

Gestion du temps de travail des soignants

**Guide de bonnes pratiques
organisationnelles**

Charte éthique des projets d'amélioration en organisation conduits par la MeaH

L'objet des interventions de la MeaH est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, de façon directe ou indirecte, ainsi que les conditions de travail des professionnels dans le contexte de « vie réelle ».

Les établissements sont volontaires et informés des modalités de collaboration.

En accord avec la MeaH, les professionnels décident des actions d'amélioration et les conduisent en veillant à leur impact sur la qualité des soins.

Les données utiles au projet sont recueillies par les établissements avec le concours des consultants.

La diffusion des données est anonyme. Sur accord de l'établissement, cet anonymat peut être levé.

Le financement des chantiers est assuré sur fonds publics (Fond de modernisation des établissements de santé publics et privés).

La sélection des consultants est réalisée après appel d'offres en application du Code des marchés publics.

Les agents de la MeaH déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt avec les cabinets de conseil.

Les documents produits sont relus par un comité de lecture interne à la MeaH, incluant un médecin si le thème impacte directement la prise en charge des patients.

Dans un souci de qualité et d'éthique, chaque chantier fait l'objet d'une évaluation et d'un rapport selon les recommandations de publication sur l'amélioration de la qualité des soins.

Sommaire

Préface	7
Avant-propos	9
Glossaire	11
Remerciements	13
Table des matières	15
Introduction	17
Chapitre 1	
Temps de travail et organisation des services	23
Chapitre 2	
Méthodologie d'élaboration des plannings	63
Chapitre 3	
Revue juridique des règles applicables en matière d'organisation du temps de travail	89
Chapitre 4	
Décompte du temps	107
Chapitre 5	
Quelle conduite de projet ?	153

Préface

Il faut saluer l'excellente initiative de la MeaH qui publie ce guide des bonnes pratiques organisationnelles sur la gestion du temps de travail des soignants et contribue ainsi à enrichir la palette des outils mis à la disposition des établissements de santé pour améliorer l'efficacité et la qualité du service rendu.

La gestion des ressources humaines est en effet un des piliers du management hospitalier car elle a un retentissement immédiat sur :

- la qualité des soins ;
- la satisfaction des patients ;
- la sérénité des personnels ;
- et, bien sûr, l'efficacité globale de l'institution hospitalière, en tant que composante significative des coûts.

Le domaine est vaste et chaque étape doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des responsables hospitaliers : le recrutement, la formation, la prévision, etc. Mais, sans conteste, la partie la plus ardue du management revient à cette gestion quotidienne de la présence, 24 h/24, auprès des malades, de personnels adaptés, en nombre et en qualité, à leurs besoins. La responsabilité en repose largement, mais pas uniquement, sur les épaules des cadres soignants, et l'existence même de ce guide, auquel ils ont largement contribué, est une façon de leur témoigner reconnaissance et considération par rapport à cette mission.

Au-delà des nécessaires éléments techniques de la gestion du temps de travail, ici rassemblés avec brio de façon synthétique, il faut se féliciter de ce que l'approche proposée permette un nouveau regard sur l'organisation des services, à commencer par l'analyse, en amont, des processus de prise en charge des patients, l'articulation du travail des soignants avec celui des médecins, des autres paramédicaux et des services médico-techniques dont l'efficacité conditionne le bon déroulement des soins. Nul doute que l'état du système d'information et l'existence d'un système décisionnel permettant d'exploiter au plus fin les données recueillies, notamment dans le cadre du PMSI, constituent aussi un des éléments clés de ce travail d'analyse. Cela reste cependant un investissement lourd en temps pour une activité considérée déjà comme très chronophage pour les cadres. Ils doivent être solidement accompagnés sur ce chantier, non seulement par les services administratifs mais également par les responsables médicaux dont l'engagement est fondamental si l'on veut faire bouger l'organisation hospitalière et les processus de prise en charge. Ils doivent aussi s'appuyer sur un dialogue social de qualité qui aura permis de clarifier le cadre dans lequel s'exerce cette gestion quotidienne au sein de leur établissement.

Par ailleurs, les cadres sont confrontés à une difficulté majeure : comment adopter une organisation, mais aussi un mode de fonctionnement qui leur donne la capacité d'absorber l'incertitude quasi permanente liée à l'activité non programmée, aux absences inopinées ou à tout événement découlant des structures complexes dans lesquelles ils évoluent ? Ce guide constitue une aide précieuse qui les orientera vers la réponse la plus adaptée à leur situation, mais il n'est pas un ensemble de recettes.

In fine, c'est d'abord la qualité de management du cadre, sa dimension humaine et sa capacité à gérer les relations avec les membres de son équipe d'une part, avec son environnement professionnel d'autre part, qui feront de cet investissement et de cet outil un véritable gage de performance au service de la communauté hospitalière et des patients.

Dominique ACKER
Conseillère générale des établissements de santé

Avant-propos

Il est décidé, dans le cadre du projet de loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST), de regrouper la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) et le Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) au sein d'une nouvelle entité : l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

L'ANAP a pour objectif d'améliorer l'organisation et la performance des établissements de santé en développant une culture de la performance.

En tant qu'agence d'expertise, prestataire de services, à l'écoute des établissements, son champ d'action couvrira les déterminants de la performance et sera orienté vers l'impact opérationnel.

Concrètement, elle accompagnera le redressement d'établissements ciblés, favorisera la recomposition de l'offre de soins, accompagnera le déploiement des systèmes d'information hospitaliers et développera la formation au management. Elle mettra également à disposition des établissements des outils méthodologiques et permettra l'amélioration du processus de soin et de l'efficience.

L'ANAP devra répondre à quatre types d'intervention : l'appui à la définition d'une « politique de la performance hospitalière au niveau national », l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques, le conseil opérationnel auprès des établissements et l'évaluation de projets.

La création de l'ANAP sera configurée en lien étroit avec celle des agences régionales de santé (ARS). Ces dernières seront dotées de « cellules de performance » pilotées par l'ANAP.

Dans ce nouveau cadre, les équipes de la MAINH, de la MeaH et du GMSIH, qui travaillent désormais ensemble, continuent à être à votre service.

Contacts :

- <http://www.mainh.sante.gouv.fr>
- <http://www.meah.sante.gouv.fr>
- <http://www.gmsih.fr>
- <http://www.creer-hopitaux.fr>

L'ANAP est en cours d'installation au 44, rue Cambronne, 75015 Paris.

Glossaire

Terme	Définition
AP	Auxiliaire de puériculture
AS	Aide soignante
ASH	Agent des services hospitaliers
AT	Accident du travail
ATT	Aménagement du temps de travail
AVC	Accident vasculaire cérébral
CA	Congés annuels
CAP	Commission administrative paritaire
CCU	Convention collective unique de l'hospitalisation privée
CE	Comité d'entreprise
CET	Compte épargne temps
CFP	Congé de formation professionnelle (position administrative en vigueur dans la Fonction publique hospitalière)
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIF	Congé individuel de formation
CLD	Congé longue durée (position administrative en vigueur dans la Fonction publique hospitalière)
CLM	Congé longue maladie (position administrative en vigueur dans la Fonction publique hospitalière)
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CTE	Comité technique d'établissement
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIF	Droit individuel à la formation
DIM	Département d'information médicale
DJF	Dimanches et jours fériés
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Délégué du personnel
DRH	Direction des ressources humaines
DSI	Direction des soins infirmiers
EB	Effectif budgété
EN	Effectif nécessaire
EPRD	État prévisionnel des recettes et dépenses
ERD	Effectif réellement disponible
ESH	Employé des services hospitaliers
ETP	Équivalent temps plein
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FTLV	Formation professionnelle tout au long de la vie
GIR	Groupe iso ressource

Terme	Définition
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjour
IDE	Infirmière diplômée d'état
ISP	Infirmier de service psychiatrique
JF	Jours fériés
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
RH	Repos hebdomadaire
RCL	Repos compensateur légal
RCR	Repos compensateur de remplacement (dans le cadre de la récupération des heures supplémentaires)
RR	Repos de récupération pour temps partiel et/ou agent de nuit
RS	Repos de sujétion
RTT	Jours de réduction du temps de travail
SF	Sage femme
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TA	Tribunal administratif
TEPA	Loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat
W	Travail

Remerciements

Cet ouvrage s'inspire des expériences de changement de gestion et/ou d'organisation du temps de travail des soignants menées par la MeaH dans les seize établissements suivants dans le cadre de deux chantiers conduits de 2004 à 2007. Nous remercions vivement pour leur participation tout le personnel et toutes les équipes projet internes aux établissements :

- AP-HP Bretonneau, Paris
- CH de Belfort-Montbéliard
- CH de Carcassonne
- CH de Roanne
- CH de Lisieux
- CH St-Joseph–St-Luc, Lyon
- CHR d'Orléans
- SIH de Boulay-Forbach-St-Avold
- CH Alençon-Mamers
- CH de Flers
- Fondation Clément Drevon, Dijon
- Clinique Ambroise Paré, Beuvry
- CHS de Monteran
- CHS de Saint-Laurent-du-Var
- Polyclinique de Franche-Comté
- CH de Quimper-Concarneau

Deux cabinets de conseil ont largement contribué à réaliser ce travail de capitalisation :

- Albedo conseil
- Essor consultants

Enfin, nous remercions tout particulièrement Madame Anne-Marie Doré, conseillère technique à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, pour sa relecture attentive du premier chapitre de ce guide.

Table des matières

Introduction

Pourquoi un guide des bonnes pratiques organisationnelles sur la gestion du temps de travail des soignants ?	17
1. Objectif : aider les acteurs hospitaliers chargés de la gestion du temps	17
2. Une technicité mal maîtrisée	18
3. L'interférence temps-activité	20
3.1. L'activité de soins	20
3.2. Le consensus social	20
4. En résumé	21

Chapitre 1

Temps de travail et organisation des services	23
1. Formaliser une maquette d'organisation hebdomadaire de référence	25
1.1. Qu'est-ce qu'une maquette d'organisation ?	25
1.2. Les éléments à intégrer dans l'élaboration de la maquette	27
1.3. Exemples de démarche.....	38
2. Définir (si besoin) les adaptations de la maquette à la variabilité structurelle	44
2.1. Les facteurs de variabilité.....	44
2.2. Les modalités d'adaptation de la maquette	47
3. L'approche des effectifs	48
3.1. L'estimation de l'effectif théorique nécessaire	48
3.2. L'analyse de l'effectif réellement disponible	50
3.3. Un exemple : un service de gynécologie	52
3.4. Schéma de synthèse.....	55
4. La gestion de la variabilité	56
4.1. Les facteurs de variabilité.....	56
4.2. Les leviers d'action.....	57
4.3. Résumé des leviers d'action en matière de gestion de la variabilité.....	62

Chapitre 2

Méthodologie d'élaboration des plannings	63
1. Les enjeux d'une amélioration du processus d'élaboration des plannings	63
1.1 Un facteur de l'efficacité de l'organisation et de la qualité des relations de travail.....	63
1.2 Une activité chronophage pour les cadres de santé	63
2. Comment aborder la question : éclaircissements préalables	64
2.1. Se mettre d'accord sur les termes utilisés.....	64
2.2. Distinguer la conception des roulements (problème d'organisation) de la gestion des plannings (question de management).....	67
3. La conception des roulements	69
3.1. La formalisation de la maquette d'organisation.....	69
3.2. La détermination de l'effectif du roulement et de sa durée.....	70
3.3. Élaboration de scénarios de roulement (avec des pleins temps)	72
3.4. Évaluation des scénarios	76
3.5. Comment intégrer des temps partiels	77
3.6. Une approche mixte : articuler dans le planning des cycles fixes et du « sur-mesure »... ..	79
4. La gestion des plannings	84
4.1. Formaliser le processus d'élaboration et de gestion des plannings.....	84
4.2. Rédiger une charte de gestion des plannings	86

Chapitre 3

Revue juridique des règles applicables en matière d'organisation du temps de travail (mise à jour 14 mars 2008)	
Comparatif des dispositions applicables aux agents de la Fonction publique hospitalière et aux salariés soumis aux conventions collectives CCU et FEHAP	89
1. Le cadre de la négociation	91
2. Durée et organisation du temps de travail	92
2.1. Durée du travail et RTT.....	92
2.2. Repos et heures supplémentaires	93
2.3. Contenu du temps de travail	94

2.4. Dispositions spécifiques catégorielles	95
3. Congés – jours fériés	97
3.1. Règles générales	97
3.2. Congés familiaux	98
3.3. Congés pour activités diverses	99
3.4. Congés maladies	102
3.5. Conséquence des absences sur les droits à congés et JRTT	103
3.6. Compte épargne temps (CET)	103
4. Conclusion	105
Chapitre 4	
Décompte du temps	107
1. Décompte et gestion du temps : notions de base	108
1.1. Le temps de travail, un système de devoirs et de droits variable selon les conditions statutaires, conventionnelles ou locales	108
1.2. La répartition annuelle des droits et des devoirs des soignants	110
1.3. La répartition de la journée de travail	115
1.4. Le temps de travail effectif et le temps rémunéré	116
1.5. Les unités de décompte du temps : en jours et en heures	117
1.6. Les méthodes et les principes généraux pour le décompte des droits et obligations	117
1.7. Les périodes de référence pour le décompte	119
2. Le paramétrage des obligations et le suivi du temps de travail effectif	122
2.1. Paramétrage et suivi des obligations hebdomadaires	122
2.2. Paramétrage et suivi des obligations mensuelles	122
2.3. Paramétrage et suivi des obligations plurihebdomadaires dans le cadre du travail en cycles	122
2.4. Paramétrage et suivi des obligations annuelles	123
2.5. Exemple de décompte du temps effectif en référence annuelle	125
2.6. Le changement de quotité en cours d'année et son impact sur le paramétrage et le suivi des obligations	127
2.7. Le paramétrage et le suivi du temps de travail des agents alternant jour/nuit dans la Fonction publique hospitalière	129
3. Le codage des postes de travail et des droits	130
4. Le paramétrage et le suivi des droits à absence	131
4.1. Les droits à congés annuels	131
4.2. Paramétrage et suivi des droits à fériés	136
4.3. Paramétrage et suivi des droits des temps partiels	137
4.4. Paramétrage et suivi des droits à RTT	137
4.5. Paramétrage et suivi du CET	139
4.6. Le décompte des absences maladie, maternité et pour événements familiaux	139
5. Les heures supplémentaires et la loi TEPA	142
6. Les compteurs temps à prévoir en matière de gestion des plannings et de décompte du temps	145
7. Élaborer un guide de gestion du temps	147
7.1. La démarche	147
7.2. Le lien avec le système informatisé de gestion du temps de travail	148
7.3. Le contenu du guide	148
8. En conclusion : qui décompte, pourquoi et comment ?	150
Chapitre 5	
Quelle conduite de projet ?	153
Introduction : cerner le périmètre et les problématiques du projet	153
Un premier compromis concerne le périmètre du projet	153
Le second compromis concerne les problématiques à résoudre et la nature des leviers d'action	153
1. Une typologie des projets	155
1.1. Projets de type A (gestion du temps au niveau de l'établissement)	155
1.2. Projets de type B (gestion du temps au niveau d'un service)	155
1.3. Projets de type C (organisation du temps au niveau de l'établissement)	156
1.4. Projets de type D (organisation du temps au niveau d'un service)	156
2. L'évaluation de l'existant	157
2.1. Le bilan de l'accord RTT	157
2.2. Les effets induits de l'accord	160
2.3. Les points de vue des acteurs	162
3. Définir une structure projet	164
3.1. Le pilotage stratégique et la préparation du projet	164
3.2. Le chef de projet et le groupe projet	165
3.3. La concertation/négociation avec les représentants du personnel	166

Introduction

Pourquoi un guide des bonnes pratiques organisationnelles sur la gestion du temps de travail des soignants ?

Le présent guide traite de la gestion du temps de travail en milieu hospitalier en s'intéressant aux personnels dits soignants, c'est-à-dire les infirmières, aides-soignantes, cadres de santé, mais aussi techniciens des services d'imagerie ou de laboratoires. Il ne concerne donc pas les personnels médicaux, qui sont régis par d'autres réglementations et pour lesquels la question de la gestion du temps de travail ne se pose pas dans les mêmes termes, notamment en raison de la continuité de la relation médecin-patient. En revanche, il peut concerner les personnels administratifs, techniques, et logistiques (restauration, blanchisserie), ainsi que les personnels des services hospitaliers (dénommés agents, ASH, dans le secteur public, ou employés, ESH, dans le secteur privé). La grande caractéristique commune de tous ces personnels réside dans le fait qu'ils respectent une durée du travail quantifiée et qu'ils sont souvent sujets à des plannings et roulements.

Nous parlerons donc ci-après indifféremment de soignants, de salariés ou d'agents.

1. Objectif : aider les acteurs hospitaliers chargés de la gestion du temps

Ce guide ne prétend pas constituer un ouvrage de référence en matière de droit du travail, ou de négociation entre partenaires sociaux, même s'il peut être utile aux uns et aux autres.

Il vise plutôt à donner aux cadres et responsables de services, de pôles et d'établissements, souvent confrontés à des difficultés très grandes dans la recherche de solutions organisationnelles à leurs problèmes d'activité et d'utilisation de leurs ressources, un certain nombre de points de repère et d'exemples de démarches qui leur permettent de gagner eux-mêmes du temps et d'en faire gagner à leurs unités.

Il n'est donc :

- ni un ouvrage théorique qui statuerait sur des questions en débat et prétendrait les trancher : il renvoie en de nombreux endroits à la jurisprudence encore à venir ou aux apports des différentes disciplines concernées par le temps de travail (droit, mais aussi ergonomie, organisation, gestion) ;
- ni un ensemble de recettes qui permettraient aux responsables de disposer d'un catalogue de solutions clé en mains pour résoudre les problèmes qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs fonctions.

Il se propose, au contraire, de les aider dans leur tâche, de leur montrer des exemples de raisonnements ou de réalisations, d'outils en place chez certains de leurs collègues, dont ils pourraient utilement s'inspirer pour leur propre démarche.

Le présent guide est issu des travaux menés sous l'égide de la MeaH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers) dans le cadre de deux chantiers pilotes qui se sont déroulés au cours des années 2004 à 2007. Chacun de ces chantiers réunissait huit établissements (publics et privés, de diverses tailles et activités) autour de problématique de la gestion du temps des personnels soignants et leur a permis, grâce aux consultants

que la MeaH mettait à leur disposition, de monter des actions d'amélioration de leur organisation axées sur le temps de travail. Ces chantiers se sont révélés plus complexes que maints chantiers de la MeaH, probablement parce qu'ils mettent en jeu encore davantage que les autres la relation au travail des personnels et que réfléchir au temps de travail suppose, dans le contexte actuel de méfiances, résistances, etc., du doigté. C'est à une capitalisation des différents apports recueillis que se consacre ce guide.

La gestion du temps de travail a fait l'objet, ces dernières années, de nombreuses approches, réglementations évolutives et positions idéologiques. Pourtant, les travaux qui ont servi de base à ce guide montrent que, dans bien des cas, les responsables sont encore démunis et cherchent à mieux s'organiser. En effet, deux éléments, souvent sous-estimés, interviennent :

- d'une part, la grande technicité liée aux questions de gestion du temps, souvent mal évaluée, alors qu'elle se révèle très chronophage (plannings, roulements, prise des congés, droits à RTT, gestion des absences et aléas d'activité absorbent un temps important des cadres de terrain) ;
- d'autre part, l'interférence mal maîtrisée entre responsables de terrain, directions des ressources humaines et partenaires sociaux, car le dossier du temps de travail renvoie autant à l'organisation du travail qu'à la question du respect de la réglementation.

2. Une technicité mal maîtrisée

La gestion du temps de travail est rendue complexe par plusieurs types de contraintes liées aux références que nous manipulons, selon une temporalité à différents niveaux : quotidienne (la journée de 8 heures a longtemps constitué un mot d'ordre revendicatif, au point de nous léguer le 1^{er} mai), hebdomadaire (la semaine de 40h, la semaine de 35h), mensuelle (nombre d'heures travaillées par mois qui figure sur la fiche de paie), ou annuelle (quantité de congés payés, nombre de jours fériés, plus récemment nombre d'heures travaillées dans le cadre de l'annualisation).

La matière elle-même sur laquelle on travaille ne possède aucune vertu simplificatrice et va donc obliger à des calculs complexes et à des raisonnements qui n'ont rien d'évident :

- l'année comprend tantôt 365, tantôt 366 jours, parfois 104 samedis-dimanches et parfois 105, un nombre inégal de jours fériés (certaines fêtes tombent sur des jours fixes comme les lundis de Pâques et de Pentecôte, ou le jeudi de l'Ascension ; mais d'autres fluctuent au gré du calendrier, car elles sont à date fixe, comme le 14 juillet, le Nouvel An, Noël, etc. De plus, la réglementation évolue et certains jours apparaissent ou disparaissent, comme le 8 mai ou le lundi de Pentecôte) ;
- l'année ne correspond pas à un nombre exact de semaines, ce qui va poser des problèmes pour équilibrer les plannings entre les salariés et notamment le nombre de week-ends travaillés ;
- les mois sont d'inégale longueur, allant de 28 à 31 jours calendaires et de 20 à 23 jours ouvrés, alors que les rémunérations sont lissées d'un mois sur l'autre ;
- les semaines comprennent toutes 7 jours, ce qui pourrait faciliter le décompte du temps de travail hebdomadaire mais, outre qu'elles sont amputées à l'occasion de jours fériés, elles ne constituent pas l'unique référence de décompte, la réglementation imposant notamment de vérifier parfois les décomptes d'heures sur 7 jours glissants ou sur des cycles de plusieurs semaines ;
- la semaine est restée pendant plus d'un siècle la référence la plus usitée en matière de temps de travail, avec la semaine de 48 puis de 40h, correspondant à un nombre fixe de journées de 8h (6 puis 5). Ce modèle a perduré avec la semaine de 35h, qui a l'avantage de correspondre à 5 jours de 7h ;
- la journée de travail est souvent, en milieu hospitalier, un poste de travail et, précisément pour les soignants, un poste dont la durée n'est pas forcément égale à 7h. Il faut donc compter les heures en plus ou en moins et tenir les compteurs à jour (il en existe

un grand nombre). Il faut également édicter des règles qui permettent de valoriser les absences : quand un soignant qui travaille en postes de 10 heures est absent, comment lui décompter cette absence ?

- enfin, le législateur a introduit la notion de temps de travail effectif, qu'il a distingué du temps rémunéré. Décompter le temps de travail effectif nécessite de savoir si les pauses, les repas ou les temps d'habillement comptent ou non. Les établissements publics et privés n'ont pas les mêmes conceptions sur ces points.

La continuité nécessaire à l'activité de soins en constitue la caractéristique essentielle et amène à devoir faire se succéder dans la même fonction plusieurs personnes physiques, et donc à prévoir des roulements qui planifient cette succession. Dans l'élaboration des plannings, la recherche de l'équité entre les personnels concernés est évidemment un critère très important, d'autant que les personnels y veillent tout particulièrement.

Le plus souvent, on part d'un cycle, c'est-à-dire d'une séquence reproductible dans le temps, qui constitue en quelque sorte la brique élémentaire du planning ; cette séquence est reproduite en ligne pour assurer l'emploi du temps d'une personne (qui va ainsi terminer son cycle et en recommencer un autre identique à la suite) et en colonne, chaque personnel ayant le même cycle, légèrement décalé par rapport à celui de l'agent précédent de façon à assurer une permanence des effectifs présents chaque jour et dans chaque tranche horaire. Compte tenu de cette complexité, la construction des plannings est très délicate, d'autant que chacun veille, d'une part, à ce que le total de la ligne corresponde exactement à 35h en moyenne sur la semaine, le cycle ou l'année et, d'autre part, à ce que toutes les lignes soient équivalentes en contraintes (nombre de week-ends travaillés, emplacement des jours de RTT, des congés), mais aussi, de façon plus générale, à ce que l'architecture du cycle soit supportable (enchaînement des différents postes travaillés, fréquence, durée et amplitude des week-ends et repos, « tunnel » de plusieurs jours travaillés d'affilée etc., qui constituent autant de critères pour apprécier la qualité d'un planning).

La grande proportion de personnels à temps partiel dans les hôpitaux et cliniques va entraîner encore de notables complications, non seulement parce qu'il faudra interpréter la façon d'appliquer les règles générales (un agent à mi-temps doit-il travailler autant de week-ends qu'un agent à temps plein, par exemple un week-end sur deux ou la moitié seulement, soit un sur quatre ?), mais aussi parce que, de par leur présence, les lignes des roulements ne sont plus strictement identiques, et que les éventuels changements de quotité de temps de travail vont à chaque fois impacter la construction et l'équilibre de ces roulements.

Il existe maintenant des logiciels qui permettent d'alléger la tâche des cadres sur ces questions, mais les travaux de la MeaH ont montré que ces logiciels nécessitaient toujours d'être alimentés en amont par les règles en vigueur dans l'établissement et surtout par une trame de base des roulements. En revanche, ces logiciels permettent de vérifier le respect de toutes les réglementations, et de faciliter le recueil des éléments nécessaires à l'établissement de la fiche de paie et du décompte d'heures des personnels.

Néanmoins, de l'aveu même des cadres des seize établissements qui ont participé aux chantiers de la MeaH, cette tâche est extrêmement chronophage, peu gratifiante de surcroît pour les cadres (les personnels manifestent davantage leur mécontentement en cas de problème que leur satisfaction quand tout va bien), et joue au détriment du temps que ceux-ci devraient consacrer à l'organisation et à la supervision de l'activité de soins.

3. L'interférence temps-activité

La technicité n'est pas la seule difficulté à surmonter pour opérer des changements dans la gestion du temps de travail. La prise en compte de la variable temps interfère en effet avec deux autres facteurs : l'activité de soins et le consensus social en place.

3.1. L'activité de soins

Variable, en volume et en nature, au fil des heures et des jours, le cadre a donc pour mission de faire en sorte que les effectifs dont il dispose soient répartis au mieux pour épouser ces variations. La tâche est rendue difficile par le fait que, si une part importante de l'activité peut en effet être prévue (activité programmée), les établissements de soins accueillent de surcroît une activité non programmée (notamment les urgences), et qu'il est donc difficile de pouvoir prédire exactement le volume de l'activité à traiter un jour donné et le besoin en effectifs qui en découle. Or, les plannings et roulements doivent être affichés à l'avance, pour que les personnels sachent comment s'organiser leur emploi du temps et puissent prendre leurs dispositions en conséquence. La nécessité de pouvoir être réactif face aux variations d'activité, et celle d'assurer une certaine permanence dans les roulements et l'organisation des personnels, fait appel à la qualité de management du cadre qui, en se montrant suffisamment souple pour accepter (dans certaines limites) les arrangements de plannings demandés par les personnels, pourra, à l'occasion, leur demander d'accepter en retour des modifications à son initiative.

Mais ces ajustements restent le plus souvent au niveau du service, or la réalité des plannings effectués doit servir de base à l'établissement des fiches de paie mensuelles : décompte des heures, prise en compte des éventuelles heures supplémentaires, travail de jour ou de nuit, travail le dimanche, etc. Et il faut encore veiller à ce que ces ajustements ne dérogent pas à la réglementation en vigueur, qu'elle provienne des règles nationales (convention collective ou Fonction publique hospitalière selon les cas) ou locales (accord d'entreprise ou d'établissement). Il faut aussi veiller à une bonne affectation des effectifs dans les différents services pour ne pas gaspiller des ressources précieuses, notamment au moment des congés annuels.

3.2. Le consensus social

Face à ces contraintes, les personnels vont faire valoir non seulement leurs droits, mais aussi leurs souhaits quant à l'aménagement du temps, dans la mesure où les frontières du temps de travail définissent aussi de façon complémentaire celles de leur temps libre, et où la charge de travail vécue influe sur leurs conditions de travail mais aussi sur leur qualité de vie. Et les organisations syndicales veillent au respect des textes et accords signés et font preuve d'une grande vigilance sur les éventuels changements qui seraient proposés.

Autrement dit, comme on l'a constaté en de nombreuses occasions, la gestion du temps se trouve au carrefour entre des responsabilités différentes et complémentaires : la direction des ressources humaines de l'établissement, chargée de veiller au respect de la réglementation, la direction des soins avec les cadres de santé, chargés d'organiser le fonctionnement des unités ; mais aussi les salariés qui expriment leurs souhaits en matière d'organisation des plannings et les organisations syndicales qui relaient ces souhaits et font valoir des préoccupations en matière de conditions de travail. Comme dans les entreprises de toute nature, il existe là une source possible de difficultés, les visions pouvant le cas échéant entrer en confrontation et se renvoyer la responsabilité dans l'échec d'un changement.

4. En résumé

La gestion du temps de travail doit donc :

- être simple à mettre en œuvre, facile de calcul pour le cadre, lisible pour les personnels, et clairement définie pour la direction ;
- favoriser la bonne adéquation entre activité et ressources disponibles à tout moment ;
- répondre aux aspirations des personnels en matière de temps libre et d'aménagement de leur vie hors travail ;
- assurer une certaine équité entre les personnels, et entre les services ;
- permettre la prise en compte de souhaits individuels dans un univers où prime le sens du collectif.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que tout changement organisationnel à l'hôpital ait, de près ou de loin, un impact sur l'aménagement du temps et provoque, de ce fait, une grande vigilance de la part des personnels attentifs à leurs modes de vie. Dans les chantiers qui ont été consacrés spécifiquement au thème du temps de travail, cette méfiance a été plus importante encore qu'ailleurs et a nécessité explications, informations, négociations et patientes analyses de pertinence.

C'est pourquoi, nous avons résolu de traiter ces questions en isolant trois grandes clefs d'entrée, regroupant différents chapitres :

- une entrée organisationnelle au niveau d'un service où l'on relie l'activité, l'organisation du travail et l'organisation du temps de travail : questions de charge de travail et d'effectifs, leviers pour adapter les ressources à l'activité (chapitre 1) et élaboration des plannings (chapitre 2) ;
- une entrée « technico-juridique » où l'on trouve la connaissance des normes et règles juridiques (chapitre 3) et où l'on se pose la question « comment décompter le temps » (chapitre 4), avec comme sortie possible un guide de gestion du temps de travail ;
- une entrée « conduite de projet » où l'on aborde le « comment faire », avec les questions de concertation-négociation, de rôles des acteurs, d'étapes du projet, de mise en œuvre et d'évaluation du changement (chapitre 5).

Chapitre 1

Temps de travail et organisation des services

Le temps de travail intervient à plusieurs niveaux complémentaires dans l'organisation d'un service de soins. L'élaboration des plannings, sujet que nous traiterons dans le chapitre suivant, vient matérialiser le fonctionnement au quotidien d'une organisation. Mais, avant de se préoccuper des plannings, il importe de réfléchir aux fondements de l'organisation et en particulier à la façon dont est structurée l'organisation du temps de travail.

Bien entendu, l'organisation d'un service ou d'un pôle ne se réduit pas aux questions de temps de travail. Il faut aussi réfléchir en termes :

- de processus de prise en charge des patients ;
- d'organisation des soins ;
- d'organisation du travail entre les différentes catégories de personnels soignants (sectorisation, travail en binôme, appui par des équipes transversales d'hygiène ou de prise en charge de la douleur ou de soins palliatifs, etc.) ;
- d'articulation entre le travail des soignants, des médecins et de catégories paramédicales (sages-femmes, kinés, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, préparateurs, etc.) ;
- d'organisation des informations (utilisation du dossier patient, modalités de transmissions au moment des temps de recouvrement d'équipes, réunions de synthèse, etc.) ;
- de système de gestion (tableaux de bords, outils informatisés, etc.) ;
- d'organisation spatiale et d'utilisation des moyens matériels, etc.

Mais tous ces thèmes présentent des interactions avec l'organisation du temps de travail. Aussi, la façon de penser le temps de travail a-t-elle des impacts souvent importants sur les trois grands objectifs que doit viser une organisation de service ou de pôle : la qualité de prise en charge des patients, l'optimisation des ressources, la qualité des conditions de travail et de vie.

- *La qualité de prise en charge des patients* dépend, entre autres, d'une répartition des présences des différentes catégories professionnelles qui permette :
 - de disposer des compétences nécessaires au bon moment, en fonction de la variation des charges de travail (par exemple, prévoir davantage de ressources en cas d'afflux d'entrées en début de semaine) ;
 - d'assurer la continuité des soins, malgré la succession inévitable des équipes qui se relaient auprès des patients, en organisant des transmissions d'informations suffisantes et efficaces ;
 - d'assurer la « concordance des temps » souhaitable pour harmoniser l'activité des multiples intervenants qui concourent à la réalisation des soins et d'éviter ainsi des dysfonctionnements et des délais d'attente ;
 - d'organiser les admissions et les sorties des patients de façon adaptée aux ressources et compétences disponibles ;
 - d'organiser les temps collectifs nécessaires à l'élaboration d'une vision partagée des prises en charge (réunions de synthèses, staffs, etc.), à la coordination des équipes (réunions de service, etc.) et à la régulation des activités (groupes de travail, groupes de parole, etc.)

- *L'optimisation des ressources humaines* dépend des organisations du temps de travail :
 - *de façon directe*, par l'adéquation des effectifs présents aux variations d'activité ; Il s'agit dans l'idéal (dans la pratique, cet objectif ne peut être que partiellement atteint), d'éviter à la fois :
 - des situations où un effectif insuffisant par rapport à la charge de travail entraîne des heures supplémentaires, une intensification du travail ou une dégradation de la qualité de prise en charge,
 - des situations inverses où une période de faible activité n'est pas traduite par une baisse de l'effectif présent, c'est-à-dire où des heures de présence sont mal utilisées ;
 - *de façon indirecte*, à travers les effets induits des organisations du temps de travail. Par exemple, une organisation qui prend mal en compte les problèmes de pénibilité du travail, ou les attentes sociales du personnel, risque d'induire un absentéisme plus élevé et donc des coûts supplémentaires (en heures supplémentaires ou budgets de remplacement).
- *La qualité des conditions de travail et de vie* se joue à la fois :
 - dans les caractéristiques structurelles de l'organisation du temps de travail (répartition des effectifs entre les postes de travail du matin, de l'après-midi et de la nuit, choix des horaires et de la durée des postes, rythmes d'alternance dans les cycles entre matin et soir, ou entre jour et nuit, etc.) qui vont avoir un impact sur la pénibilité du travail et sur les conditions de vie au travail (possibilité de pauses, de temps collectifs, etc.) ;
 - dans la façon dont la gestion du temps de travail prend en compte l'interaction entre cette organisation du travail et les enjeux de la vie extérieure pour les salariés (réponses aux souhaits d'aménagements individuels, souplesses dans la gestion des temps libres tels que week-ends, jours RTT, congés payés, etc.).

Dans ce chapitre, nous développons la conception d'une organisation du temps de travail au niveau d'un service. Pour cela, nous proposons un cheminement en quatre étapes :

1. la formalisation d'une organisation hebdomadaire de référence que nous appellerons « maquette d'organisation ». Cette étape constitue le « socle » indispensable à partir duquel s'organisent les étapes suivantes. C'est pourquoi nous la développons en détail ;
2. l'examen des adaptations souhaitables de cette maquette en cours d'année, en fonction de variations structurelles anticipables ;
3. l'approche des effectifs, pour concilier les besoins issus de l'organisation, et la réalité des ressources disponibles dans le service ;
4. l'approche organisationnelle de la variabilité.

Bien entendu, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, ce cheminement peut être repris au niveau de la mise en place des pôles et des perspectives qu'ils offrent (décloisonnement, transversalité, etc.) ; nous renvoyons le lecteur au rapport final sur le thème pilotage des pôles. Voir sur le site de la MeaH : www.meah.sante.gouv.fr

1. Formaliser une maquette d'organisation hebdomadaire de référence

1.1. Qu'est-ce qu'une maquette d'organisation ?

Nous reprenons ce terme de « maquette » aux démarches développées par la MeaH en ce qui concerne l'organisation du temps médical¹. Cette notion a émergé dès les premiers chantiers expérimentaux, afin de schématiser la répartition des présences de médecins dans un service.

Une « maquette » ne prétend pas être une représentation complète, ou une vision rigide, d'un fonctionnement qu'il s'agirait d'appliquer tel quel, sans laisser de marges de manœuvre aux acteurs concernés. D'après la définition donnée par le site Wikipedia, « d'une façon générale, une maquette est une représentation partielle d'un système ou d'un objet (réel et existant, ou à concevoir) afin d'en tester et valider certains aspects et/ou comportements ». La finalité d'une maquette est donc double :

- constituer une référence formalisée de l'organisation qui met en valeur ses éléments structurels importants ;
- fournir un langage pour alimenter la réflexion sur des évolutions souhaitables, en permettant de formaliser des scénarios et d'en analyser les implications, soit en termes d'effectifs, soit en termes d'avantages et d'inconvénients.

Plus précisément, nous définissons une maquette hebdomadaire d'organisation comme la formalisation de la répartition de différents postes de travail au cours d'une semaine considérée comme « standard » (c'est-à-dire correspondant au niveau d'activité le plus fréquemment observé).

- *Cette définition suppose de préciser la notion de « poste de travail ».* Ce terme est défini par :
 - un horaire de début et de fin de travail (amplitude de la journée de travail) ;
 - une durée de travail effectif associée (qui peut être différente de l'amplitude de la journée ; par exemple, en poste coupé, quand le temps de repas n'est pas inclus dans le temps de travail effectif ou du fait de pauses décomptées) ;
 - des activités à réaliser ;
 - le lieu ou les lieux où se réalise l'activité (le service lui-même ou, de façon plus fine, un secteur ou un espace déterminé du service).
- *Le poste de travail est associé en général à une qualification et des compétences précises (IDE, AS, etc.).* Il peut se décliner en :
 - une fiche de poste, précisant les objectifs et les activités à réaliser ;
 - un « déroulé-type » d'activité pour les postes ayant une répétitivité d'un jour à l'autre.

Prenons un exemple simplifié pour illustrer cette définition. Les horaires sont les suivants :

Poste	Horaires	Pause repas	Amplitude	Durée effective
Matin	6h00 - 14h00	30mn	8h	7,5h
Jour	9h00 - 17h00	30mn	8h	7,5h
Soir	13h30 - 21h00	-	7h30	7,5h
Nuit	20h30 - 6h30	-	10h	10h

1. Voir sur le site de la MeaH : www.MeaH.sante.gouv.fr, rubrique « Gestion et organisation du temps médical ».

Le service est sectorisé en trois zones correspondant à des pathologies différentes. Certains postes sont sectorisés, d'autres couvrent l'ensemble du service.

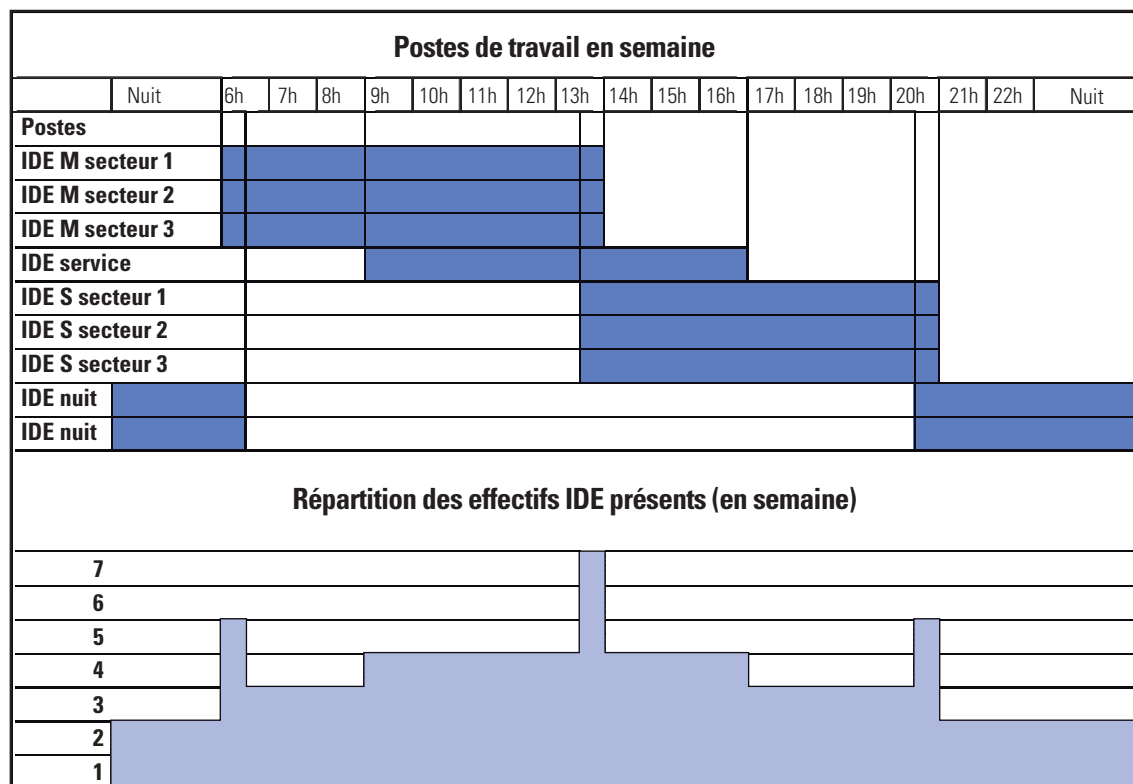
La maquette peut être résumée par le tableau suivant :

Poste	Lundi au vendredi				Week-end			
	Matin	Soir	Jour	Nuit	Matin	Soir	Jour	Nuit
IDE secteur	3	3			3	3		
IDE service			1	2				2
AS secteur	6	6			3	3		
AS service				2	2	2		2

Dans cet exemple, il n'y a pas de différence d'organisation entre les jours de la semaine. Le week-end, en revanche, les effectifs sont allégés.

Les IDE de matin et soir travaillent chacune dans un des trois secteurs. En semaine, il existe une IDE de jour qui intervient transversalement sur l'ensemble du service. Les AS sont sectorisées en semaine et le week-end 2 d'entre elles tournent sur le service.

Il peut être utile, en complément du tableau précédent, de visualiser la répartition des effectifs présents par tranche horaire. On voit ci-dessous l'exemple des IDE en semaine :



Cette visualisation permet de caractériser la répartition des ressources par tranche horaire, ainsi que les temps de recouvrement entre postes de travail. Dans cet exemple, le total quotidien des temps de recouvrement est de 1h30 (30mn le matin, 30 en milieu de journée et 30 également le soir).

Le fait de formaliser une maquette de ce type pour créer un langage commun aux différents acteurs concernés, et susciter la réflexion constitue une véritable valeur ajoutée.

En elle-même, cette représentation ne fait que décrire une situation qui est déjà connue des acteurs, mais de manière implicite. Pourtant, dans la pratique, dès que l'on parle d'organisation, des ambiguïtés apparaissent : par exemple, si quelqu'un parle de

l'effectif, s'agit-il de l'effectif souhaitable (mais pas forcément présent tous les jours dans la réalité), de l'effectif minimum de sécurité, de l'effectif présent de façon habituelle compte tenu des effectifs disponibles, de l'effectif alloué en théorie ?

La maquette retient une notion précise : l'effectif est celui qui correspond à l'organisation recherchée en situation d'activité standard. Elle constitue un point de repère à partir duquel on peut s'interroger sur les écarts avec la réalité vécue.

1.2. Les éléments à intégrer dans l'élaboration de la maquette

Sur quelles bases construire une maquette hebdomadaire d'organisation d'un service ? Il est important, tout d'abord, de bien préciser le contexte et la finalité de la démarche.

Dans le cas d'une démarche de diagnostic de l'organisation existante, avec l'objectif de traiter des dysfonctionnements ou d'améliorer la gestion du temps, la construction de la maquette s'appuiera sur les caractéristiques du service, tel qu'il fonctionne au moment de l'analyse, et les données à exploiter seront issues des statistiques et indicateurs disponibles pour la période récente (en général, il est utile de disposer de données sur au moins deux ans). La maquette facilitera la compréhension des raisons qui ont conduit le service à fonctionner ainsi.

En revanche, si l'enjeu de la démarche est de concevoir une évolution d'organisation par rapport à des facteurs de changement (par exemple, la création d'une hospitalisation de jour, le développement d'une activité ou la mise en place d'une mutualisation dans le cadre d'un pôle), il sera nécessaire de raisonner en termes de scénarios. Les maquettes à élaborer devront alors intégrer des hypothèses sur l'activité, les effectifs, les processus de prise en charge, etc. Cependant, il demeure utile, en général, de disposer des données sur le fonctionnement actuel du service à titre de situation de référence pour apprécier les écarts entre les scénarios futurs et la réalité existante.

Il s'agit donc de s'intéresser à la fois aux caractéristiques structurelles du service, qui définissent un ensemble de contraintes et de marges de manœuvre, et aux objectifs d'amélioration prioritaires du service.

L'expérience montre que, quel que soit le contexte, les problématiques à explorer sont de même nature. C'est la façon de les analyser par rapport aux enjeux qui va différencier les démarches. Les principaux facteurs qui peuvent influencer sur la définition des composantes essentielles d'une maquette d'organisation (à savoir les postes de travail et les effectifs sur chaque poste) sont :

- les caractéristiques de l'activité du service ;
- les normes réglementaires de présence en termes de continuité et sécurité des soins (réanimation, maternité, hémodialyse, salle de surveillance post-interventionnelle, etc.) ;
- la prise en charge des patients ;
- les choix d'organisation du travail ;
- les caractéristiques des ressources humaines ;
- la prise en compte de la charge de travail et de la pénibilité.

Il ne s'agit pas ici d'approfondir tous ces sujets qui renvoient, de manière plus large, à l'organisation du travail et des soins, et mériteraient, à ce titre, des développements détaillés, mais de mettre en évidence les liens avec le sujet du temps de travail.

1.2.1. Les caractéristiques de l'activité

Il s'agit ici d'analyser les caractéristiques structurelles d'activité *hebdomadaire* qui peuvent orienter les choix en matière de répartition des postes de travail (les variations saisonnières seront abordées au § 2.1.1 du présent chapitre).

Trois questions complémentaires sont à éclairer :

- quels sont les niveaux et les tendances majeures d'évolution de l'activité qui peuvent avoir une influence sur les besoins en effectifs ?
- quels sont les besoins d'adapter les effectifs quotidiens en cours de semaine pour tenir compte de variations régulières d'activité (différence entre semaine et week-end, prise en compte de jours statistiquement plus chargés ou plus faibles) ?
- comment adapter les effectifs au cours des 24h de la journée ?

Les niveaux et tendances d'évolution

La première question est de savoir quels sont les indicateurs les plus représentatifs de l'activité et de la charge de travail. En général, le service dispose des indicateurs généraux qui figurent dans les tableaux de bord et les rapports d'activité :

- nombre de lits et places ;
- nombre d'admissions ;
- nombre de journées ;
- durée moyenne de séjour (DMS) ;
- taux d'occupation des lits ;
- file active (en psychiatrie) ;
- nombre d'accouchements (en maternité), avec et sans péridurales, avec césariennes ;
- nombre de venues (en hospitalisation de jour) ;
- nombre de passages (dans les services d'accueil des urgences).

Avec l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), les services commencent aussi à disposer de données sur le nombre de GHM (groupes homogènes de malades) ou GHS (groupes homogènes de séjours), et sur les DMS correspondantes.

Ces données sont intéressantes à analyser dans leurs tendances. Par exemple, le raccourcissement des DMS habituellement observé dans les services de court séjour au cours des années récentes a un impact sur la charge de travail du service, à volume de journées constant, car les entrées et sorties plus nombreuses engendrent une charge spécifique (gestion du dossier patient, installation du patient, formalités de départ, etc.). Par ailleurs, le raccourcissement des séjours tend à concentrer davantage les actes de soins.

La répartition entre activité programmée et activité non programmée

Les services peuvent se trouver dans des situations très différentes sur ce plan, compte tenu des filières de recrutement, des partenariats avec d'autres établissements, du positionnement par rapport aux urgences, etc. Il peut donc être utile d'examiner ce partage de l'activité entre programmée et non programmée, si les acteurs ont le sentiment que cette distinction joue un rôle important dans la répartition de la charge de travail.

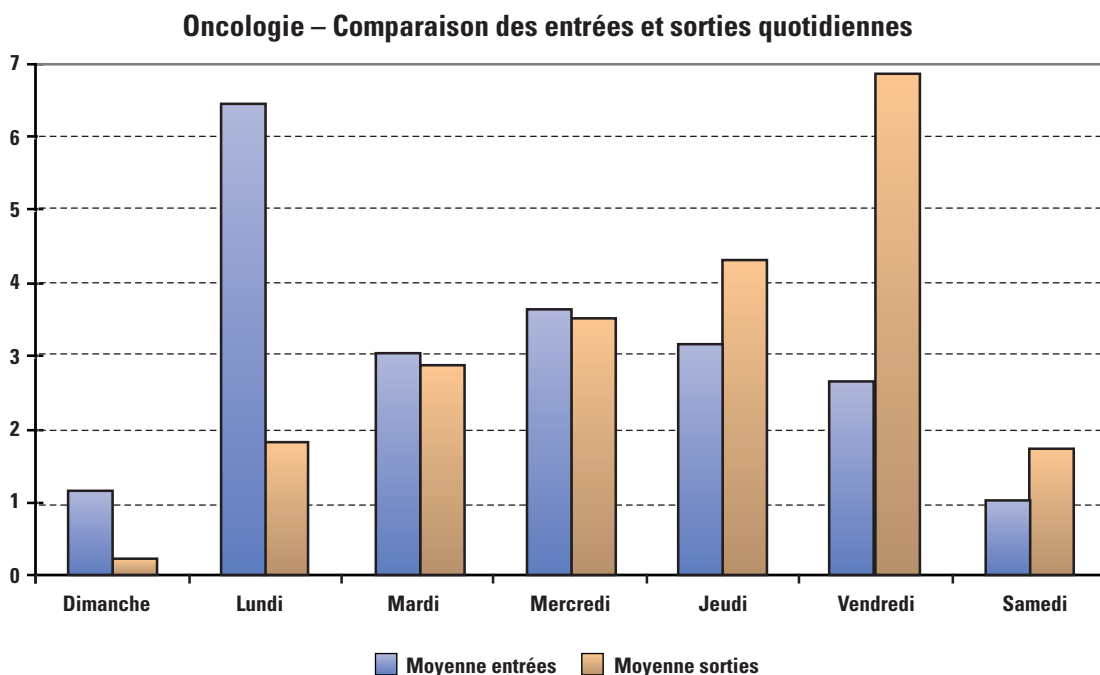
Cependant, il ne faut pas assimiler, pour une activité, le fait d'être non programmée et son imprévisibilité. L'expérience montre par exemple que, souvent, l'activité issue des urgences est statistiquement assez régulière tandis que l'activité programmée est certes connue avec un certain délai d'anticipation, mais se révèle beaucoup plus erratique lors de l'analyse en termes de répartition selon les jours de la semaine.

En complément, des analyses plus fines par origine des entrées (directes, transfert, urgences) et par destination des sorties (domicile, transfert interne, transfert externe, décès) peuvent être utiles dans certains cas.

La répartition de l'activité selon les jours de la semaine

La répartition de l'activité selon les jours de la semaine peut compléter les données moyennes. Il convient alors de choisir des indicateurs représentatifs de l'activité au niveau quotidien.

Voici l'exemple d'un service d'oncologie qui a étudié la répartition de ses entrées et sorties au cours de la semaine :

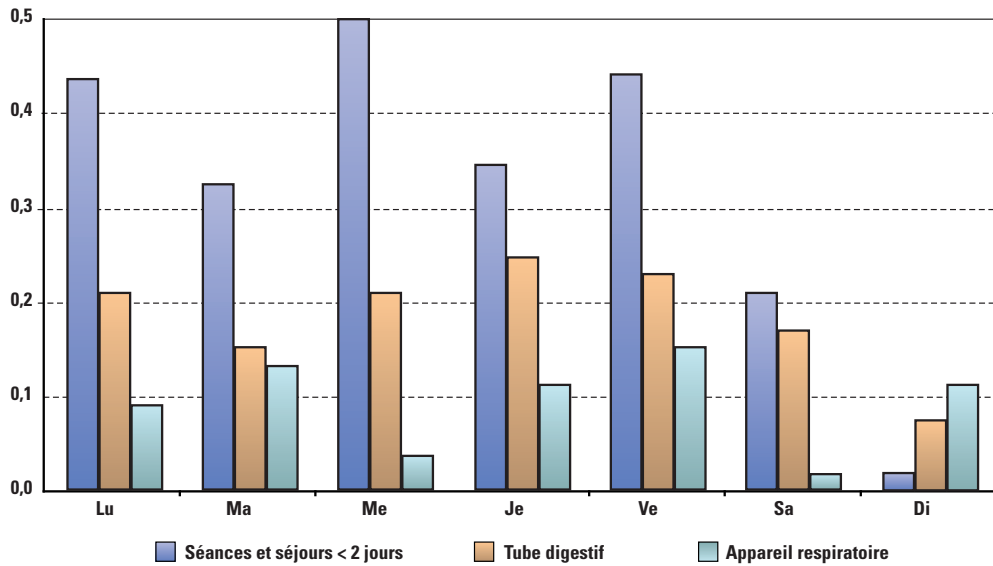


On voit qu'il existe un flux important d'entrées le lundi et un flux équivalent de sorties le vendredi. Ceci s'explique par l'existence d'un nombre important de chimiothérapies d'une durée d'environ 5 jours, qui représentent 30 % des admissions (le nombre moyen hebdomadaire d'entrées étant de 21). D'autres chimiothérapies, plus courtes, sont étalées en cours de semaine. Par ailleurs, le service accueille des malades en fin de vie dont la durée de séjour est en moyenne plus longue.

L'analyse de ces données peut alimenter une réflexion sur la nature des charges de travail, liées aux entrées et aux sorties, et sur l'utilité d'adapter les effectifs en conséquence. Dans le cas de ce service, cette analyse a conduit à renforcer l'effectif du lundi par une infirmière dédiée à l'accueil des chimiothérapies.

Dans d'autres chantiers, les données du PMSI ont été exploitées de manière assez fine. Par exemple, dans un service de médecine, une première analyse sur les catégories majeures de diagnostic a permis d'isoler les trois CMD les plus fréquentes (en nombre d'admissions) : les séjours inférieurs à 2 jours (ambulatoire), les pathologies du tube digestif et celles de l'appareil respiratoire. Elles représentaient 50 % des séjours. Puis, une analyse des entrées par jour a été réalisée sur chacune de ces trois CMD (voir schéma page suivante).

Moyenne quotidienne des entrées pour les 3 CMD principales



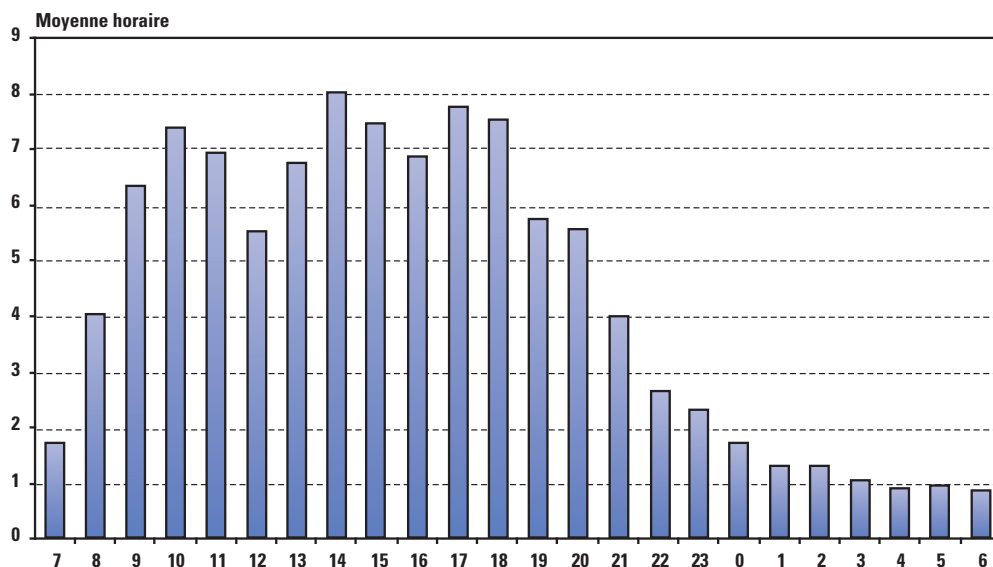
La répartition de l'activité en cours de journée

En ce qui concerne les variations d'activité en journée, il est souvent suffisant d'opérer une distinction entre les trois grandes périodes du matin, de l'après-midi et de la nuit. Dans beaucoup de services, l'effectif prévu l'après-midi est un peu inférieur à celui du matin et il existe une organisation particulière pour la nuit, en fonction des exigences de sécurité et de la nature des actes de soins nécessaires selon le type d'activité.

Cependant, il existe assez souvent des postes complémentaires sur des horaires spécifiques, qui permettent d'affiner la répartition des effectifs et notamment de renforcer le milieu de journée où se concentrent des temps forts de la prise en charge des patients. C'était le cas, dans notre exemple initial de maquette, avec la présence d'un poste de jour en semaine.

Dans certains services, il peut être utile d'analyser la situation plus finement, en descendant au niveau de la tranche horaire, par exemple dans un service d'urgences :

Urgences – Répartition des passages par tranche horaire



Cette courbe est représentative de l'activité de beaucoup de services d'accueil des urgences :

- une montée en charge de l'activité le matin à partir de 9h ;
- deux pics d'activité, l'un en fin de matinée, l'autre dans l'après-midi ;
- une décroissance régulière des arrivées en soirée jusque vers 22h ou 23h.

Elle montre l'utilité d'envisager des organisations du travail plus complexes que dans les services d'hospitalisation, avec des systèmes d'horaires décalés permettant de s'adapter au flux d'activité.

Cette analyse pourrait être utilement affinée en intégrant le paramètre du nombre de patients en attente dans le service. En effet, compte tenu des délais moyens de prise en charge (notamment pour l'attente d'examen) qui sont de l'ordre de 2 à 4h selon les cas, le nombre de patients en attente dans le service augmente au fil de la journée et ne commence à diminuer qu'en fin de soirée. Pour les soignants, c'est un élément important à prendre en compte dans la charge de travail.

Remarques méthodologiques

Pour ces analyses statistiques, il convient d'abord d'être vigilant sur les périodes retenues. D'une part, il est souhaitable de réaliser l'analyse sur des périodes suffisamment longues afin de lisser les variations conjoncturelles possibles (pour les deux analyses présentées ci-dessus, la période retenue était une année pour le service d'oncologie et un semestre pour le service d'accueil des urgences).

Si possible, il sera intéressant de réaliser l'analyse sur deux périodes successives afin de tester si la répartition dégagée est stable dans le temps, ou bien si elle révèle des évolutions structurelles (qu'il faudra alors interpréter). Autre interrogation : des facteurs d'évolution peuvent-ils modifier les caractéristiques de l'activité dans un futur proche ? Par exemple, dans le service d'oncologie, un des points de réflexion résidait dans une évolution possible des modes de prise en charge, avec un raccourcissement des traitements de chimiothérapie. Ceci pouvait alors entraîner une autre répartition de l'activité davantage lissée dans la semaine, voire (le scénario a été étudié) la possibilité de passer à une organisation d'hospitalisation de semaine (fermeture le week-end).

Il est également nécessaire de s'assurer que les données utilisées ne sont pas biaisées par des événements particuliers propres à la période ; par exemple, fermeture temporaire de lits en raison de travaux de modernisation.

Du point de vue pratique, il faut exploiter en priorité les tableaux de bord du service ou du pôle et les données de synthèse disponibles à la direction des soins. Pour certaines analyses, il faudra demander au DIM des exploitations statistiques particulières.

1.2.2. La prise en charge des patients

Il s'agit ici d'analyser comment la maquette d'organisation permet de produire une bonne qualité de prise en charge des patients, compte tenu des caractéristiques de ces derniers et de la façon dont on souhaite organiser leur parcours, leur chemin clinique et leurs conditions de séjour.

Cette partie de l'analyse est en interaction étroite avec les projets de soins et les préoccupations des démarches qualité. Il sera utile d'exploiter, de ce point de vue, le projet de service, les études existantes, l'avis des médecins et des responsables qualité, tout en se centrant sur le déroulement temporel du séjour du patient. Quelques thèmes récurrents peuvent être isolés.

Les processus d'entrée et de sortie des patients

Dans l'exemple cité au chapitre 1, § 1.2.1, où l'analyse des entrées a conduit au choix de renforcer le personnel soignant d'oncologie le lundi pour faire face à un afflux d'entrées. Cette démarche peut être transposée sur les flux de sorties.

Il convient aussi de savoir si la maquette d'organisation permet une gestion des lits optimale. Les chantiers MeaH sur la gestion des lits et sur les délais d'attente aux urgences ont, par exemple, montré qu'un levier d'optimisation pouvait résider dans le fait d'anticiper de quelques heures les sorties des services d'hospitalisation afin de libérer des lits dès le milieu de journée et désengorger les urgences. Cette anticipation n'est pas facile à réaliser compte tenu de la charge existante le matin sur les autres activités. Mais, si le service accueille une proportion significative de patients des urgences, peut-être est-il pertinent de réfléchir à une adaptation de postes de travail pour y parvenir.

La cohérence dans la réalisation des prestations

La prise en charge des patients mobilise de nombreuses compétences. Du point de vue du patient, un élément de qualité réside dans la capacité du service à coordonner harmonieusement ces différents intervenants pour éviter les attentes, reports, redondances, manques d'information, etc. Cet objectif global peut être atteint par des pratiques de sectorisation et de travail en binômes évoquées plus loin.

Par exemple, dans des services de soins de suite et réadaptation (SSR), une problématique rencontrée est de faciliter la mise en œuvre des activités réalisées sur le plateau technique (kiné, ergothérapie, etc.). Il faut coordonner les horaires des soignants et des paramédicaux pour que les patients soient prêts à l'heure prévu dans le programme des kinés, pour leur temps de rééducation, et puissent être transportés s'ils ne sont pas autonomes. Cela suppose que les soignants aient réalisé en priorité le matin les toilettes des patients qui doivent aller en rééducation et que les agents chargés du brancardage soient disponibles au bon moment.

La façon dont s'intègrent les visites des médecins est également à considérer. Selon leur fréquence (en fonction de la nature des pathologies traitées), elles peuvent influencer plus ou moins fortement sur l'organisation des soignants. Il est fréquent d'entendre que les jours de visite du médecin sont plus chargés, car d'une part il faut préparer les patients et d'autre part la visite elle-même engendre une charge de travail spécifique (actualisation des dossiers, mise en œuvre des prescriptions, etc.). Ce constat conduit à adapter les ressources disponibles le ou les jours considérés.

Les conditions de séjour

Pour les patients, la qualité de prise en charge est aussi perçue à travers les fonctions hôtelières, en particulier la restauration. Bien sûr, l'acuité de cette problématique est plus forte dans des services où la DMS est élevée (SSR, soins de longue durée).

Un des objectifs peut être d'éviter un jeûne nocturne d'une amplitude trop élevée. Le problème est fréquent du fait d'horaires de dîner tôt en fin de journée (par exemple, entre 18h et 19h) et d'horaires de petit-déjeuner éventuellement décalés après les toilettes². Or, de plus en plus, les professionnels de santé soulèvent la question des risques de dénutrition à l'hôpital, notamment pour les personnes âgées.

Sur ces problématiques, il est intéressant de formaliser le déroulement d'une journée type d'un patient, en situant les interventions des différentes catégories professionnelles, pour s'interroger sur la pertinence des horaires et des durées des postes.

2. Sur cette problématique, on pourra, pour des exemples de réorganisation diminuant l'ampleur du jeûne nocturne, se référer aux travaux de la MeaH concernant la fonction Restauration : www.Meah.sante.gouv.fr

1.2.3. Les choix d'organisation du travail

Ce facteur est étroitement lié au précédent, mais il semble utile de le distinguer dans l'analyse car le point de vue adopté est ici celui du fonctionnement de l'équipe soignante et de ses interactions avec les autres catégories professionnelles. L'enjeu est celui de l'efficacité de l'organisation du travail dans ses différentes composantes : comment les paramètres temporels y contribuent-ils ?

Sous cet angle, les choix en matière de postes de travail sont liés principalement à trois éléments.

La répartition du travail entre les agents

Ce thème concerne tout d'abord la répartition des lits et des patients entre les soignants. On observe de nombreuses modalités selon les services :

- prise en charge indifférenciée ;
- sectorisation géographique ;
- répartition en fonction des pathologies ;
- répartition quotidienne ou hebdomadaire, au cas par cas en fonction de la situation du service.

Il apparaît souvent des formules mixtes, par exemple une sectorisation le matin et un travail transversal l'après-midi. Un poste transversal peut également s'ajouter aux postes sectorisés (*cf.* exemple initial).

Au-delà de ce premier principe de répartition du travail peut se développer une coopération plus ou moins structurée entre IDE et AS : fonctionnement en binôme plus fréquent le matin. Ce principe de fonctionnement en binôme peut être poussé assez loin dans la pratique, avec la réalisation conjointe des actes auprès du patient, ou bien se limiter à une coordination dans la programmation des tâches. Ici aussi, la nature des pathologies et les caractéristiques des patients jouent un rôle important.

Un autre aspect de la répartition du travail est celui de la répartition entre le jour et la nuit. Deux grands systèmes se rencontrent :

- les équipes fixes de nuit ;
- les équipes alternantes.

La plupart du temps, le choix est fait entre l'un ou l'autre de ces systèmes, mais on peut rencontrer des pratiques mixtes où certains agents sont en horaires fixes (jours ou nuits) et d'autres en horaires alternants (jours et nuits). Cela tend à complexifier la gestion des plannings, comme on le voit par exemple à la maternité de la Polyclinique de Franche-Comté (exemple développé au chapitre 2).

Les temps de recouvrement et la transmission d'informations

Rappelons tout d'abord qu'il ne faut pas confondre temps de recouvrement et temps de transmission :

- le temps de recouvrement exprime seulement la durée pendant laquelle des équipes sont présentes simultanément ;
- le temps de transmission est un temps dédié à l'activité de transmission d'informations entre équipes ; il est normalement inclus dans le temps de recouvrement, mais peut être plus court.

Les choix d'organisation de ces temps jouent un rôle direct sur la durée des postes. Souvent, au moment de la mise en place de la RTT, les temps de recouvrement ont été réduits en même temps que la durée des postes (par exemple, lorsque la durée quotidienne de référence est passée à 7h30, de façon à obtenir 15 jours de RTT). Mais il faut

conserver un temps suffisant pour assurer une bonne transmission des informations concernant les patients. De ce fait, les temps de recouvrement et les temps de transmission tendent à se superposer.

Néanmoins, certains établissements ont choisi de conserver des temps de recouvrement assez importants (parfois jusqu'à 1h30), supérieurs à ce qui est strictement nécessaire pour la transmission. Leur problématique consiste alors à utiliser de façon optimale ces temps de recouvrement, par exemple pour des activités de formation, des groupes de travail, des groupes de parole, etc.

Par ailleurs, de nombreux services ont adopté la méthode des transmissions ciblées, laquelle permet de mieux structurer et hiérarchiser les informations à transmettre. Il semble difficile de descendre au-dessous d'un temps minimum de transmission, notamment en milieu de journée où se situent en général les temps de transmission les plus longs pour tenir compte de l'activité importante du matin (beaucoup de soignants estiment que la durée de 30mn est un seuil limite, qui pose déjà des problèmes dans un certain nombre de situations).

Les temps collectifs périodiques et la coordination avec d'autres catégories professionnelles

Ces temps sont nécessaires à la coordination des soignants et au suivi des patients. C'est le cas des réunions de synthèse destinées à faire le point sur l'évolution des patients accueillis, par exemple dans des services de psychiatrie, de soins palliatifs ou de SSR. Ces réunions sont pluridisciplinaires et supposent donc la présence conjointe des soignants et d'autres catégories professionnelles. Autre exemple de temps collectif : les groupes de parole dans des services de psychiatrie, d'oncologie ou de soins palliatifs.

Ces contraintes de fonctionnement peuvent avoir un impact sur la maquette, en conduisant à programmer des présences simultanées un jour donné ou en allongeant un poste de matin une fois par semaine pour augmenter le temps de recouvrement.

De plus, la coordination avec d'autres intervenants dans la prise en charge, dont nous avons souligné l'importance au paragraphe précédent, pose des problèmes d'ordre organisationnel, en particulier lorsque la prise en charge est pluridisciplinaire (SSR, psychiatrie, etc.).

Par exemple, dans un service de psychiatrie accueillant des patients pendant de longues périodes, l'élaboration d'une maquette de référence s'est avérée difficile, car la prise en charge repose beaucoup sur l'organisation d'« activités groupales » (activités artistiques, groupes de parole, sorties encadrées, etc.). Ces activités peuvent mobiliser à la fois des soignants, des psychologues, des psychiatres, des ergothérapeutes, etc. Or, la plupart de ces catégories travaillent à temps partiel dans l'établissement, mais sans avoir de jour fixe prévu dans le service. De ce fait, la programmation des activités se fait avec une assez faible visibilité, en fonction des disponibilités de chacun pour le mois à venir. Le diagnostic a conduit à poser la question d'une approche différente qui pourrait consister à structurer une maquette d'organisation stable et à organiser les activités à partir de cette trame.

1.2.4. Les caractéristiques des ressources humaines

La méthode de calcul des effectifs sera abordée au § 3 du présent chapitre ; il convient cependant de citer ici des éléments qui peuvent influencer directement sur la conception de la maquette. En effet, celle-ci ne se conçoit pas dans l'absolu (sauf si l'on réfléchit en amont de la création d'une nouvelle activité, ce qui est rare), mais à partir d'une structure d'effectifs à un moment donné.

Deux questions se posent alors :

- comment intégrer la répartition existante entre des salariés à temps plein et des salariés à temps partiel ?
- comment tenir compte de la structure des qualifications et des compétences disponibles ?

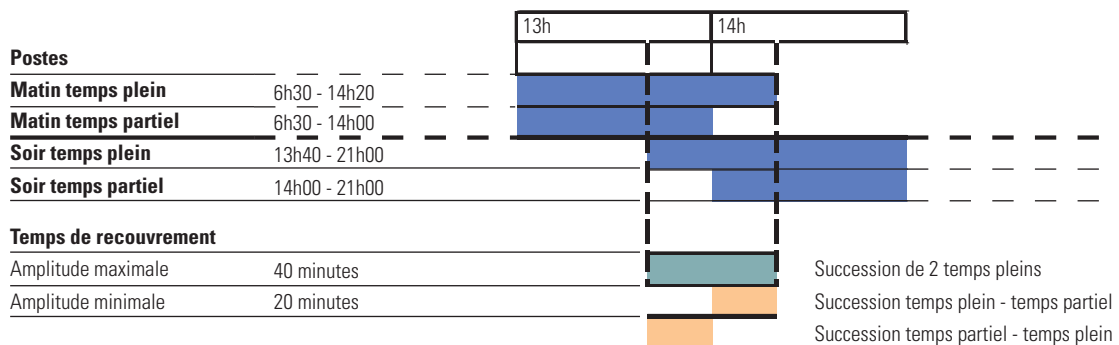
Les temps partiels et leurs modalités

La place du temps partiel dans la structure d'effectifs d'un service est un facteur qui peut peser fortement sur l'organisation du travail.

Cela dépend d'abord du nombre de temps partiels dans l'effectif. Pour un même niveau d'équivalents temps plein (ETP), l'accroissement du nombre de personnes physiques augmente les problèmes de coordination, de transmission d'informations, de continuité des prises en charge et de gestion des plannings (cf. chapitre 2).

Ensuite, il faut tenir compte des modalités de temps partiel pratiquées. Souvent, les salariés à temps partiel pratiquent les mêmes postes de travail que les temps pleins et le temps partiel se traduit par un nombre fixé de jours de récupération. Mais les temps partiels peuvent aussi avoir des horaires particuliers, correspondant soit à leurs souhaits personnels (temps choisi) soit à des contraintes de l'organisation (temps partiel imposé).

Par exemple, dans le service de psychiatrie évoqué plus haut, les postes des salariés à temps plein ont une durée de 7h20 (avec 10 jours annuels de RTT), tandis que les temps partiels travaillent sur des postes de 7h. Ceci pose des problèmes au moment des transmissions de milieu de journée, car selon la façon dont les temps pleins et les temps partiels se succèdent, le temps de recouvrement commun entre l'équipe de matin et l'équipe d'après-midi est de 40mn, ou descend à 20mn (voir schéma ci-dessous).



Or, un temps de transmission suffisamment long pour pouvoir passer en revue tous les patients était jugé indispensable par les soignants. Une piste d'évolution, proposée à l'issue du diagnostic, était donc d'harmoniser les durées quotidiennes à 7h20, sachant que cela risquait de poser des problèmes financiers du fait de l'augmentation du nombre de jours RTT à donner.

Les qualifications et les compétences

La répartition des différentes qualifications présentes dans le service ou le pôle (IDE, AS, ASH, etc.) peut, dans certains cas, influencer sur la conception des organisations. En cas de pénurie relative d'une catégorie (par exemple d'IDE), certains services cherchent à élargir le périmètre géographique du poste tout en ciblant l'activité sur les tâches prioritaires non déléguables et en transférant sur d'autres catégories certaines tâches déléguables. C'est le cas, par exemple, pour les IDE de nuit qui sont souvent amenées à prendre en charge transversalement plusieurs services.

Il faudra alors veiller dans l'analyse (et notamment au niveau des effectifs nécessaires) à prendre en compte cet élargissement du raisonnement sur plusieurs services.

La réflexion devra aussi intégrer les possibilités de polycompétences, et la gestion prévisionnelle des métiers et compétences. Elles vont conduire à retenir un niveau de « finesse » plus ou moins élevé dans la conception de la maquette présente ou à venir. Ainsi, dans la maternité déjà évoquée, les soignants ne peuvent ou ne souhaitent pas tous « tourner » dans les trois unités (salle d'accouchement, service d'hospitalisation et néonatalogie). Cette situation conduit finalement à élaborer quatorze plannings différents, lorsque l'on croise le lieu précis de travail, la catégorie professionnelle, et l'existence d'horaires fixes de jour et de nuit pour certaines catégories (cette situation est décrite en détail au chapitre 2, § 3.6). Dans un autre contexte où les soignants alterneraient entre les trois activités, la maquette serait simplifiée.

1.2.5. La charge de travail et la pénibilité

La conception de l'organisation doit aussi se préoccuper de ses effets en matière de charge de travail, de pénibilité et plus largement de conditions de travail.

Deux questions sont à considérer :

- les effectifs assignés à chaque poste de travail dans la maquette correspondent-ils à une charge de travail acceptable ?
- les postes de travail envisagés posent-ils des problèmes en termes de pénibilité (fatigue liée à la durée des postes, contraintes des horaires par rapport au sommeil, effets des rythmes d'alternance, etc.) ?

La charge de travail

La définition des effectifs assignés à chaque poste de travail a un impact direct en termes de charge de travail, donc de pénibilité du travail.

La notion de charge de travail met en relation une activité et des effectifs. La façon la plus simple (et donc aussi réductrice de la complexité du sujet) consiste à raisonner en volumes d'heures de travail, rapportés à des indicateurs d'activité (nous avons vu plus haut diverses approches de ces indicateurs). Ceci permet de construire des ratios, plus ou moins fins selon soit un raisonnement global sur l'ensemble de l'organisation, soit une analyse plus fine par jour ou par tranche horaire.

Les indicateurs globaux fréquemment rencontrés sont :

- le volume d'heures de travail disponible par patient ;
- le nombre de patients pris en charge par ETP.

Ces indicateurs peuvent être calculés par poste de travail (matin - soir - nuit), par jour de semaine et jour de week-end, etc.

Selon l'activité, des indicateurs davantage représentatifs d'une problématique peuvent être utilisés.

Dans la maternité étudiée, la question de l'inégalité des charges de travail entre soignants des deux étages de l'unité d'hospitalisation a été soulevée. L'analyse a montré que la charge de travail était à relier à la fois au nombre de nourrissons pris en charge et au nombre de femmes césariées, lesquelles demandent un suivi plus important. C'est pourquoi, deux indicateurs ont été analysés pour chacune des deux catégories (sages-femmes et auxiliaires puéricultrices), dans les deux étages :

- le ratio du nombre de bébés par soignant présent ;
- le ratio du nombre de femmes césariées par soignant présent.

Cette analyse a conduit à faire évoluer les principes de répartition des femmes césariées entre les deux étages, pour mieux équilibrer la charge.

Des méthodes plus précises d'évaluation de la charge en soins existent et ont été utilisées dans un certain nombre d'établissements, en particulier les méthodes SIIPS (soins infirmiers individualisés à la personne soignée), PRN (programme de recherche en nursing) et PANDISCAN. Elles sont parfois critiquées pour leur lourdeur de mise en œuvre, mais elles peuvent apporter des points de repères utiles, notamment si l'on peut disposer de données étalées dans le temps pour apprécier des tendances d'évolution (plutôt que les niveaux absolus à un moment donné).

Dans des services de long séjour, le suivi de l'indicateur de dépendance des personnes âgées (indice GIR) peut aussi donner une appréciation assez fiable de l'évolution de la charge de travail, notamment au niveau de la réalisation des toilettes.

Mais l'appréciation de la charge de travail est un sujet très complexe qui ne peut se réduire au calcul de ratios. Sans entrer dans les détails, on peut évoquer plusieurs aspects.

Tout d'abord, la charge de travail comprend plusieurs composantes :

- *la charge physique*, souvent importante dans un service de soins (port de charges, manutentions, postures difficiles, déplacements...), dépend notamment du nombre de patients pris en charge, de leur profil plus ou moins « lourd » et de leur répartition dans le service ;
- *la charge cognitive* liée au traitement d'informations (gestion du dossier patient, transmissions, calcul de dilution de solutés, etc.), aux contraintes de mémorisation (consignes, protocoles, etc.), aux contraintes de délais nécessitant des décisions rapides, etc. ;
- *la charge psychique* engendrée par la gestion des relations avec les patients et les collègues, la confrontation à la souffrance et la mort, le stress, l'angoisse face à des risques d'erreurs, etc.

Ensuite, cette charge de travail est éminemment variable, à la fois selon l'état des patients qui peut connaître des évolutions d'un jour sur l'autre, selon le renouvellement des patients ou selon la composition de l'équipe un jour donné (par exemple, si l'équipe comprend un remplaçant qui n'est pas habitué au service).

La perception de la charge de travail par les agents/salariés est en interaction forte avec l'organisation du travail et les marges de manœuvre qu'elle laisse pour réguler l'activité (temps de transmissions, possibilités de travail en binôme, pauses, moments d'échanges et de convivialité, etc.). Les possibilités d'entraide et de coopération sont notamment un facteur important.

Il n'est donc pas envisageable de fixer de façon totalement objective le niveau d'effectif pertinent, mais il semble important qu'un questionnement existe sur cet aspect lors de la formalisation de la maquette. Les contraintes budgétaires sont souvent fortes, néanmoins il peut exister des marges de manœuvre sur certains aspects, tels que la répartition des effectifs entre les différents postes de travail.

La pénibilité des horaires

Selon l'analyse de la charge de travail qui peut être faite (notamment au niveau de l'importance de la charge physique), on pourra s'interroger sur la faisabilité de certaines organisations temporelles et leurs risques induits.

C'est le cas en particulier si l'on envisage des maquettes avec des postes de travail longs (10 ou 12h dans certains cas). Ces organisations sont envisagées pour des raisons économiques (réduction des temps de recouvrement), sociales (diminution du nombre annuel de jours de travail, diminution de la fréquence des week-ends travaillés) ou de

continuité de prise en charge (une seule prise de relais par jour). Mais il faut s'assurer que les inconvénients en termes de pénibilité ne sont pas trop élevés, car le risque à terme d'effets induits négatifs peut exister (fatigue et arrêts maladie, turn-over, etc.).

Il faut parfois s'interroger sur le choix des horaires de début ou de fin de travail en termes d'impacts sur le sommeil (surtout si les salariés habitent loin de l'établissement et ont des temps de trajet importants).

Le choix des postes détermine aussi l'amplitude de repos entre les postes. Un point délicat peut résider dans la possibilité ouverte, ou non, de successions directes entre des postes du soir et des postes du matin. En effet, cette succession peut présenter des avantages :

- éviter des séquences trop longues du même poste (matins ou soirs) ;
- augmenter l'amplitude des temps libres, notamment le week-end (car on peut finir sur un vendredi matin et reprendre par un lundi soir) ;
- faciliter les transmissions (il y a eu peu de changement quand on reprend le matin directement après un soir, ou bien lorsque l'on reprend le soir après un repos, le temps de recouvrement étant plus long pour se remettre à niveau d'information).

Toutefois, cette pratique présente aussi l'inconvénient de raccourcir notablement le temps de repos, parfois en deçà des obligations conventionnelles (par exemple, dans la Convention collective FEHAP, le temps de repos doit être d'au moins 12h). Outre la pénibilité induite, cela peut entraîner l'obligation d'une contrepartie en temps de récupération qui est coûteuse.

1.3. Exemples de démarche

Deux exemples, issus de missions réalisées dans le cadre du chantier d'approfondissement MeaH 2006-2007³, permettent d'illustrer certains points exposés ci-dessus.

1.3.1. Redéfinir l'organisation des AS dans un service de SSR

Contexte

Il s'agit d'un service de soins de suite et réadaptation de vingt-quatre lits, orienté sur la prise en charge de pathologies neurologiques lourdes (suites d'AVC, traumatismes crâniens, etc.). Une partie de l'activité est réalisée en hôpital de jour, avec une forte variabilité. Il existe un plateau technique de rééducation.

Outre les soignants, la prise en charge des patients mobilise de nombreux métiers différents : médecins, kinés, orthophonistes, ergothérapeutes. Le service se caractérise par une très forte proportion de contrats à temps partiel, y compris chez les soignants (78 % des IDE et 56 % des AS sont à temps partiel).

3. On trouvera une analyse des projets dans leur globalité dans le rapport final Temps de travail des soignants et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques, de mai 2008, disponible sur le site : www.MeaH.sante.gouv.fr (établissements H25, p. 15 à 20, et H24, p. 25 à 28).

Organisation initiale

La maquette d'organisation initiale, pour les IDE et AS, était la suivante :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
IDE matin	2	2	2	2	2	1	1
IDE après-midi	1	1	1	1	1	1	1
AS matin	5	4	4	5	5	4	3
AS après-midi	2	2	2	2	2	2	2

Horaires

Matin : 6h45 - 14h34 (amplitude 7h49 - durée effective 7h34)

Après-midi : 13h56 - 21h30 (amplitude 7h34 - durée effective 7h34)

N.B. : l'organisation de nuit, non abordée ici, est assurée par une équipe spécifique.

Le constat essentiel est la variabilité du nombre d'AS présentes selon le jour de la semaine. L'un des facteurs explicatifs est que deux médecins sont présents le jeudi et le vendredi, pour un seul en début de semaine.

Il faut ajouter à ce tableau la présence de deux AS affectées au plateau technique : l'une pour le bio-nettoyage, l'autre pour le brancardage. Les horaires sont différents de l'hospitalisation (amplitude 8h - durée effective 7h45).

De plus, les métiers du plateau technique se caractérisent par une variabilité des effectifs présents selon le jour. Par exemple, le nombre de kinés varie de 3 à 5, le nombre d'ergothérapeutes varie de 3 à 4, sans que cette variation soit clairement reliée à une programmation de l'activité.

Il faut enfin mentionner le besoin de plusieurs réunions de coordination, nécessaires compte tenu du grand nombre d'intervenants :

- réunions hebdomadaires de fonctionnement par catégorie (kinés, AS, ergothérapeutes) ;
- réunion de synthèse hebdomadaire pluridisciplinaire (passage en revue des patients) ;
- réunions pluridisciplinaires ponctuelles « P3I » en présence du patient et de sa famille, selon le projet thérapeutique.

La démarche suivie

Le diagnostic initial avait mis en lumière :

- l'importance des cloisonnements, à la fois entre métiers (difficultés à organiser et faire vivre la pluridisciplinarité au profit du patient) et entre les deux unités (hospitalisation et plateau technique) ;
- la variabilité des effectifs présents selon le jour, liée à de nombreux facteurs (importance des temps partiels, gestion des absences, manque de coordination, etc.).

Le projet s'est donc centré sur des objectifs de décroisement et de stabilisation des organisations, dans une approche conjointe des soignants et des métiers du plateau technique.

Le fil directeur a été de partir d'une description du parcours du patient en distinguant l'hospitalisation complète et l'hospitalisation de jour. Pour chaque étape, depuis l'inscription préalable jusqu'à la sortie, en passant par le processus d'entrée et les moments clefs du séjour, il s'agit de clarifier la nature des activités réalisées par chaque catégorie et de se questionner sur les améliorations envisageables.

Cette démarche a conduit à centrer les évolutions d'organisation sur les paramédicaux (kinés et ergothérapeutes) et sur les AS. En complément, une étude a été réalisée sur les possibilités de redistribuer le travail entre les AS d'hospitalisation et les deux AS du plateau technique, et ce, afin d'éviter que ces dernières ne restent isolées de l'équipe soignante.

Les changements d'organisation opérés

Une nouvelle maquette d'organisation

En ce qui concerne le plateau technique, les principes d'organisation retenus sont de garantir au minimum la présence de :

- 4 kinés les jours de semaine (entre 3 et 5 auparavant) ;
- 3 ergothérapeutes hors périodes de congés (entre 2 et 4 auparavant).

Cette stabilisation nécessite en particulier d'améliorer le lissage de la programmation des congés et RTT.

Pour les AS, la nouvelle maquette d'organisation retenue est la suivante (pas de changement pour les IDE) :

Hospitalisation	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
AS matin	5	5	5	5	5	5	3
AS après-midi	2	2	2	2	2	2	2

On voit que cette maquette stabilise les présences à cinq AS chaque matin, sauf le dimanche. Ceci renforce les ressources par rapport à la situation initiale les mardis, mercredis et samedis. Ce renforcement est compensé par un ensemble de mesures qui accroissent l'efficacité globale de l'organisation.

Modifications de certains horaires avec harmonisation entre hospitalisation et plateau technique :

- les horaires des kinés, ergothérapeutes et AS du plateau technique ont été harmonisés avec ceux de l'hospitalisation et passent à 7h34 au lieu de 7h45 auparavant (gain estimé de 0,11 ETP en kiné), ce qui les réintègre dans les règles générales de l'accord RTT (avec 17 jours de RTT) ;
- le poste d'AS de brancardage voit ses horaires décalés pour mieux répondre aux besoins du plateau technique (démarrage à 8h45 au lieu de 8h et fin à 16h34 au lieu de 16h).

Réorganisations du travail :

- le repas du soir a été retardé de 15mn (18h15 au lieu de 18h) et le petit-déjeuner est maintenant servi de 7h30 à 8h, avant la réalisation des toilettes, ce qui entraîne une diminution du jeûne nocturne d'au moins 45mn pour tous les patients ;
- les différentes réunions hebdomadaires font l'objet d'une programmation plus détaillée ;
- un travail est en cours pour améliorer les documents de bilan des rééducateurs.

Redistribution du travail entre AS

Des scénarios de réorganisation ont été étudiés par un groupe de travail. Le scénario retenu prévoit que les AS du plateau technique viennent travailler à tour de rôle (un mois sur deux) en hospitalisation, deux jours par semaine. Elles fonctionnent alors en binôme avec une AS d'hospitalisation.

1.3.2. Repenser la sectorisation de l'activité dans un service de chirurgie

Contexte

Il s'agit d'un service de chirurgie important (43 lits) avec trois orientations d'activité : l'orthopédie, la chirurgie viscérale et les spécialités (odontologie, ORL, ophtalmologie).

Ces activités sont réparties dans deux ailes :

- l'une de 27 lits (15 en orthopédie, 12 en viscéral) avec une salle de soins commune ;
- l'autre de spécialités (16 lits) avec des boxes de consultations.

Organisation initiale

La répartition initiale des postes de travail est la suivante :

Catégorie	Lundi au vendredi			Week-end		
	Matin	Soir	Nuit	Matin	Soir	Nuit
IDE	4	4	2	3	3	2
AS	6	6	2	5	6	2

Horaires

Matin 6h00 - 14h00 (amplitude 8h - décompte travail effectif 8h)

Après-midi 13h30 - 21h00 (amplitude 7h30 - décompte 7h30)

Nuit 20h30 - 6h30 (amplitude 10h - décompte 10h)

Les IDE et les AS sont sectorisées en fonction des pathologies (un secteur orthopédique, un secteur viscéral et un secteur spécialités) :

- en semaine le matin et l'après-midi, on a une IDE et deux AS par secteur, et la quatrième IDE est transversale (elle intervient en fonction de la charge de travail dans l'un ou l'autre des secteurs) ;
- le week-end, on a également une IDE et deux AS par secteur, sauf le matin pour les AS où certaines travaillent de façon transversale.

Par contre, il n'y a pas de travail en binôme IDE/AS.

La démarche suivie

Le diagnostic avait souligné plusieurs problèmes :

- l'existence d'un secteur mélangeant chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale n'est pas optimale du point de vue des contraintes d'hygiène ;
- la sectorisation existante ne facilite pas la mise en place d'un travail en binôme entre IDE et AS, d'où une réalisation des soins « en série » ;
- de plus, la spécialisation relative des soignants par pathologie limite la polyvalence entre secteurs.

Un des objectifs du projet a donc été de réfléchir à une nouvelle répartition du travail entre les soignants. Cette réflexion a intégré l'hypothèse de pouvoir faire évoluer les modes de prise en charge (création envisagée d'une hospitalisation de semaine).

La réorganisation définie

Cette réorganisation est fondée à la fois sur un redécoupage des secteurs, l'introduction du travail en binôme IDE/AS et enfin la création d'une hospitalisation de semaine envisageable, en particulier pour les chirurgies spécialisées.

Le service sera découpé en quatre secteurs au lieu de trois :

- un secteur de chirurgie orthopédique de 14 lits (avec création d'une salle de soins dédiée) ;
- un secteur de chirurgie digestive de 9 lits ;
- un secteur ORL de 10 lits ;
- un secteur polyvalent de 10 lits d'hospitalisation de semaine.

La nouvelle répartition des postes de travail est la suivante :

Catégorie	Secteur	Lundi au vendredi			Week-end		
		Matin	Soir	Nuit	Matin	Soir	Nuit
IDE	Ortho	1	1	2	1	1	2
	Digestif	1	1		1	1	
	ORL	1	1		1	1	
	Polyvalent	1	1				
AS	Ortho	1	1	2	1	1	2
	Digestif	1	1		1	1	
	ORL	1	1		1	1	
	Polyvalent	1	1				
	Volante	2	1		1	1	

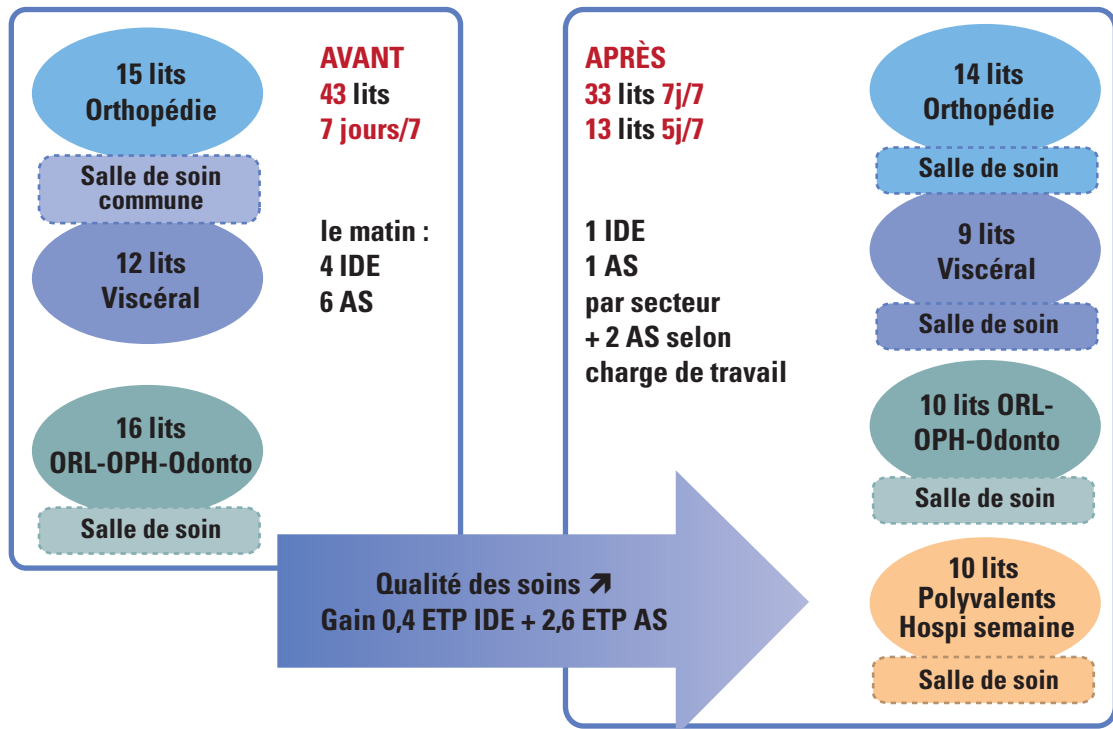
Dans chaque secteur, l'IDE travaille en binôme avec une AS. L'effectif d'AS est renforcé par des volantes qui interviennent dans les secteurs en fonction de la charge de travail.

Les horaires de travail l'après-midi vont changer, en passant à une durée de 7h au lieu de 7h30 (13h45 à 20h45) et le poste du matin reste d'une durée de 8h, ce qui permet d'aboutir à une moyenne de 7h30 entre les postes de matin et d'après-midi conforme à l'accord local RTT (7h30 quotidiennes et 15 jours RTT). Cela n'était pas le cas jusqu'à présent (la moyenne était de 7h45) et induisait des récupérations supplémentaires.

Ce changement conduit à raccourcir les temps de recouvrement, cependant la redéfinition des secteurs et l'introduction du travail en binôme vont faciliter le travail de transmission.

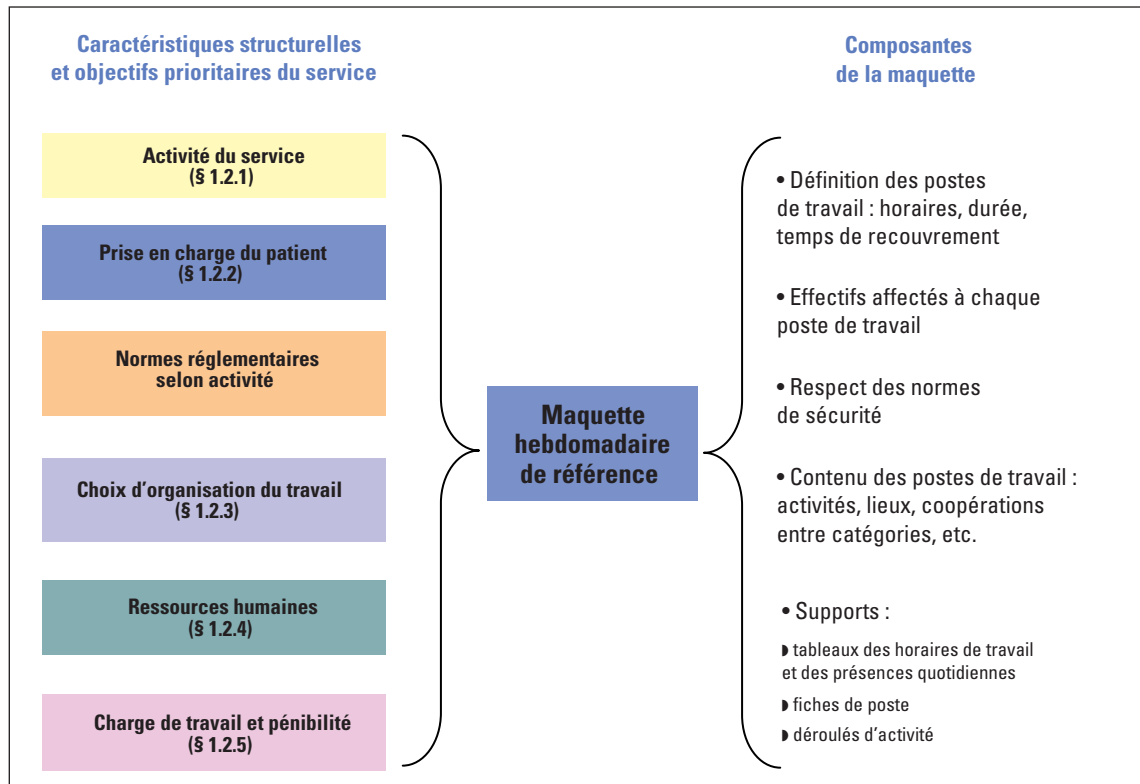
La fermeture d'une partie des lits le week-end permet de réduire le besoin en effectifs (l'estimation réalisée est un gain de 2,6 ETP d'AS, par rapport à l'effectif actuel de 20,5 ETP, et un gain de 0,4 ETP sur les IDE, par rapport à un effectif actuel de 13,5 ETP). Ces gains seront redéployés dans le pool pour la gestion de l'absentéisme, ce qui pourra diminuer les mensualités de remplacement.

La réorganisation peut être résumée par le schéma ci-dessous :



Le schéma ci-dessous synthétise les étapes décrites dans les §1.2.1 à 1.2.5 de ce chapitre :

Processus-type de formalisation d'une maquette d'organisation



2. Définir (si besoin) les adaptations de la maquette à la variabilité structurelle

La définition d'une maquette d'organisation hebdomadaire permet de disposer d'une structure de référence quant à la façon de répartir et de coordonner les ressources humaines disponibles dans une situation habituelle.

Mais cette vision de l'organisation va devoir être confrontée à ce qui constitue une caractéristique majeure de l'activité de soins : la variabilité. Plus encore, peut-être, que d'autres activités, les services de soins doivent faire face à de nombreuses sources de variabilité qui font qu'aucune semaine ne ressemble exactement à une autre.

Ce constat ne veut pas dire pour autant qu'il faille se résigner à subir totalement ces variations, sans chercher à définir des réponses organisationnelles permettant d'adapter, au moins partiellement, les ressources et les modes de fonctionnement.

Cette adaptation va dépendre en premier lieu de la nature des facteurs de variabilité à gérer qui peuvent être anticipés. Il s'agit en l'occurrence de variations structurelles à l'intérieur de l'année : elles peuvent faire l'objet d'approches statistiques, de prévisions (plus ou moins fiables cependant) et donc d'une adaptation des organisations ou de la gestion des ressources. Ce sont donc des variations partiellement maîtrisables.

Dans cette partie seront abordées les conséquences de ces variations en termes de conception de la maquette d'organisation. La question pour le service est ici de savoir s'il est pertinent de définir plusieurs maquettes d'organisation correspondant à des périodes différentes dans l'année.

2.1. Les facteurs de variabilité

Deux facteurs principaux sont à prendre en compte :

- les variations saisonnières de la demande de soins ;
- les variations de l'offre de soins liées à la programmation des congés payés et à la gestion des lits.

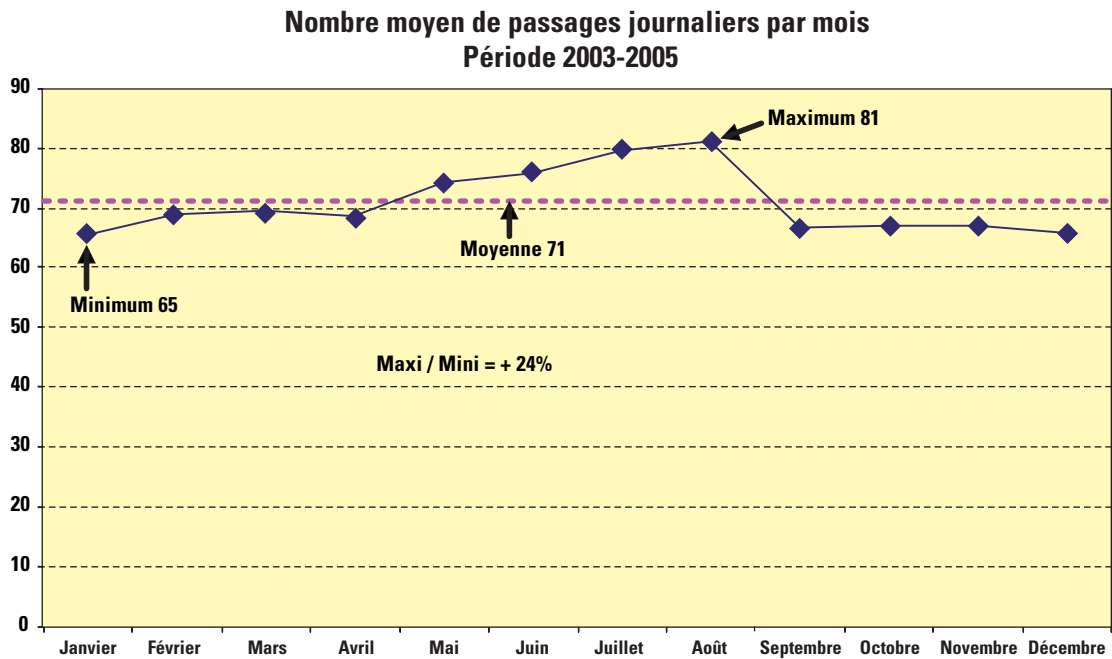
2.1.1. Les variations saisonnières de l'activité

La présence de variations saisonnières d'activité est très inégale selon les services. Dans les établissements situés en zone touristique, la saisonnalité de la demande de soins est évidente.

- *Exemple : un service d'accueil des urgences en zone touristique.*

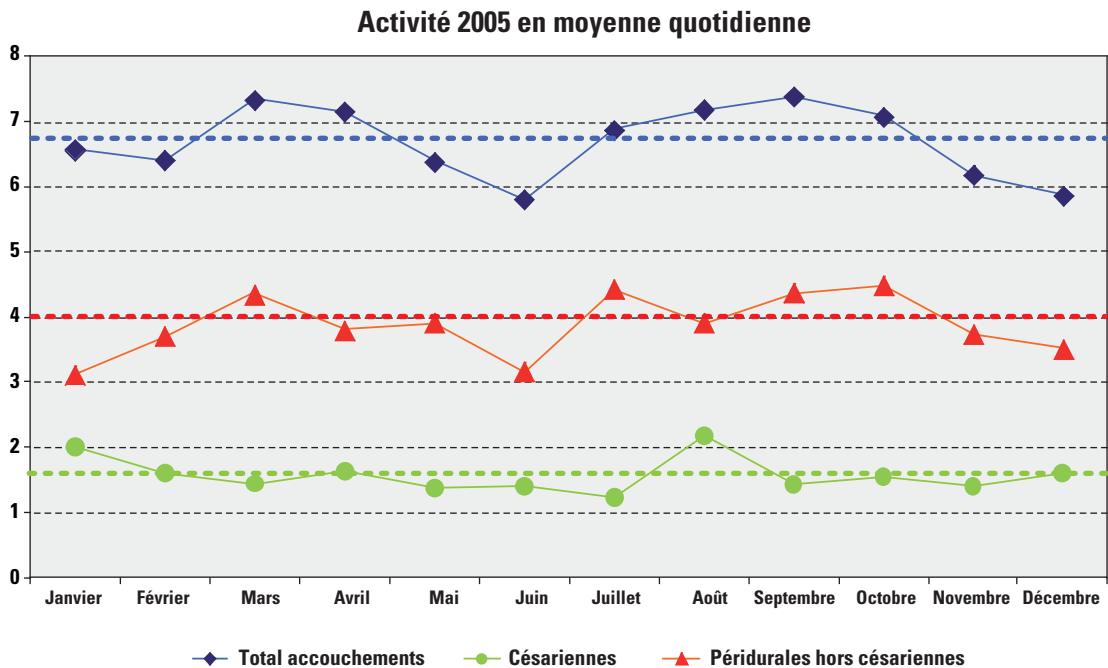
Le graphique ci-après représente les moyennes quotidiennes de passages, calculées sur le mois, sur une période de trois ans.

On constate que l'activité d'été est supérieure d'environ 20 à 25 % à l'activité d'automne. Par ailleurs, il est utile de remarquer que la « montée en charge » de l'activité saisonnière commence dès le mois de mai. Ces données présentent une fiabilité élevée puisqu'il s'agit de moyennes constatées sur trois ans. Les bases sont donc assez solides pour réfléchir à une organisation adaptée.



Dans d'autres cas, il est moins facile d'interpréter les résultats, mais l'analyse peut a minima permettre de repérer quelle est la fourchette de variation à laquelle le service peut s'attendre.

- Exemple de la maternité de Franche Comté :



Cette analyse a cherché à repérer les périodes fortes en cours d'année sur trois indicateurs d'activité. On observe qu'il n'y a pas de corrélation complète : si le nombre de péridurales varie de façon analogue au nombre d'accouchements (le coefficient de corrélation statistique est de 73 %), le nombre de césariennes est plus stable (le coefficient de corrélation n'est que de 16 %), à l'exception de deux pointes en janvier et août, difficiles à interpréter.

Cette analyse donne une estimation de la fourchette de variation, de l'ordre de -15 % à +10 % par rapport à la moyenne. Concrètement, la stratégie d'organisation du travail découlant de cette activité sans période de pointe marquée, ni période de faible activité, a été d'adopter une maquette d'organisation stable tout au long de l'année (maquette présentée en détail dans le chapitre 2). Ce choix oblige alors les cadres à trouver systématiquement des ressources de remplacement pour obtenir des effectifs présents identiques tous les jours de l'année.

Ici, la gestion des congés et des remplacements va donc être une problématique importante. L'analyse réalisée, si elle ne conduit pas à modifier la conception de la maquette à certaines périodes, peut être utile pour repérer des périodes de charge de travail plus forte et réfléchir à des moyens organisationnels de réguler cette charge de travail.

Par ailleurs, à partir de ces premiers constats, la maternité a initié un projet d'estimation prévisionnelle de son activité. En effet, même si tous les accouchements pratiqués ne sont pas le fait de femmes suivies dès le début de leur grossesse par des médecins de la clinique, c'est le cas d'une bonne partie d'entre elles. Il est donc envisageable d'exploiter les données d'activité des médecins concernant les premières consultations de début de grossesse, cela pouvant permettre d'estimer plusieurs mois à l'avance l'activité mensuelle. Néanmoins, ce projet suppose d'organiser un dispositif systématique de recueil de données auprès de tous les médecins, ce qui n'est pas évident à mettre en place et à fiabiliser.

2.1.2. L'adaptation de l'offre de soins liée à la programmation des congés payés et à la gestion des lits

Les variations d'activité dont nous venons de parler s'imposent au service. Mais dans une certaine mesure, l'établissement détermine lui-même une variabilité intra-annuelle, à travers la manière dont sont abordées la programmation des congés payés ainsi que les fermetures de lits.

La programmation des congés payés tient compte de règles prédéterminées dans l'établissement (nombre de semaines consécutives garanties à chaque agent pendant la période estivale, ratio de présences minimales dans le service, critères de priorité dans l'acceptation des demandes, etc.). Toutefois, il peut être possible de concentrer ou au contraire d'étaler les prises de congés sur certaines périodes, en fonction des prévisions disponibles des niveaux d'activité et en intégrant la concertation avec les soignants pour tenir compte des différents souhaits.

Cette approche des congés doit prendre en compte les politiques de fermeture de lits ou de salles de bloc opératoire, notamment pendant la période estivale. Cette restriction volontaire de l'offre permet d'anticiper une activité moindre pour les services directement concernés (par exemple, la chirurgie).

Il est souhaitable que ces fermetures de lits soient décidées suffisamment tôt dans l'année pour qu'elles puissent être intégrées dans la programmation des congés par tous les acteurs, que ce soit les médecins ou les soignants. Dans certaines missions MeaH sur le temps médical, des projets ont été conduits pour anticiper davantage ces décisions en formalisant un processus. Dans des activités comme le bloc opératoire, cela a pu permettre de mieux coordonner les absences des anesthésistes et des chirurgiens, avec pour conséquences pour les soignants la possibilité d'anticiper leur propre organisation.

2.2. Les modalités d'adaptation de la maquette

L'aménagement de la maquette d'organisation de référence dépend de la nature des variations auxquelles on souhaite s'adapter :

- en période de forte activité, on sera conduit à créer de nouveaux postes de travail, à allonger la durée de certains postes, ou à renforcer en effectifs des tranches horaires ou des jours particuliers ;
- en période de faible activité ou de congés, on pourra au contraire alléger le nombre de présences sur certains postes de travail, réduire leur durée ou en supprimer certains.

Si nous reprenons notre exemple initial (chapitre 1, §1.1, 2^e tableau), on peut imaginer que pendant une certaine période (congés, fermeture de lits), l'un des secteurs soit fermé par rotation. La maquette pourra alors être adaptée en ce qui concerne les postes de travail sectorisés :

Maquette d'organisation adaptée à une période d'activité réduite

Poste	Lundi au vendredi				Week-end			
	Matin	Soir	Jour	Nuit	Matin	Soir	Jour	Nuit
IDE secteur	3 ⇔ 2	3 ⇔ 2			3 ⇔ 2	3 ⇔ 2		
IDE service			1	2				2
AS secteur	6 ⇔ 4	6 ⇔ 4			3 ⇔ 2	3 ⇔ 2		
AS service				2	2	2		2

Cette nouvelle maquette mobilise quatorze postes d'IDE et vingt-quatre postes d'AS de moins qu'en activité normale.

La définition de ces maquettes doit cependant rester compatible avec les objectifs de qualité de prise en charge et avec un niveau de charge de travail acceptable pour les soignants.

Par exemple, dans le cas où l'activité n'est pas significativement plus faible mais où la gestion des congés conduit à accepter un fonctionnement à effectif réduit sur certains postes, l'adaptation de la maquette revient à augmenter la charge de travail à certaines périodes. Le degré « d'acceptabilité » de cette solution doit s'apprécier à la fois par rapport au niveau d'activité sur la période considérée et à la durée de cette période. Il peut être acceptable de fonctionner selon une organisation plus exigeante si cela est demandé sur une courte période, mais cela devient inacceptable sur une durée de plusieurs semaines consécutives.

Par exemple, dans un service de long séjour, la charge de travail ne varie pratiquement pas pendant la période estivale si le nombre de lits ouverts n'est pas réduit (le nombre de toilettes sur des personnes dépendantes reste le même) : les marges de manœuvre pour adapter la maquette d'organisation sur un mode dégradé sont alors faibles.

La situation est tout autre pour un service de chirurgie où l'on sait que des chirurgiens vont être absents, et où une partie des lits va éventuellement pouvoir être fermée.

Cette évolutivité de la maquette est notamment adaptée à des situations où il existe une certaine prévisibilité des variations d'activité et où celles-ci présentent une ampleur suffisante pour justifier le passage à une organisation modifiée dans sa structure, en particulier les services confrontés à une activité liée au tourisme et à la gestion de périodes assez longues de fermeture de lits. Dans d'autres cas où la variabilité n'est pas d'une ampleur élevée, il sera préférable de rechercher d'autres modes de gestion de cette variabilité (c'était le cas dans l'exemple de la Maternité que nous avons développé plus haut).

3. L'approche des effectifs

3.1. L'estimation de l'effectif théorique nécessaire

La démarche réalisée dans les deux premières étapes (§ 1 et 2 de ce chapitre) procure une base pour calculer un effectif nécessaire correspondant à la maquette d'organisation et à ses adaptations éventuelles en cours d'année.

Mais souvent, les échanges sont rendus complexes par le fait que chacun adopte une façon particulière de comprendre le mot « effectif ».

Pour un soignant, l'effectif est perçu comme le nombre de personnes physiquement présentes sur les postes (par exemple, combien d'aides-soignantes le matin pour faire tant de toilettes ?). Cette réalité vécue est-elle conforme à l'effectif prévu par la maquette ou bien se trouve-t-on régulièrement face à un effectif incomplet ?

Pour le cadre du service, ou la direction des soins, la question vue globalement est de savoir de combien d'effectifs permanents le service a besoin, compte tenu de son activité, lorsque tous les paramètres sont pris en compte : conception de la maquette d'organisation, nature des variations d'activité, modalités de gestion des congés et des remplacements, etc.

Pour la direction, il s'agit de savoir quel niveau d'effectif accorder à chaque service, compte tenu des contraintes budgétaires globales, mais aussi de la situation en matière d'absentéisme. Il s'agit également de dimensionner les moyens de remplacement transversaux qui pourront être utilisés.

Il est nécessaire de clarifier les concepts avant de proposer une approche au niveau du service.

3.1.1. L'unité de mesure : l'équivalent temps plein (ETP)

L'unité de décompte commune aux approches rencontrées est l'équivalent temps plein (ETP). Le recours à cette notion est rendu nécessaire par la prise en compte des temps partiels dans l'évaluation des ressources effectivement disponibles.

Le principe est simple : on utilise la quotité de temps partiel pour définir une équivalence. Ainsi, un salarié à mi-temps est décompté pour 0,5 ETP ; un salarié à 80 % pour 0,8 ETP, etc.⁴

L'addition de tous les salariés évalués en ETP donne la ressource du service.

Par exemple si un service compte 10 salariés dont 1 à mi-temps, 2 à 80 % et 7 à temps plein, l'effectif en ETP sera de $(7 \times 1) + (2 \times 0,8) + (1 \times 0,5) = 9,1$ ETP.

Cette unité ETP est avant tout une notion gestionnaire, laquelle ne dit rien sur la répartition des ressources au cours du temps ni sur la complexité d'organisation introduite par la multiplicité de temps partiels différents. On peut faire à ce propos deux remarques :

- pour le cadre, la notion d'effectif physique reste importante en termes de gestion du personnel et d'élaboration des plannings qui devront être établis avec autant de lignes que de salariés ou agents ;
- le calcul sera à affiner s'il existe des variations de temps partiel en cours d'année.

Par ailleurs, le calcul d'un effectif en ETP suppose d'être au clair sur la référence annuelle horaire correspondant à un salarié à temps plein. Par définition, 1 ETP = X heures

4. Attention : certains tableaux de bord de ressources humaines calculent les effectifs rémunérés et non pas les effectifs disponibles, ce qui peut conduire à des écarts dans la fonction publique où les temps partiels sont rémunérés au-dessus de la quotité de temps (par exemple, un 80 % est rémunéré 85,7% d'un temps plein).

de travail dues, selon les règles de l'accord local RTT ou par application de la convention collective (ce point est détaillé dans le chapitre 3).

Naturellement, les calculs seront faits en distinguant différentes catégories professionnelles selon la nature des activités (IDE, AS, ASH, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, etc.).

3.1.2. La notion de base : l'effectif théorique nécessaire (ETN)

C'est l'effectif qui découle mathématiquement de la maquette d'organisation définie (par la durée et la répartition des postes de travail, et les effectifs prévus sur chaque poste).

Le principe du calcul est le suivant :

- pour chaque période pendant laquelle une maquette a été définie, on calcule le volume horaire hebdomadaire de la maquette en additionnant les heures correspondant à tous les postes de travail nécessaires pour faire fonctionner l'organisation ;
- en multipliant ces volumes hebdomadaires par le nombre de semaines de chaque période, on en déduit un volume d'heures annuel nécessaire pour faire fonctionner ces maquettes pendant une année entière ;
- la division de ce volume d'heures par la durée annuelle de travail de référence d'un temps plein donne le nombre d'ETP nécessaires (il faut donc, le cas échéant, réaliser deux calculs si la durée de référence de jour est différente de celle de nuit).

Tableau de principe du calcul

Période	Nombre de semaines	Volume horaire hebdomadaire de la maquette	Volume horaire total
Activité standard Maquette A	N1	H1	$V1 = N1 \times H1$
Activité forte Maquette B	N2	H2	$V2 = N2 \times H2$
Activité basse ou congés Maquette C	N3	H3	$V3 = N3 \times H3$
Total année	$N1 + N2 + N3 = 52$	$H3 < H1 < H2$	$V = V1 + V2 + V3$

Si D est la durée annuelle de référence qui découle de l'accord local RTT, l'effectif théorique nécessaire est obtenu par le ratio V/D .

Cette notion d'effectif est qualifiée de théorique pour deux raisons :

- tout d'abord, on ne tient pas compte (pour l'instant) de l'absentéisme. Il s'agit de la ressource globale nécessaire pour faire fonctionner l'organisation, indépendamment de la réalité des temps travaillés et de la nécessité éventuelle de ressources de remplacement. Ce serait l'effectif nécessaire si le service ne connaissait aucun absentéisme ;
- ensuite, une hypothèse implicite de ce calcul est que, dans l'organisation du temps de travail, on peut « lisser » totalement la prise des congés payés, jours de RTT et autres récupérations (tous les droits à absences inclus dans le calcul de la durée annuelle) puisque l'on raisonne en moyenne en s'appuyant sur la durée annuelle du travail. Dans la pratique, la répartition des absences n'est pas totalement équilibrée sur l'année (avec notamment les prises de congés en été ou pendant les congés scolaires), et l'adéquation entre le schéma d'organisation et les effectifs présents n'est jamais parfaite.

Néanmoins, cette notion d'effectif présente deux grands avantages et il est important de la calculer au préalable d'autres approches plus fines.

- *Premier avantage* : elle constitue une mesure de l'effectif plancher incompressible pour faire fonctionner le schéma d'organisation retenu. On sait que si cet effectif théorique calculé se révèle supérieur à l'effectif réellement disponible dans le service (notion dont nous parlerons plus loin), l'organisation projetée est mathématiquement irréaliste : il existera nécessairement des périodes où le schéma d'organisation ne sera pas réalisable. Il convient donc, soit de revoir la maquette, soit de revoir l'effectif alloué. En définitive, on dispose ici d'un signal d'alerte sur les situations de déséquilibre structurel.

Évoquer de telles situations peut paraître incongru, tant il semble naturel que les principes d'organisation retenus soient compatibles avec les effectifs alloués. Pourtant, dans certaines situations coexistent encore une organisation affichée et une réalité d'effectifs incompatibles entre elles. Cet état de fait conduit nécessairement à une multiplication de situations où les soignants se retrouvent en déficit d'effectifs par rapport au niveau théoriquement prévu, avec des conséquences négatives induites (charge de travail, tensions, baisse de qualité de la prise en charge, etc.).

- *Second avantage* : au moment de la conception d'une organisation, ce calcul permet de comparer simplement des scénarios différents en termes d'impacts sur les effectifs, sans entrer dans des considérations plus détaillées sur la gestion de la variabilité. On peut rapidement évaluer si les alternatives étudiées sont significativement différentes entre elles sur le plan des ressources nécessaires.

3.2. L'analyse de l'effectif réellement disponible

Une fois ces étapes franchies, nous allons confronter l'approche issue de la formalisation de l'organisation à l'analyse de la situation réelle en matière d'effectifs.

Ici aussi, il importe de clarifier les notions utilisées, car l'expérience montre que les acteurs ne parlent pas toujours de la même chose lorsqu'ils dialoguent sur la question des effectifs. Il convient en particulier de faire la distinction entre l'effectif budgété et l'effectif réellement disponible dans le service, pour faire fonctionner l'organisation retenue.

3.2.1. L'effectif budgété (EB)

Au niveau de l'établissement, il s'agit du nombre d'emplois en ETP que les comptes de rémunération ou budgets de personnel permettent de payer. Notons que dans le secteur public, avec la mise en œuvre de la T2A et de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et dépenses), l'effectif budgété doit maintenant faire l'objet d'une prévision annuelle reliée aux prévisions d'activité et de recettes.

Au niveau du service, il s'agit de l'effectif qui est alloué par la direction pour mettre en œuvre l'organisation des soins et réaliser les objectifs définis (éventuellement dans le cadre d'une contractualisation sous la forme d'un projet de service ou d'un contrat de pôle - dans le secteur public).

Mais l'effectif budgété global de l'établissement n'est pas, en général, égal à la somme des effectifs alloués aux services. En effet, des choix sont à faire en matière de gestion des variations d'activité, en particulier concernant l'existence et le dimensionnement de moyens de remplacement, soit internes (pool de remplacement) soit externes (budgets pour des CDD ou intérim) (cf. chapitre 1, § 4.3.)

Du point de vue global de l'établissement, il est important de ne pas affecter tous les effectifs budgétés pour répondre aux besoins qui découlent des organisations des services (autrement dit la somme des ETN). Sinon, il n'existe plus de moyens de régulation pour gérer les absences. Le risque existe alors de générer d'une part des tensions sociales (dues au personnel non ou en partie remplacé) et d'autre part des déficits ou des reports de charge (dans la FPH) du fait qu'il faut malgré tout, à un moment donné, gérer

les situations tendues de sous-effectif (mais alors le budget n'est plus disponible pour financer ces emplois).

L'expérience montre que les effectifs de régulation, dont la gestion reste assurée de façon transversale, sont souvent de l'ordre de 10 %.

3.2.2. L'effectif réellement disponible (ERD)

L'effectif budgété, quelle que soit sa répartition, ne donne pas une appréciation exacte des ressources humaines qui vont réellement être mobilisables par les services.

La nécessité de raisonner en ETP pour tenir compte de la réalité des temps partiels a déjà été abordée. La première clarification est donc de faire l'état des lieux en matière de contrats à temps partiels et des évolutions éventuelles qui peuvent intervenir dans un avenir proche (par exemple, des passages à temps partiel suite à des retours de maternité, l'état de la gestion prévisionnelle des métiers et compétences, et de la FTLV).

Les absences anticipables

Il convient ensuite de recenser les absences d'une certaine durée qui peuvent être anticipées et vont venir amputer le potentiel productif du service.

Tout d'abord, dans certains cas, des salariés peuvent partager leur temps entre plusieurs services à l'intérieur d'un pôle : il conviendra d'estimer la part de temps de travail qui est consacrée au fonctionnement de chaque service.

On peut ensuite anticiper en partie des périodes de formation longue, des détachements, des mutations, ou au contraire des retours de maternité, de congés parentaux, de formation, etc.

Par ailleurs, notamment dans le secteur public, un certain nombre d'agents sont dans des situations où ils sont rémunérés par l'établissement (ils sont donc intégrés dans les effectifs budgétés), sans toutefois être disponibles réellement au travail ; c'est le cas par exemple de congés de longue maladie ou de situations d'inaptitude. Or, du point de vue des services, ce qui compte c'est la réalité des agents/salariés qui peuvent être intégrés dans les plannings et être auprès des patients.

Il convient également de citer le cas de représentants du personnel qui peuvent bénéficier de temps de délégation ou de détachements.

Les ressources temporaires programmées

Il faut, en outre, intégrer dans cette analyse les effectifs temporaires d'une certaine durée qui peuvent être programmés :

- pour faciliter l'organisation de la période des congés, en laissant la possibilité de faire partir simultanément plusieurs salariés permanents sur la même période (on sort alors de l'hypothèse de lissage de la prise des congés qui était mentionnée plus haut) ;
- pour compenser des absences de longue durée (formations, congés parentaux, etc.).

Bref, il est souhaitable de faire un point détaillé annuel de la situation réelle des effectifs disponibles, sous la forme d'un tableau d'analyse des situations individuelles permettant de calculer l'effectif annuel réellement disponible pour le service ou le pôle (cf. tableaux page suivante).

Tableau d'analyse de l'effectif réellement disponible dans le service

Nom	Catégorie	Temps de travail du contrat (%)	Activités hors du service	Absences prévisibles	Disponibilité réelle sur l'année
X	IDE				
Y	IDE				
Z	IDE				
...					
Total disponible IDE permanent					a heures
<i>(le cas échéant) ressources temporaires programmées sur l'année (CDD, intérim, élèves, etc.)</i>					b heures
Traduction en ETP					X ETP
A	AS				
B	AS				
C	AS				
...					
Total disponible AS permanent					c heures
<i>(le cas échéant) ressources temporaires programmées sur l'année (CDD, intérim, élèves, etc.)</i>					d heures
Traduction en ETP					Y ETP

3.3. Un exemple : un service de gynécologie

L'analyse de ce service a été réalisée en 2004 lors de la première mission MeaH sur le temps des soignants. Cet exemple permettra de concrétiser les éléments développés ci-dessus.

La maquette d'organisation avait alors été schématisée en prenant en compte les éléments suivants :

- Tout d'abord, l'existence d'une activité d'hospitalisation de jour induisait une différence dans la répartition des effectifs selon les jours de la semaine.

L'activité d'hospitalisation de jour est concentrée sur les mardis et jeudis, le service fonctionne alors sur un schéma classique avec deux IDE le matin et deux IDE l'après-midi. En revanche, les lundis, mercredis et vendredis, l'activité est moindre et la programmation d'un poste de jour allongé (7h-17h) permet de n'utiliser que trois IDE au lieu de quatre sur la journée.

Le schéma de fonctionnement des AS est quant à lui stable sur la semaine.

Le week-end et jours fériés, l'organisation prévoit une IDE et une AS le matin et l'après-midi, car le taux d'occupation est alors assez faible.

Le schéma ci-après visualise la maquette en période d'activité normale :

Gynécologie

Heure	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Lundi - Mercredi - Vendredi															
IDE 1 (matin)															
IDE 2 (après midi)															
IDE 3 (jour)															
IDE 4 (nuit)															
AS 1 (matin)															
AS 2 (après midi)															
AS 3 (jour)															
AS 4 (nuit)															
Mardi - Jeudi															
IDE 1 (matin)															
IDE 2 (matin)															
IDE 3 (après midi)															
IDE 4 (après midi)															
IDE 5 (nuit)															
AS 1 (matin)															
AS 2 (après midi)															
AS 3 (jour)															
AS 4 (nuit)															
Samedi et Dimanche															
IDE 1 (matin)															
IDE 2 (après midi)															
IDE 3 (nuit)															
AS 1 (matin)															
AS 2 (après midi)															
AS 3 (nuit)															

Cette maquette permet de calculer tout d'abord un volume horaire hebdomadaire nécessaire. Ce calcul est résumé dans le tableau ci-après :

Gynécologie – Calcul des besoins en volume horaire hebdomadaire

IDE	Durée	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Total	Volume horaire
Matin	7,5	1	2	1	2	1	1	1	9	67,5
Après-midi	7,5	1	2	1	2	1	1	1	9	67,5
Jour	10	1		1		1			3	30
Nuit	10	1	1	1	1	1	1	1	7	70
										235

AS	Durée	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Total	Volume horaire
Matin	7,5	1	1	1	1	1	1	1	7	52,5
Après-midi	7,5	1	1	1	1	1	1	1	7	52,5
Jour	10	1	1	1	1	1			5	50
Nuit	10	1	1	1	1	1	1	1	7	70
										225

- Il s'agit ensuite de passer de l'estimation hebdomadaire à une estimation annuelle.

Un calcul simple serait de multiplier ce volume horaire par 52,14 semaines (365 jours/7), soit :

$$235 \times 52,14 = 12\,253 \text{ h d'IDE}$$

$$225 \times 52,14 = 11\,732 \text{ h d'AS}$$

On peut être plus précis en intégrant un certain nombre de facteurs correctifs liés à l'organisation annuelle de l'activité, et qui sont difficiles à faire figurer dans la maquette standard.

Dans ce cas, quatre facteurs avaient été identifiés et intégrés dans le calcul de l'effectif nécessaire :

- *une période de fermeture de lits en été* : pendant trois semaines en été et une semaine en fin d'année, une partie des lits est fermée et le planning enlève une IDE et une AS chaque jour de semaine, soit au total 150h de moins pour chaque catégorie ;
- *des besoins de renforcement de l'activité d'hospitalisation de jour certaines semaines* : en cas de programme opératoire chargé, il est nécessaire de renforcer l'effectif d'IDE pendant environ 5h. L'analyse de l'activité a montré que cela arrivait environ une semaine sur deux et correspondait à environ 130h de plus d'IDE ;
- *le remplacement du cadre pendant ses congés par une IDE* : pour les infirmières, le remplacement du cadre pendant ses congés et RTT mobilise 43 journées de travail (28 CA + 15 RTT), soit environ 350h/an ;
- *les jours fériés situés en semaine* : ils diminuent le volume horaire consommé. En se basant sur une moyenne de 8 jours par an, cela diminue le besoin d'environ 100h d'IDE et 80h d'AS.

Le bilan de ces facteurs est de :

- 150 + 130 + 350 - 100 = + 230h d'IDE
- 150 - 80 = - 230h d'AS

Finalement, le volume horaire requis par cette organisation était de :

- 12 253 + 230 = 12 483 h d'IDE
- 11 732 - 230 = 11 502 h d'AS

Pour traduire ces volumes d'heures en ETP, il faut préciser la durée annuelle de référence. Ce service présentait à cet égard une complexité, car les agents tournaient entre le jour et la nuit, les heures travaillées de nuit étaient décomptées avec un coefficient majorateur de 1,077 (correspondant au rapport entre 35h et 32h30).

Pour ce calcul, il convenait donc :

- soit de retenir une durée de référence moyenne, applicable à tous les agents, qui tienne compte du poids moyen des postes de nuit et des postes de jour dans l'activité ;
- soit de considérer que les agents restaient à la référence de jour, les majorations en temps de nuit étant des récupérations variables.

Le calcul fut réalisé sur la base d'une durée de 1 540h. Il conduisait à un besoin théorique (ETN) de :

- 12 483 / 1 540 = 8,11 IDE
- 11 502 / 1 540 = 7,47 AS

Or la mise à plat des effectifs réellement disponibles dans le service permettait de constater que l'on disposait de :

- 8,25 ETP en IDE (pour 9 agents présents) ;
- et 8,75 ETP pour les AS (pour 9 agents également), mais avec 0,5 ETP dédié à des remplacements au bloc opératoire, ce qui ramenait l'effectif réellement disponible à 8,25 ETP.

Ce calcul montre que l'effectif de régulation de la variabilité est très faible pour les IDE (0,14 ETP, soit moins de 2 %) et est un peu inférieure à 10 % pour les AS (0,78 ETP).

Les données disponibles sur l'absentéisme faisaient état d'un taux moyen de 9 % pour les soignants. Malheureusement, l'établissement ne disposait pas à l'époque de don-

nées détaillées par service (il a depuis mis en œuvre un programme de développement de tableaux de bord par service).

La conclusion était donc différente pour les deux catégories : la tension sur les effectifs d'IDE fragilisait le service par rapport à l'absentéisme de cette catégorie, tandis qu'a priori, le service devait pouvoir gérer sur ses propres ressources l'absentéisme des AS.

Au-delà de ces constats, l'analyse permettait de s'interroger sur l'évolution des modes de prise en charge, en particulier sur le renforcement de l'hospitalisation de jour et l'hypothèse d'aboutir à terme à la fermeture du service le week-end (hospitalisation de semaine).

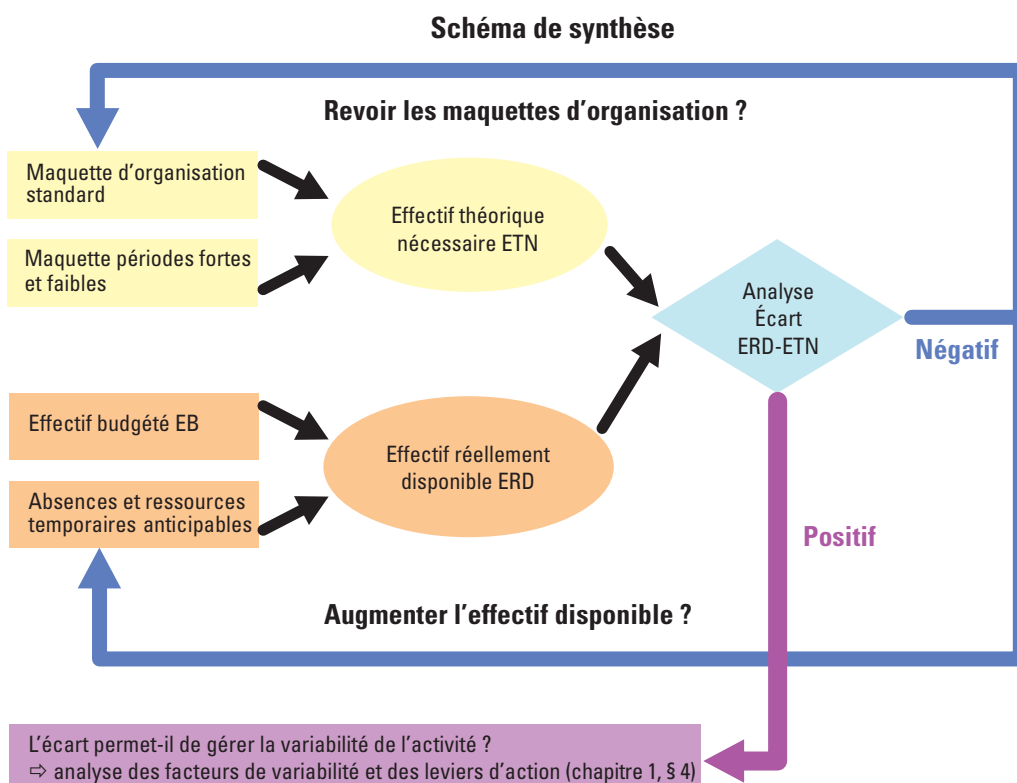
3.4. Schéma de synthèse

Le schéma général ci-dessous met en relation les besoins en effectifs à partir de l'organisation et les ressources disponibles.

L'utilisation de ce schéma peut s'envisager dans deux types de contextes :

- dans la première situation, il s'agit d'étudier de façon prévisionnelle la faisabilité d'un nouveau scénario d'organisation envisagé, en lien avec une restructuration, ou une évolution des modes de prise en charge. Nous sommes alors dans une logique de projet et la démarche permet d'en éclairer la faisabilité économique ;
- la seconde situation correspond à une démarche annuelle d'actualisation ou de contractualisation des effectifs, dans le cadre général des politiques de gestion des ressources humaines de l'établissement. Il s'agit alors de faire le point sur les évolutions d'activité et les évolutions des ressources allouées, en envisageant le cas échéant des ajustements de l'organisation.

Ce schéma permet de resituer dans un cadre commun l'ensemble des points développés dans ce chapitre.



4. La gestion de la variabilité

La variabilité pèse lourdement sur la vie des services. De nombreux cadres mentionnent passer beaucoup de temps dans la gestion du temps ou des plannings. Néanmoins, souvent ils précisent aussitôt que ce n'est pas tant la conception des plannings en elle-même qui est la plus consommatrice de temps, mais la nécessité de gérer des modifications incessantes liées à de multiples facteurs qui viennent perturber, à un titre ou à un autre, le fonctionnement du service.

Il n'est donc pas suffisant d'avoir, comme indiqué précédemment, formalisé une maquette d'organisation, en prévoyant les adaptations nécessaires à la saisonnalité et aux congés, et en calculant les effectifs théoriquement nécessaires. Il faut pouvoir faire fonctionner ce schéma d'organisation en prenant en compte un faisceau de causes de variabilité « conjoncturelle », c'est-à-dire de l'ordre de l'aléa.

Ces aléas, par nature imprévisibles, peuvent trouver différents types de réponses, chacune présentant des avantages et des inconvénients.

Pour gérer la variabilité, il faut connaître la nature des facteurs de variabilité et les différents leviers d'action qui peuvent s'offrir à un service. Cette connaissance permet d'identifier les réponses qui ont un lien avec la question du temps de travail au sein d'une panoplie plus générale de solutions.

4.1. Les facteurs de variabilité

4.1.1. L'absentéisme

Ce terme désigne les absences dues à des causes imprévues (maladie, accidents du travail, absences non motivées, etc.). Les absences correspondant à des droits sociaux (congés payés, jours RTT, récupérations de jours fériés, etc.) sont déjà incluses dans le décompte de la durée annuelle et sont donc normalement intégrées dans les calculs au § 3 du présent chapitre. Par ailleurs, la formation est considérée comme du temps de travail et elle est normalement anticipable.

L'absentéisme est souvent un phénomène important dans les établissements de santé. Les données sur le secteur public⁵ font état, pour les soignants, d'une moyenne générale de 22 jours d'absences, pour des motifs médicaux (maladie, accidents du travail, maternité). La longue maladie et la maladie de longue durée représentent environ un quart des absences, la maternité un peu plus de 20 % et la maladie ordinaire 45 %.

Néanmoins, au niveau d'un service ou d'un pôle, cette approche moyenne est largement insuffisante pour orienter une réflexion sur la gestion du personnel et l'organisation du travail. Des analyses plus détaillées sont utiles pour prendre la mesure du phénomène et détecter les marges de manœuvre.

Analyse par grandes causes

Il peut tout d'abord être utile de séparer les absences prévisibles d'une certaine durée (maternité en particulier, congé longue maladie), dont nous avons parlé ci-dessus, des absences de courte durée imprévisibles. Les réponses à apporter ne sont pas de même nature.

Dans cet ensemble, il faut ensuite distinguer les arrêts maladie ordinaire, les accidents du travail, les autres causes.

5. Source : Synthèse annuelle des données sociales hospitalières 2005, disponible sur le site : www.sante.gouv.fr

Analyse par durée d'arrêt

Il est également intéressant de porter un regard sur la répartition du volume de jours perdus par durée des arrêts (un grand nombre de petits arrêts répartis sur un grand nombre de salariés ou une plus grande concentration sur quelques salariés d'arrêts plus longs).

Analyse de la répartition en cours d'année

L'absentéisme est-il concentré sur certaines périodes de l'année ou sa répartition est-elle plutôt équilibrée ?

Toutes ces analyses gagneront à être réalisées sur une période de deux ans au moins, de façon à repérer d'éventuelles tendances d'évolution.

La question qu'on se pose est l'existence possible de marges de manœuvre pour réduire l'absentéisme en agissant sur certaines causes :

- les conditions de travail si l'on constate un problème au niveau des accidents du travail (en fréquence ou en gravité) ;
- la gestion des plannings et la prise en compte des souhaits des agents si l'on fait l'hypothèse que certaines absences de courte durée sont liées à des insatisfactions sur ce plan.

L'objectif final est d'apprécier la part d'absentéisme que l'on peut considérer comme incompressible et qu'il faut intégrer dans la conception des organisations.

4.1.2. Les variations conjoncturelles d'activité

Les variations conjoncturelles d'activité peuvent jouer dans les deux sens, surcharge et sous-charge.

Dans le sens d'une surcharge temporaire, les services subissent par exemple les effets d'une épidémie qui va augmenter brutalement les consultations ou les arrivées en urgence.

Dans le sens inverse, une sous-charge temporaire peut être liée à des fermetures de lits ou de salles du bloc non anticipées, à des absences de médecins non programmées. Ces situations peuvent éventuellement être atténuées en retravaillant les processus de programmation des absences et des fermetures de lits.

Plus largement, comme dans toute activité économique, des fluctuations sans cause clairement identifiable sont observées.

Le problème n'est pas de prévoir finement de telles variations, mais de décider quelle marge de fluctuation est intégrée dans le fonctionnement normal de l'organisation (c'est-à-dire sans recours à des moyens exceptionnels). Il restera toujours la possibilité d'événements rares (comme une catastrophe routière pour un service d'urgences), qu'il n'est pas question d'intégrer dans l'organisation (car cela conduirait à la surdimensionner) mais qu'il faut gérer par des moyens exceptionnels.

4.2. Les leviers d'action

Les différents leviers d'action qui peuvent être envisagés pour répondre à ces différents facteurs de variabilité peuvent être classés par niveau d'action :

- les leviers qui peuvent être actionnés directement au niveau du service ;
- les leviers qui mobilisent des moyens transversaux dans l'établissement ;
- les leviers qui recourent à des moyens externes.

4.2.1. Les leviers au niveau du service ou du pôle

L'aménagement du temps de travail

Un certain nombre de modalités d'aménagement du temps de travail peuvent se révéler utiles et sont souvent déjà pratiquées dans les services :

- *l'annualisation* du temps de travail est de règle dans le secteur public. Concrètement, elle permet de programmer des durées du travail variables selon les périodes, tout en respectant la durée annuelle de référence ;
- *la modulation* de la durée du travail, dans le secteur privé, permet également d'augmenter la durée hebdomadaire à certaines périodes, en compensant par des périodes de durée plus basse à d'autres moments, tout en respectant une moyenne de 35h sur l'année ;
- les règles de *programmation des jours RTT* sont une autre forme d'aménagement du temps disponible dans certains accords locaux RTT. L'accord peut prévoir par exemple qu'aucun jour RTT ne sera programmé pendant la période estivale, de façon à donner la priorité à la prise des congés payés. Beaucoup d'accords mentionnent également qu'une partie des jours RTT peut être programmée à l'initiative de l'encadrement, avec un certain délai de prévenance. Cette souplesse permet d'éviter des sureffectifs à certains moments ;
- des *heures supplémentaires* (pour les temps pleins) *ou complémentaires* (pour les temps partiels) sont proposées aux salariés dans certains établissements. Selon les possibilités budgétaires, ces heures sont rémunérées ou récupérées en temps avec une majoration ;
- des *échanges de postes* au sein des plannings sont fréquemment pratiqués : tel agent va venir au travail alors qu'il n'était pas programmé, pour pallier une absence, et récupérera ultérieurement ce poste. Ces arrangements sont souvent faits de façon informelle, dans une forme d'échange « donnant-donnant » entre le cadre et les salariés. Mais certains accords prévoient aussi des contreparties lorsque le salarié est rappelé dans un délai inférieur à une certaine limite (souvent 48h).

La palette des possibilités offertes par les textes et accords locaux est donc large. Pour plus de détails se reporter au chapitre 3 de ce guide qui présente les règles applicables dans les trois secteurs concernés (Fonction publique hospitalière – FPH –, Fédération des établissements hospitaliers non lucratifs – FEHAP –, Fédération de l'hospitalisation privée – FHP).

D'une façon générale, les services utilisent déjà un certain nombre de ces possibilités, surtout depuis les accords de RTT qui ont conduit à redéfinir un certain nombre de règles de gestion du temps. Malgré tout, dans certains cas subsiste l'idée que ces pratiques ne sont plus totalement en adéquation avec l'évolution des activités ou les attentes des salariés. Il est alors nécessaire de faire un diagnostic précis des modes d'utilisation des règles de l'accord pour apprécier s'il est nécessaire de renégocier certains points (cf. chapitre 5).

L'intégration d'un effectif de régulation dans l'équipe

Une solution consiste à intégrer dans l'effectif de référence du service ou du pôle un volant de personnel destiné à faciliter la gestion des absences et des fluctuations d'activité. Les plannings sont alors établis sur la base d'un effectif un peu supérieur à l'effectif théorique nécessaire (présenté au chapitre 1, § 3).

Cet effectif, que l'on peut appeler « effectif de régulation », doit être estimé en tenant compte de la politique générale de l'établissement sur la gestion des remplacements. Dans la pratique, au niveau de l'établissement, l'effectif global de régulation peut être réparti en deux parts complémentaires :

- une part intégrée dans les effectifs des services ;
- une part intégrée dans des moyens transversaux, tel qu'un pool de remplacement (voir plus loin) auquel le service va s'adresser en cas de besoin.

L'approche la plus simple consiste à retenir un pourcentage forfaitaire d'effectif supplémentaire. Ce pourcentage sera plus élevé si le service a vocation à gérer l'ensemble de ses absences sur ses ressources internes, et moins élevé si une partie de ces absences (par exemple, au-delà d'une certaine durée) est prise en charge par un pool ou par des remplacements externes.

L'analyse de l'absentéisme évoquée plus haut permet d'obtenir un ordre de grandeur du phénomène à gérer et une appréciation de sa répartition en cours d'année. Il peut être utile notamment de repérer quel a été le seuil maximum d'absentéisme que le service a eu à gérer au cours de l'année écoulée, quelles en étaient les raisons, et comment il y a fait face.

L'effectif de régulation à intégrer dans le service ou le pôle se situe en général dans une fourchette de 5 à 10%.

L'existence d'un effectif de régulation intégré dans le service suppose, pour être efficace, d'intégrer un certain nombre de RTT ou congés dans les roulements, de façon à lisser la répartition du temps sur cet effectif un peu plus élevé et éviter des sureffectifs à certains moments (ce point est développé dans le chapitre 2).

4.2.2. Les leviers transversaux à l'établissement

Le pool de remplacement

Une solution fréquemment rencontrée consiste à créer un « pool » de remplacement géré au niveau de la direction des soins ou parfois par les pôles.

Selon l'effectif déterminé, ce pool pourra prendre en charge un éventail plus ou moins large de remplacements, en fonction de causes jugées prioritaires et pour des durées plus ou moins longues. Les règles de recours au pool sont plus ou moins précises selon les établissements. Il semble souhaitable de clarifier ces règles pour que les cadres des services sachent clairement pour quels types de remplacement le pool peut être sollicité et avec quels critères de priorisation entre les demandes. Une vigilance particulière s'impose également pour pérenniser ces pools et éviter que peu à peu le personnel qui y est affecté soit réintégré dans les services.

L'accord RTT a parfois été l'occasion de mutualiser une partie des moyens complémentaires accordés et réexaminer le fonctionnement du pool existant. La décision a été prise de créer des « pools RTT » qui facilitent la gestion du temps dans les services.

Les services regroupés en pôles (médecine, chirurgie, logistique, etc.), se partagent une ou plusieurs personnes de ces pools. Ainsi, le remplaçant tourne sur plusieurs services, toutefois une polyvalence trop grande pourrait nuire à la qualité de l'apport. De plus, les procédures et les rangements sont homogénéisés dans les services d'un même pôle pour favoriser l'insertion des agents du pool. Un agent est affecté une semaine donnée à une même unité selon un planning établi d'avance, si bien que l'unité concernée sait qu'elle peut cette semaine-là accorder cinq RTT à cinq agents différents. Pour l'agent du pool, cela marque une certaine stabilité dans les affectations (une semaine de rang dans la même unité), et, pour les agents des services, c'est la possibilité de planifier leurs RTT.

Pour compenser leur affectation tournante, les agents du « pool RTT » ne travaillent jamais le week-end, les RTT ne se prenant pas sur les week-ends.

Dans le secteur public apparaissent des logiques de gestion déconcentrée au niveau de pôles d'activité (contractualisation entre la direction de l'établissement et les responsables de pôle).

Extrait d'un projet de contrat de pôle dans un centre hospitalier : « Gestion des effectifs soignants, médico-techniques, logistiques, techniques et administratifs dans le cadre d'un volume global annuel, arbitré par le Conseil exécutif avec les représentants du pôle au moment de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et dépenses) : [...] Cette délégation couvre les personnels permanents et de remplacement, leur affectation dans les structures du pôle, les types d'emploi, l'évaluation des personnels, l'organisation et la gestion du temps de travail, le plan de formation. [...] La délégation ne concerne pas le recrutement, la gestion des carrières et la notation. »

Il serait intéressant, dans le cadre de ces démarches de gestion déconcentrée, d'approfondir les critères de répartition des moyens disponibles en fonction des activités des services ou pôles et leurs marges de manœuvre pour adapter leurs organisations. La formalisation de processus de décision serait également un progrès.

Les mobilités entre services et la polycompétence

Une autre solution consiste à s'appuyer sur une mobilité des personnels entre différents services, si leur polycompétence est suffisante.

Ainsi, dans un centre de lutte contre le cancer, la directrice des soins réunit tous les jours les cadres des services pour faire le point sur les prévisions d'activité et d'absences pour la semaine suivante. En fonction de ces informations, des décisions sont prises pour transférer certains soignants d'un service à l'autre la semaine suivante.

Pour les soignants, l'acceptation de cette mobilité interservices est vécue comme une contrepartie des souplesses offertes par l'organisation en matière de positionnement des jours RTT et de répartition des matins et après-midi dans les cycles de travail.

Ce mode de régulation suppose cependant que les compétences à mobiliser d'un service à l'autre ne soient pas trop éloignées et qu'un bon degré de polycompétence existe de façon générale.

Dans une clinique privée, l'une des actions menée à bien a été d'élaborer un tableau de polycompétence permettant de repérer pour chaque agent ses possibilités de mobilité dans d'autres services. Cette mise à plat a été réalisée en particulier pour faciliter la gestion des congés payés. Le tableau mis au point est présenté page suivante.

	TABLEAU DE POLYCOMPÉTENCE DANS LES AUTRES SERVICES	
		CHIRURGIE
CATEGORIE : IDE		Mise à jour le : 17.01.2007

N Ne peut pas ou ne sait pas exercer	P Peut exercer mais ne pratique pas	X Réticent à la mobilité
S A déjà fait un séjour dans le service	A Adapté (Autonome)	F Peut former un(e) collègue

Soins	QUALIFICATION / COMPÉTENCE														HORAIRES	
PERSONNELS	Chirurgie générale	Chirurgie ambulatoire	SPC	Médecine	Chimiothérapie											
	A						Statut d'ASA									
B																Journée
C																Journée
D																Journée
E																Journée
F						Très polycompétente, non incitée à la mobilité										Journée
G																Journée
H																Nuit
I																Nuit
J																Nuit
K																Nuit
L																Nuit
M																Nuit
N																Nuit
O																Nuit

N.B. : la chirurgie ambulatoire et la chimiothérapie sont des services de jour.

4.2.3. Les moyens externes

Enfin, le service peut envisager le recours à des moyens de remplacement sous forme de contrats à durée déterminée (CDD) ou d'intérim.

Ces moyens sont généralement plutôt réservés par les établissements à gérer les variations saisonnières et une partie des remplacements de congés payés. En effet, un certain délai de mise en œuvre est inévitable pour ces solutions (recherche de CDD, recours à une agence d'intérim, etc.), même s'ils peuvent être raccourcis (par exemple, à travers un partenariat régulier avec une agence d'intérim).

La plupart du temps, les variations conjoncturelles sont plutôt régulées par des moyens internes au service ou à l'établissement. Il peut arriver néanmoins, dans des contextes particuliers, que ce type de solution soit mobilisable très rapidement, par exemple si

l'établissement dispose d'un « vivier » local de personnes disponibles très rapidement et demandeuses de réaliser des remplacements de courte durée.

De façon générale, cependant, un service ne maîtrise pas la décision relative à cette utilisation de moyens externes, souvent coûteuse. Dans le public, il existe par exemple un budget global de « mensualités de remplacement » géré au niveau de l'établissement.

La question est alors de savoir comment répartir ce budget entre services, en arbitrant entre l'ensemble des demandes. De ce fait, les services n'ont en général que peu de marges de manœuvre, hormis le fait de bien argumenter sur la réalité de leurs besoins au regard de leur charge de travail.

4.3. Résumé des leviers d'action en matière de gestion de la variabilité

	Type de variabilité	Précautions d'utilisation
Leviers internes au service		
Aménagement du temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Levier adapté à tous les types de variations, selon la modalité d'ATT retenue 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des règles définies par l'accord local RTT • Concertation avec les salariés concernés et les représentants du personnel
Effectif de régulation intégré au service	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de l'absentéisme et des aléas conjoncturels 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de l'effectif concerné (analyse de l'absentéisme) • Au niveau de l'établissement, partage des effectifs de régulation entre un pool transversal et des effectifs répartis dans les équipes • Articulation avec les autres leviers pour une utilisation optimale
Leviers transversaux à l'échelle des pôles ou de tout l'établissement		
Pool de remplacement (établissement ou pôle d'activité)	<ul style="list-style-type: none"> • Plus ou moins large • Dépend de l'effectif retenu et des règles d'utilisation par les services 	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification des règles de répartition des ressources du pool • Équité dans la réponse aux demandes • Possibilité de contractualisation
Mobilité entre services et polyvalence	<ul style="list-style-type: none"> • Plus ou moins large selon les règles retenues 	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter une perception de « bouche-trou » • Disposer d'une représentation claire des polyvalences existantes ou à renforcer • Valoriser la polyvalence pour les salariés
Leviers externes		
Effectifs de remplacement (CDD, intérim)	<ul style="list-style-type: none"> • Plutôt remplacements d'une certaine durée pour faire face à d'importants aléas conjoncturels 	<ul style="list-style-type: none"> • Solution financièrement coûteuse • Peut être considérée comme un complément aux leviers internes et transversaux

Chapitre 2

Méthodologie d'élaboration des plannings

1. Les enjeux d'une amélioration du processus d'élaboration des plannings

La question des plannings est au cœur de l'organisation du temps de travail des soignants ; elle cristallise des enjeux importants aussi bien pour ces derniers que pour les cadres de santé.

1.1 Un facteur de l'efficacité de l'organisation et de la qualité des relations de travail

La gestion des plannings constitue toujours un point d'équilibre, un compromis, entre deux ensembles de contraintes/objectifs, organisationnels et sociaux :

- d'une part, il s'agit d'obtenir une répartition dans le temps (par jour, par tranche horaire, par période de l'année) des ressources humaines disponibles qui corresponde aux besoins incontournables de la prise en charge des patients (en termes de sécurité et de qualité des soins) ;
- d'autre part, il s'agit de prendre en compte au mieux les souhaits des personnels en matière de répartition des postes de travail et des repos, de rythmes de travail, de souplesse face aux aléas, etc., et aussi de respecter les règles générales en matière de temps de travail (taux de week-ends libres, durées maximales).

L'expérience montre qu'il est important d'arriver à un bon équilibre entre ces deux objectifs, car c'est un facteur d'efficacité de l'organisation du travail et un élément important de l'ambiance générale de travail. Pour les cadres, cette gestion des plannings est un levier d'action, dans une logique « donnant-donnant » : l'acceptation d'un certain nombre de demandes des agents (même si parfois elles sont en dehors des règles formelles : par exemple, des modifications de jours RTT ou des enchaînements entre un poste du soir et un poste du matin ne respectant pas la durée minimale de repos de 11h) est une contrepartie à l'obtention de souplesses intéressantes dans la gestion des aléas (par exemple, accepter de venir remplacer une absence le week-end).

1.2 Une activité chronophage pour les cadres de santé

Dans tous les établissements observés dans ces chantiers, le temps consacré par les cadres à l'élaboration et à la gestion des plannings est jugé important, trop important. Même si cette activité n'est pas vraiment mesurée dans la plupart des cas, il n'est pas rare que les cadres des services de soins déclarent y consacrer la moitié de leur temps.

Ce constat suscite immédiatement une interrogation sur la possibilité, en améliorant cette gestion des plannings, de libérer du temps pour le réinvestir sur d'autres missions du cadre, considérées comme davantage liées au « cœur de métier » telles que l'organisation du travail de soins, les démarches qualité, les relations avec les familles, la formation des soignants, l'organisation de l'information dans le service, la participation à des projets transversaux, etc.

2. Comment aborder la question : éclaircissements préalables

Le temps investi par les cadres de santé (parfois avec l'appui de soignants qui jouent un rôle dans l'élaboration des plannings) ne saurait être considéré uniquement comme un temps « administratif », qu'il s'agirait par principe de minimiser. Au contraire, ce temps est un volet essentiel dans l'activité d'organisation et de management du service. La bonne approche semble donc de s'interroger sur les caractéristiques du processus d'élaboration et de gestion des plannings dans son ensemble, afin de repérer si l'équilibre existant (souvent le résultat de tout un historique) et adapté à un moment donné aux caractéristiques de l'activité et aux attentes des personnels, reste encore satisfaisant ou bien s'il convient d'envisager un certain déplacement de cet équilibre.

Dans le même esprit, il paraît illusoire d'imaginer aboutir à une méthode standardisée qui permettrait en quelque sorte d'automatiser la production du « bon » planning par le seul recours à un outil informatique. En effet, les contextes d'activité sont très diversifiés, ainsi que les attentes des personnels, ou encore les répartitions des effectifs entre temps pleins et temps partiels de différentes quotités. Aussi, les variantes de plannings sont en nombre quasi illimité. Un choix pertinent, adapté à chaque contexte particulier, ne peut reposer que sur une explicitation de critères de préférence et une concertation directe.

Les logiciels disponibles sur le marché sont donc utiles pour aider à formaliser et simuler différentes options, mais ne remplacent pas cette démarche interactive d'élaboration de plannings avec les salariés concernés.

Cependant, les missions de la MeaH réalisées dans des services très variés permettent de proposer une approche de la conception des plannings qui offre des points de repères structurés, au-delà de la diversité des situations particulières.

Mais avant d'entrer dans cette présentation, il est nécessaire d'une part de clarifier les notions utilisées et d'autre part de bien situer l'objet de ce chapitre.

2.1. Se mettre d'accord sur les termes utilisés

De nombreux termes différents sont utilisés dans les établissements, sans qu'il en existe une définition commune incontestable. La MeaH propose tout d'abord de bien clarifier le sens des termes employés.

2.1.1. Cycle

Le cycle est une notion réglementaire. Pour la Fonction publique hospitalière, le décret n° 2002-9 précise que : « Le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail définis par service ou par fonctions [...]. Le cycle de travail est une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine, ni supérieure à 12 semaines. Le nombre d'heures de travail effectué au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier. »

Remarque : le texte n'évoque que la répétitivité de la durée du travail d'un cycle à l'autre, mais la notion de cycle intègre aussi en général la répétitivité d'un rythme de travail prédéfini.

Pour le secteur privé, le Code du travail prévoit également la possibilité d'organiser le travail par cycle. L'article L. 212-7-1 prévoit que : « La durée du travail [...] peut être organisée sous forme de cycle de travail dès lors que sa répartition à l'intérieur d'un cycle se répète à l'identique d'un cycle à l'autre. » La durée du cycle est « de quelques semaines » et doit être définie par un accord de branche ou d'entreprise.

Les conventions collectives FHP et FEHAP limitent à 12 semaines la durée des cycles : c'est une convergence intéressante à souligner.

Cette notion juridique est importante dans la mesure où elle détermine le cadre de référence pour le calcul des heures supplémentaires et qu'elle est centrée sur l'agent ou le salarié, considéré individuellement.

Deux aspects importants de cette définition sont à retenir pour la conception des plannings :

- la notion de répétitivité d'un cycle à l'autre ;
- la limitation de la durée du cycle à 12 semaines maximum.

Au-delà de son aspect strictement juridique, le cycle constitue, sur le plan organisationnel, en quelque sorte la « brique élémentaire » qui sert à construire ensuite le « mur » que constitue l'organisation générale du temps de travail d'un service. Le cycle décrit, pour un salarié donné, son rythme de travail « théorique » (c'est-à-dire sans absence pour cause de congés payés, récupération, RTT non programmée, etc.) : soit une succession de postes de travail et de repos programmés sur un nombre donné de semaines. Naturellement, ce cycle doit respecter les différentes obligations réglementaires : durées maximales de travail, durées minimales de repos, fréquence des week-ends libres.

Sauf cas particuliers, il est souhaitable de concevoir les organisations du temps à partir de cycles. La construction de ces cycles oblige en effet à mettre à plat les données de base de l'organisation du service (notamment les besoins en effectifs), à clarifier les différents critères en présence (efficacité du fonctionnement, charge de travail, conditions de travail et de vie, attentes sociales) et à expliciter les compromis effectués. Cette démarche construit aussi un langage commun et met en place des outils de gestion du temps visibles.

Il peut y avoir coexistence de plusieurs cycles différents dans un même service, selon :

- la quotité de temps de travail (les temps partiels peuvent avoir un cycle différent selon la façon dont est répartie leur durée du travail) ;
- la qualification (en raison des différences de besoins en effectifs, les IDE, AS ou ASH pourront avoir des cycles différents) ;
- la répartition des postes de différentes natures (s'il existe une équipe de nuit fixe, il y aura évidemment un cycle spécifique aux agents de nuit) ;
- éventuellement les durées du travail pratiquées ; on peut parfois observer des organisations où coexistent des postes de durées quotidiennes différentes (par exemple, 12h pour les sages-femmes, et 8h pour les autres personnels soignants : les cycles sont bien sûr différents).

Remarque technique : il est plus pratique de formaliser les cycles en commençant un lundi et en raisonnant sur un nombre entier de semaines ; cela en rend plus lisible les caractéristiques.

En revanche, les plannings sont souvent présentés sur une période calendaire avec des semaines tronquées ; cette différence est parfois source de difficulté.

2.1.2. Roulement

Ce terme est souvent assimilé à la notion de cycle, mais il n'a aucune définition réglementaire : c'est une notion purement organisationnelle, qui met l'accent sur une vision collective du service.

Dans ce guide, le terme de roulement sera réservé à une formalisation du fonctionnement théorique d'un service sur une période de référence. Le roulement est ainsi la traduction d'une articulation des différents cycles individuels, pour aboutir à une maquette

d'organisation (cf. chapitre 1), qui définit le nombre d'agents présents attendus, par qualification, secteur, tranche horaire et jour de la semaine.

Dans les cas les plus simples, lorsqu'il n'y a pas de temps partiels, le roulement pour une qualification donnée est étroitement dépendant du cycle : il est défini en décalant le démarrage du cycle d'une semaine pour les différents agents concernés.

Exemple simplifié d'un service qui nécessite, du lundi au samedi, une personne présente le matin (M) et une personne présente l'après-midi (A), les cases vertes correspondant à des jours de repos.

Un cycle possible sur 3 semaines est le suivant :

Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
M	M			A	A				M	M	M	M		A	A	A	A			

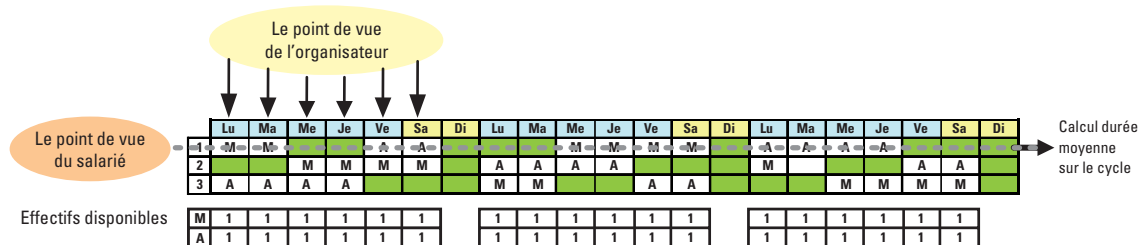
Le cycle recommence à l'identique au bout de 3 semaines : le lundi de la semaine n° 4, le salarié reprend au début de la ligne.

Le roulement correspondant, avec 3 salariés, est présenté ci-dessous. Chaque ligne correspond au cycle, mais avec une semaine de décalage pour chaque salarié : la semaine n° 1 du salarié 2 correspond à la semaine n° 2 du salarié 1, et la semaine n° 1 du salarié 3 correspond à la semaine n° 3 du salarié 1.

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
1	M	M			A	A				M	M	M	M		A	A	A	A			
2			M	M	M	M		A	A	A	A				M	M			A	A	
3	A	A	A	A				M	M			A	A				M	M	M	M	

Cette présentation met en lumière un principe essentiel de « double lecture » :

- *en lecture horizontale – le point de vue individuel du salarié* : lecture de la succession des postes de travail et de repos sur la durée d'un cycle. Ce sens de lecture permet d'évaluer des critères de conditions de travail et de vie (nombre et durée des week-ends, longueur des séquences de travail, répartition plus ou moins équilibrée des repos, etc.), et de calculer la durée moyenne du travail sur la durée du cycle ;
- *en lecture verticale – le point de vue de l'organisateur* : lecture des postes de travail disponibles chaque jour. Dans l'exemple simplifié, on vérifie bien que le roulement permet de disposer chaque jour, sauf le dimanche, d'une personne le matin et d'une personne l'après-midi. Ce roulement répond à l'organisation-cible souhaitée.



2.1.3. Trame

Ce terme est utilisé dans un certain nombre d'établissements, où il désigne alors le roulement développé sur une certaine période (trimestre, année) en tant que point de départ pour le travail d'élaboration du planning. C'est une sorte d'étape intermédiaire entre la conception théorique du roulement et sa mise en œuvre concrète.

Elle peut être produite automatiquement à l'aide d'un logiciel informatique, après saisies des caractéristiques du cycle de base et des effectifs. Lorsqu'elle est développée sur

l'année entière, la trame peut, le cas échéant, intégrer une répartition prévisionnelle des congés.

2.1.4. Planning (ou tableau de service)

Synonymes, les termes de planning et de tableau de service (le second terme est plus couramment utilisé pour le personnel médical, mais se rencontre également pour le personnel soignant) désignent le document qui est affiché dans le service pour informer les agents ou salariés.

Le planning correspond à la mise en œuvre concrète, sur une période donnée (4 semaines, mois civil, trimestre, etc.), du roulement prédéfini. Il prend donc en compte les réalités particulières qui caractérisent la période considérée : congés payés, récupérations, formations, jours RTT au choix des salariés, absences maladies, etc. C'est pourquoi, le planning n'est jamais identique d'une période à une autre. Lorsqu'une trame est utilisée, le planning va être construit à travers ses modifications.

Il convient de distinguer deux versions du planning :

- *le planning prévisionnel* établit la répartition des postes de travail en tenant compte des absences programmées au moment de son élaboration ;
- *le planning réalisé* tient compte des absences imprévues et des aléas survenus en cours de période (tels qu'échange de postes entre salariés, rappels de salariés en repos, etc.).

2.2. Distinguer la conception des roulements (problème d'organisation) de la gestion des plannings (question de management)

Il apparaît utile de distinguer dans la réflexion deux volets distincts, le premier structurant et conditionnant le second.

La première étape correspond aux notions de cycle et de roulement. Il s'agit d'une approche organisationnelle dont la finalité est de concevoir ces cycles et roulements pour concilier :

- les objectifs liés à l'activité (essentiellement : disposer chaque jour des postes de travail nécessaires à la bonne réalisation de l'activité, en tenant compte des variations structurelles connues sur les jours forts et faibles, sur les niveaux d'activité par tranches horaires) ;
- les objectifs de nature sociale (essentiellement : prendre en compte les attentes des salariés, limiter la pénibilité du travail, respecter les règles juridiques du temps de travail).

C'est sur cette première étape que se concentre le § 3 du présent chapitre.

Une fois ce cadre organisationnel créé, l'élaboration des plannings va devoir, dans la réalité, prendre en compte de multiples facteurs conjoncturels qui font que le planning (même prévisionnel) n'est jamais exactement conforme au modèle théorique élaboré. Les cycles et roulements servent de points de départ, mais devront être adaptés pour intégrer la réalité des présences et absences, ainsi que la variabilité des effectifs (ajout de CDD, passages à temps partiel, etc.).

Le second volet de la réflexion concernera donc cette gestion des plannings « au fil du temps », c'est-à-dire une approche de management, dans le sens où il s'agit, tout en prenant en compte la réalité des situations, de définir un certain nombre de règles et principes pour maîtriser cette gestion des plannings. C'est l'objet en particulier d'un outil comme une charte d'élaboration des plannings, qui permet de cadrer la gestion

en clarifiant le processus de prise en compte des attentes individuelles et en fixant des échéances à différentes étapes (voir sur ce point le § 4 du présent chapitre).

En d'autres termes, les § 3 et 4 suivants aborderont comment concevoir les cycles et roulements en tant qu'ossature pour l'élaboration concrète, renouvelée à chaque période, des plannings prévisionnels.

3. La conception des roulements

La conception d'un roulement est fondée sur un certain nombre de points de passage obligés, qui en déterminent les données fondamentales.

3.1. La formalisation de la maquette d'organisation

Cette étape est le préalable incontournable de toute conception de roulement : il s'agit de déterminer les besoins en effectifs présents, selon le jour et les différents horaires pratiqués à partir des postes de travail identifiés (cf. chapitre 1).

Il est fréquent que les besoins en effectifs dans un service soient différents :

- entre la semaine et le week-end (parce que l'activité y est moindre et aussi parce que l'on souhaite limiter la fréquence du travail de week-end en acceptant ces jours-là une charge de travail individuelle supérieure) ;
- entre le matin et l'après-midi, parce que la charge de travail est souvent plus forte le matin (en raison notamment de la visite des médecins, ou des examens réalisés) ;
- entre le jour et la nuit.

Il peut arriver en revanche que le besoin quotidien en effectifs soit constant tout au long de l'année : c'est le cas par exemple à la maternité de la Polyclinique de Franche-Comté où les plannings sont construits pour disposer chaque jour du même nombre de salariés.

Dans certains cas, des variations spécifiques régulières sont à prendre en compte :

- un afflux d'entrées sur un jour particulier (le lundi, par exemple), compte tenu des durées moyennes de séjour et des pratiques de gestion des lits (hospitalisation de semaine) ;
- une baisse d'activité sur un jour ponctuel (le mercredi par exemple), qui peut correspondre à une moindre activité médicale en examens ou en consultations.

Il est utile dans certains cas de distinguer deux formes :

- l'une correspondant à une activité standard et un effectif complet ;
- l'autre correspondant à des périodes d'activité réduite (congés d'été, congés scolaires, fin d'année).

Il est nécessaire d'établir des tableaux de répartitions d'effectifs (cf. l'exemple ci-dessous). Ces tableaux ne sont pas standardisés : l'important est que la maquette d'organisation soit présentée de manière parlante pour les acteurs concernés et qu'elle corresponde bien à une approche partagée des besoins en effectifs.

Exemple de la maternité de la Polyclinique de Franche Comté

	Salle d'accouchement		Hospitalisation		Néonatalogie		Total maternité	
	Jour	Nuit	Jour	Nuit	Jour	Nuit	Jour	Nuit
Sages-femmes et IDE	2	2	2	1	1	1	5	4
Auxiliaires puéricultrices	1	1	3	3	1	1	5	5
Aides soignantes			3				3	
Employés de service	1	1	3				4	1
Total	4	4	11	4	2	2	17	10

La répartition des postes de travail est identique chaque jour, toute l'année. Les postes ont une amplitude de 12h15 (11h45 de travail effectif), sauf les ESH (11h).

Exemple du CHS de Pierrefeu

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche	Total hebdo	Besoin en heures	
									hebdo (*)	annuel (**)
IDE/ISP	5	4	4	4	6	4	4	31	248	12896
AS	2	2	2	2	2	2	2	14	112	5824
ASH	2	2	2	2	2	2	2	14	112	5824
TOTAL jour	9	8	8	8	10	8	8	59	472	24544
IDE/ISP	1	1	1	1	1	1	1	7	66,5	3458
AS	1	1	1	1	1	1	1	7	66,5	3458
TOTAL nuit	2	2	2	2	2	2	2	14	133	6916
IDE/ISP	6	5	5	5	7	5	5	38	314,5	16354
AS	3	3	3	3	3	3	3	21	178,5	9282
ASH	2	2	2	2	2	2	2	14	112	5824
TOTAL global	11	10	10	10	12	10	10	73	605	31460

(*) x par 8 h le jour ou par 9h30 la nuit.

(**) x 52 semaines.

ISP = infirmier service psychiatrique.

Dans cet exemple, le besoin en effectif de jour est supérieur le lundi (en raison de la gestion des retours des patients sortis pour le week-end) et le vendredi (pour la préparation des sorties du week-end et pour la réunion de synthèse hebdomadaire). S'agissant d'un établissement de psychiatrie, le nombre d'hommes présents fait partie des critères d'élaboration des plannings dans la réalité, mais ne peut être, compte tenu des principes d'égalité professionnelle, affiché comme un élément de la maquette d'organisation.

3.2. La détermination de l'effectif du roulement et de sa durée

3.2.1. Calcul du besoin en heures de travail

La maquette d'organisation une fois formalisée, il est possible d'en déduire un volume d'heures hebdomadaires nécessaire en théorie (hors absentéisme et aléas dans la répartition des ressources).

Ce calcul dépend de la durée des postes de travail selon les règles de l'accord local RTT (horaires, amplitudes, temps de recouvrement entre équipes, traitement des pauses et temps de repas).

Exemple simplifié (inspiré du CH de Cornouailles)

Le besoin de l'organisation-cible en journée est de :

- 2 postes de matin (6h30-13h30) et 1 poste de soir (13h-21h) du lundi au vendredi, soit 3 postes au total ;
- 1 poste de matin et 1 poste de soir le week-end et les jours fériés, soit 2 postes au total.

La durée des postes est de 7,5h en temps de travail effectif après déduction de la pause repas.

Le besoin hebdomadaire d'heures de travail est donc de :

$$(3 \text{ postes} \times 5 \text{ jours}) + (2 \text{ postes} \times 2 \text{ jours}) = 19 \text{ postes} \times 7,5\text{h} = 142,5\text{h}$$

Le besoin annuel d'heures de travail, en supposant que cette organisation est effectivement pratiquée toute l'année, y compris pendant les congés, sera donc de :

$$\begin{aligned} & 7430\text{h} (142,5\text{h} \times 52,14 \text{ semaines}) \\ & - 60\text{h} (8 \text{ jours fériés} \times 7,5\text{h}) \\ & = 7370\text{h} \end{aligned}$$

Les jours fériés tombant en semaine – estimés à 8 en moyenne – ne consommant que 2 postes au lieu de 3, il convient donc de déduire 1 poste durant ces 8 jours.

S'il existe une maquette d'organisation allégée pour les congés, le calcul sera réalisé en distinguant les 2 périodes.

3.2.2. Calcul de l'effectif utilisé pour élaborer le roulement

Est présentée ici une approche générale ; se reporter au chapitre 1 sur les effectifs pour une approche plus détaillée.

Le calcul présenté ci-dessous repose sur l'hypothèse que tous les salariés sont intégrés dans le roulement (ce qui revient à dire que chaque salarié travaille selon un cycle préétabli). Sera évoqué ensuite le cas de figure où le service souhaite fonctionner selon un système mixte : une partie seulement des salariés est en cycle fixe. On supposera également pour simplifier que tous les salariés sont à plein temps.

Peuvent alors être proposés plusieurs modes de calcul qui correspondent à des options différentes sur la conception du roulement :

- veut-on y intégrer tout ou partie des jours RTT prévus dans l'accord local (les accords prévoient souvent qu'une partie des jours RTT sont programmés à l'initiative de la hiérarchie, l'autre partie étant au choix du salarié sous réserve des contraintes de service) ?
- veut-on y intégrer tout ou partie des congés payés, de façon à les répartir de façon équilibrée en cours d'année ?
- veut-on que le roulement offre une certaine marge de manœuvre pour pouvoir absorber un niveau moyen d'absentéisme sans recours à des moyens extérieurs (du type pool de remplacement, CDD, intérim) ? L'absentéisme moyen est souvent estimé entre 5 à 10 %. Intégrer ce volant de gestion de l'absentéisme paraît une démarche assez réaliste, sauf à craindre que cela ne revienne à entériner une sorte de « norme » implicite sur un taux d'absentéisme incompressible.

Selon la réponse à ces questions, la durée du travail de référence utilisée pour le calcul de l'effectif ne sera pas la même, comme le montre *la suite de notre exemple* :

1/ Supposons tout d'abord que l'on n'intègre pas les congés payés dans le roulement. On peut alors raisonner sur la base du besoin hebdomadaire (142,5h).

Si l'on raisonne sur la base de la durée hebdomadaire avant jours RTT (5 jours x 7,5h = 37,5h), on a besoin de $142,5h / 37,5h = 3,80$ ETP.

Si l'on raisonne en intégrant les 15 jours RTT qui permettent de ramener la durée moyenne à 35h, on a le calcul suivant : $142,5h / 35h = 4,07$ ETP.

Première conclusion : le roulement devra être construit sur un effectif minimal de 4 salariés. Cet effectif doit permettre de programmer une grande partie des jours RTT. Programmer la totalité des jours RTT suppose de construire le roulement sur un effectif de 5 salariés (ou 4 salariés à temps plein plus un temps partiel)

2/ Supposons ensuite que l'on souhaite intégrer dans le roulement la programmation des congés et récupérations. Il faut alors raisonner sur une base annuelle.

Besoin annuel de notre exemple : 7370h.

Durée annuelle de référence : 1568h (cas d'un agent en repos variable dans la Fonction publique hospitalière).

Besoin minimal en effectif : $7370h / 1568h = 4,70$ ETP.

Il devient alors impératif de passer à un effectif de 5 salariés pour pouvoir construire un roulement permettant de programmer les congés et qui offre de plus une marge de manœuvre complémentaire pour gérer des absences imprévues (correspondant à 0,3 ETP, soit un absentéisme moyen de 6 %).

3.3. Élaboration de scénarios de roulement (avec des pleins temps)

Une fois déterminé l'effectif pour la construction du roulement, il faut élaborer le roulement lui-même. Il convient d'ailleurs de parler plutôt de roulements au pluriel, car il existe toujours différents scénarios possibles pour répartir les postes de travail et les postes de repos, tout en respectant l'effectif requis chaque jour. Ceci entraîne la nécessité de spécifier les critères d'évaluation qui seront utilisés pour comparer les scénarios mis au point (cf. plus loin le § 3.4).

On poursuit *notre exemple* pour illustrer cette étape d'élaboration de scénarios :

A) Hypothèse d'un roulement à 4 salariés

Voici deux exemples de roulements qui intègrent un jour RTT par cycle de 4 semaines :

Scénario 1

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Nb postes		Durée	Durée hebdo
								M	AM		
1	M	M	M	RH	M	M	M	6		7,5	45,0
2	RH	AM	AM	AM	AM	RH	RH		4	7,5	30,0
3	M	M	RTT	M	RH	AM	AM	3	2	7,5	37,5
4	AM	RH	M	M	M	RH	RH	3	1	7,5	30,0
M	2	2	2	2	2	1	1	<i>Moyenne sur le cycle</i>			35,625
AM	1	1	1	1	1	1	1				

M : poste du matin
AM : poste d'après-midi

Déroulé sur 4 semaines :

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
1	M	M	M	RH	M	M	M	RH	AM	AM	AM	AM	RH	RH	M	M	RTT	M	RH	AM	AM	AM	RH	M	M	M	RH	RH
2	RH	AM	AM	AM	AM	RH	RH	M	M	RTT	M	RH	AM	AM	AM	RH	M	M	M	RH	RH	M	M	M	AM	AM	AM	AM
3	M	M	RTT	M	RH	AM	AM	AM	RH	M	M	M	RH	RH	M	M	RH	M	M	RH	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM	RH
4	AM	RH	M	M	M	RH	RH	M	M	M	RH	M	M	M	RH	AM	AM	AM	AM	RH	RH	M	M	RTT	M	RH	AM	AM

(Le roulement déroulé sur la durée du cycle est obtenu en décalant le démarrage du cycle de chaque salarié d'une semaine par rapport au salarié précédent.)

Scénario 2

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Nb postes		Durée	Durée hebdo
								M	AM		
1	M	M	RH	M	M	AM	AM	4	2	7,5	45,0
2	AM	RH	M	M	M	RH	RH	3	1	7,5	30,0
3	RTT	AM	AM	AM	RH	M	M	2	3	7,5	37,5
4	M	M	M	RH	AM	RH	RH	3	1	7,5	30,0
M	2	2	2	2	2	1	1	<i>Moyenne sur le cycle</i>			35,625
AM	1	1	1	1	1	1	1				

Déroulé sur 4 semaines :

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
1	M	M	RH	M	M	AM	AM	AM	RH	M	M	M	RH	RH	RTT	AM	AM	AM	RH	AM	AM	AM	RH	M	M	M	AM	AM
2	AM	RH	M	M	M	RH	RH	RTT	AM	AM	AM	RH	M	M	M	M	RH	AM	RH	RH	M	M	RH	M	M	AM	AM	
3	RTT	AM	AM	AM	RH	M	M	M	M	M	RH	AM	RH	RH	M	M	RH	M	M	AM	AM	AM	RH	M	M	M	RH	
4	M	M	M	RH	AM	RH	RH	M	M	RH	M	M	AM	AM	AM	RH	M	M	M	RH	RH	RTT	AM	AM	AM	RH	M	

Ces deux scénarios sont identiques en termes quantitatifs :

- ils conduisent à une durée moyenne légèrement supérieure à 35h ;
- la durée de chacune des 4 semaines du cycle est identique ;

- le roulement programme 1 jour RTT toutes les 4 semaines (la 3^e semaine dans les deux cas), soit environ 13 RTT programmées par an.

Ils diffèrent, en revanche, d'un point de vue qualitatif, dans la répartition des repos et des postes de travail :

- les repos en semaine et le jour RTT sont positionnés différemment au cours du cycle ;
- le scénario 1 limite la longueur des séquences de travail avec au maximum 4 postes successifs, une fois dans le cycle, tandis que le scénario 2 les concentre davantage (2 séquences de 5 postes successifs) ;
- le scénario 2 permet des week-ends de 3 jours en accolant un jour RTT à un week-end de repos, tandis que le scénario 1 privilégie le jour RTT le mercredi (ce qui peut intéresser des parents de jeunes enfants) ;
- le scénario 1 prévoit des séquences de travail homogènes (soit matins, soit après-midi) tandis que le scénario 2 comporte des séquences faisant se succéder des postes de matin et des postes d'après-midi.

Du point de vue de la gestion du temps, la programmation du jour RTT offre l'avantage de « canaliser » la prise de ces jours, mais peut se révéler contradictoire avec l'accord RTT si celui-ci prévoit que la moitié, par exemple, des jours RTT pourront être pris au choix du salarié : il conviendrait alors de laisser des possibilités de modifications de ces jours. Ce jour RTT offre par ailleurs une marge de manœuvre pour gérer des absences : il est envisageable de le transformer en poste de travail pour pallier une absence d'un autre salarié, mais cela nécessitera ultérieurement une récupération (à moins d'abonder le compte épargne temps).

Comment construire de tels scénarios ? Dans la pratique, le processus peut être schématisé comme suit :

1) *Positionner les week-ends libres* de façon équilibrée sur la durée du cycle

Dans notre exemple, il semble logique de programmer un week-end libre toutes les 2 semaines :

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
1						M	M
2						RH	RH
3						AM	AM
4						RH	RH

Cette première étape permet d'intégrer en priorité la contrainte réglementaire la plus forte, qui est de respecter un ratio d'un week-end libre sur 2 en moyenne (principe de 4 repos hebdomadaires sur 2 semaines, dont 2 au moins consécutifs).

2) *Positionner les repos en semaine ensuite*

Ceci permet, d'une part, d'avoir un repos programmé chaque jour (puisque l'on a besoin de 3 salariés présents sur 4) et, d'autre part, de garantir à chaque salarié au moins 1 repos par semaine et d'éviter des séquences supérieures à 6 postes travaillés à cheval sur 2 semaines.

Comme le montrent les deux scénarios, plusieurs possibilités s'offrent.

Une méthode consiste à positionner un repos sur le vendredi qui suit un week-end de repos, puis à décaler d'un jour sur chaque ligne :

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
1						M	M
2						RH	RH
3						AM	AM
4						RH	RH

Ce schéma correspond au scénario 2 cité plus haut.

En comptant le nombre de repos programmés (9), il apparaît un repos de plus que le nombre de repos hebdomadaires nécessaires (2 par semaine, soit 8 sur le cycle). Il est possible donc de programmer un jour RTT (laisser ce repos non qualifié dans le planning permettrait aussi de considérer qu'il peut s'agir d'une récupération, d'un congé ou d'un poste en surnombre à utiliser pour pallier des absences).

Une autre méthode consiste à éviter en priorité les séquences de 5 postes successifs : on prévoit alors des « couples » de repos autour d'un week-end travaillé : jeudi et lundi pour le premier week-end et vendredi - mardi pour le second week-end. Il reste alors à positionner un repos le mercredi dans l'une des 2 semaines où le week-end est travaillé :

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
1						M	M
2						RH	RH
3						AM	AM
4						RH	RH

Ce schéma est celui du scénario 1 cité plus haut.

3) Positionner les postes de matin et d'après-midi en dernier lieu

Plusieurs possibilités existent, en respectant les contraintes suivantes :

- ne pas enchaîner un poste du matin après un poste d'après-midi car cela ne permettrait pas un repos d'au moins 11 heures (certains roulements observés s'affranchissent néanmoins de cette règle avec l'accord tacite des salariés) ;
- obtenir pour chaque jour de semaine la présence de 2 matins et 1 après-midi.

La conséquence de ces contraintes est la suivante :

- si l'on commence par un poste de matin après un repos, on peut inscrire soit une séquence de matins, soit une séquence matins - après-midi ;
- si l'on commence par un après-midi après un repos, on est obligé d'inscrire une séquence d'après-midi.

Par exemple, dans le premier schéma ci-dessus, on est obligé d'inscrire 2 matins pour le jeudi et le vendredi de la semaine 1 (puisque'ils précèdent le week-end de matin).

Aux deux scénarios ci-dessus se substitue un troisième, obtenu en modifiant la place de certains repos et les alternances matins - après-midi. Dans cet exemple, on a créé un repos de 2 jours consécutifs en semaine 3, en renonçant au week-end de 3 jours des scénarios 1 et 2 (entre semaines 2 et 3), et en acceptant une séquence de 7 postes consécutifs à cheval sur la semaine 1 et la semaine 2 (ce qui reste légal puisque les durées maximales sont appréciées sur la semaine civile, et est tempéré par le fait de l'alternance matin – après-midi qui crée un repos plus long en milieu de séquence).

Scénario 3

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
1	M	RH	M	M	M	AM	AM
2	AM	AM	RH	M	M	RH	RH
3	M	M	AM	RH	RTT	M	M
4	RH	M	M	AM	AM	RH	RH

Déroulé sur 4 semaines :

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di							
1	M	RH	M	M	M	AM	AM	AM	AM	RH	M	M	RH	RH	M	M	AM	RH	RTT	M	M	RH	M	M	AM	AM	RH	RH
2	AM	AM	RH	M	M	RH	RH	M	M	AM	RH	RTT	M	M	RH	M	M	AM	AM	RH	RH	M	RH	M	M	M	AM	AM
3	M	M	AM	RH	RTT	M	M	RH	M	M	AM	AM	RH	RH	M	RH	M	M	M	AM	AM	AM	AM	RH	M	M	RH	RH
4	RH	M	M	AM	AM	RH	RH	M	RH	M	M	M	AM	AM	AM	AM	RH	M	M	RH	RH	M	M	AM	RH	RTT	M	M

Une fois réussie la construction d'un scénario selon la méthode évoquée ci-dessus, il est ensuite possible de créer des variantes en intervertissant des postes ou en déplaçant des repos. Il faut, en revanche, toujours veiller à vérifier, par la double lecture verticale et horizontale, le respect des contraintes fixées.

B/ Situation d'un roulement construit avec 5 salariés (dans le cas où l'on veut intégrer la programmation des congés payés, au moins partiellement)

Une solution simple consiste à ajouter dans le roulement construit pour 4 salariés une semaine supplémentaire libre. On a alors un roulement du type suivant (adapté du scénario 1 précédent) :

Scénario 1 bis

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Nb postes		Durée	Durée hebdo
								M	AM		
1	M	M	M	RH	M	M	M	6		7,5	45,0
2	RH	AM	AM	AM	AM	RH	RH		4	7,5	30,0
3	M	M	RTT	M	RH	AM	AM	3	2	7,5	37,5
4	AM	RH	M	M	M	RH	RH	3	1	7,5	30,0
5	R	R	R	R	R	RH	RH	Si semaine de CP			35,0
	M	2	2	2	2	2	1	1	Moyenne sur le cycle		35,5
	AM	1	1	1	1	1	1	1			

Déroulé sur 5 semaines :

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di									
1	M	M	M	RH	M	M	RH	AM	AM	AM	AM	RH	RH	M	M	RTT	M	RH	AM	AM	AM	AM	RH	M	M	M	RH	RH	R	R	R	R	R	RH	RH		
2	RH	AM	AM	AM	AM	RH	RH	M	M	RTT	M	RH	AM	AM	AM	RH	M	M	M	RH	RH	R	R	R	R	R	RH	RH	M	M	M	RH	M	M	M		
3	M	M	RTT	M	RH	AM	AM	AM	RH	M	M	M	RH	RH	R	R	R	R	R	RH	RH	M	M	M	RH	M	M	M	RH	RH	M	M	AM	AM	AM	RH	RH
4	AM	RH	M	M	M	RH	RH	R	R	R	R	R	R	RH	RH	M	M	M	RH	AM	AM	AM	AM	RH	RH	M	M	RTT	M	RH	AM	AM	AM	AM	AM	AM	
5	R	R	R	R	R	RH	RH	M	M	M	RH	M	M	M	RH	AM	AM	AM	AM	RH	RH	M	M	RTT	M	RH	AM	AM	AM	RH	M	M	M	M	RH	RH	

Un point important de cette conception du roulement est que, chaque semaine, un salarié sur cinq est « non programmé » par rapport aux besoins directs du service. Cette semaine peut être utilisée pour des besoins variés :

- le salarié peut programmer une semaine de congés payés ;
- s'il est présent sur cette semaine, il peut remplacer des absences d'autres salariés (récupération, formation, maladie).

Par exemple, en semaine 1, le salarié 5 peut remplacer le salarié 1 les 3 premiers jours pendant une formation, puis le salarié 2 le jeudi et vendredi d'après-midi, si celui-ci est

malade ou a posé des récupérations (attention : il convient de s'assurer du respect du repos de 11h entre 2 postes, et de ne pas enchaîner directement un matin après un après-midi).

Dans certaines organisations, le salarié peut aussi être amené à intervenir en renfort dans d'autres services s'il est en sureffectif dans son service.

L'intérêt de ce type de planning, contrairement à d'autres organisations où le planning de chacun risque en permanence d'être modifié, est de concentrer, sur une semaine identifiée avec une périodicité préétablie, la probabilité pour un salarié d'être appelé à pallier des absences.

Il est important pour le cadre d'être vigilant pour que cette semaine non programmée ne génère pas des sureffectifs.

Il est aussi possible d'envisager un roulement qui répartit de façon plus éclatée les postes non programmés, de façon à avoir une gestion plus souple. En voici un exemple :

Scénario 4

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	
								Durée hebdo
1	R	R	AM	AM	RH	M	M	30,0
2	AM	AM	RH	M	R	RH	RH	22,5
3	M	M	M	R	AM	RH	RH	30,0
4	M	M	R	RH	M	AM	AM	37,5
5	RH	R	M	M	M	RH	RH	22,5
	Moyenne sur le cycle							28,5

Dans ce scénario, le jour RTT n'a pas été isolé en tant que tel : il fait partie des six postes « R » disséminés dans le roulement, qui vont permettre aux salariés de poser des jours RTT, des récupérations ou des congés, ou bien qui vont être utilisés pour pallier des absences, faire des formations, etc., de façon analogue au scénario précédent avec semaine complète non programmée.

3.4. Évaluation des scénarios

La dernière étape de la démarche est de comparer les différents scénarios au regard de critères d'évaluation.

La définition de ces critères doit faire l'objet d'une démarche participative pour s'assurer de prendre en compte les paramètres les plus importants du point de vue des conditions de travail et de vie, d'une part, et du management du service, d'autre part.

L'expérience montre qu'il est impossible de prédéterminer les critères qui vont être les plus importants dans un contexte donné. Les points de vue peuvent être diamétralement opposés selon les contextes d'établissement et de service.

À titre d'exemple, il existe des situations dans lesquelles les agents sont très attachés au maintien de successions après-midi – matin, malgré l'illégalité de ce mode de fonctionnement, alors que cette perspective est totalement rejetée dans un établissement voisin. De multiples raisons, parfois contradictoires, peuvent expliquer ce constat :

- du point de vue de la charge de travail, la faible durée du repos est un facteur pénalisant en limitant les temps de récupération, mais, à l'inverse, la reprise le matin après un après-midi limite la charge de traitement d'information pour « se remettre à niveau » dans la connaissance des patients. Ce mode d'alternance permet aussi de reprendre le travail l'après-midi après un repos ; ce qui, toujours du point de vue de la gestion de l'information, est jugé moins pénible que de reprendre le matin. En effet, la passation de consignes du matin avec l'équipe de nuit est souvent courte,

alors que le temps de chevauchement de milieu de journée est plus long ; de plus, la charge de travail est souvent moindre l'après-midi, ce qui laisse le temps d'intégrer les changements qui ont eu lieu dans le service (nouveaux patients et évolution des patients déjà connus) ;

- du point de vue des conditions de vie, cela permet d'augmenter l'amplitude du week-end et des autres périodes de repos puisque l'on peut terminer sur un matin avant le repos et reprendre sur un après-midi après le repos. En revanche, ceci se fait au prix d'une « densification » du travail pendant les séquences de travail.

Les critères les plus souvent pris en considération concernent :

- la longueur des séquences de travail, exprimées en nombre de postes successifs de même nature ;
- la fréquence de repos isolés (les salariés souhaitant souvent avoir le maximum de repos groupés par 2 ou plus) ;
- la fréquence des week-ends, exprimée en nombre moyen sur la durée d'un cycle ;
- la répartition des week-ends selon leur durée en heures, ou en jours.

Un des points délicats peut être de se mettre d'accord sur la définition d'un week-end, notamment lorsque les salariés alternent entre des horaires de jour et des horaires de nuit. Est-ce une période samedi-dimanche libre sur le planning (mais dans certains cas, cela peut correspondre à une fin de travail le samedi matin, et donc un samedi amputé par le sommeil diurne après le poste de nuit) ? Ou bien faut-il tenir compte du vendredi soir ?

3.5. Comment intégrer des temps partiels

Le problème se complique lorsque l'on se trouve face à un effectif composé pour partie de temps partiels.

En reprenant l'exemple simplifié, on peut imaginer que l'effectif se compose de 6 personnes physiques, dont 3 temps pleins et 3 temps partiels (2 mi-temps et 1 salarié à 80 %). L'effectif disponible est alors de 4,8 ETP ($3 + 0,5 + 0,5 + 0,8 = 4,8$), ce qui correspond presque exactement au calcul du besoin théorique en effectif (qui était de 4,7 ETP). Comment adapter les scénarios de roulements pour tenir compte de cette situation ?

Nous nous placerons ici dans la situation, fréquente, où les salariés ont pu obtenir un temps partiel organisé sous forme de jours libérés, et non de durées quotidiennes raccourcies (auquel cas le problème se déplace vers l'adaptation de l'organisation quotidienne du travail).

Dans notre exemple, le cycle retenu programme 19 postes de travail sur 4 semaines pour un temps plein. En conséquence, si l'on effectue un calcul proportionnel, il s'agit de concevoir des cycles tels que :

- un mi-temps effectue 9,5 postes (alternativement un cycle de 9 postes et un cycle de 10 postes) ;
- un 80 % effectue 15 postes ($19 \times 80 \% = 15,2$).

L'élaboration du roulement dépend ensuite des modalités de répartition des postes libérés au titre du temps partiel :

- dans certains cas, les salariés à temps partiel ont des jours fixes libérés (le mercredi ou le vendredi pour un 80 %, le début ou la fin de semaine ou une semaine sur 2 pour un mi-temps) ;

- dans d'autres cas, la programmation des jours libérés est faite au coup par coup à chaque planning en fonction des souhaits des salariés et des besoins du service, et seul le nombre de postes travaillés est fixé.

Dans le premier cas (jours fixes), il est possible de construire des roulements qui articulent des cycles de temps partiels et des cycles de temps plein. Cependant, l'exercice est complexe et doit être réalisé spécifiquement pour chaque configuration particulière rencontrée. On peut construire d'abord les cycles de temps partiels, puis définir les cycles de temps plein, de façon à compléter les besoins en effectifs. Mais en général, pour aboutir à un schéma totalement équitable (chaque salarié à temps plein pratique exactement le même cycle que les autres), la durée de cycle obtenue est longue, car elle est multiple à la fois de la durée des cycles des temps partiels et du nombre de salariés à temps plein.

Un des points sensibles observés lors de la conception de roulements intégrant des temps partiels est celui de la répartition des week-ends :

- les salariés à temps partiel doivent-ils effectuer une proportion de week-ends calculée en fonction de leur quotité de temps de travail (dans ce cas, par exemple un mi-temps ne fera qu'un week-end sur 4, et un 80 % ne fera que 8 week-ends sur 5 cycles de 4 semaines) ?
- ou bien cette contrainte du week-end est-elle à répartir de façon égalitaire entre les salariés, quelle que soit leur durée du travail ?
- question complémentaire : si le temps partiel d'un salarié est organisé par raccourcissement des journées, comment organiser ses présences le week-end (compte tenu de l'effectif moindre le week-end, il est en général impossible de programmer autre chose que des postes complets) ?

Ce débat renvoie à la notion d'équité (et pas forcément d'égalité) entre salariés. Les expériences montrent qu'il n'y a pas de réponse unique en la matière. Une des solutions de compromis rencontrées est de définir des seuils annuels minimums de week-ends selon la quotité de temps partiels, intermédiaires entre un strict calcul proportionnel, et un partage égalitaire.

À titre illustratif, voici un exemple :

- les mi-temps ont alternativement le début et la fin de semaine libérés, et travaillent un week-end sur 4 (l'après-midi) ;
- le 80 % ne travaille que le matin, a systématiquement le mercredi libéré et travaille un week-end sur 2.

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	
1																													
2																													
3																													
80%																													
50%																													
50%																													

TP : temps de récupération des temps partiels

Les cases blanches représentent des possibilités de congés payés, jours RTT, formations, ou de postes de travail complémentaires pour pallier des absences.

Pour obtenir un roulement totalement équilibré, il faudrait faire tourner les 3 salariés à plein temps sur les 3 premières lignes (soit un cycle de 12 semaines). En effet, dans le tableau ci-dessus, les salariés 1 et 2 travaillent 1 week-end sur 4, mais le salarié 3 travaille 2 week-ends sur 4.

Les deux salariés à mi-temps peuvent également alterner sur les deux lignes 5 et 6 (cycle de 8 semaines).

En conclusion, il est impossible ici de proposer une méthode systématique de conception de plannings intégrant des temps partiels. Il est absolument nécessaire de mettre en œuvre un processus de dialogue avec l'ensemble de l'équipe pour élaborer des plannings spécifiques qui traduisent un compromis entre tous les intérêts en présence (efficacité et qualité de service, attentes des salariés à plein temps et à temps partiel).

3.6. Une approche mixte : articuler dans le planning des cycles fixes et du « sur-mesure »

La méthode développée précédemment est adaptée lorsqu'un service souhaite inscrire l'ensemble de son personnel dans un cadre commun de roulement. C'est une démarche orientée vers l'équité globale entre les salariés.

Cependant, cette option n'est pas toujours possible, lorsque les caractéristiques de l'activité, la diversité des attentes des salariés ou l'histoire sociale de l'établissement engendrent un degré de complexité tel qu'il se révèle impossible d'élaborer une approche globale d'un roulement. Dans certains établissements, cela conduit à maintenir une approche totalement « sur-mesure » : chaque planning est élaboré sans référence à une trame formalisée, en fonction de la situation des effectifs et des demandes des salariés. Une autre solution observée est de faire coexister des salariés fonctionnant selon des cycles fixes et des salariés fonctionnant sans cycles préétablis.

Un axe de progrès peut alors être d'examiner s'il est possible de réduire la variabilité du « sur-mesure », très consommateur de temps des cadres, en augmentant la part des salariés concernés par des cycles fixes.

Tel a été le projet de la maternité de la Polyclinique de Franche Comté avec la mission MeaH. En effet, la situation de l'établissement se caractérisait par une grande complexité, issue en partie de l'histoire (la maternité est issue du regroupement de trois établissements) :

- la maternité comporte trois espaces (salles d'accouchement, service d'hospitalisation, néonatalogie), certains salariés travaillent uniquement dans un espace et d'autres peuvent travailler alternativement dans deux ou trois espaces (roulantes) ;
- il existe trois grandes catégories de personnel (sages-femmes et infirmières ; auxiliaires de puériculture et aides soignantes ; employés de service) ;
- dans chaque espace, les besoins en effectifs, le jour et la nuit, sont différents selon les catégories de personnel (sages-femmes et IDE, auxiliaires de puériculture, aides soignantes, employés de service hospitaliers : cf. le tableau présenté plus haut au § 3.1 de ce chapitre) ;
- certains salariés ont été embauchés sur un horaire fixe de jour ou de nuit (les postes sont de 12h15) et d'autres peuvent alterner entre les deux types d'horaires ;
- une partie des salariés a été embauchée et est identifiée comme « roulante », c'est-à-dire susceptible de travailler dans les 3 espaces et sur les deux types d'horaires ;
- enfin, il existe de nombreux salariés à temps partiel, selon des quotités différentes (50 %, 80 %, etc.).

Ceci engendre une combinatoire telle que les plannings sont très difficiles à élaborer, d'autant que la tradition sociale de l'établissement est de chercher à répondre positivement aux souhaits individuels en matière de temps libre et d'accepter des demandes de modifications « en temps réel ».

Il faut donc élaborer des plannings différents selon les unités et selon les catégories, ce qui conduit à formaliser chaque mois 13 plannings différents (pour un effectif total d'environ 78 ETP soignants) :

	Accouchement		Hospitalisation		Néonatalogie		Roulantes	
	Jour	Nuit	Jour	Nuit	Jour	Nuit	Jour	Nuit
SF/IDE	P1*		P2		P3			
AP	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10**	
AS			P11					
ESH	P12		P13					

* P1 est le planning concernant les sages-femmes et IDE affectées en salle d'accouchement. Celles-ci alternent entre les postes de jour et de nuit.

** P10 est le planning des auxiliaires de puériculture qui peuvent travailler dans les 3 unités et alternent entre jour et nuit.

Deux catégories de salariés coexistaient :

- ceux qui travaillaient selon un cycle fixe préétabli (en général les plus anciens qui avaient pu choisir leur rythme de travail au moment de leur embauche) ;
- ceux dont le planning était élaboré « sur mesure » chaque mois pour atteindre l'organisation-cible : ces salariés étaient soumis à une variabilité plus forte, aussi bien entre espaces de travail qu'entre postes de jour et de nuit, car ils constituaient la marge de manœuvre principale pour la réalisation des plannings.

Au début du projet, le pourcentage de salariés bénéficiant d'un rythme fixe n'était que de 40 % en moyenne sur toutes les catégories. L'objectif principal de la démarche de la maternité était d'augmenter le nombre de salariés pouvant bénéficier d'un rythme fixe, afin de réduire le clivage entre salariés, d'améliorer l'équité et de réduire le temps passé par les cadres à élaborer les plannings (car le « sur-mesure » est une marge de manœuvre qui demande beaucoup de temps de régulation).

Un objectif complémentaire était de simplifier l'élaboration des plannings en s'appuyant sur un cycle fixe plus court.

En effet, dans la situation initiale, les salariés en cycle fixe travaillaient selon un rythme répétitif de 19 jours : 2W - 2R - 2W - 3R - 2W - 2R - 2W - 4R (le poste W pouvant être, selon les cas, systématiquement un poste de jour, un poste de nuit, ou bien alternativement jour et nuit). Ce rythme conduisait à un cycle de 19 semaines (par répétition de 7 fois la séquence de base de 19 jours) :

Cycle initial

	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
1	W	W			W	W	
2			W	W			W
3	W					W	W
4			W	W			
5	W	W			W	W	
6				W	W		
7	W	W				W	W
8			W	W			
9		W	W			W	W
10				W	W		
11	W	W					W
12	W			W	W		
13		W	W			W	W
14					W	W	
15		W	W				W
16	W			W	W		
17			W	W			W
18	W				W	W	
19		W	W				
	8	8	8	8	8	8	8

Effectif présent

Les cases bleues représentent des repos, les cases grises les repos couvrant le samedi et le dimanche.

L'application de ce cycle correspond à un ratio de présence quotidienne effective de 8 salariés sur 19.

Le besoin quotidien de présences est stable compte tenu de l'activité. En revanche, on ne précise pas ici la façon dont ces postes de travail sont répartis entre jour et nuit (W = J ou N selon les cas) et entre les 3 espaces, car cela dépend des profils individuels des salariés présents au tableau.

La pratique d'élaboration des plannings par les cadres était la suivante :

- les salariés en cycle fixe étaient positionnés entre les différents plannings selon leurs caractéristiques personnelles (lieu de travail, horaires fixes ou alternants) ;
- les plannings des salariés sans cycle fixe et des « roulantes » étaient définis de façon à compléter les besoins dans chacun des espaces, en jouant sur les degrés de polyvalence et sur la possibilité d'alterner les horaires.

Outre l'inconvénient de son illégalité (car dépassant la limite de 12 semaines), ce cycle présentait plusieurs inconvénients :

- il conduisait à une durée moyenne inférieure à 35h (34,63h), ce qui obligeait à programmer 1 ou 2 postes de travail supplémentaires par salarié sur l'année et était mal vécu ;
- il engendrait un nombre important de week-ends partiels (samedis ou dimanches isolés 8 semaines sur 19), cela étant dû au mécanisme de répétition de la séquence de base de 19 jours (alors que, dans les exemples développés au § 3 ci-avant, les roulements étaient construits en partant d'une répartition des week-ends complets).

En revanche, ce roulement présentait l'avantage de ne programmer que des séquences de 2 postes consécutifs (la succession de 3 postes étant considérée comme trop pénible compte tenu de l'amplitude quotidienne de 12,25h et les postes isolés étant peu appréciés).

Quatre scénarios ont été élaborés et analysés par un groupe de travail composé de représentants des différentes catégories de salariés et des cadres.

La base de construction de ces scénarios a été un ratio de 21 postes de travail sur un cycle de 7 semaines. En effet, le calcul montre que, pour être le plus près possible de 35h, un cycle de 7 semaines est le mieux adapté : les postes de travail étant comptabilisés

11,75h (pour une amplitude de 12,25h), 35h correspondent à environ 3 postes de travail par semaine et par salarié. Dans la mesure où un salarié doit travailler un même nombre de postes sur chaque jour de la semaine (puisque les besoins de l'organisation sont identiques chaque jour), on pourra équilibrer cette répartition au bout de 7 semaines (soit 21 postes de travail : 3 lundis, 3 mardis, etc.).

Les 4 scénarios conduisent à une durée du travail de (21 postes x 11,75h) / 7 semaines = 35,25h. Sur l'ensemble de l'année, chaque salarié aura 1 poste de récupération supplémentaire pour descendre à 35h en moyenne annuelle.

Les 4 scénarios étudiés

Scénario 1								Scénario 2							
	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di		Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
1	W	W				W	W	1	W	W				W	W
2			W	W				2			W	W			
3	W				W	W		3	W		W		W		
4		W	W				W	4		W	W			W	W
5	W			W	W			5				W	W		
6		W	W			W	W	6	W	W				W	W
7				W	W			7				W	W		

Scénario 3								Scénario 4							
	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di		Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
1		W			W	W		1		W			W	W	W
2			W	W				2			W	W			
3	W			W	W		W	3	W				W	W	
4		W	W		W			4		W	W				W
5	W		W	W				5	W			W			
6	W	W				W	W	6		W	W			W	W
7						W	W	7	W			W	W		

Les scénarios se différencient par la façon de positionner les week-ends, et par la possibilité (ou non) de programmer des postes de travail isolés ou des séquences de 3 postes de travail successifs. Ce sont les critères d'appréciation privilégiés par le groupe de travail, du point de vue des conditions de vie et de la pénibilité au travail.

Le tableau de comparaison des scénarios était donc le suivant :

	Actuel	S1	S2	S3	S4	
w-e libres couvrant Ve-Sa-Di	15,8%	14,3%	14,3%	28,6%	28,6%	
w-e libres couvrant Sa-Di	21,1%	28,6%	42,9%	14,3%	14,3%	
w-e libres couvrant Sa ou Di	42,1%	28,6%	0,0%	28,6%	28,6%	
w-e travaillés totalement	21,1%	28,6%	42,9%	28,6%	28,6%	
postes de travail isolés	0	1	3	5	3	sur 7 semaines
séquences 3 postes travaillés	0	0	0	0	2	

N.B. : le pourcentage est calculé comme suit : 100 x (nombre de week-ends / nombre de semaines dans le cycle).

(Cycle existant : 19 semaines ; cycles des scénarios : 7 semaines.)

Le scénario retenu par le groupe de travail et l’encadrement est le scénario 1. C’est celui qui minimise le nombre de postes isolés tout en répartissant de façon équilibrée les différentes formes de week-ends. Les autres scénarios sont plus favorables pour les week-ends, mais au prix de contraintes jugées trop fortes sur la répartition des postes de travail (soit des séquences trop longues de 3 postes, soit des postes isolés qui « ha-chent » le rythme).

Voici le déroulé du scénario 1 sur 7 semaines pour un salarié :

Semaine 1					Semaine 2					Semaine 3					Semaine 4					Semaine 5					Semaine 6					Semaine 7																									
Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di							
W	W																																																						
W travail					 repos en semaine					 week-ends																																													

Ce type de cycle nécessite absolument de caractériser la nature des jours non travaillés (repos hebdomadaires, récupérateurs RTT) et le mode de décompte des congés. On voit ici qu’une stratégie consistant à poser un congé sur le lundi isolé de la semaine 3 crée un temps non travaillé de 7 jours. Il convient de garantir une équité entre salariés dans la façon de positionner les congés (cf., sur cette question complexe, chapitre 4).

La première évaluation réalisée après quelques mois de mise en œuvre a permis de constater que le nombre de salariés en cycle fixe a effectivement augmenté : il est aujourd’hui d’environ 60 % au lieu de 40 % initialement.

Sur le critère du temps passé par les cadres à la gestion des plannings, les résultats sont pour l’instant moins évidents puisque l’estimation reste autour de 50 % du temps. Cependant, l’établissement escompte que la rationalisation du processus de gestion des plannings, associé à l’introduction d’un outil informatisé, permettra, après un temps d’apprentissage, de progresser sur ce critère.

En résumé, cet exemple montre que, si la complexité de certaines situations ne permet pas toujours de mettre en place une organisation globale fondée sur des roulements, il est possible de progresser en matière d’équité entre les salariés et de rechercher une meilleure efficacité du processus de gestion des plannings.

4. La gestion des plannings

Les paragraphes précédents ont permis d'étudier la construction des roulements de référence qui servent de trames à l'élaboration des plannings réels, dont il faut maintenant envisager le processus d'élaboration et de gestion.

Cette traduction en plannings concrets des principes généraux définis plus haut offre de nombreux éléments de complexité expliquant l'importance du temps consacré par les cadres à cette activité.

C'est en effet dans cette étape qu'il faudra prendre en compte les absences programmées (congs, jours RTT, récupérations, formations, congés maladie de longue durée) sur la période de construction du planning. La façon de les intégrer va dépendre de :

- la conception du roulement, selon que celui-ci offre des marges de manœuvre intégrées (notre exemple, cas du roulement construit avec 5 salariés) ou non ;
- les modalités de gestion du personnel dans l'établissement (existence d'un pool de remplacements, possibilités de recours à des CDD ou intérimaires, consignes sur l'usage des heures supplémentaires) ;
- l'état de la situation des compteurs d'heures dans le service (certains salariés sont-ils en débit et mobilisables pour des remplacements ?).

Il faut aussi à cette étape intégrer les demandes de modification des salariés : untel voudrait avoir un certain week-end alors qu'il est programmé au travail dans le roulement, tel autre voudrait avoir un après-midi pour un rendez-vous extérieur, etc. La réponse à ces souhaits suppose d'imaginer les astuces permettant d'ajuster le planning de façon acceptable (c'est-à-dire sans créer des configurations inacceptables du point de vue de l'efficacité et de la qualité de service, de la pénibilité du travail ou de l'équité entre salariés).

Il est facile de comprendre qu'il n'est pas possible de donner ici des « recettes générales » pour réaliser un planning détaillé, cela relève de l'art de manager du cadre du service ainsi que de la qualité du dialogue avec les salariés. Toutefois, les enseignements des missions MeaH conduisent à mettre l'accent sur deux outils qui peuvent constituer des leviers concrets d'amélioration :

- une formalisation précise du processus d'élaboration et de gestion des plannings ;
- la rédaction d'une charte de gestion des plannings explicitant des principes partagés et des règles communes.

4.1. Formaliser le processus d'élaboration et de gestion des plannings

Cette formalisation est une manière de s'interroger sur le juste milieu entre deux écueils :

- d'un côté, avoir un planning en évolution permanente, où les cadres passent l'essentiel de leur temps à trouver des solutions pour gérer les aléas (absentéisme, surcroît d'activité, etc.) et répondre aux souhaits individuels des salariés, y compris formulés au dernier moment ;
- de l'autre, avoir un système trop rigide, qui refuse a priori les modifications, risque d'engendrer des effets pervers (démotivation des salariés, pertes d'efficacité par une mauvaise adaptation des moyens à l'activité, absentéisme).

L'enjeu est de trouver un compromis qui pose certaines limites et structure la prise en compte des demandes individuelles, tout en laissant la souplesse nécessaire pour intégrer les aléas. Cette démarche doit ainsi contribuer à faciliter la tâche des encadrants en réduisant le volume de temps consacrés à des ajustements « au fil de l'eau » qui

nécessitent des démarches nombreuses (coups de téléphone pour rechercher des salariés disponibles, remaniements successifs des plannings, etc.).

Ceci passe par la mise à plat :

- des étapes de construction et d'adaptation du planning ;
- des échéances (dates limites) pour chacune de ces étapes ;
- des engagements et responsabilités des différents acteurs (cadre, fonction RH, salariés) à chacune de ces étapes.

Nous proposons de distinguer les étapes suivantes pour un planning mensuel (en supposant que les roulements ont été définis en amont) :

Étape 1 – Recueil des souhaits individuels des salariés

- forme d'expression des souhaits (cahier, classeur, fiche, etc.) ;
- échéance pour le planning du mois M.

Étape 2 – Élaboration d'une première version du planning

- responsabilité (c'est souvent le cadre, mais dans certains services il existe des « référents plannings » chargés de cette étape, le cadre ayant un rôle de supervision et d'arbitrage) ;
- support utilisé (lorsque l'on dispose d'un outil informatisé, il est important à cette étape de définir qui prépare les trames mensuelles issues du roulement de référence) ;
- échéance pour la mise à la disposition des salariés.

Étape 3 – Adaptations de la première version

- demandes d'ajustements du planning par les salariés ;
- intégration des événements aléatoires les plus récents (maladies, etc.) ;
- validation d'une seconde version du planning, considérée comme stabilisée à une date précise en tant que planning prévisionnel ;
- affichage dans le service.

Étape 4 – Adaptations du planning en cours de période

- prise en compte de demandes individuelles selon des règles définies en fonction de leur nature ;
- enregistrement des modifications effectuées.

Étape 5 – Validation du planning réalisé et transfert des données à la fonction RH

- mise en forme du planning réalisé et vérification des informations ;
- transfert à la fonction RH aux fins de gestion (suivi des compteurs, gestion de la paye, etc.).

À titre d'exemple, nous présentons ci-après un processus simplifié inspiré de la Polyclinique de Franche Comté.

Processus de gestion des plannings mensuels (J étant le 1^{er} jour du mois du planning)

Échéance	Cadre	Fonction RH	Salariés
J-60 au plus tard			• Expression des demandes (fiche individuelle)
J-60 à J-55		• Transmission au cadre de trames préremplies (informatique)	
J-55 à J-45	• Élaboration d'une 1 ^{re} version de planning • Affichage dans le service à J-45	• Contrôles des règles • Saisie des informations • Édition planning	
J-45 à J-30			• Demandes de modifications (cahier de service)
J-30 à J-15	• Intégration des demandes • Seconde version du planning • Affichage dans le service à J-15	• Saisie des informations • Édition du planning	
Le planning affiché à J-15 est considéré comme définitif sauf circonstances exceptionnelles justifiées			
J-15 à J+30	• Recherche d'arrangements • Saisie manuelle des modifications		• Demandes de modifications justifiées (cahier de service)
J+30		• Saisie informatique du planning réalisé • Validation des informations et production d'un état de synthèse individuel avec le bulletin de paie	

4.2. Rédiger une charte de gestion des plannings**4.2.1. Les objectifs**

La charte est un outil complémentaire au processus décrit ci-dessus. Son intérêt fondamental est d'établir un langage commun à tous les acteurs et de clarifier les règles de gestion des plannings pour éviter les ambiguïtés que l'on rencontre souvent dans les interprétations en présence. C'est un outil de transparence qui apporte des points de repères collectivement construits aux différents acteurs, cadre et soignants.

Une charte peut notamment :

- énoncer quelques valeurs partagées pour guider l'élaboration des plannings (équité entre salariés, articulation entre la prise en compte des souhaits des salariés et les nécessités de l'organisation collective, volonté d'anticipation) ;
- définir des règles communes pour la programmation des congés (modalités d'expression des demandes, dates limites de fixation, critères d'arbitrage, etc.) ;
- fixer des principes pour l'élaboration des plannings (répartition des week-ends, modes d'alternance, limites à respecter, traitement des jours fériés, etc.) ;
- définir des règles pour l'intégration des temps partiels dans les plannings (par exemple, sur la question de la fréquence des week-ends, que nous avons évoquée plus haut).

Ce document se situe en général au niveau d'un service ou d'un pôle d'activité, et a une visée organisationnelle. Il est complémentaire des textes plus généraux (accord d'établissement, convention collective) qui ont une valeur juridique que n'a pas la charte, ainsi que du *Guide de gestion du temps*, qui a une visée gestionnaire et que nous évoquons au chapitre 4.

4.2.2. Le contenu

Dans la mesure où l'objectif n'est pas d'établir un texte juridique, mais un ensemble de points de repères partagés par les acteurs et destiné à faciliter la gestion des plannings au quotidien, le contenu de la charte affichera une certaine souplesse. Il est nécessaire de se concentrer sur les questions qui posent problème dans la pratique et sur lesquelles il semble indispensable d'apporter des précisions.

À titre d'exemple, la charte de la maternité de la Polyclinique de Franche-Comté a été élaborée par un groupe de travail qui associait des cadres de santé, des représentantes des différentes catégories professionnelles et une représentante de la fonction ressources humaines (c'était le même groupe que celui qui a travaillé sur les scénarios de roulement évoqués plus haut au § 3.6 de ce chapitre).

Le préambule de la charte résume bien les objectifs poursuivis :

1. Les objectifs de la charte

- clarifier et harmoniser les règles d'élaboration des plannings ;
- permettre une approche équilibrée entre les demandes des personnels et les besoins du service ;
- faciliter la gestion du temps pour les cadres et la cellule Ressources Humaines, au bénéfice d'autres missions ;
- faire connaître les principes et les règles de la gestion du temps à tout le personnel et à chaque nouvelle entrée.

2. Les principes fondamentaux

La gestion des plannings vise à *prendre en compte conjointement les nécessités collectives de l'organisation et les souhaits individuels des salariées* :

- objectif pour le service de garantir une qualité de service au patient et une bonne utilisation des ressources humaines ;
- objectif pour chaque salariée d'un bon équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie familiale et sociale.

Les plannings sont établis avec une *recherche d'équité entre les salariées* (pour la répartition des congés, le choix des week-ends, des mercredis, ou des récupérations de jours fériés, etc.).

La programmation des plannings est faite en recherchant une *anticipation* suffisante afin de fournir aux salariées une prévisibilité de leurs plannings. Corollairement, les salariées et les cadres cherchent à *limiter les changements imprévus* aux nécessités incontournables.

3. Textes de référence

- Code du travail ;
- Convention collective unique de l'hospitalisation privée, titre 5 (Durée et aménagement du temps de travail) et titre 6 (Congés).

Plan d'une charte de gestion des plannings

1. Préambule

- 1.1. Les objectifs
- 1.2. Les principes fondamentaux
- 1.3. Les textes de référence

2. La programmation annuelle des congés

- 2.1. La nécessité d'une programmation prévisionnelle des congés payés
- 2.2. Les droits à congés
- 2.3. Les périodes de prise des congés
- 2.4. Le processus de programmation (congés d'été, autres périodes de congés scolaires, critères d'arbitrage entre les demandes, information des salariés, possibilités de modifications, cas particuliers)

3. L'élaboration et la gestion des plannings mensuels

- 3.1. Les principes de construction des plannings (cycles de travail, week-ends, alternances, jours fériés)
- 3.2. Le processus d'élaboration des plannings mensuels (formulation des souhaits des agents, élaboration du planning, modifications, suivi du temps)

Chapitre 3

Revue juridique des règles applicables en matière d'organisation du temps de travail (mise à jour 14 mars 2008)

Comparatif des dispositions applicables aux agents de la Fonction publique hospitalière et aux salariés soumis aux conventions collectives CCU et FEHAP

La revue juridique a pour objectif de comparer pour les établissements sanitaires les dispositions applicables dans le secteur public et les secteurs privés à but lucratif et non lucratif.

Le droit communautaire européen (par transposition des directives en droit français et interprétation de la Cour de justice des communautés européennes, à la demande des juges nationaux notamment) favorise le rapprochement du droit de la Fonction publique hospitalière (et plus généralement le droit de la Fonction publique) et du droit du travail. C'est notamment le cas en matière de temps de travail avec la directive du 23 novembre 1993 modifiée et remplacée par celle du 4 novembre 2003 concernant « certains aspects de l'aménagement du temps de travail » (JO L 299/9 du 18 novembre 2003).

On constate cependant encore des différences notables entre les droits applicables qui ne facilitent pas les coopérations entre le public et le privé et qui méritent d'être connues.

Les conventions et accords collectifs de branche non étendus ne s'appliquent qu'aux employeurs adhérents des syndicats d'employeurs signataires. En revanche, ces conventions, en vertu du principe de la portée « erga omnes » des conventions et accords collectifs, s'appliquent à l'ensemble des salariés des entreprises adhérentes et non aux seuls salariés membres des syndicats signataires.

L'extension par arrêté ministériel (ministère chargé du Travail) rend obligatoires les dispositions d'une convention ou d'un accord de branche à tous les employeurs de la branche, qu'ils soient adhérents ou non aux organisations signataires.

L'agrément par décision du ministère chargé de la Santé n'existe plus pour la branche sanitaire, mais reste applicable aux secteurs social et médico-social.

En vertu du principe de faveur, ce sont les dispositions les plus favorables qui s'appliquent quand plusieurs normes de droit concernent un même sujet (convention ou accord collectif de branche, accord d'établissement, contrat de travail). Cependant, la loi peut prévoir que des dispositions, même moins favorables, s'appliquent dans certains domaines et c'est le cas du droit de la durée du travail. Nous n'aborderons ici que ce qui concerne le temps de travail et non d'autres dispositions comme la rémunération, le logement etc.

Le cadre réglementaire structure les possibilités d'organisation des unités de soins et conditionne les processus de planification (*cf.* chapitre 2) et de décompte (*cf.* chapitre 4) du temps de travail.

Les secteurs comparés dans les tableaux ci-dessous sont :

- le secteur des établissements publics de santé ;
- le secteur des établissements sanitaires à but lucratif dans le champ d'application de la convention collective unique « CCU » de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 ;
- le secteur des établissements sanitaires à but non lucratif (en particulier ceux participant au service public) ; hospitalier « PSPH » dans le champ d'application de la convention collective nationale du 31 octobre 1951.

<p>Fédération de l'hospitalisation privée : FHP et Convention collective unique : CCU</p>	<p>Convention collective unique « CCU » de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 des employeurs d'établissements privés à but commercial adhérents de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) et du syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA).</p> <p><i>N.B.</i> : Les établissements privés accompagnés par la MeaH sur le temps des soignants (en 2006/2007) sont régis par cette convention : Besançon, Beuvry et Dijon.</p>
<p>Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privée à but non lucratif : FEHAP</p>	<p>Convention collective nationale du 31 octobre 1951 des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif de la Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privée à but non lucratif « FEHAP », elle-même membre de l'UNIFED, l'Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social.</p> <p>Les accords concernant le temps de travail sont articulés de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'UNIFED a conclu le 1er avril 1999 un accord de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif relatif à l'ARTT (étendu le 8 août 1999) qui a été modifié par un accord du 3 avril 2001 et par un avenant du 19 mars 2007 étendu par arrêté ministériel du 18 décembre 2007 ; • la FEHAP a conclu un avenant le 12 avril 2000 (non étendu) applicable à son secteur.

1. Le cadre de la négociation

RUBRIQUES	FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE	SECTEUR PRIVÉ
<p align="center">NÉGOCIATION NIVEAU NATIONAL</p>	<p>Il n'existe pas à ce jour de droit de la négociation dans la Fonction publique. La négociation sur le temps de travail a eu lieu au niveau interfonction publique, puis par grande branche de la Fonction publique débouchant sur le protocole du 27 septembre 2001, modifié par le protocole du 9 janvier 2003 pour la Fonction publique hospitalière.</p>	<p>Deux niveaux de négociations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la branche avec un accord du 1^{er} avril 1999 pour le secteur non lucratif et un accord du 27 janvier 2000 pour le secteur lucratif (concernant l'ARTT) ; • chacune des deux conventions collectives : la CCU du 18 avril 2002 pour l'hospitalisation privée et la convention du 30 octobre 1951 pour les établissements à but non lucratif.
<p align="center">NÉGOCIATION LOCALE</p>	<p>Pas de règles précisant les conditions de négociation au niveau des établissements de la Fonction publique en général ; le protocole national du 27 septembre 2001 prévoyait la négociation d'accords locaux ou à défaut l'organisation unilatérale par le directeur après consultation des instances. La circulaire n° 182 du 10 avril 2001 préparant la mise en œuvre des 35h évoquait le suivi des nouvelles organisations du temps qui seraient adoptées et leur évolution. Le protocole du 27 septembre 2001 prévoit la mise en place de comités de suivi et d'évaluation des accords.</p>	<p>Dans chaque entreprise, une négociation annuelle obligatoire (NAO) porte notamment sur le temps de travail. Cette négociation peut être centralisée ou décentralisée en tout ou en partie dans les établissements.</p>

2. Durée et organisation du temps de travail

2.1. Durée du travail et RTT

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
DURÉE DU TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none"> • 35h par semaine (70h à la quatorzaine) 		
DURÉE QUOTIDIENNE MAXIMUM	<ul style="list-style-type: none"> • 9h pour les équipes de jour ; • 10h pour les équipes de nuit ; • Lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent dérogation possible pour une amplitude maximum de 12h, après avis du CTE. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10h pour les équipes de jour comme de nuit ; • portée à 12h par accord d'entreprise ou consultation du CE ou à défaut des DP ou à défaut consultation des salariés. 	<ul style="list-style-type: none"> • 9h pour les équipes de jour, 10h pour les équipes de nuit ; • La durée quotidienne peut être continue ou discontinue.
DURÉE HEBDOMADAIRE MAXIMALE Selon la directive européenne, la durée moyenne de travail pour chaque période de 7 jours n'excède pas 48h, y compris les heures supplémentaires.	<ul style="list-style-type: none"> • 44h maximum par semaine, hors heures supplémentaires ; • 48h maximum sur 7 jours consécutifs, heures supplémentaires comprises. 	<ul style="list-style-type: none"> • 48h maximum par semaine et 44h en moyenne sur une période de 8 semaines consécutives ; • Dérogation possible dans la limite de 60h (DDTEFF). 	<ul style="list-style-type: none"> • 44h maximum par semaine pour les salariés de jour comme de nuit ; • Dérogation possible à 60h (C. trav., R. 212-3 à R. 212-9).
DURÉE ANNUELLE DU TEMPS DE TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none"> • 1607h maximum par an avec possibilité d'heures supplémentaires ; • Durées spécifiques pour les agents en repos variable ou travaillant de nuit (précisées au § 2.4 de ce chapitre). 	<ul style="list-style-type: none"> • 1607h maximum par an en cas de modulation ; • Définition dans chaque établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1607h maximum par an en cas de modulation (accord du 19 mars 2007).
MODULATION DU TEMPS DE TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de modulation juridiquement organisée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modulation aménageable par accord d'entreprise, minimum 24h/semaine ; maximum 48h/semaine et limité à 44h sur 8 à 12 semaines consécutives ; • Heures supplémentaires possibles au-delà de ces limites mais contingent réduit à 70h. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'horaire de travail ne peut pas dépasser 44h/semaine travaillée ou 44h/4 semaines consécutives, ni être inférieur à 21h.
CYCLES DE TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none"> • Période de référence (définie par service ou fonction) dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à 12 semaines ; • Heures supplémentaires et repos compensateurs sont décomptés sur la durée totale du cycle. Les repos compensateurs doivent être pris dans le cadre du cycle de travail ; • Pas plus de 39h hebdomadaires en moyenne sur le cycle, hors heures supplémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Même définition ; durée maximale 8 semaines consécutives pouvant être portée jusqu'à 12 semaines par accord d'entreprise ; • Les heures dépassant la durée moyenne hebdomadaire légale (35h) calculées sur la durée du cycle sont considérées comme des heures supplémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Même définition, maximum 12 semaines consécutives ; • Les heures supplémentaires et repos compensateurs sont décomptés sur la durée totale du cycle ; • Sur la totalité du cycle, la durée moyenne hebdomadaire ne peut être supérieure à l'horaire collectif de travail (35h).
NOMBRE DE JOURS DE RTT	<ul style="list-style-type: none"> • 3 jours ouvrés de RTT par an pour 35h30 hebdomadaires ; • 6 jours ouvrés de RTT par an pour 36h hebdomadaires ; • 12 jours ouvrés de RTT par an pour 37h hebdomadaires ; • 18 jours ouvrés de RTT par an pour 38h hebdomadaires ; • 20 jours ouvrés de RTT par an maximum (pour 38h20 à 39h). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de JRTT fixé par accord d'entreprise sur 4 semaines, ou sur l'année. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 jours ouvrés par an de RTT pour 36h hebdomadaires ; • 12 jours ouvrés par an de RTT pour 37h hebdomadaires ; • 18 jours ouvrés par an de RTT pour 38h hebdomadaires ; • 23 jours ouvrés par an de RTT pour 39h hebdomadaires.
MODALITÉS D'AMÉNAGEMENT DES RTT	<ul style="list-style-type: none"> • Prises possibles des JRTT en dehors du cycle de travail ; • L'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés par le chef d'établissement après avis du CTE, compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins ou de la prise en charge des usagers, les dimanches, les jours fériés et la nuit ; • Les accords locaux prévoient les jours pris à l'initiative de l'établissement et ceux laissés à disposition des agents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Par journée ou demi-journée ; • Pris isolément ou regroupés, pour moitié à l'initiative de l'employeur, et pour l'autre moitié à l'initiative du salarié, avec un délai de prévenance minimum de 7 jours ; • L'employeur ne pourra opposer pour nécessité de service plus de 2 reports par an. 	<ul style="list-style-type: none"> • JRTT attribués par semaine, quinzaine, mensuellement ou selon un calendrier qui permet d'en faire bénéficier le salarié par semaine(s) de congé ou octroi de jours étalés dans le temps ; <i>Remarque : l'employeur établit, en fonction des nécessités de service, le calendrier et les modalités de prise des congés.</i> • La moitié des jours de repos ainsi acquis peut être prise au choix du salarié sauf raison impérieuse de service ; • L'employeur ne peut opposer plus de 2 refus consécutifs au salarié sur une période de 12 mois à compter de la première demande ; • En toute hypothèse, le salarié informe l'employeur de ses intentions par écrit au mois 1 mois à l'avance : l'employeur doit répondre dans un délai de 15 jours.

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
MODE D'ACQUISITION DES JRTT	<ul style="list-style-type: none"> Seules les périodes de temps de travail effectif génèrent des droits à JRTT, à l'exclusion des absences pour congés de maladie, longue durée, maladie professionnelle, accident de travail, congés de maternité, paternité et autorisations d'absences pour événements familiaux (arrêt du tribunal administratif de Besançon du 19 décembre 2006 et arrêt du Conseil d'État n° 243766 du 30 juin 2006). Jurisprudence à suivre. 	<ul style="list-style-type: none"> Les jours de repos dits RTT sont des repos compensant une durée de travail effectif supérieure à 35h ; En cas de non réalisation d'un horaire supérieur à 35h (pendant une absence par exemple), il n'y a pas génération de droits à JRTT. 	

2.2. Repos et heures supplémentaires

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
AMPLITUDE QUOTIDIENNE (de la prise de poste à la fin de poste)	<ul style="list-style-type: none"> 12h maximum en cas de travail continu ; 10h30 maximum en cas de travail discontinu (horaires coupés), cette durée ne pouvant être fractionnée en plus de deux vacations d'une durée minimum de 3h. 	<ul style="list-style-type: none"> 13h maximum ; Durée minimale fixée à 2h pour les travailleurs à temps partiel ; Interruption limitée à 2h maximum pour horaires coupés. 	<ul style="list-style-type: none"> Non précisé, mais 13h possible (repos de 11h/24h), voire dérogation à 15h avec compensation de 2h ; 11h maximum pour les temps partiels en horaires coupés mais avec possibilité d'interruption supérieure à 2h.
REPOS QUOTIDIEN La directive européenne impose 11h de repos consécutif par 24h (entre deux journées de travail)	<ul style="list-style-type: none"> 12h consécutives au minimum. 	<ul style="list-style-type: none"> 11h consécutives limitées à 9h exceptionnellement pour certains emplois (surcroît d'activité ou travaux urgents) avec compensation intégrale de 2h. 	<ul style="list-style-type: none"> 11h consécutives limitées à 9h exceptionnellement avec compensation intégrale de 2h.
REPOS HEBDOMADAIRE ET DOMINICAL La directive précise que tout travailleur bénéficie au cours de chaque période de 7 jours, d'une période minimale de repos sans interruption de 24h auxquelles s'ajoutent les 11h de repos journalier (total 35h), sauf exception justifiant une limitation à 24h.	<ul style="list-style-type: none"> 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux au moins devant être consécutifs dont un dimanche ; 36h de repos consécutives au minimum soit 24h plus 12h. 	<ul style="list-style-type: none"> 4 jours pour 2 semaines dont 2 jours consécutifs ou 48 heures consécutives, au moins 1 dimanche toutes les 2 semaines pour les personnels devant assurer la continuité de fonctionnement de certains services ; 35h de repos consécutives au minimum soit 24h plus 11h ; Si travail en cycle, 50 % des repos hebdomadaire devront être donnés en dimanche (si nombre de semaines du cycle impair : calculer sur 2 cycles consécutifs). 	<ul style="list-style-type: none"> 4 jours pour 2 semaines dont 2 jours consécutifs ; 35h de repos consécutives au minimum soit 24h plus 11h ; Les personnels astreints à assurer la continuité de fonctionnement de certains services doivent pouvoir bénéficier, toutes les 3 semaines au minimum, d'un dimanche compris dans les 2 jours de repos consécutifs.
HEURES SUPPLÉMENTAIRES (réglementation en cours d'évolution) Les heures supplémentaires sont toujours effectuées à la demande de l'employeur.	<ul style="list-style-type: none"> 180h par an et 15h par mois par agent maximum et 220h et 18h par mois pour certaines catégories ; Pour les cycles supérieurs à un mois, le maximum est égal au quotient des heures annuelles autorisées divisées par 52 et multiplié par le nombre de semaines du cycle. Les heures supplémentaires font l'objet d'une compensation soit sous la forme d'un repos compensateur d'une durée au moins égale aux heures supplémentaires effectuées, soit sous forme d'indemnités. Les modalités générales de recours au repos ou aux indemnités sont fixées par le chef d'établissement, après avis du CTE. <p><i>Remarque : Les indemnités horaires pour travaux supplémentaires ne sont attribuées sauf exception qu'aux fonctionnaires de catégories B et C au taux de 1,07 % pour les 14 premières et de 1,27 pour les suivantes. L'heure supplémentaire est majorée de 100 % en cas de travail de nuit et de 66 % les dimanches et jours fériés. La loi TEPA et le décret no 2007-1430 du 4 octobre 2007 (circulaire du 7 novembre 2007) prévoient l'exonération de l'impôt sur le revenu et des cotisations salariales de sécurité sociale.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Contingent de 130h par an par salarié. 	<ul style="list-style-type: none"> Contingent de 110h par an et par salarié.

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
ASTREINTES	<p>Définition :</p> <ul style="list-style-type: none"> • période pendant laquelle l'agent, qui n'est pas sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail. <p>Intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la durée de l'intervention, plus temps de trajet, constitue du temps de travail effectif. La liste des personnels concernés est établie par le chef d'établissement ; • pas plus d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois. Pas plus de 72h pour 15 jours sauf prélèvement et transplantation d'organes (120h). <p>Indemnité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'indemnisation de l'astreinte est égale à une compensation horaire égale à un quart de la durée totale de l'astreinte à domicile ou au paiement du quart d'une somme déterminée en prenant pour base le traitement indiciaire brut 638 augmenté le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1820. Cette compensation ou indemnité peut être portée au tiers de la somme dans certains cas. 	<ul style="list-style-type: none"> • période pendant laquelle le salarié, sans être à la disposition permanente et immédiate de l'employeur, a l'obligation de demeurer à son domicile ou à proximité afin d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement ; • le travail effectué est rémunéré au double du salaire horaire (avec un minimum de 1h) y compris le temps de trajet. • l'indemnité d'astreinte est égale à un tiers du salaire horaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • même définition que CCU. • la durée de cette intervention est considérée comme un temps de travail effectif. Le temps d'intervention inclut le temps de trajet. <p>Les catégories de personnels concernées sont précisées dans chaque établissement ou service après consultation des instances représentatives du personnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'indemnité est forfaitaire, différente pour les cadres (maximum 26 périodes de 6 jours consécutifs d'astreintes) et les non cadres (maximum 120h/mois d'astreinte) (accord du 14 mai 2002). Les indemnités évoluent comme la valeur du point. La programmation individuelle des astreintes est établie 1 mois à l'avance et pourra être modifiée en cas de circonstances exceptionnelles sous réserve que le salarié en soit averti au moins 1 jour franc à l'avance. <p><i>Remarque : Une durée équivalente à la durée légale peut être instituée dans les professions et pour des emplois déterminés comportant des périodes d'inaction (appelée permanences) soit par décret, pris après conclusion d'une convention ou d'un accord de branche, soit par décret en Conseil d'État. Ces périodes sont rémunérées conformément aux usages ou aux conventions ou accords collectifs. À défaut une heure de permanence dans les locaux de l'entreprise égale une heure de travail effectif.</i></p>

2.3. Contenu du temps de travail

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
DÉFINITION DU TEMPS DE TRAVAIL EFFECTIF	<ul style="list-style-type: none"> • 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. Si le personnel a l'obligation d'être joint à tout moment pendant le temps de restauration ou de pause pour assurer son service, c'est du temps de travail effectif. 		
PLANNING (Tableau de service)	<ul style="list-style-type: none"> • Un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour le mois ; • Le tableau doit être porté à la connaissance de chaque agent 15 jours au moins avant son application. Il doit être consultable par tous à tout moment. Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48h 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rien de prévu dans la convention collective. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sous réserve d'une organisation du travail différente définie par accord d'entreprise ou d'établissement plus favorable conclu dans le respect des dispositions légales et réglementaires, dans chaque établissement, les personnels sont occupés conformément aux indications d'un tableau de service précisant pour 2 semaines au moins la répartition des jours et horaires de travail ; • Le tableau de service prévisionnel est établi à la diligence de l'employeur ou de son représentant et porté à la connaissance du personnel par voie d'affichage sur les différents lieux de travail, en principe 1 semaine et en tout cas 4 jours au plus tard avant son application. <p>Toute modification dans la répartition initialement prévue des horaires et jours de travail donne lieu, lorsqu'elle est motivée par des cas d'urgence, à une rectification du tableau de service.</p>

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
HABILLEMENT/ DÉSHABILLEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Si le port d'une tenue est exigé, le temps passé est considéré comme temps de travail effectif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrepartie financière ou en repos à prévoir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si le port de la tenue est imposé, les temps d'habillement et de déshabillage doivent faire l'objet d'une contrepartie soit sous forme de repos soit financière, définie par accord d'entreprise ou par le contrat de travail.
TENUE DE TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture et entretien des tenues gratuits. 		
PAUSE Article 4 de la directive : « Le travailleur bénéficie, au cas où le temps de travail journalier est supérieur à 6h, d'un temps de pause dont les modalités, et notamment la durée et les conditions d'octroi sont fixées par conventions ou accord ou par la législation nationale. »	<ul style="list-style-type: none"> • Une pause d'une durée de 20mn est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6h consécutives. Cette pause ne constitue pas du temps de travail effectif ; • L'accord local pourra prévoir que ce temps est rémunéré et/ou entre dans le décompte du temps de travail effectif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une pause d'une durée de 20mn est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6h consécutives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une pause d'une durée de 20mn est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6h. Si le salarié ne peut s'éloigner de son poste de travail celle-ci est rémunérée ou décomptée comme temps de travail effectif, disposition visant les salariés responsables de la sécurité et de la continuité de la prise en charge des usagers.
REPAS	<ul style="list-style-type: none"> • La pause ci-dessus peut être consacrée au repas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des repas peuvent être servis au personnel selon conditions déterminées dans chaque établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les salariés peuvent être nourris à titre onéreux par les établissements.

2.4. Dispositions spécifiques catégorielles

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
CADRES	<ul style="list-style-type: none"> • Personnels de direction : décompte en jours fixé à 208 jours travaillés après déduction de 20 JRTT, depuis la loi du 30 juin 2004 sur la journée de solidarité ; • Personnels exerçant des fonctions d'encadrement définies par l'arrêté du 24 avril 2002 : choix annuel par écrit entre décompte horaire ou décompte en jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trois catégories de cadres : 1) dirigeants = non concernés par l'ARTT, 2) cadres soumis à l'horaire collectif : mêmes règles que les non cadres. Priorité à l'octroi de jours de RTT groupés, 3) autres cadres, dits « autonomes » : RTT minimale de 15 jours ouvrés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trois catégories de cadres : 1) cadres dirigeants : non concernés par l'ARTT, 2) cadres soumis à la durée collective de travail = cadres dits « intégrés » : mêmes règles que les autres salariés, 3) cadres au forfait (forfait jours : 208 jours travaillés par an).
AGENTS EN REPOS FIXE	<ul style="list-style-type: none"> • Durée annuelle variable selon le nombre de jours fériés tombant sur les jours ouvrés, (maximum 1607h). 	<ul style="list-style-type: none"> • La distinction selon les types de repos fixes ou variables n'est pas prévue dans les conventions collectives. 	
AGENTS EN REPOS VARIABLE	<ul style="list-style-type: none"> • Durée annuelle réduite à 1582h pour les agents en repos variable travaillant au moins 10 dimanches et jours fériés par an hors congés supplémentaires ou heures supplémentaires ; • Durée réduite à 1568h pour le personnel travaillant au moins 20 dimanches et jours fériés par an, hors congés supplémentaires ou heures supplémentaires. 		
SOIGNANTS DE NUIT Définition de la période	<ul style="list-style-type: none"> • Le travail de nuit comprend au moins la période comprise entre 21h et 6h ou toute période de 9 heures consécutives entre 21h et 7h. 		
SOIGNANTS DE NUIT	<ul style="list-style-type: none"> • Est un travailleur de nuit celui qui accomplit 90 % de son temps de travail annuel de nuit ; • Durée réduite à 1476h/an pour les agents de nuit ; • Pour les agents qui alternent des horaires de jour et des horaires de nuit, la durée annuelle est réduite au prorata des périodes de travail de nuit effectuées ; • Les agents dits « en servitude d'internat », effectuant au moins 10 surveillances nocturnes par trimestre bénéficient de 5 jours consécutifs de repos compensateurs supplémentaires par trimestre, à l'exception du trimestre d'été. 	<ul style="list-style-type: none"> • Est un travailleur de nuit, celui qui accomplit au moins deux fois par semaine trois heures au moins de son temps durant la plage nocturne, ou au moins 24h de travail de nuit sur un mois ; • Temps de repos équivalent à 2,5 % des heures de nuit réalisées (environ 35h/an). 	<ul style="list-style-type: none"> • Est un travailleur de nuit, celui qui accomplit au moins deux fois par semaine 3h au moins de son temps durant la plage nocturne, ou au moins 40h de travail de nuit sur un mois ; • Compensation de 7 % pour chaque heure de travail effectif de nuit.

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
<p align="center">SOIGNANTS À TEMPS PARTIEL</p>	<p>Une possibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le temps choisi est possible pour tous sauf nécessité de service. Le refus opposé à toute demande doit être obligatoirement précédé d'un entretien et motivé. L'agent peut saisir la CAP d'un refus ou de tout litige. <p>Un droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le temps partiel est de droit dans certaines situations (congé parental, handicap...). D'une durée au moins égale au mi-temps soit 50, 60, 70, 75, 80 ou 90 % pour une période de 6 mois à 1 an renouvelable, le temps partiel est organisé dans un cadre hebdomadaire. Il peut également être organisé dans le cadre d'un cycle de travail ou sur une base mensuelle dans le cas du service à mi-temps pour raisons familiales. <p>Les droits des salariés :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les périodes de travail à temps partiel sont assimilées à des périodes de travail à temps plein pour l'avancement, la promotion, la formation, la retraite, l'indemnisation de la maladie. Les temps partiels ont droit aux mêmes congés que les temps pleins (5 fois les obligations hebdomadaires de service). 	<ul style="list-style-type: none"> Priorité des salariés permanents pour passer sur poste à temps plein ou à temps partiel ; possibilité de temps partiel modulé sur une durée hebdomadaire ou mensuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> Priorité des salariés permanents pour passer sur poste à temps plein ou à temps partiel ; possibilité de temps partiel modulé sur une durée hebdomadaire ou mensuelle ; Volume d'heures complémentaires porté à 1/3 de la durée prévue au contrat si deux coupures dans la même journée amplitude maximum 11h ; En raison des besoins de leur vie familiale, les salariés peuvent bénéficier d'une réduction de leur durée du travail pour un an renouvelable.
		<ul style="list-style-type: none"> Les règles du Code du travail sont très strictes pour les salariés à temps partiel et le contrat de travail doit être précis (ce sujet mériterait des longs développements pour être exhaustif). 	

3. Congés – jours fériés

3.1. Règles générales

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
JOURS FÉRIÉS, DONT JOUR SOLIDARITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • 11 jours fériés en métropole (+2 en Alsace Moselle) dont le Lundi de Pentecôte +1 jour dans les DOM. Le jour de solidarité est pris sur décision du directeur ; il peut être à titre subsidiaire le lundi de Pentecôte ; • Compensation des jours fériés tombant un jour de repos hebdomadaire pour les agents en repos variables. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11 jours fériés. Le férié travaillé donne droit à un repos payé ou à une indemnisation équivalente. Le férié non travaillé donne droit à 7h de repos ou à une indemnité de 1/24e du salaire mensuel brut. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11 jours fériés. Les salariés à temps complet ayant dû travailler un jour férié ou de repos ce jour là (jour férié coïncidant avec un jour de repos) bénéficieront – chaque fois que le service le permettra – de 1 jour de repos compensateur lequel devra, en principe, être pris dans un délai de 1 mois. Les jours compensateurs pourront, en accord avec l'employeur, être bloqués en 1 ou plusieurs fois au cours de l'année ; • Les salariés à temps partiel bénéficieront de ces dispositions au prorata de leur temps de travail.
CONGÉS PAYÉS	<ul style="list-style-type: none"> • 25 jours ouvrés pour tout agent présent toute l'année et 2 jours par mois pour un agent non présent toute l'année ; • Pour les temps partiels : <ul style="list-style-type: none"> - 25 jours ouvrés si la quotité de travail s'effectue sur 5 jours de durée réduite mais constante, - un capital d'heures correspondant à 5 fois la durée hebdomadaire que doit effectuer l'agent si celui-ci travaille selon une répartition irrégulière. Dans ce cas, chaque jour de congé est décompté de ce capital pour la durée de service que l'agent aurait dû effectuer ce jour là. 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 jours ouvrables (2,5 jours ouvrables par mois) ; • Le décompte en jours ouvrés est possible mais pas en heures ; • Pas de disposition spécifique prévue pour les temps partiels. 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 jours ouvrables (2,5 jours ouvrables par mois) ; • Le décompte en jours ouvrés est possible ; • Porté à 33 jours pour les cadres en cas de sujétions particulières ; • Les temps partiels bénéficient des mêmes dispositions.
CONGÉS ANCIENNETÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Pas prévu par les textes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas prévu dans la convention mais dans certains accords d'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas prévu par la convention collective.
CONGÉS SUPPLÉMENTAIRES DE FRACTIONNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Sont ajoutés aux 25 jours, lorsque les conditions seront remplies, 1, 2 ou 3 jours supplémentaires ; • L'agent a droit à un jour de congé supplémentaire lorsqu'il prend de 3 à 5 jours ouvrés de congés annuels, continus ou discontinus lors des périodes allant du 1^{er} janvier au 30 avril et du 1^{er} novembre au 31 décembre ; • L'agent a droit en sus à un second jour de congé supplémentaire lorsque ce nombre est au moins égal à 6. Ces jours de congés supplémentaires sont appelés « jours hors saison ». • L'agent qui fractionne ses congés annuels en au moins trois périodes comprenant chacune au minimum 5 jours ouvrés, bénéficie d'un jour de congé supplémentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de congés annuels accordés sur l'initiative de la direction, en dehors de la période allant du 1er mai au 31 octobre, hors 5^e semaine : <ul style="list-style-type: none"> - 1 jour ouvrable supplémentaire pour CP entre 3 et 5 jours, - 2 jours ouvrables pour 6 CP, - 2 jours ouvrables + 1 jour supplémentaire pour chacune des périodes de 6 jours suivantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'une partie des congés est prise en dehors de la période légale, il est fait application des dispositions légales et réglementaires relatives au fractionnement de congé : le droit aux jours de congés supplémentaires naît du seul fait du fractionnement du congé légal à partir de la prise en compte du nombre de jours accordés par anticipation et sans condition en dehors de la période légale.
CONGÉS COMPLÉMENTAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Congés bonifiés de 30 jours supplémentaires pour les agents fonctionnaires affectés en métropole et originaires des DOM à condition d'avoir cumulé une durée de service ininterrompue de 36 mois, de justifier de sa résidence habituelle dans un DOM, qui doit être le territoire où se trouve le centre de ses intérêts matériels et moraux, de passer ses congés dans ce DOM et sauf nécessités de service. Durée maximum de 65 jours consécutifs. Ils donnent droit à une indemnité de vie chère pendant la durée du congé bonifié. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas prévu dans la convention collective. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour le personnel des établissements pour enfants ou adultes handicapés ou inadaptés dans lesquels la prime décentralisée est égale à 3 %, ils bénéficient au cours des 3 trimestres qui ne comprennent pas le congé annuel de CP supplémentaires : <ul style="list-style-type: none"> - personnel éducatif : 6 jours ouvrables consécutifs, - autres personnels : 3 jours ouvrables consécutifs.

3.2. Congés familiaux

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
CONGÉS ENFANT MALADE	<ul style="list-style-type: none"> • 6 jours si fractionnés ou 8 jours consécutifs pour chaque conjoint ; • 12 jours sous conditions : parent isolé, conjoint ne bénéficiant pas d'autorisation d'absence ou chômeur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour 1 ou 2 enfants : 12 jours ouvrables par an dont 3 rémunérés pour enfants à charge de moins de 16 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 jours rémunérés par enfant de moins de 13 ans.
CONGÉS POUR ÉVÈNEMENTS FAMILIAUX	<i>Détail ci-dessous</i>	<i>Détail ci-dessous</i>	<i>Détail ci-dessous</i>
MARIAGE SALARIÉ	<ul style="list-style-type: none"> • 5 jours, idem conclusion d'un PACS. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 jours.
MARIAGE ENFANT	<ul style="list-style-type: none"> • 1 jour. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 jours.
MARIAGE DU PÈRE ET/OU DE LA MÈRE	<ul style="list-style-type: none"> • Rien. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 jour. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas prévu par convention collective ni par dispositions légales réglementaires.
MARIAGE FRÈRE/SŒUR	<ul style="list-style-type: none"> • Rien. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 jour. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 jour.
DÉMÉNAGEMENT	Rien		
DÉCÈS CONJOINT	<ul style="list-style-type: none"> • 3 jours idem maladie très grave (<i>idem</i> partenaire PACS). 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 jours.
DÉCÈS ENFANT	<ul style="list-style-type: none"> • 3 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 jours.
DÉCÈS BEAUX-PARENTS, PARENTS, GRANDS-PARENTS	<ul style="list-style-type: none"> • 3 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 jours (<i>idem</i> pour petits-enfants). 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 jours (<i>idem</i> pour petits-enfants).
DÉCÈS FRÈRE, SŒUR, BEAU-FRÈRE, BELLE-SŒUR	<ul style="list-style-type: none"> • 1 jour. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 jours (<i>idem</i> pour décès gendre, bru). 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 jours (<i>idem</i> pour décès gendre, bru).
CONGÉ DU PÈRE POUR NAISSANCE OU ADOPTION	<ul style="list-style-type: none"> • Autorisation spéciale d'absence de 3 jours à prendre dans les 15 jours entourant la naissance de l'enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • Naissance ou adoption d'un enfant : 3 jours ; • Adoption d'un enfant de moins de 4 ans : 10 jours.
CONGÉ PATERNITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • 11 jours consécutifs sans fractionnement ou 18 jours en cas de naissances multiples, cumulables avec l'autorisation spéciale d'absence. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11 jours consécutifs ou 18 jours en cas de naissances multiples. 	<ul style="list-style-type: none"> • 11 jours calendaires consécutifs si un seul enfant est né et 18 jours en cas de naissances multiples ; • Pas de fractionnement possible.
CONGÉ MATERNITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • La durée minimale du congé de maternité est de 8 semaines. Le décompte s'effectue en jours consécutifs (RH et fériés compris) : <ul style="list-style-type: none"> - pour le 1^{er} et le deuxième enfant, la durée est de 16 semaines, - pour le 3^e enfant ou les suivants de 26 semaines, - pour des jumeaux de 34 semaines, - pour des triplés de 46 semaines ; • Des congés supplémentaires sont possibles (grossesse pathologique : 2 semaines ; congé pour suite de couches : 4 semaines). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes dispositions ; • Possible affectation à un poste de jour sans baisse de rémunération. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes dispositions.
AUTORISATIONS D'ABSENCE EN PÉRIODE DE GROSSESSE ET RTT	<ul style="list-style-type: none"> • La femme enceinte bénéficie d'aménagements de son temps de travail à raison d'une réduction quotidienne dans la limite de 1h à compter du 3^e mois et est autorisée à s'absenter pour des examens médicaux et les séances préparatoires à l'accouchement. 	<ul style="list-style-type: none"> • RTT de 10 % à compter de la fin du 2^e mois de grossesse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aménagement des horaires dans la mesure du possible, notamment - 1h de RTT quotidienne à partir du 3^e mois de la grossesse ; • Au prorata pour les temps partiels.
ABSENCES POUR ALLAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Une autorisation d'absence d'une heure par jour, à prendre en deux fois peut être accordée aux mères désireuses d'allaiter leur enfant sous certaines conditions. 		
CONGÉ ADOPTION	<ul style="list-style-type: none"> • La durée du congé varie selon le rang de l'enfant et se décompte en jours consécutifs (RH et fériés compris) : <ul style="list-style-type: none"> - adoption unique 1^{er} ou 2^e enfant au foyer : 10 semaines, - adoption unique 3^e enfant au foyer : 8 semaines, - adoptions multiples, 2 enfants ou plus : 22 semaines. 	<ul style="list-style-type: none"> • La durée du congé est de 10 semaines pour un enfant et de 22 semaines en cas d'adoptions multiples ; • Maintien du salaire à condition d'avoir 6 mois d'ancienneté continue. 	<ul style="list-style-type: none"> • La durée du congé est de 10 semaines pour un enfant et de 22 semaines en cas d'adoptions multiples ; • Maintien du salaire à condition d'avoir 1 an d'ancienneté continue ; • Réintégration dans son précédent emploi.

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
CONGÉ PARENTAL	<ul style="list-style-type: none"> Le congé parental non rémunéré est accordé de droit à la mère ou au père après une naissance ou une adoption : <ul style="list-style-type: none"> - pour élever son enfant jusqu'à son 3^e anniversaire, - ou trois ans après l'arrivée au foyer de l'enfant adopté, - ou pendant un an après l'arrivée au foyer de l'enfant si celui-ci a plus de 3 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> Les conditions légales s'appliquent ; En outre, une prolongation d'un an est possible en cas de maladie, d'accident ou de handicap grave de l'enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> Les conditions légales s'appliquent en respectant des délais d'information de l'employeur (15 jours ou 2 mois).
CONGÉS DE PRÉSENCE PARENTALE	<ul style="list-style-type: none"> Congé de droit en cas de maladie grave d'un enfant qui ne peut excéder 310 jours ouvrés au cours d'une période de 36 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> Tout salarié dont l'enfant est victime d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap grave a le droit de travailler à temps partiel ou de bénéficier d'un congé de présence parentale, entraînant la suspension de son contrat de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> Rien de prévu dans la convention collective. D'après la loi, le salarié dispose, au titre du congé de présence parentale, de 310 jours d'absence ouvrés à prendre sur une période maximale de 3 ans pour un même enfant et par maladie, accident ou handicap. Le certificat médical délivré par le médecin qui suit l'enfant fixe la période au cours de laquelle le salarié est autorisé à s'absenter pour assister son enfant ; Le salarié peut prendre son congé de présence parentale de manière continue ou fractionnée. En revanche, les jours d'absence ne peuvent pas être fractionnés (impossibilité de prendre des demi-journées d'absence, par exemple).
CONGÉS OU RÉDUCTION D'ACTIVITÉ À MI-TEMPS POUR SOIGNER UN MEMBRE PROCHE DE LA FAMILLE	<ul style="list-style-type: none"> Congé d'accompagnement de personnes en fin de vie non rémunéré de 3 mois maximum. 	<ul style="list-style-type: none"> Un congé non rémunéré < ou égal à 12 mois pourra être accordé pour soigner son conjoint concubin, ou un membre de la famille au 1^{er} degré. Ce congé pourra être prolongé en accord avec la direction. 	<ul style="list-style-type: none"> Tout salarié peut bénéficier d'un congé sans solde ou réduire à mi-temps sa durée de travail. Le congé ou le travail à mi-temps a une durée initiale de trois mois, au maximum renouvelable une fois, la durée totale ne pouvant excéder 6 mois. Il doit en faire la demande à l'employeur ou à son représentant.

3.3. Congés pour activités diverses

Les incidences de ces absences sur la prise des congés annuels sont explicitées au § 3.5 ci-dessous.

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
CONGÉS EXCEPTIONNELS POUR CONVENANCE PERSONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> Sur autorisation du chef d'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> Des congés exceptionnels peuvent être accordés dans la mesure où les nécessités de service le permettent et sur justification des motifs de la demande. 	<ul style="list-style-type: none"> Des congés exceptionnels de courte durée peuvent être accordés dans la mesure où la nécessité du service le permet, sur justification des motifs de la demande ; Ils sont au choix des intéressés, soit imputés sur le congé annuel acquis, soit non rémunérés.
CONGÉ SABBATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> Mise en disponibilité. 	<ul style="list-style-type: none"> Tout salarié a droit au bénéfice d'un congé sabbatique d'une durée minimale de 6 mois et d'une durée maximale de 11 mois pendant lequel son contrat est suspendu. 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Dispositions légales et réglementaires :</i> Ouvert au salarié justifiant d'une ancienneté d'au moins 24 mois consécutifs ou non, 4 années d'activité professionnelle et qui n'a pas bénéficié pendant les 6 années précédentes d'un congé sabbatique, d'un congé création d'entreprise ou d'un congé formation d'une durée d'au moins 6 mois.
CONGÉ DE SOLIDARITÉ INTERNATIONALE	<ul style="list-style-type: none"> Mise en disponibilité. 	<ul style="list-style-type: none"> Tout salarié qui justifie d'au moins 12 mois d'ancienneté, consécutifs ou pas, peut bénéficier d'un congé de solidarité internationale pour participer à une mission hors de France dans le cadre d'une mission humanitaire d'une durée maxi de 12 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> Rien de prévu dans la convention collective. <i>Dispositions légales réglementaires de droit commun :</i> sous réserve d'une ancienneté d'au moins 12 mois consécutifs ou non, le salarié a droit à un congé de solidarité internationale pour participer à une mission hors de France pour le compte d'une association humanitaire et dont la durée continue ne peut excéder 6 mois.

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
<p align="center">CONGÉ FORMATION CONTINUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe plusieurs formes d'action de formation continue : <ul style="list-style-type: none"> - actions de formation continue inscrites au plan de formation ou accordées à titre individuel, - action de préparation aux concours, - congé de formation professionnelle pour les agents ayant plus de 3 ans d'ancienneté, - congé pour bilan de compétences, - congé pour validation des acquis de l'expérience, - formation promotionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositions légales sur le DIF, le CIF et le plan de formation (loi du 4 mai 2004) ; • Le plan de formation doit être mis en œuvre dans les entreprises de 50 salariés au moins, après avis du Comité d'entreprise ; • Le droit individuel à la formation permet à chaque salarié d'acquies un droit à 20h de formation par an cumulable dans la limite de 120h ; • Le crédit individuel de formation permet d'accéder à une formation longue (FONGECIF). 	
<p align="center">CONGÉ POUR ACTIVITÉS SYNDICALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des autorisations d'absence peuvent être accordées à tout agent pour participer aux réunions d'informations syndicales Les représentants des syndicats bénéficient : <ul style="list-style-type: none"> - soit d'autorisations spéciales d'absences (congrès, réunions mutualistes) ou de temps pour préparer les réunions des instances (durée de la réunion + 2 fois ce temps prévisible de préparation ; 20h par mois pour les membres du CHSCT), - soit de décharges partielles ou totales de service ; • Les agents peuvent participer avec une autorisation d'absence aux <i>réunions d'informations syndicales</i> mensuelles à raison d'une heure sur leur temps de travail ; • Les représentants des syndicats mandatés bénéficient en formulant leur demande 3 jours à l'avance d'<i>autorisations spéciales d'absences</i> pour participer : <ul style="list-style-type: none"> - aux congrès syndicaux, - aux réunions des organismes directeurs dont ils sont élus dans la limite de 10 jours ou de 20 jours pour les congrès syndicaux internationaux, ou des réunions des organismes directeurs des organisations syndicales internationales, des syndicats nationaux, des fédérations, des confédérations et des instances statutaires départementales interdépartementales et régionales ; • Les représentants des syndicats mandatés bénéficient également d'<i>autorisations spéciales d'absence</i> pour participer aux congrès et aux réunions statutaires des organismes directeurs d'organisations syndicales d'un autre niveau, dans la limite d'un contingent global d'heures déterminé chaque année par établissement à raison d'une heure pour mille heures de travail. Ce <i>contingent</i> est réparti entre les organisations syndicales déclarées dans l'établissement suivant les modalités ci-après : <ul style="list-style-type: none"> - 25 % du crédit d'heures est réparti entre les organisations syndicales disposant d'au moins deux sièges au Conseil supérieur de la Fonction publique hospitalière, au prorata du nombre des sièges dont elles disposent dans cette instance, - 75 % du crédit d'heures est réparti entre les organisations syndicales, proportionnellement au nombre moyen de voix qu'elles ont obtenues, dans l'établissement, aux élections aux commissions administratives paritaires départementales et, pour l'assistance publique de Paris, aux élections aux commissions administratives paritaires propres aux fonctionnaires relevant de cet établissement ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout salarié peut bénéficier d'un congé de formation économique, social et syndical dans les limites légales prévues par l'article L. 451-1 du Code du travail. Ces congés sont considérés comme période de travail effectif pour la détermination des droits aux congés payés et ceux liés à l'ancienneté ; • Un crédit d'heures mensuel sera accordé au salarié de l'établissement désigné par son organisation syndicale pour l'exercice de ses fonctions dans les limites suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - dans les entreprises ou établissements de 20 à 49 salariés : 5h, - dans les entreprises ou établissements de 50 à 150 salariés : 10 heures, - dans les entreprises ou établissements de 151 à 500 salariés : 15h, - dans les entreprises ou établissements de plus de 500 salariés : 25h ; • Le délégué syndical central (dans les entreprises d'au moins 1000 salariés comportant au moins deux établissements de 50 salariés chacun ou plus) dispose de 20h/mois pour l'exercice de ses fonctions. Ces heures s'ajoutent à celles dont il peut disposer au titre d'un autre mandat. Ces temps de délégation syndicale sont de plein droit considérés comme temps de travail et payés à l'échéance normale ; • Chaque section syndicale dispose au profit de son ou ses délégués syndicaux et des salariés de l'entreprise appelés à négocier un accord d'entreprise, d'un crédit global et annuel supplémentaire en vue de la préparation de la négociation dans les limites minimales suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - 5h/an dans les entreprises occupant entre 50 et 150 salariés, - 10 heures par an dans les entreprises occupant plus de 150 salariés et moins de 500 salariés, - 15h/an dans les entreprises occupant au moins 500 salariés ; • Les heures utilisées pour participer à des réunions à l'initiative de l'employeur ou de son représentant ne sont pas imputables sur ces crédits d'heures ; • Sur la demande écrite de leur organisation syndicale présentée 10 jours calendaires à l'avance, les salariés mandatés par les organisations syndicales représentatives pourront obtenir de leur employeur des autorisations d'absence pour assister aux congrès et assemblées statutaires de ces organisations dans la limite de 5 jours ouvrés par an et par organisation syndicale représentative, dont trois jours rémunérés, délai de route compris. 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas d'interruption du contrat, sous réserve d'avoir un an d'ancienneté, le salarié acquies de l'ancienneté pendant son absence et bénéficie d'un droit à réintégration dans son métier ou un métier similaire ; • Sans interruption du contrat, le congé de formation ne peut excéder 12 à 18 jours ; • Pour mener à bien son mandat, le salarié mandaté pour conclure un accord bénéficie de temps de délégation d'un minimum de 4h/mois pour les entreprises ou établissements comptant moins de 10 salariés, 8h de 10 à 50 salariés et de 10 heures au-delà.

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
<p style="text-align: center;">CONGÉ POUR ACTIVITÉS SYNDICALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les représentants syndicaux appelés à siéger comme membres des mutuelles et dûment mandatés pour assister aux réunions des organismes directeurs dont ils sont membres élus ; comme membres des assemblées délibérantes des établissements de santé, comme membres de certains organismes privés de coopération inter hospitalière, dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État reçoivent une autorisation spéciale d'absence sur simple présentation de leur convocation à ces organismes ; • La durée de cette autorisation, qui doit être demandée trois jours au moins avant la date de la réunion et qui est accordée sous réserve des nécessités du service, comprend, outre les délais de route et la durée prévisible de la réunion, un temps destiné à permettre aux intéressés d'assurer la préparation et le compte rendu des travaux. Ce temps est égal à la durée prévisible de la réunion dans le cas des mutuelles et organismes de coopération hospitalière et au double de cette durée dans le cas des assemblées délibérantes des établissements de santé ; • Pour ces derniers organismes, et lorsque les particularités du fonctionnement de l'établissement l'exigent, le régime prévu à l'alinéa qui précède peut être aménagé par une décision du directeur, prise après avis du comité technique paritaire ; • Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux réunions des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail auxquels s'appliquent les règles du Code du travail. (20h par mois pour les membres du CHSCT) ; • <i>Crédit d'heures</i> : L'autorité compétente attribue globalement, chaque année, à l'ensemble des organisations syndicales déclarées dans l'établissement un crédit d'heures déterminé suivant un barème (de 100h/mois pour 100 à 200 agents, à 1500h/mois pour 5001 à 6000 agents, + 100h/mois par 1000 agents supplémentaires), qu'elles se répartissent suivant les modalités ci-après : <ul style="list-style-type: none"> - 25 % de ce crédit est réparti entre les organisations syndicales disposant d'au moins deux sièges au Conseil supérieur de la Fonction publique hospitalière au prorata du nombre des sièges dont elles disposent dans cette instance, - 75 % de ce crédit est réparti entre toutes les organisations syndicales proportionnellement au nombre moyen de voix qu'elles ont recueillies dans l'établissement aux élections aux commissions administratives paritaires départementales et, pour l'assistance publique de Paris, aux élections aux commissions administratives paritaires propres aux fonctionnaires relevant de cet établissement ; • Les organisations syndicales désignent les bénéficiaires des décharges d'activité de service parmi leurs représentants en activité dans l'établissement, sauf incompatibilité ; • <i>Mutualisation des crédits d'heures</i> : <ul style="list-style-type: none"> - les crédits d'heures syndicales, qui n'ont pu être utilisés durant l'année civile dans les établissements de moins de 500 agents sont, à la demande d'une organisation syndicale et pour ce qui la concerne, additionnés au niveau départemental, 		

suite au verso ➡

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
CONGÉ POUR ACTIVITÉS SYNDICALES	<ul style="list-style-type: none"> - ces crédits d'heures sont comptabilisés à l'issue de chaque année civile, reportés et utilisés l'année suivante. Toutefois, peuvent seuls donner lieu à ce report les crédits d'heures qui n'auraient pu être utilisés, soit du fait du refus opposé pour nécessités de service par l'autorité compétente, soit du fait que l'organisation syndicale concernée ne s'est pas déclarée dans l'établissement dans les conditions prévues, - chaque organisation syndicale désigne, parmi les agents en fonction dans les établissements du département, celui ou ceux qui utiliseront ces crédits d'heures, sous réserve des nécessités de service. Les établissements dont les crédits d'heures reportés n'ont pas été utilisés en leur sein versent une compensation financière à l'établissement de rattachement du ou des agents qui ont utilisé ces crédits d'heures. 		
CONGÉS POUR ACTIVITÉS ÉLECTIVES	<ul style="list-style-type: none"> • Les agents peuvent bénéficier de facilités pour participer aux campagnes électorales (entre 10 et 20 jours) ; • Les agents membres d'un conseil municipal, général ou régional peuvent bénéficier d'autorisations d'absence pour participer aux réunions et séances selon un crédit d'heures variable selon la taille des collectivités (de 10h30 à 140h). 	<ul style="list-style-type: none"> • L'absence pour exercer les fonctions publiques ou professionnelles énumérées à l'article (L. 122-24-1) du Code du travail entraîne une simple suspension du contrat. 	
SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Autorisations d'absence rémunérée possible sous réserve des nécessités de service ; • Temps assimilé à du temps de travail effectif. 		
RÉSERVE MILITAIRE	<ul style="list-style-type: none"> • Au-delà de 5 jours par an, nécessité d'obtenir l'accord du chef d'établissement. 		
DONS DU SANG ET DONS D'ORGANES	<ul style="list-style-type: none"> • Autorisations d'absence possibles sur le temps de travail. 		
CURE MÉDICALE	<ul style="list-style-type: none"> • L'absence pour cure médicale peut être accordée soit au titre des congés annuels soit au titre de la maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le congé non rémunéré est de droit sur production d'un certificat médical fixant une date impérative. 	
JURY D'ASSISES	<ul style="list-style-type: none"> • L'obligation de participation s'impose à l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Idem</i> (C. proc. pén., R. 123) ; • Les salariés convoqués doivent pouvoir s'absenter. 	
TÉMOIN À L'OCCASION D'UN PROCÈS	<ul style="list-style-type: none"> • L'obligation de déférer impose le bénéfice d'une autorisation d'absence. 		
FÊTES RELIGIEUSES AUTRES QUE CATHOLIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Les autorisations d'absences peuvent être données sous réserve d'une récupération sur un autre jour férié ou sur un jour RTT. 		

3.4. Congés maladies

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
CONGÉ MALADIE ORDINAIRE	<ul style="list-style-type: none"> • La durée maximum du congé maladie est de 12 mois consécutifs, les 6 premiers mois sur certificats médicaux et les 6 suivants après avis du comité départemental médical. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le contrat est suspendu ; • Mais la nécessité de remplacement définitif du salarié peut entraîner son licenciement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le contrat est suspendu et à l'issue des périodes de suspension le salarié retrouve son emploi ou un emploi similaire ; • Mais au-delà de six mois la nécessité de remplacement définitif du salarié peut entraîner son licenciement.
CONGÉ DE LONGUE MALADIE	<ul style="list-style-type: none"> • La durée maximale du congé est de 3 ans en cas de maladie longue ou grave. Il peut être renouvelé par période de 3 à 6 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une indemnisation complémentaire est prévue (100 % puis 80 % au delà de 90 jours). 	<ul style="list-style-type: none"> • Une indemnisation complémentaire est prévue.
CONGÉ DE LONGUE DURÉE	<ul style="list-style-type: none"> • Le congé de longue durée concerne des fonctionnaires victimes d'une des affections fixées par arrêté ; • La durée maximale du CLD est de 5 ou 8 ans si la maladie est imputable au service. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non prévu en tant que tel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non prévu en tant que tel.
CONGÉ ACCIDENT DU TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • La durée du congé n'est pas limitée dans le temps ; • Toutefois après un an d'absence continue, et si l'incapacité définitive et absolue de l'agent titulaire à l'exercice de ses fonctions est démontrée, une procédure de mise à la retraite pour invalidité peut être engagée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les droits supplémentaires du salarié par rapport à la maladie concernent : <ul style="list-style-type: none"> - l'indemnisation, - le droit à reclassement, - l'indemnité de licenciement en cas de rupture. 	

3.5. Conséquence des absences sur les droits à congés et JRTT

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
FORMATION	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation aux concours : 50 % sur le temps de travail et 50 % hors temps de travail. Congé de formation professionnelle à 100 % sur le temps de travail ; • Bilan de compétences de 24h maximum au choix de l'agent soit sur le temps de travail soit hors temps de travail ; • L'agent en formation au titre du plan de formation accomplit un temps de travail effectif décompté pour la durée réellement effectuée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temps considéré comme temps de travail effectif et décompté sur la base de la durée réelle de la formation, temps de trajet exclu mais le cas échéant indemnisé ; • Ces temps n'ont aucun impact sur les droits à congés et à RTT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rien de prévu dans la convention collective ; • Ces temps n'ont aucun impact sur les droits à congés et à RTT.
HEURES DE DÉLÉGATION	<ul style="list-style-type: none"> • Les absences pour motif syndical sont valorisées à leur durée réelle considérée comme du temps de travail effectif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les délégués bénéficient de 5h, 10h ou 20h selon le type de mandat et la taille de l'établissement, en sus du temps de réunion ; • Ces temps n'ont aucun impact sur les droits à congés et à RTT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les délégués bénéficient de 5h, 10h ou 20h ou plus de délégation selon le type de mandat et la taille de l'établissement, en sus du temps de réunion ; • Ces temps n'ont aucun impact sur les droits à congés et à RTT.
MALADIE	<ul style="list-style-type: none"> • L'agent est considéré comme étant en position d'activité ce qui lui donne droit aux congés annuels dans la limite de l'année en cours ; • Les fériés intervenant pendant l'absence sont perdus ; • L'absence ne constituant pas du temps de travail effectif ne génère pas de droit à JRTT. Mais les JRTT inscrits au planning d'un agent qui tombe malade doivent être reportés ; • Sauf accord local, la valorisation de la journée d'absence pour maladie est égale au 5^e des obligations hebdomadaires de service prévues en moyenne sur la durée du cycle de travail. Elle est le plus souvent fixée à 7h pour un agent travaillant de jour et à 6h30 pour un agent travaillant exclusivement de nuit, cette durée correspondant au 5^e de l'obligation hebdomadaire de principe (35h ou 32h30). 	<ul style="list-style-type: none"> • Au-delà de 14 jours d'arrêt, la maladie ne donne pas droit aux congés annuels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les 30 premiers jours d'absence justifiés par la maladie ne réduisent pas la durée du congé payé ; • Au-delà de 30 jours : réduction de 1/24 du congé annuel par quinzaine ou fraction de quinzaine d'absence.
MATERNITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Même situation que pour la maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition du droit à congés annuels ; • Ne génère pas de droit à RTT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition du droit à congés annuels ; • Ne génère pas de droit à RTT.
ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Même situation que pour la maladie et la maternité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition du droit à congés annuels dans la limite d'un an d'absence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition du droit à congés annuels dans la limite d'un an d'absence.

3.6. Compte épargne temps (CET)

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
OUVERTURE	<ul style="list-style-type: none"> • Volontaire après une année de service ; ouverture sur demande écrite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout salarié volontaire ayant au moins un an d'ancienneté. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout salarié volontaire ayant au moins 1 an d'ancienneté.
ALIMENTATION	<ul style="list-style-type: none"> • 22 jours maximum par an à raison de : <ul style="list-style-type: none"> - 5 jours de CA, - 14 jours de RTT (18 pour les cadres et 19 pour le personnel de direction), - la moitié des heures supplémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • 22 jours maxi par an ; • Le CET peut être alimenté par : <ul style="list-style-type: none"> - les primes, - l'intéressement, - le repos compensateur de remplacement (RCR), mais pas le repos compensateur légal (RCL), - la 5^e semaine de congés, - le congé principal dans la limite de 10 jours ouvrables par an. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le salarié peut affecter à son compte : <ul style="list-style-type: none"> - au plus la moitié des JRTT : le report des congés payés annuels en sus des 24 jours ouvrables, - en accord avec l'employeur : <ul style="list-style-type: none"> - le report des congés payés annuels dans la limite de 10 jours ouvrables par an, - la conversion de tout ou partie des primes conventionnelles en jours de congés supplémentaires, - les repos compensateurs (RCL et RCR), - les congés conventionnels supplémentaires ; • Ce compte peut être alimenté dans la limite de 15 jours par an, cette limite ne s'applique pas pour les cadres non soumis à un horaire préalablement défini, ni pour les salariés de plus de 50 ans.

RUBRIQUES	F. P. HOSPITALIÈRE	FHP/CCU	FEHAP
DURÉE D'OUVERTURE ET MODALITÉ D'UTILISATION	<ul style="list-style-type: none"> • Droits acquis. Ne peuvent être utilisés qu'à la date à laquelle l'agent a accumulé 20 jours (sauf fin de fonction) ; • Droits à exercer avant l'expiration d'un délai de 10 ans prorogé en cas de longue maladie ou de maladie de longue durée ; • Les droits restent acquis en cas de mutation ou de détachement dans un autre établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de congé avant l'expiration d'une période de 5 ans (voire 10 ans) lorsque l'agent a accumulé 2 mois de congés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Congé d'une durée d'un mois à 11 mois (ou plus si retraite).
CONDITIONS D'UTILISATION	<ul style="list-style-type: none"> • Le CET peut être utilisé sauf le refus du directeur qui doit être motivé ; • Délai de prévenance : <ul style="list-style-type: none"> - 1 mois pour un congé de moins de 6 jours, - 2 mois pour un congé de 6 jours à 20 jours, - 4 mois pour un congé de plus de 20 jours ; • L'agent est rémunéré pendant son congé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation pour financer des congés sans solde : <ul style="list-style-type: none"> - sabbatique, - création d'entreprise, - congé parental, - convenances personnelles, - anticiper le départ à la retraite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le CET peut être utilisé pour indemniser : <ul style="list-style-type: none"> - tout ou partie des congés légaux (congé parental, congé sabbatique, congé pour création ou reprise d'entreprise), - des congés de fin de carrière, - tout ou partie de congés pour convenance personnelle ; • La durée du congé pris à ce titre ne peut être inférieure à 1 mois et supérieure à 11 mois sauf hypothèse d'un départ anticipé à la retraite où la durée du congé peut être supérieure ; • Le salarié qui souhaite partir en congé doit faire la demande écrite à l'employeur au moins 3 mois à l'avance pour les congés de fin de carrière et selon les modalités légales pour les autres congés.
MONÉTISATION DU COMPTE	<ul style="list-style-type: none"> • Des négociations, engagées par le Gouvernement, portent sur le taux de monétisation, le nombre de jours « monétisables » et le calendrier des versements (réponse de Mme Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, au Sénat le 8 janvier 2008). 		<ul style="list-style-type: none"> • Sur demande expresse du salarié et avec l'accord de l'employeur, l'ensemble des droits affectés sur le CET peut être utilisé afin de compléter la rémunération (à l'exception des congés payés légaux).
ÉVOLUTION	<i>N.B.</i> : Suivre l'évolution législative en cours.	<ul style="list-style-type: none"> • Le projet de loi sur le pouvoir d'achat ouvre la possibilité de rachat de jours stockés sur le CET jusqu'au 30 juin 2008. 	

4. Conclusion

En conclusion, s'il existe de nombreux points communs entre les trois grands types d'établissements de santé, quelques spécificités apparaissent. Ainsi, on peut souligner dans la Fonction publique hospitalière, l'absence de possibilité de modulation et, à l'inverse, la différenciation de deux catégories de personnel de jour en fonction de leurs modalités de prise de repos. De même, si la pénibilité du travail de nuit est unanimement reconnue, elle ne fait pas l'objet des mêmes compensations. Cette revue juridique donne un aperçu général de la complexité que doivent affronter les responsables en charge de l'organisation du travail et de la planification des emplois du temps des soignants dans le respect de la continuité, de la qualité et de la sécurité des soins aux usagers.

La connaissance de l'activité et de l'ensemble des règles applicables au personnel débouchera sur la construction d'une organisation (*cf.* chapitre 1). La traduction dynamique de cette dernière se concrétisera dans la planification du travail (*cf.* chapitre 2), laquelle conduira à son tour au décompte du temps pour lequel il faudra garantir fiabilité et équité entre agents ou salariés. Cet enchaînement complexe laisse deviner les difficultés des changements à entreprendre pour gagner en efficacité lorsque les organisations ne sont plus adaptées aux évolutions d'activité ou de pratiques de soins. Le chapitre à suivre aborde le décompte du temps.

Date de mise à jour de ce chapitre : mars 2008. Réglementation et jurisprudence à suivre.

Chapitre 4

Décompte du temps

Sont abordés successivement dans ce chapitre consacré au décompte du temps :

- les notions de base relatives aux décomptes et à la gestion du temps à partir de quelques illustrations ;
- le paramétrage des obligations de temps de travail en amont et leur suivi en aval ;
- le codage des obligations et des droits ;
- le paramétrage en amont des droits à absence et leur suivi en aval ;
- la problématique spécifique des heures supplémentaires et la loi TEPA ;
- les compteurs indispensables pour une bonne gestion du temps de travail ;
- l'élaboration d'un guide de gestion.

1. Décompte et gestion du temps : notions de base

1.1. Le temps de travail, un système de devoirs et de droits variable selon les conditions statutaires, conventionnelles ou locales

Le temps de travail recouvre un double système, fait d'une part de devoirs et d'autre part de droits. Les établissements de santé doivent disposer d'un système de décompte du temps garantissant à tous les soignants des calculs équitables.

Obligations et droits des soignants

Devoirs et obligations du soignant	Droits du soignant
Nombre d'heures annuelles à réaliser ou nombre d'heures mensuelles à réaliser ou nombre d'heures hebdomadaires à réaliser ou nombre d'heures par cycle à réaliser.	Parmi ces droits figurent : - les repos hebdomadaires (RH) ; - les congés annuels de base (CA) ; - les congés annuels soumis à conditions (CA) ; - les jours fériés (JF) ; - les avantages statutaires, conventionnels ou locaux : repos de sujétions (RS), compensations pour temps d'habillage et déshabillage, pour femmes enceintes, etc. Les CA, les JF et les RS se rapportent à une période de référence annuelle, les RH à la quatorzaine, les pauses et compensations diverses à la journée.

Plus les droits du soignant augmentent, plus ses obligations de temps de travail effectif diminuent en volume et inversement. Le dispositif de décompte du temps exige rigueur mais aussi évolutivité dans son fonctionnement, car d'une part certains droits soumis à condition évoluent en cours d'année et d'autre part les changements de quotité de temps de travail ou l'alternance aléatoire du travail de jour et de nuit modifient les obligations. L'équilibre des droits et des devoirs devra pouvoir s'ajuster au fil du temps.

Il faut souligner – et c'est un point crucial en matière de décompte du temps de travail – que *les obligations sont toujours exprimées en heures* alors que *la majorité des droits est formulée en jours* (CA, JF, RS, RH). Cependant, certains droits (compensations, habillage/déshabillage, réduction du temps de travail des femmes enceintes, salariés de nuit dans le privé, mi-temps thérapeutique, etc.) s'expriment en heures ou fraction d'heures.

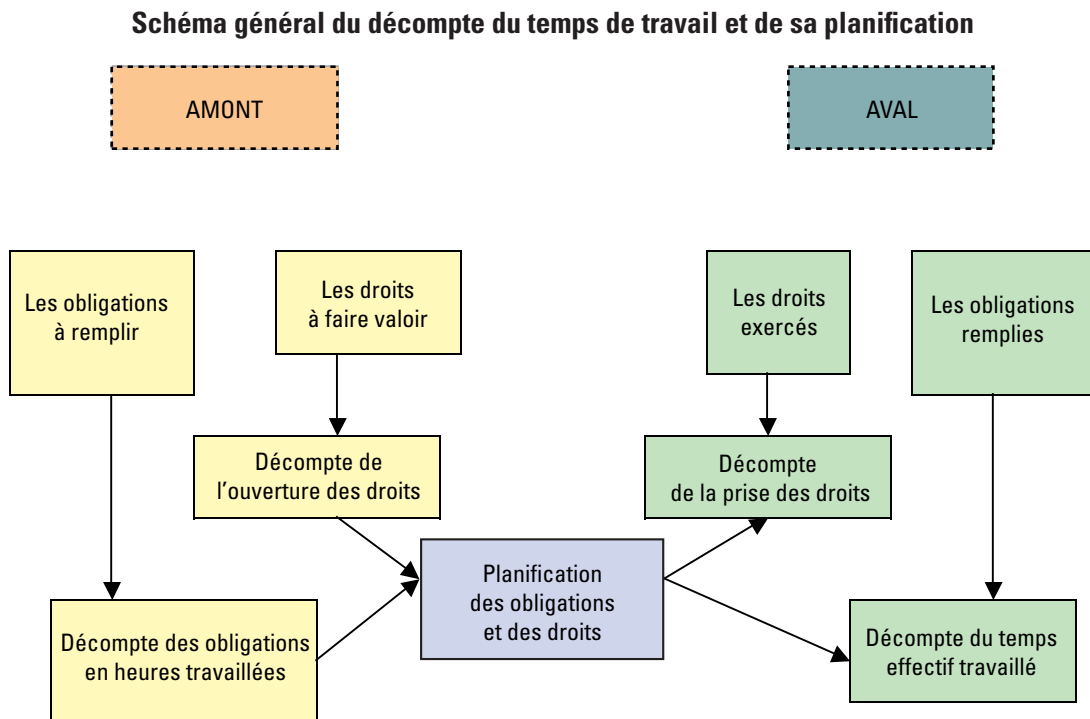
Le temps de travail (obligation) se décompte donc sans ambiguïté en heures. Comment doit-on procéder en revanche pour le décompte des droits ? Faut-il tout convertir en heures ou en jours ?

Nous décrivons les pratiques observées, quitte à en énoncer plusieurs lorsque tel est le cas.

Le tableau ci-dessus rappelle les principaux droits et obligations des soignants, desquels découlent les opérations à réaliser : le paramétrage initial des droits et devoirs (en début d'année ou lors d'une arrivée en cours d'année), puis le suivi de leurs droits et obligations tout au long de l'année :

- en premier lieu et en amont, le paramétrage des droits et devoirs prévisibles :
 - paramétrage des obligations en heures effectives (durée opposable),
 - paramétrage de l'ouverture des droits (unités à préciser) ;
- en second lieu et en aval, le suivi des devoirs réalisés et de l'utilisation des droits :
 - décompte du temps effectif travaillé en heures,
 - décompte de la prise des droits (unités à préciser).

Ces opérations sont ainsi schématisées :



L'étape de planification intermédiaire entre l'amont et l'aval a été traitée au chapitre 2. Ce schéma aurait pu conduire à une présentation globale de « l'amont » (obligations et droits des soignants) suivie de celle de « l'aval » (décompte du temps travaillé et consommation des droits à absence). Il paraît plus pertinent de traiter après les notions de base successivement :

- le paramétrage et le suivi du temps travaillé ;
- le paramétrage et le suivi des droits à absence.

Le chapitre 3 rappelait les convergences et les divergences des droits et obligations selon les conditions statutaires ou conventionnelles des établissements de santé. Les mises en œuvre locales créées en partie à l'occasion des négociations accompagnant le passage aux 35h accentuent les divergences. Elles se traduisent plus concrètement dans l'aménagement du temps de travail et dans le nombre de journées RTT, mais également dans l'existence de droits locaux parfois liés à l'appartenance des établissements à une association.

La complexité et la variété des décomptes sont souvent redoutés par l'encadrement, d'autant qu'il subit les pressions légitimes du personnel qui attend des clarifications sur ses droits et ses devoirs mais aussi de la DRH qui doit assurer la paye dans les meilleurs délais.

En théorie, la majorité des droits se rapportant à l'année, les décomptes s'inscrivent dans le cadre d'une année n. En pratique, il n'est pas rare d'observer des crédits ou débits de temps de travail ou de droits dus au titre de l'année n-1. Ces décalages fréquents s'effectuent souvent d'un commun accord entre l'encadrement et les soignants suite aux ajustements parfois délicats entre activité et effectif disponible. Le dispositif de décompte et ses divers compteurs devront s'adapter à cette réalité, autrement dit être capables d'intégrer des reports d'obligations et de droits que ce soit en débit ou en crédit. Quelques cas concrets illustreront les principales notions de base.

1.2. La répartition annuelle des droits et des devoirs des soignants

1.2.1. Structure et décomposition des obligations et droits annuels d'un agent de jour à temps plein

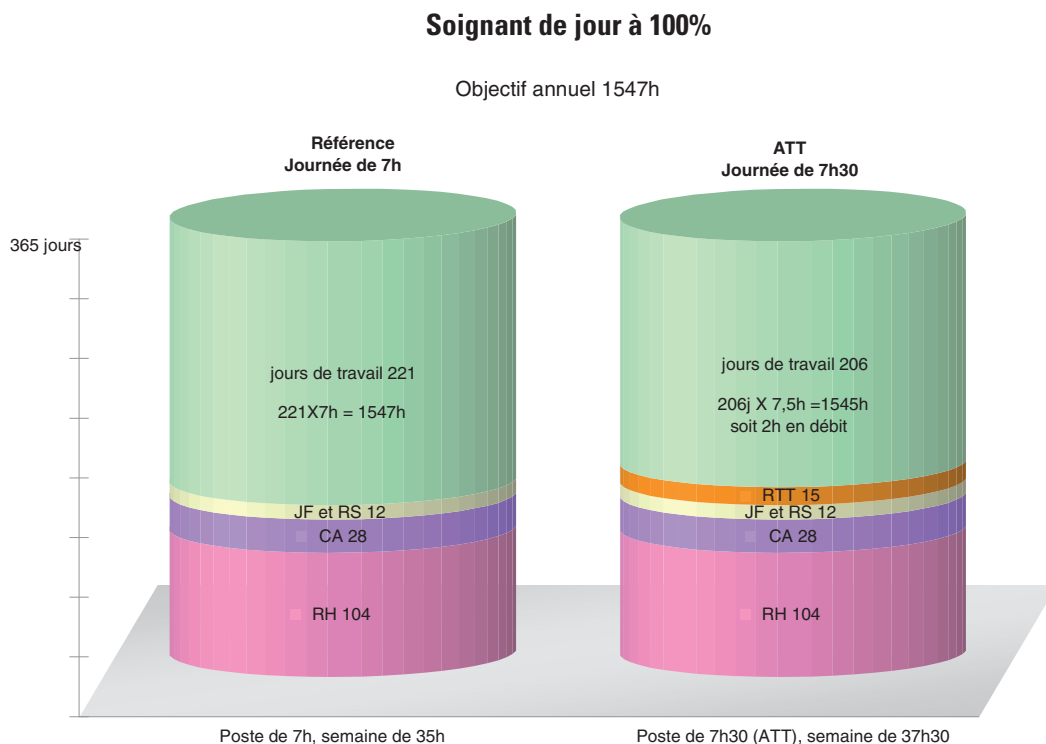
Les temps de travail et de repos d'un soignant se répartissent sur l'année selon plusieurs paramètres : ses droits à absence, sa quotité de temps de travail, la durée des postes et des semaines, ses obligations en heures, etc.

Tous ces éléments se quantifient et forment la structure de son temps qui est à la base des opérations de décompte.

Pour reconstituer une année de soignant avec ses temps de travail et ses repos, quatre situations rencontrées dans la Fonction publique hospitalière seront décrites :

- un agent de jour travaillant à temps plein ;
- deux agents à temps partiel, un à mi-temps l'autre à 80 % ;
- un agent travaillant de nuit.

Dans trois cas (*temps plein*, *mi-temps* et *agent de nuit*), le schéma compare deux organisations : soit l'agent travaille selon sa quotité de temps de travail et l'obligation afférente considérée comme la référence organisationnelle en l'absence de tout aménagement spécifique (à gauche du schéma), soit l'agent dispose d'un aménagement du temps de travail (ATT) – dans l'exemple ci-dessous, des postes de travail de 7h30 et des semaines de 37h30 (à droite du schéma).



Ce graphique décrit deux organisations (35h ou 37h30/semaine) ; l'agent est en repos variable (plus de 20 DJF travaillés/an) et a acquis ses 28 CA supplémentaires (compte tenu des droits accordés par décret aux agents en repos fixes ou variables, les droits à jours fériés et repos de sujétion sont cumulés). La répartition des droits et obligations figurant sur le cylindre de gauche utilise la méthode de la DHOS pour calculer le temps de travail annuel d'un agent donné.

Quelle que soit l'organisation du temps de travail, aménagée (cylindre de droite) ou non aménagée (cylindre de gauche), les droits en CA (28 jours), JF + RS (12 jours), RH (104 jours) restent identiques. Seul le nombre de jours de travail change : l'agent atteint son objectif de temps de travail annuel opposable de référence - ici 1547h - soit en 221 jours de 7h sans ATT, soit en 206 jours de 7h30 avec ATT. Cet ATT lui procure un droit de repos de 15 jours dit jours RTT.

Les jours de *RTT* peuvent également se déduire par le calcul :

$$\frac{\text{Écart entre poste occupé et référence} \times \text{Nb jours de travail}}{\text{Référence quotidienne du temps plein}}$$

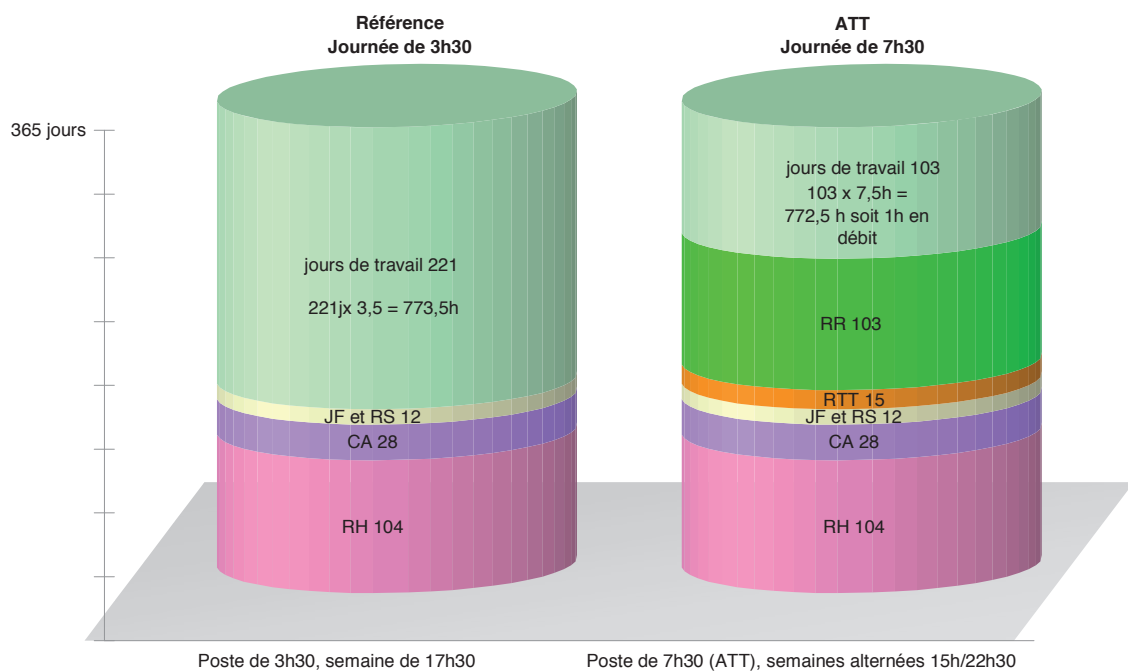
Soit ici :

$$7,5h - 7h = 0,5h, \text{ d'où } 0,5h \times 206\text{jours} / 7h = 14,71 \text{ jours arrondis à } 15.$$

1.2.2. Structure et décomposition des obligations et droits annuels des agents à temps partiel

Soignant de jour à 50%

Objectif annuel : 773,5 h (1547h/2)



Ce graphique reconstitue l'année d'un agent de la Fonction publique hospitalière ayant une quotité de temps de travail de 50 %. Il travaille soit sans ATT (cylindre de gauche), soit sur des postes aménagés identiques à ceux des agents à temps plein (cylindre de droite) – postes de 7h30 dans l'exemple ci-dessus.

Sans ATT, l'agent travaille 5 jours par semaine sur des postes de 3,5h. Avec ATT, l'agent alterne des semaines de 15h00 (2 postes de 7h30) et des semaines de 22h30 (3 postes de 7h30). Dans les deux organisations il accomplit 35h sur 2 semaines. Comme pour les temps pleins, les droits à RH, CA, JF+RS restent identiques dans les deux organisations.

L'obligation annuelle de temps de travail est bien entendu identique et réalisée, à 1h près, quelle que soit l'option avec ou sans ATT.

L'agent en temps aménagé remplit son objectif de temps travaillé en 103 jours de 7,5h au lieu de 221 jours de 3,5h.

Avec des postes de 7,5h cet agent effectue 4h de plus que son temps de référence (3,5h).

Les 4h excédentaires donnent droit à 2 types de récupération, les RR (repos récupérateur) et les RTT, qui se décomposent ainsi :

- L'écart entre la référence du mi-temps (3,5h) et celle du temps plein (7h) donne droit aux RR.

Le calcul des *RR* se réalise ainsi :

$$\frac{\text{Écart (réf. Tps plein - réf. Tps partiel)} \times \text{Nb j de travail}}{\text{Référence quotidienne du mi-temps}}$$

Soit ici :

7h - 3,5h = 3,5h, d'où 3,5h X 103 jours de travail / 3,5h = 103 journées de récupération.

- L'écart entre la référence du temps plein (7h) et le poste occupé (7,5h) donne droit aux RTT.

Le protocole de la Fonction publique hospitalière du 21 septembre 2001 précise que lorsque la durée hebdomadaire moyenne est comprise entre 35h et 39h, les agents bénéficient d'heures ou de jours de repos supplémentaires au titre de la RTT. Décliné au niveau des postes occupés en journées, ceci revient à considérer que chaque poste compris entre 7h (35h/5) et 7,8h (39h/5) génère des droits à RTT.

Pour l'agent, son compteur *RTT* va se créditer ainsi :

$$\frac{\text{Écart (poste - réf. Tps plein)} \times \text{Nb j de travail}}{\text{Référence quotidienne du mi-temps}}$$

Soit ici :

$$7,5h - 7h = 0,5h, \text{ d'où } 0,5h \times 103 \text{ jours} / 3,5h = 14,71 \text{ jours RTT,} \\ \text{arrondis à 15 jours comme pour les agents à temps plein.}$$

Cet exemple montre la parenté de mécanisme dans l'acquisition des repos, qu'ils soient RTT ou RR. Tous ces repos sont acquis du fait de l'écart entre la référence quotidienne et les postes occupés.

- *Variantes de calcul pour les jours RTT des agents à temps partiel*

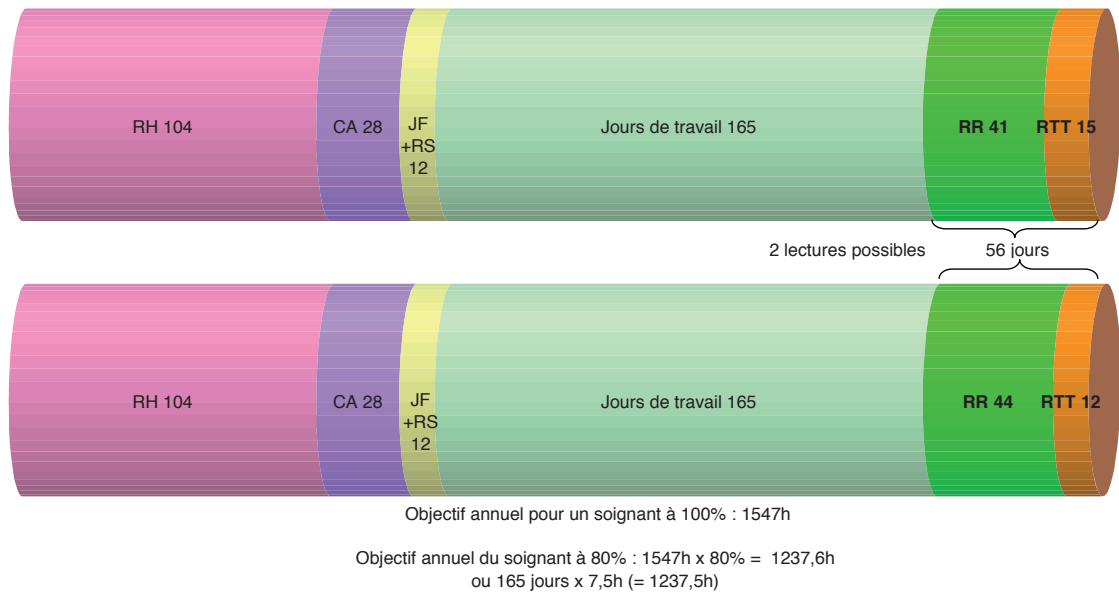
Les accords locaux des établissements de la Fonction publique hospitalière font parfois apparaître deux formulations différentes pour l'acquisition des jours RTT entre, d'une part, les agents à temps plein et, d'autre part, les temps partiels. Si l'accord propose une organisation permettant d'acquérir 15 jours RTT pour un temps plein, d'aucuns diront qu'un agent à 80 % pourra acquérir $15 \times 80/100 = 12$ jours RTT, tandis que d'autres affirmeront que tous les agents, quelle que soit leur quotité de temps de travail, peuvent acquérir le même nombre de jours RTT.

Pour clarifier ce débat, il convient de se référer aux postes de travail occupés par les agents à temps plein et à temps partiel.

Si les postes occupés ont les mêmes amplitudes, cas le plus fréquent dans les établissements, le schéma ci-après reconstitue le temps annuel d'un agent à 80 % selon ces deux propositions qui ne changent en définitive ni les obligations ni l'ensemble des jours de récupérations acquis. L'exemple concerne un agent à 80 % en repos variable (plus de 20 DJF travaillés/an) et qui a obtenu ses 3 CA supplémentaires.

Soignant de jour à 80%

Soignant ayant droit à 28 CA, travaillant 20 DJF par an et occupant des postes de 7,5h



Obligations et droits annuels : agent de jour à 80 % travaillant sur des postes de 7h30

La référence quotidienne d'un agent à 80 % est de $7h \times 80\% = 5,6h$.

L'objectif annuel de cet agent à 80 % se calcule comme suit :

$$365 \text{ jours} - (104 \text{ RH} + 28 \text{ CA} + 12 \text{ JF} + \text{RS}) = 221 \text{ jours, d'où } 221 \times 5,6h = 1237,6h.$$

Si l'agent occupe des postes de 7,5h, il atteindra son obligation annuelle de temps de travail en 165 jours ($165j \times 7,5h = 1237,5h$).

On en déduit 56 jours au total de récupération : $365j - (104 + 28 + 12 + 165) = 56 \text{ jours}$.

Ces repos peuvent se répartir selon deux formulations : soit 41 RR + 15 RTT, soit 44 RR + 12 RTT.

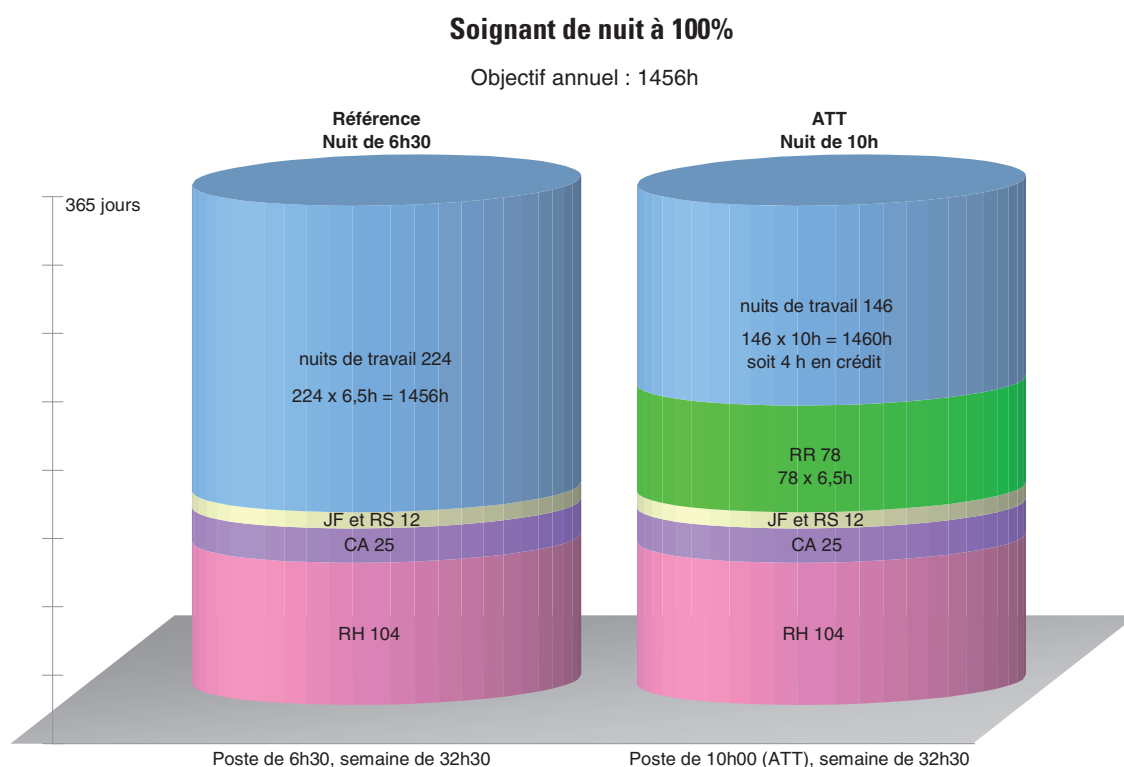
La première variante a notre préférence en raison des calculs présentés ci-après :

$$165j \times (7,5h - 7h) = 82,5h / 5,6h \text{ (référence journalière d'un agent à 80 \%)} \\ = 14,73 \text{ jours, arrondis à 15 RTT}$$

$$\text{et } 165j \times (7h - 5,6h) = 231h / 5,6h = 41,25 \text{ RR, arrondis à 41 jours.}$$

En conclusion, rappelons que les obligations annuelles des soignants se calculent après avoir retranché leurs droits à repos (CA, RH, JF + RS) au total des jours de l'année et en multipliant leur référence quotidienne par le nombre de jours de travail restant, et ceci avant tout aménagement du temps de travail (donc hors RTT et ou RR). L'ATT ne déterminera en fait que le nombre de récupérations (RR et RTT) obtenues mais ne change en rien l'obligation annuelle.

1.2.3. Structure et décomposition des obligations et des droits annuels d'un agent de nuit



Ce graphique compare le temps avec et sans ATT d'un agent de nuit de la Fonction publique hospitalière.

La RTT des agents de nuit est appliquée depuis le 1^{er} janvier 2004. Aux termes de la négociation entre partenaires sociaux et Gouvernement, les agents de nuit ont depuis cette date un temps de travail de 32h30 soit des nuits théoriques de 6,5h.

Le cylindre de gauche schématise la répartition de la référence 32h30/semaine (nuits de travail de 6,5h) d'un agent ayant 25 CA dans l'année. Le cylindre de droite visualise la nouvelle répartition des nuits de travail et des jours de repos d'un agent ayant un temps aménagé, soit ici des nuits de travail de 10h.

Les droits CA, RH, JF+RS comme les obligations de temps de travail restent identiques avec ou sans ATT.

Seul le nombre de nuits de travail change, à gauche 224 nuits de 6,5h seront nécessaires pour atteindre l'objectif, tandis qu'à droite 146 nuits de 10h suffiront (l'agent obtenant même un crédit de 4h à récupérer).

Dans le temps aménagé, l'agent génère 78 repos de récupération (RR) plus 4h, que l'on peut calculer comme suit :

$$\frac{\text{Écart (poste occupé - réf. nuit)} \times \text{Nb j de travail}}{\text{Référence nuit}}$$

Soit ici :

$$10h - 6,5h = 3,5h, \text{ d'où } 3,5h \times 146j / 6,5h = 78,6 \text{ jours.}$$

Remarque : les agents à temps partiel comme les agents de nuit qui travaillent sur des postes aménagés très supérieurs à leur référence obtiennent des repos récupérateurs RR par un mécanisme analogue.

Les représentations graphiques utilisées dans ces exemples issus de la Fonction publique hospitalière sont transposables dans les établissements privés, même si le temps de travail n'est pas aussi explicitement annualisé, à l'exception toutefois de la modulation. Ces exemples confirment que le dispositif de décompte du temps doit comprendre *des compteurs en heures*, pour mesurer les heures travaillées et l'ensemble des récupérations (RR et RTT), et *des compteurs qui peuvent être en heures ou en jours* pour certains droits (cf. § 6 du présent chapitre).

1.3. La répartition de la journée de travail

1.3.1. Amplitude de la journée de travail et temps de travail effectif

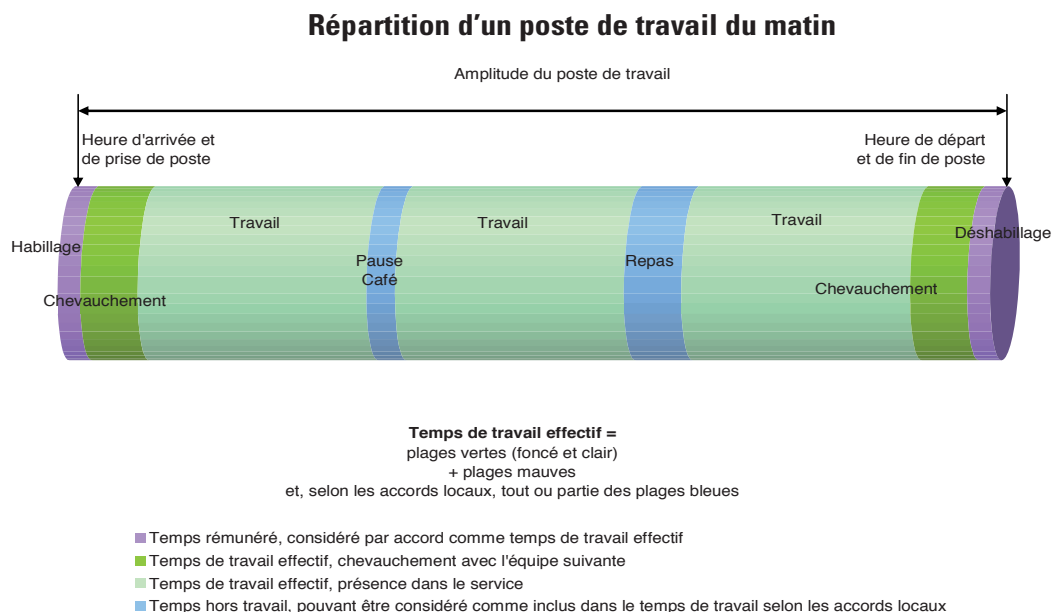
Le temps de travail effectif est celui qui sert au décompte des 35h hebdomadaires. Mais autant la présence au lit du patient est évidemment du temps de travail effectif, et la présence chez soi du repos hors travail (astreintes mises à part), autant certaines plages de la journée ont un statut qui peut varier d'un établissement à l'autre ou au cours du temps.

Ainsi en va-t-il en particulier :

- *des temps d'habillage-déshabillage* : les soignants doivent, en arrivant, endosser une tenue de travail, et en partant retrouver leur tenue civile. Ces temps doivent certes être rémunérés, mais ils ont pu, selon les cas, être ou non comptés comme temps de travail effectif. Depuis le décret du 4 janvier 2002, ils sont intégrés dans le temps de travail effectif pour ce qui concerne le secteur public et, depuis la CCU de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002, ils le sont aussi pour le secteur privé (ce qui n'était pas le cas en 2000 au moment des premiers accords) ;
- *des temps de pause* : la réglementation européenne prévoit que lorsqu'un poste de travail excède 6h d'affilée, le travailleur a droit à une pause de 20 minutes ; cette pause se justifie pour les postes de l'après-midi et de la nuit où les soignants ne bénéficient pas du restaurant de l'établissement, mais pas forcément pour celui du matin où les agents peuvent bénéficier de la coupure du repas. Cette pause doit certes être rémunérée, mais n'est pas forcément intégrée dans le travail effectif.
- *des temps de repas* : a priori, le temps de repas n'est pas considéré comme du travail effectif, sauf si le soignant doit rester à son poste pour pouvoir être mobilisé en cas d'urgence. Toutefois, l'habitude avait été prise dans la Fonction publique hospitalière au cours de la décennie précédente d'intégrer le repas dans le temps de travail (parfois en raison du très long chevauchement – 3h – qui se produisait entre les équipes du matin et d'après-midi). De ce fait, une des revendications très claires au moment des accords a été de maintenir le repas dans le temps de travail ou d'en intégrer au moins une partie, quitte à la confondre avec la pause officielle.

En revanche, les temps de chevauchement sont eux clairement intégrés au temps de travail, puisqu'ils servent à réaliser les transmissions entre équipes et, éventuellement, des réunions de formation ou d'information.

Ces notions sont représentées sur le graphique suivant :



Dans ce schéma, on note que les temps de pause et/ou les temps de repas ont un statut particulier : en effet, ils peuvent être ou non (selon les accords locaux) reconnus, intégrés et donc décomptés en temps de travail effectif.

1.4. Le temps de travail effectif et le temps rémunéré

En matière de décompte, il faut distinguer :

- le temps de travail effectif ;
- le temps rémunéré.

Le temps effectif est décompté sur la base de la durée des journées ou des postes de travail (journée de 8h, 10h, 12h, etc.), rapportée à une période de référence : la semaine, le mois, le cycle, l'année.

Le temps rémunéré n'est pas tout à fait le même que le temps effectif puisqu'il intègre les droits conventionnels, statutaires ou locaux (CA, JF, RTT, etc.). En général, le temps rémunéré se calcule au mois ou à l'année.

Quelques exemples illustreront ces différentes notions :

Exemple 1 : une IDE travaillant sous statut hospitalier, en repos variable, va travailler 1547h sur l'année (référence annuelle qui lui est applicable sous réserve d'avoir acquis les 3 jours de CA supplémentaires et d'avoir travaillé au moins 20 DJF).

Son temps rémunéré sur l'année sera de 1825h (52,142 semaines x 35h).

(N.B. : 365 jours = 52,142 semaines et non 52, dès que l'on souhaite décompter de façon rigoureuse.)

Exemple 2 : une AS travaillant sous Code du travail en CA pendant tout le mois de juin aura travaillé 0h de temps effectif, mais 152h en temps rémunéré (35h x 4,345 semaines/mois).

Exemple 3 : la journée de solidarité est travaillée mais non rémunérée.

À travers ces exemples, il apparaît que sur l'année, le temps rémunéré est nécessairement supérieur au temps effectif.

Alors que le temps effectif varie selon les périodes, le soignant voit son temps rémunéré lissé. Cependant, ce lissage ne concerne que la rémunération fixe de base (hors éléments variables de paye lesquels prennent en compte le nombre de jours travaillés par mois, le nombre de dimanches et de nuits travaillés, etc.).

Sur un plan pratique, l'articulation entre le temps rémunéré et le temps de travail effectif passe par la transmission au service de la paye, le plus souvent par le cadre de santé, du récapitulatif établi à partir du planning réalisé au regard des variables de paye.

1.5. Les unités de décompte du temps : en jours et en heures

Le Code du travail, comme le statut de la Fonction publique hospitalière, exprime les obligations en heures de travail et les droits, notamment les repos hebdomadaires, les congés annuels (mais aussi les fériés) en jours.

Cette *double référence réglementaire* est susceptible, en l'absence de clarifications, de brouiller les décomptes, voire d'entraîner des inégalités entre soignants, notamment pour des cas complexes qui se combinent parfois entre eux :

- travail sur des postes à durées variables (5h45, 6h15, 9h45, 11h15, etc.) ;
- changement de quotités de temps de travail en cours d'année (passage de 100 % à 80 %, etc.) ;
- alternance aléatoire du travail de jour et de nuit ;
- embauche ou départ des soignants en cours d'année ;
- etc.

Les inégalités entre deux agents, en situation *a priori* identique, peuvent atteindre jusqu'à un mois de durée de travail. La plus grande vigilance s'impose donc au niveau des unités de décompte retenues pour les absences.

Quel que soit le dispositif de décompte, le travail effectif et les heures supplémentaires doivent être comptabilisés en heures.

Il en est obligatoirement de même pour les RR, les RTT, les jours de formation, les temps syndicaux, voire les arrêts maladie qui, assimilés à du service accompli, devront être convertis en heures. En revanche, si pour les RH la plupart s'accordent à les comptabiliser en jours, les deux approches (jours ou heures) coexistent pour les CA, JF et RS.

1.6. Les méthodes et les principes généraux pour le décompte des droits et obligations

Deux possibilités sont observées pour le décompte des absences :

- la méthode classique ;
- la méthode de conversion jours/heures.

Ces deux méthodes exposées succinctement ci-dessous seront développées et illustrées (avec des exemples) dans d'autres parties de ce chapitre.

1.6.1. La méthode classique

Cette méthode simple, et bien comprise par les soignants, applique la réglementation de manière mécanique. Elle utilise comme unité de décompte les heures pour les obligations, tant en amont (paramétrage des durées de travail opposables) qu'en aval (mesure du temps effectivement travaillé). L'unité de décompte en heures sert également au décompte des droits à absences, à l'exception des RH, des CA et des JF + RS pour lesquels l'unité de décompte en jours est conservée (cf. illustrations présentées dans les notions de base ci-dessus).

Pour être équitable, cette méthode nécessite dans les cas spécifiques (par exemple, changements de quotité de temps en cours d'année) quelques précautions. Elles seront exposées plus loin.

Concrètement, à partir de la durée annuelle opposable exprimée en heures, il est possible de calculer un objectif mensuel, puis de suivre le temps de travail du soignant qui fait apparaître des heures en plus ou en moins au fil des mois. Parallèlement, on crée des compteurs en crédit/débit pour certains droits exprimés en jours CA et JF.

Il est conseillé d'avoir la planification la plus anticipée possible, tant des jours travaillés que des droits (CA, fériés, RTT).

Les compteurs en débit/crédit/solde du temps travaillé comme des droits consommés guident les cadres dans le processus de planification. À titre indicatif, un soignant prenant tous ses droits à CA en début d'année aurait un compteur temps en débit s'atténuant au fil de l'année pour se solder à zéro au 31 décembre.

A contrario, son collègue qui aura planifié tous ses droits à CA en fin d'année aurait un compteur temps créditeur toute l'année mais qui se solderait également à zéro en fin d'année.

Dans la mesure du possible, Il est recommandé de lisser le temps travaillé comme l'écoulement des droits.

1.6.2. La méthode de conversion jours/heures

Cette méthode propose de mettre en place un système basé sur la conversion totale en heures des droits exprimés *a priori* en jours (CA, JF) et vice versa (à l'exception des RH). En effet, si la réglementation interdit le décompte des CA (droits et prise) en heures, elle n'interdit pas de réaliser un double décompte en jours et en heures (il faut dans ce cas 2 compteurs CA, un pour chaque unité de décompte).

Ainsi, pour les agents à temps partiel des établissements publics dont le temps de travail est réparti de manière irrégulière sur la semaine, la DHOS propose comme règle spécifique ce décompte des CA en heures (cf. circulaire n° DHOS/P1/2002-240 du 18 avril 2002). Certains établissements du privé comme du public étendent ce mode à tous les soignants.

Les obligations (durées de travail effectif opposable) restent, comme précédemment, calculées en heures.

Pour l'ouverture des droits comme pour leur prise en cours d'année, on réalise un double calcul : en jours et en heures (exemple des droits à CA pour un temps plein : 25 CA = 175h de droits, soit 7h x 25 CA ; à chaque prise de CA on décrémente de 7h le compteur horaire et d'un jour le compteur en jour). Pour la nuit, dans la Fonction publique hospitalière, on se base sur 25 jours ouvrés x 6h30 (6,50 en centièmes d'heures) pour un temps plein soit 162,5h de CA (25 x 6,5).

Les droits des agents à temps partiel sont calculés proportionnellement.

Dans cette méthode, la planification des CA s'effectue seulement sur les jours travaillés puis dans un second temps pour régulariser les deux compteurs de CA (en jours et en heures) sur les jours de récupération (hors repos hebdomadaires).

En tout état de cause, le compteur temps en jours pour les congés annuels est mis en place pour respecter la réglementation. La conversion en heures n'est pas de nature à affecter le décompte en jours des droits à congés annuels.

Tableau de conversion en heure (centièmes) des droits à CA (calculés en ouvrés) et jours fériés (hypothèse 10j) selon les quotités de temps

	Jours	100 %	90 %	80 %	75 %	70 %	60 %	50 %
Décompte de la journée		7h	6,3h	5,6h	5,25h	4,90h	4,2h	3,5h
Congés annuels	25 jrs	175h	157,5h	140h	131,25h	122,5h	105h	87,5h
Jours fériés	10 jrs	70h	63h	56h	52,5h	49h	42h	35h
Sous-total	35 jrs	245h	220,5h	196h	183,75h	171,5h	147h	122,5h

1.7. Les périodes de référence pour le décompte

Du fait des réglementations des secteurs public et privé et des accords locaux, plusieurs périodes de référence vont s'appliquer.

Tout décompte se calcule dans le cadre d'une période : la semaine, le cycle, le mois, l'année.

Ces périodes de décompte ont trois fonctions :

- le calcul des obligations en heures (nombre d'heures à faire sur une période) ;
- le calcul des droits annuels (CA, fériés) ;
- le calcul des heures supplémentaires.

La durée du temps de travail effectif se calcule toujours en heures sur des périodes définies par les statuts (public, privé) et les accords locaux.

Le calcul des heures supplémentaires s'effectue selon la réglementation du secteur concerné.

Les contingents annuels d'heures supplémentaires (*cf.* chapitre 3) sont à prendre en compte.

Le suivi des heures supplémentaires appelle un compteur spécifique (crédit/débit/solde) et les heures supplémentaires payées ne sont pas prises en considération dans le décompte des obligations du temps de travail.

Les périodes de référence des droits sont variables :

- les CA sont définis sur la base de l'année :
 - dans le privé, la période de décompte de l'ouverture des droits à CA est conforme au Code du travail, soit du 1er juin au 31 mai de l'année précédente et diffère de la période de prise des droits : du 1er juin au 31 mai de l'année suivante,
 - en revanche, dans la Fonction publique hospitalière, ces droits sont calculés (et pris) pour l'année civile en cours ;
- les RH se réfèrent à la semaine ou le plus souvent à la quatorzaine ;
- etc.

Les tableaux ci-dessous résument pour les trois temps évoqués les modalités de calcul selon les secteurs :

Périodes et modes de calcul : Fonction publique hospitalière

Périodes	Calcul des obligations (en heures)	Calcul des droits (CA, fériés, RTT)	Calcul des heures supplémentaires
Cycles de 1 à 12 semaines	Pour tous les agents		Pour tous les agents, au-delà de la durée prévue dans le cycle
Mois		Pour les agents entrés ou sortis en cours d'année	
Année	Pour tous les agents	Pour tous les agents	Pour tous les agents, au-delà de la référence annuelle applicable

Périodes et modes de calcul : établissements privés assujettis au Code du travail

Périodes	Calcul des obligations (en heures)	Calcul des droits (CA, fériés, RTT)	Calcul des heures supplémentaires, seuils de déclenchement
Semaine	Pour les salariés en 35h hebdomadaires		Pour les salariés en 35h hebdomadaires, seuils de déclenchement
Cycles	Pour les salariés en cycles		Pour les salariés en cycles, au-delà de la durée prévue dans le cycle
Période plurihebdomadaire : périodes hautes			Pour les salariés annualisés, déclenchement d'heures supplémentaires au-delà de la borne fixée par accord pour la période haute
Mois	Pour les temps partiels mensualisés	Pour les salariés entrés ou sortis en cours d'année	Pour les temps partiels mensualisés, au-delà de leur obligation mensuelle
Année	Pour tous les salariés soumis à un accord d'annualisation Pour les temps partiels annualisés	Pour tous les salariés. La période d'acquisition des CA va du 1 ^{er} juin au 31 mai sauf accord d'entreprise prévoyant d'autres dispositions.	Pour tous les salariés, au-delà de la référence annuelle applicable

1.7.1. Période hebdomadaire

La période hebdomadaire se réfère à la semaine de 35h. Dans les faits, peu de soignants travaillent sur des semaines de 35h dans les établissements de santé, mais la semaine de 35h en 5 jours de 7h reste la référence théorique.

1.7.2. Périodes plurihebdomadaires ou en cycles

Beaucoup de soignants dans les établissements de santé travaillent en cycles comme le stipule la réglementation du secteur public et le propose également, parmi d'autres possibilités, la réglementation du privé.

Dans le secteur privé (sans qu'il y ait de cycles) et dans le cadre d'un accord d'annualisation, le travail peut être organisé selon des périodes pluri hebdomadaires (périodes hautes ou basses).

1.7.3. Période mensuelle

Du fait de la mensualisation de la rémunération, cette période présente l'intérêt du rapprochement possible entre le temps de travail effectif et le temps rémunéré. Elle sert parfois de repères dans le suivi des obligations comme des droits. Le mois est la référence pour les salariés à temps partiel mensualisés.

1.7.4. Période annuelle

Elle est la plus cohérente puisqu'elle sert de base pour l'ensemble des droits et obligations. C'est la seule qui donne une visibilité complète.

Pour toutes les autres périodes, les décomptes resteront intermédiaires.

La réglementation applicable dans la Fonction publique hospitalière est basée sur le décompte annuel.

Dans les établissements privés, il est possible de procéder à un décompte annuel dans le cadre d'accords dits de modulation, de forfaits jours, de forfaits heures et de RTT hors cycle.

Plusieurs événements sont susceptibles de faire fluctuer les références annuelles applicables, ce qui est un facteur d'accroissement de la complexité dans la gestion du temps, notamment en matière d'ouverture de droits spécifiques ou individuels.

Le cadre de référence hebdomadaire apparaît de moins en moins adapté dans les établissements de santé du fait de l'ouverture 365 jours par an et des modes d'aménagement du temps induits. Le cadre annuel apparaît comme le niveau de décompte le plus pertinent.

1.7.5. Combinaison de plusieurs périodes dans le décompte

Dans la réalité, du fait tant des réglementations applicables que de la situation des soignants (CDI, CDD, titulaires, intérimaires, etc.), les outils de gestion et de décompte du temps exigent de combiner souvent la plupart des périodes définies ci-dessus. Il va de soi que pour pouvoir réaliser ces tâches de manière performante (juste et rapidement), l'informatisation s'impose. La qualité du paramétrage fera la qualité du décompte.

En conclusion à ces notions de base, gérer le temps des soignants est d'une grande complexité, et ce, quel que soit le statut des établissements. Si le recours à l'informatique s'impose, il est cependant indispensable de maîtriser les mécanismes et les règles de décompte, ne serait-ce que pour paramétrer les logiciels. En effet, les éditeurs attendent de chaque établissement acheteur potentiel qu'il sache décrire lui-même ses propres méthodes de calcul afin d'effectuer leurs paramétrages. La connaissance et la compréhension des principes de la gestion du temps de travail des soignants sont aussi essentielles pour limiter le temps que l'encadrement y consacre. Cette maîtrise sert également à communiquer aux soignants les règles de gestion du temps de l'établissement. Cette transparence favorise le sentiment de justice perçu par les soignants dont on sait qu'il est souvent corrélé à la diminution de l'absentéisme.

La gestion du temps, quel que soit le degré de son informatisation, se décompose en deux phases : l'une prévisionnelle qui correspond au paramétrage en début d'année ou lors de l'embauche d'un nouveau soignant, l'autre, en aval, correspondant au suivi.

Les paragraphes suivants présentent les opérations de paramétrage et de suivi des obligations, puis le codage des postes et absences, et enfin le paramétrage des droits à absence.

2. Le paramétrage des obligations et le suivi du temps de travail effectif

2.1. Paramétrage et suivi des obligations hebdomadaires

Les obligations hebdomadaires sont de 35h pour un soignant à temps plein travaillant de jour. Pour le travail de nuit dans la Fonction publique hospitalière, cette obligation est établie par convention sur la base de 32h30. Toutefois, la réglementation nationale ne fait mention que d'une valeur annuelle de 1476h.

Obligations quotidiennes et hebdomadaires selon les différentes quotités de temps travaillé

Quotité de jour (et de nuit pour le secteur privé)			Quotité de nuit (Fonction publique hospitalière)		
	Référence hebdomadaire	Référence quotidienne		Référence hebdomadaire	Référence quotidienne
100 %	35h	7h	100 %	32h30	6h30
80 %	28h	5h36	80 %	26h	5h12
50 %	17h30	3h30	50 %	16h15	3h15

2.2. Paramétrage et suivi des obligations mensuelles

Pour les soignants du public comme du privé, les obligations mensuelles sont utilisées pour le suivi par les cadres des obligations sans attendre la fin de l'année. Elles s'obtiennent selon trois modes de calcul (cf. tableau ci-dessous). Elles sont également systématiquement suivies pour les soignants du secteur privé travaillant à temps partiel mensualisé, dont les références sont toujours calculées à partir des temps pleins.

Durée mensuelle, base : semaine de 35h.

Mode de calculs lissés sur l'année	Nombre de semaines/an (hors année bissextile)	Nombre de semaines/mois	Référence mensuelle
Mode de calcul n° 1	365 jours/7 jours = 52,142 semaines	52,142 semaines/12 mois = 4,345 semaines	35h x 4,345 semaines = 152h
Mode de calcul n° 2 (fréquent dans les logiciels de paye)	52 semaines = 364 jours	52 semaines/12 mois = 4,333 semaines	35h x 4,333 semaines = 152,10h (valeur la plus usuelle)
Mode de calcul calendaire	Nombre de jours/mois	Nombre de jours ouvrés	Référence mensuelle
Ajusté au calendrier en cours	Variable : 28 à 31 jours	Variable : 20 à 23 jours ouvrés moins les fériés	Variable : 20 jours x 7h = 140h à 23 jours x 7h = 161h

2.3. Paramétrage et suivi des obligations plurihebdomadaires dans le cadre du travail en cycles

Pour le travail en cycles (avec JRTT inclus dans le cycle), le tableau ci-après indique les obligations en heures effectives.

Durées (base 35h avec RTT incluses) selon le nombre de semaines des cycles

Nombre de semaines du cycle	Durée
1 semaine	35h
4 semaines	140h
8 semaines	280h
12 semaines	420h

Ces valeurs s'utilisent dans l'option où les CA et jours fériés sont décomptés en heures.

Exemple : dans un service, les cycles sont de 4 semaines. L'année comprend 13 cycles de 4 semaines plus 1 jour. Si l'on utilise la durée indiquée : $140h \times 13 = 1820h$ ou $1827h$ en prenant en compte le 365^e jour.

Cette valeur est atteinte en additionnant les heures du temps de travail effectif plus les CA et jours fériés convertis en heures.

Pour un établissement privé :

$1582h$ (objectif annuel de travail, *cf. infra*) + $175h$ (25 CA x 7h) + $70h$ (10 JF x 7h) = $1827h$.

Lorsque des RTT ne sont pas incluses dans le cycle, les obligations augmentent. Ainsi, quand la durée moyenne sur le cycle est de 37h30 sur 8 semaines, l'obligation en heures effectives sera de 300h (et non plus de 280h).

2.4. Paramétrage et suivi des obligations annuelles

Les obligations annuelles de temps de travail effectif varient selon le statut ou la convention, les accords de branche, les accords locaux et les particularités induites par les sujétions.

Obligations et droits annuels fonctionnent sur le principe des vases communicants.

2.4.1. Fonction publique hospitalière

Calcul des références annuelles applicables dans la Fonction publique hospitalière

	Jour de repos fixe	Jour de repos variables		Nuit
		10 à 19 DJF	+20 DJF	
Nombre de jours par année	365			
- repos hebdomadaires en jours	104	104	104	104
- congés annuels en jours	25	25	25	25
- fériés en jours	8*	10	10	10
- sujétions en jours	0	0	2	0
Total jours travaillés	228	226	224	226
Durée théorique jours travaillés (base = quotité 100 %)	7h	7h	7h	6,5h
Références annuelles en temps effectif	1596h	1582h	1568h	1476h⁶
Congés annuels soumis à condition : hors saison et fractionnement				
Si 1 jour soumis à conditions	1	1	1	1
Total jours travaillés	227	225	223	225
Références annuelles en temps effectif 1 jour soumis à conditions	1589h	1575h	1561h	1469,5h
Si 2 jours soumis à conditions	2	2	2	2
Total jours travaillés	226	224	222	224
Références annuelles en temps effectif	1582h	1568h	1554h	1463h
Si 3 jours soumis à conditions	3	3	3	3
Total jours travaillés	225	223	221	223
Références annuelles en temps effectif	1575h	1561h	1547h	1456,5h

*Nombre moyen de fériés sur la période du lundi au vendredi.

Le dispositif de décompte dans la Fonction publique doit comptabiliser le nombre de dimanches et jours fériés travaillés (DJF).

2.4.2. Références annuelles applicables dans la convention collective CCU de la FHP et dans la convention collective de la FEHAP

Calcul de la référence annuelle applicable dans les conventions CCU (FHP) et UNIFED (FEHAP)

Droits	365 jours
Repos hebdomadaires	104 jours (ou 99 jours si décompte des CA en ouvrables)
Congés annuels de base	25 jours ouvrés (ou 30 jours ouvrables)
Fériés	10 jours (11 moins journée de solidarité)
Calcul de la référence annuelle de base en jours	226 jours travaillés de 7h
Calcul de la référence annuelle de base en heures	226 jours travaillés x 7h = 1582h
CA soumis à condition	De 1 à 3 jours
Calcul de la référence annuelle avec 3 CA soumis à condition.	223 jours x 7h = 1561h

Dans le privé comme dans le public, le paramétrage des obligations annuelles est susceptible d'évolution en cours d'exercice.

6. Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 définit 1476h, alors que le calcul mathématique tel qu'il figure dans le tableau donnerait 1469h.

Les éléments modifiant cette durée annuelle sont les suivants :

- la quotité de temps de travail ;
- le changement de quotité en cours d'année ;
- les droits soumis à condition (journées pour sujétions, CA hors saison et fractionnement) ;
- l'alternance jour/nuit ;
- l'entrée ou la sortie en cours d'année ;
- l'utilisation des droits à CET ;
- le report éventuel des droits acquis mais non pris de l'année n-1 ;
- les éléments calendaires : année bissextile, 104 ou 105 RH dans l'année, jours fériés pour les agents en repos fixe tombant sur les RH.

Dans le cas des établissements privés s'y ajoutent :

- le nombre de jours travaillés (au regard de la compensation pour temps d'habillage et de déshabillage) ;
- le nombre de nuits travaillées en convention CCU sur la base de la compensation de 14mn par nuit travaillée.

Exemple : si les nuits sont de 10h, 36h sont à récupérer par an soit 3,5 nuits. Si les nuits sont de 12h, 30h sont à récupérer par an soit 2,5 nuits.

2.5. Exemple de décompte du temps effectif en référence annuelle

Le principe général est de décompter sur la base du temps de travail effectif.

Tous les mois par exemple, on effectue un décompte du temps travaillé avec rapprochement avec le temps théorique sur la base de la référence annuelle applicable. Il s'agit d'une gestion en capitalisation horaire sur le principe du débit/crédit.

La référence annuelle applicable à chaque soignant est divisée par 12 mois, ce qui permet d'obtenir une référence théorique (ou temps requis) mensuelle.

Ainsi, pour la *référence annuelle* de 1582h, la *référence mensuelle* sera de 131h50 (en centièmes d'heures : 131,83h). Cet exemple figure page suivante.

Exemple de capitalisation horaire en référence annuelle

Solde précédent ou capital horaire	Service : hospitalisation														Mois de : mai		Année : 2008																	
	NOM	Prénom	Quotité temps	Temps Requis	Semaine 1					Semaine ...					Semaine 5					Heures décomptées	Heures en - ou en +	Capital horaire débit/crédit	Heures réalisées en cumul fin de mois 31 mai											
					L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L					M	M	J	V	S	D					
30/04 + 66h			100	131,83h																														
Report au 31 mai + 77h																																		
Postes requis																																		
Effectif présent																																		
Écart																																		

Ce tableau de service regroupe les colonnes suivantes :

- la colonne « Solde précédent ou capital horaire » sert à reporter le capital horaire du soignant du mois précédent. Il correspond à l'écart positif ou négatif constaté entre le temps requis et le temps travaillé ;

Dans notre exemple qui se déroule au mois de mai, le soignant a un capital horaire positif de + 66h au 30 avril. Autrement dit, il a fait en cumul 66h de plus que son temps requis.

- la colonne « Quotité temps » rappelle la quotité de temps de travail du soignant considéré : temps plein (100 %), 80 %, etc. ;

Il s'agit dans le cas considéré d'un temps plein.

- la colonne « Temps requis » détermine le temps théorique que devrait réaliser le soignant sur le mois ou référence mensuelle ;

Dans l'exemple, il s'agit de 131,83h (calculé ci-dessus à partir de la référence annuelle applicable).

- les colonnes « Semaines 1 à 5 » et des jours de la semaine permettent de comptabiliser les journées travaillées et les durées en temps de travail effectif inhérentes ;

Dans l'exemple les colonnes ne sont pas remplies pour ne pas surcharger inutilement le tableau et le rendre illisible.

- la colonne « Heures décomptées » indique le nombre d'heures effectuées par le soignant pour le mois ou la période considérée (en planning prévisionnel et en planning réalisé). En cas d'absence, un mode de décompte particulier sera mis en place. Il sera exposé plus loin ;

Dans l'exemple, il est de 143h.

- la colonne « Heures en + ou en - » indique l'écart constaté entre la colonne Heures Travaillées et la colonne Temps Requis pour le mois considéré ;

Dans l'exemple, il est de + 11h (c'est-à-dire 143h - 131,83h arrondi ici à 132h).

- la colonne « Capital horaire ou débit/crédit » indique le capital en cumul (positif ou négatif, crédit ou débit) du soignant pour le mois considéré. Elle additionne les contenus de la colonne solde précédent et de la colonne Heures en plus ou moins ;

Dans l'exemple, il s'élève à +77h (66h + 11h).

Ce chiffre sera reporté le mois suivant dans la colonne Solde précédent.

- la colonne « Heures réalisées en cumul » spécifie le nombre d'heures total travaillées depuis le début de l'année.

Dans l'exemple, il s'élève à 736h.

2.6. Le changement de quotité en cours d'année et son impact sur le paramétrage et le suivi des obligations

Les changements de quotité de temps de travail des soignants interviennent régulièrement dans les établissements de santé et posent de redoutables problèmes de calcul si l'on veut éviter de créer des iniquités au sein du personnel.

2.6.1. Changement de quotité de temps en cours d'année dans le cadre d'une gestion en référence annuelle

Deux méthodes observées sont présentées :

Première méthode – Application de la méthode classique avec décompte des obligations en heures et des droits à CA et JF exprimés en jours, soldes de droits à chaque changement de quotité

Exemple (dans la Fonction publique hospitalière) d'un agent en repos variable à 50 % du 1^{er} janvier au 30 avril (120 jours) et à 80 % du 1^{er} mai au 31 décembre (245 jours).

Déclinons la méthode proposée par la DHOS pour l'année entière sur chaque fraction d'année. L'agent en repos variable peut espérer 28 CA et 12 JF et repos de sujétion pour l'ensemble de l'année soit 40 jours. Prenons comme hypothèse qu'il équilibre ses droits à s'absenter sur chacune des deux fractions d'année soit 13 jours sur la première période et 27 sur la seconde.

Calcul du temps de travail à effectuer sur la première période :

Période de 120 jours à 50 % correspondant à un droit à RH de 34 jours (120j / 14j x 4RH).
Objectif : $120j - [34RH + 13 (CA + JF)] = 73$ jours d'où 73 jours x 3,5h = 255,5h à travailler

Calcul du temps de travail à effectuer sur la deuxième période :

Période de 245 jours à 80 % correspondant à 104 - 34 = 70 RH.
Objectif : $245j - [70 RH + 27 (CA + JF)] = 148$ jours d'où 148 jours x 5,6h = 828,8h à travailler.

Avec cette modalité de calcul, l'objectif annuel est de : 255,5h + 828,8h = 1084,3h.

Cette méthode respecte la réglementation, notamment sur le décompte des droits en jours. Avec cette méthode, la bonne pratique consiste pour le soignant, avant chaque changement de quotité, à solder ses droits à CA et fériés pour la période écoulée ; dans le cas contraire, comme on peut le voir dans le développement qui suit, de fortes inégalités en matière de temps travaillé pourraient apparaître.

Si l'agent demande à prendre tous ses droits à absence, soit sur la première période, soit sur la seconde, voici quelle serait dans chaque cas l'obligation annuelle de temps de travail.

Premier cas :

Période 1 : $120j - [34RH + 40 (CA + JF)] = 46j \times 3,5h = 161h$

Période 2 : $245j - [70RH + 0] = 175j \times 5,6h = 980h$

Total : $161h + 980h = 1141h$

Deuxième cas :

Période 1 : $120j - [34RH + 0] = 86j \times 3,5h = 301h$

Période 2 : $245j - [70RH + 40 (CA + JF)] = 135j \times 5,6h = 756h$

Total : $301h + 756h = 1057h$

Seconde méthode – Méthode de conversion jours/heures ; calcul des obligations et des droits en heures avec conversion des jours en heures

On calcule en heures pour le même exemple vu ci-dessus :

- les obligations ;
- les droits (CA, fériés, RTT).

On maintient néanmoins, un calcul des droits en jours.

Cette méthode consiste à calculer pour chaque période une référence correspondant à la quotité de temps pratiquée.

Calcul préalable, c'est-à-dire valeur de la journée calendaire sur la base de la référence annuelle :

$1568 \text{ h} / 365 \text{ jours} = 4,2958h$

Calcul des obligations :

Exemple d'un soignant à 50 % du 1^{er} janvier au 30 avril puis à 80 % du 1^{er} mai au 31 décembre.

Référence pour la période 1 : du 1^{er} janvier au 30 avril à 50 %

$120 \text{ jours} \times 4,2958h \times 0,50 \% = 257,74h$

Référence pour la période 2 : du 1^{er} mai au 31 décembre à 80 %

$365 \text{ jrs} - 120 = 245 \text{ jours}$

$245 \text{ jours} \times 4,2958h \times 0,80 \% = 841,97h$

Avec cette modalité de calcul, l'objectif annuel de l'agent est de : 1099,7h (257,74h + 841,97h).

Calcul des droits :

Droits pour la *période 1* : du 1^{er} janvier au 30 avril à 50 % :

- congés annuels :

Base de 2,083 jours ouvrés par mois : $4 \times 2,083 = 8,33 \text{ jours}$

Transformation des droits à CA en heures : $8,33 \text{ jours} \times 3,5h \text{ (mi-temps)} = 29,15h \text{ de CA}$

- fériés (en calendaires) : 2

Période 2 : du 1^{er} mai au 31 décembre à 80 % :

- congés annuels :

Base de 2,083 jours ouvrés par mois : $8 \times 2,083 = 16,66 \text{ jours}$

Transformation des droits à CA en heures : $16,66 \text{ jours} \times 5,6h \text{ (80 \%)} = 93,29h \text{ CA}$

- fériés (en calendaires) : 8

Total des droits à CA en heures = $29,15h + 93,29h$

Le développement de ces méthodes de décompte met bien en évidence la complexité des situations à traiter, la difficulté d'application des réglementations, le parcours parfois difficile vers la recherche d'équité, la technicité induite pour un décompte performant et enfin les contraintes spécifiques à chacune des méthodes. Autre conclusion à tirer : les logiciels de gestion du temps doivent en conséquence pouvoir intégrer les changements de quotité de temps.

2.6.2. Changement de quotité de temps en cours d'année dans le cadre d'une gestion en référence hebdomadaire ou mensuelle

Gestion en référence hebdomadaire

Il est conseillé de procéder au changement en début de semaine civile.

Exemple : un soignant à 75 % jusqu'à la dernière semaine de mai et passant à plein temps à partir de la première semaine de juin.

On fait un état de ses obligations en matière d'heures travaillées dans le cadre de sa quotité à 75 % (26h50/semaine), puis à 100 % (35h) à la date de modification prévue.

À la date de changement, on aura fait un état anticipé des heures effectivement réalisées. Si nécessaire (heures à récupérer ou à faire en plus), on réajuste dans la ou les semaines qui précèdent pour que le soignant puisse repartir sur des bases claires.

Gestion en référence mensuelle

Il est conseillé de procéder au changement en début de mois. On procède de la même manière que précédemment.

On peut noter que dans le cadre d'un changement de quotité dans le cadre d'une référence hebdomadaire ou mensuelle, des inégalités plus ou moins importantes peuvent apparaître au regard du nombre d'heures travaillées sur l'année.

2.7. Le paramétrage et le suivi du temps de travail des agents alternant jour/nuit dans la Fonction publique hospitalière

Lorsque, dans la Fonction publique hospitalière, les agents de jour viennent travailler la nuit (par exemple, pendant les CA des agents fixes de nuit), leur décompte annuel doit changer du fait que les références annuelles applicables ne sont pas les mêmes pour le jour et la nuit. Plus un agent de jour travaille la nuit, plus son obligation annuelle diminuera. Sa référence de jour est de 1568h (hors CA supplémentaires, repos variable, travaillant plus de 20 DJF), tandis que la référence de nuit (hors CA supplémentaires) n'est que de 1476h.

Chaque nuit travaillée par un agent de jour aura une incidence sur la valeur du temps de travail décompté.

Une bonne pratique repérée consiste à prendre en compte le changement d'obligation selon la méthode suivante : le temps de travail effectif de chaque nuit réalisée par un agent de jour est multiplié par 1,0623 (1568/1476), ce qui revient à compenser l'écart entre les obligations du jour et de la nuit.

Ainsi, à titre indicatif, une nuit de 10h (amplitude la plus souvent rencontrée) est valorisée 10,623h en décimales soit 10h37.

Exemple : un agent de jour en référence annuelle de 1547h travaille sur l'année 8 nuits de 10h et 5 nuits de 11h30.

Dans ce cas, les nuits travaillées sont recalculées ainsi :

$8 \times 10h \times 1,0623 = 84,98h$ au lieu de 80h

$5 \times 11,5h \times 1,0623 = 61,08h$ au lieu de 57,50h

Soit un total de 146,06h au lieu de 137,50h.

Son obligation annuelle est alors réduite : $1547h - (146,06 - 137,50) = 1538,44h$

Inversement, lorsqu'un agent de nuit est amené à effectuer des postes de jour, on divise son temps de travail par 1,0623.

3. Le codage des postes de travail et des droits

Pour décompter le temps, il est nécessaire d'avoir planifié et codé chaque jour des plannings, prévisionnel puis réalisé, en le qualifiant par une position (poste de travail, RH, CA, etc.). Cette évocation des absences anticipe volontairement sur la gestion des droits (vus plus bas) pour une meilleure compréhension des enjeux.

La planification et le codage pour chaque jour, soit d'un poste de travail soit d'une absence dont la nature est bien identifiée, doivent être considérés comme une bonne pratique. Les codes retenus peuvent être alphabétiques ou alphanumériques, mais le plus court possible pour ne pas alourdir les étapes de saisie.

Pour chaque position de travail ou de repos, l'établissement, sur la base de la réglementation, doit définir une règle de décompte : 0h pour les RH par exemple, de même pour les codes correspondant aux différents postes de travail (7,5h, 10h, etc.).

Certains cas sont plus ou moins bien définis au niveau des réglementations nationales : arrêt maladie, organisation d'un séjour thérapeutique, formation dont temps de trajet, etc. Ils appellent des précisions locales.

Pour pouvoir décompter le temps des soignants, il est indispensable d'identifier dès le planning prévisionnel chaque jour par des codes, soit d'horaires de travail soit d'absence. Il n'est pas recommandé de n'indiquer que les jours de travail en utilisant un symbole unique (tiret, par exemple) pour tous les types d'absence, comme observé encore trop souvent.

Aussi est-il nécessaire, dans chaque établissement, de recenser l'ensemble des occurrences et de déterminer les règles de décompte pour chacune d'entre elle. Voici un *exemple de codage* et des règles correspondantes :

Codes de présence	Situations	Règles de décompte
Codes horaires variables suivant les postes	En poste de travail	Au temps réel ou effectif
Exemple : S 9	Poste de travail de 9h de 13h à 22h	Au temps réel soit 9 heures
À compléter pour chaque service et poste		

Codes d'absence	Situations	Règles de décompte
RN	Heures réunion Exemple RN 3 = Réunion de 3 heures	Au temps réel ou effectif
RH	Repos hebdomadaire	0
RR	Récupérateur (aménagement du temps)	Référence quotidienne à décrétement
RTT	Jour RTT	Référence quotidienne à décrétement
CA	Congés annuels	0
JF	Jours fériés	0
VM	Visite médicale (médecine du travail)	Au temps réel ou effectif
CS, Hrep, FS	Congé syndical, Heures de représentation Formation syndicale	Au temps réel ou effectif
HS	Heures supplémentaires	Au temps réel ou effectif
RHS	Récupération heures supplémentaires	Au temps réel ou effectif (en moins)
FO	Formation	Au forfait, 7 heures ou au réel
HRM (facultatif)	Heure en moins à partir du 3 ^e mois pour arrêt maternité (F. P. Hospitalière)	Décompte sur la base des heures prévues sur le poste de travail
AM	Arrêt maladie ordinaire	Cf. <i>infra</i> règle locale
Etc.		

Le décompte « en aval » s'effectue simultanément au niveau de la prise des droits et au niveau du temps effectif travaillé.

4. Le paramétrage et le suivi des droits à absence

Il faut distinguer l'ouverture des droits de leur paramétrage et leur suivi.

4.1. Les droits à congés annuels

4.1.1. Périodes et modalités d'acquisition des congés annuels

Pour la Fonction publique hospitalière, la période d'acquisition est l'année en cours (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Pour le secteur privé sous Code du travail, cette période est celle du 1^{er} juin au 31 mai de l'année précédente.

Les droits à CA des soignants sont soit de 2,5 jours ouvrables par mois de présence, soit de 2,0833 jours ouvrés (arrondis parfois à 2 jours), si l'on décompte en jours ouvrés. Ce mode d'expression des droits à CA est indispensable pour le paramétrage des soignants qui entrent ou sortent en cours d'année. Lorsque le soignant a travaillé moins d'un mois, les règles de décompte relatives à son droit à CA peuvent par exemple être les suivantes :

- moins de 8 jours : 0 ;
- 8 à 15 jours : 1 jour ;
- plus de 15 jours : 2 jours.

Exemple : un mi-temps arrive le 1^{er} septembre.

Son droit à CA est de 4 mois x 2 jours (en ouvrés) = 8 jours.

Si le décompte est fait en heures : 8j x 3,5h = 28h.

Dans le secteur privé, deux bonnes pratiques à développer :

1 – évoluer par accord d'entreprise vers une période d'acquisition des droits à CA du 1^{er} janvier au 31 décembre et une période de prise des droits à CA la même année ou l'année suivante. Ce système simplifie et rend plus lisibles les décomptes puisque la période de référence pour le calcul des obligations est l'année civile comme celle d'acquisition des droits. Si l'accord se concrétise, il précisera les modalités de la période de transition d'un système à l'autre ;

2 – décompter, toujours par accord d'entreprise, les droits à CA en jours ouvrés plutôt qu'en jours ouvrables.

4.1.2. Paramétrage et suivi des droits à congés annuels

Il existe deux méthodes de calcul : en jours et en heures (*cf.* plus haut).

4.1.2.1. Paramétrage des droits à CA en jours et modalités de dépôt

C'est la méthode la plus connue et la plus utilisée. Elle décline pour les CA la méthode générale de décompte « classique » (*cf.* §1.6.1 de ce chapitre). Elle est très facile à comprendre et à mettre en œuvre.

Exemple le plus simple d'un temps plein travaillant 5 jours par semaine sur des postes de 7h.

Dans ce cas, son droit à CA est de 25 jours ouvrés.

S'il pose une semaine de CA, il lui sera décompté 5 jours pris :

	L	M	Mer	J	V	S	D	Total heures/ jours
ASH, planning prévisionnel	Poste 7h	Poste 7h	Poste 7h	Poste 7h	Poste 7h	RH	RH	35h
CA posés	CA 1	CA 2	CA 3	CA 4	CA 5	RH	RH	5j de CA

Exemple plus complexe d'un roulement sur 4 semaines d'IDE avec des postes en 12h P 1 et 11,5h P 2 :

Semaines	L	M	Mer	J	V	S	D	Total heures
Semaine 1	P 1	P 1	RR	RH	RH	P 1	P 1	48
Semaine 2	RR	RR	P 1	P 1	P 1	RH	RH	36
Semaine 3	P 2	P 2	RR	RH	RH	P 2	P 2	46
Semaine 4	RR	RR	RR	RR	P 2	RH	RH	11,5

Ce planning observé sur un site n'est pas conforme à la réglementation (pour la Fonction Publique hospitalière), car la première et la troisième semaine de travail dépassent 44h hors heures supplémentaires. Peu importe pour l'instant, il s'agit ici d'étudier les modalités de dépôt de CA.

Exemple : l'IDE pose les 4 semaines de CA.

Soit le dépôt des CA n'intervient que sur les jours travaillés : 12 jours de débit pour le compteur des CA.

Soit les CA sont déposés sur les jours travaillés et sur les jours de récupération RR pour aménagement du temps : 20 jours de débit pour le compteur des CA.

Ces deux modalités de dépôt des CA sont à l'origine d'une confusion. D'aucuns croient que déposer ses CA dans les plannings prévisionnels uniquement sur les jours travaillés permettrait d'avoir plus de jours de repos en fin d'année. Il n'en est rien comme nous allons le démontrer plus bas. En effet, dans cette option, les RR sont pris par anticipation sans avoir été acquis. Certes, le compteur des CA sera faiblement débité, mais le compteur du temps de travail ne sera pas crédité. Que va-t-il se passer ? Si l'IDE continue à déposer ses CA sur ce même mode, elle se trouvera en débit de temps de travail et ne parviendra pas à rattraper celui-ci si elle conserve son roulement habituel avec tous les RR prévus. Elle n'aura pas d'autres choix que de renoncer à des RR pour rattraper ceux pris par anticipation, et devra adopter une cadence de travail beaucoup plus pénible.

En revanche, dans la deuxième modalité, l'IDE aura certes un débit plus important de son compteur de CA, mais elle pourra conserver ses RR et son roulement tout au long de l'année, avec la visibilité sur son emploi du temps que celui-ci lui confère et un rythme d'alternance travail/repos assurant une qualité de vie meilleure.

En conclusion, dès lors que les obligations de temps de travail sont fixées et suivies, la consommation par anticipation des RR ne devrait être qu'exceptionnelle.

Illustration issue d'un chantier MeaH pour un service de chirurgie

Dans ce service de chirurgie, les IDE travaillent principalement sur des postes de 12h, décomptés 12h de travail effectif. L'arrivée décalée des soignants préserve les périodes de transmission. Les cycles des IDE s'étalent sur 6 semaines. Un poste de 6h toutes les 6 semaines permet d'équilibrer les obligations sur le cycle.

Cycle d'une des IDE de l'équipe

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
RR	12h	RH	RH	RR	12h	12h
6h	RR	12h	12h	RR	RH	RH
12h	12h	RR	12h	RR	RH	RH
12h	RR	RH	RH	12h	12h	12h
RR	RR	12h	12h	RR	RH	RH
RR	12h	12h	RR	12h	RH	RH

Le cycle comprend 6 semaines, soit 42 jours au total qui se décomposent ainsi :

- 18 jours de travail dont 17 jours sur des postes de 12h et 1 jour sur un poste de 6h :
 $(17 \times 12h) + 6h = 210h$, soit l'équivalent de 6 fois 35h ;

- 24 jours de repos dont 12 RH et 12 RR.

L'année comprendra 8,69 cycles ($365j / 42j = 8,69$ cycles/an).

Les IDE ont droit dans cet établissement à 28 CA et 12 JF dans l'année, soit 40 jours d'absence.

Leur obligation annuelle de temps de travail sera de : $[365 - (104 + 40)] \times 7 = 1547h$.

Dans l'hypothèse où les IDE ne posent leurs CA que sur des jours de travail et déposent, par exemple, 5 jours de CA ou récupérations de jours fériés sur des postes de 12h à chacun des 8 cycles de l'année :

- elles ne travailleront que : $210h - 60h (12h \times 5) = 150h$ par cycle ;

- elles auront réalisé $150h \times 8 = 1200h$ de travail, soit 347h de moins que l'obligation opposable alors qu'il ne reste que 0,69 cycle, soit $0,69 \times 6 = 4,1$ semaines, soit encore 29 jours.

L'objectif annuel est inatteignable, sachant que sur les 29 jours restants dans l'année : 8 seront des RH obligatoires, donc 21 jours pourraient être travaillés, mais $21 \times 12h = 252h$ restent très inférieurs à l'obligation.

De plus, travailler plus de 3 jours consécutifs de 12h serait très fatigant et n'est pas conforme aux réglementations du privé, du public en France ni à la directive européenne.

En conclusion, pour tous les établissements qui comptent en jours ouvrés, le dépôt des CA sur les seuls jours travaillés n'est pas une pratique recommandée, il est préférable pour la prise des CA de préconiser leur dépôt à la fois sur les jours travaillés et sur les repos récupérateurs (RR).

Cet exemple démontre également les liens et la cohérence entre le travail en cycles qui limite la pénibilité du travail, les obligations de temps de travail et les modalités de dépôt des CA.

Trois bonnes pratiques garantissent une absence de problème dans le paramétrage et le suivi des CA :

- déterminer une obligation annuelle et en conséquence décompter sur l'année le temps de travail effectif (prévu dans les textes pour la Fonction publique hospitalière, applicable dans le secteur privé sous réserve d'un accord de modulation ou annualisation) ;
- définir des règles de planification des CA dans lesquelles le soignant doit poser ses CA sur les jours travaillés et sur les jours de récupération (RR), jamais en revanche sur les RH ;
- solder comme nous l'avons vu les droits (à CA, fériés, RTT) à chaque changement de quotité (exemple et méthode explicités plus haut).

4.1.2.2. Paramétrage des droits à CA en heures et modalités de dépôt

Le décompte uniquement en heures des CA n'est pas conforme au Code du travail, néanmoins, on peut utiliser deux compteurs, l'un en heures et l'autre en jours. Les deux compteurs des droits à CA, en jours et en heures, doivent en fin d'année arriver à 0. Des ajustements peuvent être nécessaires pour un décompte égalitaire entre soignants.

Deux cas d'inégalités et de décomptes erronés peuvent apparaître :

1 – Décompte de la prise des droits faisant apparaître la consommation totale du nombre d'heures de CA auquel le soignant avait droit mais une sous-consommation du nombre de jours. Le soignant serait, dans ce cas, avantagé par rapport à un de ses collègues s'il prenait tous les jours restants auxquels il a droit.

Exemple : un soignant à temps plein pose 16 jours de CA sur des postes ou journées de 11h. Il consomme ainsi tous ses droits en heures (16 jours x 11h = 176h) mais il n'a posé que 16 CA au lieu de 25. Dans ce cas, la variable d'ajustement sera la suivante : 9 CA seront posés comme des récupérateurs pour aménagement du temps. Au final, le soignant aura bien posé 25 CA, conformément à la réglementation dont 16 sur des postes de travail planifiés et 9 sur des récupérateurs.

En résumé, à chaque fois qu'un soignant aura épuisé ses droits en heures et qu'il lui restera des jours (de CA, de fériés) à prendre, ils seront posés sur des récupérateurs (RR) : ces derniers serviront de variable d'ajustement.

2 – Décompte de la prise des droits faisant apparaître la consommation totale du nombre de jours de CA auxquels le soignant avait droit mais une sous-consommation du nombre d'heures. Le soignant serait dans ce cas lésé par rapport à un de ses collègues s'il ne prenait pas toutes les heures restantes (jours) auxquelles il a droit.

Exemple : un soignant à temps plein pose 25 jours de CA sur des postes de 6h30. Bien qu'ayant posé tous ses droits en jours (25 CA), il n'a pas consommé tous ses droits à CA en heures (25j x 6h30 = 162,5h) : il lui manque 12h30. Dans ce cas, la variable d'ajustement sera la suivante : il pourra poser un ou deux jour(s) supplémentaire(s) de récupération (selon le volume d'excédent) pour que son compteur parvienne à 0.

Globalement dans les deux cas évoqués ci-dessus les récupérateurs permettent les ajustements nécessaires.

Le tableau ci-après convertit les jours en heures pour les différentes quotités. Si besoin, le décompte des droits à CA sera effectué selon une règle d'arrondi.

Chaque jour de travail planifié (à partir du déroulé du cycle sur l'année ou du planning prévu) est retranché du capital d'heures auxquels le soignant est assujéti. Les CA ne sont jamais déposés sur les repos hebdomadaires (RH). En l'absence de cycle, ils peuvent être déposés uniquement sur les jours travaillés, donc ni sur les RH ni sur les jours fériés (JF) ni sur les jours de récupération RR. Cette méthode peut également s'appliquer aux récupérations des jours fériés et aux RTT.

Une variante (applicable uniquement si tous les postes de travail sont de même durée) consiste à déterminer les droits à CA en fonction des horaires pratiqués et des quotités de temps.

Exemple : un établissement où le personnel soignant de jour travaille sur des postes de 11h.

Les droits à CA pour un temps plein sont calculés ainsi : $175h / 11h = 15,9$ jours de CA arrondis à 16 jours.

Les 9 jours restants sont posés sur des récupérateurs, ce qui fait 25 CA.

La même règle s'applique aux temps partiels, ce qui donne le tableau suivant :

Exemple de droit à CA en jours en temps aménagé selon les quotités de temps travaillé

Durée poste	11h
Quotité de temps	Nombre de jours de CA
100 %	15,9 arrondis à 16
80 %	12,7 arrondis à 13
50 %	7,9 arrondis à 8

Si en cours d'année l'agent occupe des postes d'amplitudes variables (11h, 8h, etc.), cette variante ne peut plus s'appliquer.

Droits à CA et sujétions, agent de jour dans la Fonction publique hospitalière

Droits à CA en heures (centièmes) selon les quotités de temps								
Travail en jour fixe	Jours	100 %	90 %	80 %	75 %	70 %	60 %	50 %
Décompte en heures (centièmes)		7,00h	6,30h	5,60h	5,25h	4,90h	4,20h	3,50h
CA	25j	175,00h	157,50h	140,00h	131,25h	122,50h	105,00h	87,50h
CA soumis à condition	3j	21,00h	18,90h	16,80h	15,75h	14,70h	13,00h	10,50h
Sous-total 1	28j	196,00h	176,40h	156,80h	147,00h	137,20h	118h	98,00h
Journées sujétions ≥ 20 DJF	2j	14,0h	12,60h	11,20h	10,50h	9,80h	8,40h	7,00h
Sous-total 2	30j	210h	189h	168h	157,50h	147h	126,40h	105h

Droits à CA, personnel de nuit fixe dans la Fonction publique hospitalière

Droits à CA en heures (centièmes) selon les quotités de temps								
Travail en nuit fixe	Jours	100 %	90 %	80 %	75 %	70 %	60 %	50 %
Décompte en heures (centièmes)		6,50h	5,85h	5,20h	4,88h	4,55h	3,90h	3,25h
CA	25j	162,50h	146,2h	130,00h	121,88h	113,75h	97,50h	81,25h
CA soumis à condition	3j	19,50h	17,55h	15,60h	14,63h	13,65h	11,70h	9,75h
Sous-total	28j	182,00h	163,80h	145,60h	136,50h	127,40h	109,20h	91,00h

Ci-après un exemple de paramétrage des droits et suivi de la prise des CA pour une IDE à 80 % en CA pendant une semaine et demie au 30 septembre :

NOMS	Semaine 1							Semaine 2							Total Heures
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	
IDE	S	S	S	RH	RH	WEF	WEF	M	RR	M	M	M	RH	RH	76,5
Planification CA	CA	CA	CA	RH	RH	CA	CA	CA	CA	M	M	M	RH	RH	
Décompte compteur CA	7,5	7,5	7,5			12	12	7,5	7,5						- 61,5
Décompte compteur travail effectif										7,5	7,5	7,5			+ 22,5

S : poste du soir ; M : poste du matin ; WEF : poste WE.

Cette IDE a pris 7 jours ouvrés de CA (sur une semaine et demie), soit 61,5h de CA.

Il lui reste un droit à CA de 95,3h :

Droits CA en heures	Nbre d'heures de CA pris au 30/09	Nbre d'heures de CA restant
28 jours soit 156,8h	61,5h	95,3h

4.1.3. Cas particuliers pour les droits à congés annuels

Ces règles concernent prioritairement les agents en CLM et CLD, en AT de longue durée ou en arrêts multiples tout au long de l'année dans la Fonction publique hospitalière. Ainsi, « un agent peut bénéficier de ses droits à CA à l'issue d'une période de maladie, de maternité ou de paternité, sans que l'on puisse lui imposer une reprise effective de son service à partir du moment où il a été déclaré apte à reprendre le service » (circulaire n° DHOS/P1/2002-240 du 18 avril 2002). Cependant, tout agent n'ayant pu prendre ses droits à CA en raison de ses absences ne pourra en bénéficier que pour l'année en cours.

Exemple : un agent en CLM du 1^{er} janvier au 15 décembre ne pourra bénéficier de ses CA que la dernière quinzaine de décembre. À partir du 1^{er} janvier de l'année suivante, les compteurs de ses droits seront remis à zéro.

Dans le cas du congé de formation professionnelle ou de formation individuelle de longue durée, les droits à CA et fériés sont les mêmes que pour les agents en poste. En revanche, si des congés ont été pris dans le cadre de la formation (par exemple, fermeture à Pâques de l'école pendant 2 semaines), ces derniers viennent en déduction des droits restants.

N.B. : dans le statut de la FEHAP, le personnel des établissements pour enfants ou adultes handicapés ou inadaptés dans lesquels la prime décentralisée est égale à 3 % bénéficie, au cours des 3 trimestres qui ne comprennent pas de CA, de CA supplémentaires (plus connus sous le terme de congés trimestriels). Le personnel éducatif dispose de 6 jours ouvrables consécutifs (ou 5 jours ouvrés), soit 18 (ou 15) par an, et les autres personnels de 3 jours ouvrables consécutifs.

4.2. Paramétrage et suivi des droits à fériés

Les deux unités de décompte : heures ou jours sont utilisables.

Avec le retour du lundi de Pentecôte comme jour férié, l'année compte à nouveau 11 jours fériés, cependant la journée de solidarité exige de travailler 7h de plus par an. Des modalités sont à définir dans chaque établissement pour respecter celle-ci.

Fériés travaillés

Dans la Fonction publique hospitalière où la gestion annualisée s'impose, il est possible de compter en jours ou en heures.

En CCU, le soignant peut bénéficier du paiement du férié au lieu de le récupérer.

Dans le décompte en heures, le soignant récupérera le jour férié travaillé au prorata du temps travaillé ce jour-là.

Exemples : pour un poste de 7h, il récupère 7h ; pour un poste de 11h30, il récupère 11h30 et ce quelle que soit sa quotité de temps de travail.

Report des fériés

Les jours fériés d'une année donnée doivent être pris au cours de cette même année, sauf nécessité absolue et justifiée de service.

Fériés tombant en période de congés annuels

Dans ce cas, le droit à fériés est conservé ou ce jour n'est pas décompté en CA.

Fériés et maladie

Un jour férié intervenant au cours d'une période de congé maladie ordinaire, de congé longue maladie (CLM) ou congé longue durée (CLD), ne donne lieu à aucune compensation.

Fériés pour les soignants entrant et/ou sortant en cours d'année

Pour calculer les droits à fériés des soignants arrivant ou partant en cours d'année, il est conseillé d'utiliser la méthode calendaire (en fonction du calendrier).

Exemple : un agent qui travaille du 1^{er} mai au 31 août a droit à 5 jours fériés, un autre qui travaille du 20 août au 20 octobre à aucun.

Férié coïncidant avec un repos récupérateur

Quand le férié coïncide avec un repos récupérateur, une compensation est due, qui équivaut à la référence du temps de travail du soignant.

4.3. Paramétrage et suivi des droits des temps partiels

La plupart des soignants à temps partiel occupent dans les établissements de santé des postes de travail d'amplitudes identiques à ceux des agents à temps pleins (7h30, 8h, 10h, etc.) – et travaillent donc un nombre de jours inférieur. L'organisation du travail appartient à la direction. Les jours travaillés peuvent être prédéfinis (par exemple, lundi, mardi et jeudi) ou indifférenciés (par exemple, 3 jours par semaine, 12 jours par mois, etc.).

Dans ce mode d'organisation, outre les CA, fériés, RTT, les temps partiels bénéficient – parce qu'ils ont des horaires dont les durées sont supérieures à leur référence quotidienne – de repos récupérateur pour temps partiel que nous avons proposé de coder par convention RR ; voir exemple détaillé dans les notions de base (§ 1.2.2 du présent chapitre).

4.4. Paramétrage et suivi des droits à RTT

Rappelons qu'à la différence des CA et JF, les JRTT ne sont pas acquis mais à acquérir.

Depuis la mise en place de la RTT, si le temps de travail hebdomadaire est supérieur à 35h, le soignant récupère des heures dites de RTT. Ce droit n'est pas forcément exprimé en journées, le soignant peut avoir la possibilité – en fonction de l'accord local – de récupérer ces heures de repos (celles qu'il fait chaque semaine en plus des 35h) en journées, demi-journée ou en heures. Dans le Code du travail, les RTT acquis sont inclus dans le cycle, dont la moyenne hebdomadaire est automatiquement équivalente à 35h pour un soignant à temps plein. Dans les réglementations de la Fonction publique hospitalière et de l'UNIFED, ils peuvent être pris en dehors.

Exemple : un agent travaille 38h par semaine (soit 7h37 par journée en moyenne). Il accomplit toutes les semaines 3h de plus que ce qu'il aurait dû. Il aura donc à récupérer à un moment donné ces heures. Pour la récupération sous la forme de journées, l'ajustement entre heures et journées nécessite plusieurs semaines pour tomber sur un compte rond ; voir tableau ci-dessous. La valeur d'une journée (à récupérer) est de 7h pour un temps plein (valeur de référence du travail de jour).

	Heures à récupérer en cumul	Jours à récupérer
Semaine 1	3h	0,43j
Semaine 4	12h	1,71j
Semaine 7	21h	3j

Les jours ou temps de RTT peuvent être inclus dans le cycle. Dans ce cas, celui-ci ne dépasse pas les 35h en moyenne hebdomadaire et les droits à RTT sont pris. Lorsque le cycle dépasse les 35h en moyenne hebdomadaire, cela ouvre des droits à des RTT qui seront pris lors de cycles suivants. Ci-dessous deux modes de calcul pour apprécier les droits à RTT.

• *Premier mode de calcul des droits à journées ou heures de RTT hors cycles sur l'année (temps aménagé)*

Soit un agent, en repos variable, avec un droit à 10 JF, ayant acquis 28 CA :

$365j - (28 CA + 10 JF + 104 RH) = 223$ jours de travail si son temps n'est pas aménagé ($223j \times 7h = 1561h/an$).

Si son temps est aménagé, voici le mode de calcul selon la durée des semaines et des jours de travail :

- 7h12 (36h hebdomadaires) ou 7,2h soit $1561h/7,2 = 216,8j$ de W
soit encore $223 - 216,8 = 6,2$ RTT ;
- 7h24 (37h hebdomadaires) ou 7,4h soit $1561h/7,4 = 210,94j$ de W
soit encore $223 - 210,94 = 12,06$ RTT ;
- 7h36 (38h hebdomadaires) ou 7,6h soit $1561h/7,6 = 205,39j$ de W
soit encore $223 - 205,39 = 17,61$ RTT ;
- 7h40 (38h20 hebdomadaires) ou 7,66h soit $1561h / 7,66 = 203,61j$ de W
soit $223 - 203,61 = 19,39$ RTT (maximum pour FPH) ;
- 7h48 (39h hebdomadaires) ou 7,80h soit $1561h / 7,80 = 200,13j$ de W
soit $223 - 200 = 23$ RTT (FEHAP).

Dans la Fonction publique hospitalière et la FEHAP, les législateurs ont arrondi les RTT obtenues à 6, 12, 18, 20 jours respectivement.

Le calcul peut être fait pour un agent ne bénéficiant que de 25 jours de CA : son objectif annuel augmentera de 21h, mais pour des postes d'amplitude identique à ceux présentés ci-dessus il bénéficiera du même nombre « arrondi » de jours RTT (bien que les décimales après la virgule ne soient pas identiques).

• *Second mode de calcul des droits à journées ou heures de RTT hors cycles sur l'année (temps aménagé)*

On peut multiplier le nombre d'heures supérieures à 35 par 45 semaines (soit 52 semaines moins 5 semaines de CA, moins 2 semaines de fériés). On obtient alors un nombre d'heures de droit à RTT. Il suffit alors - quand les postes de travail ont tous la même durée - de diviser le nombre d'heures de droits à RTT par la durée d'un poste quotidien.

Exemple : cycle avec postes de 7,6h avec durée hebdomadaire moyenne de 38h :
 $3h \times 45$ semaines = 135h qui divisées par 7,6 = 17,76j RTT, arrondis à 18 et à poser sur des postes de travail planifié comme les CA.

La Fonction publique hospitalière, comme la FEHAP (UNIFED), stipule bien la relation de cause à effet entre d'une part le temps de travail hebdomadaire ou journalier (soit le cinquième) et d'autre part le nombre de journées RTT.

Une bonne pratique à recommander pourrait être d'avoir une cohérence, une compatibilité, une conformité dans les accords locaux entre l'amplitude des postes, la durée hebdomadaire moyenne et le nombre de jours RTT négociés.

Dans le cas contraire observé lors des chantiers MeaH, les décomptes n'ont plus de logique et l'équité n'est plus garantie.

4.5. Paramétrage et suivi du CET

Exemple de suivi du CET

Agent :			
État annuel des droits acquis et des droits consommés au titre du CET (en jours)			
Droits	2005	2006	2007
Droits acquis	22	22	18
Droits acquis cumulés	22	44	62
Droits consommés	0	0	40
Solde	+22	+44	+22

4.6. Le décompte des absences maladie, maternité et pour événements familiaux

Lorsque le temps quotidien de travail correspond à un cinquième de la quotité hebdomadaire de temps de travail, (7h pour un temps plein, 5h36 pour un 80 %, etc.), la valorisation des absences ne pose pas de problème particulier. En revanche, lorsque le temps est aménagé, c'est-à-dire lorsque des écarts apparaissent entre le temps de référence quotidien et le temps travaillé, la question est plus difficile à résoudre et les solutions adoptées très variables.

Sont concernés par les présentes dispositions :

- les congés de maladies ordinaires, les congés de longue maladie et les congés de longue durée (CLM et CLD dans la Fonction publique hospitalière), les congés pour accidents de travail. Ces congés sont de droit si les conditions sont remplies ;
- les congés de maternité et de paternité ;
- les autorisations exceptionnelles d'absence pour mariage, décès, enfant malade, etc.

Nous avons observé plusieurs modalités de décompte des absences, les RH étant toujours décomptés 0 ainsi que les RR pour aménagement du temps :

- *sur la base du temps de référence* : ainsi, dans toutes les circonstances où le soignant ne peut pas effectuer son temps de travail quotidien en raison d'une absence autorisée ou justifiée, on décompte 7h par poste sur la base du planning prévisionnel rapporté à la quotité de temps (6h30 la nuit dans la Fonction publique hospitalière) ;
- *sur la base du temps planifié* : on décompte alors le nombre d'heures prévues. Si un soignant est absent lundi et mardi alors qu'il devait travailler 8h lundi et 8h mardi, on décompte 16h, comme du temps de travail effectif ;
- *sur la base de l'horaire moyen rapporté à une période de référence* qui sera soit le cycle de travail, soit la période haute ou basse dans le cadre d'un accord de modulation dans le secteur privé : ainsi, pour un soignant assujéti à un cycle d'une durée moyenne hebdomadaire de 37h30, chaque jour d'absence (sauf les RH décomptés 0) sera décompté 7h30, pour un autre travaillant sur un cycle de 35h, chaque jour d'absence sera décompté 7h.

Exemple 1 : arrêt maladie (code AM) pour un agent à temps plein de nuit absent 4 jours, cycle de 35h (70h sur 2 semaines, soit 5h de plus que l'obligation conventionnelle de 65h dans la *Fonction publique hospitalière* depuis le 1^{er} janvier 2004).

Le cycle planifié 70h de travail (7 nuits de 10h) pour 65h d'obligation de référence :

NOMS	Semaine 1							Semaine 2							Total Heures
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	
Planning prévu	10	10	RH	RR	10	10	10	RH	RR	10	10	RR	RH	RH	70h
Planning réalisé	10	10	RH	RR	10	10	AM	AM	AM	AM	10	RR	RH	RH	50h+?
Méthode temps référence	10	10	0	0	10	10	6,5	0	0	6,5	10	0	0	0	63h
Méthode temps planifié	10	10	0	0	10	10	10	0	0	10	10	0	0	0	70h
Méthode horaire moyen	10	10	0	0	10	10	7	0	0	7	10	0	0	0	64h
Décompte tous les jours d'AM	10	10	0	0	10	10	6,5	6,5	6,5	6,5	10	0	0	0	76h

AM : arrêt maladie.

Dans cet exemple, selon les méthodes utilisées (non exhaustives), les écarts varient jusqu'à 13h au regard du temps décompté.

Exemple 2 : arrêt pour un agent à temps plein de nuit absent 3 jours dans le cadre d'un cycle de 35h en moyenne hebdomadaire (supérieur donc aux obligations) :

NOMS	Semaine 1							Semaine 2							Total Heures
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	
Planning prévu	10	10	RH	RH	10	10	10	RR	RR	10	10	RR	RH	RH	70h
Planning réel	10	10	RH	RH	AM	AM	AM	RR	RR	10	10	RR	RH	RH	40h + ?
Méthode temps référence	10	10	0	0	6,5	6,5	6,5	0	0	10	10	0	0	0	59,5h
Méthode temps planifié	10	10	0	0	10	10	10	0	0	10	10	0	0	0	70h
Méthode horaire moyen	10	10	0	0	7	7	7	0	0	10	10	0	0	0	61h

AM : arrêt maladie.

Les écarts de décompte selon la méthode varient jusqu'à 10,5h.

Exemple 3 : arrêt pour un agent à mi-temps de nuit annualisé absent 3 jours dans le cadre d'un cycle de 35h en moyenne hebdomadaire (supérieur aux obligations) :

NOMS	Semaine 1							Semaine 2							Total Heures
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	
Planning prévu	10	10	RH	RH	10	10	10	RR	RR	10	10	RR	RH	RH	70h
Planning réel	10	10	RH	RH	AM	AM	AM	RR	RR	10	10	RR	RH	RH	40h+?
Méthode temps référence	10	10	0	0	3,25	3,25	3,25	0	0	10	10	0	0	0	49,75h
Méthode temps planifié	10	10	0	0	10	10	10	0	0	10	10	0	0	0	70h
Méthode horaire moyen	10	10	0	0	7	7	7	0	0	10	10	0	0	0	61h

AM : arrêt maladie.

Les écarts varient ici jusqu'à 20,25h.

Ci-dessous citation du jugement du tribunal de Besançon, mais la jurisprudence évolue sans être toujours claire (*site de la FHF au 2 janvier 2007 : Analyses juridiques et jurisprudences, RTT : incidence des absences, jugement du Tribunal Administratif de Besançon*) :

« Le tribunal administratif de Besançon a jugé en date du 19 décembre 2006 [n° 0401621] le recours introduit par un syndicat contre la réglementation du temps de travail instaurée au centre hospitalier universitaire de Besançon aux termes de laquelle les absences pour congés de maladie, longue durée, maladie professionnelle, accident de travail, congés de maternité, paternité et autorisations d'absences pour événements familiaux n'ouvrent pas droit à RTT. En se référant notamment à la définition du temps de travail effectif de la directive européenne sur le temps de travail, ainsi qu'à l'article 5 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2004, le tribunal a jugé qu'il n'est pas contesté que les agents qui bénéficient de congés de maladie, de longue maladie, de congés de longue durée, de congés pour maladie professionnelle, pour accident de travail, de congés maternité, paternité et d'autorisations d'absences pour événements familiaux ne sont pas à la disposition de l'employeur public pour participer à l'activité du service public hospitalier ; qu'ainsi, les fonctionnaires hospitaliers, placés en congé n'étant pas à la disposition de leurs supérieurs hiérarchiques ne remplissent pas les conditions légales leur permettant de prétendre au bénéfice d'heures ou de jours supplémentaires de repos au titre de la réduction du temps de travail. [...]

Ce jugement est intéressant dans la mesure où il lève une ambiguïté relative à la notion de temps de travail effectif, seul ce dernier pouvant ouvrir droit à des jours de RTT. Si les agents en congé de maladie, maternité, etc. sont bien en position d'activité, ils ne sont pas en travail effectif. »

On observe de très nombreuses modalités de décompte de la maladie selon les établissements et ce afin de trouver une règle perçue comme équitable par le personnel (par exemple, des franchises de jours de maladie comptés en jours planifiés puis décomptés en référence quotidienne au-delà d'un certain seuil, décompte de la maladie par une valeur intermédiaire entre le temps de référence et le temps planifié, etc.).

Dans le secteur privé, l'arrêt de la Cour de cassation du 9 janvier 2007 (n° 05-43.962) aboutit en cas d'absence dans le cadre de la modulation du temps de travail à distinguer trois compteurs :

- *le compteur de la base de rémunération pendant l'absence* : dans ce compteur, l'absence est valorisée sur la base de la durée moyenne de travail sur l'année, c'est-à-dire le plus souvent 35h, soit 7h par jour pour un temps plein. Des heures supplémentaires peuvent être décomptées, le cas échéant, si l'on dépasse les 39h ou si l'on dépasse les limites posées par l'accord de modulation (par exemple, au-delà de 43h) ;
- *le compteur des heures à prendre en compte en fin d'année* : rappelons qu'il s'agit de la référence annuelle qui sert de base d'une part à calculer la rémunération mensuelle lissée et d'autre part à calculer les heures supplémentaires en dépassement de la durée annuelle. L'article L. 212-8 stipule que la possibilité de récupérer des heures (sauf motifs particuliers cités dans l'article L. 212-2-2, tels que : intempéries, cas de force majeure, etc.) est interdite par le Code du travail. Dans ce cadre, si un soignant est absent en période haute de modulation, ses heures d'absence doivent être prises en compte en fin d'année sur la base du temps planifié, sauf à enfreindre le Code du travail ;
- *le 3^e compteur concerne les heures supplémentaires ouvrant droit à majoration* : dans ce dernier compteur, les périodes d'absence pour maladie ne sont pas prises en compte pour servir de base au calcul des heures supplémentaires en fin d'année. Les cas particuliers tels que les événements familiaux sont pris en compte pour le calcul des heures supplémentaires sur la base du temps planifié. À titre d'exemple, un soignant absent pendant une semaine planifiée pour 38h de travail et avec une référence annuelle de 1582h ne verra ses heures supplémentaires de fin d'année déclenchées qu'à partir de 1620h (soit 1582h + 38h).

5. Les heures supplémentaires et la loi TEPA

La question des heures supplémentaires a déjà été abordée (*cf.* §1.7 du présent chapitre), ainsi que dans la revue juridique (chapitre 3).

Exonérations de charges sociales et défiscalisation pour le soignant effectuant des heures supplémentaires

Dans le cadre de la loi TEPA (depuis le 1^{er} octobre 2007) :

- le soignant est exonéré en tout ou en partie de cotisations sociales (taux de 21,50 %) sur ses heures supplémentaires ou complémentaires. En outre, il ne paiera pas d'impôts sur la partie de sa rémunération correspondant aux heures supplémentaires ou complémentaires ;
- de son côté, l'employeur a droit, pour chaque heure supplémentaire effectuée par le soignant, à une déduction forfaitaire sur ses cotisations patronales.

Seuil de déclenchement des heures supplémentaires

Les seuils de déclenchement varient en fonction des secteurs, publics ou privés, et des périodes de référence.

Mode de répartition du temps selon les périodes	Calcul des heures supplémentaires, seuils de déclenchement
Organisation sur la semaine civile avec attribution de journées de RTT	2 seuils de déclenchement : <ul style="list-style-type: none"> • au-delà durée hebdomadaire prévue (36, 39h, etc.) ; • en fin d'année, au-delà de l'obligation annuelle (1575h, etc.).
Organisation en cycles de travail avec attribution de journées de RTT	2 seuils de déclenchement : <ul style="list-style-type: none"> • pour soignants en cycles, au-delà durée prévue dans le cycle (fonction du nombre de semaines du cycle) ; • en fin d'année, au-delà de l'obligation annuelle (1575h, etc.).
Organisation en modulation-annualisation	2 seuils de déclenchement : <ul style="list-style-type: none"> • au-delà de la borne ou durée maximale fixée pour la période haute (voir article sur la modulation traitant de ces bornes) ; • en fin d'année, au-delà de l'obligation annuelle (1575h, etc.).
Organisation en forfait annuel en jours travaillés	Un seuil de déclenchement, au-delà du nombre de jours travaillés prévus dans le forfait jour.

Dans le cadre de la modulation dans le secteur privé, on aura plusieurs seuils et autant de compteurs correspondants pour calculer les heures supplémentaires :

- en cours d'année, les heures effectuées au-delà des bornes de la période haute (par exemple, 44h en CCU) ;
- les heures effectuées au-delà de la référence annuelle (par exemple, en CCU et FEHAP : 1582h pour un temps plein ou 218j/an en forfait jours) ;
- les heures effectuées au-delà de 1607h et ouvrant droits à exonération de charges sociales et déductions fiscales.

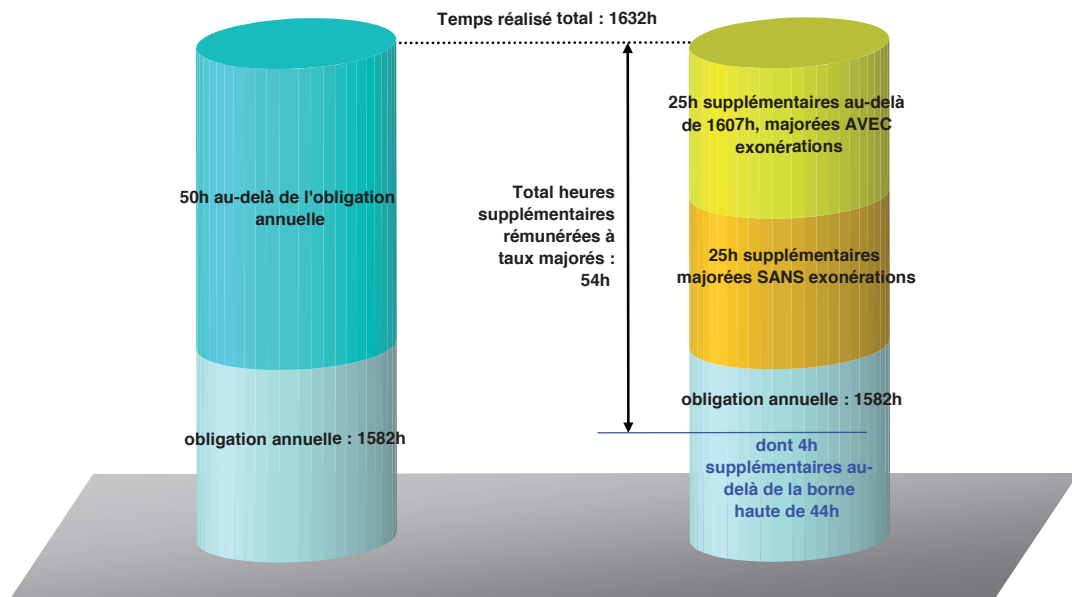
Exemple : un soignant à temps plein d'une clinique (convention CCU).

En période haute, il a travaillé 45h en moyenne pendant 4 semaines consécutives. Il bénéficie donc, à ce titre de 4h supplémentaires (la borne haute de la modulation est fixée à 44h).

En fin d'année, il a réalisé 1632h, soit 50h supplémentaires (au lieu de 1582h). Il aura donc 50h à taux majorés de 25 % (dont 4h supplémentaires réalisées en période haute, majorées elles aussi à 25 % mais qui ne sont pas rajoutées au compteur annuel),

N.B. : les heures supplémentaires inférieures à 1607h, bien que majorées, ne sont pas éligibles au dispositif TEPA (exonérations de charges sociales et défiscalisation). Seules sont éligibles les heures au-delà de 1607h.

Comparaison temps de travail effectif et temps rémunéré/loi TEPA (exemple)



Temps partiel et loi TEPA

Un temps partiel, dans le cadre des 10 % d'heures complémentaires, bénéficie des exonérations fiscales et sociales. Attention : l'exonération et la défiscalisation ne fonctionnent que si les heures complémentaires n'interviennent pas régulièrement.

Assiette de calcul des heures supplémentaires dans la loi TEPA

N.B. : la contrepartie au travail de nuit en CCU (14mn par nuit) fait partie de la base de calcul pour les heures supplémentaires. En revanche, les CA, JF, RTT, absences pour maladie, maternité, accident du travail, etc. sont exclus de ce calcul.

Accomplissement des heures complémentaires et supplémentaires

Les heures complémentaires et supplémentaires sont accomplies à la demande de l'employeur (ou avec son accord implicite).

Gestion des heures complémentaires et supplémentaires dans le cadre de la loi TEPA

Afin de gérer au mieux les heures complémentaires et supplémentaires, tant dans l'intérêt individuel des soignants que du bon fonctionnement de l'établissement, les personnes intéressées doivent se faire connaître auprès de l'encadrement et de la direction, en précisant le nombre d'heures (voire la période) pour lesquelles elles sont intéressées. En fonction des possibilités offertes et des marges de manœuvre dont dispose la direction, des heures complémentaires ou supplémentaires pourront être proposées.

Utilisation par le soignant des heures complémentaires et des heures supplémentaires, majorations

Les heures complémentaires peuvent être rémunérées ou récupérées.

Les heures supplémentaires peuvent être rémunérées avec une majoration de 25 % (puis 50 %) ou récupérées. Un mixage des deux options est possible. Lorsqu'elles sont récupérées (repos compensateur de remplacement, RCR), la majoration s'applique.

Exemple : un soignant dans le cadre d'un accord annualisé (secteur privé) a réalisé 50h supplémentaires en fin d'année et souhaite toutes les récupérer. Dans ce cas, il aura à récupérer 62,5h (50h x 1,25). Le soignant peut également approvisionner son CET avec les heures complémentaires ou les heures supplémentaires.

6. Les compteurs temps à prévoir en matière de gestion des plannings et de décompte du temps

Le décompte du temps exige de nombreux calculs, une certaine technicité pour traiter des (multiples) cas particuliers. Voici une liste des compteurs temps à prévoir si l'on souhaite mettre en place un décompte performant. La cohérence des décomptes (issus des différents compteurs) est un enjeu fort, particulièrement dans le cadre de la mise en place de loi TEPA et aussi au regard de la légitimité du système de gestion du temps mis en place.

La transparence et la communication des principes du dispositif aux soignants jouent un rôle majeur dans les sentiments de justice qui règnent au sein des unités et de l'établissement.

La mise en place de ces compteurs exige l'informatisation du temps de travail. De nombreux logiciels existent sur le marché. Tous n'intègrent pas les compteurs cités ci-après et les calculs inhérents. Ces potentialités doivent pourtant rentrer en ligne de compte dans les critères d'achat de ces applications. Le dispositif de décompte, comme déjà souligné en introduction, doit également s'adapter à la gestion d'éventuels reports d'une année n-1 sur une année n.

Le temps travaillé, les droits à récupération RR et RTT, les heures supplémentaires, les heures de formation, les arrêts maladie sont nécessairement décomptés directement et ou convertis en heures. Seuls, les JF, les RS et les CA peuvent être décomptés soit en jours conformément au Code du travail, soit éventuellement convertis en heures.

Dans toutes les méthodes, les RH, lorsqu'ils sont comptés, le sont en jours.

Liste des compteurs temps à mettre en place pour gérer et décompter le temps de travail

Compteurs temps à mettre en place		Commentaires éventuels
Temps effectif	En heures	Débit/crédit/solde. Ce compteur peut être décliné sur des périodes de références telles que le mois.
Dimanches et jours fériés travaillés	En jours	Uniquement pour la Fonction publique hospitalière car susceptible d'impacter la référence annuelle.
CA	En jours et en heures	Débit/crédit/solde.
Jours fériés	En jours et en heures	Débit/crédit/solde.
RTT	En jours et en heures	Débit/crédit/solde.
RR Récupérateur pour temps partiel et soignant de nuit	En heures (et en jours)	Débit/crédit/solde. Soignant à temps partiel occupant les mêmes postes et horaires que les temps plein.
Maladie et absences justifiées	En jours et en heures	
Nombre de jours de travail dans l'année	En jours	Peut servir aux soignants aux frais réels (déclaration fiscale) rapproche également heures et jours de travail.
Nombre de nuits de travail dans l'année	En nuits	Surtout utile pour les soignants alternant jour/nuit. En CCU, compteur indispensable pour le calcul des compensations de 14mn à récupérer par nuit travaillée.
Compensation au travail de nuit	En heures	
Heures complémentaires	En heures	Pour les temps partiels.

Compteurs temps à mettre en place		Commentaires éventuels
Heures supplémentaires 4 compteurs : <ul style="list-style-type: none"> • supérieures à la durée collective, • supérieures à la borne TEPA, • supérieures aux bornes des périodes hautes, • absences non éligibles à la loi TEPA 	En heures	Pour les temps partiels et les temps plein. Prévoir d'intégrer les seuils de déclenchement pour exonération en TEPA (1607h), les seuils de déclenchement en cours d'année (si accord annualisé dans le secteur privé pour les périodes hautes), etc. Prévoir aussi un compteur pour la prise en compte des absences non éligibles à l'application de la loi TEPA (seuil de déclenchement à adapter dans ces conditions).
Repos compensateur de remplacement (RCR) dans le cadre des heures supplémentaires	En heures	Débit/crédit/solde.
RH	En jours	Facultatif, mais facilite le décompte des objectifs des soignants changeant de quotité de temps de travail en cours d'année.
CET	En jours et en heures	

Le dispositif de décompte doit pouvoir faire apparaître les droits et devoirs par périodes en cas de changement de quotité en cours d'année. D'autres compteurs sont utiles, soit pour préparer les éléments variables de la paye soit pour garantir l'équité entre les soignants (typologie des postes occupés ou des fériés travaillés d'une année sur l'autre, etc.).

Les compteurs de temps constituent un outil de pilotage tant pour l'encadrement soignant intermédiaire (réalisant les plannings) que pour le service de la paye.

Le traitement par regroupement des données des compteurs individuels donnera une image précieuse de la gestion du temps de travail soignant à l'échelle de l'établissement à l'encadrement supérieur DRH et DSI. Cependant, il convient d'insister sur le choix du logiciel de planification et décompte dont l'ergonomie des compteurs individuels doit permettre de communiquer des informations claires, compréhensibles à tous les soignants sur leur situation en termes d'obligation comme de droit à absences et ce à intervalles réguliers.

7. Élaborer un guide de gestion du temps

Nous préconisons de rassembler les règles de décompte et des modalités de gestion du temps dans un document unique qui sera une référence opérationnelle commune pour tous les cadres de santé, les gestionnaires de la direction des ressources humaines, les représentants du personnel et le personnel.

Ce document se rencontre sous différentes appellations : manuel de gestion du temps, guide de procédures, guide de gestion du temps, etc. Ses objectifs restent identiques : être un outil de référence qui permette à chacun de retenir les mêmes interprétations et de traiter de manière homogène les différentes situations rencontrées.

Au-delà des aspects techniques que nous avons largement développés dans les pages précédentes, la production de ce document impose une démarche fondée sur l'implication des différentes catégories d'acteurs concernés et sur une concertation avec les représentants du personnel.

7.1. La démarche

L'élaboration d'un guide de gestion du temps de travail nécessite la mise en place d'une conduite de projet adaptée aux objectifs poursuivis et à l'état des relations sociales. Une démarche associant l'encadrement et le personnel est recommandée pour que les règles définies correspondent aux besoins du personnel, mais aussi à ceux de la collectivité. Cela peut être organisé avec la constitution d'un comité de pilotage composé de représentants de la direction et de l'encadrement et d'un groupe de travail d'une dizaine de personnes réunissant, notamment, des cadres de santé et des salariés ou agents volontaires de métiers et de services différents.

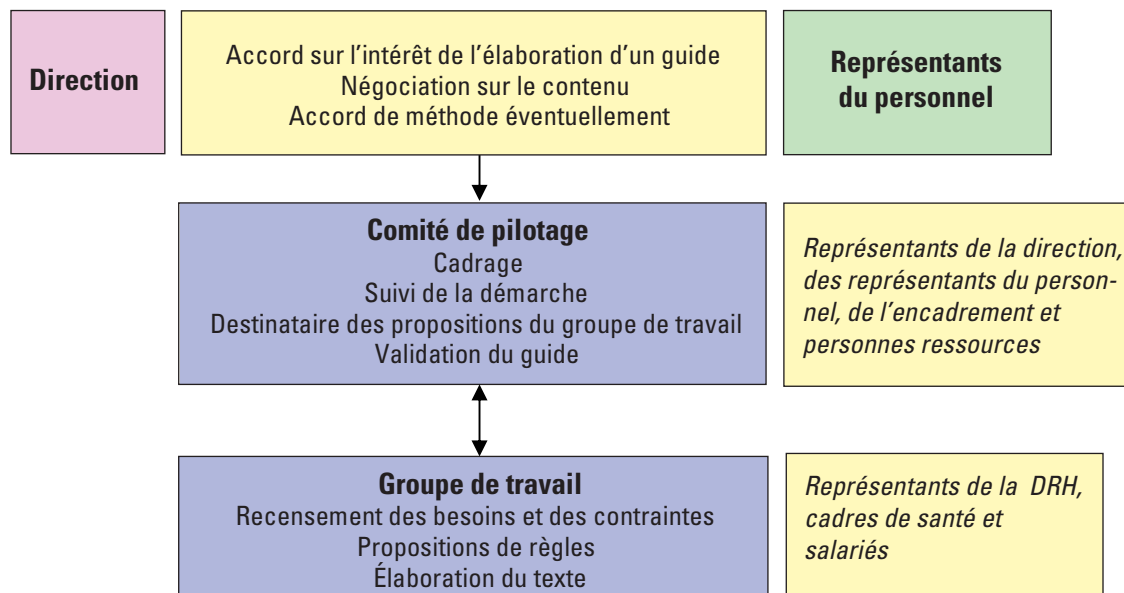
Le rôle du comité de pilotage est alors de cadrer et de suivre le travail du groupe, et, au final, de valider le document. Le cadrage suppose la définition des objectifs à poursuivre et le rappel des contraintes réglementaires à intégrer dans les solutions proposées. Le groupe de travail peut avoir pour mission tout d'abord de recenser les contraintes liées au fonctionnement des services et les souhaits du personnel, puis de proposer des règles de gestion du temps. La rédaction proprement dite peut être prise en charge par les représentants de la direction ou de l'encadrement du groupe de travail, puis soumise à la discussion et à la validation.

Les représentants du personnel sont à associer à la démarche, en lien avec les missions du comité d'entreprise, du comité technique d'établissement ou du CHSCT. Selon les situations, cette association peut se limiter à la présentation du document établi ou, au contraire, s'étendre à tout le processus à travers notamment le comité de pilotage.

Dans les deux situations, il s'agit d'une démarche concertée. L'élaboration d'un référentiel de gestion du temps de travail peut faire l'objet de négociation entre les partenaires sociaux sur le contenu du référentiel et les règles à établir. Si la taille de l'établissement, l'envergure du projet ou la nature des relations sociales le nécessitent, un accord de méthode entre les parties peut également être envisagé.

Le schéma ci-dessous résume la conduite de projet à envisager :

Schéma d'une conduite de projet adaptée à l'élaboration d'un guide de gestion du temps de travail



7.2. Le lien avec le système informatisé de gestion du temps de travail

Le projet de rédaction d'un guide de gestion du temps peut parfois être associé à un projet d'informatisation de la gestion du temps de travail. Il est alors impératif d'avoir une cohérence entre les deux projets. Le guide de gestion du temps doit structurer le cahier des charges précisant les traitements à prévoir par le logiciel. Pour cela la participation au comité de pilotage et/ou au groupe de travail des personnes chargées de formaliser le cahier des charges du logiciel s'avère nécessaire, en particulier le service de la DRH.

Si l'outil informatique existe déjà, alors il s'agira de spécifier les évolutions à prévoir en rapport avec les règles définies ou précisées par le guide de gestion du temps.

7.3. Le contenu du guide

Nous prendrons comme *exemple* la clinique de Beuvry. Cet établissement a voulu clarifier l'ensemble des règles de gestion du temps de travail. En effet, le diagnostic avait révélé un manque de compréhension des règles de la part des salariés sur le terrain, et un sentiment d'iniquité.

Le Préambule est le suivant :

« Le présent guide élaboré après avis du comité d'entreprise est destiné à faciliter la compréhension de règles d'organisation du temps de travail en vigueur à la clinique en insistant sur les plus récentes.

Il n'a pas de valeur réglementaire et, en cas de difficultés d'interprétation, il convient de se reporter aux textes applicables » (Code du travail, convention collective, accords d'entreprise).

Plan du guide de gestion du temps de travail

1. L'organisation du temps de travail

- 1.1. Le cadre journalier (le temps de travail effectif et l'amplitude, les temps de pause, la contrepartie de nuit, les temps d'habillage et de déshabillage, durée et amplitude des repos quotidiens, temps de transmission, durée effective de chaque poste de travail, décompte horaire des absences)
- 1.2. Le cadre hebdomadaire (la durée du travail, le cadre de référence hebdomadaire)
- 1.3. Les cycles de travail (l'organisation par cycle, salariés à temps complet et salariés à temps partiel)
- 1.4. Le cadre annuel (la référence annuelle pour les personnels de jour et ceux de nuit, la période de référence annuelle, le solde des compteurs)
- 1.5. L'élaboration et la mise à disposition des plannings
- 1.6. La mobilité du personnel de nuit

2. Les congés et les repos

- 2.1. Les congés annuels (le calcul des droits à congés, la prise des congés, le fractionnement des congés)
- 2.2. La programmation des congés (le processus de programmation, l'information des salariés, les possibilités de modifications, les cas particuliers)
- 2.3. Les autres congés (le congé d'ancienneté, les congés pour présentéisme)
- 2.4. Les jours fériés
- 2.5. Le repos hebdomadaire
- 2.6. Le repos compensateur de remplacement
- 2.7. Le compte épargne temps (alimentation du CET, utilisation, modalités de prise du CET, cessation et transmission du compte)

L'intérêt d'un guide de gestion du temps de travail est d'être utilisable par tous. Pour cela, la présentation de cas pratiques incluant les principales situations est à envisager pour illustrer les règles issues des accords locaux et de la réglementation nationale. Par exemple, la référence annuelle du temps de travail pour les soignants de jour peut être précisée par le détail du calcul qui y correspond.

8. En conclusion : qui décompte, pourquoi et comment ?

Les pratiques de décompte du temps de travail gagnent à être définies institutionnellement (accord RTT, guide de gestion du temps, etc.) pour chaque établissement afin de garantir l'équité entre soignants. Elles doivent décliner opérationnellement la réglementation et l'accord RTT.

Les données à recueillir doivent être décentralisées le plus possible (au niveau du cadre à la source des informations) mais assorties d'une communication à la DRH, ce qui est nettement facilité par une informatisation de la gestion des plannings. Pour la planification du temps de travail, l'état des divers compteurs est d'un grand secours tout au long de l'année.

Il est relativement fréquent de rencontrer des accords annualisés, tant dans la Fonction publique hospitalière que dans le secteur privé, qui n'ont pas fait l'objet d'une déclinaison opérationnelle au niveau de la gestion et du décompte du temps. Dans ce cas, on peut observer d'une part un manque d'équité entre soignants et d'autre part des temps travaillés supérieurs ou inférieurs aux obligations des soignants. Dans la première éventualité, la pénibilité augmente ; dans la seconde, l'impact économique en termes de surcoûts en effectif peut s'avérer significatif.

La coordination entre DRH et DSI est essentielle à la gestion performante des ressources humaines sur tous les points suivants :

- définition de règles de gestion du temps et leur application ;
- degré d'accès aux plannings informatisés ;
- connaissance par les directions, des organisations et des besoins en effectifs induits ;
- modalités de gestion des affectations des *effectifs permanents* avec nécessité d'outils communs ;
- modalités de gestion des *effectifs non permanents* et des *moyens de replacements* (pools, mensualités, intérim, etc.), outils communs à développer, mais aussi règles et procédures de gestion des absences.

Cette coordination exige une clarification des organisations DRH et DSI au regard de la gestion des effectifs et du temps de travail.

Annexe : conversion des minutes en centièmes d'heures

Temps en minutes	Conversion en centièmes	Temps en minutes	Conversion en centièmes
1	2	31	52
2	3	32	53
3	5	33	55
4	7	34	57
5	8	35	58
6	10	36	60
7	12	37	62
8	13	38	63
9	15	39	65
10	17	40	67
11	18	41	68
12	20	42	70
13	22	43	72
14	23	44	73
15	25	45	75
16	27	46	77
17	28	47	78
18	30	48	80
19	32	49	82
20	33	50	83
21	35	51	85
22	37	52	87
23	38	53	88
24	40	54	90
25	42	55	92
26	43	56	93
27	45	57	95
28	47	58	97
29	48	59	98
30	50	60	100

Chapitre 5

Quelle conduite de projet ?

Introduction : cerner le périmètre et les problématiques du projet

Les différents chapitres de l'ouvrage ont permis d'analyser de façon détaillée les dimensions organisationnelles, techniques et gestionnaires du temps de travail des soignants.

Au terme de ce cheminement, il convient d'aborder une dimension plus large, celle de la stratégie de projet, dans sa conception et dans sa conduite. Cette démarche se situe donc en amont de la décision de lancement, avec le souhait d'éclairer les décideurs sur l'opportunité et la faisabilité du projet envisagé. L'enjeu stratégique de cette réflexion peut se résumer en soulignant qu'il s'agit de définir deux compromis essentiels.

Un premier compromis concerne le périmètre du projet

En effet, la démarche conduit à analyser, parfois de façon très fine, l'activité et l'organisation de certains services. Ceci est nécessaire pour prendre en compte la réalité de l'activité et les particularités des services et bâtir ainsi des solutions réalistes. Mais, en même temps, le projet doit s'inscrire dans un cadre général d'établissement, caractérisé à la fois par un accord RTT et des règles de gestion communes, et par une politique d'établissement, notamment en matière de gestion des ressources humaines (dans le secteur public, cette politique est en général déclinée en projet d'établissement et projet social).

Comment donc articuler une vision transversale et cohérente des enjeux pour l'établissement, et la pluralité des visions locales des enjeux pour les différents services impliqués ? Faut-il s'inscrire dans un projet commun pour l'ensemble de l'établissement ? Faut-il se limiter aux services demandeurs d'un changement ou pour lesquels des dysfonctionnements ont été repérés ? Faut-il commencer par des projets pilotes dans un petit nombre de services, avec la perspective d'étendre ensuite les résultats ?

En d'autres termes, il s'agit de définir le projet en trouvant le bon équilibre entre :

- la prise en compte de la diversité et de la spécificité des services concernés ;
- la recherche d'une homogénéité d'approche, d'une cohérence avec le projet d'établissement, de l'équité entre salariés garante de la cohésion sociale.

Le second compromis concerne les problématiques à résoudre et la nature des leviers d'action

Cet ouvrage s'est étendu sur la diversité des questions traitées, regroupées autour des deux grands thèmes de la gestion du temps et de l'organisation du temps.

La gestion du temps renvoie à des leviers d'action formels : l'accord RTT et ses règles, les « produits dérivés » que sont les manuels de procédures ou chartes de gestion, les outils de gestion, informatisés ou non, etc. Elle concerne aussi la conception des roulements et la gestion des plannings au quotidien.

L'organisation du temps se situe à l'interaction entre le temps de travail et l'organisation du travail, l'organisation des soins, l'optimisation des processus de prise en charge. Le temps est un paramètre important (*cf.* chapitre 1), mais ne représente qu'un aspect de la réflexion sur l'organisation des services. Dans ces conditions, quelle ampleur donner au projet ? Faut-il se limiter aux dimensions technique et gestionnaire du temps de travail ? Faut-il (et jusqu'où) intégrer les interactions entre temps de travail et organisation des services ?

Sur ce plan, le compromis à définir se situe entre :

- l'ambition transformatrice, qui pousse plutôt à développer des approches « systémiques » capables de prendre en compte la complexité des problèmes en présence ;
- le principe de réalité, qui pousse plutôt à circonscrire un champ d'action accessible en termes d'analyse, et susceptible de déboucher, avec davantage de probabilité, sur des avancées concrètes.

Naturellement, la réponse à ces questions passe par une connaissance fine du contexte d'établissement et par le dialogue entre les acteurs concernés. Il n'est pas question de donner de réponses normatives. Néanmoins, à la lumière de son expérience, la MeaH propose quelques lignes directrices et supports de réflexion :

- en préalable, il faut situer plus précisément le contenu des projets dans une typologie par rapport aux deux compromis évoqués ci-dessus ;
- puis proposer une trame d'évaluation de l'existant qui peut servir de fil directeur à la réflexion sur la stratégie de projet ;
- enfin aborder les questions méthodologiques liées à la mise en place de la structure projet.

1. Une typologie des projets

Cette typologie repose sur le croisement des deux paramètres majeurs :

- le périmètre du projet, qui peut correspondre à une approche globale au niveau de l'établissement ou se situer plutôt au niveau du service ou du pôle ;
- le domaine d'action qui peut privilégier soit la gestion du temps, soit l'organisation du temps.

On peut ainsi distinguer quatre situations types :

Niveau du projet	Etablissement	Service ou pôle
Gestion du temps	A	B
Organisation du temps	C	D

Pour chacune de ces quatre configurations, les finalités principales rencontrées et la nature des leviers d'action sur lesquels le projet a débouché peuvent être distinguées.

Naturellement, dans la pratique, un projet pourra opérer un mélange particulier entre ces schémas de projet.

1.1. Projets de type A (gestion du temps au niveau de l'établissement)

Les finalités :

- s'adapter à des évolutions de la législation (par exemple relatives à la gestion des heures supplémentaires ou du compte épargne-temps) ;
- harmoniser les règles de gestion du temps entre unités, notamment dans le cas de restructurations, fusions, coopérations public-privé, etc. ;
- envisager une renégociation d'un accord RTT jugé trop coûteux ou inadapté aux évolutions de l'établissement ;
- optimiser et fiabiliser la gestion administrative du temps par la Direction des Soins et la DRH ;
- répondre à des revendications sociales sur des aspects généraux de la gestion du temps.

Les actions de changement :

- élaboration et négociation d'un nouvel accord sur le temps de travail ;
- révision ou extension des « produits dérivés » de l'accord : guides de procédure, Chartes de gestion du temps, tableaux de bord de suivi de la DRH, tableaux de bord communs des services, supports d'information des salariés, etc. ;
- mise en œuvre ou changement d'un outil de gestion du temps informatisé.

1.2. Projets de type B (gestion du temps au niveau d'un service)

Les finalités :

- améliorer la gestion des plannings pour diminuer le temps consacré par le cadre à cette activité ;
- prendre en compte des demandes spécifiques des agents (temps partiels, aménagements d'horaires, souplesses par rapport au roulement préétabli, etc.) ;

- garantir une équité entre salariés et maintenir un bon climat social dans le service ;
- alimenter un projet de type A (service pilote, expérimentation avant généralisation).

Les actions de changement :

- élaboration de Chartes de gestion du temps au niveau du service ;
- formalisation du processus d'élaboration du planning et des modifications possibles ;
- redéfinition des rôles entre les cadres de service et la DRH pour le suivi administratif du temps ;
- amélioration des outils de gestion du temps (supports des plannings, etc.) ;
- redéfinition des cycles de travail (répartition des repos, rythmes d'alternance entre postes, etc.).

1.3. Projets de type C (organisation du temps au niveau de l'établissement)

Les finalités :

- mettre en œuvre un plan global de redressement économique (plan de retour à l'équilibre, réduction d'effectifs, etc.) ou un projet global d'amélioration d'efficacité (par exemple sur la réduction de l'absentéisme) ;
- concrétiser de nouveaux modes d'organisation et de gouvernance (mise en œuvre des pôles d'activités, mutualisation de ressources, etc.) ;
- améliorer l'efficacité de fonctions transversales (brancardage, prélèvements, courrier etc.) et les interactions entre services.

Les actions de changement :

- formalisation de principes généraux d'organisation ;
- déclinaison en projets de services (de type D) ;
- reconfiguration de la répartition des effectifs ;
- réorganisation de fonctions transversales.

1.4. Projets de type D (organisation du temps au niveau d'un service)

Les finalités :

- faire évoluer l'organisation du service pour s'adapter à des évolutions d'activité : nouveaux modes de prise en charge (ambulatoire, hôpital de semaine, etc.), augmentation de l'amplitude de fonctionnement (bloc opératoire, imagerie, etc.), croissance quantitative de l'activité, etc. ;
- traiter des dysfonctionnements identifiés : absentéisme élevé, délais d'attente, mauvaise coordination entre acteurs, inadéquation des présences à la charge de travail, tensions dans les relations de travail, etc.

Les actions de changement :

- conception de nouvelles maquettes d'organisation ;
- évaluation de scénarios ;
- actions induites sur l'organisation du travail : répartition des tâches entre soignants, modes de coordination, formations, outils de gestion de l'information, etc.

2. L'évaluation de l'existant

Définir une stratégie de projet suppose d'être au clair sur la situation existante, ses avantages et inconvénients. Il ne s'agit pas, à ce niveau, de réaliser des diagnostics approfondis de services, mais de tirer parti des informations disponibles dans le système d'information interne et d'analyser les points de vue des acteurs.

Un avantage, dans le cas des projets sur le temps de travail, est que l'établissement, en général, ne part pas de zéro sur le sujet. En effet, la mise en œuvre de la RTT, au début de la décennie 2000 (voire plus tôt dans le secteur privé) a souvent déjà donné lieu à un projet, avec des éléments de diagnostic, des recherches d'organisations nouvelles, la négociation d'un accord d'établissement, la mise en place d'un comité de suivi, etc.

Un fil directeur possible est de s'appuyer sur un bilan élargi de l'accord RTT existant. Nous présentons ci-dessous le cadre d'analyse retenu lors d'une intervention réalisée dans un établissement privé à but non lucratif. La direction s'interrogeait sur l'opportunité d'engager un processus de renégociation de son accord RTT, compte tenu du contexte économique difficile et du constat que les références annuelles de temps de travail négociées à l'origine étaient inférieures à celles pratiquées en moyenne dans son secteur.

Cette démarche était structurée en trois grands chapitres :

- le bilan de l'accord au regard de la réalité des pratiques ;
- l'appréciation des effets induits des réorganisations du temps de travail opérées ;
- une cartographie des points de vue des acteurs.

2.1. Le bilan de l'accord RTT

L'accord local d'application de la RTT constitue un point de repère important. Il a souvent conduit les services à revoir leurs organisations, mais est aujourd'hui assez ancien et l'une des questions de fond est de savoir s'il convient de le faire évoluer pour prendre en compte de nouveaux enjeux. La réponse n'est pas simple, car entamer un processus de renégociation est un exercice consommateur de temps et socialement délicat, pouvant créer des tensions internes. Il importe donc de savoir si « le jeu en vaut la chandelle » en termes de retour sur cet investissement.

Même si l'établissement ne souhaite pas entamer cette renégociation, faire un état des lieux pour savoir comment se situe aujourd'hui l'établissement par rapport à son accord RTT peut se révéler un exercice utile, dans la mesure où il permet d'évaluer de nombreux aspects de la gestion du temps de travail et de s'interroger sur la diversité des pratiques entre les différents services. En effet, un des enjeux du projet peut être de décider s'il convient d'évoluer vers davantage d'harmonisation ou, au contraire, de conserver une diversité importante.

Deux aspects de cette analyse sont à distinguer : l'un porte sur l'effectivité des règles, l'autre sur la réalité des temps de travail.

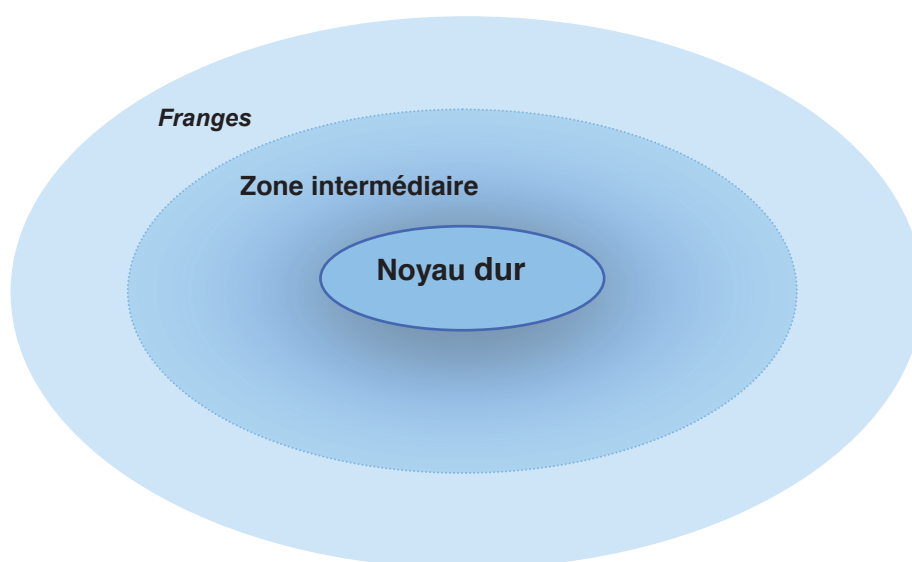
2.1.1. L'effectivité de l'application des règles de l'accord

L'objectif est de préciser comment est appliqué aujourd'hui concrètement l'accord (dans sa forme initiale, ou avec éventuellement des évolutions actées lors d'avenants signés au fil du temps) par rapport aux règles qu'il prévoit.

Pour cela, on peut classer les règles d'un accord en trois zones concentriques selon l'ampleur de l'écart entre la pratique et la règle formelle :

- on repère tout d'abord le « noyau dur » des règles qui font l'objet d'une appropriation collective et sont effectivement structurantes des pratiques d'organisation et de gestion du temps ;
- on identifie ensuite une zone intermédiaire de règles qui font l'objet d'adaptations locales dans les services, d'interprétations variées selon les acteurs, de concertations informelles entre salariés et encadrement, etc. ;
- enfin, un certain nombre de règles sont ignorées dans la pratique ou tombées en désuétude après une période d'application, car elles se révèlent peu adaptées aux besoins réels : ce sont les « franges » de l'accord.

Les trois niveaux d'usage des règles d'un accord RTT



Cette approche offre l'avantage d'une lecture nuancée qui prend en compte la dynamique d'utilisation des accords dans la réalité. Elle permet de s'interroger sur l'ampleur des écarts entre les règles formelles et les interprétations qui se sont construites au fil du temps, ainsi que sur le degré d'homogénéité ou de diversité entre services dans l'application de ces règles. Elle met en évidence les paramètres sur lesquels se concentrera probablement le débat social, au cas où la direction décide d'ouvrir un processus de renégociation.

Exemple dans l'établissement mentionné plus haut, on aboutissait aux constats suivants :

- *noyau dur* :
 - les références horaires annuelles, bien respectées dans l'ensemble (peu d'heures supplémentaires, programmation prévisionnelle annuelle réalisée, vigilance sur les compteurs d'heures),
 - le contrôle annuel des reports de compteur individuel, dans une fourchette de + ou - 24h ;
- *zone intermédiaire* :
 - la durée quotidienne, théoriquement à 7,80h, mais maintenue à 8h dans certains services (ce qui génère des jours de récupération supplémentaires),

- ▶ l'utilisation de références en nombre de jours annuels pour d'autres catégories que les médecins et les cadres : l'accord est flou sur ce point, et certains services se situent clairement dans un raisonnement en jours,
- ▶ les règles de programmation des jours RTT (théoriquement 50 % à l'initiative de la hiérarchie et 50 % à la demande des salariés), très variables selon les pratiques de management des cadres,
- ▶ l'utilisation de cycles pour concevoir les roulements, très variable selon les services,
- ▶ le respect du repos minimal entre deux postes de travail (acceptation dans certains cas de successions soir - matin à la demande des salariés, sans contrepartie en temps comme prévu par la convention collective FEHAP) ;
- *franges* :
 - ▶ la modulation de la durée du travail, concept développé de façon détaillée dans l'accord, est en fait inusitée et n'est pas intégrée dans les outils de gestion ; les limites fixées dans l'accord ne sont pas contrôlées. La gestion du temps est réalisée sur une logique d'annualisation.

La conclusion principale (confortée par l'analyse des points de vue des acteurs) était qu'un enjeu central de tout projet consistait à clarifier l'articulation entre durée annuelle et nombre annuel de jours travaillés (qui représente un aspect fondamental de la perception des conditions de travail). Le raisonnement en horaire annuel ne suffit pas.

2.1.2. La réalité des temps de travail

Corollairement à l'analyse de l'usage des règles de l'accord, il est utile de faire le point sur la situation en matière de réalité des temps de travail, selon les catégories de personnel et les services.

Ces constats s'appuieront sur les données de synthèse disponibles dans le bilan social ou bien devront faire l'objet de traitements plus fins par la DRH.

Les durées annuelles travaillées

Compte tenu de la diversité des organisations possibles, le seul indicateur de l'horaire annuel ne suffit pas à comparer des situations différentes, ni à rendre compte de toutes les caractéristiques d'une organisation du temps de travail, en particulier en termes de performance et d'impact sur les conditions de travail et de vie.

Les références de temps travaillés dans les organisations de service devront donc être caractérisées en croisant deux indicateurs quantifiés :

- le volume annuel en heures ;
- le nombre annuel de jours de travail.

Ces deux indicateurs sont reliés entre eux par la durée quotidienne de travail, laquelle peut, le cas échéant, fluctuer dans une certaine fourchette.

Il est important, dans cette approche quantitative, de bien préciser comment sont décomptés les temps de pause et de repas, ainsi que les temps d'habillage et déshabillage. On constate en effet souvent des confusions entre temps de travail effectif et temps de présence.

Les éléments représentatifs de la gestion du temps

Par ailleurs, il convient de prendre la mesure de la réalité des temps travaillés dans toutes ses dimensions, et d'examiner entre autres :

- les niveaux d'heures supplémentaires ;

- l'utilisation effective des jours RTT et l'état des compteurs horaires ;
- l'alimentation des comptes épargne temps ;
- les données sur l'absentéisme.

Les temps partiels

Il faut inclure également un point sur la situation en matière de temps partiels (répartition par quotité, caractéristiques par catégorie professionnelle, etc.).

2.2. Les effets induits de l'accord

2.2.1. La performance globale

Il s'agit ici de mettre en lumière les effets de l'organisation du temps de travail en matière de performance globale des organisations de service. Cette analyse pourra s'appuyer à la fois sur les indicateurs chiffrés disponibles dans les rapports d'activité et sur les retours d'information des acteurs de terrain.

Par delà la très grande diversité des contextes, on retrouve fréquemment quelques grandes thématiques :

- *Quelle est la situation en termes d'adéquation des effectifs aux besoins de l'activité ?*

Les accords ont prévu des créations d'emplois, en général proportionnellement moindres que la RTT, mais avec des répartitions différenciées qui priorisaient souvent les services de soins. Les évolutions d'effectifs depuis l'accord ont-elles modifié ces répartitions ? Perçoit-on aujourd'hui un déséquilibre dans l'affectation des effectifs entre services ? Existe-t-il une attente pour reconsidérer l'évaluation des charges de travail ?

- *Les évolutions d'organisation ont-elles engendré des effets induits positifs ou négatifs sur la qualité de service ?*

Quelles sont les tendances observées en matière de délais de prestations (consultations, attente aux urgences, rendez-vous d'examens, etc.) ?

Les processus de gestion des entrées et d'accueil des patients donnent-ils globalement satisfaction ?

Quels sont les éléments apportés par les démarches qualité, les enquêtes de satisfaction ?

Des changements de l'organisation du temps pourraient-ils apporter des améliorations sur certains points ?

- *Les organisations existantes permettent-elles de s'adapter aux évolutions d'activité ?*

Les organisations du temps de travail ont-elles pu évoluer au fil du temps pour intégrer de nouvelles activités, ou augmenter les capacités d'accueil et de réalisation de prestations (notamment au plateau technique) ?

Les organisations de service sont-elles « vivantes » ou, au contraire, les services restent-ils bloqués sur des organisations anciennes sans trouver les leviers pour évoluer ?

- *Quel est le degré de cohérence des organisations du temps des services ?*

Les interfaces entre services, ou entre catégories professionnelles, sont-elles source de dysfonctionnements fréquents (décalage entre les plages de fonctionnement, goulets d'étranglement sur certains maillons des processus, etc.) ?

Existe-t-il une hétérogénéité excessive des organisations de service par rapport aux besoins de cohérence d'ensemble ?

- *Où se situent en priorité les enjeux économiques d'optimisation des organisations ?*

Il est important, compte tenu des évolutions de l'établissement, de repérer les services qui peuvent apparaître comme des enjeux prioritaires en termes de performance.

Ce sera le cas, en particulier, des services utilisant des équipements coûteux (bloc opératoire, radiothérapie, scanner, etc.) au moment des projets d'investissement (il est important d'anticiper les scénarios d'organisation avec la conduite du projet technique).

Des situations de restructuration (absorption de l'activité d'une maternité qui a fermé pour un service d'obstétrique, partenariat public-privé pour l'exploitation partagée d'un équipement lourd, etc.) constituent également des moments privilégiés pour lancer un projet.

2.2.2. L'évolution de l'emploi

Outre l'aspect quantitatif que nous avons évoqué dans le paragraphe précédent, il peut être utile de s'interroger sur les tendances qualitatives de l'évolution de l'emploi et de sa structure :

- évolution de la répartition de l'emploi par filières professionnelles (soignants, médico-technique, logistique, administratif, médecins) ;
- évolution démographique (analyse de la pyramide des âges) ;
- évolution par niveaux de qualification ;
- appréciation des degrés de polyvalence et des possibilités de mobilité interne.

Il s'agit de repérer les problématiques pour lesquelles des évolutions d'organisation du temps pourraient apporter des changements favorables.

Par exemple, dans les années à venir, quels sont les métiers « sensibles » pour lesquels il risque d'y avoir pénurie : de nouvelles modalités d'aménagement du temps seraient-elles un facteur d'attractivité ?

Quelle doit être « l'offre » de l'établissement en matière de temps de travail lors des recrutements à venir (cette question intégrant notamment les nouvelles marges de manœuvre de la législation pour proposer des durées de travail individuelles supérieures à la référence collective) ?

2.2.3. Les conditions de travail et de vie

Sur ce thème, les problématiques majeures sont les suivantes :

- *Quels sont les impacts des organisations actuelles en termes de pénibilité des conditions de travail ?*

Ce sujet recouvre à la fois les effets directs des organisations du temps (horaires, rythmes, travail de nuit, travail alternant, etc.) et les effets indirects liés à l'évolution des organisations du travail (charge de travail, répartition des activités et polyvalence, réduction des temps de transmission, etc.).

Les effets sur la santé peuvent être approchés en partie par l'examen d'indicateurs sociaux tels que les accidents du travail, les arrêts maladie pour certaines causes (lombalgies...). Les informations qualitatives sur le climat social et l'ambiance de travail sont également à intégrer.

- *Les organisations actuelles conduisent-elles à des équilibres satisfaisants entre vie au travail et vie hors travail ?*

Sur cette question d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, familiale et sociale, les salariés sont en général très sensibles :

- au nombre de journées libres et à leur répartition dans les plannings ;
- à la durée, la fréquence et la répartition des week-ends libres ;

- aux modalités de programmation des jours RTT ou récupérations diverses (plus ou moins souples selon les cas, selon la répartition des jours à l'initiative de la hiérarchie et à l'initiative des salariés) ;
- aux marges de souplesse pour gérer les aléas (échanges de repos, de postes, etc.).

Il est fréquent d'observer des contradictions entre les attentes sur cette dimension de la vie hors travail, et la recherche d'une réduction de la pénibilité du travail. Voici deux exemples fréquents :

- certains salariés préfèrent souvent maintenir des durées quotidiennes longues pour maximiser le nombre de jours libres, au prix d'une pénibilité plus élevée des postes de travail (par exemple, en particulier, des postes de 12h) ;
- certains salariés sont également souvent demandeurs de privilégier des successions directes entre un poste de soir et un poste de matin (plutôt que des successions matin - soir), même si cela minimise le temps de sommeil entre deux postes, pour pouvoir augmenter la durée des week-ends (on peut par exemple terminer le vendredi en milieu de journée et reprendre le lundi en milieu de journée).

Ces contradictions seront à analyser plus finement dans le cadre du projet pour envisager le cas des scénarios multiples.

- *La situation est-elle globalement équitable en termes de répartition des avantages et contraintes ?*

La question de l'équité, enfin, entre services et entre salariés est souvent présente dans les réflexions des acteurs autour des organisations du temps.

Cependant, la notion d'équité est complexe (et n'est pas équivalente à la notion d'égalité). Les divers services n'ont pas les mêmes activités ni les mêmes contraintes (durée d'ouverture, importance du travail de nuit ou de week-end, etc.) ; les salariés n'ont donc pas les mêmes caractéristiques socioprofessionnelles ou familiales, ni de fait les mêmes attentes, etc.

L'accord RTT donne un cadre commun, avec éventuellement des contreparties spécifiques à certaines contraintes temporelles. Dans certains cas, néanmoins, le sentiment d'un problème d'équité demeure.

2.3. Les points de vue des acteurs

Sur la question du temps de travail, le contexte social joue un rôle très important. Il est nécessaire, avant de démarrer un projet, de s'interroger sur les points de vue des acteurs concernés, pour apprécier en particulier s'il existe un relatif consensus sur l'existence de problèmes et donc l'utilité de lancer un projet. Dans cette configuration, les contradictions et conflits d'intérêt pourront émerger au moment de stabiliser des propositions, mais tout le monde souhaite un éclairage préalable pour mieux comprendre les enjeux, et les causes de dysfonctionnements ou problèmes à l'origine de la démarche.

Toutefois, dans d'autres contextes, l'idée même de lancer un projet peut faire l'objet d'approches divergentes et d'oppositions de certains acteurs qui craignent des remises en cause ou des conséquences négatives.

Les décideurs auront donc intérêt à intégrer une analyse des points de vue des acteurs.

À un premier niveau, cette analyse peut se faire à travers les expressions de ces acteurs dans différentes enceintes (comités de direction, réunions de cadres, comité d'entreprise, CHSCT, réunions de délégués du personnel, comité de suivi de l'accord RTT, groupes d'expression, groupes de travail sur des thèmes organisationnels, etc.) ou par

des canaux particuliers (tracts syndicaux, échanges avec les salariés, enseignements apportés par des changements d'organisation déjà opérés dans certains services, etc.).

Dans certains contextes, il est envisageable de structurer explicitement ce recueil de points de vue, si l'on dispose de suffisamment d'éléments pour initialiser la réflexion (problématique dominante déjà largement identifiée, hypothèses de travail formulées, etc.). Les entretiens avec les acteurs peuvent alors directement servir à travailler sur la méthode (y compris dans certains cas pour préparer un accord de méthode avec les organisations syndicales, préalable à un processus de négociation).

Sans entrer dans les détails, quatre catégories d'acteurs doivent être pris en considération :

Les directions

Il n'y a pas toujours homogénéité dans l'appréciation de l'opportunité et de la faisabilité d'un projet, cela est légitime puisque chaque direction est porteuse d'enjeux propres.

Sur la question du temps de travail des soignants, les directions des soins et les directions des ressources humaines sont impliquées en priorité. Elles peuvent avoir des approches différentes des enjeux, dans la mesure où l'une est en charge prioritairement de l'organisation des soins et l'autre va plutôt se concentrer sur les règles de gestion du temps et la gestion de l'emploi. Selon les contextes, il sera utile d'approfondir aussi le point de vue des directions administratives et financières (sur les enjeux d'efficacité économique), directions du plateau technique, directions de la qualité, etc.

L'encadrement

Les cadres opérationnels des services sont en première ligne par rapport à la gestion et l'organisation du temps, et y consacrent beaucoup de temps. Il est important de savoir si, dans l'ensemble, ils sont plutôt porteurs d'une volonté de changement et donc prêts à s'investir, ou, au contraire, s'ils observent avec réserve la perspective d'une démarche.

Il faut veiller à appréhender les points de vue d'une diversité suffisante de cadres (et en particulier ne pas se limiter à ceux qui sont demandeurs d'évolutions).

Les institutions représentatives du personnel

Le temps de travail est présent dans ces institutions, de façon récurrente, mais souvent à travers des problèmes ponctuels. Parfois cependant, des débats plus poussés ont eu lieu lors du passage de réorganisations en comité d'entreprise ou en CHSCT.

Bien sûr, la pluralité des organisations syndicales en présence dans certains établissements pourra conduire à analyser les points de convergence et de divergence entre ces acteurs syndicaux.

Il faut également rester vigilant sur le profil des représentants du personnel (dans certains établissements, ceux-ci étant majoritairement issus de certaines catégories professionnelles ou de certains services, le risque étant alors de sous-estimer les problèmes des catégories non représentées).

La fonction ressources humaines

Enfin, nous mentionnerons l'utilité de recueillir le point de vue de la fonction ressources humaines, sous l'angle plus « technique » de la gestion du temps, en particulier à travers les salariés qui assurent l'interface avec les services pour le suivi du temps, le lien avec la paye et le conseil auprès des cadres. Cette interface est un endroit où se manifeste souvent un ensemble de problèmes représentatifs des difficultés concrètes de gestion du temps.

3. Définir une structure projet

L'objectif est d'articuler de façon satisfaisante dans la conduite du projet :

- une démarche de résolution de problème (diagnostic de la situation, élaboration d'hypothèses de solutions, définition de critères d'évaluation de ces hypothèses) ;
- un processus de concertation, et si besoin de négociation, qui permette aux différents acteurs d'exprimer leurs points de vue, d'échanger sur leurs points de convergence et de divergence, et d'élaborer les compromis nécessaires.

Pour cela, la conception de la structure de projet suppose de s'interroger sur le rôle des quatre catégories d'acteurs qu'il est important de distinguer :

- la direction, dans ses différentes composantes : sont en général impliquées dans un projet sur le temps de travail, a minima, la direction générale, la direction des ressources humaines, et la direction des soins ;
- les représentants du personnel :
 - à travers les différentes institutions représentatives : dans le public, le comité technique d'établissement (CTE), dans le privé le comité d'entreprise (CE) et les délégués du personnel (DP), dans les deux cas le comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT),
 - à travers les organisations syndicales (notamment s'il y a besoin de négocier un nouvel accord),
 - à travers des structures ad hoc pour le projet (comité de concertation) ;
- l'encadrement des services concernés (cadres de santé) et les fonctions administratives associées à la gestion du temps ;
- les salariés ou agents des services concernés.

La réussite de cette articulation passe par quelques points de passage obligés :

- en amont, la clarification du pilotage stratégique du projet, et une démarche d'information et de préparation des acteurs ;
- la désignation d'un chef de projet et d'un groupe de projet bien adaptés au contexte ;
- la définition des lieux et moments de concertation avec les représentants du personnel.

3.1. Le pilotage stratégique et la préparation du projet

C'est ici notamment que se posera la question de l'ampleur à donner au projet :

- travailler au niveau de l'établissement dans son ensemble, ou cibler la démarche sur un petit nombre de services (quitte à envisager une démultiplication ultérieure) ;
- adopter une approche thématique large (gestion et organisation du temps) ou cibler sur un problème plus précis (par exemple, la gestion des plannings ou bien l'organisation des temps de transmission).

Si le projet est déclenché par des dysfonctionnements précisément repérés ou répond à des attentes exprimées par certains services, la réponse peut être claire. Mais dans certains cas, les facteurs de déclenchement du projet sont diffus (par exemple, si l'on perçoit un malaise chez des encadrants ou chez les salariés, mais sans être en capacité d'identifier des causes probables). Alors, un temps préalable de réflexion, entre les différentes directions, pourra être nécessaire pour clarifier cette stratégie, en s'appuyant sur les points de vue des encadrants, et les échanges dans les institutions représentatives du personnel.

La désignation d'un comité de pilotage du projet vient concrétiser cette clarification des objectifs et la décision de lancement du projet. Ce comité de pilotage aura pour fonction d'orienter le projet à chaque étape importante, à partir des synthèses intermédiaires, en définissant les suites à donner, et en arbitrant, le cas échéant, entre diverses hypothèses. Sa composition sera donc définie en fonction de l'ampleur et de la nature des thèmes du projet.

Cependant, il convient, avant le démarrage effectif, d'être vigilant sur le processus d'information dans l'établissement et sur la préparation des acteurs concernés.

En particulier, si la renégociation d'un nouvel accord sur le temps de travail est l'objet du projet, il est important d'anticiper le processus avec les représentants du personnel en expliquant les motivations et la méthode retenue. Dans certains cas, il peut être utile de négocier, avec les partenaires sociaux, un « accord de méthode » préalable au projet explicitant les différentes étapes et fixant le processus de concertation.

Plus largement, l'information aux salariés, sous forme écrite (note d'information, affichage, etc.) et à travers les cadres de service, permet de démarrer le projet dans de meilleures conditions, en évitant en partie les réticences ou craintes a priori qui existent toujours dès qu'un projet de changement est annoncé. La compréhension des finalités et de la méthode permet une meilleure appropriation de la démarche.

3.2. Le chef de projet et le groupe projet

Pour le groupe projet et le chef de projet, l'enjeu est de conduire la démarche d'analyse des problèmes et d'élaboration de propositions, en prenant en compte la réalité des situations concrètes et la diversité des points de vue, selon la nature des problèmes à traiter et le périmètre retenu pour le projet.

Les critères de composition du groupe projet relèvent donc à la fois de :

- la capacité des participants à apporter leur connaissance du terrain, à contribuer au diagnostic, à être force de proposition dans la recherche de pistes de solution ;
- la recherche d'un certain équilibre entre les différentes situations qui peuvent être concernées par le projet.

Selon les cas, il faudra inclure dans le groupe projet des salariés :

- issus des différents services concernés ;
- représentant la diversité des catégories professionnelles (cadres, IDE, AS, etc.) ;
- apportant une expertise sur certains aspects transversaux (gestion des ressources humaines, qualité, etc.)

Lorsque le projet est vaste et concerne plusieurs services, il est possible que le groupe projet doive s'appuyer sur des groupes de travail ciblés ayant pour vocation de travailler plus spécifiquement sur un service ou un thème.

Le chef de projet, qui est par ailleurs membre du comité de pilotage, a pour mission de :

- piloter le travail du groupe projet, en lien étroit, avec un intervenant extérieur si l'établissement a choisi de se faire accompagner d'un consultant ;
- jouer un rôle de relais avec les autres acteurs, soit institutionnel, soit sur le terrain, pour faciliter la dynamique du projet (information des acteurs, recherche d'informations, etc.).

En conséquence, les qualités attendues d'un chef de projet, qui doivent orienter le choix de la personne, sont de rassembler :

- une compétence « technique » pour l'analyse des problématiques, en lien avec son expérience professionnelle ;

- une capacité d'écoute des acteurs, d'intégration de points de vue différents et de facilitation du dialogue ;
- une légitimité reconnue en interne (il est important que le chef de projet ne soit pas soupçonné de privilégier un point de vue ou une solution, mais soit perçu comme étant au service de la démarche).

3.3. La concertation/négociation avec les représentants du personnel

Ici aussi, le niveau de concertation dépend du périmètre du projet. Si celui-ci est ciblé sur un seul service et concerne son organisation interne, dans le cadre inchangé de l'accord RTT et des règles générales de gestion du temps, la concertation sera organisée par rapport aux salariés du service. Le travail du groupe projet cherchera à obtenir l'implication des autres salariés : information sur les propositions, recueil des points de vue, validation des changements.

Si le projet est plus vaste et peut conduire à modifier des principes d'organisation du temps de travail ou des règles générales de gestion du temps, il est nécessaire d'impliquer les représentants du personnel en organisant un lieu de concertation.

Cette concertation visera à :

- présenter les analyses réalisées dans la phase de diagnostic pour les discuter et si possible les valider (notion de « diagnostic partagé ») ;
- discuter les différentes propositions ou scénarios envisagés pour intégrer les préoccupations propres aux représentants du personnel, en particulier en ce qui concerne l'emploi, les conditions de travail, la charge de travail, les conditions de vie, l'équité entre catégories, etc.

Les structures existantes (CE, CTE, CHSCT) peuvent constituer le lieu naturel pour cette concertation (au besoin en organisant une réunion extraordinaire sur le projet). Cependant, il est envisageable aussi de créer un groupe de concertation ad hoc, si le projet est important et nécessite un investissement spécifique en temps, ou bien si l'on souhaite avoir la possibilité d'associer des représentants du personnel davantage concernés mais qui ne sont pas présents dans les instances officielles.

Si le projet doit déboucher sur une renégociation de l'accord initial, il convient de prévoir comment cette démarche de concertation va alimenter le processus de négociation avec les représentants syndicaux.

La MeaH pratique depuis l'origine la méthode de gestion de projets au cours de ses différents chantiers. Il a paru intéressant de consacrer un chapitre entier à cette méthode de management dans ce guide de bonnes pratiques organisationnelles. Le thème traité s'y prête particulièrement bien. Cependant comme l'écrit le Pr Vincent Giard, « dans ce domaine, comme dans bien d'autres, il n'y a pas de certitudes absolues ni de solutions définitives et bien gérer reste un art ».