

**Bilan intermédiaire de la mise en œuvre de la réforme de
l'organisation du temps de travail à l'Assistance Publique-Hôpitaux de
Paris**

CME du 19 décembre 2017

Contenu

Bilan intermédiaire de la mise en œuvre de la réforme de l'organisation du temps de travail à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris	1
CTEC du 4 décembre 2017	1
La réforme de l'organisation du temps de travail.....	4
I- Les axes de la réforme en matière de gestion du temps de travail	6
I-I La réforme a prévu un retour au réglementaire à compter d'avril 2016	6
I-2 Le rôle primordial du comité de suivi de la réforme.....	7
I-3 Le suivi de l'introduction des nouveaux schémas horaires	7
I-4 L'impact sur le turn-over et le taux de départ des personnels.....	8
Le turn-over	8
Le taux de départs externes des personnels de l'AP-HP	11
I-5 L'impact sur la stabilité des plannings	13
I-6 La gratification du jour « médaille »	13
II- Les mesures d'accompagnement de la réforme	14
II-1 Le maintien des effectifs au service des malades.....	14
II-2 Un renforcement de la politique du logement en faveur des personnels.....	14
II-3 La mise à jour des références réglementaires internes.....	16
II-4 Des dispositions spécifiques aux personnels d'encadrement	16
Intégration du télétravail	16
Intégration de deux jours de valorisation professionnelle garantissant aux cadres d'approfondir leurs connaissances et compétences sur un domaine de leur choix.....	16
Renforcement des formations relatives à la gestion des plannings pour atteindre l'objectif de planification et d'anticipation permettant aux agents de pouvoir se projeter dans et au dehors du milieu de travail.....	16
Animation d'une démarche de co-développement afin de renforcer les liens fonctionnels et permettre un partage et une recherche de solutions entre pairs dans la résolution de situations complexes. Création du site AP-HP management destiné aux cadres de l'institution	17
L'amélioration des fonctionnalités de l'outil GESTIME et la création d'une interface WEB.....	17
III- La mise en œuvre de l'accord de résorption de l'emploi précaire du 22 avril 2015 et de l'avenant du 1er février 2017.....	17
III-1 Les commissions de sélections.....	18
III-2 Les concours.....	19
III-2-1 Les concours réservés	19
III-2-2 Les concours classiques	19
III-3 L'octroi de visas de mise en stage des infirmières diplômées d'Etat et des aides-soignants....	20
III-4 La CDIisation.....	20

IV- La définition d'un plan de prévention de l'absentéisme et l'amélioration des conditions de travail	21
IV-1 Une évolution de l'absentéisme qui nécessite des actions préventives	21
IV-2 La construction d'un plan de prévention de l'absentéisme	23
IV-3 Améliorer les conditions de travail en favorisant l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle	24
V – Conclusion	25

L'objectif majeur de la réforme visait à rétablir des principes d'équité entre tous les professionnels de l'AP-HP en matière d'organisation du travail : équité entre professionnels au sein des équipes, entre équipes et entre groupes hospitaliers.

Par la réduction des inégalités historiques et de leurs conséquences injustes sur l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle, la réforme devait renforcer la capacité de l'AP-HP à recruter et fidéliser de jeunes professionnels.

Afin de concilier un objectif d'équité globale au niveau de l'institution et une nécessaire mise en œuvre au plus près des réalités de terrain, l'AP-HP a mis en œuvre un pilotage de la réforme à l'échelon de la direction générale et de chaque groupe hospitalier, déclinée enfin par pôle et par service. Des dispositifs de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme devaient être déployés au niveau central et GH.

Prenant en compte les conséquences de l'OTT dans les organisations de vie des professionnels, la mise en œuvre de la réforme devait coïncider avec une rentrée scolaire et sa mise en œuvre autorisait explicitement la mise en place de mesures dérogatoires individuelles.

Enfin, le directeur général avait pris l'engagement de rendre compte de la mise en œuvre de la réforme et notamment de présenter ce bilan intermédiaire au CHSCT de l'AP-HP.

La réforme de l'organisation du temps de travail

Cette réforme de l'organisation du temps de travail a donné lieu à un conflit social à l'AP-HP. L'ouverture de discussions avec les représentants du personnel pour mener une négociation en vue d'un accord s'est avérée difficile voire proche de la rupture du dialogue. C'est dans ce contexte que des discussions avec l'organisation syndicale CFDT ont abouti à un protocole d'accord signé le 27 octobre 2015, dont les objectifs affirmés par les signataires sont de :

- 1- garantir les meilleurs soins aux malades qui nous font confiance,
- 2- améliorer les conditions de travail et de logement des personnels qui font la richesse de l'AP-HP,
- 3- permettre l'adaptation des organisations de travail à l'évolution des besoins et des modes de prise en charge des patients,
- 4- trouver la bonne adéquation entre rythme de travail et l'activité du service afin de mieux répondre aux besoins des patients, tout en restant dans le cadre strict des lois et réglementations régissant le temps de travail,
- 5- assurer la concordance des temps médicaux et paramédicaux,
- 6- améliorer la performance économique de l'AP-HP de façon à préserver l'emploi.

Dans la suite de ce protocole, le projet de réforme de l'OTT a fait l'objet de deux expertises votées par le CHSCT central, une réalisée par SECAFI portant sur les attendus de la réforme et sa mise en œuvre, l'autre réalisée par la société Emergences sur les engagements de la direction générale pour l'encadrement.

L'arrêté du 1er avril 2016 relatif à l'organisation du travail et aux temps de repos à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris met en place la réforme qui a été construite sur la base de décisions institutionnelles, mais aussi au moyen de différents dispositifs permettant la prise en compte des problématiques individuelles, qu'elles soient sociales ou médicales,

Il faut cependant noter que la mise en œuvre de la réforme n'a pu être réalisée dans sa totalité qu'à compter du 1er octobre 2016, notamment en ce qui concerne la mise en place des nouveaux schémas horaires.

Conformément à l'article 20 de l'arrêté du 1^{er} avril 2016, et conformément aux engagements du directeur général, la réforme de l'organisation du temps de travail doit faire l'objet d'un bilan annuel présenté aux instances centrales.

Le précédent protocole sur la réduction du temps de travail du 22 janvier 2002 fut diversement appliqué au sein de l'AP-HP, des forfaits protocoles, ne reposant sur aucune notion d'activité, virent le jour et des situations d'iniquité furent progressivement instaurées au sein de l'institution. Des écarts par rapport au cadre réglementaire, consolidés au fil de l'eau et jamais questionnés, avaient conduit à des situations individuelles plus profitables aux uns qu'aux autres, sans tenir compte du cadre propre à l'activité et au fonctionnement du service.

La réforme de l'organisation du temps de travail du 1^{er} avril 2016 a souhaité gommer les iniquités constatées et rapprocher les horaires des personnels de l'APHP de ceux du régime général pour doter les organisations d'une plus grande souplesse dont l'effectivité sera mesurée progressivement dans le temps, particulièrement à travers le passage progressif aux 7H30 comme cela est déjà le cas dans la plupart des établissements du régime général. Elle a par ailleurs généralisé le principe de l'équipe de journée.

La réforme de l'organisation du temps de travail s'appuie sur plusieurs leviers qui sont :

- la reconnaissance dans le travail,
- l'échange entre professionnels,
- le renforcement de l'encadrement, en particulier l'encadrement de proximité,
- la possibilité de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle, en particulier par une meilleure gestion des plannings avec notamment de meilleures anticipations et un redimensionnement des équipes de suppléance,
- le développement de la formation et un accès à la promotion professionnelle.

Ce premier bilan de la réforme porte aussi sur différents axes de travail conduits en parallèle à la modification du temps de travail à l'AP-HP comme la prévention de l'absentéisme ou différentes actions visant à améliorer les conditions de travail.

I- Les axes de la réforme en matière de gestion du temps de travail

I-I La réforme a prévu un retour au réglementaire à compter d'avril 2016

Le retour au réglementaire impliquait :

- suppression des forfaits protocoles,
- arrêt du maintien de droit à RTT, RR hors des cas prévus par la réglementation,
- suppression de la journée fête des mères

La réforme de l'OTT a introduit un nouveau schéma horaire en 7H30 pour les nouveaux recrutés et au choix pour les agents de l'AP-HP (droit d'option incitatif avec un volant de 18 HS).

Elle a prévu le maintien du recrutement en 7h00 pour les remplacements congés annuel, CDD de courte durée ou sur demande de l'agent.

Elle a supprimé le schéma en 7H50 et a généralisé l'équipe de journée à compter de septembre 2016.

En janvier 2015, 50,12% des agents travaillaient sur un schéma horaire de 7h36, ils sont aujourd'hui 60%.

A la fin du premier semestre 2017, 3316 agents sont positionnés sur un schéma horaire en 7h30 ce qui représente 4,5% de l'ensemble des agents. Parmi eux, 48 agents ont fait le choix d'être positionnés en 7h30 avec le paiement de 18 heures supplémentaires.

36% des agents sont sur des schémas horaires allant de 7h pour les CDD de courte durée, à 8h45, 9h, 10h pour les plateaux de consultation, plateaux techniques et les blocs opératoires, et 12h pour les services de soins critiques.

A la fin du premier semestre 2017, 77,4% des cadres sont positionnés sur un régime au forfait.

La mise en place de l'équipe de journée au 1^{er} septembre 2016 a pu parfois, sur certains sites, générer des questionnements auprès des personnels et de l'encadrement. Dans l'ensemble des groupes hospitaliers une attention particulière a été portée sur ces situations qui ont fait l'objet d'accommodements raisonnables lorsque la situation sociale et/ou médicale le justifiait.

La très grande majorité des situations a été examinée selon un format pluri-professionnel (médecine du travail, service social du personnel, encadrement, DRH) et des dérogations ont pu être accordées sur des durées de 6 mois à 1 an. Au total, un tiers des demandes d'accommodement raisonnable ont été accordées.

La Direction des Ressources Humaines de l'AP-HP a été sollicitée à de nombreuses reprises par certains agents et/ou des organisations syndicales en vue d'arbitrer sur des refus de prolongation de l'accommodement raisonnable précédemment accordé. Des consignes ont été arbitrées avec les DRH de GH pour que ces demandes soient traitées avec souplesse notamment pour les personnels proches de la retraite, les chargés de famille isolés dont le rythme de travail conditionne un équilibre familial précaire.

I-2 Le rôle primordial du comité de suivi de la réforme

L'arrêté du 1^{er} avril 2016, en son article 21, prévoit l'installation d'un comité de suivi de la réforme, qui a un rôle d'alerte en cas de difficultés de mise en œuvre des dispositions retenues, y compris sur un plan technique ou réglementaire.

L'ensemble des points d'application de la réforme du temps de travail a été évoqué lors des réunions de comité de suivi en central et en local. La totalité des GH ont initié des comités de suivi. Il y en a eu en moyenne 2 par GH pour cette année 2017.

Ces comités de suivi ont vocation à traiter des difficultés liées à la mise en œuvre de la réforme et à faire remonter les signalements. Certaines organisations syndicales n'ont pas souhaité siéger à ces commissions.

Au niveau central le comité a siégé trois fois depuis octobre 2016. Il a pu faire remonter des difficultés dans l'application du protocole sur certains GH ou des demandes d'éclaircissement sur les procédures à appliquer.

C'est ainsi que les conditions de recrutement des agents en 7h00 ont été précisées en limitant ce type de schéma horaire aux remplacements de courte durée.

I-3 Le suivi de l'introduction des nouveaux schémas horaires

Le comité de suivi a pu préciser les conditions de recrutement en 7h30 et en 7h36. Le schéma en 7h30 est possible pour les nouveaux recrutés ce qui exclut de facto les mouvements internes à l'AP-HP (mouvement intra et inter GH) sauf si les agents se positionnent en connaissance de cause sur une fiche de poste en 7h30 et auquel cas ils bénéficient du paiement de 18 heures supplémentaires. Il a aussi permis d'acter que pour les congés parentaux de moins de six mois et des disponibilités de droit de la même durée, les agents seraient positionnés sur leur schéma horaire initial.

Le comité de suivi et la DRH centrale ont été saisis de nombreuses doléances concernant le non-respect de cette règle, des agents de l'AP-HP se voyant imposer sans contrepartie l'horaire en 7h30. Un rappel a été réalisé auprès des Groupes Hospitaliers afin que l'esprit et la lettre du protocole soient respectés.

Le comité de suivi a veillé à ce que l'article 4 de l'arrêté du 1^{er} avril 2016 relatif au temps de repas soit respecté, ce qui est le cas.

Un point fréquemment soulevé en comité de suivi est le respect de l'article 12 de l'arrêté directorial notamment dans son alinéa 3 relatif aux dépassements d'horaires. Les dépassements d'horaires effectués à la demande de l'encadrement doivent être tracés. Il ne s'agit pas de comptabiliser les dépassements n'excédant pas les 10 minutes liées à la vie du service mais bel et bien un dépassement induit par l'organisation du travail qu'il soit planifié ou non, ou demandé par l'encadrement.

Afin de favoriser l'expression collective sur l'organisation du service, à l'initiative de l'encadrement du service où à la demande de ses personnels, des temps d'échanges ou de formations en commun doivent être organisés suivant un rythme minimal d'une fois par

trimestre. Pour les agents qui de ce fait dépassent leurs horaires, le temps consacré doit être intégralement compensé.

Une enquête a été menée à ce sujet dans le courant de l'été 2017 auprès de l'encadrement de l'ensemble des GH et auprès des DRH. Le taux de réponse à cette enquête atteint 8,5% et au 5 octobre 284 cadres y ont répondu. On constate qu'il existe des supports de traçabilité de dépassement d'horaire dans 26% des cas et ces supports sont antérieurs à la mise en œuvre de la réforme. Dans la grande majorité des situations, les dépassements d'horaires sont récupérés. Seuls 18 cadres font état de rémunération des dépassements.

La prochaine enquête sera réalisée sur un autre support WEB afin de permettre aux cadres de répondre de manière plus massive. Par ailleurs cette approche permettra de préciser le contexte du dépassement d'horaire en le distinguant clairement du recours aux heures supplémentaires effectuées dans le cadre d'un remplacement.

L'arrêté directorial prévoit une traçabilité exhaustive des dépassements d'horaires dans Gestime ; les résultats de l'enquête ne nous permettent pas d'affirmer qu'il en est ainsi dans l'ensemble des services. Un rappel sera fait auprès des cadres et des services des DRH des GH pour que nous parvenions à l'exhaustivité sur ce point.

Néanmoins nous avons pu extraire l'évolution des repos récupérateurs (RR) depuis 2015. Après une baisse du volume de RR constatée entre 2015 et 2016 nous pouvons d'ores et déjà prévoir une hausse du volume pour 2017 et ce pour l'ensemble des schémas horaires. Ceci nous laisse penser que les dépassements d'horaire sont davantage pris en compte.

L'évolution des jours non pris au cours de l'année (CA, RTT, RR) et des compteurs CET constitue également un marqueur attendu de la réforme OTT. Cet impact ne pourra toutefois être véritablement apprécié qu'à la fin de la première année de pleine mise en œuvre de la réforme. Concernant l'année 2016, année d'application partielle de la réforme. Le nombre de jours non pris au 31 décembre diminue de 8,5% par rapport à l'année précédente, le nombre de jours placés sur les CET pérenne a pour sa part diminué de 30% entre 2015 et 2016.

I-4 L'impact sur le turn-over et le taux de départ des personnels

Un autre point d'interpellation formulé en comité de suivi concerne une possible augmentation du turn-over du personnel et du taux de départ des personnels. Les chiffres ci-après montrent pourtant une relative stabilité voire une diminution du turn-over dans certaines catégories professionnelles ainsi qu'un taux de départ constant ces dernières années ; la réforme n'a pas eu d'impact sur le turn-over et les départs.

Le turn-over

Le turn-over pour l'ensemble des qualifications reste stable à 6,8% depuis trois ans. Les taux de turn-over des personnels hospitaliers pour 2015, 2016 et 2017 sont respectivement de 7,4%, 6,8% et 7,4% : le taux 2017 est donc équivalent à celui de 2015. Il a même été plus faible en 2016. Il n'y a donc pas d'augmentation du taux de turn-over pour cette catégorie de personnel.

Le taux de turn-over des personnels administratifs et des personnels socio-éducatifs sont respectivement de 6.7 et 7.9% et évoluent à la baisse par rapport à 2016. Celui des personnels techniques et ouvrier évolue de 3.2% en 2016 à 3.5% en 2017.

TURN -OVER PREVISIONNEL 2015-2019 PAR QUALIFICATION SUR EMPLOI PERMANENT

Mode de calcul =nombre d'arrivée d'agents sur la qualification et du nombre de départs d'agents (vers une autre qualification ou vers l'extérieur) au cours de l'année / 2 /ETP au 1er janvier de l'année N

GLOBAL AP-HP			
	2015	2016	2017
PNM	6,8%	6,8%	6,8%

PERSONNEL ADMINISTRATIF			
	2015	2016	2017
ATTACHE D'ADMINISTRATION	15,0%	18,7%	16,0%
ADJOINT DES CADRES HOSPITALIERS	9,1%	11,6%	14,1%
ASSISTANT MEDICO-ADMINISTRATIF	5,3%	6,4%	8,2%
ADJOINT ADMINISTRATIF	6,0%	7,0%	7,4%
PERMANENCIER (CAT C)	34%	14%	
PERSONNEL ADMINISTRATIF (hors CM et corps de direction)	6,8%	7,0%	6,7%

PERSONNEL HOSPITALIER			
	2015	2016	2017
PERSONNEL DIPLÔME INFIRMIER			
INFIRMIER DIPLÔME D'ETAT	11,9%	11,9%	12,4%
INFIRMIER BLOC OPERATOIRE DIPLÔME D'ETAT	7,4%	9,7%	9,2%
INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLÔME D'ETAT	10,1%	10,7%	10,4%
INFIRMIER PUERICULTURE	19,2%	20,6%	18,2%
CADRE INFIRMIER DIPLÔME D'ETAT			
CADRE INFIRMIER BLOC OPERATOIRE DIPLÔME D'ETAT	0,2%	0,2%	0,4%
CADRE INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLÔME D'ETAT	0,2%	0,1%	0,2%
CADRE INFIRMIER PUERICULTURE			
CADRE SUP INFIRMIER DIPLÔME D'ETAT			
CADRE SUP INFIRMIER BLOC OPERATOIRE DIPLÔME D'ETAT	9,4%	3,7%	14,4%
CADRE SUP INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLÔME D'ETAT	17,2%	1,5%	12,1%
CADRE SUP INFIRMIER PUERICULTURE	11,9%	11,3%	14,2%
PERSONNEL DIPLÔME MEDICO-TECHNIQUE			
MANIPULATEUR EN RADIOLOGIE	7,0%	7,3%	7,4%
PREPARATEUR EN PHARMACIE	18,1%	17,4%	16,1%
TECHNICIEN DE LABORATOIRE	5,9%	5,4%	5,9%

CADRE MANIPULATEUR EN RADIOLOGIE	13,5%	10,1%	9,1%
CADRE PREPARATEUR EN PHARMACIE			
CADRE TECHNICIEN DE LABORATOIRE			
CADRE SUP MANIPULATEUR EN RADIOLOGIE	5,9%	5,2%	14,6%
CADRE SUP PREPARATEUR EN PHARMACIE	0,0%	0,0%	15,4%
CADRE SUP TECHNICIEN DE LABORATOIRE	4,7%	9,2%	12,5%
PERSONNEL DIPLÔME DE REEDUCATION			
DIETETICIEN	9,6%	8,2%	8,5%
ORTOPHONISTE	13,3%	18,4%	17,5%
ORTHOPTISTE	21,1%	14,1%	17,2%
PSYCHOMOTRICIEN	17,0%	11,2%	13,4%
MASSEUR KINESITHEPEUTE	21,5%	22,8%	21,9%
PEDICURE PODOLOGUE	15,9%	13,0%	20,1%
ERGOTHERAPEUTE	14,7%	12,5%	11,4%
CADRE DIETETICIEN	16,2%	21,0%	13,1%
CADRE ORTOPHONISTE	50,0%	0,0%	0,0%
CADRE ORTHOPTISTE	0,0%	0,0%	0,0%
CADRE PSYCHOMOTRICIEN	100,0%	0,0%	0,0%
CADRE MASSEUR KINESITHEPEUTE	8,4%	7,4%	10,9%
CADRE ERGOTHERAPEUTE	25,0%	0,0%	7,1%
CADRE PEDICURE PODOLOGUE			1,5%
CADRE SUP DIETETICIEN	0,4%	4,1%	4,2%
CADRE SUP ORTOPHONISTE	0,0%	0,0%	0,0%
CADRE SUP ORTHOPTISTE	50,0%	#DIV/0!	#DIV/0!
CADRE SUP PSYCHOMOTRICIEN	0,0%	0,0%	0,0%
CADRE SUP MASSEUR KINESITHEPEUTE	0,0%	5,6%	15,7%
CADRE SUP ERGOTHERAPEUTE	10,0%	0,0%	0,0%
AUTRE PERSONNEL DIPLÔME			
PSYCHOLOGUE	20,5%	12,5%	18,9%
SAGE-FEMME	32,8%	21,8%	21,2%
CADRE SAGE-FEMME	3,6%	0,0%	0,0%
CADRE SUP SAGE-FEMME	0,0%	0,0%	0,0%
DIRECTEUR DE SOINS 1ERE CLASSE			
DIRECTEUR DE SOINS 2ND CLASSE			
PERSONNEL HOSPITALIER QUALIFIE			
AIDE SOIGNANT	6,4%	6,2%	6,6%
AUXILIAIRE DE PUERICULTURE	11,1%	9,5%	10,4%
AGENT DES SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIES	11,5%	11,9%	10,2%
PERSONNEL HOSPITALIER	7,4%	6,8%	7,4%

PERSONNEL SOCIO EDUCATIF			
	2015	2016	2017
ASSSITANT SOCIO EDUCATIF	12,4%	10,0%	10,3%
CADRE ASSSITANT SOCIO EDUCATIF	7,7%	14,6%	12,5%
CADRE SUP ASSSITANT SOCIO EDUCATIF	0,0%	4,3%	33,3%
EDUCATEUR DE JEUNES ENFANTS	8,6%	8,2%	7,9%
PERSONNEL SOCIO EDUCATIF	8,9%	8,2%	7,9%

PERSONNEL TECHNIQUE ET OUVRIER			
	2015	2016	2017
INGENIEUR HOSPITALIER	20,6%	13,9%	48,1%
INGENIEUR HOSPITALIER PRINCIPAL	2,8%	1,7%	1,8%
INGENIEUR HOSPITALIER EN CHEF	16,5%	3,9%	3,3%
INGENIEUR HOSPITALIER GENERAL	17,4%	4,3%	0,0%
TECHNICIEN SUPERIEUR HOSPITALIER	14,2%	7,7%	7,5%
AGENT DE MAITRISE	12,1%	9,4%	4,7%
AGENT TECHNIQUE SPECIALISE	7,6%	7,7%	7,9%
MAITRE OUVRIER	3,7%	3,7%	3,2%
OUVRIER PERSONNEL QUALIFIE	24,5%	41,4%	27,7%
AGENT D'ENTRETIEN QUALIFIE	20,2%	24,0%	17,7%
BLANCHISSEUR MAITRE OUVRIER	4,8%	3,6%	2,4%
BLANCHISSEUR OUVRIER PERSONNEL QUALIFIE	5,5%	7,1%	9,7%
BLANCHISSEUR AGENT D'ENTRETIEN QUALIFIE	15,6%	6,1%	8,2%
CONDUCTEUR AMBULANCIER	5,8%	18,1%	12,9%
PERSONNEL TECHNIQUE ET OUVRIER (hors CM)	3,4%	3,2%	3,5%

Le taux de départs externes des personnels de l'AP-HP

Les taux de départ pour 2015, 2016 et 2017 sont respectivement de 8,4%, 8,2% et 8,4% : le taux de 2017 est donc équivalent à celui de 2015 ; il a même été plus faible en 2016 ; il n'y a donc pas d'augmentation du taux de départ.

Il est très stable voire en baisse pour le personnel diplômé infirmier mais en augmentation pour le personnel médico technique et de rééducation.

Taux de départ externe (départs directs "vers l'extérieur" / effectifs au 1 /01/ année N)			TAUX DE départ global (tous départs confondus dont avancement de grade)/ effectifs au 01/01/année N		
2015	2016	2017	2015	2016	2017
8,4%	8,20%	8,4%	9,9%	9,6%	9,6%

PERSONNEL HOSPITALIER DIPLÔME						
	taux de départ externe			taux de départ global		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
PERSONNEL DIPLÔME INFIRMIER						
INFIRMIER DIPLÔME D'ETAT	10,9%	10,5%	10,7%	12,3%	11,6%	11,8%
INFIRMIER BLOC OPERATOIRE DIPLÔME D'ETAT	7,8%	10,2%	9,2%	8,8%	11,9%	10,5%
INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLÔME D'ETAT	7,9%	9,0%	7,8%	8,4%	9,8%	8,4%
INFIRMIER PUERICULTURE	19,0%	18,7%	16,0%	19,5%	19,9%	16,9%

CADRE INFIRMIER DIPLÔME D'ETAT	8,3%	8,5%	8,6%	10,7%	8,5%	10,6%
CADRE INFIRMIER BLOC OPERATOIRE DIPLÔME D'ETAT	0,0%	0,0%	0,0%	8,6%	13,5%	6,2%
CADRE INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLÔME D'ETAT	0,0%	0,0%	0,0%	5,4%	11,0%	7,4%
CADRE INFIRMIER PUERICULTURE	0,0%	0,0%	0,0%	8,9%	7,6%	7,9%
CADRE SUP INFIRMIER DIPLÔME D'ETAT	10,3%	16,2%	12,1%	10,3%	16,2%	12,1%
CADRE SUP INFIRMIER BLOC OPERATOIRE DIPLÔME D'ETAT	7,7%	7,4%	4,7%	7,7%	7,4%	4,7%
CADRE SUP INFIRMIER ANESTHESISTE DIPLÔME D'ETAT	13,1%	3,0%	11,7%	13,1%	3,0%	11,7%
CADRE SUP INFIRMIER PUERICULTURE	9,5%	13,6%	14,2%	9,5%	13,6%	14,2%
PERSONNEL DIPLÔME MEDICO-TECHNIQUE						
MANIPULATEUR EN RADIOLOGIE	6,3%	7,6%	7,2%	6,6%	8,0%	7,6%
PREPARATEUR EN PHARMACIE	15,9%	13,8%	15,0%	20,2%	17,7%	18,2%
TECHNICIEN DE LABORATOIRE	6,0%	5,6%	6,0%	6,4%	6,0%	6,2%
CADRE MANIPULATEUR EN RADIOLOGIE	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	11,1%	5,8%
CADRE PREPARATEUR EN PHARMACIE	0,0%	0,0%	0,0%	10,3%	9,1%	8,9%
CADRE TECHNICIEN DE LABORATOIRE	0,0%	0,0%	0,0%	7,5%	10,9%	5,5%
CADRE SUP MANIPULATEUR EN RADIOLOGIE	0,0%	0,0%	0,0%	7,6%	10,5%	8,8%
CADRE SUP PREPARATEUR EN PHARMACIE	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	7,7%
CADRE SUP TECHNICIEN DE LABORATOIRE	7,0%	18,5%	11,3%	7,0%	18,5%	11,3%
PERSONNEL DIPLÔME DE REEDUCATION						
DIETETICIEN	8,2%	7,9%	8,1%	9,0%	8,4%	8,4%
ORTOPHONISTE	15,8%	19,2%	19,9%	15,8%	19,2%	19,9%
ORTHOPTISTE	16,2%	7,0%	9,3%	20,9%	14,1%	18,7%
PSYCHOMOTRICIEN	18,2%	11,2%	14,7%	18,2%	11,2%	14,7%
MASSEUR KINESITHEPEUTE	20,3%	27,0%	21,9%	20,8%	27,4%	22,2%
PEDICURE PODOLOGUE	22,2%	13,0%	21,4%	22,2%	13,0%	21,4%
ERGOTHERAPEUTE	13,0%	11,6%	10,8%	13,0%	11,6%	10,8%
CADRE DIETETICIEN	5,0%	7,0%	4,4%	5,0%	7,0%	4,4%
CADRE ORTOPHONISTE	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
CADRE ORTHOPTISTE	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
CADRE PSYCHOMOTRICIEN	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
CADRE MASSEUR KINESITHEPEUTE	9,6%	4,9%	10,0%	9,6%	4,9%	14,7%
CADRE ERGOTHERAPEUTE	16,7%	0,0%	14,3%	16,7%	0,0%	14,3%
CADRE SUP DIETETICIEN	0,0%	6,8%	7,2%	0,0%	6,8%	7,2%
CADRE SUP ORTOPHONISTE	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
CADRE SUP ORTHOPTISTE	100,0%	#DIV/0!	#DIV/0!	100,0%	#DIV/0!	#DIV/0!
CADRE SUP PSYCHOMOTRICIEN	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
CADRE SUP MASSEUR KINESITHEPEUTE	0,0%	11,2%	18,9%	0,0%	11,2%	18,9%
CADRE SUP ERGOTHERAPEUTE	20,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%
AUTRE PERSONNEL DIPLÔME						
PSYCHOLOGUE	13,8%	13,2%	13,5%	13,8%	13,2%	13,5%
SAGE-FEMME	11,5%	9,8%	9,5%	11,5%	9,8%	9,5%
CADRE SAGE-FEMME	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
CADRE SUP SAGE-FEMME	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

PERSONNEL HOSPITALIER DIPLOME						
PERSONNEL HOSPITALIER QUALIFIE						
	taux de départ externe			taux de départ global		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
AIDE SOIGNANT	5,9%	6,3%	6,8%	6,4%	6,9%	7,4%
AUXILIAIRE DE PUERICULTURE	8,9%	6,2%	8,7%	9,9%	7,3%	9,7%
AGENT DES SERVICES HOSPITALIERS QUALIFIE	9,5%	7,8%	8,8%	12,8%	10,9%	10,9%
PERSONNEL HOSPITALIER QUALIFIE						

I-5 L'impact sur la stabilité des plannings

Autre point d'attention du comité de suivi, l'engagement d'une amélioration de la stabilité des plannings. Une enquête sur la stabilité des plannings a donc été réalisée en juin 2017. Elle a porté sur les déplacements de repos intervenus sur la journée du jeudi 22 juin 2017.

Elle a concerné 2226 cadres des services de soins, utilisateurs de Gestime. Sur ces 2226 cadres, 441 cadres ont répondu, soit un taux de réponse de 19,8%.

Sur les 441 cadres qui ont répondu à l'enquête, 60 répondants (13% de l'effectif) ont fait état de 101 déplacements de jours de repos.

Les repos hebdomadaires (RH) représentent 36% du volume de jours déplacés. Toutefois, en proportion, ce sont les jours de RTT qui sont le plus déplacés avec 22% du volume. Les résultats de l'enquête montrent par ailleurs une quasi-sanctuarisation des congés annuels.

Dans 44% des situations, le repos est déplacé dans les 24h à 48h qui précèdent. Ce chiffre est élevé et montre les progrès à accomplir sur ce point précis.

I-6 La gratification du jour « médaille »

Le comité de suivi a par ailleurs nourri les orientations arrêtées avec l'AGOSPAP pour la gratification du jour médaille. En lien avec échanges intervenus en Commission politique sociale issue du CTEC, les discussions ont ainsi conduit à ce que les montants soient revus à la hausse par rapport à la proposition initiale. Les agents peuvent désormais exercer un droit d'option entre une journée de congé, quel que soit le type de médaille, ou un chèque en numéraire d'un montant de 100, 150 ou 200 euros selon la nature de la médaille.

II- Les mesures d'accompagnement de la réforme

La mise en œuvre de l'arrêté directeur s'est accompagnée de plusieurs engagements.

II-1 Le maintien des effectifs au service des malades

Les chiffres du bilan social examiné récemment dans les instances centrales ont permis de constater que cet engagement a été respecté (cf. page 26 et 27 du bilan social 2016).

Les effectifs totaux, toutes filières confondues, augmentent de 109 ETPR en 2016 soit une progression de + 0,15% entre 2015 et 2016.

Les effectifs au service direct des malades s'élèvent à 56 887 agents en 2016, ils évoluent de +0.1% par rapport à l'année précédente.

Les effectifs soignants progressent de 0.1% avec un total de 50 272 équivalents temps plein rémunérés.

Evolution des effectifs depuis 2014 : source bilan social 2016

		Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Total
		H+F	H+F	H+F	
Soignant	2014	17 623,5	6 983,3	25 851,2	50 458,0
	2015	18 129,7	6 574,5	25 532,7	50 236,8
	2016	18 738,9	6 098,2	25 435,7	50 272,8
Socio-éducatif	2014	46,9	987,6		1 034,5
	2015	43,6	989,6		1 033,2
	2016	44,4	1 005,1		1 049,5
Médico-technique	2014	371,5	5 174,6	12,4	5 558,4
	2015	376,9	5 178,6	16,5	5 572,0
	2016	374,6	5 176,1	14,3	5 564,9
total 2014		18 041,9	13 145,5	25 863,5	57 050,9
total 2015		18 550,2	12 742,6	25 549,2	56 842,0
total 2016		19 157,9	12 279,4	25 449,9	56 887,2
Evolution 2016/2015		3,28%	-3,6%	-0,4%	0,1%

II-2 Un renforcement de la politique du logement en faveur des personnels

Les orientations prises en matière de logement visent à favoriser l'optimisation de l'occupation des logements, pour augmenter la proportion d'agents en activité logés, et à rechercher toutes les possibilités permettant d'en augmenter l'offre.

L'objectif affiché correspond à un accroissement de l'offre de logements attribués sur critères sociaux et professionnels de 1.000 logements à fin 2019. Plusieurs leviers sont mobilisés pour atteindre cet objectif :

- L'accord passé avec la Ville de Paris par l'intermédiaire de Paris Habitat, dont la mise en œuvre a débuté en août 2017, va permettre de proposer 500 logements aux agents de l'AP-HP pendant une durée de 30 ans.
- Les discussions engagées avec la SNI pour l'ouverture de son parc de logement aux agents de l'AP-HP devraient se traduire par une offre supplémentaire en logements à loyers intermédiaires.
- La reprise en gestion par l'AP-HP de logements faisant l'objet de baux emphytéotique se poursuit à l'échéance des engagements pris. Ainsi, 61 logements d'un immeuble du 14^{ème} arrondissement ont été intégrés dans le domaine de l'AP-HP au 4^{ème} trimestre 2017.
- La révision des situations locatives d'occupants de logements du domaine privé se poursuit. Elle prévoit en particulier la sortie progressive du dispositif des baux de la loi de 48, l'application de l'article 14-2 de la loi de 1989 (amendement logement) et la révision des situations locatives décalées de médecins ou de cadres supérieurs avec mise à jour des loyers ou délivrance de congés. Dans ce cadre, 22 logements ont été récupérés, 20 congés délivrés et 24 renégociations ont entraîné des revalorisations de baux.
- Les dispositifs particuliers destinés à certaines catégories de personnel sensibles ont été renforcés, sur le modèle du dispositif « infirmière capitale » et ouverts aux manipulateurs radio ou kinésithérapeutes par exemple. La mise à disposition de logements dans le cadre de colocations va être développée.
- Les modalités de fonctionnement de la « commission logement » (CAS) vont être revues afin de favoriser une évolution de son rôle. Il apparaît par ailleurs nécessaire de renforcer l'information des agents en amont de l'attribution du logement (notamment au regard des typologies de logements et de quartiers). En complément des logements propres à l'AP-HP proposés aux agents, il est prévu de conclure des partenariats avec des organismes susceptibles de proposer des logements sociaux temporaires ou pérennes ainsi que des chambres et studios meublés en foyers et résidences pour gérer les situations de crise auxquelles les personnels peuvent être confrontés. Les relations établies avec les Résidences le Logement des Fonctionnaires (RLF) ou l'association Parme ont d'ores et déjà permis de mettre à disposition des agents une quarantaine de logements.
- Enfin, des dispositions sont prises pour accélérer les actions de rénovation et de réhabilitation des logements du domaine privé, faire évoluer le système d'information du Pôle logement et sa nécessaire évolution (stabilisation et clarification des calculs de charges, ...) et assurer la montée en compétences des gardiens d'immeubles avec des activités revues conformément à leur statut (signalement en cas de problème – états des lieux d'entrée et de sortie – remplacements pendant les congés annuels - formation).

II-3 La mise à jour des références réglementaires internes

Les modifications apportées aux règles de gestion du temps de travail ont induit la refonte des outils institutionnels. Ce contexte a constitué une opportunité pour rendre nos outils plus accessibles aux cadres et aux agents.

Ainsi l'institution a procédé à :

- La rédaction et la diffusion de guide de gestion des plannings,
- La rédaction de la charte du télétravail et la diffusion d'un guide,
- La refonte du guide de présence au travail.

II-4 Des dispositions spécifiques aux personnels d'encadrement

Intégration du télétravail

Le télétravail est possible dans la limite d'un jour par mois afin permettre aux cadres de disposer d'un temps dédié pour travailler dans des conditions propices à la réflexion et à l'élaboration de projet. A ce jour 124 cadres exercent en télétravail et au total ce sont 479 journées qui ont été effectuées selon ce mode.

Intégration de deux jours de valorisation professionnelle garantissant aux cadres d'approfondir leurs connaissances et compétences sur un domaine de leur choix

A la fin du 1^{er} semestre 22% des journées de valorisation professionnelles ont été prises.

Renforcement des formations relatives à la gestion des plannings pour atteindre l'objectif de planification et d'anticipation permettant aux agents de pouvoir se projeter dans et au dehors du milieu de travail.

Trente-sept sessions de formation ont été organisées au niveau central au sein de l'IFCS.

L'enjeu majeur est de former les cadres, d'une part à la réglementation du temps de travail, mais aussi à la gestion des plannings. Les livrables de formation ont été construits avec les experts de la gestion du temps de travail et des coordinateurs généraux des soins aguerris à la pratique. Ces formations prévoient aussi une aide à l'utilisation de l'outil GESTIME.

La réglementation prévoit de planifier les jours de congés annuels pour le 31 mars de l'année en cours. Au 31 mars 2017 il restait en moyenne 12 jours de CA non planifiés par agent. La planification est un des leviers majeurs de la stabilité des plannings, elle permet de mieux configurer les besoins en moyens de remplacement au vu de l'activité. Une action de

sensibilisation sera faite auprès des cadres et des agents afin d'améliorer le respect de cet axe réglementaire.

Animation d'une démarche de co-développement afin de renforcer les liens fonctionnels et permettre un partage et une recherche de solutions entre pairs dans la résolution de situations complexes. Création du site AP-HP management destiné aux cadres de l'institution

Il est nécessaire de renforcer la cohésion et le compagnonnage afin d'améliorer les conditions de travail des cadres. Rompre le sentiment d'isolement et favoriser les liens inter professionnels est l'un des axes forts qui motive ces projets. Le co-développement est destiné aux cadres et services volontaires dans le but d'initier une démarche de résolution de problématique basée sur l'écoute et le partage d'expérience. C'est un véritable outil managérial qui permet un décloisonnement. La création du site AP-HP management poursuit ce même but et vise à informer les cadres de l'institution sur différents aspects de leurs missions et fonctions.

L'amélioration des fonctionnalités de l'outil GESTIME et la création d'une interface WEB.

L'outil de gestion du temps de travail est au cœur de l'organisation des services. La maîtrise d'ouvrage n'a eu de cesse depuis la mise en œuvre de la réforme d'améliorer les fonctionnalités pour permettre aux cadres d'obtenir une meilleure ergonomie de l'outil. Le prochain chantier est celui du développement de l'application *GESTIME WEB* qui permettra une interface plus fonctionnelle et des développements plus importants. Il est envisagé que les agents puissent effectuer leur demande de RT/CA/RR via internet, faire des demandes de placement de jour sur compte épargne temps. Ainsi, la dématérialisation faciliterait les échanges entre les agents et l'encadrement.

L'AP-HP s'est associée à un laboratoire de recherche de l'université de Lorraine, dans le cadre d'un appel à projet initié par la FHF, pour concevoir un outil d'aide à l'élaboration des plannings à destination des cadres, intégrant les contraintes réglementaires (respect du temps de travail, respect des temps de repos).

Enfin, pour améliorer la réponse aux besoins de remplacement, l'institution a pour projet d'interfacer avec Gestime un logiciel de gestion des moyens de remplacements (Vacataires, Intérim/ HS).

Cette réforme de l'organisation du temps de travail a eu pour corolaire deux chantiers majeurs permettant d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels au sein de l'institution : la résorption de l'emploi précaire, la prévention de l'absentéisme.

III- La mise en œuvre de l'accord de résorption de l'emploi précaire du 22 avril 2015 et de l'avenant du 1er février 2017

La réforme de l'organisation du temps de travail a également pour objectif d'améliorer les conditions de travail des agents. La déprécarisation en est un levier majeur. Dans le cadre des échanges intervenus avec l'une des organisations syndicales, celle-ci a demandé à ce qu'un effort

notable soit fait pour déprécier la situation des personnels en contrat à durée déterminée de toutes catégories et notamment de catégorie C.

A ce titre, l'AP-HP a conduit, depuis 2015, une politique ambitieuse en termes d'organisation des commissions de sélection, d'organisation de concours, réservés ou classiques, de propositions de CDI y compris pour les personnels de recherche.

III-1 Les commissions de sélections

En 2015, ce sont 390 mises en stage qui ont été réalisées, déclinées comme suit :

- 146 adjoint administratifs
- 184 ASHQ
- 44 AEQ
- 16 BAEQ

En 2016, ce sont 298 mises en stage qui ont été réalisées, déclinées comme suit :

- 148 adjoint administratifs
- 87 ASHQ
- 57 AEQ
- 6 BAEQ

Pour 2017, ce sont 429 visas qui ont été octroyés aux Groupes Hospitaliers, déclinés comme suit :

- 223 adjoint administratifs
- 133 ASHQ
- 62 AEQ
- 11 BAEQ

Il existe néanmoins un volume de contractuels de catégorie C qu'il est difficile de réduire. En effet, il existe 731 CDD de catégorie C soit 52.4% du total et 284 d'entre eux ont une ancienneté de 3 ans et plus.

Ce sont les adjoints administratifs (336) et les ASH (230) qui sont majoritairement représentés. Ces deux catégories de personnel sont titularisées par le biais des commissions de sélection.

428 visas ont été accordés pour les commissions de sélection et à fin juin, seulement 127 ont été utilisés. Des commissions de sélection vont se tenir au cours du dernier trimestre et permettront de solder les visas octroyés. Ces visas vont permettre de mettre en stage 301 agents supplémentaires mais il restera un solde de 430 CDD, toutes durées confondues, sur cette catégorie C. Le volume des CDD de 3 ans et plus risque de se reconstituer dès la fin de l'année.

III-2 Les concours

Depuis la signature du protocole, ce sont 1058 agents qui sont entrés dans la fonction publique hospitalière via l'organisation des concours. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris mène une vague de concours sans précédent, tant pour les concours réservés que pour les concours dits classiques.

III-2-1 Les concours réservés

L'Institution a souhaité ouvrir des concours réservés dans les filières administrative et technique dans le but de reconnaître l'engagement des agents dans leurs missions. Par ailleurs ces concours ont permis à des personnels en CDD d'accéder au statut de stagiaire et désormais de titulaire. Au total, ce sont cent personnes qui ont ainsi pu rejoindre le statut de fonctionnaire.

Les concours réservés	ANNEE	Postes ouverts	liste complémentaire
Ingénieur hospitalier	2015	15	1
Ingénieur en chef	2015	7	1
Examen professionnel réservé Adjoint des cadres hospitaliers de classe normale	2015	2	
Examen professionnel réservé Assistant médico-administratif de classe normale	2015	6	
Technicien supérieur hospitalier de 2ème classe	2016	23	
Attaché d'administration hospitalière	2016	8	
psychologue	2017	15	
ingenieur hospitalier	2018	22	
	total	98	2

III-2-2 Les concours classiques

Depuis 2015, 954 agents ont accédé au statut de stagiaire de la fonction publique hospitalière via l'organisation des concours dits classiques.

La filière la plus concernée est celle des cadres de santé paramédicaux avec 425 postes ouverts aux concours sur 3 ans. A cela s'ajoutent les 140 postes ouverts pour le très prochain concours de fin 2017. Soit un total de 565 postes offerts aux cadres. Cette politique est menée dans l'optique de réduire le nombre de faisant fonction de cadre de santé et de reconnaître l'engagement de l'encadrement pour porter les projets de l'institution.

Des concours ont été ouverts pour répondre aux besoins des PIC SMS/SCA et SCB afin de déprécier les agents en poste et pour faciliter des recrutements sur des secteurs sensibles.

L'ouverture d'un concours et la mise en stage de 120 assistants médico-administratifs répond à la volonté de déprécier et de stabiliser la situation des agents chargés de ces fonctions au sein des services de soins.

Les concours classiques	ANNEE	Postes ouverts	liste complémentaire
Cadre de santé paramédical	2015	59	20
	2015	150	
	2016	150	8
	2017	35	3
Cadre supérieur de santé paramédical	2017	45	
Cadre supérieur socio-éducatif	2016	4	
Cadre socio-éducatif	2016	5	2
Technicien hospitalier (PIC SMS/SCA/SCB)	2015	17	1
Conducteur ambulancier de 2ème catégorie	2016	15	6
Adjoint des cadres hospitaliers - 1er grade	2016	25	10
Psychologue de classe normale	2016	50	3
Ouvrier professionnel qualifié	2016	70	18
Ingénieur hospitalier	2016	41	47
Conducteur ambulancier de 2ème catégorie	2017	15	
Assistant médico-administratif - 1er grade - secrétariat médical	2016	100	20
Assistant médico-administratif - 1er grade - assistance de régulation médicale	2017	35	
	Total	816	138

III-3 L'octroi de visas de mise en stage des infirmières diplômées d'Etat et des aides-soignants

➤ Les mises en stage des infirmières :

Depuis 2015 ce sont 4750 infirmières diplômées d'Etat qui ont été mises en stage.

- 1446 visas en 2015
- 1531 visas en 2016
- 1773 visas en 2017

➤ Les mises en stage des aides-soignants :

Depuis 2015 ce sont 2389 aides-soignants qui ont été mis en stage

- 741 visas en 2015
- 638 visas en 2016
- 1010 visas en 2017

III-4 La CDIisation

La loi « Sauvadet » prévoit la transformation des contrats à durée déterminée en contrats à durée indéterminée pour les contractuels ayant accompli au moins 6 ans au cours des 8 ans précédant la publication de la loi. Elle s'est concrétisée à l'AP-HP courant 2013 et 2014.

La DRH de l'AP-HP a proposé début 2017 d'étendre le dispositif à des contractuels ayant une ancienneté de plus de 3 ans. Ce dispositif, destiné à faciliter la vie sociale et personnelle des

agents, s'accompagne de l'engagement des personnes concernées à passer les concours en vue d'accéder à l'emploi titulaire.

La politique de « CDIisation » concerne les professionnels n'ayant pas encore réussi un concours organisé par l'AP-HP mais dont la manière de servir donne entière satisfaction. Cela peut concerner, par exemple, les psychologues, les adjoints des cadres hospitaliers, les ouvriers professionnels ou les assistants médico administratifs.

Il appartient aux DRH des Groupes Hospitaliers ou des pôles d'intérêt commun de signaler à la DRH de l'AP-HP les agents pouvant bénéficier de cette disposition. En 2017, 19 demandes de transformation de contrat de CDD en CDI ont été transmises par les Groupes Hospitaliers.

Métiers	NOMBRE
conseillère en risques professionnels	1
technicien biomédical	1
psychologue clinicienne	10
technicien système d'impression	1
Electricien	1
ingénieur en biologie	1
adjoint administratif	1
ingénieur en biologie	1
aide-soignante	1
Orthoptiste	1

S'agissant de la situation particulière des contractuels de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI), la DRCI et la DRH de l'AP-HP ont proposé, dans le cadre de l'avenant au protocole, que les efforts portent sur les personnels de recherche financés sur les fonds des Groupes Hospitaliers. La poursuite de la politique de « CDIisation » auprès de ces personnels paraissait nécessaire et équitable au regard des avancées déjà effectuées pour les personnels rémunérés sur les fonds de la DRCI.

Un recensement des personnels concernés a été engagé auprès des DRH des Groupes Hospitaliers et ce travail a abouti à proposer la CDIisation de 78 personnes

IV- La définition d'un plan de prévention de l'absentéisme et l'amélioration des conditions de travail

IV-1 Une évolution de l'absentéisme qui nécessite des actions préventives

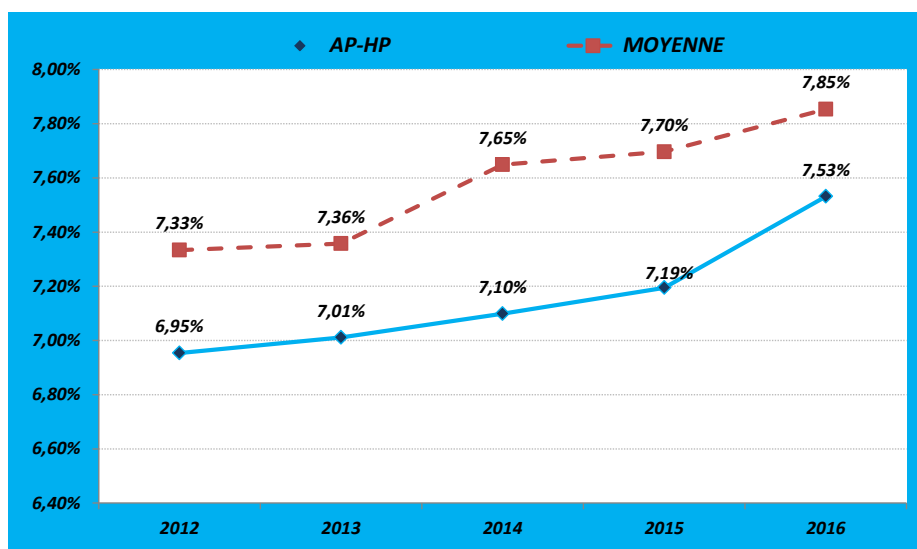
Le taux d'absentéisme est en augmentation depuis 2012. Il est de 7.53% en 2016, inférieur au taux moyen des CHU qui est de 7.85%. Nous observons une croissance de 4.68 % entre 2015 et 2016.

Le lien direct parfois effectué entre la réforme de de l'organisation du temps de travail au sein de l'AP - HP et la progression de l'absentéisme n'est pas établi :

La tendance à la progression de l'absentéisme preexiste à la réforme OTT et est commune à l'ensemble des CHU.

Evolution du taux d'absentéisme tous motifs : source enquête inter CHU 2016

Le graphique ci-dessous décrit la tendance observée et permet de nous comparer à l'ensemble des CHU.



Taux d'absentéisme tous motifs : source enquête inter CHU 2016

L'Assistance publique se situe au 12^{ème} rang parmi les 30 CHU.

CHU	2012	2013	2014	2015	2016	rang	Evolution du taux entre 2015 2016
MARSEILLE	8,50%	8,52%	9,34%	9,60%	9,61%	30	0,11%
CLERMONT-FERRAND	8,80%	8,49%	8,71%	8,71%	9,05%	29	3,96%
ROUEN	8,82%	8,30%	8,68%	8,89%	8,79%	28	-1,08%
BREST	8,06%	8,01%	8,59%	8,78%	8,78%	27	-0,22%
LILLE	8,43%	8,52%	8,71%	8,67%	8,71%	26	0,41%
POITIERS	8,15%	8,37%	8,43%	8,27%	8,47%	25	2,39%
ANGERS	7,93%	7,59%	8,12%	7,74%	8,41%	24	8,75%
GRENOBLE	8,90%	7,97%	8,22%	7,95%	8,31%	23	4,55%
AMIENS	8,43%	8,54%	8,68%	8,42%	8,27%	22	-1,76%
DIJON	6,92%	7,52%	7,70%	8,25%	8,25%	21	0,00%
NANCY	7,48%	7,54%	7,92%	8,47%	8,20%	20	-3,14%
BESANCON	6,78%	6,93%	7,63%	7,41%	7,89%	19	6,51%
NANTES	7,01%	7,15%	7,69%	7,38%	7,88%	18	6,00%
METZ				7,73%	7,86%	17	1,74%
MOYENNE CHU	7,33%	7,36%	7,65%	7,70%	7,85%		2,04%
LIMOGES	7,31%	7,56%	7,69%	7,82%	7,84%	16	0,25%
REIMS	7,21%	7,24%	7,81%	7,38%	7,80%	15	5,60%
HCL	7,31%	7,37%	7,54%	7,38%	7,76%	14	3,24%
BORDEAUX	6,85%	7,12%	7,59%	7,66%	7,70%	13	0,61%
AP-HP	6,96%	7,01%	7,10%	7,19%	7,53%	12	4,68%
TOULOUSE	6,38%	6,87%	7,16%	7,34%	7,47%	11	1,79%
SAINT-ETIENNE	7,48%	7,02%	7,11%	7,32%	7,39%	10	0,97%
NICE	7,11%	6,68%	6,90%	7,16%	7,30%	9	1,95%
REUNION	6,28%	6,37%	7,10%	6,90%	7,28%	8	5,58%
TOURS	6,70%	7,38%	7,15%	7,60%	7,28%	7	-4,40%
STRASBOURG	6,49%	6,68%	7,03%	7,15%	7,23%	6	1,11%
NIMES	6,22%	6,52%	6,70%	6,39%	7,17%	5	12,28%
MONTPELLIER		6,10%	6,44%	6,62%	7,10%	4	7,25%
ORLEANS	6,46%	6,79%	6,62%	6,69%	6,99%	3	4,38%
RENNES	6,19%	6,94%	6,84%	7,24%	6,72%	2	-7,23%
CAEN	6,18%	6,30%	6,45%	6,82%	6,60%	1	-3,21%

- La progression de l'absentéisme est exclusivement concentrée sur les absences maladies de plus de 6 jours
- Les absences de très courtes durées, les plus susceptibles d'être suscitées par la modification des rythmes de travail, sont en revanche en légère diminution au cours de la période.

En revanche, la progression de l'absentéisme contribue probablement à expliquer un déficit de perception des avantages de la réforme, une grande partie du temps récupéré pour améliorer les conditions de travail ayant été neutralisée par l'augmentation des absences.

Dans ce contexte il est apparu indispensable de mettre en œuvre un plan d'actions volontariste.

IV-2 La construction d'un plan de prévention de l'absentéisme

En lien avec le service central de santé au travail et dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie au travail, un plan de lutte contre l'absentéisme a été mis en œuvre dès l'été 2016. Les premières phases se sont traduites par :

- La mise en place d'un suivi quantitatif de l'absentéisme ;
- La mise en place des entretiens de retour pour :
 - o toute absence supérieure à 3 jours
 - o les absences injustifiées excessives ;
- La mise en place, au niveau de chaque GH, d'un Comité de pilotage sur l'absentéisme et la prévention des situations de décrochage ;
- L'élaboration d'une charte des plannings intégrant la réglementation relative au temps de travail, mais aussi des recommandations sur l'élaboration des plannings qui sera ensuite déclinée localement ;
- Le lancement au niveau de chaque GH de réflexions autour des équipes de suppléance en particulier sur leur dimensionnement, leurs modalités de fonctionnement.

Ce plan est décliné localement et a été présenté dans les CHSCT locaux.

La Direction de l'AP-HP a proposé aux membres du CHSCT central de mener un travail de prévention de l'absentéisme conjoint avec l'agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT) mais cette proposition a été déclinée au mois de février 2017. Faute de participation des organisations syndicales, l'ANACT n'a pu s'engager dans la démarche.

Au niveau central, et en lien avec les DRH et les directions des soins et des activités paramédicales des GH, un comité de pilotage du projet de prévention de l'absentéisme a été tout de même mis en place à l'été 2017 afin de potentialiser les travaux en cours et d'évaluer les actions entreprises hors AP-HP.

Les objectifs du projet prévention de l'absentéisme sont de :

- Comprendre l'absentéisme et faire partager un diagnostic sur l'analyse des données d'absentéisme ;
- Caractériser les absences au travail pouvant être révélatrices de difficultés liées à l'organisation et au management ;

- Identifier les axes d'analyse pour dégager une compréhension de l'absentéisme ;
- Déterminer un plan d'action pour agir sur les leviers de prévention de l'absentéisme.

Cinq groupes de travail ont été mis en place à cette occasion et ont entamé dès le début du mois de septembre un travail exploratoire :

- GP1 : Recueil et analyse de données : Pilote : Caroline CALMEL (DRH AP-HP)
- GP2 : Recensement et évaluation des leviers : Pilote : Jean-François BESSET (DRH HUHM)
- GP3 : Benchmark en matière de prévention de l'absentéisme : Pilote : Olivier PARIS (DRH Pitié Salpêtrière)
- GP4 : Baromètre interne social / Evaluation du ressenti avec conduite d'entretiens semi directifs : Pilote Pascale Finkelstein (DRH AP-HP)
-

Les conclusions de ces groupes de travail seront présentées en CHSCT central.

IV-3 Améliorer les conditions de travail en favorisant l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle

Afin d'améliorer les conditions de travail des agents présents et favoriser l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, deux actions principales ont été engagées : la définition de règles de remplacement dans le cadre d'une réflexion sur l'adéquation entre les effectifs et le capacitaire ; une démarche de meilleure articulation des temps médicaux et paramédicaux.

Une des premières conséquences de l'absentéisme est l'impact sur stabilité les plannings. L'enquête relative à la stabilité des plannings menée pendant l'été auprès de l'encadrement atteste de ce phénomène.

Cette enquête a été menée au mois de juin 2017 ; elle a concerné 2226 cadres des services de soins, utilisateurs de Gestime. 20 % des personnes sondées ont répondu (441 cadres) à l'enquête et 13% d'entre elles (60 cadres) ont témoigné de changement de planning.

Dans cette enquête, il est avéré, dans 74% des cas, que les agents se voient sollicités, conformément aux possibilités réglementaires, pour décaler leurs jours de repos afin de répondre à l'arrêt maladie non prévu d'un collègue. Dans ce contexte, il est essentiel que chaque Groupe Hospitalier puisse travailler à la définition d'une politique de remplacement via les pools de remplacement, l'intérim et les heures supplémentaires.

La stabilité des plannings passe par deux éléments essentiels. En premier lieu, chaque service de soins doit travailler à la mise en place des effectifs cibles en référence aux standards nationaux quand ils existent ou AP-HP quand ils font défaut. Cette démarche permet, en second lieu, d'asseoir une politique de remplacement.

A ce titre, la Direction du pilotage et de la transformation, en lien avec la DRH et la Direction des soins centrale, travaille à l'élaboration de modèles d'adaptation des ressources humaines au schéma capacitaire selon la discipline. L'idée qui préside est de pouvoir travailler avec les GH et l'encadrement des pôles sur une mise à plat des cibles fonctionnelles et de déterminer les seuils

de déclenchement d'un remplacement et les modalités de ce remplacement. Un regard attentif sera donné à la constitution et au mode de rattachement des pools de suppléance.

La clarté et la transparence dans les organisations seront un levier pour améliorer la stabilité des plannings, elles permettront aux cadres de pouvoir prendre en compte ce schéma d'organisation pour procéder au management des équipes et aux arbitrages concernant la planification des présences et des absences.

Tout ceci doit contribuer à l'amélioration des conditions de travail de la communauté soignante.

Un dernier axe important de l'amélioration des conditions de travail est la démarche sur l'articulation des temps médicaux et soignants. A ce jour, 60 services de l'APHP ont initié ce travail d'amélioration de l'organisation médico-soignante. Il s'agit de mettre en place des temps d'échange autour de l'organisation de la vie du service et de la prise en charge des patients. Les temps forts d'un service, notamment les staffs médicaux et les visites des malades, induisent les actes soignants a posteriori. Mieux prendre en compte les contraintes et les organisations de chacun des professionnels agissant dans la prise en charge du patient est un gage de reconnaissance et d'implication de l'ensemble de la chaîne du soin.

L'optimisation de la planification des soins, la gestion des séjours, donnent une visibilité permettant de mieux mesurer les variations de la charge de travail et d'anticiper davantage au sein des équipes les moyens et l'investissement nécessaire.

Cette thématique est prioritaire pour l'année à venir afin de tirer pleinement partie des bénéfices attendus de la réforme en matière d'amélioration de l'organisation et des conditions de travail.

Le bilan du déploiement de la démarche dans les 60 services sera réalisé avant de la déployer dans le maximum de services.

V – Conclusion

En 2018 nos priorités en matière de suivi de la réforme OTT seront d'une part, le traitement des actions insuffisamment abouties, d'autre part, d'évaluer la réforme dans son cadre global en plaçant l'équité au centre des évolutions sociales de l'AP-HP.

Parmi les actions qu'il convient encore de déployer ou de renforcer, on peut noter :

- La bourse à l'emploi pour les contractuels. Non déployée formellement à ce jour cette bourse de l'emploi réservée au personnel contractuel (en fin de contrat) permettrait de consolider les expériences des agents d'un site à l'autre en évitant la « perte » de cette expérience pour l'AP-HP. Ce dispositif ne peut s'entendre que pour les agents ayant donné satisfaction et remplissant les conditions de l'emploi contractuel.
- Un système automatisé de la comptabilisation du temps de travail. Techniquement compliquée à mettre en œuvre, du fait notamment des contraintes capacitaires et fonctionnelles de chaque service, l'automatisation du relevé des horaires permettrait de clarifier le temps de travail effectifs des agents.
- Sécuriser les passages à un temps de travail en douze heures. Celui-ci ne peut, au regard des jurisprudences successives, que s'envisager de manière dérogatoire, conformément

aux dispositions du décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail dans les établissements publics de santé. La DRH et la DOMU ont vocation à accompagner les établissements afin de sécuriser ce cadre uniquement dérogatoire, notamment en fournissant les outils d'évaluation de la pertinence médicale, pour le patient, de ce type d'organisation.

La généralisation de la démarche d'articulation des temps médicaux et soignants qui a commencé à être déployée dans quelques services.

- Le renforcement de la qualité de vie au travail pour laquelle certaines actions doivent nécessairement être complétées pour donner son plein effet à la réforme. Il s'agit notamment :
 - D'évaluer la démarche QVT en cours en ciblant en priorité les aspects peu intégrés ou mal intégrés à la réforme. Il s'agit par exemple d'une politique logement plus ouverte vers les nouveaux arrivants et les jeunes professionnels souvent confrontés à d'importantes problématiques d'éloignement entre le domicile et le travail. Par ailleurs la mise en œuvre d'enquêtes permettant d'assurer des comparaisons entre différents établissements de santé de taille importante dans le champ du bien-être au travail permettra de questionner utilement les dispositifs mis en œuvre à l'AP-HP, voire d'en déployer de nouveaux.
 - D'assurer le recrutement des médecins du travail en nombre. A ce jour une dizaine de postes de médecins du travail sont vacants. Le recours à un prestataire spécialisé dans le recrutement de ces médecins doit permettre une avancée plus sensible des arrivées sur cette fonction.
 - De mettre en œuvre les préconisations du plan santé et sécurité au travail. Présenté au CHSCT central du 23 juin 2017, ce dispositif a fait l'objet de plusieurs réunions techniques, notamment avec les membres du CHSCT central. Les orientations retenues ont vocation à être portées par l'arrivée d'un nouveau médecin coordonnateur en septembre 2017.
 - De prolonger le dispositif CLASS pour 2018. Cette action déjà mise en œuvre en 2015 / 2016 a permis de renforcer les moyens (en investissement) mis à disposition des services avec des outils plus adaptés à la protection des salariés dans leurs activités de travail quotidiennes (aide à la manutention du patient notamment).

Ces évolutions doivent permettre, fin 2018, d'évaluer celle-ci après deux ans de déploiement effectifs.