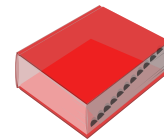




**PROTOCOLE D'ACCORD  
POUR LA MISE EN PLACE  
DE LA REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL  
AU C.H.U. DE NICE**



---

Fait à NICE, le 26 Février 2002

# **PROTOCOLE D'ACCORD POUR LA MISE EN PLACE DE LA REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL AU CHU DE NICE.**

## **PREAMBULE.**

La Réduction du Temps de Travail s'applique à tous les agents hospitaliers titulaires, stagiaires et contractuels ainsi qu'aux agents relevant du dispositif d'insertion. Les agents sous Contrat Emploi Solidarité n'y sont pas soumis et relèvent d'une obligation hebdomadaire de travail de 20 heures par la Direction Départementale du Travail.

La mise en œuvre de la Réduction du Temps de Travail dans la Fonction Publique Hospitalière est guidée par quatre principes fondateurs :

- L'amélioration des organisations du travail centrées sur le patient et l'amélioration concrète des soins au patient.
- L'amélioration des conditions de travail, de vie au travail et de vie personnelle.
- La définition de règles du temps de travail nationales précises prévues par décret.
- Le renforcement du dialogue social et professionnel dans l'élaboration du dispositif, dans sa mise en œuvre et son évaluation.

Le CHU de NICE inscrit son accord local dans ces principes.

Sa réflexion est également guidée par trois principes complémentaires :

- La recherche de l'équité entre les agents quelles que soient leurs catégories professionnelles et leurs situations de travail.
- L'adéquation de ce dispositif aux demandes des personnels issues du diagnostic préalable à la mise en place de la RTT.
- L'affectation prioritaire et rapide des moyens alloués indispensables au service du patient.

Enfin, l'étape 2002-2004 de mise en place de la RTT au CHU de NICE ne doit, en aucune façon, se traduire par une réduction de son offre de soins.

Seront successivement présentés les points suivants :

- Le temps de travail et son organisation au CHU de NICE.
- Les conditions de réussite de l'étape 2002-2004 de mise en place de la RTT au CHU de NICE.

# **PREMIERE PARTIE : LE TEMPS DE TRAVAIL ET L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL AU CHU DE NICE.**

## **CHAPITRE 1 : LE TEMPS DE TRAVAIL AU CHU DE NICE.**

### **I. LE TEMPS DE TRAVAIL EFFECTIF.**

**Le temps de travail effectif** s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles.

Les critères de définition du temps de travail effectif sont réunis quand l'agent a l'obligation d'être joint à tout moment, par tout moyen approprié afin d'intervenir immédiatement pour assurer son service.

Si les contraintes d'organisation du service nécessitent en permanence cette obligation, le temps de restauration et le temps de pause sont considérés comme du temps de travail effectif.

**Le temps de restauration** est inclus dans le temps de travail effectif au CHU de NICE pour l'ensemble des catégories professionnelles depuis 1968.

La Direction Générale n'entend pas revenir sur cette disposition mais fixe le cadre de son exercice.

Le temps de restauration de 30 minutes doit s'exercer dans un lieu aménagé à cet effet dans l'enceinte des établissements du CHU et selon les modalités liées à l'organisation du travail, sous la responsabilité de chaque cadre.

En conséquence, tout agent hospitalier qui prend son temps de restauration en dehors de l'enceinte de son établissement d'affectation et qui ne pourrait pas être immédiatement joint, ne verra pas comptabiliser ce temps de 30 minutes dans son temps de travail effectif.

De même, l'agent qui, si l'organisation du travail le permet, souhaite prendre plus de 30 minutes de temps de restauration dans l'enceinte de son établissement verra la différence non comptabilisée dans son temps de travail effectif.

Afin de permettre aux agents hospitaliers de bénéficier de ce temps de restauration dans les délais impartis de 30 minutes, le CHU s'engage à rechercher toutes les solutions pour favoriser l'accessibilité aux lieux de restauration, en particulier sur les sites de l'ARCHET 2, PASTEUR et de la Pharmacie Centrale.

**Le temps de pause** est accordé sur le temps de travail effectif à tout agent qui travaille six heures consécutives.

Au CHU de NICE, on considère que le temps de pause coïncide avec le temps de restauration.

Temps de restauration et temps de pause correspondent donc à 30 minutes sur le temps de travail effectif.

Dans des situations particulières et pour tenir compte de la pénibilité du travail de ces secteurs d'activité à savoir la blanchisserie et la restauration, l'établissement maintient les pauses actuelles en blanchisserie et en restauration pour le personnel travaillant dans des locaux soumis à des variations importantes à la baisse des températures. Un temps de pause sera également accepté pour les agents qui débutent leur journée de travail avant 8 heures et pour ceux qui la terminent après 20 heures.

**Le temps d'habillage et de déshabillage** pour être considéré comme du temps de travail effectif, voit son caractère obligatoire s'apprécier au regard de trois critères : le port d'une tenue professionnelle, entretenue par la blanchisserie de l'établissement et nécessitant le passage par un vestiaire.

Dans la même optique que pour la restauration, le CHU s'engage à rechercher une localisation des vestiaires le plus près possible de l'unité de travail correspondant également à un souci partagé de mise en sécurité de ces locaux.

Pour les grades concernés, ce temps est forfaitisé sur la base de 10 minutes par jour soit 5 minutes à la prise de poste et 5 minutes à la fin de poste.

Ces différentes dispositions permettent au CHU de se mettre en conformité par rapport au protocole national sur la réduction du temps de travail et ses textes d'application, condition préalable à l'obtention de postes complémentaires.

## **II. LE DECOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL ANNUEL.**

Le décompte du temps de travail se fait déduction faite **des droits à congés, à jours fériés et à repos** qui sont, pour la période de référence du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre soit une année civile de service accompli, de :

- 28 jours ouvrés de congés annuels intégrant systématiquement les 2 jours d'hiver et le jour de fractionnement aux 25 jours ouvrés. Cette globalisation des congés annuels correspond à la réalité de la répartition des congés annuels par les agents hospitaliers. Elle s'inscrit dans une volonté de simplification des modes de gestion internes. Trois semaines consécutives sauf contraintes impératives de fonctionnement de service, seront accordées en période estivale soit du 1<sup>er</sup> mai au 31 octobre, le tableau prévisionnel des congés annuels étant fixé au plus tard le 31 mars de l'année.
- 104 jours de repos hebdomadaires.
- 9 jours fériés pour les agents en repos fixe, 11 jours fériés pour l'agent travaillant de 10 à 19 dimanches et fériés par an, 11 jours fériés et 2 jours de compensation pour les agents travaillant au moins 20 dimanches et fériés par an.
- 2 demi-journées au titre de mardi gras et de mi-carême, correspondant à une tradition locale.

Si l'agent n'exerce pas ses fonctions pendant la totalité de la période de référence à savoir du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, il a droit à 2 jours ouvrés par mois ou fraction de mois supérieure à 15 jours écoulés depuis l'entrée en fonction.

Sur cette base, le décompte du temps de travail est le suivant pour les agents en repos fixe, en situations de repos variable ou en travail de nuit dans la limite maximum de 1600 heures annuelles.

**Les agents en repos fixe** travaillent 1568 heures par an.

**Les agents en repos variable** travaillant entre 10 et 19 dimanches et jours fériés par an, effectuent 1554 heures par an.

**Les agents en repos variable** travaillant au moins 20 dimanches et jours fériés par an, effectuent 1540 heures par an.

**Les agents de nuit** gardent leur durée actuelle de travail jusqu'au 31 décembre 2003. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, cette durée passe à 1440 heures.

Ce calcul en heures annuelles est basé sur des journées de travail de 7 heures pour le jour et la nuit jusqu'au 31 décembre 2003. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004, elles resteront inchangées pour le jour et passeront à 6 heures 30 pour la nuit.

Les différents scénarios présentés par le CHU dans le chapitre 2 ne retiennent pas ce fonctionnement en 7 heures par jour puisqu'il ressort du diagnostic préalable à la réduction du temps de travail, une demande forte de temps libre supplémentaire en jours et non pas une diminution de la journée de travail même si sur un plan économique, ce mode de fonctionnement est le plus en adéquation avec les ressources disponibles.

Toutefois, quel que soit le mode de calcul, la durée annuelle de travail présentée reste inchangée.

### **III. LE REGIME ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL.**

Les agents à temps partiel bénéficient de la Réduction du Temps de Travail au même titre que les agents travaillant à temps plein.

Comme aujourd'hui, chaque année, les demandes de travail à temps partiel seront formulées par les agents dans le cadre d'une procédure annuelle. Elles feront l'objet d'une analyse au regard de l'organisation du service et des effectifs du CHU.

Dans l'étape 2002/2004 de mise en place de la RTT, les dispositions suivantes sont prévues.

En cas d'augmentation du taux de travail à temps partiel, si l'agent fait partie d'un service et d'un grade bénéficiant de postes supplémentaires dans le cadre de la RTT, sa demande pourra être satisfaite car elle permettra de contribuer à la mise en place progressive et effective de ces postes.

Dans le cas où l'agent fait partie d'un service et d'un grade ne bénéficiant pas de postes dans le cadre de la RTT, sa demande ne pourra être satisfaite que si la situation des effectifs du grade et du service le permet et ce, en intégrant également les possibilités toujours ouvertes de mutation inter services ou inter sites.

Comme aujourd'hui, l'organisation du travail à temps partiel se fera dans le cadre hebdomadaire. L'agent travaillant à temps partiel se verra donc appliquer son pourcentage de temps de travail sur la base de 35 heures par semaine.

Toutefois, dans le cadre des contrats de management interne qui vont définir les organisations du travail futures de chaque service ( cf chapitre 2, 2<sup>ème</sup> partie), la RTT des agents travaillant à temps partiel pourra être capitalisée, si l'organisation du travail le permet, sous forme de jours à planifier dans les mêmes conditions qu'un agent travaillant à temps plein.

Ainsi un agent à 80% travaille aujourd'hui 31 heures 10 soit 80% de 39 heures par semaine.

Dans le cadre des 35 heures :

- soit il travaillera 28 heures à savoir 80% de 35 heures hebdomadaires,
- soit il travaillera 30 heures 48 en moyenne sur son cycle de travail à savoir 80% de 38 heures 30 et capitalisera 2 heures 48 par semaine.

#### **IV. LE REGIME DES HEURES SUPPLEMENTAIRES, DES ASTREINTES ET DES PERMANENCES.**

**Les heures supplémentaires** sont limitées à 20 heures par mois ou par agent qu'elles soient récupérées ou payées jusqu'au 31 décembre 2004, puis à 15 heures jusqu'au 31 décembre 2005 et à 10 heures par mois et par agent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Au cours d'une période de 7 jours, un agent ne peut pas effectuer plus de 48 heures de travail effectif, heures supplémentaires comprises. Dans le cycle de travail, cette durée est ramenée à 44 heures, en moyenne.

**Les astreintes** sont organisées en faisant appel en priorité au volontariat des agents des secteurs concernés exclusion faite des agents en mi-temps thérapeutique et en mi-temps parental. En l'absence de volontariat, il est mis en place un tour d'astreinte basé sur l'effectif total du grade et du secteur concernés qui sera établi par ordre alphabétique.

Les heures réalisées dans le cadre d'une astreinte ne sont pas imputées sur le nombre total d'heures autorisées. Elles ne peuvent pas excéder 72 heures pour 15 jours. Cette limite est portée à 96 heures pour les services assurant des prélèvements et des transplantations d'organes.

En attente de l'arrêté à paraître des Ministres de la Santé et du Budget, les modalités de compensation et d'indemnisation sont inchangées. Toute modification dans ces modalités fera l'objet d'une présentation de dossier en Comité Technique d'Etablissement.

**Les permanences** font désormais partie intégrante de la durée annuelle de travail et doivent s'insérer dans des cycles de travail.

Cela doit conduire à une réorganisation de ces permanences. L'objectif recherché par le CHU est un maintien de ces permanences et donc des prestations en découlant en terme de sécurité et de continuité à la condition que le volume mensuel d'heures supplémentaires par agent reste dans les limites fixées par le décret soit dans un premier temps 20 heures puis 15 heures et enfin 10 heures.

Le CHU maintient ces organisations actuelles pour réaliser une étude secteur par secteur susceptible de vérifier l'adéquation entre les dispositions réglementaires et le champ d'activité couvert par la permanence.

Après analyse, deux cas de figure seront à prendre en compte :

- soit les garanties individuelles sont compatibles avec l'organisation collective actuelle et les permanences ne sont pas modifiées, leur gestion étant placée sous la responsabilité du cadre pour le contrôle du volume d'heures par agent,
- soit les garanties individuelles ne sont plus compatibles avec l'organisation collective et le CHU proposera un nouveau mode d'organisation y compris la mise en place de roulement afin répondre à sa volonté de sécurité et de continuité.

## **V. LE COMPTE EPARGNE TEMPS.**

Sous réserve des dispositions d'un décret à paraître qui en fixera les modalités d'alimentation et d'utilisation, tout agent titulaire, stagiaire ou contractuel ayant une ancienneté minimale d'un an peut demander l'ouverture d'un Compte Epargne Temps.

Il peut être alimenté à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2002, dans la limite de 22 jours par an par les heures supplémentaires non payées et non récupérées dans la limite de 50% des heures effectuées au cours d'une année civile, par des congés annuels non pris dans la limite de cinq jours par an, par des jours ou demi-journées de RTT dans la limite maximale de 15 jours par an. Pour les cadres, cette dernière limite est portée à 18 jours.

L'utilisation du temps épargné ne pourra se faire qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et les congés épargnés devront être utilisés dans les cinq ans suivant l'ouverture du compte épargne temps, l'agent étant maintenu en position d'activité et conservant l'intégralité de la rémunération afférente à son indice. Toutefois, pour les agents qui partiront en retraite en 2002 et 2003, le temps épargné pourra être utilisé avant l'échéance fixée du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Tout agent souhaitant faire utilisation des congés épargnés doit respecter un préavis d'un mois pour un congé inférieur à 6 jours, 2 mois pour un congé compris entre 6 et 20 jours et 4 mois pour un congé supérieur à 20 jours.

En cas de mutation, les droits acquis seront transférés de l'établissement d'origine vers l'établissement d'accueil

Le chapitre 2 précise les conditions d'ouverture et d'utilisation du compte épargne temps au CHU de NICE dans la période transitoire de mise en œuvre de la RTT.

## **VI. LES CADRES.**

Après parution de l'arrêté ministériel fixant la liste des cadres, le mode de fonctionnement applicable aux cadres sera arrêté par l'institution. Le choix individuel de chaque cadre entre le régime du décompte horaire et le régime du forfait jours devra s'insérer dans ce mode de fonctionnement. Les demandes seront validées par la Direction Générale sur la base des sujétions liées à l'organisation du travail des cadres concernés et des responsabilités assumées par ceux-ci.



## CHAPITRE 2 : L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL AU CHU DE NICE.

### **I. LES PRINCIPES DE L'ORGANISATION DE TRAVAIL.**

L'organisation du travail se doit de respecter **les garanties** suivantes :

- Une durée hebdomadaire de travail, heures supplémentaires comprises, de 48 heures maximum par période de 7 jours, de 44 heures en moyenne pendant le cycle de travail.
- Compte tenu des horaires de travail du personnel excluant au CHU de NICE sauf à la demande de l'agent des horaires dits coupés, une amplitude de travail de 9 heures maximum pour le personnel de jour, de 10 heures maximum pour le personnel de nuit avec une dérogation possible dans la limite d'une amplitude horaire maximale de 12 heures.
- Des repos quotidiens de 12 heures consécutives minimum, des repos hebdomadaires de 36 heures consécutives minimum.
- 4 jours de repos pour 2 semaines de travail dont 2 au moins consécutifs dont un dimanche positionné dans le roulement prévisionnel.
- Un tableau de service précisant les horaires pour chaque agent, pour chaque mois porté à la connaissance des agents 15 jours avant, pouvant être consulté à tout moment et modifié après information des agents concernés.

Cette organisation du travail s'inscrit dans un cycle de travail qui est une période de référence se répétant à l'identique correspondant au minimum à une semaine de travail et au maximum à douze semaines. Le nombre d'heures de travail effectuées au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier.

Les organisations des différents services du CHU dans le cadre de la mise en place de la RTT s'inscriront dans des cycles de travail.

Sur la base des scénarios retenus et présentés ultérieurement dans le présent chapitre, le cycle de travail aura une moyenne prévisionnelle de 35 heures et ce en intégrant des jours de RTT de manière régulière dans le cycle.

La valorisation des absences se fera donc désormais sur la base du cinquième des obligations hebdomadaires de service prévu en moyenne sur la durée du cycle de travail quelle que soit la nature de l'absence justifiée ou autorisée et dans un objectif de neutralité sur le décompte horaire de l'institution ou sur le décompte horaire de l'agent.

Un décompte horaire spécifique sera réalisé pour tout agent ayant connu une période d'absence justifiée pendant l'année de façon à garantir le maintien des jours de RTT dus à son activité professionnelle en dehors de sa période d'absence.

Dans les cas d'absence pour accident du travail ou maladie professionnelle, à sa reprise, l'agent garde le bénéfice des jours de RTT dûment planifiés et enregistrés préalablement.

## **II. LA MISE EN ŒUVRE DE CES PRINCIPES D'ORGANISATION DU TRAVAIL AU CHU DE NICE.**

**Les principes** qui sous tendent la réflexion sur le choix des organisations sont :

- La qualité des prestations au service du patient.
- La qualité des conditions de travail, de vie au travail et de vie personnelle.
- Le niveau des moyens nécessaires par type d'organisation pour la mise en place de la RTT.
- La cohérence de la proposition avec le diagnostic préalable à la mise en place de la RTT.
- La recherche de l'équité entre les agents.

Ces principes s'accompagnent de la détermination de **règles** qui seront applicables à tout agent quelles que soient sa situation de travail et le scénario retenu. Ces règles concernent les modalités de prise de jours de RTT dans le temps

Dans le respect de l'esprit de la RTT et pour mieux garantir la prise effective de ces jours supplémentaires, l'établissement privilégie une répartition régulière et équilibrée de ces 19 jours tout au long de l'année. Cette préconisation intègre la possibilité d'une planification mensuelle de ces jours.

Ces jours de RTT peuvent être répartis dans les cycles de travail à raison d'une planification de 10 à 12 jours selon les contraintes connues d'activité du service, à raison de un jour par mois avec un reliquat de 7 à 9 jours laissés à la libre utilisation de l'agent. Ce reliquat est positionné dans le planning en tenant compte de l'organisation du service et il est intégré lors de la planification générale des congés annuels soit avant le 31 mars de l'année civile.

Pour permettre cette planification annuelle des jours de RTT, le principe du roulement est retenu quel que soit le secteur d'activité ou la catégorie professionnelle.

L'ouverture d'un compte épargne temps reste à l'initiative individuelle.

Toutefois, le CHU, dans le contexte spécifique des 3 prochaines années de mise en œuvre de la RTT, va rencontrer des difficultés de recrutement dans un certain nombre de grades : infirmières et infirmières spécialisées, sages femmes, manipulateurs de radiologie, kinésithérapeutes.

Les personnels de ces grades ne pourront pas, de fait, bénéficier de l'intégralité des jours de RTT.

Le CHU conscient de cette inégalité de traitement pour certains membres de son personnel et dans un objectif d'incitation à l'ouverture d'un compte épargne temps, pendant cette période transitoire et pour les grades énumérés, accordera un jour de congé supplémentaire par tranche de 10 jours déposés dans le CET et non consommés, dans la limite des 15 jours réglementaires pouvant être épargnés par an.

Une telle disposition garantit une prise des jours de RTT mais décalée pour éviter au CHU de n'avoir d'autre alternative que de réguler à la baisse son offre de soins.

Tout agent a droit désormais, pour une période d'absence, de faire se succéder jours de congés annuels, jours de récupération et jours de RTT dans le respect d'une limite de 31 jours d'absence de congés annuels consécutifs. Cette règle doit être compatible avec les impératifs de continuité de l'organisation du service.

Les différents scénarios seront donc appréhendés sur la base de ces principes et de ces règles.

Par ailleurs, le CHU de NICE entend privilégier les solutions les plus efficaces en terme d'organisation et non pas les plus économiques au seul regard des moyens.

Il est rappelé que le scénario de 35 heures hebdomadaires et de 7 heures par jour n'est pas retenu alors même qu'il serait applicable d'ores et déjà dans de nombreux secteurs si la seule logique économique prévalait. Toutefois, ce mode de fonctionnement sera retenu dans l'hypothèse où un agent, à titre individuel, en fait la demande et si celle-ci est compatible avec l'organisation du travail.

Cette démarche doit de plus s'intégrer dans le temps et permettre l'achèvement des travaux nécessaires à une RTT applicable et acceptable dans tous les secteurs.

Les différentes situations de travail actuelles ont été répertoriées et ont conduit à la détermination de scénarios. Certains ont été arrêtés, d'autres exigent un temps de réflexion supplémentaire à la lumière des principes et règles précédents. En effet, il ressort de l'état de la réflexion, la nécessité de n'arrêter que des scénarios stabilisés tout en ne s'enfermant pas dans un seul scénario.

**La typologie des scénarios est fonction des différentes modalités de fonctionnement des unités de travail et des situations de travail des agents.**

- **Les unités de travail et les agents fonctionnant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec relève utile au patient : services de soins en hospitalisation complète.**
- **Les unités de travail et les agents fonctionnant 24 heures sur 24, 5 jours sur 7 avec relève utile au patient : services de soins en hospitalisation de semaine. (En annexe : des exemples de roulement).**

Le scénario retenu est le scénario de 38H30 hebdomadaires avec possibilité de modulation d'horaires journaliers dans les services selon les modalités d'organisation définies et la montée en charge du projet RTT pour le personnel de jour, sur un cycle de travail de 4 semaines d'une durée moyenne de 35 heures avec 19 jours de RTT annuels, la nuit restant inchangée.

L'application de ce scénario implique la diminution de la durée du chevauchement actuel qui passe de deux heures par période de 24 heures à une heure et 30 minutes pour les services fonctionnant 24 heures sur 24.

Cette diminution entraîne une réflexion sur **la relève** qui est un temps consacré au passage des informations spécifiques, indispensables et centrées sur le patient permettant la continuité et s'appuyant sur l'outil privilégié qu'est le dossier patient.

Les modalités d'organisation de la relève seront définies par service après recommandation de la Commission Médicale d'Etablissement et de la Commission de Soins Infirmiers. La qualité de la relève reste un objectif prioritaire qui sera évalué par les deux instances précitées.

Ce scénario de 38 heures 30 par semaine et 19 jours de RTT permet de concilier, pour le service, contraintes de fonctionnement et qualité des prestations. Pour l'institution, il est le scénario le plus en adéquation avec le niveau des moyens attribués.

Le scénario en 12 heures a fait l'objet d'une étude attentive. Il n'est pas retenu comme principe général de fonctionnement en raison de son impact possible sur les conditions de travail et la qualité de vie au travail des agents sauf pour les équipes qui en font la demande après concertation et expression majoritaire des agents concernés, sous condition d'un avis préalable du service de médecine du travail, du CHSCT et du CTE et d'une validation après un an fonctionnement.

- **Les unités de travail et les agents fonctionnant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 sans relève utile au patient : certains laboratoires, certains services de radiologie, le SAMU, le standard, les équipes de sécurité, l'UTS.**

Le scénario en 12 heures adapté à ce mode de fonctionnement n'est également pas proposé sauf sous les conditions définies précédemment.

Le CHU entend dans ces services supprimer le chevauchement puisque non utile au patient. Il revient à chaque équipe concernée de proposer le mode de fonctionnement le plus approprié dans le respect des principes définis dans le préambule. L'opportunité laissée aux équipes favorise une recherche de solutions qui permet une égalité de traitement des agents en terme de bénéfice de jours de RTT quels que soient les secteurs d'affectation ou les catégories professionnelles d'appartenance.

- **Les unités de travail et les agents fonctionnant sur 2 plages horaires, 5 jours sur 7 avec relève utile au patient : les blocs opératoires, certains plateaux d'explorations, certaines consultations.**

Pour cette situation de travail, le scénario n'est pas stabilisé même si le CHU s'oriente vers le scénario en 38 heures 30

Il convient, en effet, pour ces services, d'analyser les besoins d'amplitude d'ouverture en commençant par la question du bon positionnement de l'heure de démarrage de la plage horaire. Puis, il convient de rechercher la meilleure adéquation possible entre amplitude et horaires de travail des personnels. Cette réflexion doit être complétée par la recherche d'une optimisation de l'utilisation des locaux et des équipements de ces services. Ce dernier point a pour objectif de réduire les délais d'attente pour obtenir un examen et donc une diminution de la durée moyenne de séjour.

- **Les unités de travail et les agents fonctionnant sur 2 plages horaires, 5 jours sur 7 sans relève utile au patient : certains laboratoires, certains services de radiologie, les unités relais.**

Pour cette situation de travail, le scénario n'est pas stabilisé. Il cumule un certain nombre de questions à savoir l'adéquation entre amplitude d'ouverture et horaires de travail, l'optimisation des locaux et des équipements, la confirmation ou l'infirmité de l'utilité de la relève pour certains des services concernés, la réduction de délais d'attente.

De plus, une modification de l'organisation de ces services ne doit pas entraîner une dégradation des prestations sous peine de rejaillir sur l'organisation des services bénéficiant de ces prestations.

- **Les unités de travail et les agents fonctionnant sur une plage horaire, 5 jours sur 7.**

Le scénario 38 heures 30 par semaine est retenu avec 19 jours de RTT par an. Il implique un maintien des plages actuelles d'ouverture des services avec intégration de prise de fonction décalée.

Les scénarios décrits s'appliquent à toutes les situations de travail mais certains grades, par exception, feront l'objet d'un scénario spécifique.

Aujourd'hui, un grade et une fonction font l'objet d'une réflexion pour l'application d'un régime de RTT particulier : les ASH et les aides hôteliers pour lesquels il convient de s'interroger sur la meilleure adéquation entre amplitude de travail, qualité du travail effectué et horaires de travail.

Cette réflexion en cours conduit à ne pas retenir un scénario précédent au profit de deux hypothèses privilégiant une amplitude de travail soit de 10 heures sur un cycle de travail de 2 semaines soit de 9 heures sur un cycle de travail de 7 semaines.

La première hypothèse permet 3 jours de travail et 4 jours de repos la première semaine et 4 jours de travail et 3 jours de repos la 2<sup>ème</sup> semaine. Elle intègre un fonctionnement immédiat en 35 heures et ce par quinzaine.

La deuxième hypothèse permet un roulement en 4 jours de travail et 3 jours de repos avec toutes les 7 semaines, un jour de récupération.

Ces hypothèses de fonctionnement feront l'objet d'une expérimentation préalable dans des services dans un premier temps pour le seul grade d'ASH et d'une évaluation régulière pour s'assurer de leur impact positif en termes de conditions de travail, de vie au travail et de vie personnelle et de qualité des prestations.

Dans l'une ou l'autre des hypothèses, les ASH sont maintenues dans leurs équipes d'appartenance d'origine. Suite au récent débat en CTE, le regroupement des ASH n'est pas, en effet, retenu.

Par contre, l'objectif de qualification des ASH faisant fonction aujourd'hui d'aides-soignants est un des axes du projet social dans le cadre d'une politique de promotions professionnelles.

D'une part, seront réalisées au fur et à mesure de la montée en charge du projet et pendant la durée de mise en place de la RTT, des transformations de postes d'ASH en aide-soignant permettant d'augmenter le temps consacré aux activités de soins.

D'autre part, un processus d'accompagnement en formation préparatoire, personnalisé, adapté et incitatif sera proposé aux ASH concernés.

Enfin, le nombre de promotions professionnelles pour l'accès à l'école d'aides-soignants sera augmenté à raison de 10 par an pendant 2 ans à 3 ans selon la montée en charge du projet et l'allocation des moyens.

Cette intensification fera l'objet d'une demande de moyens supplémentaires dans le cadre du volet social du contrat d'objectifs et de moyens.

Deux autres grades nécessitent, aujourd'hui, une prise de position.

Les enseignants dans les écoles de formation bénéficient aujourd'hui de 10 jours de congés supplémentaires d'enseignement à titre dérogatoire par rapport aux autres agents hospitaliers. Leur situation fera l'objet d'un examen particulier dès parution du texte attendu du Ministère arrêtant la liste des cadres et du texte sur le temps de travail des enseignants dans les écoles.

Les psychologues verront également leur situation examinée dès parution du texte arrêtant la liste des cadres. Le statut particulier prévoyant un tiers temps, celui-ci fera l'objet d'une définition de contenu afin de veiller à l'équilibre dans la répartition de leurs temps de travail et au respect de leurs obligations à l'égard des deux tiers à consacrer à l'activité clinique hospitalière.

### **III. LES ACTIONS A MENER POUR UNE ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL UTILE AU PATIENT.**

Les conséquences de ces différents scénarios et de la réduction du temps de travail sont une raréfaction du temps dont on dispose tant dans la journée de travail que dans le cycle de travail. Il convient donc de l'optimiser et de le centrer sur les prestations dues au patient.

L'atteinte de cet objectif passe impérativement par un travail conjoint entre corps médical et non médical sur l'organisation du travail et du temps de travail à partir d'outils communs.

Les axes de travail concernent, en particulier :

- Les temps communs d'activités médico-soignants. ( visite, contre visite )
- Le fonctionnement des blocs opératoires, notamment les temps soignants non ou mal utilisés.
- Le fonctionnement des consultations.
- Les fermetures saisonnières.
- Les possibilités de fermeture de fin de semaine, validées à l'échelon institutionnel.
- Les interfaces avec le plateau technique.

Ces axes vont nécessiter un inventaire service par service et l'élaboration commune de grilles d'examen de situation permettant la détermination de marqueurs de qualité, les évaluations et ajustements nécessaires. Ils s'inscrivent dans un processus d'amélioration continue de la qualité, déjà initié par le CHU dans le cadre de l'accréditation.

Ils s'appuieront sur les outils existants en particulier le dossier patient et son informatisation pour, entre autres, faciliter les conditions d'exercice de la relève.

Ils nécessiteront une mobilisation des acteurs de terrain et une concertation dans le cadre des conseils de service et conseils de blocs opératoires, à créer au plus vite quand ils n'existent pas, pour une validation finale des instances dont la Commission de Soins Infirmiers, le CTE et la CME.

## **DEUXIEME PARTIE : LES CONDITIONS DE REUSSITE DE L'ETAPE 2002-2004 DE MISE EN PLACE DE LA RTT AU CHU DE NICE**

Depuis 1997, le CHU a été confronté à une érosion de sa masse salariale avec pour conséquence une diminution de sa capacité d'emplois. Progressivement, a été constatée une hausse de l'absentéisme traduisant une détérioration des conditions de travail. En parallèle, le CHU a enregistré une augmentation des heures supplémentaires générées pour assurer partiellement le remplacement des agents absents. La hausse de l'absentéisme et des heures supplémentaires a entraîné des modifications de plus en plus fréquentes des plannings prévisionnels, ressenties négativement par le personnel hospitalier comme le démontre le diagnostic préalable à la RTT.

Grâce aux moyens de remplacement issus du protocole AUBRY qu'il est indispensable de pérenniser, une première stabilisation voire une légère réduction de l'absentéisme a été constatée. Mais le phénomène est encore très présent et particulièrement élevé dans certains services.

La Direction, la Commission Médicale d'Etablissement et les représentants du personnel veulent rompre ce cercle vicieux.

La mise en place rapide et efficace de la RTT en est l'occasion si nos mesures sont fortes, si notre capacité d'action et notre volonté sont réelles.

Ainsi le CHU doit relever trois défis :

- **Respecter les plannings prévisionnels des agents hospitaliers, dans les délais les plus brefs possibles.**
- **Repenser les organisations dans et avec les équipes pour favoriser la mise en œuvre de la RTT tant médicale que non médicale et garantir le niveau et la qualité des prestations au service du patient, dans le respect des moyens alloués.**
- **Attirer, recruter, fidéliser et accompagner les futurs professionnels pour que la RTT soit effective pour tous au plus vite.**

### **CHAPITRE 1 : RESPECTER LES PLANNINGS PREVISIONNELS DES AGENTS HOSPITALIERS DANS LES DELAIS LES PLUS BREFS POSSIBLES**

Pour respecter les plannings prévisionnels des agents et donc améliorer les conditions de travail, de vie au travail et de vie personnelle, le CHU doit s'engager dans des actions pérennes rompant ce cercle vicieux et garantissant à chaque agent la réalité nouvelle de 19 jours de RTT.



Rompre ce cercle vicieux nécessite donc que le CHU mette en place, pour garantir l'amélioration des conditions de travail sur le plan collectif et individuel, une politique permettant de solder la situation actuelle des heures supplémentaires en s'assurant de leur régulation à la baisse pour l'avenir, d'obtenir la diminution de l'absentéisme et une meilleure reconnaissance de la présence au travail.

**Les heures supplémentaires** doivent être :

- résorbées par rapport à la situation antérieure, résorption déjà entreprise en 2001. Un plan de résorption sur trois ans sera engagé incluant pour partie le paiement des heures supplémentaires non récupérables à court terme pour les catégories de personnel ne pouvant pas bénéficier de remplacement.
- Conformes aux nouvelles règles les limitant à partir de 2002, hors astreintes et permanences donnant lieu à récupération ( cf. chapitre 1, point 4 ).
- Suivies en temps que marqueur de non-qualité des conditions de travail ou des organisations mises en place.

L'heure supplémentaire doit correspondre à un surcroît d'activité conjoncturel et ne doit pas être une réponse à un dysfonctionnement structurel.

En conséquence, les débordements d'horaires chiffrés en minutes sont à récupérer dans les dix jours.

Tout agent qui sera amené à assurer un doublement d'horaire verra ses heures supplémentaires payées dans le mois qui suit, après accord du directeur de groupe hospitalier ou de garde. Les situations antérieures non régularisées à ce jour seront rattrapées sur la paie des deux mois prochains.

Ce point fera l'objet d'un bilan de situation, d'un plan d'actions spécifique et d'une information régulière auprès de chaque service et devant les instances.

Il convient d'avoir également une action susceptible de réduire le taux d'**absentéisme**, en particulier sur les absences de courte durée ce qui est une des conditions essentielles du respect du planning prévisionnel de chaque agent.

La **présence au travail** est en effet l'assurance d'un roulement, de la RTT de chacun et de l'amélioration des conditions de travail.

Absentéisme et valorisation de la présence au travail feront également l'objet d'un plan d'actions spécifique incluant bilan de situation et information régulière auprès de chaque service et devant les instances.

Parallèlement aux actions nécessaires pour rompre le cercle vicieux dans lequel le CHU est enfermé et pour éviter une aggravation de la situation, il convient de garantir aux agents hospitaliers le planning intégrant les jours de RTT.

Ainsi, le CHU va arrêter les principes d'**une politique de remplacement** intégrant un service de suppléance par groupe hospitalier mais également le recours à un service central d'intérim interne ou externe lui permettant d'être le plus réactif possible face à l'absentéisme incontournable. Cette politique intégrera des mesures attractives pour le personnel faisant partie de ces services de suppléance et d'intérim.

Penser autrement le remplacement au niveau de l'établissement nécessite également que les professionnels réfléchissent à la mise en place d'**une organisation de repli** en cas d'absence inopinée d'un agent, en coordination avec la Commission de Soins Infirmiers et la Commission Médicale d'Etablissement. Cette organisation doit rechercher le juste équilibre permettant de garantir la qualité des prestations servies aux patients et de respecter le planning prévisionnel des agents et donc les conditions de travail.

Politique de remplacement et organisation de repli feront l'objet d'un plan d'actions spécifique et d'une information régulière devant les instances.

Dans la phase de mise en place de la RTT et en attente des effets des actions présentées précédemment, tout agent qui sera rappelé dans les 48 heures qui précèdent un repos planifié se verra créditer d'**un bonus de 2 heures**. Ce crédit est limité à 4 fois dans l'année soit 8 heures, ceci pour éviter de faire peser les contraintes de remplacement inopiné sur le même agent, que ce bonus ne devienne un effet pervers et qu'il soit utilisé comme une facilité.

## **CHAPITRE 2 : REPENSER LES ORGANISATIONS DANS ET AVEC LES EQUIPES POUR FAVORISER LA MISE EN ŒUVRE DE LA RTT TANT MEDICALE QUE NON-MEDICALE ET GARANTIR LE NIVEAU ET LA QUALITE DES PRESTATIONS AU SERVICE DU PATIENT DANS LE RESPECT DES MOYENS ALLOUES.**

Il s'agit du deuxième défi que doit relever le CHU qui consiste à entreprendre un travail avec tous les acteurs d'un service et des services en lien de fonctionnement dans un respect et une acceptation mutuelles des contraintes de temps et d'activité de chacun.

Conscient de cet enjeu, le CHU initie plusieurs plans d'actions à mener conjointement :

- Le plan d'actions sur **l'organisation médicale et l'organisation non médicale** avec une recherche d'adéquation entre le temps de présence médicale et non médicale.
- Le plan d'actions sur **l'amélioration des interfaces** de quelle que nature qu'elles soient.
- En attente des premiers effets du projet d'établissement, **la restructuration des services de plateau technique et la reconfiguration des unités de soins pour limiter la dispersion des moyens.**

Cette démarche doit s'accompagner d'**une politique d'investissement** en terme de moyens et d'outils mis au service de ces organisations. Il s'agit en particulier des gains de productivité liés à la mise en place du nouveau système d'information et à l'acquisition de matériels au titre de l'investissement productif. L'établissement, dans ce cadre, aura recours aux différents fonds ministériels lui permettant de réaliser ces développements. Un observatoire des conséquences organisationnelles de l'informatisation sera également mis en place.

Pour concrétiser ces modifications d'organisations et garantir un même niveau de qualité des prestations, **des contrats de management internes** seront signés par service en étroite collaboration avec chaque responsable médical, chaque cadre et chaque équipe. Cette démarche sera conduite avec l'appui de la direction qui proposera aux chefs de service et cadres supérieurs de préparer ensemble ces contrats. Ils incluront l'évaluation de la qualité des prestations au service du patient.

Les conseils de service et groupes d'expression seront réunis aux différentes étapes d'élaboration et de finalisation du contrat au niveau du service.

### **CHAPITRE 3 : ATTIRER, RECRUTER, FIDELISER ET ACCOMPAGNER LES FUTURS PROFESSIONNELS POUR QUE LA RTT SOIT EFFECTIVE POUR TOUS AU PLUS VITE.**

Il s'agit du troisième défi que doit relever le CHU.

En effet, l'établissement se doit d'être particulièrement vigilant dans un contexte difficile et de possible inadéquation entre offre et demande d'emplois dans certaines catégories professionnelles, en développant une politique attractive de recrutement.

Cette potentielle pénurie peut s'amplifier au cours des trois prochaines années avec le renouvellement des générations dans la plus part des hôpitaux.

A très court terme, il sera procédé à la **mise en stage** d'un nombre de postes équivalents aux effectifs attribués par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en 2002 pour la RTT soit 63 à ce jour, priorité étant accordée aux infirmières, sages femmes, kinésithérapeutes et aides soignants.

De même, le Conseil d'Administration du CHU a décidé à l'unanimité d'accorder aux jeunes professionnels infirmiers, sages femmes et kinésithérapeutes sortis des écoles et voulant exercer une activité dans un de ses services, une **prime d'installation comme cela existe déjà dans la région Ile de France ou dans les communes de l'agglomération de Lille**, sur des crédits de recettes en atténuation constatées et disponibles représentant 259 000 euros. Cette prime d'un montant de 1500 euros concerne les années 2002, 2003 et 2004 pour permettre la réussite complète de cette phase de mise en place de la RTT. Elle sera assortie d'un engagement de servir de deux années.

En outre, le CHU entend se préparer à ces différentes mutations non seulement en terme de recrutement mais également en terme de formation.

**La formation** constitue un levier de changement et contribuera à la préparation des nouvelles organisations par l'adaptation du dispositif destiné aux futurs professionnels et par l'acquisition de nouvelles compétences pour les professionnels d'aujourd'hui.

Le développement de **la promotion professionnelle** est également une clé de réussite. L'augmentation des quotas dans l'attribution des promotions professionnelles pour toutes les écoles impliquera la mise à disposition de moyens supplémentaires pour aider l'institution dans cette politique ambitieuse mais réaliste sur le plan des ressources humaines actuelles et futures. Cette demande a été formulée auprès de l'ARH et sera rappelée dans notre projet social.

#### **CHAPITRE 4 : LES MOYENS ACCORDES AU TITRE DE LA REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL.**

Dans sa séance du 12 octobre 2001, le Conseil d'Administration, dans la délibération relative au budget primitif, a demandé le financement correspondant à une augmentation de 10 % de ses emplois de titulaires, stagiaires tous secteurs d'activité confondus.

En parallèle, le Conseil d'administration a demandé le financement intégral du coût des mesures statutaires et de hausses salariales prises par les pouvoirs publics.

La non prise en compte de ce financement pourrait hypothéquer, à terme de 2 à 3 ans, les effectifs de base du CHU et remettre en cause la RTT des personnels.

Ce dossier est défendu par une délégation du Conseil d'Administration devant l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le Cabinet du Ministre.

Le CHU de NICE a obtenu pour la mise en place de la réduction du temps de travail un nombre plancher de 242.33 postes pour le secteur sanitaire hors secteur longue durée et une dotation de 17.98 postes équivalent temps plein au titre du paiement d'heures supplémentaires et ce à titre transitoire pour l'exercice 2002.

Pour le secteur longue durée, l'établissement se voit attribuer au titre des crédits assurance maladie, 2.90 postes, la part du Conseil Général n'étant pas connue à ce jour.

En février 2002, le CHU est susceptible d'obtenir un complément de postes, en fonction de la qualité de son accord local.

La répartition des postes aujourd'hui acquis soit 242.33 permet d'attribuer 227 postes aux services de soins y compris pour assurer la RTT du personnel de nuit qui interviendra en 2004 soit 7.47% d'effectifs supplémentaires dans les seuls grades soignants concernés.

Pour permettre cette étape de mise en place de la RTT dans les autres secteurs d'activité, c'est donc **un seuil minimum de 320 postes** incluant les postes spécifiques liés l'activité de sécurité électrique exigés par la commission de sécurité et par l'intégration dans le temps de travail effectif des permanences.

S'ajoute la nécessité de **crédits complémentaires pour permettre** au CHU de NICE **d'intensifier sa politique de promotions professionnelles** notamment par une politique de qualification des ASH qui se traduira par un complément de temps donné aux activités de soins.

Tous les agents du CHU auront au 1<sup>er</sup> janvier 2002, leurs droits ouverts au titre de la RTT s'ils travaillent de jour sans modification de roulement. Les jours de RTT ne seront positionnés dans les plannings qu'à compter de mars 2002.

Les services ne bénéficiant pas de moyens en 2002 mais en 2003, disposeront de mensualités de remplacement à concurrence des 17.98 postes obtenus soit 215.76 mensualités.

Dans les services ne bénéficiant pas de moyens et de mensualités de remplacement en 2002 mais intégrés dans la planification des moyens en 2003, les agents pourront ouvrir un compte épargne temps.

Les moyens répartis dans les services correspondront à des pourcentages de temps ne pouvant pas donner lieu à l'attribution systématique de postes temps plein. Le CHU regroupera donc ces moyens au niveau des cadres supérieurs pour assurer le remplacement des agents en récupération RTT.

Cette répartition des moyens est indissociable d'une révision du tableau des effectifs en 2002 basée sur deux points :

- Une harmonisation des bases de calcul des effectifs des services après mise à niveau lorsque les heures supplémentaires sont un marqueur de dysfonctionnement.
- Une reconfiguration des capacités en lits des services.

## **CHAPITRE 5 : LES MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION DE L'ETAPE 2002-2004 DE MISE EN ŒUVRE DE LA RTT.**

Le CHU s'inscrit dans le principe général de **renforcement du dialogue social et professionnel** dans la mise en œuvre de la RTT, dans un souci de proximité et de pragmatisme et de vérité.

Le CHU entend ainsi respecter la place et le rôle des **instances consultatives et délibératives** de l'établissement qui seront associées à toutes les étapes du processus de mise en place et d'évaluation.

Soucieux de l'information et de la compréhension de l'ensemble des professionnels qui le composent, le CHU entend les associer par la réunion des **conseils de service et groupes d'expression** et ce dès finalisation de l'accord local, comme cela a pu être fait précédemment lors du diagnostic préalable à la mise en place de la RTT.

En parallèle, le CHU s'engage à mettre en place conformément au dispositif national, un **comité de suivi** composé des signataires du protocole national et/ou de l'accord local et de représentants de la Commission Médicale d'Etablissement.

Ce comité veillera à la bonne mise en place de la RTT dans le CHU au regard du protocole national, des décrets sur le temps de travail et l'organisation du temps de travail et du protocole d'accord local.

Il examinera les différents contrats de management interne dans leur volet organisation du travail et impact de la RTT et veillera à la qualité des prestations servies au patient.

Il participera à la définition des critères de répartition des postes alloués au titre des différentes années de mise en place de la RTT permettant l'affectation des moyens en personnel pour la mise en place de la RTT.

Il sera régulièrement informé de la montée en charge progressive du dispositif et des résultats de ses indicateurs et dans toutes ses composantes.

Pour permettre le suivi du dossier de la Réduction du Temps de Travail, le principe d'un temps syndical supplémentaire est retenu.

Même si la RTT ouvre des droits dès janvier 2002, ce chantier s'inscrit dans la durée et conduira l'action du CHU dans les 3 ans qui viennent et nécessitera des phases annuelles d'évaluation impliquant les conseils de service et groupes d'expression, le comité de suivi et les différentes instances. Il sera en conséquence un des axes majeurs du Projet Social impliquant la mobilisation de tous. Dans la même période, il devra intégrer les éléments de la réflexion sur le regroupement des activités envisagées dans le cadre du second projet d'établissement.

Si le CHU, à l'issue de ces 3 ans, a réussi à relever les défis qu'il s'est fixés par la mobilisation et la volonté collective et individuelle de tous ses professionnels, il aura atteint son objectif de mise en place de la RTT pour tous avec le maintien de la qualité des prestations servies aux patients, sans aucune réduction de son offre de soins.

Le présent protocole d'accord couvre la période de mise en œuvre de la RTT soit 2002, 2003, 2004. Il fera l'objet, chaque année, d'une évaluation soumise aux instances.

Fait à NICE le, 26 février 2002.

**LE DIRECTEUR GENERAL DU  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
DE NICE.**

**LE PRESIDENT DE LA COMMISSION  
MEDICALE D'ETABLISSEMENT DU  
CHU DE NICE.**

**JJ ROMATET.**

**D GRIMAUD.**

**LE SECRETAIRE GENERAL DU  
SYNDICAT FO.**

**LA SECRETAIRE GENERALE DE  
L'UNION SYNDICALE C G T DES  
HOSPITALIERS DE NICE.**

**JM VIALE.**

**J MONTA.**

**LA SECRETAIRE GENERALE DU  
SYNDICAT CFDT.**

**LE PRESIDENT DE LA  
COORDINATION INFIRMIERE**

**V JACQUEMIN.**

**J MASSIERA.**

**LE PRESIDENT DU SYNDICAT  
CFE CGC.**

**LE SECRETAIRE GENERAL DU  
SYNDICAT SEL-UNSA**

**J FROMENTAL.**

**P ELLUL.**

**LA SECRETAIRE GENERALE DU  
SYNDICAT SUD-CRC**

**F MICHEL.**