

*Au lendemain de la trêve des confiseurs, le protocole visant l'assouplissement des 35 heures dans la fonction publique hospitalière est signé par 6 organisations syndicales. SUD et la CGT ont refusé de signer.*

# Coup de froid sur les 35 h des hospitaliers



En novembre dernier, la mission de bilan de la mise en œuvre de la RTT, diligentée par M. Piquemal, directeur de l'hôpital de Bayonne, rendait ses conclusions au Ministre de la Santé. Pas de surprise sur le constat qui correspond à quelques nuances prêt à celui que SUD avait pu faire : de nombreux jours RTT impossible à prendre, une pénurie dans de nombreuses catégories de personnels, une difficulté de gestion des planning au quotidien, une diminution de l'offre de soins par des fermetures de lits et de services.

**Mais loin d'améliorer le protocole minoritaire RTT de Mme Guigou**, M. Mattei n'a fait que proposer de négocier sur des mesures d'aménagement. Il ne propose aucune création d'emplois supplémentaires pour les 35 heures et accorde des budgets en 2003 qui ne suffiront pas à rattraper les retards budgétaires accumulés par les établissements, ni financer les emplois indispensables aux 35 heures. Ce sont pourtant des préalables indispensables pour permettre une mise en œuvre de la réduction du travail conforme aux aspirations des personnels hospitaliers.

**Ce nouveau protocole d'assouplissement** des 35 heures se limite donc à prendre acte d'une crise hospitalière en reportant jusqu'à avril 2003 les journées RTT et congés non pris en 2002 faute d'effectifs suffisants. Mais l'équation sera de même nature en 2003 car les délais de report sont complètement irréalistes et déconnectés des difficultés du terrain !

**Le compte épargne temps**, que les personnels ont massivement refusé, est rendu plus attractif en accordant un bonus de 10% aux jours épargnés et avec un seuil d'utilisation réduit à 20 jours. Même si le volontariat est réaffirmé, il devient de fait une solution obligée dans un contexte de pénurie d'effectifs.

**Concernant le volet « soutenir la politique emploi-formation »**, il s'agit plus de déclarations d'intentions que de mesures concrètes permettant de sortir de la pénurie de personnel qualifié. Le seul élément concret est la majoration de 5% de la voie qualifiante créée pour les aides-soignantes, auxiliaires de puériculture et aides-médico-psychologiques dans les instituts de formation aux soins infirmiers.

Tous les textes devant compléter le dispositif RTT fixant l'indemnisation des astreintes, des séjours accompagnés, des transferts, des dimanche et jours fériés ainsi que le décompte des absences et du travail de nuit seront concertés avec les seuls signataires du protocole, nouvelle prime à la signature instaurée par Mme Guigou elle-même et renouvelée par Mr Mattei !.

**Pour Sud, non signataire du protocole 2001**, il n'était pas question d'accepter aujourd'hui des aménagements de détail d'un texte rejeté massivement l'an passé par les hospitaliers. La logique du texte continue d'être celle des restructurations et fusions d'établissements, la RTT devenant l'outil d'accélération de la recomposition de l'offre de soins publics et en aucun cas le moyen d'améliorer les conditions d'exercice et de vie des personnels. En fixant une date limite de signature au lendemain des vacances de Noël, le Gouvernement est ainsi parvenu à éviter toute réaction des salariés.

Tout doit être fait maintenant, comme au lendemain de la signature du protocole Guigou, pour démontrer que les personnels exigent du concret ( moyens humains et financiers).

**Ce n'est pas en multipliant les comités de suivi, plus destinés à gérer la pénurie et le recul des acquis, que nous obtiendrons la RTT que nous voulons mais par une mobilisation large et unitaire.**

## **Protocole adaptation de la RTT soumis à la signature des organisations syndicales le 9 janvier 2003**

Après les négociations qui se sont déroulées pendant l'année 2001 avec les organisations syndicales représentatives des personnels, la RTT dans la fonction publique hospitalière a fait l'objet d'un protocole d'accord signé le 27 septembre 2001 par 4 organisations syndicales. Le dispositif arrêté a été traduit en grande partie dans la législation et la réglementation, pour une application au 01.01.2002. Le rapport remis par la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la réduction du temps de travail (RTT) dans les établissements de santé fait apparaître que celle-ci est considérée par les personnels comme une avancée sociale. Il s'agit d'un acquis, sur lequel il ne saurait être question de revenir. Cependant, la montée en charge des créations d'emplois et les difficultés de recrutement essentiellement pour le personnel soignant conduisent à prendre des mesures transitoires afin d'adapter le dispositif et de mieux le crédibiliser.

Il s'agit de garantir aux personnels l'effectivité de la réduction du temps de travail pour tous, et de garantir les droits acquis à ce titre en 2002.

Les mesures prévues par le présent accord permettront d'en faciliter la mise en place concrète et dans les meilleures conditions, pour les personnels comme pour les usagers, malgré les difficultés rencontrées par les établissements, liées, notamment, à la démographie des personnels soignants. Les textes qui doivent compléter le dispositif RTT, tels que celui fixant l'indemnisation des astreintes, celui concernant les transferts, les séjours accompagnés et celui concernant l'indemnité des dimanches et jours fériés, seront concertés avec les signataires du présent accord en vue d'une publication au début de l'année 2003. Des éléments de clarification seront également apportés, dans les mêmes délais, sur le décompte des absences et le travail de nuit, qui permettront d'assurer le respect de l'égalité de traitement entre les personnels relevant des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

### **I. Mesures immédiates.**

#### **I.1 Reporter des jours RTT ni pris ni épargnés en 2002 sur 2003.**

Dans certains établissements, la mise en œuvre effective de la RTT n'a pu commencer au 1<sup>er</sup> janvier 2002. Afin de tenir compte de ce retard, le report, jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2003, de jours de RTT qui n'ont pu être pris ou épargnés dans le courant de l'année 2002 pourra être autorisé. Ce report, qui revêt un caractère exceptionnel et ne sera pas reconductible, ne pourra excéder 10 jours.

#### **I.2 Rendre possible, en 2003, la rémunération de jours ni pris ni épargnés**

Lorsque, au sein d'un établissement ou d'une unité soumis à de fortes contraintes de continuité du service, il est constaté l'impossibilité de pourvoir des postes vacants et après avis du comité local de suivi du présent accord et des instances de l'établissement, il sera possible de rémunérer des jours, dus au titre de la RTT, qui n'auraient pu être pris ou épargnés. Cette possibilité est ouverte à la demande de l'agent. Cette mesure transitoire est applicable sur 2003 pour les droits ouverts au titre de la même année, dans la limite de 10 jours et dans le cadre des crédits alloués à l'établissement.

Ces jours seront rémunérés sous la forme d'une indemnité équivalente au trentième de la rémunération nette globale de l'agent, constatée en moyenne sur l'année précédente.

#### **I.3 Adapter les textes relatifs aux heures supplémentaires.**

Le recours aux heures supplémentaires se justifie principalement en cas de surcroît d'activité, de remplacement d'un agent en absence non programmée ou en cas de vacance de postes.

Le nombre d'heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées est ramené, du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2005, à 180 heures par an. L'heure supplémentaire continuera à être constatée en cas de dépasse-

## **Commentaires Sud Santé-Sociaux**

*Les difficultés rencontrées étaient prévisibles et motivaient principalement la non signature du protocole par Sud :*

*- l'insuffisance des créations d'emplois étalées sur 3 ans,*

*- l'absence de vraies mesures pour résorber la pénurie de certaines professions,*

*- la volonté affichée d'utiliser la RTT comme outil de restructuration du tissu hospitalier.*

*Au-delà même des créations d'emplois inscrites dans le protocole initial, les budgets hospitaliers en 2002 et 2003 sont insuffisants pour les financer, ce que les syndicats signataires se sont bien gardés de dénoncer.*

*Les négociations sur l'indemnisation des astreintes, les dimanches et fériés, le décompte des absences et le travail de nuit doivent s'ouvrir avec l'ensemble des syndicats, un comité de suivi n'ayant pas vocation à négocier.*

*Il apparaît peu réaliste de permettre sur seulement trois mois la prise des reliquats de jours RTT. Si ils n'ont pu être pris en 2002, il est peu probable de pouvoir les récupérer sur un seul trimestre à moins de ne plus prendre les jours RTT 2003 qui devront être de nouveau reportés.*

*Le paiement de ces jours aurait dû être basé sur le tarif des heures supplémentaires majorées de 25%. Le dispositif mis en place est beaucoup moins intéressant que celui prévu pour les médecins. Il n'est d'autre part pas prévu de financement spécifique pour cette mesure.*

*Dans les hôpitaux, le recours aux heures supplémentaires est aussi bien souvent dû au manque d'effectifs budgétés.*

ment des bornes horaires prévues par le cycle de travail.

L'heure supplémentaire peut être :

- soit payée,
- soit récupérée dès lors qu'elle est constatée.

Les modalités de calcul du plafond d'heures supplémentaires sont en revanche modifiées, de façon pérenne. Lorsque ce cycle est inférieur ou égal à un mois, les heures supplémentaires ne pourront dépasser 15 heures mensuelles (soit 180 heures / 12 mois). Lorsqu'il est supérieur à un mois, le plafond sera déterminé par référence à la durée du cycle.

#### **I.4 La situation des personnels travaillant de nuit.**

Le passage à 32h30 du temps de travail des personnels travaillant exclusivement de nuit est confirmé. Il interviendra au 1<sup>er</sup> janvier 2004, conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

En cas de difficultés constatées, empêchant dans les faits la mise en place de la RTT de nuit, le directeur de l'établissement pourra rémunérer, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2005 au plus tard, sous forme d'heures supplémentaires, le différentiel lié au passage à 32h30.

Un bilan sera présenté au comité national de suivi dans le courant de l'année 2004, pour proroger, le cas échéant, cette mesure transitoire.

#### **I.5 Rendre le Compte épargne temps plus attractif et plus crédible.**

Le principe de l'alimentation du compte épargne temps sur la base du volontariat est réaffirmé.

Le compte épargne temps constitue, dans la période de montée en charge des créations d'emplois, dans un contexte marqué par des difficultés de recrutement, un outil stratégique pour les établissements, il doit être attractif et son financement garanti.

Le fonds pour l'emploi hospitalier contribue au financement du remplacement des agents utilisant leurs droits à congés acquis au titre de la RTT portés dans le compte épargne temps.

Les modalités de financement et d'utilisation de ce fonds pour le CET seront soumises à la concertation des organisations signataires du présent accord.

Deux mesures seront prises dès le début de l'année 2003 afin de rendre le CET plus crédible et plus attractif :

- le seuil à partir duquel le CET pourra être utilisé est ramené, de façon permanente, de 40 jours à 20 jours.
- les jours de réduction du temps de travail épargnés dans le compte épargne temps jusqu'au 31 décembre 2005 sont bonifiés, à hauteur de 10 %, avec application d'une règle d'arrondi à l'entier supérieur ou inférieur selon que le résultat obtenu est égal/supérieur, ou inférieur à 0,5 et selon les modalités décrites ci-après :

Le directeur de l'établissement constate en fin d'année "n", le nombre de jours RTT qui ont alimenté le CET au cours de cette année "n", déduction faite des jours pris et des bonifications constatées au titre de l'année précédente. Il applique à ce nombre de jours le taux de 10 %, en appliquant la règle d'arrondi à l'entier supérieur ou inférieur.

L'année suivante, il appliquera le taux de 10 % aux jours RTT ayant alimenté le CET durant l'année "n" + 1, dans les mêmes conditions que précédemment, les jours épargnés l'année précédente ne faisant pas, à nouveau, l'objet d'une bonification.

Les bonifications ne sont pas prises en compte dans le calcul du seuil de 20 jours. Les droits ainsi acquis figureront à titre de garantie sur le bulletin de salaire.

## **II. Les autres mesures qui feront l'objet de négociations dès le début de l'année 2003.**

Outre les mesures d'adaptation du dispositif RTT qui doivent être très rapidement mises en œuvre, les efforts consacrés à la politique de promotion et de formation permettront de réduire, le plus possible, la période transitoire.

*Si il est positif de limiter le nombre d'heures supplémentaires, certains secteurs en forte pénurie ne pourront sans doute pas maintenir leur activité dans ce contexte (blocs opératoires, anesthésie, ...)*

*Le paiement en heures supplémentaires la RTT spécifique à l'équipe de nuit risque fort, du fait des effectifs insuffisants, être une mesure qui perdure bien au-delà du 1er janvier 2005.*

*La seule mesure véritablement nouvelle dans ce protocole est la bonification du CET. Le ministère a dû reconnaître que le CET était très peu attractif car ne correspondant pas aux aspirations de la très grande majorité du personnel. Si le volontariat demeure affiché, il est à relativiser car le CET va souvent devenir la seule issue pour les personnels afin de ne pas perdre totalement les jours RTT qui n'auront pu être pris.*

*Sud réaffirme que le CET est contraire à une véritable RTT ; l'amélioration durable des conditions de vie et de travail des personnels passe par une vraie réduction régulière du temps de travail et notamment par un jour de RTT par quinzaine.*

*Le ministère innove en transformant le comité de suivi en instance de négociation excluant ainsi les syndicats non-signataires au nom du développement du dialogue social !*

Ces mesures plus structurelles dont certaines ont déjà été engagées par les dispositions du protocole du 14 mars 2000 garantissent, à long terme, l'effectivité de la RTT.

### **Soutenir la politique emploi-formation.**

#### I En continuant à développer la formation promotionnelle

Par le renforcement de l'accès des agents de la FPH aux études promotionnelles pour permettre de respecter l'égalité d'accès des agents à ces actions et favoriser le départ en formation des intéressés, il est envisagé de créer une obligation spécifique en matière de financement des études promotionnelles et de rechercher un mécanisme de mutualisation des crédits consacrés à ces formations. Une attention très particulière sera portée sur le cas des agents exerçant dans des établissements à faible effectif, y compris dans les hôpitaux locaux, les établissements sociaux et médico-sociaux. Ce dispositif fera l'objet d'une concertation entre les signataires du présent accord dès le début 2003.

⇒ par la poursuite des efforts consacrés au développement de la voie qualifiante créée pour les aides soignantes, les auxiliaires de puériculture et les aides médico-psychologiques dans les instituts de formation aux soins infirmiers, avec majoration de 5 % du dispositif actuel.

⇒ par la validation des acquis de l'expérience, en recherchant les voies d'accès aux titres et diplômes du secteur sanitaire et social.

#### II En actualisant le dispositif Emploi-Formation mis en place

L'analyse et le suivi des quotas d'entrée dans les instituts de formation conduira dès 2003 à :

⇒ Augmenter les quotas d'entrée dans les régions déficitaires.

⇒ Etudier les modalités de financement des études en contrepartie d'un engagement de servir.

⇒ Aménager les possibilités de report des candidats figurant sur une liste complémentaire vers un autre institut prioritairement de la même région et engager une réflexion sur l'harmonisation et la modularité des études dans les différents instituts.

#### III En organisant une bonne information sur les métiers de la santé

#### IV En favorisant le développement d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences :

- par une approche prospective sur les besoins dans le secteur sanitaire et social, mobilisant les moyens d'observation dont dispose le ministère (DHOS, DGS, DGAS, DREES, Observatoire des emplois et des métiers de la FPH) et développant un réseau d'information sur les postes vacants dans les établissements. Ce travail sera complété par une approche qualitative sur les emplois, les métiers, les compétences et les qualifications dans le domaine de la santé

- par la confirmation des démarches d'élaboration des projets sociaux financées par le FMES

- par l'implication des cadres dans l'accompagnement de ces démarches.

### **III Les comités de suivi.**

Des comités de suivi sont mis en place à deux niveaux : national et local.

**Le comité national** de suivi placé auprès du ministre, sera composé des représentants du ministère et des organisations syndicales signataires du présent accord. Le comité national suivra et évaluera la mise en œuvre du dispositif et examinera les ajustements nécessaires le cas échéant.

**Le comité local** de suivi, placé auprès du chef d'établissement sera composé des représentants des organisations syndicales signataires du présent accord.

**Un bilan** de ce dispositif sera présenté au comité local de suivi et aux instances de l'établissement. Il sera transmis en fin d'année au directeur de l'ARH pour le secteur sanitaire et au directeur de la DDASS pour le secteur social et médico-social qui établira une synthèse. Une synthèse nationale sera présentée également au comité national de suivi.

*Sud a défendu durant ces négociations la nécessité d'un véritable plan "ORSEC" emploi/formation pour les hospitaliers passant par :*

*- des créations massives d'emplois de toutes professions,*

*- des mesures incitatives pour la formation initiale des personnels soignants (AS, IDE, ...) : salaire étudiant, logement ...*

*- des revalorisations salariales et plus particulièrement des débuts de carrière.*

*Seule mesure concrète : augmentation de 5% de la promotion professionnelle.*

*Insuffisance du relèvement des quotas d'entrée qu'il faudrait relever à minima de 50% pour faire face aux besoins et aux départs en retraites. Aucun engagement chiffré de la part du ministère.*

*Cela fait plus de dix ans que le ministère (tous gouvernements confondus) enquête soi-disant sur la gestion prévisionnelle des emplois hospitaliers. Résultat : nous subissons aujourd'hui une pénurie sans précédent programmée afin de faciliter les fermetures d'établissements et réduire l'offre de soins.*

*Le rajout d'un nouveau comité de suivi composé différemment de celui sur l'accord RTT va engendrer la confusion dans les établissements et réduire encore davantage le rôle des instances locales (CTE, CHSCT). Mattéi utilise une fois de plus "la carotte" de la signature pour obtenir l'aval de certains syndicats à des accords au rabais !*