réglementaire de 20 heures mensuelles.

### TABLEAU PREVISIONNEL IDE

		<b>2001</b>		<b>2002</b>		<b>2003</b>		<b>2004</b>
Effectifs théoriques		<b>15 795</b>		<b>16 025</b>		<b>16 655</b>		<b>16 895</b>
Effectifs réels		<b>15 992</b>	Entrées	<b>1 875</b>		<b>2 001</b>		<b>2 273</b>
			Sorties	<b>2 033</b>		<b>2 079</b>		<b>2 115</b>
Différentiel	<b>Version 1</b>			<b>- 191</b>		<b>- 899</b>		<b>- 981</b>
Correctifs Contrat Etudes			Entrées	<b>1998</b>		<b>2550</b>		<b>2655</b>
Perspectives consolidées	<b>Version 2</b>			<b>- 68</b>		<b>- 227</b>		<b>+ 73</b>

### TABLEAU PREVISIONNEL AS

		<b>2001</b>		<b>2002</b>		<b>2003</b>		<b>2004</b>
Effectifs théoriques		<b>17 128</b>		<b>17 458</b>		<b>18 088</b>		<b>18 238</b>
Effectifs réels		<b>17 084</b>	Entrées	<b>1321</b>		<b>1371</b>		<b>1369</b>
			Sorties	<b>1335</b>		<b>1355</b>		<b>1377</b>
Différentiel	<b>Version 1</b>			<b>- 388</b>		<b>- 1002</b>		<b>- 1160</b>
Correctifs			Entrées	<b>1521</b>		<b>1921</b>		<b>2021</b>
Perspectives	<b>Version 2</b>			<b>- 188</b>		<b>- 252</b>		<b>+ 242</b>

### TABLEAU PREVISIONNEL MISE A NIVEAU :

Année	2002	2003	2004	Total
<b>Effectif concerné</b>	<b>600</b>	<b>670</b>	<b>730</b>	<b>2000</b>

**Perspectives IDE:**

Version 1 : Trend actuel 100 A. Etudes + 150 A. logement + fidélisation 45%

Version 2 : 200, 850, 600 A Etudes (2002, 2003, 2004) + 150 A. Logement + fidélisation 55 %

**Perspectives AS :**

Version 1 : Trend actuel

Version 2 : PP : 350 en 2002, 450 en 2003, 550 en 2004 ;

Augmentation de 90 à 390 élèves à compter de 2002 (effet en sorties 2003, 2004)

**Perspectives mises à niveau :**

Objectif : Ouvrir à 2000 agents sur 3 ans l'accès à des cours de mise à niveau.

Impact de cette mesure sur le volume de PP/ASpartirde2004.

**Annexe 3**

	Base 2001	Différentiel 2002	2002	Différentiel 2003	2003	Différentiel 2004	2004
Promotion professionnelle	269,5 Mf	+84 MF	353,5 Mf	+ 25,7 Mf soit + 100 PP AS	379,2 Mf	+ 25,7 Mf	404,9 Mf
Allocations d'études	6,3 Mf soit 100 AE	+ 24, 675Mf soit + 450 AE	30,975 Mf	+18,9 Mf soit + 300 AE	49,875 Mf	- 15,75 Mf soit - 250 AE	34,125 Mf soit 60 AE

Mise à niveau		+ 2,5 Mf	4,5 Mf	+ 0,6 Mf	5,1 Mf	+ 0,5 Mf	5,6 Mf
Total		+ 111, 175 MF		+ 45,2 Mf		+ 10,45 Mf	

#### Annexe 4 : Tableau de concordance

##### Tableau de concordance : Personnel en repos fixe

Cycle de référence : 38 heures sur 7 semaines ; Durée de travail journalière : 7 heures 36;

Heures	Journées	Durée	RH	CA	Fériés	RTT	RR (p...)
1589	207	7 H 36	104	25	9 <sup>11</sup>	18	2

##### Tableau de concordance : Personnel en repos variable

Equipe du matin : Cycle de référence : 38 heures sur 7 semaines ; Durée de travail journalière : 7 heures 36 ; (repos variable 10 à 19 DJF/an)

Heures	Journées	Durée	RH	CA	Fériés	RTT	RR (plafond)
1575	205	7 H 36	104	25	11	18	2

Equipe d'après-midi : Cycle de référence : 38 heures 20 sur 7 semaines ; Durée de travail journalière : 7 heures 50 ; (repos variable >19 JF/an)

Heures	Journées	Durée	RH	CA	Fériés	RTT	RR (plafond)
1561 <sup>12</sup>	199	7 h 50	104	25	11	20	6

Nuit fixe : Cycle de référence : 35 heures sur 2 semaines ; Durée de travail journalière : 10 heures ;

Heures	Journées	Durée	RH	CA	Fériés	RR/RTT
1540	154	10 heures	104	25	11	71

Services en 12 heures : Cycle de référence : 35 heures sur 12 semaines ; Durée de travail journalière : 12 heures ;

Heures	Journées	Durée	RH	CA	Fériés	RR/RTT
1540	128	12 heures	104	25	11	97

#### ANNEXE 5 :

##### Points statutaires à réactualiser dans le guide de présence au travail dans le cadre de la Réduction du Temps de Travail

###### 1. Introduction :

Quelques définitions, de la page 13 à la page 18 : page 13 - § B : Jours fériés ; page 14 – §D : Repos récupérateur Repos compensateur Jour RTT

Page 15 – §E : Repos hebdomadaire, repos par roulement.

2. Organisation du travail, de la page 19 à la page 20 : Page 19 : durée hebdomadaire du temps de travail, durée annuelle de travail effectif. Définition du travail effectif ; Définition du cycle de travail.

Page 20 : Repos hebdomadaire Pause déjeuner ; Pause : temps d'habillage et de déshabillage

3. Absences liées à la famille, de la page 21 à la page 31 : a priori aucun changement lié à la RTT, sauf à inclure dispositif crèche + congé de paternité

4. Absences liées à la santé, de la page 33 à la page 37 : Aucun changement lié à la RTT

5. Absences pour motifs divers, de la page 39 à la page 60 : Inclure dispositif jours pédagogiques, pages 48 et 49 : Récupération de la 40ième heure

6. Absences pour congés annuels et jours « hors saison », de la page 61 à la page 74 : Page 63 : Droit à congé annuel Page 66 : CA temps partiel Page 67 : CA report CET page 73 : CA fractionnement.

7. Absences pour repos supplémentaires, chômés et jours supplémentaires de la page 75 à la page 84 :

Page 80 : Modalités de récupération RS, repos récupérateur, jours RTT ; Page 84 : Jours DG

8. Absences pour congés de maladie etc, de la page 85 à la page 137 : A priori aucun changement lié à la RTT.

9. Activité syndicale, de la page 139 à la page 151 : a priori aucun changement lié à la RTT.

10. Gardes et astreintes, de la page 153 à la page 155 : mise en œuvre décret spécifique

11. Travail de nuit en 35 heures, de la page 157 à la page 164 : Page 158 : Définition du travail de nuit.

12. Travail à temps partiel, de la page 165 à la page 181 : à réactualiser entièrement.

13. Plannings types, de la page 183 à la page 198 : à réactualiser entièrement.

14 Cessation progressive d'activité, de la page 199 à la page 204 : à réactualiser dans les mêmes conditions que le temps partiel à 50%.

15 Compte épargne temps : à créer : Mise en œuvre décret spécifique

11 Lorsque le jour férié coïncide avec un jour de repos hebdomadaire, pour les agents en repos fixe les samedis et dimanche, aucune compensation n'est accordée, soit, au regard des 11 jours fériés légaux, 9 jours en moyenne sur les 10 dernières années.

12 Après prise en compte de deux jours de repos compensateurs liés à la sujéction repos variable >19 JF/an prévus par la réglementation. Conformément au protocole national, droit en décompte individuel à 2 jours hors saison + un jour triple fractionnement possible soit 28 CA.

## **Annexe 2 - Les effectifs PNM AP-HP**

### **1. Effectifs globaux**

En 2014, hors personnel médical, tous budgets confondus, 75 131 agents (qu'ils soient titulaires, contractuels, sur emploi permanent ou de remplacement), représentant 72 868 ETP, travaillent à l'AP-HP. Ces effectifs se répartissent entre les différentes catégories :

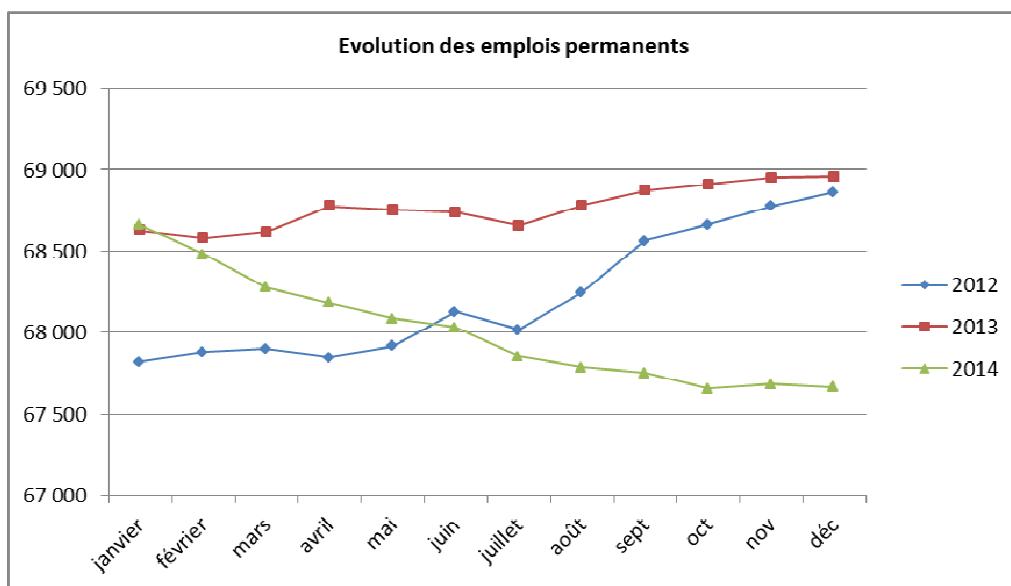
Catégorie professionnelle	UP moyens annuels				ETP moyens annuels			
	P	R	P + R	répartition	emploi	P	Emploi R	total P + R
Personnel administratif	8 811	1 432	10 243	13,63%	8 533	1 359	9 893	13,58%
<i>dont DH</i>	266	0	266	0,35%	266	0	266	0,37%
Personnel hospitalier	54 344	3 317	57 660	76,75%	52 731	3 158	55 889	76,70%
Personnel de soins	46 378	2 856	49 235	65,53%	45 278	2 759	48 037	65,92%
<i>dont directeur des soins</i>	67	0	67	0,09%	67	0	67	0,09%
Personnel de rééducation	2 537	198	2 735	3,64%	2 205	141	2 346	3,22%
Personnel médico-technique	5 428	263	5 691	7,57%	5 248	258	5 506	7,56%
Personnel socio-éducatif	1 034	30	1 064	1,42%	992	28	1 020	1,40%
Personnel technique et ouvrier	5 845	318	6 164	8,20%	5 754	313	6 067	8,33%
<b>Total général</b>	<b>70 034</b>	<b>5 097</b>	<b>75 131</b>	<b>100%</b>	<b>68 010</b>	<b>4 858</b>	<b>72 868</b>	<b>100%</b>

(Source DRH : HR Access)

### **2. Effectifs permanents**

Après une légère augmentation des effectifs moyens annuels entre 2012 et 2013 (+0,8% soit +550 ETPM), les effectifs moyens 2014 baissent de 1,1 % (-758 ETPM) pour retrouver un niveau quasiment équivalent à celui constaté en 2012 (soit -208 ETPM).

Entre décembre 2013 et décembre 2014, les effectifs permanents baissent de 1290 ETP.

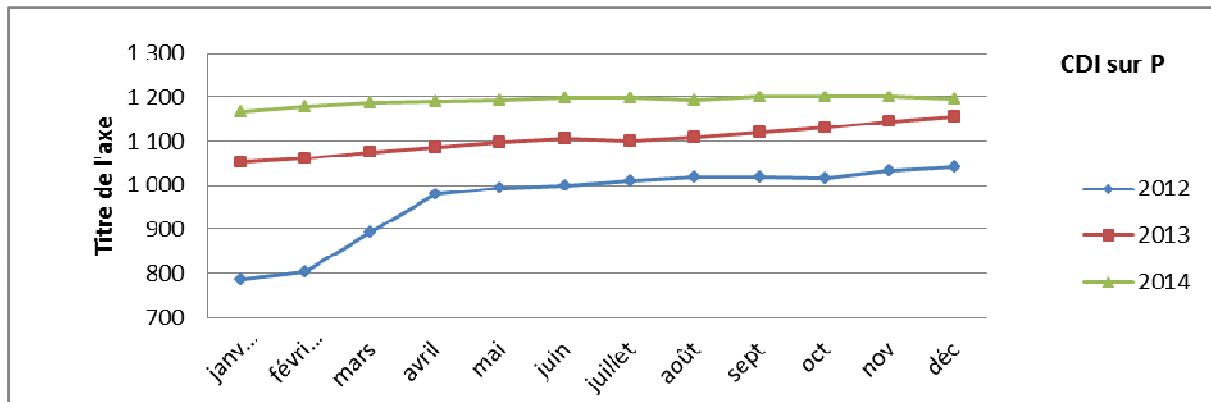


### **3. Focus effectifs contractuels sur emplois permanents**

Les personnels contractuels sur emploi permanent sont généralement en attente de concours (ingénieurs, psychologues, secrétaires médicales...) ou des personnels de catégorie C en attente de

commission de sélection (adjoint administratif, ASH, agent d'entretien qualifié – ils sont environ 650 personnes) ou enfin des agents de nationalité étrangère-non européenne. Ils ont vocation à rester durablement comme personnels de l'institution.

Les contractuels CDI sur emploi permanent ont augmenté en moyenne de 14% entre 2012 et 2013 : La hausse à partir d'avril 2012 s'explique par l'application de la loi du 12 mars 2012 (transformation des contrats CDD en CDI avec des conditions particulières d'ancienneté). Le schéma suivant montre l'évolution mensuelle :



### **Annexe 3- Le remplacement ponctuel**

La réponse aux besoins de remplacement ponctuels est de trois ordre : l'intérim, les heures supplémentaires, les CDD.

#### *1. Les heures supplémentaires*

Les dépenses d'heures supplémentaires suivent la même tendance à la baisse, mais plus fortement que les dépenses d'intérim.

Heures supplémentaires	2012	2013	2014 (11 mois)
CRPP	35 229 942 €	30 863 649 €	27 408 773 €
tous budgets	36 389 121 €	31 966 319 €	28 335 556 €

Elles représentent, tous budgets confondus, 675 ETP en 2014 (sur la base du coût moyen annuel AP de 45K€).

#### *2. L'intérim*

Les dépenses d'intérim ont baissé de 10 à 14% par an sur les trois dernières années. En 2014, tous budgets confondus, elles ont représenté l'équivalent de 575 ETP.

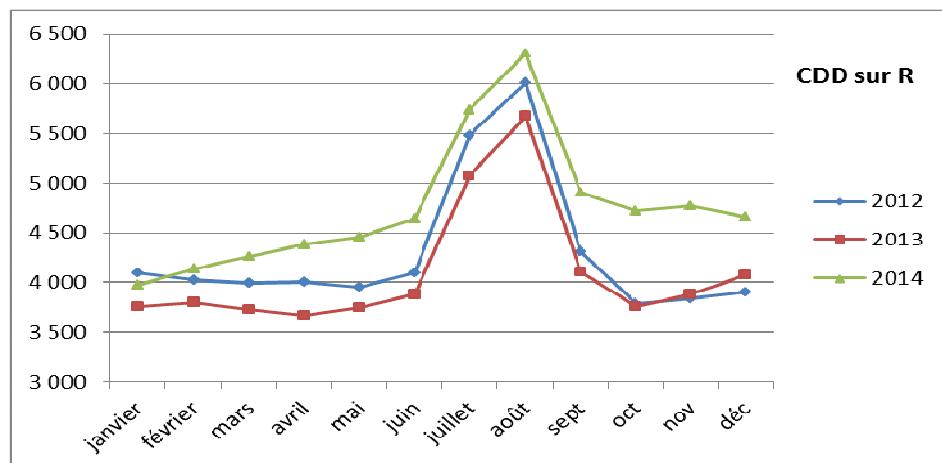
Intérim	2012	2013	2014 (11 mois)
CRPP	27 857 577 €	24 950 972 €	22 614 336 €
Tous budgets	31 138 509 €	26 917 145 €	24 167 014 €

#### *3. Les contractuels de remplacement*

L'institution recourt à l'emploi de contractuels de courte durée, en cas de remplacement d'une absence prévue sur plusieurs mois : congés maternité (même si tous les congés maternité ne sont pas compensés par un CDD), les congés annuels d'été (en partie pour compenser les départs en congés bonifiés), les arrêts de longue maladie.

Données OPALE	2012	2013	2014
Total AP-HP (tous budgets) en €	114 498 647	108 480 024	133 066 633
Total AP-HP (tous budgets) en ETP	3 599	3 322	3 992

Comme le montre le graphique ci-dessous, le nombre de CDD de remplacement affiche un pic en juillet et août, pour faciliter la continuité des soins durant les congés d'été.



## **Annexe 4 - L'expérience d'HUPSSD sur ACT**

L'exemple de la démarche suivie au sein du GH HUPSSD sur l'amélioration des conditions de travail est tout à fait exemplaire.

Des indicateurs évoquaient une dégradation des conditions de travail au sein du GH HUPSSD : montée de l'absentéisme à un niveau plus élevé que la moyenne AP-HP, demandes d'expertise de deux CHSCT au sujet des risques psychosociaux, avis de danger grave et imminent, vacances de poste concentrées sur certaines professions (cadres, kinés) ou certaines activités (pôle médecine spécialisée et vieillissement).

L'amélioration des conditions de travail représentait un enjeu pour les malades (qualité du service rendu) et pour les équipes. Le GH s'est donc engagé dans une démarche pilote au sein de l'AP-HP dans le cadre des 16 chantiers prioritaires de son contrat avec l'ANAP.

### ***L'objectif essentiel du chantier :***

Il consiste à améliorer les conditions de travail par une rénovation des pratiques managériales et une fluidification des organisations afin de :

- Faire diminuer l'absentéisme au sein de chaque pôle, et par voie de conséquence, le recours aux heures supplémentaires et à l'intérim,
- Fidéliser les personnels soignants,
- Renforcer l'attractivité du groupe hospitalier sur les catégories dites sensibles en matière de recrutement (infirmiers, cadres, masseurs-kinésithérapeutes).

Le suivi du chantier a nécessité la mise en place d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs afin de mesurer et suivre l'évolution des actions opérationnelles à mettre en place. Certains indicateurs quantitatifs ont été valorisés en impact économique pour s'assurer de l'atteinte des objectifs financiers du contrat de performance :

- Ecart entre le nombre moyen de jours d'arrêt pour maladie ordinaire IDE du GH et celui de l'AP-HP
- Ecart entre le nombre moyen de jours d'arrêt pour maladie ordinaire AS du GH et celui de l'AP-HP
- Dépenses de recours à l'intérim
- Dépenses d'heures supplémentaires
- Ecart entre le Nombre de journées de travail perdues au-delà de la moyenne AP-HP du mois M de l'année N et le Nombre de journées de travail perdues au-delà de la moyenne AP-HP du mois M-1 de l'année N-1 (en équivalent rémunération)
- Pourcentage d'équipes soignantes auxquelles la charte de planning a été présentée
- Pourcentage de services dans lesquels une période d'intégration est formalisée
- Nombre d'entretiens réalisés après absences prolongées ou répétées

Les travaux portent sur l'ensemble des pôles des HUPSSD après expérimentation sur un pôle pilote (Pôle Médecine Spécialisée et Vieillissement). Tout le personnel (PNM et PM) est concerné, mais les indicateurs d'évaluation ne concernent que le PNM.

### ***Les réalisations du chantier :***

Les réalisations ont été fructueuses :

→ Pour structurer la gestion du temps : Elaboration et déploiement d'une Charte des plannings, pour organiser la programmation prévisionnelle des présences au travail et des repos et gérer l'absence imprévue.

→ Pour améliorer la gestion de l'absentéisme :

- *Présentation des chiffres de l'absentéisme*, afin d'initier une discussion autour d'un sujet trop souvent considéré comme tabou ;
- *Diffusion des outils de pilotage RH*, pour partager les informations RH pour permettre l'institution d'un dialogue entre la DRH et les services

→ Pour valoriser l'exercice des fonctions d'encadrement :

- *Définition des parcours de professionnalisation, pour structurer et outiller l'encadrement pour accompagner les professionnels dans leur projet.*
- *Accompagnement de la prise de fonction d'encadrement*, pour améliorer l'accueil des nouveaux arrivants.

## **Annexe 5 - Les enseignements du baromètre social des cadres**

Les résultats du baromètre interne peuvent permettre de disposer d'un éclairage sur la perception des cadres sur l'organisation du travail et le respect vie privée / vie professionnelle

L'analyse des résultats du baromètre interne permet de réaliser plusieurs constats :

- il existe un nombre important de cadres faisant-fonction au sein de l'AP-HP ;
- de nombreux cadres de santé estiment connaître une baisse de motivation au travail ;
- de nombreux cadres sont insatisfaits de leur charge de travail et estiment ne pas avoir suffisamment de temps pour effectuer correctement leur travail ;
- les cadres de santé sont, presque pour moitié, insatisfaits de l'équilibre vie privée / vie professionnelle ;
- les cadres de santé sont également nombreux à être mécontents de leurs horaires de travail ;
- de nombreux cadres de santé jugent inadaptés les outils et logiciels informatiques dont ils disposent.

### ➤ Un nombre important de cadres faisant-fonction

L'AP-HP compte 2 950 cadres de proximité dont 20 % de faisant-fonction<sup>5</sup>.

*Les chiffres exacts et la répartition des cadres faisant-fonction par groupe hospitalier devraient prochainement être actualisés.*

### ➤ Une baisse de motivation

Les résultats du baromètre interne indiquent que la motivation au travail diminue pour de nombreux des cadres de santé. Ainsi, l'analyse des résultats pour les cadres de santé permet de réaliser les constats suivants<sup>6</sup> :

- 43 % des cadres de santé en secteur clinique et médico-technique estiment que leur motivation au travail diminue ;
- 42 % des cadres supérieurs de santé estiment que leur motivation au travail diminue.

Les résultats du baromètre interne pour les cadres de santé en secteur clinique et médico-technique, formation initiale et continue et cadres paramédical de pôle<sup>7</sup> indiquent que 47 % des personnes encadrant une équipe estiment que leur motivation diminue, contre 41 % pour l'ensemble de l'AP-HP et 20 % pour la FPH. Les résultats du baromètre interne pour les cadres PNM et SF montrent que pour 40 % des cadres PNM et SF, la motivation au travail diminue (AP-HP : 41 %).<sup>8</sup> L'exploitation des résultats du baromètre interne montre que la motivation des CPP ne reste stable que pour 58 % d'entre eux, ce qui représente néanmoins cependant 10 points de plus que la moyenne de l'AP-HP<sup>9</sup>.

<sup>5</sup> Document power point « Plan - Attractivité – Fidélisation cadres »

<sup>6</sup> Analyse des résultats « Cadres de soin »

<sup>7</sup> Baromètre : comparaison cadres de santé secteur clinique et médico-technique, formation initiale et continue et CPP

<sup>8</sup> Baromètre, pistes de plans d'action à partir des résultats quantitatifs et qualitatifs pour les cadres (PNM et SF et « encadre et n'encadre pas »)

<sup>9</sup> Analyse des résultats « Cadres de soin »

➤ [Une insatisfaction face à la charge de travail](#)

L'exploitation des résultats du baromètre interne indiquent que de nombreux cadres de santé sont insatisfaits de leur charge de travail et estiment ne pas avoir suffisamment de temps pour effectuer correctement leur travail.

Ainsi, l'analyse des résultats du baromètre interne pour les cadres de santé permet les constats suivants :

- Les cadres de santé sont plutôt insatisfaits de leur charge de travail<sup>10</sup> :
- Seuls 40 % des cadres de santé en secteur clinique et médico-technique et 40 % des cadres de santé formateurs sont satisfaits de la charge de travail (- 11 points en dessous de la moyenne de l'AP-HP).
- Seuls 44 % des CPP sont satisfaits de leur charge de travail (- 7 points en dessous de la moyenne de l'AP-HP).
- Seuls 44 % des cadres supérieurs de santé estiment que la charge de travail est bien répartie (+ 8 points).

Les cadres de santé estiment aussi ne pas avoir suffisamment de temps pour effectuer correctement leur travail<sup>11</sup> :

- Seuls 31 % des cadres en secteurs clinique et médico-technique et 31 % des cadres formateurs estiment disposer du temps nécessaire pour effectuer correctement leur travail (- 14 points en dessous de la moyenne de l'AP-HP).
- 27 % seulement des CPP estiment avoir le temps nécessaire pour effectuer correctement leur travail (- 18 points en dessous de la moyenne de l'AP-HP).

Les résultats du baromètre interne pour les cadres PNM et SF indiquent que les questions relatives à la charge de travail sont également évaluées assez négativement par les cadres PNM et SF<sup>12</sup> :

- 48 % sont satisfaits de la charge de travail (AP-HP : 51 %)
- 37 % estiment que la charge de travail est bien répartie (AP-HP : 36 %)
- 39 % estiment disposer du temps nécessaire pour effectuer correctement leur travail (AP – HP : 45 %)

Les résultats pour les cadres de santé en secteur clinique et médico-technique, formation initiale et continue et CPP montrent que ces cadres sont en moyenne moins satisfaits de leur charge de travail que l'ensemble de l'AP-HP<sup>13</sup>.

Remarque : Si les cadres administratifs en général restent moyennement satisfaits de la charge et du temps nécessaire pour effectuer leur travail, les CAP sont mécontents à 37 % (45 % pour l'AP-HP)<sup>14</sup>

➤ [Une insatisfaction face au respect vie privée / vie professionnelle](#)

Les résultats du baromètre interne indiquent que les cadres de santé sont presque pour moitié insatisfaits de l'équilibre vie privée / vie professionnelle. Ainsi, seuls 53 % des encadrants

---

<sup>10</sup> Analyse des résultats « Cadres de soin »

<sup>11</sup> Analyse des résultats « Cadres de soin »

<sup>12</sup> Baromètre, Pistes de plans d'action à partir des résultats quantitatifs et qualitatifs pour les cadres (PNM et SF et « encadre et n'encadre pas »)

<sup>13</sup> Baromètre : comparaison cadres de santé secteur clinique et médico-technique, formation initiale et continue et CPP

<sup>14</sup> Baromètre, fiche encadrement administratif et support, focus « CAP »

paramédicaux sont satisfaits de l'équilibre vie privée / vie professionnelle (soit – 9 points par rapport à la moyenne de l'AP-HP)<sup>15</sup>

Les résultats de tous les cadres (cadres de santé secteur clinique et médico-technique, formation initiale et continue et CPP) sont globalement inférieurs à ceux de l'ensemble de l'AP-HP, sur l'équilibre vie privée / vie professionnelle et sur les horaires de travail<sup>16</sup>.

Ce constat d'insatisfaction face au respect vie privée / vie professionnelle est plus négatif encore pour les CPP. Ainsi, seuls 45 % des CPP sont satisfaits de l'équilibre vie privée / vie professionnelle (soit – 19 points par rapport à la moyenne de l'AP-HP et – 8 points par rapport à l'encadrement paramédical et soin en général)<sup>17</sup>.

#### ➤ Une insatisfaction face aux horaires de travail

Les résultats du baromètre interne indiquent que les cadres de santé sont également nombreux à être mécontents de leurs horaires de travail. Ainsi, les résultats de l'encadrement paramédical indiquent que seuls 59 % des encadrants sont satisfaits des horaires de travail (soit – 16 points)<sup>18</sup>. 68 % des cadres PNM et SF sont satisfaits des horaires de travail (– 7 points / AP-HP : 75 %)<sup>19</sup>.

Dans l'ensemble, les cadres de soins (et en particulier les CPP) ont des résultats sensiblement inférieurs à la moyenne de l'AP-HP<sup>20</sup> :

- sur l'équilibre vie privée / vie professionnelle : les cadres de soins sont en moyenne 11 points en dessous de la moyenne de l'AP-HP
- sur les horaires de travail : les cadres de soins sont en moyenne 17 points en dessous de la moyenne de l'AP-HP.

Ce constat d'insatisfaction face aux horaires de travail est plus négatif pour les CPP.

Ainsi, les résultats pour l'encadrement paramédical indiquent que seuls 44 % des CPP sont satisfaits des horaires de travail (soit – 31 points par rapport à la moyenne de l'AP-HP et – 15 points par rapport à l'encadrement paramédical et soin en général)<sup>21</sup>.

#### ➤ Un mécontentement face aux outils et logiciels informatiques

Les résultats du baromètre interne indiquent que de nombreux cadres de santé jugent inadapté les outils et logiciels informatiques dont ils disposent. Seulement 39 % des personnels de l'encadrement paramédical estiment que les outils et logiciels informatiques sont adaptés (soit – 6 points par rapport à la moyenne de l'AP-HP).<sup>22</sup> Les outils et logiciels informatiques ne sont pas adaptés pour une grande majorité des cadres de santé en secteur clinique et médico-technique, formation initiale et continue et CPP.<sup>23</sup> Ainsi, 29 % seulement des cadres de santé en formation initiale et continue estiment que leurs outils informatiques sont adaptés, contre 45 % de l'ensemble de l'APHP. Seuls 48 % des cadres PNM et SF estiment que les outils et logiciels informatiques sont adaptés (AP-HP : 45 %)<sup>24</sup>

<sup>15</sup> Baromètre, fiche encadrement paramédical et soins et focus « CPP »

<sup>16</sup> Baromètre : comparaison cadres de santé secteur clinique et médico-technique, formation initiale et continue et CPP

<sup>17</sup> Baromètre, fiche encadrement paramédical et soins et focus « CCP »

<sup>18</sup> Baromètre, fiche encadrement paramédical et soins et focus « CCP »

<sup>19</sup> Baromètre, pistes de plans d'action à partir des résultats quantitatifs et qualitatifs pour les cadres (PNM et SF et « encadre et n'encadre pas »)

<sup>20</sup> Analyse des résultats « Cadres de soin »

<sup>21</sup> Baromètre, fiche encadrement paramédical et soins et focus « CCP »

<sup>22</sup> Baromètre, fiche encadrement paramédical et soins et focus « CCP »

<sup>23</sup> Baromètre : comparaison cadres de santé secteur clinique et médico-technique, formation initiale et continue et CPP

<sup>24</sup> Baromètre, pistes de plans d'action à partir des résultats quantitatifs et qualitatifs pour les cadres (PNM et SF et « encadre et n'encadre pas »)

