

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

**RAPPORT SUR LES COMPTES EPARGNE TEMPS DES
PERSONNELS MEDICAUX ET NON MEDICAUX DANS
LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

Dominique ACKER

Conseillère générale des établissements de santé

PLAN DU RAPPORT

INTRODUCTION	page 2
I – RAPPEL DU CONTEXTE	page 3
1. <u>la montée en charge de la RTT</u>	
2. <u>les accords locaux</u>	
3. <u>les nouvelles règles sur le temps de travail</u>	
4. <u>les règles des CET</u>	
II – L’ ETAT DES LIEUX	page 9
1. <u>une utilisation limitée pour les personnels non médicaux</u>	
2. <u>le maintien du recours aux comptes locaux</u>	
3. <u>une utilisation importante pour les personnels médicaux</u>	
4. <u>un financement et un provisionnement à compléter</u>	
5. <u>un effet qui se cumule avec les évolutions démographiques</u>	
III – L’ ANALYSE DU DISPOSITIF	page 23
1. <u>l’ intérêt du compte épargne temps pour les personnels</u>	
2. <u>l’ intérêt du compte épargne temps pour les établissements</u>	
3. <u>les freins au développement</u>	
IV – LES PROPOSITIONS	page 30
1. <u>sécuriser le financement</u>	
2. <u>harmoniser et rappeler un certain nombre de règles</u>	
3. <u>assouplir les règles du CET</u>	
4. <u>prévoir des possibilités de conversion</u>	
5. <u>faciliter le remplacement des personnels utilisant leurs congés</u>	
6. <u>accélérer les travaux d’ organisation des soins et d’ optimisation du temps de travail</u>	
CONCLUSION	page 50
RESUME	page 52
RECOMMANDATIONS	page 54
ANNEXES :	page 56
1. Lettre de mission	
2. Textes de références	
3. Liste des contacts	
4. Extrait du rapport 2005 du Fonds pour l’ emploi hospitalier	
5. Synthèse financière	
6. Eléments de démographie médicale	
7. Répartition des postes de praticiens vacants	
8. Synthèse nationale de l’ enquête auprès des établissements	

INTRODUCTION

Par lettre du 15 mai 2006 (annexe 1), le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins nous a confié une mission destinée à faire un état des lieux de la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) dans les établissements publics de santé et d'en proposer des pistes d'amélioration.

Compte tenu des délais impartis, la mission a été conduite sous deux approches :

- une approche *quantitative*, pour faire un état des lieux sur la base d'une enquête auprès des établissements, via les Agences régionales d'hospitalisation ; lancé le 3 mai 2006, un questionnaire, volontairement succinct compte tenu des délais, a permis de recueillir les données de quelques 920 établissements, y compris pour les activités de soins de longue durée ;
- une approche *qualitative* pour l'analyse et les propositions, sur la base de 125 entretiens approfondis avec des équipes hospitalières pluridisciplinaires (Direction générale, Présidence CME, Direction des Affaires médicales, Direction des Ressources humaines, Direction des soins, Cadres de santé, Cadres techniques ..) dans des établissements de taille et de nature différentes (CHU, CH, Hôpitaux psychiatriques, Hôpitaux locaux), ainsi qu'auprès de divers interlocuteurs concernés par ce dossier : cabinet du Ministre et sous-directions du Ministère de la santé et des solidarités, Fédération Hospitalière de France, Ministère de la Fonction Publique, Caisse des dépôts et consignations, Organisations syndicales, Conférences des CH et des CHU, MEAH, ARH, FEHAP, CGOS, Médiateur de la République (annexe 3).

La proximité de ce dossier avec celui de la mise en place de la réduction du temps de travail dans les établissements de santé nous a amené à prendre également connaissance des conclusions de la Mission nationale d'évaluation confiée à Angel PIQUEMAL en 2002, mais aussi à échanger avec la Commission BERLAND sur la démographie médicale.

Le présent rapport de mission abordera successivement : les éléments de contexte, indissociables de la mise en place des comptes épargne temps, l'état des lieux au 31 décembre 2005, l'analyse des difficultés et les propositions d'améliorations.

* * *

Qu'il me soit permis ici de remercier tout particulièrement Florence Thesmar et Annick Paterne avec qui a été conçue puis administrée l'enquête, ainsi que les ARH et les Correspondants des établissements qui l'ont documentée dans des délais très courts.

Je remercie également tous les interlocuteurs qui m'ont consacré une partie de leur temps, particulièrement précieux, et m'ont ainsi permis d'approcher au plus près la réalité du dossier. Une mention particulière enfin aux relecteurs de ce rapport qui m'ont tous fait part de remarques très constructives

I – RAPPEL DU CONTEXTE

S'agissant de la mise en place d'un dispositif comme le compte épargne temps dans les établissements publics de santé, on ne peut en apprécier le pourquoi et le comment sans l'avoir quelque peu replacée dans son contexte, marqué notamment par :

- les conditions de la mise en place, deux ans après le secteur privé, de la réduction du temps de travail (passage aux 35 heures),
- l'évolution de la réglementation, y compris au niveau européen, sur les rythmes de travail,
- la démographie des professions de santé,

Ce sont autant d'éléments à prendre en compte, d'autant qu'ils se conjuguent avec une pression sur les coûts liée à la difficulté à financer l'augmentation des dépenses de santé.

1. La montée en charge de la RTT

Pour bien retracer la mise en œuvre de la RTT dans les établissements hospitaliers, il est indispensable de distinguer l'impact sur les personnels de la Fonction publique hospitalière de celui sur les Personnels médicaux.

- **Pour les personnels non médicaux :**

La réduction du temps de travail a été mise en œuvre sur la base du **Protocole du 27 septembre 2001**, signé par la CFDT, l'UNSA, la CGC et le SNCH. Ce protocole proposait, notamment, d'améliorer les organisations de travail et les conditions de vie au travail avec une durée hebdomadaire moyenne de 35 h à compter du 1^{er} janvier 2002, et de 32h30 pour les personnels de nuit à compter du 1^{er} janvier 2004, des heures supplémentaires limitées à 20 h par mois, puis 15 h au 1^{er} janvier 2005, et 10 h au 1^{er} janvier 2006. Il prévoyait aussi la création de 45 000 emplois non médicaux, répartis entre le secteur sanitaire (37 000) et le secteur social et médico-social (8 000).

De fait, les **créations d'emplois non médicaux** n'ont pu être effectives dès le 1^{er} janvier 2002 : elles se sont étalées, du point de vue des autorisations notifiées aux établissements, entre 2002 pour les 2400 emplois des unités de soins de longue durée, et 2002/2004 pour les 34 600 autres emplois non médicaux du secteur hospitalier, répartis entre le jour (31 336 ETP) et la nuit (3 264 ETP)¹. A ces délais s'est ajouté, selon les établissements et/ou les régions, un laps de temps plus ou moins important pour le recrutement, selon le contexte de pénurie de personnels.

¹ 9 109 ETP en 2002, 15 668 ETP en 2003, 9 824 ETP en 2004
ETP = équivalent temps plein

Il semblerait, par ailleurs, que le nombre des emplois réellement créés pour le personnel non médical, par les établissements, ait été inférieur aux chiffres initialement prévus. Une enquête diligentée en 2005 sur un échantillon représentant 60 % des effectifs hospitaliers (en équivalent temps plein) permet d'estimer que, compte tenu des rééquilibrages financiers opérés par les établissements qui étaient en insuffisance de crédits, ce seraient en fait 35 000 emplois ETP au lieu de 37 000 qui auraient été réellement créés, dont 32 000 seulement étaient pourvus fin 2004, compte tenu des difficultés de recrutement.

Au total, début 2005, l'apport réel en personnel supplémentaire représentait ainsi entre 4,85 % et 5,13 % des effectifs globaux non médicaux².

Dès lors, les renforcements d'effectifs ont été ciblés, dans la plupart des établissements, sur les activités de soins continus. C'est, en moyenne, 90 % des créations d'emplois non médicaux qui ont été affectés aux services de soins et à activité continue, souvent concentrés en renfort d'équipes de suppléance. Nous pouvons ainsi constater que, rapportées à la population des personnels soignants, les créations de postes ont représenté environ et en moyenne 6,5 % des effectifs en place dans les services de soins, pour un pourcentage estimé pour les infirmiers à 9,7 %³. Au delà des créations d'emploi, des gains de productivité étaient attendus de par les efforts de rationalisation dans l'organisation des soins (réduction des chevauchements d'équipes, mise en commun de moyens, etc.).

- Pour les personnels médicaux :

En ce qui concerne la réduction du temps de travail pour les personnels médicaux, il faut souligner qu'elle a dû être mise en œuvre en parallèle avec l'application de la *Directive européenne sur le temps de travail des médecins*. C'est ainsi que dans le protocole du **22 octobre 2001**, signé par les quatre intersyndicales (CMH, SNAM-HP, INPH et CPH⁴), ont notamment été prévus : le financement de l'intégration des gardes dans le temps effectif de travail, la rémunération d'une partie des plages additionnelles et la création de **3 500 emplois médicaux**, ce qui correspondait à un chiffre réaliste, compte tenu des capacités de recrutement et de la démographie médicale, mais qui nécessitait là aussi un effort de rationalisation dans l'utilisation du temps médical.

Par la suite, un contrat d'assouplissement a été conclu le **13 janvier 2003** avec les organisations représentatives des personnels médicaux signataires du protocole de 2001 : il a introduit la possibilité de payer des jours de congés non pris du fait de la montée en charge de la RTT, et a élargi les conditions d'utilisation des comptes épargne temps.

Depuis le 1^{er} avril 2005, les attachés bénéficient aussi de l'octroi de jours RTT, sur la base de 20 jours pour un exercice de 10 demi-journées (décret n° 2005-1422 du 17 novembre 2005).

² Dans son rapport de mai 2006 sur les personnels des établissements publics de santé, la Cour des comptes indique que « les postes annoncés (qui) ne suffisaient déjà pas à compenser la baisse du temps de travail »

³ Rapport Cour de Comptes page 26

⁴ CMH : Coordination Médicale Hospitalière ;

SNAM-HP : syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux

INPH : intersyndicat national des praticiens hospitaliers

CHG : confédération des hôpitaux généraux, devenue CPH (confédération des praticiens des hôpitaux)

Pour les créations d'**emplois médicaux**, dont la moitié au moins concernaient des postes de praticiens hospitaliers, les notifications se sont étalées de 2002 à 2005, en deux tranches sensiblement équivalentes (2 000 emplois sur 2002/2003 et 1 500 emplois sur 2004/2005) et portant également sur l'intégration des gardes dans le temps de travail et le financement des plages additionnelles. Elles ont donc été décalées dans le temps par rapport à la mise en œuvre des créations de postes non médicaux. La répartition des moyens alloués aux régions s'est attachée à corriger partiellement les inégalités interrégionales, puisque 25 % des dotations étaient inversement proportionnelles aux densités médicales totales (incluant les médecins libéraux). Au sein des établissements, l'affectation des moyens nouveaux a été, en général, effectuée sur la base des travaux réalisés par les commissions de permanence des soins (COPS) et a concerné principalement les secteurs et spécialités à permanence sur place : *urgences, anesthésie, gynécologie-obstétrique, réanimation, imagerie et psychiatrie*.

L'ensemble de ces éléments permet de comprendre que, à organisation inchangée, les établissements aient rencontré des difficultés à rendre effective, dès les premières années, la réduction du temps de travail pour tous leurs personnels. Or, si certains établissements ont bien réussi, grâce à une analyse préalable et souvent collective des difficultés, à anticiper la mise en œuvre de la RTT, si d'autres ont utilisé et apprécié la faculté qui leur a été offerte de bénéficier d'une aide de consultants externes, d'autres reconnaissent que le climat de la négociation ne s'y prêtait pas, ou tout simplement que, n'ayant pas anticipé, ils ont manqué de temps pour procéder aux réorganisations nécessaires et mettre en place un véritable aménagement de la réduction du temps de travail soutenu par une réorganisation des activités.

Sur le plan de l'organisation médicale, le constat est un peu différent, mais globalement le même : en dehors de la rationalisation des « lignes de garde », peu a été accompli en matière de réorganisation et de regroupement des activités, particulièrement lorsque cela dépassait le cadre strict des établissements.

2. Les accords locaux

Les protocoles de 2001 ont laissé une grande souplesse aux établissements pour conclure des accords locaux, ce qui explique la grande hétérogénéité des situations.

Une enquête, réalisée de septembre à novembre 2002 auprès de l'ensemble des établissements publics d'hospitalisation (CHU, CH, CHS, Hôpitaux locaux), apporte un premier éclairage sur les modalités d'organisation du travail retenues pour le personnel soignant :

- un modèle est largement **dominant** (40 % des établissements) : il repose sur un panachage entre la réduction du temps quotidien de travail et l'octroi de jours de congés supplémentaires, soit une durée hebdomadaire moyenne de 37h30 donnant lieu à **15 jours de repos compensateur** ; ces modalités sont sensiblement les mêmes que les agents soient en repos fixes ou en repos variables.
- près de **40 %** des établissements ont maintenu les horaires existants et instauré un repos de **18 ou 20 jours**,
- **4 %** des hôpitaux n'ont utilisé que la réduction quotidienne des horaires de travail, sans jours de repos compensateur.

S'il apparaît un lien entre la taille des établissements et le nombre de jours RTT accordés - les personnels des hôpitaux locaux disposent de moins de jours (14 en moyenne) que les CH (15 jours), les CHS (16 jours) et les CHU (18 jours) - les disparités entre établissements concernant la durée moyenne annuelle du travail se sont réduites.

Les accords locaux ont été l'occasion de redéfinir les règles concernant la **gestion du temps de travail des personnels non médicaux** : elles ont été reprises sous forme de **Chartes** de l'organisation et réduction du temps de travail qui servent de référence aux cadres et aux agents par rapport à la complexité des situations. Certains accords prévoyaient une dérogation par rapport à l'utilisation des comptes épargne temps en prévoyant « une utilisation dès 2003 des jours épargnés, nonobstant toute durée minimale de jours d'épargne » (CH de MOULINS).

Quelques accords ne sont pas strictement conformes aux règles définies dans les protocoles nationaux, notamment sur le nombre de jours compensateurs ; ils posent aujourd'hui des problèmes de financement pérenne du surcoût, ce qui peut nécessiter un réexamen au plan local dans le cadre des plans de retour à l'équilibre.

En ce qui concerne le **temps de travail médical**, on note moins de formalisme, mais il existe néanmoins **des accords** négociés avec la CME, tel celui d'un Centre Hospitalier qui a défini les règles de compensation des plages additionnelles, les limitant à l'existence de postes vacants ou d'absences de longue durée et les contractualisant. Tel CHU, qui impute systématiquement 30 % des plages additionnelles sur les comptes épargne temps, tel autre CHU qui a décidé de la récupération systématique des jours RTT pour les attachés.

3. Les nouvelles règles sur le temps de travail

Une des caractéristiques du secteur hospitalier, notamment des services de soins, tient à l'organisation en continu 24h/24 et 7j/7 de la présence des personnels, ce qui rend cette gestion étroitement dépendante de la durée et de la répartition du temps de travail, et amène à concevoir le temps à travers des cycles de travail plus ou moins longs (de deux à douze semaines) :

- sur l'**encadrement réglementaire de la durée du travail**, rappelons les principales règles instaurées par le décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 :
 - 35 heures hebdomadaires pour les personnels de jour en repos fixes, sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1600 heures maximum,
 - le personnel en repos variables voit sa durée annuelle réduite de 25 heures (1575 heures) s'il effectue au moins 10 dimanches ou jours fériés par an, et de deux jours de repos compensateur supplémentaires s'il effectue au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année,
 - 32h30 à compter du 1^{er} janvier 2004 pour le personnel de nuit (au moins 90 % du temps de travail annuel effectué la nuit), soit un maximum de 1470 heures annuelles,

- la durée du travail s'appréciant sur une moyenne hebdomadaire, les agents bénéficient de **jours compensateurs** en fonction de la durée réellement accomplie dans le cycle de travail : 20 jours ouvrés lorsqu'elle est comprise entre 38h20 et 39 h hebdomadaires, 18 jours ouvrés pour 38 heures, 15 jours ouvrés pour 37h70, 12 jours ouvrés pour 37 heures, 6 jours ouvrés pour 36 heures, 3 jours ouvrés pour 35h30, ces jours pouvant être pris en dehors du cycle de travail, ou épargnés sur un *compte épargne temps*.
- la **répartition de ces heures de travail effectif** obéit aussi à un certain nombre de règles :
 - pas plus de 44 heures sur 7 jours (y compris heures supplémentaires),
 - repos quotidien de 12 heures consécutives,
 - repos hebdomadaire de 36 heures consécutives,
 - repos de 4 jours sur 2 semaines, dont au moins deux consécutifs incluant un dimanche,
 - travail continu de 9 heures le jour, 10 heures la nuit, avec dérogation possible à 12 heures après avis du Comité technique d'établissement,
 - amplitude maximale de 10h30 pour le travail discontinu en deux vacations de 3 heures minimum,
 - des heures supplémentaires plafonnées à 10 heures par mois et par agent à compter du 1^{er} janvier 2006 (20 heures jusqu'en 2004, 15 heures en 2005), mais qui peuvent s'apprécier sur une durée annuelle.

Le rappel de ces règles explique la grande complexité des plannings du personnel soignant, et la lourdeur du travail des cadres lorsqu'ils ne sont pas secondés par un logiciel adapté. Elles n'ont pas pu être intégralement respectées durant la période de montée en charge de la RTT, mais, malgré l'hétérogénéité des situations rencontrées d'un établissement –voire d'un service– à l'autre, elles semblent aujourd'hui globalement intégrées dans les pratiques.

4. Les règles du CET

Les Comptes épargne temps, tels qu'ils avaient été prévus dans les protocoles d'accord de 2001, ont été instaurés par deux décrets différents, selon qu'ils concernent le personnel de la Fonction publique hospitalière ou les personnels médicaux :

- le **décret du 3 mai 2002**, modifié par celui du **11 juin 2003**, ouvre le dispositif aux agents titulaires et non titulaires dès lors qu'ils ont accompli une année de service ; le Compte épargne temps peut être alimenté, dans la limite de 22 jours par an, par des reports de congés annuels, de jours de réduction du temps de travail, ou encore d'heures supplémentaires ; les droits à congés ainsi constitués ne peuvent être utilisés qu'à partir d'un seuil de 20 jours accumulés sur le compte, et ce pour une durée minimale de 5 jours ouvrés ; ils doivent être soldés au bout de 10 ans à partir du

moment où le seuil de 20 jours est atteint ; la prise de ces congés implique un délai de prévenance d'un mois lorsque la durée est inférieure à 6 jours, de deux mois lorsqu'elle est comprise entre 6 et 20 jours, et de quatre mois lorsqu'elle est supérieure à 20 jours ; elle est assimilée à une période d'activité au sens de l'article 40 de la loi du 9 janvier 1986. En cas de mutation, de détachement ou de mise à disposition, les agents conservent les droits acquis au titre de leur compte épargne temps.

Le décret du 11 juin 2003 a apporté deux éléments nouveaux, mais pour une durée limitée dans le temps, en autorisant, sous conditions, l'indemnisation des jours non pris et non épargnés dans le CET en 2003, et en instaurant une bonification jusqu'en 2005 à hauteur de 10 % des jours épargnés en CET avant le 31 décembre 2005.

- Le décret du **18 novembre 2002**, modifié par celui du **9 octobre 2003** (articles R.6152-702 à 711 du Code de la Santé Publique), fixe, pour sa part, les règles applicables à la constitution et à l'utilisation des droits à congés accumulés sur un compte épargne temps pour les personnels médicaux. Elles sont plus souples que pour les personnels non médicaux puisque le compte épargne temps peut être alimenté jusqu'à 30 jours par an⁵, avec une durée d'utilisation portée de 7 à 10 ans en 2003, et sans durée limite jusqu'à la retraite lorsque le praticien a ouvert son compte à 55 ans ou plus ; aucun seuil de jours accumulés n'est exigé pour les utiliser, aucune durée minimale non plus pour la prise de ces jours de congés ; par contre, il existe un délai de prévenance similaire à celui des personnels non médicaux.

Les mesures d'assouplissement introduites en 2003 ont instauré, comme pour les personnels non médicaux, le principe d'une bonification de 10 % des jours épargnés avant le 31 décembre 2005.

⁵ Par report de jours de congé annuel (5 jours maximum), de réduction du temps de travail et de récupération de temps de travail additionnel.

II : L'ETAT DES LIEUX

La **circulaire du 29 mars 2004** avait prévu la transmission d'une synthèse annuelle des informations concernant l'ouverture et la gestion des comptes épargne temps, notamment pour suivre les crédits provisionnés dans le cadre du Fonds pour l'emploi hospitalier. Malheureusement, l'hétérogénéité des tableaux envoyés par les établissements et les Agences régionales de l'hospitalisation n'a pas permis au Ministère de les exploiter. Il a donc été décidé de relancer une enquête exhaustive auprès des établissements, enquête dont les résultats sont retracés ci-après. Au préalable, il faut signaler que les résultats bruts, qui figurent en annexe⁶, ont dû être retravaillés pour fournir des données homogènes entre établissements et régions.

La Direction de l'hospitalisation et des soins a aussi tenu compte d'une enquête sur les comptes épargne temps lancée parallèlement dans le cadre de la Fonction publique d'Etat, sans pouvoir pour autant reprendre l'ensemble des items prévus, du fait de la complexité des métiers et des statuts hospitaliers, ainsi que de la charge que cela représentait pour les établissements. C'est la raison pour laquelle, à côté d'une analyse dynamique prévoyant d'étudier la montée en charge des **CET de 2002 à 2004**, une photographie au 31 décembre 2005 des comptes épargne temps a été réalisée **par catégories de personnels et par tranches d'âges**⁷. Dans leur très grande majorité, les établissements, malgré le peu de temps dont ils disposaient, ont renseigné ces tableaux complexes. Certains établissements, faute d'une informatisation adéquate dans la gestion du personnel médical, ont rencontré des difficultés pour répartir les CET des praticiens par tranches d'âge et n'ont transmis que des estimations. D'autres enfin n'ont rien transmis et nous avons également dû en tenir compte dans l'analyse.

Nous tenons à nouveau, à ce propos, à remercier les personnes qui, tant au niveau des établissements que des Agences régionales d'hospitalisation, ont collecté toutes ces données. **Le taux de retour est, en effet, de 89 %** en nombre d'établissements et près de 89 %, aussi, en volume de personnels concernés.

Il a permis de mesurer assez fidèlement l'ampleur du dispositif, mettant en évidence que, au 31 décembre 2005⁸, le total des jours épargnés en CET représentait, toutes catégories confondues, **plus de 2,2 millions de journées** réparties à **45,4 %** pour le personnel **médical** (1 007 208 jours, soit un équivalent de **4 842 praticiens temps plein**) et **54,6 %** pour le personnel **non médical** (1 211 199 jours et **5 823 postes ETP**). Compte tenu des données manquantes, les résultats de l'enquête doivent être légèrement majorés pour le personnel médical, ce qui conduit à une estimation d'au moins 1,040 millions de jours et près de 5 000 ETP en ce qui les concerne.

Quels enseignements tirer de l'ensemble des données collectées ?

⁶ Voir annexe 7

⁷ L'enquête a repris les trois tranches d'âges analysées par le Ministère de la Fonction publique : moins de 45 ans, de 45 à 55 ans, plus de 55 ans.

⁸ Voir Tableau 4 page 18

1. Une utilisation limitée pour les personnels non médicaux

L'attractivité⁹ du CET pour le personnel non médical est faible, si on considère la globalité des personnels hospitaliers, puisqu'au **31 décembre 2005**, avec 37 181 CET ouverts, ce sont **5,3 %**¹⁰ des effectifs rémunérés, seulement, qui étaient concernés.

Cependant, la montée en charge est relativement significative dès 2003, puisque les CET avaient été ouverts en **2002 par moins de 3,8 %** du personnel non médical, comme le montre le tableau suivant :

Régions	Nombre de CET ouverts au 31/12 de l'année 2002	Nombre de jours épargnés au 31/12 de l'année	Jours CET en ETP	Nb de jours moyens par CET	Effectif moyen rémunéré par l'établissement sur l'année (en ETP)	Effectif rémunéré au 31.12 de l'année (en personnes physiques)	% CET sur effectifs ETP	% CET sur effectifs rémunérés
AP-HP	1645	25552	123	16	67747	73555	2,43%	2,24%
ALSACE	537	7162	34	13	21998	24215	2,44%	2,22%
AQUITAINE	388	5145	25	13	30731	32744	1,26%	1,18%
AUVERGNE	1540	18514	89	12	14517	16515	10,61%	9,33%
BASSE-NORMANDIE	462	6663	32	14	18165	19917	2,54%	2,32%
BOURGOGNE	422	5755	28	14	18105	19572	2,33%	2,16%
BRETAGNE	2474	28252	136	11	34349	36714	7,20%	6,74%
CENTRE	1076	10066	48	9	25769	27406	4,18%	3,93%
CHAMPAGNE ARDENNES	205	2889	14	14	16906	17939	1,21%	1,14%
CORSE	29	570	3	20	3230	3343	0,90%	0,87%
FRANCHE-COMTE	172	2518	12	15	13500	14520	1,27%	1,18%
GUADELOUPE	27	433	2	16	1607	1849	1,68%	1,46%
GUYANE	22	427	2	19	1605	1330	1,37%	1,65%
HAUTE-NORMANDIE	1148	4620	22	4	15982	17259	7,18%	6,65%
ILE-DE-FRANCE	1899	17643	85	9	50281	54599	3,78%	3,48%
LA REUNION MAYOTTE	148	2212	11	15	5569	5734	2,66%	2,58%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	319	4756	23	15	23988	25665	1,33%	1,24%
LIMOUSIN	153	2003	10	13	11026	11564	1,39%	1,32%
LORRAINE	1388	13146	63	9	27099	28941	5,12%	4,80%
MARTINIQUE	147	1695	8	12	4839	2441	3,04%	6,02%
MIDI-PYRENEES	913	6792	33	7	16926	18671	5,39%	4,89%
NORD PAS-DE-CALAIS	4002	28377	136	7	31265	34546	12,80%	11,58%
PACA	818	17210	83	21	46852	50331	1,75%	1,63%
PAYS DE LA LOIRE	1103	11301	54	10	30932	33870	3,57%	3,26%
PICARDIE	515	6961	33	14	18194	19080	2,83%	2,70%
POITOU-CHARENTES	427	3037	15	7	18995	20176	2,25%	2,12%
RHONE-ALPES	3471	21255	102	6	57120	63243	6,08%	5,49%
TOTAL Régions	25450	254954	1226	10	627295	675736	4,06%	3,77%

Tableau 1 : *Etat des comptes CET non médicaux au 31.12.2002.*

Les régions qui se situent au dessus de la moyenne sont une dizaine en 2002 : se positionnent largement en tête le Nord-Pas-de-Calais et la région Auvergne avec un taux d'attractivité respectif de 11,6 % et 9,3 %, puis Haute-Normandie, Bretagne et Martinique entre 6 et 7 %, Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées et Lorraine autour de 5 %. L'Ile de France (hors APHP) se situe juste au-dessus de la moyenne avec 3,5 %, alors que l'APHP plafonne à 2,2 %

En 2005, si l'Auvergne garde un comportement atypique avec un taux d'attractivité largement supérieur à la moyenne (26,5 %)¹¹, le classement des régions est modifié : le Nord-Pas-de-

⁹ Taux d'attractivité mesuré en rapportant le nombre de CET ouverts à l'effectif rémunéré pouvant y prétendre.

¹⁰ CET ouverts rapportés à l'effectif rémunéré au 31 décembre de l'année 2005 : 37 181/701 173=5,3 % (annexe 8 page 81)

¹¹ 29 % au CHU de Clermont-Ferrand avec une moyenne de 7,4 jours par agent

Calais se maintient à 12,2 % et l'AP-HP avec 10,9 % dépasse désormais largement la moyenne.

La répartition par **tranches d'âges** au 31 décembre 2005 donne les résultats suivants : 24,4 % des jours pour les plus de 55 ans, **45,8 % pour les 45/55 ans** et 29,8 % pour les moins de 45 ans. Cela éclaire bien le fait que l'impact de cette épargne est largement à venir.

On rappellera, enfin, que **l'enjeu global** des jours accumulés par le personnel non médical correspondait à **5 823 ETP** au 31 décembre 2005, soit, ramené à une moyenne d'utilisation sur 5 ans, l'équivalent de **1 165 postes par an** sur l'ensemble des établissements. On a donc un impact extrêmement faible en matière de remplacement par rapport aux effectifs en fonction, puisque cela représente **0,16 %** des effectifs globaux de la Fonction publique hospitalière. Il faut cependant nuancer ce propos, car la répartition entre les différentes catégories n'est pas homogène comme nous allons le voir.

* * *

C'est pour les **personnels administratifs** que l'attractivité est la plus forte, puisqu'ils avaient accumulé, au 31 décembre 2005, 261 604 jours, soit **21,6 % des jours épargnés** par le personnel non médical, alors qu'ils pèsent **moins de 12 % de l'ensemble des effectifs**. Dans certaines régions la part des administratifs est encore plus élevée : jusqu'à un tiers des jours accumulés par le personnel non médical en Poitou-Charentes et dans le Nord, alors que les régions Limousin, Champagne-Ardenne, Languedoc, Aquitaine et Midi-Pyrénées sont également au dessus de la moyenne.

Cette attractivité concerne essentiellement les membres du **corps de direction** qui y placent une partie de leur forfait RTT de 20 jours. En ce qui concerne l'âge des épargnants, plus d'un tiers des jours épargnés (35 %) concerne les personnels administratifs de plus de 55 ans, et 43 % les personnels ayant entre 45 et 55 ans. Ces classes d'âge sont surreprésentées tandis que les moins de 45 ans ne représentent que 22 % des jours accumulés, alors qu'ils sont estimés à 35 % dans la pyramide des âges des personnels administratifs¹². Cela semble confirmer l'attachement des plus jeunes générations à la réduction du temps de travail et leur souhait de «consommer» leurs jours de RTT.

Sont également très concernés les **attachés d'administration** et, dans une moindre mesure, les adjoints des cadres, les adjoints administratifs et les secrétaires médicales, qui, soit sont au forfait, soit ne peuvent bénéficier du paiement d'heures supplémentaires, alors que leur tâche s'est alourdie et que leurs effectifs ont rarement été renforcés (à l'exception des secrétariats médicaux), la priorité étant accordée aux services de soins.

Au total, les jours accumulés en CET par les **personnels administratifs** se chiffrent à l'équivalent de **1 258 agents**, ce qui, ramené à une délai moyen d'utilisation de 5 ans, ne représente qu'environ 250 agents sur une année pour l'ensemble des établissements.

Les personnels des services médico-techniques sont, à due proportion, plutôt bien représentés parmi les titulaires de comptes épargne temps, avec **6,3 %** des jours épargnés alors que leur poids dans l'effectif total n'est que de **5 %**. Ceci peut s'expliquer par une situation tendue en matière de recrutement, notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes et pour les manipulateurs en électroradiologie. On note d'ailleurs des différences notables selon

¹² Chiffre reconstitué à partir de la pyramide des âges de 2001

les régions : Midi-Pyrénées (11 %) et Bourgogne (10 %) sont très au-dessus de la moyenne, et, dans une moindre mesure, Réunion (8 %), Ile-de-France et Aquitaine (7 %). Les personnels les plus concernés appartiennent à la tranche d'âge 45/55 ans.

Les personnels socio-éducatifs sont également **surreprésentés** dans l'ensemble des jours épargnés (2 % des jours pour 1,3 % des effectifs), avec une concentration forte sur la Martinique (6 %), l'Ile-de-France, l'Aquitaine et la Corse (4 %) ainsi que le Languedoc-Roussillon (3 %). Il est à signaler que près de la moitié (44 %) des jours concernent les plus de 55 ans, ce qui laisse augurer des départs importants au regard de la population concernée dans les toutes prochaines années.

Les **personnels techniques et ouvriers** représentent **11,4 %** des jours accumulés au 31 décembre 2005, et 11,8 % des effectifs, ce qui semble signifier qu'ils utilisent le compte épargne temps de façon relativement homogène par rapport aux autres catégories de personnel. Cela se retrouve d'ailleurs dans la répartition par tranche d'âge, très similaire à celle de l'ensemble des personnels non médicaux.

Les **personnels des services de soins** pourtant largement majoritaires (70,5 % des effectifs de la fonction publique hospitalière) sont **les plus faibles consommateurs en moyenne**, puisqu'ils ne représentent que **58,7 %** des jours accumulés. Quelques régions font exception à ce constat : l'Auvergne, dont le taux d'utilisation plus important est lié à une pratique particulière que les établissements développent à l'égard du CET, mais aussi la Haute et la Basse-Normandie. Plusieurs explications peuvent être avancées :

- le CET est quasi-inexistant chez les Agents des Services Hospitaliers (ASH), et, dans une moindre mesure, chez les Aides-soignant(e)s (à l'exclusion des CET post-maternité),
- les personnels des services de soins sont les plus concernés par les dispositifs locaux de comptabilisation des jours et heures non pris sur lesquels nous reviendrons,
- ce sont, parmi ces personnels, surtout les cadres soignants, qui ont demandé à relever d'un régime de forfait jours, qui épargnent,
- ce sont, également, les infirmières spécialisées (IADE et IBODE)¹³ qui, du fait de la pénurie latente dans ces catégories, sont très sollicitées, y compris au-delà des heures supplémentaires autorisées.

Pour autant, le volume total des jours épargnés au 31 décembre 2005 n'est pas négligeable puisque, avec un total de 710 449 jours, il correspond à **3 416 agents en ETP**, et concerne, pour près de la moitié (48 %), des personnels ayant entre 45 et 55 ans. Il doit surtout être mis en regard avec d'autres dispositifs d'épargne utilisés par les établissements et dont nous nous proposons de mesurer l'ampleur.

¹³ IADE : infirmière anesthésiste diplômée d'Etat
IBODE : infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat

2. Le maintien du recours aux comptes locaux.

Ce que l'enquête met effectivement en évidence, c'est que, pour avoir une vision exhaustive de la situation des effectifs au regard de l'activité déployée, l'on ne peut s'en tenir à la photographie des jours accumulés en compte épargne temps. Il existe, en effet, une pratique qui consiste à tenir, en général au niveau des services, la comptabilité des heures et jours dus aux agents par suite d'heures supplémentaires effectuées ou d'annulation de jours de repos. Ces comptes sont **soldés au fur et à mesure** des jours redonnés, mais sont **régulièrement alimentés**. Par commodité de langage, ces comptes locaux ont été dénommés dans l'enquête «CET bis».

Régions	Nombre de jours épargnés en CET au 31/12 de l'année 2002	Nombre de jours non pris et non épargnés sur un CET	Jours CET bis en ETP	Effectif moyen rémunéré par l'établissement sur l'année (en ETP)	Effectif rémunéré au 31.12 de l'année (en personnes physiques)	Total jours épargnés en CET et CET bis	Total jours épargnés en CET et CET bis en ETP	% CET et CET bis sur effectifs ETP
AP-HP	25552	857581	4123	67747	73555	883133	4246	6,27%
ALSACE	7162	51780	249	21998	24215	58942	283	1,29%
AQUITAINE	5145	10887	52	30731	32744	16032	77	0,25%
AUVERGNE	18514	8520	41	14517	16515	27034	130	0,90%
BASSE-NORMANDIE	6663	4505	22	18165	19917	11168	54	0,30%
BOURGOGNE	5755	7730	37	18105	19572	13485	65	0,36%
BRETAGNE	28252	17694	85	34349	36714	45946	221	0,64%
CENTRE	10066	65554	315	25769	27406	75620	364	1,41%
CHAMPAGNE ARDENNES	2889	12303	59	16906	17939	15192	73	0,43%
CORSE	570	82	0	3230	3343	652	3	0,10%
FRANCHE-COMTE	2518	12390	60	13500	14520	14908	72	0,53%
GUADELOUPE	433	131	1	1607	1849	563	3	0,17%
GUYANE	427	1718	8	1605	1330	2145	10	0,64%
HAUTE-NORMANDIE	4620	1931	9	15982	17259	6551	31	0,20%
Ile-de-France(hors APHP)	17643	10219	49	50281	54599	27862	134	0,27%
LA REUNION MAYOTTE	2212	0	0	5569	5734	2212	11	0,19%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	4756	43531	209	23988	25665	48287	232	0,97%
LIMOUSIN	2003	1501	7	11026	11564	3504	17	0,15%
LORRAINE	13146	17264	83	27099	28941	30410	146	0,54%
MARTINIQUE	1695	181	1	4839	2441	1876	9	0,19%
MIDI-PYRENEES	6792	30093	145	16926	18671	36885	177	1,05%
NORD PAS-DE-CALAIS	28377	15420	74	31265	34546	43797	211	0,67%
PACA	17210	44662	215	46852	50331	61872	297	0,63%
PAYS DE LA LOIRE	11301	65234	314	30932	33870	76535	368	1,19%
PICARDIE	6961	25824	124	18194	19080	32786	158	0,87%
POITOU-CHARENTES	3037	27460	132	18995	20176	30498	147	0,77%
RHONE-ALPES	21255	52896	254	57120	63243	74151	356	0,62%
TOTAL Régions	254954	1387091	6669	627295	675736	1642045	7894	1,26%

Tableau 2 : *Etat des comptes «CET bis» non médicaux au 31.12.2002.*

Ainsi, à côté de la faible attractivité du CET pour les personnels soignants, on constate une accumulation de jours de repos non pris dont le volume était, en 2002, nettement supérieur à celui des jours épargnés en CET. Ce phénomène est en effet particulièrement visible la première année de la réduction du temps de travail, où le nombre de jours hors CET (1 387 091 jours) représente **plus de 5 fois** le volume des jours déposés sur les CET (254 954 jours) et l'équivalent de 6669 postes temps plein contre 1226 en CET. Il est cependant vraisemblablement minoré par rapport à la réalité, car il n'est pas certain que tous les établissements aient correctement rempli cet item.

Dans ce total des jours hors CET, il faut souligner la part importante représentée par les hôpitaux de l'Assistance Publique / Hôpitaux de Paris qui, à eux seuls, en cumulent près des

2/3 (857 581 jours, soit 62 % et plus de 4 200 postes en ETP), et pour qui cela représente 6 % des effectifs temps plein..

Faut-il y voir une difficulté plus grande qu'ailleurs dans la mise en place de la RTT ou l'amplification d'une pratique déjà existante ?

Une des raisons mise en avant tient à la pénurie en infirmières et aussi en aides soignantes (2 500 postes vacants pour l'AP-HP en 2002/2003) que connaît régulièrement la Région parisienne. Pourtant les autres établissements de la région Ile-de-France, qui vivent sensiblement les mêmes difficultés de recrutement, n'affichent pas les mêmes résultats : ils sont relativement comparables pour les jours épargnés en CET (3,8 % des effectifs ETP contre 2,4 % à l'AP-HP¹⁴), alors que les jours accumulés en CET bis ne représentent que 0,1 % des effectifs ETP des établissements d'Ile-de-France contre 6,1 % à l'AP-HP.

Sur les années suivantes, 2003 à 2005, au fur et à mesure des recrutements et de la montée en puissance du dispositif CET, le nombre de jours accumulés en « CET bis » diminue en moyenne de 24 % (avec des exceptions comme l'AP-HM où il est stable), voire même disparaît dans un certain nombre d'établissements. Il passe ainsi, pour l'ensemble des régions, de **1 387 091 jours en 2002 à 1 006 277 jours en 2005**¹⁵. Parallèlement les jours épargnés en CET augmentent et, si l'on fait abstraction des résultats de l'AP-HP, ils dépassent en 2005 de près de 50 % les jours en « CET bis ».

L'AP-HP, pour sa part, enregistre une diminution de près de 50 % entre 2002 à 2004, mais cela tient au fait que des jours ont été payés aux personnels, tant en 2003 qu'en 2004, alors qu'en 2005 on retrouve, avec un peu **plus de 600 000 jours**, et près de **300 équivalents temps plein**, le chiffre moyen constaté sur les années précédentes. Le reste de l'Ile-de-France, par contre, n'enregistre, en 2005, aucune diminution des jours épargnés hors CET, mais au contraire une augmentation sensible, à mettre en parallèle avec une attractivité du CET (5,53 %) près de deux fois moins forte qu'à l'APHP (plus de 10 %).

Au final, et pour apprécier l'utilisation conjointe du CET et des dispositifs locaux, il a paru intéressant de rapporter les jours épargnés en équivalent temps plein, toutes catégories confondues, à l'effectif des établissements.

Ainsi, pour le personnel non médical, fin 2005, qu'il s'agisse du CET ou des « CET bis », on peut constater que le volume des jours qui n'ont pu être pris dans le cycle de travail, de manière volontaire ou contrainte, représente 1,26 % des effectifs temps plein¹⁶ et seulement 0,7 % de ces effectifs si l'on ne tient pas compte de l'APHP¹⁷.

¹⁴ Voir Tableau 1 page 10.

¹⁵ En neutralisant le poids de l'APHP, la diminution n'est plus que de 22% (de 505 229 jours en 2002 à 393 200 jours en 2005).

¹⁶ Dont 0,2 % pour le CET officiel et 1,06 % au titre du CET bis

¹⁷ Pour l'APHP ce chiffre est de 6,27 %.

3. Une utilisation importante par les personnels médicaux.

Alors que, pour les personnels non médicaux, l'attractivité est, en dehors de quelques situations atypiques, relativement faible, le compte épargne temps est totalement intégré à la pratique des praticiens hospitaliers.

Normalement ouvert sur demande de l'intéressé, il est même quelquefois, pour les praticiens qui peuvent y prétendre, enregistré d'office par les services administratifs.

Le tableau ci-après fait état de la montée en charge des CET chez les personnels médicaux dès 2002 :

Régions	Nombre de CET ouverts au 31/12 de l'année	Nombre de jours épargnés au 31/12 de l'année	Taux attractivité /effectifs PH TP+Tp	Jours CET en ETP	Nb moyen de jours par CET	Nombre de jours non pris et non épargnés sur un CET	Jours CET bis en ETP	% CET sur effectifs ETP	% CET sur effectifs PH TP+Tp	Total jours épargnés CET + CET bis	Total jours CET + CET bis en ETP	% total par rapport aux effectifs ETP
AP-HP	1 832	19 717	78,0%	95	11	0	0	1,60%	4,0%	19 717	95	4,04%
ALSACE	700	8 227	67,8%	40	12	3 697	18	1,26%	3,8%	11 924	57	5,55%
AQUITAINE	763	8 954	51,3%	43	12	811	4	3,37%	2,9%	9 764	47	3,16%
AUVERGNE	508	6 697	66,0%	32	13	283	1	1,90%	4,2%	6 979	34	4,36%
BASSE-NORMANDIE	366	3 821	41,9%	18	10	226	1	2,30%	2,1%	4 047	19	2,23%
BOURGOGNE	722	7 649	73,2%	37	11	177	1	3,27%	3,7%	7 826	38	3,81%
BRETAGNE	1 179	11 397	65,4%	55	10	666	3	3,81%	3,0%	12 063	58	3,22%
CENTRE	824	10 414	56,1%	50	13	970	5	1,80%	3,4%	11 384	55	3,73%
CHAMPAGNE-ARDENNES	33	374	3,9%	2	11	237	1	1,57%	0,2%	611	3	0,34%
CORSE	57	880	32,4%	4	15	1 500	7	3,91%	2,4%	2 380	11	6,50%
FRANCHE-COMTE	478	6 278	58,9%	30	13	632	3	1,80%	3,7%	6 910	33	4,10%
GUADELOUPE	39	512	16,7%	2	13	0	0	0,48%	1,1%	512	2	1,05%
GUYANE	68	1 257	72,3%	6	18	145	1	15,50%	6,4%	1 402	7	7,17%
HAUTE-NORMANDIE	616	5 151	63,8%	25	8	437	2	2,97%	2,6%	5 588	27	2,78%
ILE-de-FRANCE hors AP-HP	2 250	24 484	47,5%	118	11	1 756	8	1,98%	2,5%	26 240	126	2,66%
LA REUNION MAYOTTE	352	3 994	81,3%	19	11	1 417	7	3,55%	4,4%	5 411	26	6,01%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	826	9 804	67,3%	47	12	349	2	2,09%	3,8%	10 153	49	3,98%
LIMOUSIN	322	3 181	59,7%	15	10	75	0	2,64%	2,8%	3 256	16	2,90%
LORRAINE	795	10 315	65,0%	50	13	329	2	2,62%	4,1%	10 644	51	4,18%
MARTINIQUE	360	5 859	115,4%	28	16	45	0	6,92%	9,0%	5 904	28	9,10%
MIDI-PYRENEES	585	8 304	37,8%	40	14	7 168	34	2,48%	2,6%	15 471	74	4,81%
NORD PAS-DE-CALAIS	847	9 771	38,0%	47	12	2 113	10	1,92%	2,1%	11 883	57	2,56%
PACA	905	10 901	33,9%	52	12	1 300	6	1,48%	2,0%	12 200	59	2,20%
PAYS DE LA LOIRE	712	8 115	41,9%	39	11	245	1	2,86%	2,3%	8 360	40	2,36%
PICARDIE	443	5 668	36,3%	27	13	3 966	19	2,29%	2,2%	9 634	46	3,79%
POITOU-CHARENTES	656	7 427	57,1%	36	11	9	0	3,24%	3,1%	7 436	36	3,11%
RHONE-ALPES	2 035	19 928	60,7%	96	10	3 637	17	2,23%	2,9%	23 565	113	3,38%
TOTAL Régions	19 273	219 074	53,2%	1 053	11	32 187	155	2,17%	2,9%	251 260	1 208	3,33%

Tableau 3 : *Etat des comptes CET et « CET bis » médicaux au 31.12.2002.*

L'analyse du **taux d'attractivité** (voir définition page 10) à partir de la synthèse nationale a été difficile à mener, car les effectifs de référence comportaient, soit des personnels hospitalo-universitaires, soit des attachés, soit les deux.

Les chiffres bruts font apparaître un taux d'attractivité qui concerne, en 2002, 32 % des effectifs rémunérés et 43 % des effectifs en équivalent temps plein (ce qui neutralise partiellement le volume des attachés). Par contre, si on ramène les chiffres communiqués par les établissements **aux effectifs de praticiens temps plein et temps partiel**¹⁸, on obtient pour 2002 un taux d'attractivité de 53 %, ce qui semble beaucoup plus proche de la réalité. Ce

¹⁸ Voir effectifs des praticiens hospitaliers en annexe 6

chiffre va croissant, pour atteindre **57% en 2004**¹⁹. On peut seulement considérer que ce chiffre est très légèrement surestimé, car il faudrait ajouter, à l'effectif de référence, les assistants et praticiens contractuels qui, du fait de leur contrat à durée limitée, sont par nature de faibles épargnants. Il constitue cependant une moyenne, certaines régions comme la Bourgogne et l'Alsace, le Languedoc-Roussillon et l'Auvergne, la Réunion et la Martinique, la Lorraine, la Bretagne et la Haute-Normandie, en plus de l'AP-HP, se situent bien au-delà.

Nous avons essayé de dégager une corrélation avec la répartition des praticiens par régions²⁰, pour vérifier s'il existait un **lien entre le recours au CET et la densité médicale**, mais ce rapprochement n'est pas probant, au contraire. Cette hypothèse pourrait d'ailleurs être confortée par les résultats de l'APHP, puisque l'enquête montre, sur les hôpitaux parisiens, un taux d'attractivité du CET très important, qui passe, pour les praticiens temps plein, de 77 % en 2002 à 86 % en 2005, les praticiens temps partiel l'utilisant également dans de fortes proportions (80 %).

Le tableau ci-après montre l'évolution dans le temps du recours au CET, et met également en évidence l'existence pour les médecins, comme pour les personnels non médicaux, mais dans une moindre proportion, de jours non pris et non épargnés en CET :

	2002	2003	2004	2005
Nombre de CET	19 273	19 085	20 832	24 423
Jours CET	219 074	308 237	415 453	469 954
Nb moyen de jours	11	16	20	19
Jours CET bis	32 187	33 812	34 920	35 847
jours CET en ETP	1 053	1 482	1 996	2 259

Le nombre de CET est en très légère progression (8 %) entre 2002 et 2004, ce qui signifie que les praticiens hospitaliers ont assez vite opté pour le recours à cette forme d'épargne.

A partir de 2005, par contre, le nombre de CET ouverts croit fortement (+ 17 %) du fait de l'élargissement du **bénéfice de la réduction du temps de travail aux attachés**. Compte tenu de la parution tardive du décret (novembre 2005), de nombreux attachés n'ont pu prendre leurs jours et les ont épargnés. A titre d'exemple au CHU de Nîmes, la RTT des attachés (10 jours en moyenne) a fait progresser de plus de 30 % les jours épargnés en CET. Nous n'avons pas pu isoler, dans le cadre de l'enquête, la montée en charge de cette catégorie particulière de médecins, mais nous disposons des résultats propres à l'APHP qui ne sont peut-être pas transposables par contre à l'ensemble des établissements et régions : en 2005, **38 %** des attachés de l'APHP, surtout ceux qui travaillent en gériatrie et aux urgences, ont utilisé le dispositif du compte épargne temps pour y déposer **5 jours** en moyenne, c'est moins que le reste des praticiens (10/15 jours en moyenne), mais il faut intégrer le fait qu'ils ne disposaient que de 15 jours en 2005 (au lieu de 20) et que, compte tenu de leur nombre, cela représente un potentiel considérable (30 % des jours épargnés sur la seule année 2005). Il est certain qu'il faudra être extrêmement attentif à cette catégorie de praticiens sur les années à venir.

Le **nombre moyen des jours épargnés** pour l'ensemble des régions a tendance à progresser chaque année, puisqu'il passe de 11 jours en 2002 à **19 jours** en 2005. La photographie au 31 décembre 2005 montre ainsi que les comptes atteignaient 41 jours en moyenne par personne ;

¹⁹ Pour les résultats 2004, voir annexe 7, l'année 2005 est neutralisée du fait des attachés.

²⁰ Tableau en annexe 5

ce chiffre mériterait d'être rectifié en prenant en compte l'impact des attachés et devrait se situer plutôt dans une fourchette de **48 à 50 jours**

Si l'on transforme le volume des jours épargnés en **postes équivalent temps plein** (ce qui n'a pas de sens en terme de remplacement ou de prospective, mais donne seulement une idée du volume accumulé), cela représentait **1 053 postes en 2002** et 2 259 en 2005. La photographie réalisée fin 2005²¹ équivaut, quant à elle, à **4 842 postes**, et plus probablement, 5 000 postes compte tenu des données manquantes.

Rapporté aux effectifs totaux de praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel, ce temps accumulé en CET représentait donc fin 2005 plus de **13 % des effectifs de praticiens hospitaliers, soit environ 5% des effectifs chaque année.**

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de vérifier si l'utilisation du CET était proportionnelle au manque d'effectifs et s'il y avait corrélation avec la **répartition des postes vacants**, dont on peut rappeler qu'ils représentaient, au 31 décembre 2004, **16,3 %** pour les temps plein et **30 %** pour les temps partiel. Nous avons donc comparé le tableau 4 (page 18) faisant état des jours en stock rapportés aux effectifs et le tableau de répartition des vacances réelles de postes de praticiens hospitaliers (annexe 7) : là encore, on ne retrouve une corrélation entre taux élevé de vacance de poste et taux supérieur à la moyenne pour l'utilisation du CET que pour certaines régions (Auvergne, Lorraine, Centre, Limousin), tandis que l'Alsace et l'APHP ont une utilisation du CET bien supérieure à la moyenne qui ne s'explique pas par les postes vacants.

Il semble bien que l'état de la démographie médicalen'est pas l'élément déterminant dans le recours au compte épargne temps, recours qui serait lié à d'autres facteurs explicatifs comme les habitudes de travail et l'organisation des soins.

* * *

En ce qui concerne les **disciplines** les plus concernées par le compte épargne temps, là encore nous ne disposons que des chiffres détaillés de l'APHP :

- les **urgences** et la **réanimation** (adulte et pédiatrique) restent de gros pourvoyeurs : 20 jours et plus par an (6 jours pour les attachés), suivies par un certain nombre de disciplines médicales : pneumo, cardio, néphro ...
- en **anesthésiologie**, où 77 % des 520 PH temps plein ont ouvert un CET, l'épargne moyenne en 2004 correspondait à 14 jours
- la **gériatrie**, en difficulté dans certains établissements pour cause de densité médicale insuffisante (problèmes d'internes), fait aussi partie des disciplines qui peuvent accumuler des jours non pris ; c'est aussi la discipline dominante pour les attachés : 48% d'entre eux ont épargné 11 jours en moyenne sur la seule année 2005 ;
- en **chirurgie**, contrairement à ce qu'on pouvait imaginer, ce n'est pas la gynécologie-obstétrique qui est la plus concernée (12 jours épargnés en moyenne en 2004), mais

²¹ Tableau 4 page 18

des disciplines plus spécialisées comme l'ophtalmologie, l'urologie et la chirurgie infantile (31 jours en 2004) ;

- en **biologie** l'épargne reste inférieure à 15 jours en moyenne sur 2004, mais est relativement bien représentée chez les attachés (bactériologie, biochimie et hémato).

* * *

Pour achever ce panorama quantitatif du recours au compte épargne temps, tant par les personnels médicaux que non médicaux, le tableau ci-après fait état de la situation des jours accumulés au 31 décembre 2005, rapportés aux effectifs concernés, il met en évidence des décalages importants entre régions et entre catégories de personnels (13 % pour les effectifs médicaux, moins de 1 % pour les effectifs non médicaux).

REGIONS	TOTAL GENERAL	Personnel médical					Personnel non médical				
	(médical et non médical)	Stock au 31.12.2005			Effectifs des PH TP et Tp	% ETP sur effectifs PH	Stock au 31.12.2005			Effectifs en ETP	% ETP sur effectifs ETP
	Nb de jours	Nb de jours	ETP	%			Nb de jours	ETP	%		
AP-HP	327 548	112 748	542	34,4%	2626	20,64%	214 800	1033	65,6%	65 870	1,57%
ALSACE	92 451	38 321	184	41,5%	1033	17,84%	54 130	260	58,5%	21 739	1,20%
AQUITAINE	69 850	44 451	214	63,6%	1486	14,38%	25 398	122	36,4%	33 305	0,37%
AUVERGNE	85 633	27 252	131	31,8%	770	17,02%	58 381	281	68,2%	13 764	2,04%
BASSE-NORMANDIE	50 642	15 783	76	31,2%	873	8,69%	34 859	168	68,8%	19 545	0,86%
BOURGOGNE	66 710	29 875	144	44,8%	987	14,55%	36 835	177	55,2%	18 911	0,94%
BRETAGNE	142 343	59 448	286	41,8%	1803	15,85%	82 895	399	58,2%	31 090	1,28%
CENTRE	88 734	52 830	254	59,5%	1469	17,29%	35 905	173	40,5%	26 405	0,65%
CHAMPAGNE-ARDENNES	44 717	26 353	127	58,9%	852	14,87%	18 364	88	41,1%	17 633	0,50%
CORSE	5 306	386	2	7,3%	176	1,05%	4 920	24	92,7%	3 384	0,70%
FRANCHE-COMTE	51 682	19 765	95	38,2%	811	11,72%	31 917	153	61,8%	14 607	1,05%
GUADELOUPE	6 063	2 724	13	44,9%	234	5,60%	3 340	16	55,1%	1 773	0,91%
GUYANE					94					1 944	
HAUTE-NORMANDIE	45 601	24 265	117	53,2%	965	12,09%	21 336	103	46,8%	19 711	0,52%
ILE-de-FRANCE hors AP-HP	190 201	97 365	468	51,2%	4462	10,49%	92 837	446	48,8%	52 727	0,85%
LA REUNION MAYOTTE	26 046	14 249	69	54,7%	433	15,82%	11 797	57	45,3%	6 027	0,94%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	79 857	43 907	211	55,0%	1227	17,20%	35 950	173	45,0%	25 566	0,68%
LIMOUSIN	27 623	16 554	80	59,9%	539	14,77%	11 069	53	40,1%	11 440	0,47%
LORRAINE	93 651	42 503	204	45,4%	1223	16,71%	51 148	246	54,6%	25 816	0,95%
MARTINIQUE	13 187	6 261	30	47,5%	312	9,65%	6 926	33	52,5%	5 122	0,65%
MIDI-PYRENEES	74 938	37 806	182	50,4%	1546	11,76%	37 132	179	49,6%	27 763	0,64%
NORD PAS-DE-CALAIS	112 735	36 020	173	32,0%	2229	7,77%	76 715	369	68,0%	31 367	1,18%
PACA	130 391	75 781	364	58,1%	2671	13,64%	54 609	263	41,9%	48 205	0,54%
PAYS DE LA LOIRE	84 329	43 042	207	51,0%	1700	12,17%	41 287	198	49,0%	28 307	0,70%
PICARDIE	46 207	22 077	106	47,8%	1221	8,69%	24 131	116	52,2%	21 721	0,53%
POITOU-CHARENTES	52 469	33 464	161	63,8%	1148	14,01%	19 005	91	36,2%	20 053	0,46%
RHONE-ALPES	209 492	83 977	404	40,1%	3355	12,03%	125 514	603	59,9%	60 434	1,00%
TOTAL Régions	2 218 407	1 007 207	4842	45,4%	36245	13,36%	1 211 199	5823	54,6%	654 228	0,89%

Tableau 4 : Etat des jours CET en stock au 31.12.2005 rapportés aux effectifs.

4 -Un financement et un provisionnement à compléter

- **Un dispositif transitoire prévu dans le cadre du Fonds pour l'Emploi hospitalier qui reste à conforter.**

Créé par la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 pour prendre en charge les surcoûts supportés par les établissements lorsqu'ils accordent à leur personnel un exercice à temps partiel ou une cessation progressive d'activité, le **Fonds pour l'Emploi hospitalier** (FEH) a également été mis à contribution par la loi de financement de la Sécurité sociale du 20 décembre 2002 pour financer les droits à congés acquis durant la période 2002/2004²² au titre de la réduction du temps de travail et non pris ou portés dans un compte épargne temps.

Géré par la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC), ce fonds est alimenté par une cotisation des établissements à hauteur de 1 % du montant des rémunérations et, pour ce qui concerne la période de montée en charge de la RTT, par une contribution des régimes d'assurance maladie fixée chaque année par arrêté ministériel.

Au titre de 2002 et de 2003, le FEH a été abondé de 721 Millions d'euros, dont 664 Millions pour les CET des établissements publics de santé hors USLD (arrêté du 25 février 2003).

Au titre de 2004, le FEH a été crédité, *in fine*, de 25,5 Millions d'euros par l'arrêté du 15 décembre 2005.

C'est donc au total **746,5 Millions** qui ont été versés par les régimes d'Assurance Maladie à la Caisse des dépôts et consignations, sous réserve de la récupération d'un solde de 2 384 190 € restant à verser par les régimes particuliers.

Par **circulaire du 29 mars 2004**, une première partie de ces fonds a été notifiée aux Agences régionales pour répartition entre les établissements. Cette distribution a été effectuée sur la base des effectifs en place, et s'élevait à **398 Millions d'euros**²³. A charge pour les établissements de s'adresser à la CDC pour obtenir le versement des fonds attribués. Il semblerait que quelques établissements n'aient pas encore mobilisé cette première tranche de crédits, puisque les versements effectués fin 2005 n'atteignaient que 361 100 705 €.

Il reste ainsi, par rapport à la dotation initiale, dans les compte du FEH, « des produits constatés d'avance »²⁴ à hauteur de 385,4 millions, alors que le **solde disponible à notifier se monte à 348,5 millions**, compte tenu de près de 40 millions qui n'ont pas été réclamés par les établissements.

Le mécanisme prévu par la circulaire consistait à utiliser ces dotations pour financer, soit des mensualités de remplacements, soit les jours de repos RTT dont les décrets de 2003 ont prévu le paiement, soit enfin des heures supplémentaires. La dépense pouvait être, soit constatée au cours de l'exercice, soit donner lieu, s'il s'agissait de jours épargnés en CET, à une dotation au compte de provision²⁵.

Nous avons pu, en fait, constater que les établissements qui disposaient de crédits suffisants sur leurs comptes de personnel ont imputé directement ces dépenses sur l'exercice, sans avoir

²² De 2002 à 2004 pour les personnels médicaux, de 2002 à 2003 pour les non médicaux

²³ La répartition était la suivante : 382 350 510€ pour les EPS, 16 126 830€ pour les EPHAD et les sociaux

²⁴ Voir annexe 4 : extrait du rapport annuel pour 2005 du FEH

²⁵ Circulaire du 19 novembre 2003

eu recours au compte de provision. Ceci explique vraisemblablement que l'état des provisions, tel qu'il ressort de l'enquête, ne correspond pas exactement à l'utilisation de ces crédits. A contrario, il n'est pas exclu que certains établissements, ne disposant pas d'un budget suffisant, aient « mobilisé ces crédits pour éviter, ou à tout le moins compenser, des reports de charge » selon un courrier du 18 mai 2005 du Délégué général de la FHF.

- **Au-delà de la période transitoire, un provisionnement insuffisant ;**

Sur le financement du CET, et conformément aux engagements pris, il faut, en principe, faire la part des choses entre :

- ce qui relevait du financement de la période transitoire, à savoir les jours qu'il a fallu remplacer ou qui se sont accumulés en l'absence des notifications d'emplois et des crédits correspondants ;
- et ce qui n'en relevait plus, dès lors que, les créations d'emplois ayant été notifiées, ce sont les difficultés de recrutement qui ont généré une accumulation de jours non pris.

Dans ce dernier cas, il revenait à l'établissement de financer, sur l'enveloppe de postes qui lui avait été notifiée, les heures supplémentaires, les plages de temps additionnel et les provisions correspondant aux jours épargnés.

Il a été très difficile, à partir des résultats de l'enquête, de retracer, pour chaque établissement, l'historique de l'utilisation des crédits du FEH et l'état estimatif des provisions en cours au 31 décembre 2005.

L'enquête qualitative a montré que peu d'établissements, hormis l'AP-HP, ont provisionné au-delà des fonds reçus au titre du FEH, et notamment au niveau du montant des jours accumulés au 31 décembre 2005, dont il faudra financer le remplacement. Cependant l'état des lieux montre qu'ils ont quand même plusieurs années devant eux²⁶, compte tenu des délais dans lesquels les crédits seront mobilisés.

Le montant total des jours de CET en stock au 31 décembre 2005 peut être valorisé, tous personnels confondus, à un peu plus de 534 millions d'euros.²⁷ Il manque donc a minima, compte tenu des provisions en cours, entre 300 et 370 millions d'€ par rapport aux engagements constitués ; nous verrons, à ce propos, dans les recommandations, les solutions préconisées pour y faire face

5 -Un effet qui se cumule avec les évolutions démographiques.

L'inquiétude générée par l'existence de comptes épargne temps aux volumes significatifs n'est pas seulement liée au risque financier, mais tout autant à la capacité qu'auront les établissements à remplacer les personnels lorsqu'ils solderont leurs congés.

Au premier plan se profile le risque de cumul au moment du **départ en retraite**.

²⁶ Le CH de Macon prévoit 3-4 années sans grosses difficultés à niveau annuel de consommation constant.

²⁷ Soit 181 679 850€ pour le personnel non médical et 352 522 450€ pour le personnel médical.

L'analyse de la répartition par tranche d'âge des 2,011 millions de jours accumulés en CET au 31 décembre 2005 montre que **25,6 %** (515 005 jours, soit 2476 ETP)) **concernent les plus de 55 ans** qui solderont au minimum ces jours, et ceux qu'ils vont continuer à accumuler, dans les dix ans à venir. Parmi ceux-ci on note assez naturellement, compte tenu de ce qui a été dit précédemment, une prépondérance de **médecins et de personnels administratifs** qui pèsent ensemble pour 65 % dans ce total.

On rappellera à ce propos quelques éléments de démographie :

- 82 % des attachés d'administration qui étaient en fonction en 1999 seront en retraite en 2015 avec un pic en 2010,
- parmi les directeurs d'hôpitaux, 55 % des effectifs présents en 2003 seront en retraite à horizon 2015 avec un pic en 2011 ; ce sont les directeurs d'établissements sociaux qui sont les plus concernés (63 %) avec des départs importants dès 2006, puis les directeurs d'établissements sanitaires et sociaux avec un pic en 2009 et 2010.
- 43 % des praticiens hospitaliers auront atteint 60 ans en 2016, et 25 % auront 65 ans à la même date, ce qui permet de situer le niveau des départs en retraite d'ici 2016 à près de 9 000 postes
- la filière technique et ouvrière est la plus concernée par les départs en retraite : près de 6 agents sur 10 à horizon 2015 par rapport à l'effectif de 1999.

Les personnels âgés de **45 à 55 ans** sont néanmoins majoritaires et représentent **43,3 % des jours** ; médecins et soignants sont largement prépondérants dans cette classe d'âge avec plus de 77 % du total, sachant que pour les **soignants** cette classe d'âge correspond aux dix années avant la retraite.

On peut noter à ce propos que :

- au sein de la filière de soins, les **cadres de santé** se différencient du fait d'un volume de départs qui représente presque le double de celui de l'ensemble (de 85 à 95 %) et qui connaît déjà un début de réalisation,
- pour les **infirmiers spécialisés** (IADE et IBODE), les manipulateurs d'électroradiologie et les **masseurs-kinésithérapeutes**, qui sont potentiellement concernés par le CET compte tenu de la pénurie actuelle, une statistique fait état d'environ 50 % de départs en retraite d'ici 2015, par rapport à l'effectif de 1999, avec des pics à partir de 2008 pour les kinés, 2013 pour les manipulateurs et 2014 pour les infirmières spécialisées.

Ces secteurs professionnels vont devoir faire l'objet d'un suivi attentif et de mesures propres à renforcer l'attractivité de la carrière hospitalière.

Si on analyse l'utilisation du CET chez les **personnels médicaux**, et qu'on la compare à la pyramide des âges au 31 décembre 2005, on constate :

- que les plus de 55 ans représentent 28 % des jours épargnés (l'équivalent de 1 356 ETP) et 24,5 % des effectifs
- que les 45/55 ans représentent 40 % des jours et 38,8 % des effectifs
- que les moins de 45 ans, enfin, représentent 32 % des jours et 36,7 % des effectifs.

Comme on pouvait s'y attendre les plus jeunes épargnent un peu moins que leurs confrères, et les plus de 55 ans un peu plus, mais sans que les différences soient énormes, ce qui confirme la relative généralisation de l'utilisation du CET, tous âges confondus, par le corps médical. Cependant, le volume important de jours accumulés par les moins de 55 ans, notamment la génération 45/55 ans, amène à s'interroger fortement sur les modalités de remplacement, au cours de la carrière, comme nous le verrons dans la dernière partie. En effet, en l'état actuel des textes régissant le CET, ils seront censés commencer à faire jouer leurs droits à congés à partir de 2012.

On peut s'attendre, dès cette période, à de grandes difficultés dans les établissements, notamment sur les disciplines déficitaires (radiologie, psychiatrie) qui cumulent taux importants de départs en retraite (23 et 28 %) et de postes vacants (23 et 21 %), sans évoquer le manque d'attractivité de l'hôpital pour ces disciplines.

Si rien ne change par rapport au recours actuel au CET, et sauf à modifier la réglementation actuelle sur l'utilisation du CET, on devrait cumuler en 2012 les départs en retraite des plus de 55 ans, et les congés accumulés par les autres praticiens qui arriveront au terme de leur durée d'épargne, cela pourrait représenter sur un an l'équivalent de 12 000 postes de praticiens hospitaliers, c'est-à-dire un tiers des effectifs. Ce point a incité fortement à proposer les recommandations qui seront développées après l'analyse du dispositif actuel.

III : L'ANALYSE DU DISPOSITIF

Après avoir dressé un tableau le plus exhaustif possible du dispositif du compte épargne temps dans les établissements hospitaliers publics, il nous faut analyser, conformément à la lettre de mission, les aspects positifs et les pistes d'amélioration. Nous avons procédé, pour cette partie, à une série d'interviews²⁸ auprès de personnels hospitaliers, de responsables des ressources humaines, de directeurs d'établissements et de présidents de CME, auprès des Fédérations hospitalières (établissements publics et privés participant au service public) et des Conférences de CHU et de CH, auprès des organisations représentatives des personnels médicaux et non médicaux.

Bien qu'ayant été accueilli au départ avec scepticisme, le compte épargne temps apparaît aujourd'hui comme un élément incontournable de la gestion du temps de travail à l'hôpital. Même ses détracteurs n'envisagent pas un retour en arrière pur et simple. Si, désormais, le CET fait partie du paysage, c'est que les personnels, comme les établissements, y trouvent un intérêt.

1. L'intérêt du compte épargne temps pour les personnels

Pour les personnels des établissements d'hospitalisation, le compte épargne temps présente au moins trois types d'intérêt :

- **Un moyen de gérer son temps personnel**

Même si ce n'est pas l'utilisation principale qui en est faite aujourd'hui, le CET reste le moyen le plus simple de gérer son temps en gardant une marge de manœuvre pour le futur, notamment pour réaliser des projets personnels. Certaines organisations syndicales considèrent en effet que 10 % des agents, notamment dans les services de soins, ont un comportement « d'écureuil », ont besoin de se constituer une réserve de jours à prendre « *pour le cas où...* » et, plus généralement, pour faire face aux aléas de la vie.

C'est ainsi que le CET est utilisé pour prolonger un congé maternité, comme le prévoient les textes, avant de reprendre le travail (et de retrouver les contraintes de planning), mais aussi pour accompagner un proche en fin de vie, voire même pour prolonger un congé maladie sans perdre ses droits à maintien du traitement ou encore pour compenser l'absence de congés bonifiés pour les personnels originaires des Comores ou Mayotte.

Cependant, dans l'ensemble, on est face à des comportements très différents : soit les agents ne placent que quelques jours (le surplus), soit ils sont au contraire dans l'accumulation.

²⁸ Voir liste des contacts en annexe

Pour les jeunes médecins, une autre utilisation possible – mais qui semble encore peu exploitée – réside dans l’opportunité de prendre un congé pour effectuer un stage dans un autre hôpital, ou en université, afin de se perfectionner ou de valider un cursus de recherche.

Pour les autres catégories, la notion « d’année sabbatique » est encore peu intégrée dans les perspectives d’utilisation des CET, elle pourrait le devenir notamment pour les plus jeunes générations.

- **Un moyen de sauvegarder des droits à congés :**

Depuis la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux, on a assisté à un changement progressif des mentalités : même si la plupart des médecins, à l’exception de certaines spécialités ou des plus jeunes générations, ne limitent pas leur temps dans l’exercice de leur activité, ils entendent désormais le compter et le retracer. Les tableaux de service, dont la généralisation a été longue à obtenir et reste encore imparfaite, sont le témoignage de cette évolution et on s’aperçoit, en effet, que c’est l’ensemble des spécialistes qui n’hésitent plus à alimenter aujourd’hui leur compte épargne temps.

Les personnels médicaux vivent ainsi un paradoxe permanent entre l’immanence d’habitudes de travail et la volonté de pouvoir bénéficier des avancées du statut de praticien salarié, tout ceci sur fond de contraintes liées à la nature de l’activité, au fonctionnement et au financement des établissements publics de santé.

L’exercice est encore plus difficile dans les établissements privés participant au service public, où les médecins salariés sont soumis aux règles horaires du Code du travail, sont rarement au forfait jours (car cela suppose de renégocier les contrats locaux), disposent de 23 jours au titre de la RTT, et n’ont pas la possibilité de faire jouer l’*opt-out*²⁹.

Il est certain que le compte épargne temps représente, alors, une solution immédiate à la sauvegarde des droits acquis par le salarié, même si chacun a conscience que les modalités de prise de ces congés seront complexes.

Pour les cadres, administratifs et soignants, qui sont au forfait jours, le CET représente aussi l’opportunité de sauvegarder des congés dont ils estiment qu’ils sont incompatibles avec la qualité de leur travail ou l’exercice de leurs responsabilités.

- **Un moyen d’anticiper les départs en retraite :**

Un autre élément est venu impacter la relation des personnels de santé à leur temps de travail, c’est la réforme sur les retraites

En effet, le CET apparaît aux yeux de certains comme un moyen d’allonger leur durée d’activité, tout en bénéficiant de l’équivalent d’un **départ en retraite anticipé**. La possibilité, qui est offerte, d’accumuler jusqu’à 22 ou 30 jours par an pendant 10 ans, même si elle est rarement utilisée au maximum, permet d’anticiper de 6 mois à 18 mois un départ en retraite,

²⁹ Possibilité de ne pas appliquer la limite maximale de la durée de travail des salariés fixée par la Directive européenne, tout en respectant certaines conditions (volontariat, registres)

tout en bénéficiant des conditions de report de la limite d'âge (68 ans pour les praticiens, 65 ans pour les emplois sédentaires, et 55 ou 60 ans pour les « actifs »).

Ce mode d'utilisation est particulièrement intéressant pour les métiers dont la **pénibilité** et les contraintes (gardes, fatigue physique ou mentale, etc...) sont moins bien supportées avec l'âge. Il représente, par contre, une véritable difficulté lorsque chacun fera jouer ses droits. Dans ce contexte, les établissements devront veiller à donner droit aux congés, tout en maintenant un fonctionnement satisfaisant des institutions, ce qui suppose une bonne capacité d'anticipation.

2. L'intérêt du compte épargne temps pour les établissements

Le dispositif du compte épargne temps est aussi perçu par les établissements comme :

- **un moyen de gérer les ressources disponibles :**

Nous avons pu constater dans de nombreux établissements que les jours de repos compensateurs de la réduction du temps de travail sont les premiers à être remis en cause en cas d'**absentéisme**, lorsque les services ne disposent d'aucun autre moyen de remplacement et notamment d'aucune équipe de suppléance disponible. Il en résulte des changements de planning plus ou moins bien vécus, facteurs de démotivation quelquefois, mais qui donnent aux responsables le sentiment de pouvoir faire face au quotidien, quitte à reporter dans le temps les effets de la RTT. Il faut rappeler, à ce sujet, que ce sont les crédits de remplacement qui ont tendance à être restreints en priorité lorsque les hôpitaux sont en difficulté financière. De ce point de vue, les établissements qui se sont bien organisés pour les remplacements, ou qui ont vu leur absentéisme diminuer, ne pratiquent pas, **pour ce motif là**, d'incitation particulière par rapport à l'utilisation du CET.

Le compte épargne temps est aussi un dispositif apprécié des établissements qui connaissent une activité **saisonnière** et qui ne disposent pas d'équipes surdimensionnées : il donne de la souplesse quand il n'est pas possible, pendant la saison creuse, de prendre intégralement les jours de congés reportés ; cela peut également correspondre à un choix par défaut des personnels médicaux et non médicaux, qui peuvent préférer épargner plutôt que prendre des congés sur une période qui ne leur convient pas.

Enfin, la possibilité, offerte par les textes, d'imputer sur le CET des **plages additionnelles** non indemnisées a soulagé maints budgets d'établissements dont les crédits étaient insuffisants pour y faire face, sans que, pour autant, une vraie réflexion ait été menée sur la **pertinence du lien entre organisation médicale et répartition, sur la semaine et le mois, du temps de présence des praticiens**.

- **un moyen de discipliner la gestion du temps de travail :**

Pour un certain nombre de responsables hospitaliers, la mise en place de la RTT a été l'occasion de rappeler et mieux faire respecter les **règles concernant la planification et la**

prise de congés ; selon les accords locaux, les jours RTT sont plus ou moins partiellement intégrés dans le cycle de travail (entre 5 et 10 jours généralement), et le solde plus ou moins planifié sur des périodes déterminées dans l'accord. Afin que les congés et récupérations soient soldés avant la fin de l'année (avec quelquefois une tolérance sur le mois de janvier), ils font le point début décembre pour reprogrammer le solde sur la période de Noël ou payer éventuellement des heures supplémentaires dans la limite des plafonds autorisés. Les agents sont alors quelquefois fortement incités à inscrire les jours non soldés dans leur CET ; c'est le cas notamment de plusieurs hôpitaux de la Région Auvergne, ce qui explique la forte « attractivité » du CET dans cette région. D'autres, afin de mieux respecter la règle du volontariat, tolèrent des dérogations dans les reports.

Si, malgré ces aspects positifs, les comptes épargne temps sont encore peu utilisés en dehors des médecins et des cadres, c'est parce qu'ils sont générateurs de difficultés et d'inquiétude face à la nouveauté qu'ils introduisent dans le monde hospitalier.

3. Les freins au développement

Ils relèvent de facteurs de nature différente, selon qu'ils sont dus :

- **A un manque de confiance**

L'absence de confiance est le premier facteur mis en avant pour expliquer le peu d'intérêt des personnels non médicaux à l'égard du CET. La notion d'épargne fait écho avec le monde de la banque, et conscients des difficultés financières des hôpitaux, les personnels craignent que les établissements ne soient pas en mesure, le moment venu, d'honorer leurs engagements. Le rappel du fait qu'il s'agit d'un **droit acquis** ne suffit pas à rassurer, et l'inscription des jours dus sur le bulletin de salaire prend ainsi un caractère très symbolique. Tant les établissements, au moyens de brochures internes, que la DHOS doivent améliorer leur communication sur ce point, mais le retour de la confiance suppose, comme nous le verrons dans les propositions, ne sera assuré que si les établissements respectent l'ensemble des règles qui régissent le CET.

Il n'est pas certain, par ailleurs, que ceux qui l'utilisent se sentent plus en confiance, d'autant que revient régulièrement, dans l'appréciation du CET, l'absence de toute possibilité d'**indemnisation** lorsque les jours ne sont pas soldés, notamment en cas de **décès** ou d'invalidité.

Enfin les difficultés rencontrées concernant le portage des CET en cas de **changement d'établissement ou de statut** (cas des praticiens accédant au statut hospitalo-universitaire par exemple) nourrissent également cette inquiétude.

- **A un manque de visibilité**

Les personnels hospitaliers sont très conscients de la difficulté de la gestion du temps à l'hôpital et de la complexité des plannings, notamment lorsqu'il faut gérer les absences. Ils

doutent, de ce fait, de la possibilité qui leur sera offerte de prendre les congés accumulés quand ils le souhaitent et surtout de la capacité à se faire remplacer.

Ce manque de visibilité, en dehors de ceux qui accumulent en prévision de la retraite, constitue un frein à l'utilisation du CET.

- **A un manque de souplesse**

Le troisième type de frein couramment évoqué concerne les contraintes imposées dans le cadre de l'utilisation des jours épargnés, d'autant qu'elles ne sont pas les mêmes qu'il s'agisse du personnel non médical ou médical.

Les reproches concernent :

- le seuil de déclenchement : ramené à 20 jours, il est estimé encore comme trop élevé et rédhibitoire pour des personnels qui ne mettent que quelques jours par an,
- le délai de prévenance : il est également cité comme un frein à l'utilisation du CET, bien que chaque cadre ait la latitude de pouvoir l'assouplir en fonction de l'urgence et des nécessités de service,
- le délai maximum d'utilisation dans les dix ans ; il est enfin considéré comme une contrainte qu'il faudrait assouplir en autorisant des reports dans le temps, voire même une prolongation sur l'ensemble de la carrière.

- **A une appréciation différenciée des partenaires sociaux**

Dans leur ensemble, lors de la négociation pour la mise en place de la réduction du temps de travail, les **organisations syndicales des personnels de la Fonction publique hospitalière** ont privilégié tout ce qui permettait de rendre effectif le passage aux 35 h et d'améliorer les conditions de travail, insistant notamment sur les postes supplémentaires à créer. De ce fait, le compte épargne temps, tout comme le dispositif des heures supplémentaires, a plutôt été vécu certes comme un outil à disposition des agents, mais aussi et surtout des administrations pour atténuer les effets de cette diminution du temps de travail.

A l'inverse, les **organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers**, comme celles des cadres, ont rapidement vu l'intérêt du dispositif compte épargne temps pour sauvegarder un droit à la réduction du temps de travail qui paraissait bien hypothétique, en tous cas lors de la montée en charge.

Ces prises de position, plus ou moins fortement exprimées, ont contribué à influencer les comportements à l'égard du compte épargne temps, d'autant que la dimension culturelle et personnelle n'en est pas absente.

- **A des facteurs culturels et de pénibilité**

En effet, dans l'esprit de ses promoteurs et notamment des membres de la Mission nationale d'évaluation, le compte épargne temps répondait à une « visée culturelle » en donnant aux

personnels l'opportunité de gérer leur temps non plus dans l'immédiateté du roulement, mais dans le long terme. Ils souhaitaient qu'à côté d'une utilisation « par défaut » (sauvegarder les jours non pris) se développe une utilisation « par excès » répondant à la notion de projet, de capital temps et permettant de se projeter dans l'avenir.

Il est permis, à ce propos, de s'interroger sur le fait que ce sont surtout les cadres et les médecins qui en bénéficient, et plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- contrairement aux autres personnels, ils sont au forfait et n'ont pas été habitués à penser leur temps au quotidien dans le cadre d'un horaire déterminé,
- leur rythme de travail et de récupération se gère avec des périodes de congé (1 mois pour certains) plus longues que la semaine ou le cycle de travail,
- leurs niveaux de fonction et de rémunération rendent plus facile la projection sur le moyen ou long terme (retraites, voyages ...),
- cela correspond enfin, et surtout, aux catégories (cadres et praticiens hospitaliers) dans lesquelles la compensation des effets de la RTT a été la plus limitée.

* * *

L'introduction du dispositif CET dans la fonction publique hospitalière, huit ans après son apparition dans le secteur privé, correspondait, au moins dans son affichage et son objectif d'origine, à une logique de **temps choisi**, les intéressés pouvant accumuler, à leur initiative, du temps pour le réutiliser dans le cadre d'un projet personnel. Cette faculté offerte ne correspondait pas nécessairement aux attentes du plus grand nombre, pour qui le but premier du passage aux 35 heures devait coïncider avec une diminution effective du temps de présence à l'hôpital.

En réalité, couplée avec l'aménagement et la réduction du temps de travail, et compte tenu des difficultés de montée en charge, cette mesure s'est transformée dans la plupart des cas en une obligation relevant plutôt d'une logique de **temps subi**, les personnels ne pouvant, en raison des nécessités de service, prendre l'ensemble de leurs congés ou récupérations de jours RTT, de plages additionnelles et d'heures supplémentaires. Ceci est particulièrement vérifié pour le corps médical, l'encadrement, et quelques professions plus spécialisées touchées par la pénurie.

Dès lors les contraintes qui sont imposées quant à son utilisation sont moins bien vécues et donnent l'impression que ce dispositif n'est pas **attractif**.

Mais devrait-il l'être ?

Non, répondent ceux qui considèrent qu'il constitue un instrument très dangereux pour l'avenir, habituant l'hôpital à vivre à crédit et représentant une difficulté à venir pour les générations futures.

Non, mais oui, répondent ceux qui considèrent qu'il n'a pas vocation à traiter les problèmes liés à la réduction du temps de travail, mais que ce n'est pas une raison pour le rendre moins attractif.

Oui, pour tous ceux qui considèrent que, compte tenu des contraintes financières et de continuité de l'activité, c'est un outil indispensable à la gestion du temps de travail à l'hôpital.

Oui, bien sûr, répondent enfin ceux qui veulent une grande liberté de choix par rapport à l'individualisation et la gestion du temps de travail.

Nous espérons que les propositions contenues dans le dernier chapitre répondront à ces interrogations.

IV : LES PROPOSITIONS

1. Sécuriser le financement

- *Provisionner*

La mise en réserve, dans un compte épargne temps, comme d'ailleurs dans un « CET bis ou local », de jours de congés ou de repos récupérateurs³⁰ non pris correspond indéniablement à une **charge de l'exercice**. On doit en effet considérer que les établissements disposent, pour une année donnée et pour faire face à leur activité, des ressources qui sont retracées dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). L'effectif ainsi financé correspond à une présence moyenne de 208 jours dans l'année : dès lors que les personnels assurent une présence plus importante, qui devra être récupérée, cela revient à reporter une charge équivalente sur les exercices suivants, charge qui, dans le cas de la réglementation actuelle des CET, peut être activée jusqu'à dix ans plus tard. Il n'est pas raisonnable de laisser s'installer un tel report de charges sur les exercices futurs sans garde-fous comptables et financiers. La Fédération hospitalière de France, bien que consciente des difficultés que cela posera aux établissements, vu leur contexte financier, est favorable à cette approche.

Ma première recommandation porte donc sur le provisionnement en fin d'exercice des jours non pris et reportés dans les CET, ainsi que sur l'inscription prévisionnelle de cette provision dans l'EPRD.

Si la nécessité du provisionnement ne fait pas de doute, le montant à inscrire peut être sujet à discussion. En effet, la provision doit, en principe, être utilisée pour assurer le financement du remplacement de l'agent ou du praticien en position de congés rémunérés, rémunération qui, en ce qui les concerne, figure naturellement dans les charges de personnel de l'année. S'agissant souvent de personnels en fin de carrière, on peut supposer que le remplacement sera effectué à un coût inférieur à celui de la rémunération atteinte au moment du provisionnement. Il peut également se présenter des situations exceptionnelles dans lesquelles la personne utilisant ses droits à congés placés en CET ne sera pas remplacée. Ceci permet d'envisager que les établissements fixent le niveau de provision avec une certaine **décote** par rapport à la valorisation exacte des jours épargnés, sachant par contre que cette valorisation doit obligatoirement inclure les charges sociales.

Nous ne sous-estimons pas la difficulté majeure que va rencontrer une partie non négligeable des établissements pour dégager les moyens financiers correspondants, dans un contexte de forte tension budgétaire, notamment sur les dépenses de personnel médical. C'est pourquoi nous avons proposé d'ajuster le montant de la provision. En revanche, faire l'impasse sur cette charge signifierait renoncer à la transparence financière qui devrait être la règle pour tous. Il ne faudrait pas conforter les établissements qui adoptent ouvertement une politique

³⁰ Correspondants à la réduction du temps de travail ou à des heures supplémentaires non indemnisées.

d'encouragement par rapport au CET dans le seul but d'équilibrer leur exercice budgétaire et de ne pas assurer les remplacements nécessaires.

Pour faire face à la difficulté de provisionnement sur un exercice donné, les établissements pourraient, parallèlement au système de décote, mettre en place un **plan de provisionnement** qui s'appuierait sur les gains dégagés sur les dépenses de personnel (groupe 1) par les départs en retraite. Il faudra cependant être attentif à ne pas gager deux fois le différentiel lié aux départs en retraite. Cette planification dans le temps pourrait être **contractualisée avec l'ARRH**.

Enfin, certains redoutent les effets pervers liés à un affichage, dans l'EPRD, des provisions à constituer, pensant que cela pourrait inciter les personnels à utiliser au maximum les possibilités offertes. Cependant, il faut rappeler, à ce sujet, qu'il ne s'agit que de sommes prévisionnelles, et que précisément le volume prévu doit faire l'objet d'une contractualisation avec les pôles d'activité ; cela va aussi dans le sens d'une plus grande transparence.

- ***Notifier le solde du Fonds pour l'Emploi Hospitalier***

Le « financement des droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un compte épargne temps en raison de la réalisation progressive des recrutements »³¹, telle qu'évoquée en première partie, a été prévu par **l'article 27 de la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002** de financement de la Sécurité sociale pour 2003 : il concerne les années 2002 et 2003 pour les agents de la Fonction Publique Hospitalière et les années 2002 à 2004 pour les médecins, pharmaciens et odontologistes. En application de la **définition donnée par cet article**, nous proposons donc de considérer **l'ensemble des jours non pris**, tels que repérés par l'enquête, c'est à dire ceux placés en CET et ceux placés dans les comptes « CET bis »

L'ensemble des recrutements n'était certes pas réalisé au 1^{er} janvier 2004 pour les personnels non médicaux (dernière tranche notifiée par la circulaire du 2 février 2004), ni au 1^{er} janvier 2005 pour les personnels médicaux, mais on peut raisonnablement considérer qu'à compter de ces dates les établissements ont disposé des crédits correspondants pour leur permettre de payer, à la place, des heures supplémentaires et des plages additionnelles ou pour provisionner les jours épargnés en CET.

La synthèse de l'enquête montre que la **valorisation de l'ensemble des jours** placés en CET et en « CET bis », dont le financement était prévu dans le cadre du Fonds pour l'emploi hospitalier, **s'élève à 789 625 271€³²**, alors que ce sont seulement des crédits à hauteur de 382 350 510 €³³ qui ont été notifiés, d'où un **différentiel de 407 274 761€**, - ce qui excède le solde disponible qui s'élève actuellement, rappelons le, à 348 500 000 € - . Cela confirme la nécessité de **poursuivre le versement** des tranches annoncées, versement qui avait été suspendu faute d'éléments justificatifs ; il en est de même pour l'**abondement complémentaire**, prévu au titre de 2005, qui a été lui aussi suspendu et pourrait compléter le financement manquant. L'arrêté portant sur une dernière **tranche de 60 millions d'euros**, prévue dans la loi de financement pour 2005 de la Sécurité sociale, est en effet toujours en instance.

³¹ Article 27 de la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002

³² Voir synthèse financière en annexe 5

³³ circulaire du 29 mars 2004, voir note 23 page 19

Si on compare les besoins des établissements pour provisionner intégralement les jours accumulés et le montant des crédits qui restent ainsi à verser, et qui s'ajoutent aux provisions déjà constituées, on peut considérer que ce versement complémentaire, s'il est réalisé, laissera une **situation saine au 31 décembre 2005**, puisque le bilan de l'existant au 31 décembre 2005 montre que la valorisation des jours « en stock » à cette date représente **534 202 300€**.

Ma deuxième recommandation concerne la notification aux établissements du solde dû au titre du Fonds pour l'emploi hospitalier, et la confirmation des crédits prévus au titre de 2005, dans la mesure où le besoin en financement est constaté, et dans le respect des engagements pris quant au financement des jours épargnés sur la période de montée en charge de la RTT.

La notification aux établissements devrait permettre de rééquilibrer la **répartition des enveloppes entre personnel médical et personnel non médical** compte tenu de l'attractivité respective du CET selon ces différentes catégories de personnel. Il faudra, bien entendu, veiller à ce que ces crédits fléchés soient bien affectés au compte de provision prévu pour les CET.

Compte tenu de la situation de trésorerie du FEH qui assure transitoirement le financement des congés de fin d'activité, nous préconisons de notifier l'intégralité du solde aux établissements pour qu'ils prennent, avant la fin de l'exercice 2006, leurs dispositions, mais par contre de ne prévoir qu'un versement progressif, dans la mesure où il n'y a pas d'urgence pour les paiements, du fait du niveau des provisions en cours. Cette préconisation serait d'autant plus prudente que la recommandation suivante porte sur l'externalisation des provisions et sur le maintien de ces sommes au sein du FEH. Si elle était retenue, il ne serait plus nécessaire alors que de notifier aux établissements la somme à laquelle ils peuvent prétendre, sans organiser un transfert de fonds.

- ***Sécuriser avec la Caisse des Dépôts et Consignations***

Le décret n° 2004-73 du 19 janvier 2004 avait prévu un suivi spécifique des crédits notifiés dans le cadre du FEH et leur imputation dans un compte de provision en attendant leur utilisation.

Trois raisons nous poussent à préconiser une évolution de ce mécanisme :

- s'agissant d'un financement à un horizon de moyen terme (5 à 10 ans), il apparaît prudent de sanctuariser cette provision, dès lors qu'elle aura été correctement estimée, de façon à ne pas créer de tentation pour la détourner de son usage ;
- s'agissant de sommes correspondant à des salaires qui vont évoluer dans le temps par l'effet du GVT (glissement/vieillesse/technicité) et des augmentations annuelles, il apparaît nécessaire de prévoir des mécanismes de placement financier assurant une rémunération de l'épargne ainsi constituée : seul un établissement financier peut en être le garant et le gestionnaire ;
- s'agissant d'une épargne destinée à suivre l'agent en cas de mutation, l'externalisation apparaît comme une garantie du transfert d'un établissement à l'autre.

La troisième recommandation porte sur le maintien, dans le cadre du Fonds pour l'emploi hospitalier géré par la Caisse des Dépôts et Consignations, des provisions qui correspondent aux comptes épargne temps ; chaque établissement disposera ainsi d'un compte individuel dans lequel il pourra puiser pour financer le remplacement des personnels qui utilisent leurs droits à congés épargnés.

Cette recommandation recueille un avis quasi-unanime de la part des organisations syndicales, mais ne signifie, en aucun cas, qu'il y a mutualisation des sommes entre établissements hospitaliers comme c'est le cas actuellement pour les autres prestations versées par le FEH (pour la compensation des temps partiels notamment). En effet, à la différence des mesures statutaires financées par les prestations du FEH, on est, avec le CET, dans le domaine de l'organisation et de la gestion du temps de travail, lesquelles relèvent de la politique propre à chaque établissement. Cette proposition d'externalisation ne doit, en aucun cas, limiter **la responsabilité et l'autonomie des établissements** quant à cette politique. Au demeurant, alors que la mutualisation financière permet, en général, d'aider les plus petits établissements, il n'apparaît pas, au cas particulier, qu'ils seraient les principaux bénéficiaires d'une mise en commun.

Là encore, nous ne sous-estimons pas l'impact d'une telle mesure sur la **trésorerie** des établissements, que ces provisions contribuent à améliorer, mais il ne faut pas perdre de vue que ces sommes doivent pouvoir suivre l'évolution des rémunérations, voire compenser une légère sous-estimation de départ, et donc être gérées dans le cadre de placements financiers attractifs. On peut imaginer d'aménager progressivement cette mesure dans le temps en ne prévoyant l'externalisation que d'une fraction des provisions les premières années. La montée en charge du provisionnement pourrait alors s'inscrire dans un **plan de provisionnement** négocié avec l'ARH et intégrant les gains futurs liés à l'impact des départs en retraite des personnels.

Enfin, la gestion par la Caisse des Dépôts et consignations de ces provisions, dans le cadre du Fonds pour l'Emploi Hospitalier, devrait faire l'objet d'une contractualisation avec le Ministère de la Santé et des Solidarités, portant sur le niveau de performance financière attendu.

* * *

Nous pensons que seules des mesures financières de ce type peuvent ramener de la **confiance** et de la **crédibilité** par rapport au dispositif du compte épargne temps, tout en préservant l'avenir financier des établissements. Elles ne sauraient cependant suffire à lui donner l'attractivité recherchée.

2. Harmoniser et rappeler un certain nombre de règles

- ***Transparence***

Le CET est un des éléments de la gestion du temps de travail : il est nécessaire que le **bilan**, en ce qui le concerne, soit suivi attentivement, mis en perspective avec d'autres éléments de la gestion des personnels, notamment les heures supplémentaires, les comptes locaux ou «CET bis» lorsqu'ils existent, les plages additionnelles, l'absentéisme et les postes vacants, et

présenté au moins une fois par an aux **instances** de l'établissement. Il pourrait faire l'objet d'une rubrique spécifique dans le **bilan social**.

Ce bilan est d'autant plus important que ses conséquences financières et le provisionnement des jours épargnés, mais aussi l'impact sur le fonctionnement et l'activité de l'établissement devraient faire l'objet de débats et d'arbitrages collectifs (ex décision de la CME de convertir une partie des plages additionnelles en jours de CET ou de plafonner les jours RTT épargnés).

C'est un **indicateur** dont la maîtrise devrait faire partie de la contractualisation entre les établissements et l'Agence Régionale d'Hospitalisation dans le cadre des **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**.

A l'occasion de l'enquête, il est apparu que les autorités de tutelle des établissements (ARH et Ministère de la Santé et des Solidarités) manquaient cruellement d'éléments pour impulser et piloter une politique de ressources humaines : cela mériterait que la réflexion engagée sur la disponibilité d'un **bilan social normalisé et informatisé** puisse aboutir rapidement.

A côté de cette transparence collective, enfin, il faut rappeler aux établissements que les droits acquis par les personnels doivent faire l'objet d'un état officiel et normalisé, à défaut du **bulletin de paye** que les systèmes informatiques devraient, depuis le temps, avoir intégré.

- ***Rappel des règles en cas de mutation***

Les problèmes rencontrés par les personnels en cas de mutation ont contribué à alimenter la méfiance à l'égard du CET, car peu d'établissements respectent les règles posées par la **circulaire du 19 novembre 2003** et ceux qui les respectaient tendent à y renoncer tant ils se heurtent à l'intransigeance des autres.

La règle est pourtant simple puisque les droits suivent l'agent en cas de mutation : s'agissant de l'exercice volontaire d'un droit, l'établissement quitté ne peut obliger la personne à les prendre avant de quitter son poste, l'établissement intégré ne peut l'obliger à y renoncer. Dans l'état actuel de la réglementation, toute mutation devrait donner lieu à la transmission d'un relevé de compte épargne temps et l'émission d'un titre de recette assurant le transfert de la provision correspondant aux jours épargnés par l'agent. La valorisation, qui, aujourd'hui, « relève de la libre négociation entre établissements », ³⁴ devrait correspondre à la valeur des jours, estimée au moment de la mutation (charges sociales incluses). Par la suite, s'il y a une gestion de la provision dans le cadre du Fonds pour l'emploi hospitalier, cette règle devrait être facilitée, car donner simplement lieu à un jeu d'écritures entre établissements.

- ***Rappel des règles sur la prise de congés et le décompte des absences***

Avec un certain nombre d'établissements, il a été possible de vérifier que le nombre de CET ouverts était d'autant moins important qu'il existait d'autres moyens, moins visibles, d'épargner des jours : les comptes locaux. Cette pratique est notamment très répandue dans les gros établissements qui laissent l'encadrement gérer à son niveau les décomptes d'heures supplémentaires et de repos non pris. Ils rencontrent souvent de grosses difficultés à faire

³⁴ Selon la lettre du 2 juin 2005 adressée au Délégué général de la FHF.

respecter le **principe de non report des congés** et repos compensateurs après le 31 décembre de l'année au titre de laquelle ils sont acquis.

A contrario, on pouvait penser que les hôpitaux locaux, tout comme les maisons de retraite, qui ne disposent pas d'un personnel important en volume, allaient rencontrer des difficultés majeures depuis la mise en œuvre de la réduction du temps de travail. Or, la gestion du temps y est plus centralisée, les heures supplémentaires surveillées et les règles sur les congés acceptées et respectées par tous. Cela a permis à ces établissements d'avoir une politique claire en matière de remplacement et a contribué à une bonne intégration de la RTT.

A côté des pratiques concernant les règles sur les congés, un autre sujet est motif de traitement non homogène entre les établissements et contribue à l'accumulation de jours non pris : c'est le **décompte des absences**. Sur ce sujet, la règle est difficile à bien définir, et les résultats en matière de droits à jours compensateurs de RTT sont différents selon qu'une journée d'absence est comptée pour 7h ou plus. La question est souvent posée : a-t-on droit à des jours de compensation au titre de la RTT lorsqu'on a été absent ? La référence doit rester la moyenne du cycle de travail, ce qui en principe si la réduction du temps de travail est effective sur le cycle et si les repos sont normalement intégrés au roulement devrait bien correspondre à 7h. D'où l'intérêt de **planifier les jours RTT dans le cycle de travail, et de les lisser sur l'année**, pour ne pas avoir de dérive inflationniste. Compte tenu de la jurisprudence, les établissements, soutenus en cela par la FHF, sont demandeurs de clarification complémentaire, et d'une harmonisation des règles entre le personnel non médical et le personnel médical qui bénéficie d'une réglementation plus favorable.

- ***Rappel des règles concernant le décompte du temps médical***

Contrairement à la gestion du temps de travail des personnels non médicaux qui, même si elle est particulièrement complexe, bénéficie d'une expérience de longue date et d'outils plus performants pour les personnes qui en sont responsables, la gestion du temps médical est une discipline plus « neuve » à l'hôpital.

Les services gestionnaires ont été longtemps cantonnés dans un travail d'enregistrement d'états déclaratifs concernant les temps de présence et les gardes. Parfois même, ils procédaient au basculement systématique en CET des écarts entre les jours officiellement signalés comme pris et les droits acquis, ce qui laissait place à une marge d'erreur non négligeable.

L'utilisation des **tableaux de service** et leur production en temps utile à l'administration se sont nettement améliorées, mais doivent être encore confortées. Leur analyse, a priori et a posteriori après service fait, devrait donner lieu à discussion dans le cadre de la Commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS) dont le rôle doit être soutenu. La déclaration de plages additionnelles ne doit pas être banalisée et leur opportunité discutée en fonction des effectifs et des possibilités de réorganisation interne. De la même manière, les modalités de décompte du temps de travail doivent être établies en fonction des nécessités et la reconnaissance du décompte en temps horaire circonscrite aux disciplines le justifiant.

La mise en œuvre de la réduction du temps de travail a fait ressurgir par ailleurs des demandes de clarification sur la **notion de demi-journée et sa définition**, tant il est vrai qu'une demi-

journée inscrite sur un tableau de service peut correspondre à des temps de présence très différents d'un praticien ou d'une activité à l'autre.

* * *

Compte tenu de la complexité du décompte du temps de travail, **l'informatisation de la gestion du temps** du personnel non médical et médical (tableaux de services) doit être encouragée, comme l'avait déjà souligné le rapport PIQUEMAL. Non seulement cela soulagera les responsables de terrain, mais aussi cela donnera aux responsables hospitaliers une vision globale de la situation des personnels de l'établissement à l'égard de la gestion du temps. Cela évitera de constater a posteriori une accumulation de jours à rendre et permettra de gérer au plus près, avec les services ou pôles, les difficultés rencontrées. Ce sujet pourrait faire l'objet d'une action ciblée et d'un accompagnement ou encore être proposé comme **thème d'amélioration des conditions de travail dans le cadre des CLACT**.

* * *

Ma quatrième recommandation porte sur le rappel aux établissements d'un certain nombre de règles concernant :

- *la présentation et la discussion, devant les instances, d'un rapport sur la gestion du temps de travail incluant le bilan du CET,*
- *la délivrance, à défaut d'inscription sur le bulletin de paye en fin d'année, d'un document officiel retraçant l'état des droits épargnés année par année,*
- *le transfert, en cas de mutation, des droits acquis au titre du CET et des provisions correspondantes,*
- *le retour à une plus grande rigueur dans le solde des congés et la suppression progressive des dispositifs locaux,*
- *le mode de décompte des absences,*
- *le décompte du temps médical,*

ainsi que sur l'accompagnement des établissements dans la maîtrise des outils facilitant la gestion du temps de travail.

3 - assouplir les règles du CET

C'est dans ce domaine que les attentes des organisations syndicales représentatives des personnels non médicaux sont les plus fortes et relativement consensuelles :

- ***Abaissier le seuil***

Les règles instaurées par le décret n°2002-788 du 3 mai 2002 pour les personnels de la Fonction publique hospitalière, bien qu'assouplies par le décret n° 2003-504 du 11 juin 2003, restent en retrait de celles qui régissent le CET des personnels médicaux. L'article 6 de ce décret prévoit que l'agent ait en effet accumulé 20 jours de congés sur son CET pour pouvoir

en bénéficier. Ce seuil, abaissé en 2003, était auparavant le même que celui applicable aux fonctionnaires d'Etat, c'est-à-dire 40 jours ; il n'est pas opposable en cas de congé maternité, d'adoption ou de paternité ; les personnels médicaux, quant à eux, peuvent exercer progressivement leurs droits sans qu'il soit fait mention d'un seuil minimum.

Dans la pratique, il apparaît que l'absence de seuil pour le corps médical a peu de sens pour ceux qui l'utilisent actuellement, compte tenu du montant des jours déjà accumulés, mais la situation pourrait évoluer avec l'application de la RTT aux attachés et l'usage que feront du CET les plus jeunes générations. Aussi, tout retour en arrière par rapport au texte actuel nous paraît peu opportun.

Par contre, il existe d'ores et déjà des établissements qui facilitent l'utilisation des jours inscrits au CET par les personnels non médicaux en compensation d'une rigueur plus grande sur le respect de la réglementation des périodes de congés. Il ne semble pas que l'abaissement du seuil à 10 jours, souhaité par les organisations syndicales, poserait de problème majeur aux établissements alors qu'il pourrait, par contre, contribuer à rendre le CET plus attractif. Il ne nous semble pas non plus nécessaire de supprimer tout seuil sous peine de retirer au CET son caractère d'épargne liée à un projet personnel, d'autant que, même sans projet particulier, les personnels peuvent avoir intérêt à garder une marge de sécurité par rapport à leurs congés.

Ma cinquième recommandation porte sur une modification de l'article 6 du décret n°2002-788 du 3 mai 2002 : « les droits à congés acquis au titre du compte épargne temps ne peuvent être exercés qu'à compter de la date à laquelle l'agent a accumulé 10 jours sur son compte »

- ***Allonger la durée d'épargne***

La limite d'utilisation des droits à congés épargnés a été fixée à 10 ans de manière glissante, tant pour les personnels non médicaux que médicaux, avec une exception pour les praticiens âgés de plus de 55 ans à la date d'ouverture du compte, pour qui la durée est prolongée jusqu'à la date de départ en retraite³⁵.

Certaines organisations syndicales (CFDT, UNSA...) souhaitent la suppression de cette limite des dix ans, ce qui reviendrait à pouvoir épargner tout au long de la vie professionnelle. Or, envisager une telle mesure pourrait conduire à des situations alarmantes : qu'on songe au cas d'un praticien hospitalier épargnant tout au long de sa carrière 30 jours par an, cela pourrait lui permettre d'accumuler jusqu'à 1200 jours, soit l'équivalent de plus de 5 années de congés, quant au directeur d'hôpital, sur la base de 22 jours par an, le cumul pourrait atteindre plus de 4 ans. La suppression de cette limite des dix ans, si elle était retenue³⁶, devrait obligatoirement s'accompagner d'un plafonnement du nombre de jours, permettant de purger régulièrement le compte et d'éviter une accumulation excessive en fin de carrière. Il n'est pas certain, dans ce cas, qu'une mesure de plafonnement soit bien ressentie, et il nous semble préférable de maintenir la règle des dix ans.

Par contre, compte tenu de la réforme des retraites, il n'est pas rare que des personnels, qui ont épargné dans la perspective d'un départ en retraite anticipé, se trouvent confrontés à la nécessité de prolonger leur activité pour acquérir le nombre de trimestres de cotisations

³⁵ Rappelons que les praticiens peuvent demander à bénéficier d'un recul jusqu'à 68 ans de la limite d'âge pour la retraite

³⁶ Le Ministère de la Fonction publique y songe également pour les fonctionnaires d'Etat

requis. Dès lors, il apparaît justifié de prévoir pour tous les personnels un assouplissement du délai glissant des dix ans jusqu'au départ en retraite, à l'instar de ce qui est prévu pour les praticiens hospitaliers âgés de 55 ans à la date d'ouverture de leur compte. Cette extension du délai pourrait être limitée à 5 ans.

La sixième recommandation consiste à prévoir que, pour les cas de départ en retraite, le délai d'utilisation du CET peut dépasser, par dérogation, le plafond des 10 ans, dans la limite maximale de 15 ans.

En dehors de ces cas de départ en retraite, on pourrait également envisager un assouplissement résultant d'une négociation et d'une contractualisation individuelle entre le directeur de l'établissement et les titulaires de CET, dès lors que l'état des provisions le permet.

- ***Moduler les possibilités de prise de congés***

Compte tenu de l'ampleur des jours déjà accumulés dans les CET, tant par les personnels médicaux qu'administratifs âgés de plus de 55 ans, il est indispensable de pouvoir disposer d'une **palette de solutions** pour gérer l'absence de ces personnels au moment où la prise de congés sera effective. Il en est de même pour les cadres soignants.

En effet, il faut d'abord rappeler que **médecins et administratifs** sont les plus «consommateurs» de CET, qu'ils **représentent 65 % des jours** qui ont été épargnés au 31 décembre 2005 par les plus de 55 ans et que les **perspectives démographiques** ne sont pas favorables en ce qui les concernent, comme cela a été évoqué au chapitre II.

L'ensemble des jours d'ores et déjà accumulés doit être pris en compte pour toutes ces catégories : il implique un décalage pouvant atteindre de 6 mois à plus d'un an (18 mois pour les praticiens hospitaliers) par rapport aux départs en retraite prévus.

Outre les efforts de prévision, de planification et de formation nécessaires, mais qui risquent de ne pas être suffisants pour assurer l'ensemble des remplacements, il nous semble intéressant de prévoir l'équivalent d'une **cessation progressive d'activité** en autorisant, voire encourageant, la prise des congés accumulés dans les CET sous forme de **temps partiel**, dès lors qu'ils constituent un départ en retraite anticipé. Cela peut permettre la mise en place de solutions transitoires atténuant le choc des départs massifs. Cela contribuerait aussi à augmenter l'**employabilité des "seniors"**, en aménageant leurs dernières années d'activité. Il ne faut cependant pas sous-estimer la difficulté que peut constituer un remplacement de temps partiel, sauf en cas de mutualisation des remplacements entre établissements (voir propositions page 42).

De la même manière, les jours épargnés en CET, qui peuvent être pris de droit à l'issue d'un congé maternité, pourraient être, en fonction des nécessités de service, utilisés à l'issue de ce congé sous forme de **temps partiel**, dérogeant ainsi à la règle des 5 jours minimum. Cette mesure pourrait être, également, étendue aux congés pris pour un accompagnement de fin de vie, voire même, après expérimentation, **généralisée**.

Ma septième recommandation concerne la possibilité de dérogation à la règle de prise des congés épargnés en CET au profit d'un exercice à temps partiel.

Nous voudrions, à l'issue de ce paragraphe sur l'assouplissement du dispositif, évoquer la question de la **bonification des jours épargnés**, dont la revendication est largement portée par les organisations syndicales représentatives des personnels. Elle avait été instaurée pendant la période de montée en charge de la réduction du temps de travail pour inciter très fortement les personnels à placer leurs jours de RTT plutôt que d'en demander le bénéfice immédiat, alors que la pénurie menaçait les recrutements prévus. Aucune évaluation n'a vraiment été conduite sur l'impact positif de cette mesure. Par contre, il apparaît nettement qu'elle présente un risque inflationniste que les établissements auraient du mal à assurer. Au demeurant, il faudrait bien considérer qu'il existe, **de fait**, une petite bonification pour les agents, dans la mesure où les jours épargnés, à un salaire donné sur une année donnée, seront réutilisés plus tard sur la base d'une rémunération supérieure, intégrant les effets du GVT³⁷ et des augmentations de salaire.

4 -Prévoir des possibilités de conversion

- ***Conversion en cas d'évènements graves***

Avec ce paragraphe, on aborde une des grandes questions posées aujourd'hui par les organisations représentatives des personnels médicaux et non médicaux, à savoir la possibilité de paiement des jours épargnés ; cette question n'est pas relayée par tous de la même manière, à l'exception de deux cas qui font l'unanimité, celui du **versement aux ayants droit** lors du décès de l'agent et celui de l'**invalidité** définitive.

Le décret du 3 mai 2002, relatif au compte épargne temps dans la fonction publique hospitalière, indique, en son article 1, que « lorsqu'un agent, quelle que soit sa position au regard du statut qui lui est applicable, quitte définitivement la fonction publique hospitalière, les jours ou heures accumulés sur son compte épargne temps doivent être soldés avant sa date de cessation d'activité ». Le décret du 18 novembre 2002 instaurant le CET pour les personnels médicaux est encore plus explicite : « *en cas de cessation définitive de fonctions, l'intéressé est tenu au préalable de solder son compte épargne temps. A défaut il perd ses droits* »³⁸.

Jusqu'à ce jour, la position de l'administration a été constante et commune aux trois fonctions publiques : les jours épargnés correspondent à des droits à congés qui, s'ils ne sont pas pris, ne peuvent donner lieu à paiement, par assimilation aux congés annuels.

Cette position peut se discuter dans la mesure où, si le régime des congés annuels relève, pour la Fonction publique hospitalière comme pour les deux autres fonctions publiques, de la Loi, et si ce régime est explicite, celui des congés acquis au titre du CET ne relève, par contre, qu'exclusivement du décret du 3 mai 2002 modifié. A la différence des congés annuels, qui s'analysent comme un droit, les jours épargnés correspondent à du temps travaillé non compensé : dans ce sens, le principe d'une rémunération est tout à fait acceptable.

³⁷ Glissement Vieillesse Technicité

³⁸ Article 4 – III du décret n° 2002-1358 du 18 novembre 2002 portant création d'un compte épargne temps pour les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé.

Plusieurs décrets ont d'ailleurs prévu une exception à ce principe de non paiement :

- le décret n° 2003-502 du 11 juin 2003, qui a prévu l'indemnisation, dans la limite de 10, et à leur demande, des jours de repos acquis pour l'année 2003, au titre de la réduction du temps de travail, par les personnels de la Fonction Publique Hospitalière ;
- les décrets n°2002-1244 du 7 octobre 2002 et n°2003-968 du 9 octobre 2003, qui ont aussi organisé, au bénéfice des personnels médicaux, l'indemnisation des jours de RTT non pris dans la limite de 5 jours pour 2002 et de 10 jours pour 2003.

Le Ministère de la Fonction Publique, interrogé sur ce sujet, considère que les fonctionnaires bénéficient en cas de décès d'un capital équivalent à un an de salaire, ce qui pourrait être de nature à tempérer les attentes des ayants droit. Cependant, cette disposition n'est plus valable au delà de 60 ans et s'avère difficilement opposable à tous les personnels qui dépasseront cette limite : rappelons que ce sont ceux qui auront le plus accumulé de jours. Une réflexion est en cours au sein de la DGAFP pour convertir les jours épargnés et non pris, en cas de décès de l'agent, en trimestres de cotisations, revalorisant ainsi la pension de réversion due aux ayants droits. Elle pourrait être élargie en inter fonctions publiques.

Nous ne sous-estimons pas la difficulté du sujet qui peut amener des demandes reconventionnelles par rapport aux congés annuels. Pourtant, il nous semble que l'on peut défendre le fait que les congés prévus au titre de la RTT ne sont pas de même nature que les congés annuels, et ne relèvent pas du même niveau de texte :

- **loi et décret** pour les congés annuels des personnels de la Fonction publique hospitalière pour lesquels il est précisé qu'« *un congé non pris ne donne lieu à aucune indemnité compensatrice* »³⁹,
- **décret** pour les congés inscrits par les personnels de la Fonction Publique Hospitalière dans un CET, qui s'analysent comme « *des jours supplémentaires de repos* »⁴⁰.
- **décret** pour le statut des personnels médicaux

L'écart avec le Code du travail est difficilement ressenti : d'un côté, « *le CET permet au salarié d'accumuler des droits à congés rémunérés ou de bénéficier d'une rémunération, immédiate ou différée, en contrepartie des périodes de congé ou de repos non prises* »⁴¹, de l'autre le CET « *permet à son titulaire d'accumuler des droits à congés rémunérés* ».

Par ailleurs, il faut rappeler que peuvent être épargnées, dans le CET, des heures supplémentaires pour lesquelles la jurisprudence est plus claire et qui doivent donner lieu à indemnisation en cas de décès. Cette position reste à confirmer par le Ministère de l'Intérieur.

Il ne semble donc pas aberrant de prévoir une nouvelle exception au principe de récupération des jours de repos liés à l'application de la réduction du temps de travail en cas de décès ou de tout autre impossibilité statutaire à exercer ses droits à congés comme l'invalidité définitive. Les **modalités de liquidation** pourraient être calquées sur celles arrêtées en 2003, à savoir **1/30^{ème} du traitement annuel** tant pour les personnels **non médicaux** que pour les personnels **médicaux**. Ces versements devraient bien évidemment être exécutés dans une totale neutralité sur le plan fiscal et social.

³⁹ Article 4 du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels.

⁴⁰ Articles 10 et 11 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail.

⁴¹ Article L227-1 du Code du travail

Ce serait incontestablement perçu par l'ensemble des agents comme la « réparation d'une injustice », et de nature à renforcer la confiance dans le dispositif.

Ma huitième recommandation concerne l'insertion, dans les décrets instaurant le compte épargne temps pour les personnels médicaux et non médicaux, d'une possibilité d'indemnisation, en cas de décès ou d'invalidité, des jours épargnés au titre de la RTT ou des heures supplémentaires non rémunérées ou encore des périodes de temps de travail additionnel.

Tout autre chose est la conversion monétaire, ou l'indemnisation, en général, des jours épargnés. Dans ce domaine, les opinions sont très tranchées, car elles renvoient à la conception même de la réduction du temps de travail :

- il y a ceux qui mettent en avant l'amélioration des conditions de travail, qui passe par une réduction effective du temps de travail, et sont hostiles au paiement des jours, porte ouverte, comme les heures supplémentaires, à des dérapages ;
- il y a ceux qui plaident pour une conception plus nuancée en mettant sur le même plan « le temps » et « l'argent » et valorisent l'intérêt d'une contractualisation sur ce point.

Certains de nos interlocuteurs ont plaidé pour des mesures dérogatoires concernant les professions qui connaissent de gros problèmes de recrutement (kinésithérapeutes, manipulateurs radio, IADE et IBODE), il nous semble préférable dans ces secteurs d'explorer au maximum les possibilités d'heures supplémentaires avant d'accorder cette dérogation. Cela doit pouvoir être abordé dans le cadre du dialogue social au sein des établissements.

Il est à signaler que cette question de conversion monétaire des jours épargnés préoccupe les établissements privés participant au service public, puisque la négociation au niveau de l'UNIFED, branche professionnelle dont relèvent les établissements de la FEHAP⁴², a abouti à un accord signé le 12 juillet dernier, par la CFTC et la CFE-CGC, et prévoyant la possibilité de monétarisation des CET, avec une rémunération immédiate ou différée (sous forme de plans d'épargne ou rachat de cotisations).

Il ne faut donc pas négliger la forte pression qu'exerceront les représentants du corps médical, et peut-être quelques responsables hospitaliers, pour une monétarisation du CET, face aux problèmes de renouvellement de générations et de remplacement que nous évoquerons au paragraphe suivant. On soulignera cependant que, dans le cadre des textes actuels, les personnels médicaux peuvent déjà bénéficier du paiement de plages additionnelles, si l'établissement en a la possibilité financière.

- ***Conversion en points de retraite complémentaire***

⁴² FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif

Face à cette revendication, une des pistes de réflexion, qui pourrait être ouverte, consisterait, peut-être, à transformer les jours épargnés en cotisations complémentaires de régime de retraite.

Les praticiens hospitaliers⁴³, relèvent en effet d'un régime complémentaire obligatoire qui est l'IRCANTEC dans lequel ils sont presque les seuls à faire toute leur carrière. Les cotisations se transforment en points, en fonction d'une valeur d'achat fixée et unique pour tout le monde, et sont assurées à 50 % par l'employeur.

La fragilité de ce régime fait actuellement l'objet de négociations et son retour à l'équilibre est un préalable. Il va donc de soi que cette piste, si elle était retenue, devrait faire l'objet d'une analyse approfondie intégrant la volumétrie escomptée, ainsi que la neutralité et l'équité de cette solution sur le plan social et fiscal. Par ailleurs, le système de rachat de points, qui peut être intéressant surtout pour ceux qui rejoindraient tardivement le statut de praticien hospitalier, est plafonné.

On peut alors imaginer parallèlement une sortie du dispositif en cotisation de retraite facultative, dite **sur-complémentaire**, dont nous croyons savoir qu'elle a aussi été envisagée pour les praticiens hospitalo-universitaires.

Cette faculté pourrait, après validation, être ensuite étendue à d'autres catégories professionnelles, elle est soutenue par la Conférence des hôpitaux généraux

Ma neuvième proposition concerne la mise en œuvre d'une étude approfondie sur la possibilité et les conditions de conversion des jours acquis sur un CET par les personnels médicaux en cotisations de retraite complémentaire, ainsi que sur l'extension éventuelle de cette étude au personnel non médical.

5 -faciliter les remplacements des personnels utilisant leurs congés

Le constat actuel de l'utilisation du dispositif génère deux inquiétudes majeures : celle du financement, évoquée dans le premier paragraphe, mais aussi celle du remplacement qui nécessite anticipation et mise en œuvre de mesures particulières.

- ***Anticipation***

Afin que les établissements et services puissent s'organiser, les décrets du 3 mai et du 18 novembre 2002 ont prévu le respect d'un **délai de prévenance**, lorsque la personne veut utiliser ses jours épargnés en CET : il est proportionnel à la durée du congé envisagé⁴⁴. Certaines organisations représentatives des personnels souhaitent une remise en cause, ou un assouplissement, de ce délai de prévenance. Nous n'y sommes pas favorables car il ne semble

⁴³ le terme est utilisé au sens générique puisque tous les statuts non hospitalo-universitaires sont concernés

⁴⁴ rappel des règles : 1 mois pour une demande de congés inférieurs à 6 jours, 2 mois si le congé est compris entre 6 et 20 jours, 4 mois s'il est compris entre 20 jours et 6 mois, 6 mois au-delà.

pas poser de problème majeur dans la pratique, ne représente pas un facteur déterminant dans l'attractivité du CET et correspond à un minimum pour anticiper correctement les absences.

Ceci est particulièrement vrai pour le corps médical, compte tenu de l'impact sur l'activité et de la difficulté à remplacer. Nous avons rencontré des établissements en difficulté parce qu'ils étaient dans l'ignorance du moment où les praticiens comptaient activer leur congé de fin de carrière (comme ce chef de service, par exemple, qui prend ses jours au coup par coup et laisse planer volontairement un doute sur sa date de départ en retraite).

Il faut que les règles du jeu soient claires au sein de l'établissement et vis-à-vis de la tutelle, de façon à ce que **l'annonce des vacances de postes puisse être faite de manière anticipée** et éviter la rupture dans les remplacements, d'autant plus encore lorsqu'elle s'accompagne d'une responsabilité de chef de service ou demain de chef de pôle.

- ***Contrats de remplacement pour les médecins***

Lorsque le remplacement ne peut être assuré de manière statutaire, les établissements, petits et moyens surtout, se résolvent à recourir à de l'**intérim** qui est particulièrement coûteux, rarement gage de qualité et génère de nombreux effets pervers.

Ce genre de situations va se multiplier et pourrait justifier que soit mis en place au niveau régional, parmi les jeunes médecins, notamment les chefs de clinique et les assistants, un **vivier de candidats potentiels** à ces remplacements. Le Centre National de Gestion pourrait être également mis à contribution sur la constitution de ce vivier, dans la mesure où il va gérer les praticiens «en recherche d'affectation», et pourrait proposer leur mise à disposition vis-à-vis des établissements ayant besoin de remplaçants.

Moyennant un **contrat type** suffisamment attractif en terme de rémunération mais aussi de reprise d'ancienneté, les médecins sollicités pourraient assurer ces remplacements en toute transparence vis-à-vis de leur établissement d'affectation et sur la base d'un accord de mise à disposition avec l'établissement d'accueil. Il ne s'agit pas de créer un statut ou corps supplémentaire, mais de prévoir et d'encadrer une incitation particulière pour les médecins qui accepteraient ce challenge.

Il existe déjà de nombreux exemples de temps médical partagé entre établissements et l'expérience ainsi constituée peut être utile dans ce cas particulier⁴⁵. Cela implique une responsabilité particulière des établissements les plus importants, et dotés en général d'équipes plus étoffées et plus attractives, vis-à-vis des autres établissements de la région, du département ou du territoire de santé. On peut imaginer que ce sujet pourrait être évoqué dans le cadre des **commissions régionales paritaires** qui ont vu leurs attributions récemment élargies.

Reste le problème de trouver des candidats intéressés alors que les possibilités d'exercice sont largement ouvertes, et concurrentielles, pour les jeunes médecins, à la sortie de leur formation. L'inquiétude est forte pour certaines disciplines : la radiologie, discipline dans laquelle on enregistre des démissions, la psychiatrie dont les responsables rencontrés font état

⁴⁵ Voir le document de la MEAH intitulé « *organisation du temps de travail des médecins : retours d'expériences* »

de huit départs sur dix dans le privé à l'issue de la formation, l'anesthésiologie, la réanimation et la biologie sont également concernées.

Une autre solution à ces problèmes de remplacement pourrait également être étudiée dans le cadre d'un **post-internat** rendu, ou non, obligatoire.

Ma dixième proposition concerne la définition d'un contrat type qui pourrait être proposé aux médecins qui assureraient les remplacements.

- ***Pool de remplacement et télé-secretariat***

Le remplacement des personnels soignants est certainement moins complexe à mettre en place, d'autant qu'avec la mise en œuvre de la réduction du temps de travail, beaucoup d'établissements ont concentré les postes créés sur des **équipes de suppléance**. Cette solution suppose que sa gestion se fasse à l'échelle d'un ou plutôt plusieurs pôles suffisamment dimensionnés, ou de l'ensemble d'un établissement de taille moyenne. Les hôpitaux locaux ont plutôt recours à des contractuels ou à des vacataires, mais là encore **la mutualisation des moyens entre établissements** pourrait permettre de constituer des équipes plus stables et partagées entre établissements.

Une mention particulière peut être signalée par rapport à l'organisation des **secrétariats médicaux** : les établissements de taille moyenne tendent à mettre en place du télé-secretariat pour assurer la continuité du service le samedi, ou pendant les vacances notamment. Cette solution, en général organisée à l'échelle d'un pôle ou d'un établissement, pourrait faire aussi l'objet d'une solution partagée entre petits établissements.

- ***Définition d'une position d'activité spécifique***

En ce qui concerne le remplacement des **directeurs d'établissement**, s'il est de courte durée, il peut donner lieu, si nécessaire, à la mise en place d'un intérim, soit au sein de l'établissement, soit avec un établissement voisin.

Par contre, si le congé est adossé à un départ en retraite, outre la nécessité d'annoncer à l'avance, comme pour les praticiens hospitaliers, la vacance du poste comme susceptible d'intervenir, il faut régler deux questions : celle de la **responsabilité** à l'égard du fonctionnement de l'établissement, qui peut être réglée par la désignation d'une personne chargée de l'intérim, et celle, plus mineure, du **logement** de fonction ainsi que du **régime indemnitaire**. En effet, la position de congés est considérée comme une période d'activité avec tout ce que cela comporte comme droits et devoirs attachés à cette position.

Il faudrait donc imaginer une **position intermédiaire**, entre l'activité et la retraite ou, si ce n'est pas possible, définir clairement quels sont les droits et responsabilités des directeurs qui sont dans cette situation.

Compte tenu des jours épargnés par les moins de 50 ans, ce cas de figure devrait également être prévu pour les personnels soldant leur CET, non pas avant un départ en retraite, mais entre deux affectations. Cela permettrait d'éviter que le compte épargne temps soit uniquement associé à l'idée de retraite.

Ma onzième proposition concerne la définition d'une sous position d'activité pour les personnels utilisant, entre deux affectations ou avant leur départ en retraite, les congés épargnés en compte épargne temps.

- **Formation et tutorat**

Face aux départs massifs à la retraite, le bon dimensionnement des **quotas de formation** des personnels de santé, médecins inclus, constitue la première réponse à apporter pour assurer les remplacements nécessaires ; il doit intégrer les projections de départs anticipés liés au CET. C'est un travail à conduire bien sûr au niveau national et régional, mais aussi au sein de chaque établissement grâce à l'analyse de la pyramide des âges.

Cette mesure, cependant, n'apparaîtra pas comme suffisante, rappelons le, si les établissements publics de santé sont moins attractifs que leur environnement libéral et privé ou si la répartition des effectifs formés n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire.

C'est pourquoi l'attention des établissements doit être attirée sur la nécessité de poursuivre, y compris sur le plan financier, les efforts de **promotion professionnelle**, notamment pour assurer le remplacement des infirmières spécialisées et des cadres.

Au-delà de la formation en quantité et qualité suffisante des personnels, se pose la question de la conservation et de la **transmission du savoir**. Dans une enquête récente menée par l'Association Française des Directeurs de soins (AFDS) sur les problèmes qui nuisent à la qualité de la prise en charge, pour la première fois a été cité le **départ anticipé des cadres** pour cause de CET. Comme nous l'avons vu dans la partie bilan, c'est, en effet, aujourd'hui la première catégorie de personnels à utiliser les CET dans une perspective de départ en retraite. Cela nous incite à préconiser de privilégier **l'accompagnement des cadres** qui vont être amenés à les remplacer, car la fonction n'est plus très très attractive pour les infirmières qui hésitent à s'engager dans ce type de responsabilités. Cet accompagnement pourrait passer par la mise en place, en dehors du champ de la psychiatrie où elle existe déjà à titre expérimental, d'une **fonction de tuteur**, dont le rôle pourrait être d'appuyer et guider les jeunes cadres, d'intégrer les nouvelles générations et d'assurer la transmission du savoir managérial.

On peut imaginer que ce travail d'appui, s'ajoutant à l'installation dans les pôles d'activités de **cadres administratifs** qui devraient prendre en charge certaines tâches, favorisera l'attractivité de la fonction cadre.

Il est à noter que la fonction de tuteur pourrait être partiellement financée par les crédits mis en provision, dans la mesure où la rémunération d'un cadre en fin de carrière excède celle du jeune qui va le remplacer.

Cela permettrait, en même temps, de garder plus longtemps à l'hôpital les compétences des cadres concernés par le CET, en leur aménageant une possibilité de «**seconde carrière**», **comme tuteur**, compatible avec l'utilisation progressive, par exemple à temps partiel, des jours accumulés en CET.

Ma douzième proposition renvoie à la généralisation du tutorat pour faciliter la transmission du savoir lors des départs anticipés des cadres soignant.

6 accélérer les travaux d'organisation des soins, d'optimisation des plateaux techniques et du temps de travail.

Concernant la mise en œuvre de la RTT, le constat est relativement bien partagé, notamment par les organisations représentatives de la fonction publique hospitalière : les établissements ont manqué de temps pour mener à bien toutes les évolutions nécessaires en matière d'organisation du travail et surtout des soins, compte tenu des ressources qui étaient les leurs. Lorsqu'ils l'ont fait, ils n'ont pas toujours pu mesurer l'impact du changement d'organisation sur les temps de travail respectifs des personnels. D'où le sentiment que le compte épargne temps est un pis-aller, un voile pudique qui masque les difficultés rencontrées dans la gestion du temps et des plannings.

C'est la raison pour laquelle, il nous semble que, pour améliorer la maîtrise du dispositif, il existe encore de réelles marges de progression sur les trois domaines que sont l'optimisation du temps médical, la répartition des tâches dans l'organisation des soins et la restructuration des plateaux techniques

- *Optimiser et contractualiser le temps médical*

C'est particulièrement vrai en matière de gestion du temps médical, où la priorité a été donnée au travail de **rationalisation des gardes et astreintes** dans le cadre de la Commission d'Organisation de la Permanence des soins (COPS). Les établissements ont déjà accompli, en ce domaine, un travail important et les Agences régionales d'hospitalisation accordent une attention particulière à cette question. S'il reste encore sûrement quelques progrès à accomplir, la marge de manœuvre est, désormais, faible en dehors d'une restructuration des activités et de la rationalisation des plateaux techniques.

Par contre, les services chargés de la gestion du personnel médical, après avoir déployé beaucoup d'efforts pour généraliser les **tableaux de services**, déplorent d'être contraints à la passivité et de n'être qu'une chambre d'enregistrement des présences affichées. Peu de chefs de services, peu d'établissements sont en mesure d'affronter ouvertement un débat sur **l'utilité de toutes les plages additionnelles** et sur la **répartition homogène de la présence et de l'activité médicale** tout au long de la semaine et sur l'ensemble des activités (hospitalisation, bloc, consultations, .. etc.). La plupart ont seulement pris position sur le paiement ou non de ces plages, sans analyse plus approfondie. Certains sont allés plus loin en limitant la présence du samedi matin et en demandant aux praticiens de s'engager sur le respect du repos de sécurité.

Il est en effet intéressant de rappeler qu'il n'y a pas de corrélation certaine entre le volume des jours ou des plages additionnelles stockés et le niveau des effectifs médicaux. Cependant, dès lors qu'ils seront tenus de provisionner chaque année les jours placés en CET, les établissements devront s'interroger pour savoir s'il vaut mieux payer des plages additionnelles dont l'utilité est indiscutable, quitte à ce que le niveau d'activité qu'elles génèrent les financent, plutôt que de les stocker dans les CET. Ce serait transparent financièrement, mais cela éviterait de reporter sur l'avenir des problèmes graves de remplacement et de maintien de la qualité. Cela permettrait aussi de donner tout son sens à la **contractualisation** collective et individuelle sur l'activité et le temps de travail, contractualisation qui est déjà en œuvre, au moins à titre collectif, dans certains établissements.

Nous pensons, en effet, qu'il faut **généraliser**, dans la mise en place des **contrats de pôles**, l'inscription, parmi les **indicateurs de suivi** des dépenses et moyens, du volume prévisionnel de jours épargnés en CET de même que de plages additionnelles rémunérées. Ce volume devrait être corrélé avec le niveau d'activité prévisionnel et l'organisation des présences tout au long de la semaine (samedi inclus). Le visa du Président de la CME sur ces contrats serait de nature à garantir l'équité et la transparence entre les pôles.

Il faudrait rapidement faire émerger, là où elle n'existe pas, une véritable politique de gestion des ressources humaines dans le domaine médical, qui devrait avoir pour objectif, de l'accueil à la personnalisation du temps de travail, sans oublier la formation et les conditions de travail, de fidéliser les praticiens hospitaliers

On est enfin frappé du décalage entre le constat, largement partagé par les personnels non médicaux, d'une absence de **coordination entre temps médical et temps paramédical** et la difficulté à faire jouer cette harmonisation. Il sera beaucoup attendu des chefs de pôle pour impulser une meilleure coordination à la fois au sein des équipes médicales et entre équipes médicales et paramédicales (organisation des blocs, réunions de planning...). En ce qui concerne le premier point, la responsabilité du planning des praticiens, il serait souhaitable que le chef de pôle ne l'assume pas seul, mais en s'appuyant sur une équipe. Pour réussir, sur le second point, la coordination entre équipes médicales et paramédicales, il faudra être attentif à ce que les cadres de soins, et notamment les cadres intermédiaires, trouvent toute leur place dans la nouvelle gouvernance

Ma treizième recommandation porte sur la négociation, dans le cadre du volet activités et moyens des contrats de pôles, du volume de jours épargnés et de plages additionnelles rémunérées.

- ***Revoir l'organisation des soins en travaillant sur la définition des tâches et missions***

Là où le diagnostic préalable a pu être approfondi avec les partenaires sociaux, on peut vérifier que les CET officiels ou bis sont moins utilisés. La réorganisation dans les services de soins a permis de réduire les chevauchements, de mettre en place les transmissions ciblées, de revoir les horaires des équipes, de maîtriser le recours aux heures supplémentaires.

Là où la négociation de l'accord local a été plus difficile, on s'aperçoit après coup que l'organisation adoptée n'est pas compatible avec les moyens et génère beaucoup de récupérations. Ainsi de cet établissement qui a substitué à un horaire coupé deux horaires journaliers et ne parvient pas à maîtriser les récupérations.

Mais, si les **services de soins** sont concernés en priorité, mais il ne faut pas non plus négliger les services administratifs ainsi que les services techniques et ouvriers qui proportionnellement accumulent aujourd'hui plus de jours et seront touchés par des départs en retraite massifs.

Une autre sujet n'a pas encore pu être vraiment exploré par les établissements, en dehors de quelques expérimentations, c'est celui de la redéfinition des **missions et tâches respectives** au sein de l'équipe hospitalière. Les perspectives démographiques en ce qui concerne les infirmières et les praticiens hospitaliers, incitent non seulement à définir des quotas de

formation adaptés, mais aussi à optimiser leur utilisation. Il faut, de notre point de vue, d'abord repartir de la définition des missions à accomplir pour atteindre le niveau de qualité et d'activité souhaité. C'est ensuite à partir de cette mise à plat que l'on peut essayer de réfléchir à la répartition des tâches entre les membres de l'équipe hospitalière dont on rappelle qu'ils sont pluriels : médicaux, soignants, mais aussi administratifs.

Nous avons pu prendre connaissance d'un certain nombre **d'initiatives concrètes**, par exemple en psychiatrie, où la réorganisation du travail entre les infirmiers et les psychologues a permis de réduire très sensiblement les délais d'attente pour la prise en charge de la première consultation. Dans ce même secteur, le psychiatre, responsable des urgences, revoit régulièrement avec les collaborateurs le temps consacré à la consultation d'urgence pour bien redéfinir les priorités.

En dehors des secteurs souvent évoqués comme la psychiatrie, l'anesthésie ou l'ophtalmologie, il existe plusieurs champs sur lesquels il est possible de travailler de manière transversale pour soulager au maximum les médecins, les cadres et les infirmières d'un certain nombre de tâches et laisser le maximum de temps aux soins :

- tout ce qui concerne la démarche d'accréditation, le suivi de l'activité et une grande partie de la gestion, dont on pourrait imaginer qu'elle soit partiellement confiée à des administratifs (ou éventuellement à des médecins consultants) et notamment aux **assistants de gestion** (voire contrôleurs de gestion) prévus avec la nouvelle gouvernance ;
- tout ce qui relève du rôle des aide-soignants et des ASH, qui souffrent aujourd'hui d'être moins bien intégrés à l'équipe de soins et pourraient retrouver un champ d'intervention élargi.

- ***Restructurer et optimiser les plateaux techniques***

Un des motifs d'accumulation des jours dans les CET tient au dimensionnement des équipes par rapport au fonctionnement des plateaux techniques (bloc opératoires, radiologie ...). Les établissements de taille moyenne souffrent aujourd'hui, avec des équipes continuellement sollicitées, sans que le niveau d'activité justifie des moyens supplémentaires. La seule réponse possible, pour eux, réside dans la mutualisation des moyens et la concentration des plateaux techniques. C'est un des enjeux majeurs des SROSS dits de 3^{ème} génération.

Pour autant les plus gros établissements, qui sont forts consommateurs de CET, ne doivent pas se considérer comme à l'abri des efforts de restructuration interne, ne serait-ce que parce qu'ils devraient pouvoir jouer un rôle de référent par rapport aux autres établissements du secteur ou du territoire de santé et dégager les moyens correspondants.

L'exercice de réorganisation comporte deux écueils majeurs :

- lorsque la réorganisation dépasse le cadre de l'établissement parce qu'elle suppose la concentration des équipes : il y va, alors, de la responsabilité de l'ARH d'impulser et de faciliter les accords ;
- lorsque la réorganisation n'est évoquée que sous l'angle médical ou que sous l'angle paramédical.

Nous avons la conviction que seule cette démarche de réorganisation des activités sera de nature à inverser la tendance : c'est un exercice difficile pour les établissements, leurs personnels et leurs conseils d'administration ; ils nécessiteront pour ce faire un accompagnement adapté et soutenu, mais ce sera sûrement un des éléments majeurs des futurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens que les ARH vont renouveler d'ici avril 2007.

Ma quatorzième recommandation concerne l'inscription, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des engagements pris par les établissements sur la maîtrise du temps de travail médical et non médical, ainsi que sur la mise en œuvre des opérations de réorganisation et de restructuration de leurs activités.

CONCLUSION

La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les établissements publics de santé aura été un révélateur de leur capacité à faire face, dans un temps très contraint, à un changement important des modes de travail des personnels hospitaliers, en renouvelant leurs modalités de dialogue et de négociation, leur organisation et leurs modes d'exercice.

Trois/quatre ans après, soit elle est maîtrisée - mais demande alors une grande rigueur -, soit elle génère encore des difficultés de fonctionnement qui se traduisent le plus souvent par des problèmes financiers ou d'organisation de l'accueil des patients et de leur prise en charge.

Dans ce contexte, et sans perdre de vue l'objectif de départ - rendre la réduction du temps de travail effective pour tous sans dégrader la qualité -, le **dispositif du compte épargne temps reste un outil indispensable pour accompagner l'aménagement du temps de travail et le fonctionnement des établissements**. De ce point de vue, autant le rendre attractif et utilisable par tous.

En contrepartie, le dispositif compte épargne temps doit pouvoir être **utilisé et maîtrisé**, dans la plus grande transparence pour l'institution et la tutelle, avec confiance et souplesse pour les personnels :

- **Transparence**

Cela signifie qu'il se substitue progressivement mais de manière volontariste aux systèmes locaux de décompte du temps non utilisé, actuellement en vigueur, et que ses résultats s'inscrivent dans une communication annuelle vis-à-vis des instances et de la tutelle sur l'utilisation du temps de travail, communication qui pourrait être rendue obligatoire dans le cadre du bilan social.

- **Maîtrise**

Cela signifie la mise en œuvre d'un provisionnement adapté aux enjeux financiers, la contractualisation avec les personnels médicaux sur la répartition de leur temps, la réorganisation et la restructuration des activités pour les rendre compatibles avec les ressources locales et régionales disponibles : c'est une deuxième chance qui se présente pour les établissements, ni eux, ni les ARH ne doivent la laisser passer. Le niveau des crédits du Fonds pour l'emploi hospitalier, si ceux-ci sont intégralement notifiés, permet d'envisager une situation saine à compter du 1^{er} janvier 2006, au regard du provisionnement des jours accumulés, mais, désormais, les établissements devront l'intégrer dans leur fonctionnement quotidien et leur état prévisionnel de dépenses et de recettes (EPRD) en anticipant, de manière volontariste, l'impact des opérations futures de recomposition de l'offre de soins.

- **Confiance**

Cela suppose que soient clairement réglés les problèmes actuels de liquidation en faveur des ayants droits et de mutation entre établissements (ou statuts) ; cela implique également que soit sécurisée la gestion, sur le moyen et long terme, des provisions constituées, en la confiant à un établissement financier, dont c'est le métier, à charge pour lui d'assurer, de manière

contractuelle, un rendement suffisant pour couvrir les frais de gestion et suivre la progression des salaires et du GVT.

- **Souplesse**

Cela suppose de revenir sur certaines contraintes de départ pour gagner en souplesse dans l'utilisation qui en est proposée, et faire en sorte que le compte épargne temps devienne un **outil de temps choisi et non subi**, intégré à la vie des personnels dans le cadre d'un véritable programme d'amélioration des conditions de travail : c'est là aussi une deuxième chance à saisir pour renforcer la motivation de la communauté hospitalière.

Le **bilan** de l'existant était utile pour mesurer l'ampleur du phénomène, notamment dans le corps médical, et mettre les établissements en situation de faire face à leurs obligations futures, ce que l'utilisation du **Fonds pour l'emploi Hospitalier** devrait assurer au moins sur le plan financier.

Ce qui est par contre important à souligner, c'est la courbe d'évolution, et l'accumulation, années après années, de congés qu'il faudra remplacer à une période de « creux démographique », notamment pour les professions médicales.

L'existence de **postes vacants** (à hauteur de 16,3 % pour les praticiens hospitaliers temps plein) permet de tempérer ce constat puisque le temps accumulé chaque année (4 à 5 %) est inférieur de 4 fois au volume de ces postes ; leur pourvoi, si tant est qu'il est assuré, serait donc de nature à diminuer sensiblement le recours aux plages additionnelles et au compte épargne temps.

Cependant, l'absence de corrélation certaine entre les effectifs pourvus et le recours au compte épargne temps montre qu'on ne peut espérer que la situation se régularise d'elle même. Seule une action volontariste peut renverser la tendance. Elle devrait s'appuyer sur une volonté partagée par l'ensemble des responsables administratifs, médicaux et soignants. Elle ne peut réussir que dans un espace de **dialogue social local renforcé et permanent** .

C'est une des raisons qui plaide pour ne pas prendre de décisions hâtives, notamment sur le paiements des jours épargnés en CET, mais pour au contraire obliger les établissements d'une part à travailler sur leur organisation et l'optimisation des temps de travail respectifs de tous leurs personnels, d'autre part à accélérer la restructuration de leurs activités dans un cadre partagé avec les autres établissements de santé.

Les futurs **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**, mais aussi les **programmes d'amélioration des conditions de travail** pourraient constituer les bons leviers pour bien concilier temps de travail et vie personnelle, enjeux de santé publique, qualité et efficience des soins.

RESUME

Huit ans après sa création dans le secteur privé, c'est en 2002 que le compte épargne temps a été mis en place dans les établissements de santé pour accompagner la réduction du temps de travail. La motivation était claire : les personnels hospitaliers n'étaient pas en nombre suffisant sur « le marché » pour remplir les 45 000 et 3500 postes respectivement créés pour le personnel non médical et pour le personnel médical. Par ailleurs, les créations d'emploi, bien que très significatives, ne couvraient pas totalement les conséquences arithmétiques de la réduction du temps de travail, qui s'est conjuguée également, pour les médecins, avec l'application d'une directive européenne aménageant aussi leur temps de travail.

Ses promoteurs s'attendaient à une utilisation assez massive, au cours des deux premières années de la réduction du temps de travail, notamment pour les personnels non médicaux, utilisation qui devait aller en déclinant au fur et à mesure des recrutements. Ils ont donc prévu le financement de la montée en charge en dotant le **Fonds pour l'emploi hospitalier** de 746,5 millions d'euros.

Compte tenu des engagements ainsi générés pour l'avenir, il était indispensable de faire le bilan de l'existant des comptes épargne temps, quatre ans après la mise en œuvre de la réduction du temps de travail.

Ce bilan montre :

- que les **personnels non médicaux**, à l'exception des cadres et de quelques personnels spécialisés, l'ont peu utilisé : **moins de 6 %** en moyenne, mais ont accumulé, en dehors de ce dispositif, des jours de récupération dont l'ampleur s'est réduite mais reste encore très significative pour certains établissements ; ainsi sur une année, on estime le volume total des jours qui n'ont pu être pris dans le cycle de travail, de manière volontaire ou contrainte, à 0,7 % des effectifs non médicaux (6 % pour l'APHP) ;
- que ce sont les **médecins** (ils représentent 45 % des jours épargnés) qui ont utilisé largement la faculté d'épargner des jours (**53 % des PH** temps plein et temps partiel) en y inscrivant notamment leurs plages additionnelles non indemnisées ; il y a peu de corrélation, pour ce qui les concerne, entre l'utilisation du compte épargne temps (qui représente entre 3 et 4 % des effectifs chaque année) et le niveau des postes vacants ;
- que le provisionnement des **2,2 millions de journées accumulées au 31 décembre 2005** n'est que partiellement assuré aujourd'hui dans les comptes des établissements, mais que les provisions existent dans le cadre du Fonds pour l'emploi hospitalier;
- que le remplacement des personnels utilisant leurs droits à congé ainsi accumulés équivaut, d'ores et déjà à près de **5 000 praticiens temps plein et 5 823 postes non médicaux**, ce qui fait peser une hypothèque sur la capacité qu'auront les établissements à les assurer dans les dix ans à venir et au delà, compte tenu des perspectives démographiques, s'ils ne s'y préparent pas dès maintenant.

Dans ces conditions, le dispositif du compte épargne temps reste un **outil incontournable** pour assurer le bon fonctionnement des établissements, le maintien de la qualité et de l'efficacité des soins. Il constitue un dispositif apprécié par ceux qui l'utilisent, mais n'est pas exempt de reproches concernant son manque de visibilité et de souplesse ainsi que son appropriation dans une relation au travail renouvelée.

Aussi, autant le **rendre attractif** et utilisable pour le plus grand nombre plutôt que de laisser persister des systèmes locaux moins protecteurs pour les agents et moins transparents pour les gestionnaires. Pour cela, le rapport présente une série de recommandations afin de régler les problèmes rencontrés et gagner en souplesse d'utilisation.

En contrepartie, le recours à l'utilisation des comptes épargne temps doit rester un **dispositif maîtrisé** pour :

- contrôler le dispositif au plan financier, en le provisionnant et en sécurisant les provisions dans le cadre du Fonds pour l'emploi hospitalier,
- trouver l'équilibre entre individualisation et dimension collective du travail, notamment par la contractualisation, et les possibilités de conversion,
- favoriser une réduction effective du temps de travail en renouvelant les méthodes de gestion, en agissant sur l'organisation des activités médicales et paramédicales et en restructurant les plateaux techniques,
- assurer l'avenir en anticipant les problèmes de remplacement, en renforçant l'attractivité des établissements publics de santé vis-à-vis des personnels et en offrant des possibilités de sortie du dispositif au moment où les ressources se feront rares.

Au total, le rapport propose **quatorze recommandations** combinant plusieurs leviers, financement, qualité des soins et conditions de travail, pour faire évoluer la situation en :

- sécurisant le financement
- harmonisant et rappelant un certain nombre de règles
- assouplissant les règles du CET
- prévoyant des possibilités de conversion
- facilitant le remplacement des personnels utilisant leurs congés
- accélérant les travaux d'organisation des soins et d'optimisation du temps de travail.

Il insiste pour que soient réglés en priorité les problèmes de fond concernant l'**organisation des activités** et la capacité à **maintenir des personnels qualifiés en nombre suffisant** au sein des établissements. La stabilisation financière du dispositif devrait laisser un peu de temps avant toute décision irréversible.

* * *

- LISTE DES RECOMMANDATIONS

1. *Provisionnement en fin d'exercice des jours non pris et reportés dans les CET et inscription prévisionnelle de cette provision dans l'EPRD.*
2. *Notification aux établissements du solde dû au titre du Fonds pour l'emploi hospitalier, et confirmation des crédits prévus au titre de 2005, dans le respect des engagements pris quant au financement des jours épargnés sur la période de montée en charge de la RTT.*
3. *Gestion, dans le cadre du Fonds pour l'emploi hospitalier géré par la Caisse des Dépôts et Consignations, des provisions qui correspondent aux comptes épargne temps ; chaque établissement disposera ainsi d'un compte individualisé dans lequel il pourra puiser pour financer le remplacement des personnels utilisant leurs droits à congés épargnés.*
4. *Rédaction d'une circulaire portant sur le rappel aux établissements d'un certain nombre de règles concernant :*
 - *la présentation et la discussion, devant les instances, d'un rapport sur la gestion du temps de travail incluant le bilan du CET, et son insertion en tant que rubrique du bilan social,*
 - *la délivrance, à défaut d'inscription sur le bulletin de paye en fin d'année, d'un document officiel retraçant l'état des droits épargnés année par année,*
 - *le transfert, en cas de mutation, des droits acquis au titre du CET et des provisions correspondantes, valorisées à la date du transfert,*
 - *le retour à une plus grande rigueur dans le solde des congés et la suppression progressive des dispositifs locaux,*
 - *le mode de décompte des absences,*
 - *le décompte du temps médical,**ainsi que sur l'accompagnement des établissements dans la maîtrise des outils facilitant la gestion du temps de travail.*
5. *Modification du décret n°2002-788 du 3 mai 2002 : « les droits à congés acquis au titre du compte épargne temps ne peuvent être exercés qu'à compter de la date à laquelle l'agent a accumulé 10 jours sur son compte » (article 6).*
6. *Dans les décrets instaurant le compte épargne temps pour les personnels médicaux et non médicaux, prévoir, en cas de départ en retraite, que le délai d'utilisation du CET puisse dépasser, par dérogation, le plafond des 10 ans, dans la limite maximale de 15 ans.*

7. *Insertion, dans les décrets instaurant le compte épargne temps pour les personnels médicaux et non médicaux, d'une possibilité de dérogation à la règle de prise des congés épargnés en CET au profit d'un exercice à temps partiel.*
8. *Insertion, dans les décrets instaurant le compte épargne temps pour les personnels médicaux et non médicaux, d'une possibilité d'indemnisation, en cas de décès ou d'invalidité, des jours épargnés au titre de la RTT ou des heures supplémentaires non rémunérées ou encore des périodes de temps de travail additionnel.*
9. *Lancement d'une étude approfondie sur la possibilité et les conditions de conversion des jours acquis sur un CET par les personnels médicaux en cotisations de retraite complémentaire, ainsi que sur l'extension éventuelle de cette étude au personnel non médical.*
10. *Définition d'un contrat type qui pourrait être proposé aux médecins qui assureraient les remplacements.*
11. *Définition d'une sous position d'activité pour les personnels utilisant, entre deux affectations ou avant leur départ en retraite, les congés épargnés en compte épargne temps.*
12. *Généralisation du tutorat pour faciliter la transmission des savoirs et compenser les départs anticipés des cadres soignants.*
13. *Négociation, dans le cadre du volet « activités et moyens » des contrats de pôles, du volume de jours épargnés et de plages additionnelles rémunérées.*
14. *Inscription, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des engagements pris par les établissements sur la maîtrise du temps de travail médical et non médical, ainsi que sur la mise en œuvre des opérations de réorganisation et de restructuration de leurs activités.*



Ehano

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Paris, le 15 MAI 2006

Sous-direction des professions paramédicales
et des personnels hospitaliers

Le Directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Bureau de la politique des ressources humaines
et de la réglementation générale des personnels
hospitaliers (P1)

Sous-direction des affaires financières

à

Bureau du financement de l'hospitalisation
publique et des activités spécifiques de soins
pour les personnes âgées (F2)

Madame Dominique ACKER
Directrice d'hôpital hors classe

Sous-direction des professions médicales et
Personnels médicaux hospitaliers

Bureau de la politique médicale hospitalière et
médico-hospitalière (M2)

02777,

**OBJET : Compte épargne-temps du personnel des établissements publics de santé
et de la fonction publique hospitalière**

Mon attention a été appelée par un certain nombre d'acteurs hospitaliers sur les difficultés liées à la mise en œuvre des dispositions réglementaires relatives au compte épargne temps (CET).

Je souhaite vous charger d'une mission sur ce dispositif afin de faire un état des lieux de sa mise en œuvre dans les établissements publics de santé et d'en proposer des pistes d'amélioration.

Pour les personnels de la fonction publique hospitalière

Créé par le décret n°2002-788 du 3 mai 2002, le CET permet aux agents titulaires et non titulaires de la FPH, employés de manière continue et ayant accompli au moins une année de service, d'accumuler des droits à congés rémunérés, dans la limite de 22 jours par an.

La rigueur des modalités d'utilisation, notamment la nécessité précisément d'accumuler 20 jours avant toute possibilité de sollicitation rendent le CET peu attractif pour les personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière. Une première étude sur le nombre de CET ouverts au titre des années 2002 et 2003 montre un faible recours des agents à ce dispositif qui apparaît comme un outil de gestion du temps par les établissements, leur permettant de reporter les congés dans les périodes de tension et ne présentant pas de réelle valeur ajoutée pour les agents au regard de la contrainte imposée.

.../...

D'autre part, le mécanisme tel qu'il existe, ne favorise pas la mobilité inter établissements des agents. Ceux d'entre eux qui ont accumulé trop de jours, rencontrent des difficultés pour trouver un établissement acceptant la reprise totale de leur CET, alors même que le transfert est prévu par les textes.

Pour les personnels médicaux hospitaliers

A la différence du CET des personnels de la fonction publique, le CET des personnels médicaux hospitaliers est souple dans ses modalités d'utilisation. Les dispositions des articles R. 6152-702 à R. 6152-711 qui le régissent prévoient qu'il peut être alimenté à raison de 30 jours par an pendant une période de 10 années. Les praticiens peuvent utiliser les jours épargnés sans condition de durée d'épargne ni de nombre de jours épargnés, en une seule fois ou progressivement et faire « glisser » leur CET pour l'utiliser à un moment précis de leur carrière ou avant leur départ en retraite.

Les enquêtes réalisées par la DHOS en 2003 puis 2004 ont montré que les praticiens avaient eu assez largement recours au compte épargne temps. Ce constat fait craindre les conséquences en termes de ressource médicale et de charge financière de ce report de droits à congé à l'échéance des CET.

D'autre part, l'impossibilité, à l'heure actuelle de conversion monétaire des jours épargnés sur le CET induit dans bien des cas, la perte pure et simple des droits à congés des personnels médicaux et non médicaux dans des situations particulières et imprévisibles, notamment en cas de mise à la retraite d'office pour raison de santé ou en cas de décès, les jours épargnés ne pouvant être reversés aux ayants cause.

Après analyse approfondie des difficultés inhérentes à l'application de la mesure relative au CET dans les établissements de santé, des incidences financières et organisationnelles de son utilisation tant du point de vue de la gestion des personnels médicaux qu'hospitaliers, je vous demande de me faire des propositions pour améliorer le dispositif. Vous vous attacherez en particulier à proposer un encadrement juridique et financier des transferts de CET occasionnés par la mobilité du personnel.

Par ailleurs, le décalage entre la date d'application de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) dans les établissements publics de santé et le financement effectif des créations d'emplois induites a fait l'objet d'une compensation financière par le biais d'un dispositif transitoire adossé au Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH). Au début de l'année 2006, ce fonds avait été abondé par les régimes obligatoires d'assurance maladie à hauteur de 746,5 millions d'euros contre 1 364 millions d'euros prévus initialement.

Je vous demande d'évaluer la capacité des établissements à faire face à la charge créée par la progressivité des recrutements et l'abondement des CET par des jours d'ARTT qu'elle a induite, compte tenu des crédits du FEH qui leur ont été alloués ou qui pourront leur être alloués dans la limite des ressources demeurant sur le FEH.

...

Au-delà de la période transitoire, je note qu'à compter de 2004, l'écart entre les emplois créés et financés par les recettes des établissements et la perte d'emplois théorique liée au passage à l'ARTT est supposé avoir été comblé par des gains de productivité. Si ce n'était pas le cas, la différence pourrait conduire à un abondement des CET représentant une charge supplémentaire pour les établissements. Je vous demande d'évaluer l'ampleur de cette charge si elle était avérée.

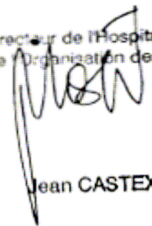
Pour l'analyse des droits à congé accumulés, tant dans la phase transitoire de la montée en charge de l'ARTT, qu'en régime de croisière, il conviendra que vous analysiez tant les CET constitués dans le cadre de la réglementation que les comptes individuels tenus par une partie des établissements qui peuvent s'assimiler à des CET fictifs.

Je vous informe par ailleurs qu'une enquête quantitative sur le compte épargne-temps est en cours au sein de mes services qui définiront avec vous les modalités pratiques du fonctionnement de la mission et resteront à votre disposition pour vous fournir l'expertise que vous jugerez utile.

Enfin, vous pourrez utilement prendre l'attache des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, rencontrer les représentants des organisations syndicales représentatives des personnels de la FPH et vous appuyer, en tant que de besoin sur l'expertise des équipes hospitalières que vous pourrez rencontrer dans les établissements que vous visiterez et dont les responsables seront informés par mes soins, de la mission que je vous confie.

Compte tenu de l'inscription de ce sujet dans les négociations de la Fonction publique hospitalière et du calendrier de leur déroulement, je vous remercie de me transmettre votre analyse et vos propositions dans les meilleurs délais.

Le Directeur de l'Hospitalisation
Et de l'Organisation des Soins


Jean CASTEX

TEMPS DE TRAVAIL DES PERSONNELS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

- Décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels
- Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail
- Décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires
- Arrêté du 25 avril 2002 fixant la liste des corps, grades ou emplois éligibles aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires
- Circulaire n° 2002-240 du 18 avril 2002 relative à l'application du décret 2002-9 du 4 janvier 2002
- Décret n° 2003-502 du 11 juin 2003 fixant des dispositions transitoires relatives au temps de travail et à l'organisation du travail
- Décret n° 2003-503 du 11 juin 2003 modifiant le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail

TEMPS DE TRAVAIL DES PERSONNELS MEDICAUX

- Directive européenne 93/104 du 23 novembre 1993
- Décret n°2002-1244 du 7 octobre 2002 relatif à la réduction du temps de travail des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé
- Arrêté du 17 octobre 2002 fixant les modalités d'application de la réduction du temps de travail des personnels médicaux ...
- Décret n°2002-1425 du 6 décembre 2002 modifiant le décret n°95-569 du 6 mai 1995
- Décret n°2003-968 du 9 octobre 2003 modifiant le décret n°2002-1244 du 7 octobre 2002
- Arrêté du 9 octobre 2003 modifiant l'arrêté du 17 octobre 2002
- Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique
- Décret n°2005-1422 du 17 novembre 2005 relatif aux praticiens attachés

COMPTE EPARGNE TEMPS DES PERSONNELS NON MEDICAUX

- Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne temps de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2003-502 du 11 juin 2003 fixant des dispositions transitoires relatives au temps de travail et à l'organisation du travail
- Décrets n° 2003-504 et 506 du 11 juin 2003 relatifs au compte épargne temps de la fonction publique hospitalière
- Circulaire n° 2003 -295 du 24 juin 2003 relative aux mesures d'adaptation de la RTT

COMPTE EPARGNE TEMPS DES PERSONNELS MEDICAUX

- Décret n°2002-1358 du 18 novembre 2002 portant création d'un compte épargne temps pour les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé
- Décret n°2003-969 du 9 octobre 2003 modifiant le décret n° 2002-1358 du 18 novembre 2002
- Arrêtés du 20 octobre 2002 et du 12 octobre 2003

FINANCEMENT DES COMPTES EPARGNE TEMPS

- Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 (art. 27)
- Arrêté du 25 février 2003 fixant les montants pour 2002 et 2003 des crédits ouverts dans les comptes du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH)
- Décret n°2004-73 du 19 janvier 2004 relatif au financement par le Fonds pour l'emploi hospitalier du CET des personnels médicaux et non médicaux
- Arrêté du 25 mars 2004 relatif au financement par le Fonds pour l'emploi hospitalier du CET des personnels médicaux et non médicaux
- Arrêté du 16 avril 2004 fixant le montant pour 2004 des crédits ouverts dans les comptes du FEH
- Arrêté du 15 décembre 2005 modifiant le montant pour 2004 des crédits ouverts dans les comptes du FEH
- Circulaire n° 2003- 533 du 19 novembre 2003 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable
- Circulaire n° 2004-147 du 29 mars 2004 d'application du décret n° 2004-73 relatif au compte épargne temps

FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER

- Loi n° 94-268 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique modifiée par la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 (art.14)

ETABLISSEMENTS

- **Assistance Publique -Hôpitaux de Paris(AP-HP)**

- **PITIÉ-SALPÊTRIÈRE :**

Anne-Marie de Saxce – Directeur

Bruno Terrine – Directeur des Affaires médicales

- **COCHIN-PORT-ROYAL :**

Olivier COLIN – Directeur

Andrée MAYER – Directeur de la stratégie et du personnel médical

Anne LEFEVRE – Directeur des ressources humaines

Danièle BOUDERLIQUE – attachée d’administration – DRH

- **HENRI-MONDOR :**

Michel BILIS – Directeur

Marie-Claude CONDAMINE – Direction du personnel médical

Alexandre FRITSCH – Direction du personnel

- **CHARLES FOIX :**

Dominique de WILDE - Directeur

David VAN ACKER – Directeur des ressources humaines

Laure WALLON – Directeur des affaires médicales

- **ADMINISTRATION CENTRALE :**

Frédéric GUIN - Directeur des affaires financières

Jean-François ITTY – chef de bureau des dépenses de personnel

Dominique NOIRE – Directeur du Personnel et des relations sociales

Francine PORTENGUEN – Direction des affaires médicales

Pascal MAURY – Direction des Affaires médicales

- **Assistance Publique -Hôpitaux de Marseille (AP-HM)**

Robert FOGLIETA – Directeur des Ressources humaines et relations sociales

Jean-Paul GRAS – Directeur des Affaires médicales

Nicole CHEVALIER – Coordinatrice générale des soins

- **Hospices civils de Lyon**

Madeleine DELRIEU – Directeur des Ressources humaines

Marie-Chantal PASQUIER – Attachée à la DRH

Laurent AUBERT – Directeur Adjoint aux Affaires médicales

- **CHU de Toulouse**

Daniel MOINARD – Directeur Général

Jean-Marie ICHE – Directeur Général Adjoint

René DUCLOS – Directeur des Affaires médicales et juridiques

Olivier RASTOUIL – Directeur des Ressources humaines

Christine CEAUX – Coordinatrice des soins

Martine SECAIL-DANOS – Ingénieur en organisation DRH

- **CHU de Lille**

Didier DELMOTTE – Directeur Général
Jean-Roger PAUTONNIER – Secrétaire général
Bruno DONIUS – Directeur des ressources humaines
Chrystel DELALEE – adjointe au DRH
Fabrice LEBURGUE – Directeur des Affaires médicales
Martine MOURA – Directrice des services de soins
Docteur GOLDSTEIN – Chef de service SAMU/SMUR/centre 15

- **CHU d'Amiens**

Philippe DOMY – Directeur général – CHU d'AMIENS
Jean LIENART – Directeur des affaires médicales – CHU d'Amiens

- **CHU de Poitiers**

Séverine MASSON – Directeur des ressources humaines

- **CHU de Clermont-Ferrand**

Christine ROUGIER – Directeur des ressources humaines

- **CH de Saint-Denis**

Gilbert CHODORGE – Directeur
Bruno VERDIERE – Président de la CME
Nicolas FOUQUE – Directeur des ressources humaines
Etienne LISSILOUR - Directeur des affaires médicales
Marie-Joëlle DEJOUET – Coordinatrice des soins

- **CH de Roanne**

Gwénaél PORS – Directeur
Monsieur MADELPUECH – Directeur des ressources humaines
Madame CHALAVON – attachée à la Direction des ressources humaines
Madame MAZARIOL – attachée aux affaires médicales
Brigitte CHATENAY- Coordinatrice des soins
Docteur Serge VANCINA - Président de la CME

- **CH de Macon**

Maxime MORIN – Directeur adjoint

- **CH de Moulins-Yzeure**

Jean-Denis BROUSSE – Directeur des ressources humaines –
Claire GUINARD – chargée de la gestion du temps de travail

- **CH de Vichy**

Alice LEONAT – attachée Direction des ressources humaines

- **CH du Puy-en-Velay**

Freddy SERVEAUX – Directeur des ressources humaines

- **Syndicat Inter-Hospitalier de Tarentaise**

André THOUVENOT –secrétaire général

- **CH de La Ciotat**

Madame GIMENEZ – attachée – Direction des ressources humaines

- **Hôpital local de Beaume-les-Dames**

Monsieur GRILLET – Directeur

- **EPSM d'Armentières**

Joseph HALOS – Directeur

Dr Christine LAJUGIE – Présidente de la CME

Dr Christian MULLER – Chef de service

Laurent KASALA – Directeur des relations humaines

Régine DEPLANQUE – Directeur des soins

Eliane BOURGEOIS – Direction des soins

Alain LABOUREUR – Directeur de la maintenance et des travaux

Virginie VITTU – attachée d'administration – Affaires médicales

Jean-Louis MERTEL – cadre supérieur – représentant du personnel au CTE

- **EPSM du Vinatier (Lyon)**

Dominique VALMARY – Directeur

Eric SANZALONE – Directeur des ressources humaines

Frédéric CAMUS – Directeur des soins

Pascal TRIBOULET –Président de la CME

* * *

CONFÉRENCES D'ÉTABLISSEMENTS

Paul CASTEL – Président de la Conférence des Directeurs généraux de CHU et Robert MAIGROT (réfèrent ressources humaines)

Angel PIQUEMAL – Président de la Conférence des Directeurs de Centres hospitaliers généraux et Hamid SIAMED – (réfèrent ressources humaines)

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Gérard VINCENT – Délégué général –

Hélène BOYER – Responsable du pôle ressources humaines

AGENCES RÉGIONALES D'HOSPITALISATION

Jacques METAIS – Président de la conférence des DARH

Pierre GAUTHIER –Directeur ARH Midi-Pyrénées –

Véronique SUREL – chargée de mission ressources humaines ARH Midi-Pyrénées

Pascal FORCIOLI –Directeur ARH de Picardie

Jean-Pierre GRAFFIN – Directeur adjoint

Jean-Michel CARRET – inspecteur DRASS – Rhône-Alpes

Olivier PAILHOUX – chargé de mission ARH d'Auvergne

Gérard VALETTE –secrétaire général - ARH Languedoc-Roussillon

Jean-Yves GRALL – Conseiller médical ARH d’Ile-de-France

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS (CABINET DU MINISTRE)

Sophie GENAY-DILIAUTAS – conseiller technique

Olivier BOYER – conseiller technique

Stéphane BONNET – conseiller technique

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS (DIRECTION DE L’HOSPITALISATION ET DES SOINS)

Jean CASTEX – Directeur de l’hospitalisation et de l’organisation des soins

Frédéric REMAY – Conseiller technique auprès de Jean CASTEX

Danielle TOUPILLIER - Chef de service DHOS

Luc ALLAIRE – Chef de service DHOS

- **Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers**

Marie-Claude MAREL – Sous-Directeur

Louis-René AUBENAS – Chef du bureau P1

Annick PATERNE - bureau P1

- **Sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers**

Marc OBERLIS – Sous-Directeur

Isabelle MENGES – Adjointe au Sous-Directeur

Béatrice BERMAN – Adjoint Chef de Bureau M2

Martine HEBBARD – chargée de mission bureau M3

Bruno COUTIER – Chargé de mission bureau M2

- **Sous-direction des Affaires financières**

Patrick OLIVIER – Sous-Directeur

Alain BOULANGER – Chef du bureau F2

Florence THESMAR – économiste de la santé – bureau F2

- **Sous-direction des affaires générales**

Michel CHANELIERE – chef de bureau des affaires juridiques

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS (DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

Thomas BOISSON – chef de bureau

Aude de VIVIES – adjointe au chef de bureau

MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE

Monsieur CHEVALIER – Adjoint au Directeur Général

Lionel ROUILLON – chef de bureau FP7

Alice DIBIE – bureau FP7

Emmanuelle BARDELLI - bureau FP7

ORGANISATIONS SYNDICALES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

Bernard HENIN (FO)

Yolande BRIAND (CFDT)
Xavier GUENSER (CFDT)

Philippe CREPEL (CGT)
Dominique GUISTI (CGT)

Monsieur BONTE (CFE-CGC)
Thierry AMOUROUX (CFE-CGC)

Bernard SAGEZ (CFTC)

Willy KALB (UNSA)
Patrick VELASCO (UNSA)

Monsieur SALA (SUD-Santé-Sociaux)

Michel LOUIS-JOSEPH DOGUE (SNCH)
Elizabeth LEROY (SNCH)

ORGANISATIONS INTERSYNDICALES HOSPITALIÈRES

François AUBART (CMH)

Rachel BOCHER (INPH)

Pierre FARADJI (SPH)

AUTRES ORGANISMES :

Bernard DREYFUS – Médiateur de la République

Gérard ETCHEVERRY – Caisse des Dépôts et Consignations
Marine DORNE-CARROZE – chargée de mission CDC

Madame BORAUD – FEHAP

Alain LUCAS – Mission d’audit et d’expertise hospitalière (MEAH)

Danièle CADET – Association française des directeurs de soins

Philippe MARIN – Président du Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS)

Laurent GRAVELAINE – Directeur adjoint de l’ANFH

Annexe 4: Extrait du rapport 2005 du Fonds pour l'Emploi hospitalier

ANALYSE DES RESULTATS 2005

**Prestations payées
au titre des dispositifs 2002, 2003 et 2004**

➤ EPSH Etablissement public de santé hospitalier	343 578 025 €
➤ SLD Soins de longue durée	12 684 625 €
➤ EHPAD Etablissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	} 3 982 607 €
➤ SSIAD Services de soins infirmiers à domicile	
➤ ESPH Etablissements spéciaux pour personnes handicapées	855 448 €
TOTAL	361 100 705 €
 Dotation 2002,2003,2004 cumulée	 746 500 000 €
 Produits constatés d'avance	 385 399 295 €

La loi du 20 décembre 2002 de financement de la Sécurité Sociale pour 2003 a prévu en son article 27 le financement via le Fonds pour l'emploi hospitalier des droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail non pris ou portés dans un CET.

La circulaire du 29 mars 2004 précise les modalités d'application du décret du 19 janvier 2004 et notamment les droits à congés finançables par le FEH : sont concernés sur la période 2002/2003 les jours non pris et non épargnés (CET « bis ») et les jours inscrits en CET pour l'ensemble des personnels et sur l'année 2004 seulement ceux qui concernent le corps médical.

Sont repris ci-après les résultats de l'enquête qui retracent les engagements pris au titre de l'application de l'article 27 de la loi du 20/12/2002 et correspondent au montant dont aurait dû être doté le Fonds pour l'emploi hospitalier:

		Personnel non médical	Personnel médical	Total
Nombre de jours épargnés CET (en €) de 2002 à 2004	2002	254 954	219 074	474 028
	2003	375 452	308 237	683 689
	2004 -		415 453	415 453

	Total	630 406	942 764	1 573 170
Nombre de jours épargnés CET bis (en €) de 2002 à 2004	2002	1 387 091	32 187	1 419 278
	2003	1 071 165	33 812	1 104 978
	2004 -		34 920	34 920
	Total	2 458 256	100 919	2 559 175

Nombre de jours total CET et CET Bis		3 088 662	1 043 683	4 132 345
---	--	------------------	------------------	------------------

		Personnel non médical (1)	Personnel médical (2)	Total
Valorisation des jours épargnés CET (en €) de 2002 à 2004	2002	37 680 938	75 679 073	113 360 011
	2003	55 239 259	106 464 312	161 703 572
	2004 -		143 486 903	143 486 903
	Total	92 920 197	325 630 288	418 550 485

Valorisation des jours épargnés CET bis (en €) de 2002 à 2004	2002	189 196 882	11104342,5	200 301 224
	2003	147 060 916	11665288,35	158 726 204
	2004 -		12047356,88	12 047 357
	Total	336 257 798	34 816 988	371 074 785

Valorisation totale des jours CET et CET Bis de 2002 à 2004 (en €)		429 177 995	360 447 276	789 625 271
---	--	--------------------	--------------------	--------------------

(1) jours valorisés à 150€ (charges comprises) sauf APHP : 128€

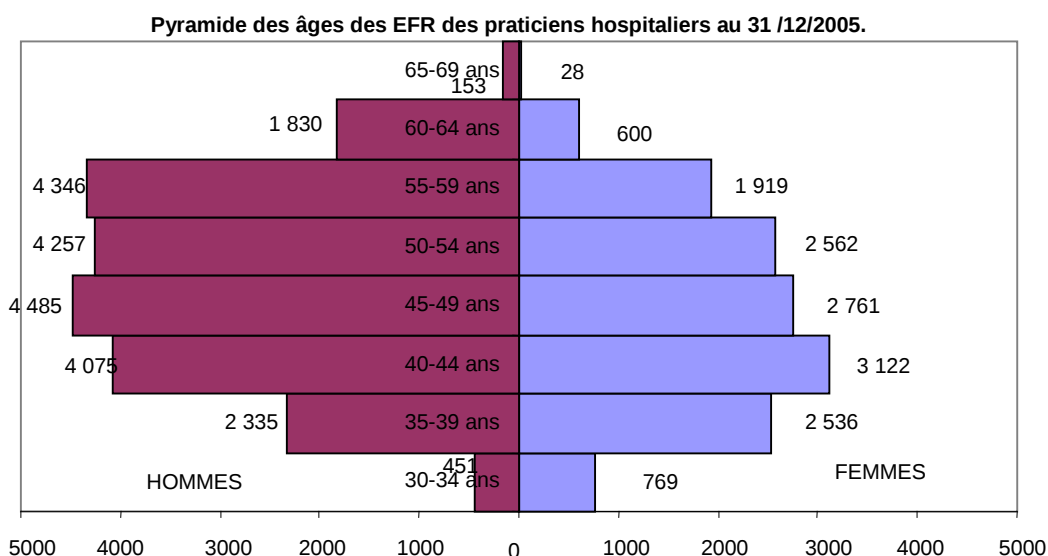
(2) jours valorisés à 345€ (charges comprises) sauf AP-HP : 350€

Répartition par âge, sexe et statut

Effectifs rémunérés globaux des praticiens hospitaliers par âge, sexe toutes disciplines confondues pour l'ensemble des établissements

Classes d'âge	PLEIN TEMPS			TEMPS PARTIEL			ENSEMBLE		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
30-34 ans	687	435	1 122	82	16	98	769	451	1 220
35-39 ans	2 130	2 189	4 319	406	146	552	2 536	2 335	4 871
40-44 ans	2 611	3 669	6 280	511	406	917	3 122	4 075	7 197
45-49 ans	2 271	3 758	6 029	490	727	1 217	2 761	4 485	7 246
50-54 ans	2 208	3 409	5 617	354	848	1 202	2 562	4 257	6 819
55-59 ans	1 663	3 504	5 167	256	842	1 098	1 919	4 346	6 265
60-64 ans	521	1 408	1 929	79	422	501	600	1 830	2 430
65-69 ans	23	121	144	5	32	37	28	153	181
total	12 114	18 493	30 607	2 183	3 439	5 622	14 297	21 932	36 229
% sexe	39,6%	60,4%	100,0 %	38,8%	61,2%	100,0%	39,5%	60,5%	100,0 %
Age moyen	46 ans 10 mois	49 ans 1 mois	48 ans 2 mois	46 ans 6 mois	52 ans 1 mois	49 ans 11 mois	46 ans 8 mois	49 ans 6 mois	48 ans 5 mois

Source : SIGMED/DHOS, au 31 décembre 2005, France entière. Rq : 20 PH manquants faute de renseignements



Sur les 36 229 praticiens hospitaliers plein temps et temps partiels 6 091 ont moins de 40 ans (soit 16,8%) et 15 695 plus de 50 ans (soit 43,3%).

Les femmes représentent plus du 1/3 du total mais ce taux de féminisation est très variable selon les disciplines.

Elles sont légèrement plus jeunes que les hommes.

Le statut plein temps, qui représente environ 85% des effectifs, est un peu plus féminisé et légèrement plus jeune que le statut temps partiel.

Répartition par statut et régions

Effectifs rémunérés des praticiens hospitaliers par régions.

REGIONS	plein temps	temps partiel	total	% par rapport au total PH	Population régionale / population nationale*
Alsace	977	56	1 033	2,85%	2,89%
Aquitaine	1 337	149	1 486	4,10%	4,90%
Auvergne	632	138	770	2,12%	2,13%
Basse-Normandie	728	145	873	2,41%	2,32%
Bourgogne	830	157	987	2,72%	2,61%
Bretagne	1 584	219	1 803	4,97%	4,86%
Centre	1 318	151	1 469	4,05%	3,99%
Champagne-Ardenne	725	127	852	2,35%	2,15%
Corse	153	23	176	0,49%	0,44%
Franche-Comté	676	135	811	2,24%	1,83%
Guadeloupe	211	23	234	0,65%	0,72%
Guyane	92	2	94	0,26%	0,30%
Haute-Normandie	842	123	965	2,66%	2,90%
Ile de France	5 589	1 499	7 088	19,55%	18,17%
Languedoc-Roussillon	1 063	164	1 227	3,38%	3,96%
Limousin	464	75	539	1,49%	1,16%
Lorraine	1 081	142	1 223	3,37%	3,75%
Martinique	287	25	312	0,86%	0,64%
Midi-Pyrénées	1 308	238	1 546	4,26%	4,35%
Nord Pas de Calais	1 864	365	2 229	6,15%	6,48%
Pays de la Loire	1 495	205	1 700	4,69%	5,40%
Picardie	1 063	158	1 221	3,37%	3,02%
Poitou-Charentes	1 008	140	1 148	3,17%	2,72%
Provence Alpes CA	2 154	517	2 671	7,37%	7,57%
Réunion	405	28	433	1,19%	1,23%
Rhône Alpes	2 730	625	3 355	9,26%	9,49%
Saint Pierre et Miquelon	4	0	4	0,01%	
Total	30 620	5 629	36 249	100,00%	100,00%

Source : SIGMED, au 31 décembre 2005 ; INSEE –enquête annuelle de recensement 2004

*estimations de population révisées

Le nombre de praticiens hospitaliers en Ile-de-France est le plus important, mais cela paraît normal vu que cette proportion (19,6 %) correspond à peu près au poids de la population francilienne par rapport à la population nationale soit 18,2 %, ce qui se vérifie dans toutes les régions.

Effectifs rémunérés des praticiens hospitaliers par sexe, âge, et discipline.

La discipline la plus représentée est la médecine avec plus de la moitié des effectifs totaux (54,6%), puis ce sont la chirurgie (15,1%) et la psychiatrie (14,7%).

Effectifs rémunérés des praticiens hospitaliers en biologie.

BIOLOGIE	PLEIN TEMPS			TEMPS PARTIEL			ENSEMBLE		
Classes d'âge	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
30-34 ans	18	3	21	0	0	0	18	3	21
35-39 ans	100	54	154	14	1	15	114	55	169
40-44 ans	191	129	320	42	15	57	233	144	377
45-49 ans	227	142	369	36	20	56	263	162	425
50-54 ans	237	122	359	26	14	40	263	136	399
55-59 ans	199	191	390	34	17	51	233	208	441
60-64 ans	78	73	151	17	9	26	95	82	177
65-69 ans	2	4	6	0	2	2	2	6	8
Total	1 052	718	1 770	169	78	247	1 221	796	2 017
% sexe	59,4%	40,6%	100,0%	68,4%	31,6%	100,0%	60,5%	39,5%	100,0%
Age moyen	49 ans 7 mois	50 ans 11 mois	50 ans 1 mois	49 ans 8 mois	51 ans 8 mois	50 ans 5 mois	49 ans 7 mois	51 ans 0 mois	50 ans 1 mois

Source : SIGMED, 31 décembre 2005. Rq : 2 PH manquants faute de renseignements

Effectifs rémunérés des praticiens hospitaliers en chirurgie.

CHIRURGIE	PLEIN TEMPS			TEMPS PARTIEL			ENSEMBLE		
Classes d'âge	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
30-34 ans	30	52	82	1	4	5	31	56	87
35-39 ans	175	415	590	23	22	45	198	437	635
40-44 ans	167	700	867	20	75	95	187	775	962
45-49 ans	169	721	890	58	209	267	227	930	1157
50-54 ans	112	676	788	34	239	273	146	915	1061
55-59 ans	41	681	722	24	218	242	65	899	964
60-64 ans	20	336	356	7	132	139	27	468	495
65-69 ans	0	31	31	1	9	10	1	40	41
Total	714	3 612	4 326	168	908	1 076	882	4 520	5 402
% sexe	16,5%	83,5%	100,0%	15,6%	84,4%	100,0%	16,3%	83,7%	100,0%
Age moyen	45 ans 0 mois	49 ans 7 mois	48 ans 10 mois	48 ans 7 mois	52 ans 11 mois	52 ans 2 mois	45 ans 8 mois	50 ans 2 mois	49 ans 6 mois

Source : SIGMED, 31 décembre 2005. Rq : 4 PH manquants faute de renseignements

Effectifs rémunérés des praticiens hospitaliers en médecine

MEDECINE	PLEIN TEMPS			TEMPS PARTIEL			ENSEMBLE		
Classes d'âge	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
30-34 ans	428	294	722	40	3	43	468	297	765
35-39 ans	1 295	1 399	2 694	240	77	317	1 535	1 476	3 011
40-44 ans	1 556	2 240	3 796	338	209	547	1 894	2 449	4 343
45-49 ans	1 212	2 178	3 390	245	361	606	1 457	2 539	3 996
50-54 ans	1 185	1 880	3 065	164	401	565	1 349	2 281	3 630
55-59 ans	947	1 879	2 826	99	404	503	1 046	2 283	3 329
60-64 ans	287	690	977	24	206	230	311	896	1 207
65-69 ans	9	39	48	1	17	18	10	56	66
Total	6 919	10 599	17 518	1 151	1 678	2 829	8 070	12 277	20 347
% sexe	39,5%	60,5%	100,0%	40,7%	59,3%	100,0%	39,7%	60,3%	100,0%
Age moyen	46 ans 5 mois	48 ans 5 mois	47 ans 7 mois	45 ans 4 mois	52 ans 0 mois	49 ans 4 mois	46 ans 4 mois	48 ans 11 mois	47 ans 11 mois

Source : SIGMED, 31 décembre 2005. Rq : 9 PH manquants faute de renseignements

Effectifs rémunérés des praticiens hospitaliers en odontologie.

ODONTOLOGIE	PLEIN TEMPS			TEMPS PARTIEL			ENSEMBLE		
Classes d'âge	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
30-34 ans	1	2	3	1	1	2	2	3	5
35-39 ans	1	1	2	1	5	6	2	6	8
40-44 ans	4	3	7	9	12	21	13	15	28
45-49 ans	2	7	9	6	14	20	8	21	29
50-54 ans	2	4	6	8	11	19	10	15	25
55-59 ans	0	10	10	1	5	6	1	15	16
60-64 ans	1	1	2	2	10	12	3	11	14
65-69 ans	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Total	11	28	39	28	59	87	39	87	126
% sexe	28,2%	71,8%	100,0%	32,2%	67,8%	100,0%	31,0%	69,0%	100,0%
Age moyen	45 ans 8 mois	50 ans 5 mois	49 ans 0 mois	47 ans 11 mois	50 ans 0 mois	49 ans 4 mois	47 ans 2 mois	50 ans 1 mois	49 ans 2 mois

Source : SIGMED, 31 décembre 2005.

Effectifs rémunérés des praticiens hospitaliers en pharmacie.

PHARMACIE	PLEIN TEMPS			TEMPS PARTIEL			ENSEMBLE		
Classes d'âge	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
30-34 ans	75	21	96	13	5	18	88	26	114
35-39 ans	186	98	284	40	7	47	226	105	331
40-44 ans	190	97	287	18	23	41	208	120	328
45-49 ans	180	83	263	31	10	41	211	93	304
50-54 ans	144	68	212	27	27	54	171	95	266
55-59 ans	105	75	180	21	18	39	126	93	219
60-64 ans	29	25	54	7	10	17	36	35	71
65-69 ans	4	2	6	2	0	2	6	2	8
Total	913	469	1 382	159	100	259	1 072	569	1 641
% sexe	66,1%	33,9%	100,0%	61,4%	38,6%	100,0%	65,3%	34,7%	100,0%
Age moyen	45 ans 8 mois	46 ans 11 mois	46 ans 1 mois	46ans 4 mois	49 ans 7 mois	47 ans 6 mois	45 ans 10 mois	47 ans 5 mois	46 ans 4 mois

Source : SIGMED, 31 décembre 2005. Rq : 4 PH manquants faute de renseignements

Effectifs rémunérés des praticiens hospitaliers en psychiatrie.

PSYCHIATRIE	PLEIN TEMPS			TEMPS PARTIEL			ENSEMBLE		
Classes d'âge	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
30-34 ans	97	44	141	24	3	27	121	47	168
35-39 ans	289	158	447	73	31	104	362	189	551
40-44 ans	391	334	725	64	57	121	455	391	846
45-49 ans	341	418	759	86	80	166	427	498	925
50-54 ans	403	516	919	79	122	201	482	638	1 120
55-59 ans	316	524	840	66	122	188	382	646	1 028
60-64 ans	93	222	315	21	28	49	114	250	364
65-69 ans	7	41	48	0	1	1	7	42	49
Total	1 937	2 257	4 194	413	444	857	2 350	2 701	5 051
% sexe	46,2%	53,8%	100,0%	48,2%	51,8%	100,0%	46,5%	53,5%	100,0%
Age moyen	47 ans 8 mois	51 ans 1 mois	49 ans 6 mois	47 ans 5 mois	51 ans 2 mois	49 ans 5 mois	47 ans 8 mois	51 ans 1 mois	49 ans 6 mois

Source : SIGMED, 31 décembre 2005.

Effectifs rémunérés des praticiens hospitaliers en radiologie et imagerie médicale.

RADIOLOGIE	PLEIN TEMPS			TEMPS PARTIEL			ENSEMBLE		
Classes d'âge	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
30-34 ans	38	19	57	3	0	3	41	19	60
35-39 ans	84	64	148	15	3	18	99	67	166
40-44 ans	112	166	278	20	15	35	132	181	313
45-49 ans	140	209	349	28	33	61	168	242	410
50-54 ans	125	143	268	16	34	50	141	177	318
55-59 ans	55	144	199	11	58	69	66	202	268
60-64 ans	13	61	74	1	27	28	14	88	102
65-69 ans	1	4	5	1	2	3	2	6	8
Total	568	810	1 378	95	172	267	663	982	1 645
% sexe	41,2%	58,8%	100,0%	35,6%	64,4%	100,0%	40,3%	59,7%	100,0%
Age moyen	46 ans 6 mois	49 ans 2 mois	48 ans 1 mois	46 ans 10 mois	53 ans 10 mois	51 ans 4 mois	46 ans 6 mois	50 ans 0 mois	48 ans 7 mois

Source : SIGMED, 31 décembre 2005. Rq : 1 PH manquant faute de renseignements

PEDIATRIE	PLEIN TEMPS			TEMPS PARTIEL			ENSEMBLE		
Classes d'âge	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
30-34 ans	56	9	65	4	1	5	60	10	70
35-39 ans	174	77	251	47	0	47	221	77	298
40-44 ans	172	167	339	40	26	66	212	193	405
45-49 ans	124	160	284	34	35	69	158	195	353
50-54 ans	93	123	216	24	32	56	117	155	272
55-59 ans	59	145	204	18	30	48	77	175	252
60-64 ans	17	70	87	5	32	37	22	102	124
65-69 ans	1	6	7	0	1	1	1	7	8
Total	696	757	1 453	172	157	329	868	914	1 782
% sexe	47,9%	52,1%	100,0%	52,3%	47,7%	100,0%	48,7%	51,3%	100,0%
Age moyen	44 ans 6 mois	49 ans 6 mois	47 ans 1 mois	45 ans 5 mois	52 ans 8 mois	48 ans 11 mois	44 ans 8 mois	50 ans 0 mois	47 ans 5 mois

Source : SIGMED, 31 décembre 2005. Rq : 1 PH manquant faute de renseignements

MEDECINE HORS PEDIATRIE	PLEIN TEMPS			TEMPS PARTIEL			ENSEMBLE		
Classes d'âge	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
30-34 ans	372	285	657	36	2	38	408	287	695
35-39 ans	1 121	1 322	2 443	193	77	270	1 314	1 399	2 713
40-44 ans	1 384	2 073	3 457	298	183	481	1 682	2 256	3 938
45-49 ans	1 088	2 018	3 106	211	326	537	1 299	2 344	3 643
50-54 ans	1 092	1 757	2 849	140	369	509	1 232	2 126	3 358
55-59 ans	888	1 734	2 622	81	374	455	969	2 108	3 077
60-64 ans	270	620	890	19	174	193	289	794	1 083
65-69 ans	8	33	41	1	16	17	9	49	58
Total	6 223	9 842	16 065	979	1 521	2 500	7 202	11 363	18 565
% sexe	38,7%	61,3%	100,0%	39,2%	60,8%	100,0%	38,8%	61,2%	100,0%
Age moyen	46 ans 8 mois	48 ans 4 mois	47 ans 8 mois	45 ans 4 mois	52 ans 0 mois	49 ans 5 mois	46 ans 6 mois	48 ans 10 mois	47 ans 11 mois

Source : SIGMED, 31 décembre 2005. Rq : 8 PH manquants faute de renseignements

Commentaire global : l'âge moyen dans les différentes disciplines se situe autour de 49 ans, un peu moins pour la pharmacie, la médecine et la pédiatrie et un peu plus pour la biologie.

Féminisation

Taux de féminisation des praticiens hospitaliers dans les différentes disciplines.

Disciplines	31/12/2001	31/12/2002	31/12/2003	31/12/2004	31/12/2005	Evolution 2001-2005 (en points)
Biologie	59,3%	59,6%	59,7%	60,2%	60,5%	1,2
Chirurgie	14,2%	14,7%	15,4%	16,0%	16,3%	2,1
Médecine	36,5%	37,1%	38,0%	38,8%	39,7%	3,2
Odontologie	26,0%	27,0%	29,4%	28,6%	31,0%	5,0
Pharmacie	62,8%	63,0%	63,6%	64,3%	65,3%	2,5
Psychiatrie	43,3%	43,9%	44,6%	45,2%	46,5%	3,2
Radiologie	39,5%	38,9%	39,4%	40,0%	40,3%	0,8
Pédiatrie	42,3%	43,6%	44,8%	46,8%	48,7%	6,4
Médecine hors pédiatrie	36,0%	36,5%	37,3%	38,1%	38,8%	2,8

Source : SIGMED , 31 décembre de chaque année.

Certaines disciplines sont plus féminisées que d'autres. Ainsi, la pharmacie (65,3 %) et la biologie (60,5 %) possèdent un effectif féminin très important à la différence de la chirurgie (16,3 %) et de l'odontologie (31,0 %).

En 5 ans, l'augmentation du nombre de femmes par rapport aux hommes est présente dans toutes les disciplines mais est plus ou moins accentuée selon la discipline.

Estimation des départs à la retraite.

Départs à la retraite estimés des praticiens hospitaliers

Départs à la retraite estimés à :	Effectifs fin 2005	Départs en 2006	Départs en 2007-2011	Départs en 2012-2016	Départs 2006-2016	% départs 2006-2016
60 ans	36229	2611	6265	6819	15695	43,3%
65 ans	36229	181	2430	6265	8876	24,5%

Source : SIGMED, 31 décembre 2005.

D'ici début 2017, les effectifs actuels des praticiens hospitaliers devraient diminuer de près de 25 % si l'on considère que la majorité des praticiens partiront à la retraite à 65 ans et si l'on prend en compte uniquement cette cause de départs sans intégrer les arrivées.

Départs à la retraite à 65 ans estimés des praticiens hospitaliers selon leur discipline.

Disciplines	Effectifs fin 2005	Départs en 2006	Départs en 2007-2011	Départs en 2012-2016	Départs 2006-2016	% départs 2006-2016
Biologie	2 017	8	177	441	626	31,0%
Chirurgie	5 402	41	495	964	1 500	27,8%
Médecine	20 347	66	1 207	3 329	4 602	22,6%
Odontologie	126	1	14	16	31	24,6%
Pharmacie	1 641	8	71	219	298	18,2%
Psychiatrie	5 051	49	364	1 028	1 441	28,5%
Radiologie	1 645	8	102	268	378	23,0%
Pédiatrie	1 782	8	124	252	384	21,5%
Médecine hors pédiatrie	18 565	58	1 083	3 077	4 218	22,7%

Source : SIGMED, 31 décembre 2005.

Le pourcentage des départs à la retraite jusqu'en 2017 est variable selon les disciplines. Il va de 18,1% en pharmacie à 31,0% en biologie. Le sexe n'a apparemment pas d'incidence sur ce résultat puisque que ce sont les deux disciplines les plus féminisées.

Annexe 7 : Répartition des postes de praticiens vacants

Vacance réelle des postes des praticiens hospitaliers par région au 31 décembre 2004
(tient compte des postes occupés par des praticiens provisoires)

	PH plein temps		PH temps partiel	
	Postes réellement vacants	Taux de vacance réelle	Postes réellement vacants	Taux de vacance réelle
Alsace	149	13,4%	34	36,6%
Aquitaine	149	10,4%	81	34,8%
Auvergne	157	20,2%	75	33,6%
Basse-Normandie	243	25,2%	81	33,9%
Bourgogne	194	19,9%	104	37,1%
Bretagne	274	15,4%	99	29,7%
Centre	301	19,1%	85	34,0%
Champagne-Ardenne	213	22,6%	92	39,1%
Corse	24	13,6%	15	40,5%
Franche-Comté	186	21,9%	67	30,3%
Guadeloupe	102	34,0%	21	46,7%
Guyane	61	40,9%	9	81,8%
Haute-Normandie	181	18,4%	79	37,4%
Ile-de-France	733	12,2%	545	26,3%
Languedoc-Roussillon	154	13,4%	83	33,2%
Limousin	115	20,4%	47	31,5%
Lorraine	267	20,1%	98	36,8%
Martinique	68	20,1%	26	41,9%
Mayotte	20	34,5%	-	-
Midi-Pyrénées	197	13,9%	60	19,0%
Nord-Pas-de-Calais	475	20,7%	173	28,8%
Pays de la Loire	224	13,7%	154	42,0%
Picardie	256	19,3%	134	41,7%
Poitou-Charentes	141	12,7%	56	27,1%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	250	10,7%	155	22,7%
Réunion	49	12,3%	10	26,3%
Rhône-Alpes	548	17,4%	219	24,4%
Total	5 731	16,3%	2602	30,1%

Source : SIGMED, 31 décembre 2004, France entière

	PH plein temps		PH temps partiel	
	Postes réellement vacants	Taux de vacance	Postes réellement vacants	Taux de vacance
Biologie	109	6,0%	68	20,5%
Chirurgie	727	14,9%	315	21,9%
Médecine	3 235	16,3%	1382	31,2%
Odontologie	5	13,5%	39	31,7%
Pharmacie	92	6,6%	192	38,3%
Psychiatrie	1 138	21,5%	443	32,4%
Radiologie et imagerie médicale	425	23,3%	163	36,5%
Total	5 731	16,3%	2602	30,1%

Source : SIGMED, 31 décembre 2004, France entière

Annexe 8 : Synthèse nationale de l'enquête auprès des établissements

Les tableaux qui suivent sont extraits de documents EXCEL qui sont disponibles sur simple demande par message à : florence.thesmar@sante.gouv.fr

2002

REGIONS	Personnel non médical hors SLD					
	Nombre de CET ouverts au 31/12 de l'année	Nombre de jours épargnés au 31/12 de l'année	Valorisation des jours épargnés (en euros)	Nombre de jours non pris et non épargnés sur un CET	Effectif moyen rémunéré par l'établissement sur l'année (en ETP)	Effectif rémunéré au 31/12 de l'année (en personnes physiques)
	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
APHP	1 561	24 249	3 103 872	813 844	64 292	69 804
ALSACE	497	6 602	1 097 130	50 159	20 994	23 125
AQUITAINE	373	4 942	1 248 943	10 773	29 677	31 636
AUVERGNE	1 486	18 103	1 844 902	6 870	13 312	15 241
BASSE NORMANDIE	435	6 269	958 402	4 380	17 118	18 750
BOURGOGNE	388	5 343	679 761	7 055	16 856	18 077
BRETAGNE	2 253	25 881	4 235 258	15 852	31 228	33 432
CENTRE	926	8 807	1 202 536	60 894	23 875	25 435
CHAMPAGNE ARDENNE	203	2 873	452 890	11 255	16 793	17 819
CORSE	29	570	54 424	82	3 230	3 343
FRANCHE COMTE	169	2 490	442 592	12 385		13 920
GUADELOUPE	20	316	43 056	131	1 172	1 391
GUYANE	22	427	77 788	1 530	1 605	1 330
HAUTE NORMANDIE	1 142	4 560	631 804	1 809	15 640	16 901
IDF	1 829	17 286	2 614 379	10 219	48 800	53 225
LA REUNION MAYOTTE	147	2 190	339 641	0	5 569	5 699
LANGUEDOC ROUSSILLON	312	4 658	822 756	43 306	23 526	25 162
LIMOUSIN	135	1 756	327 730	1 232	10 022	10 510
LORRAINE	1 372	12 961	1 572 989	17 151	25 604	27 319
MARTINIQUE	147	1 695	252 370	181	4 819	2 419
MIDI PYRENEES	860	6 587	800 870	28 369	15 539	17 131
NORD PAS DE CALAIS	3 787	26 075	5 212 598	12 998	29 097	32 317
PACA	754	16 238	1 942 568	44 473	45 757	48 978
PAYS DE LA LOIRE	1 062	10 847	1 769 874	60 417	28 720	31 321
PICARDIE	474	6 416	1 016 766	25 092	17 834	18 686
POITOU CHARENTES	386	2 912	611 516	26 621	18 213	19 284
RHONE ALPES	3 270	19 809	2 898 194	51 996	53 965	59 737
TOTAL REGIONS	24 039	240 862	36 255 607	1 319 073	583 258	641 992

REGIONS	Personnel médical hors SLD 2002						
	Nombre de CET ouverts au 31/12 de l'année	Nombre de jours épargnés au 31/12 de l'année	Valorisation des jours épargnés (en euros)	Nombre de jours non pris et non épargnés sur un CET	Effectif moyen rémunéré par l'établissement sur l'année (en ETP)	Effectif rémunéré au 31/12 de l'année (en personnes physiques)	
	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
APHP	1 832	19 717	6 900 880		2 400		
ALSACE	700	8 227	3 059 965	3 697	3 151	3 917	
AQUITAINE	763	8 954	3 265 069	811	1 277	1 646	
AUVERGNE	508	6 697	2 161 930	283	1 695	2 304	
BASSE NORMANDIE	366	3 821	1 175 133	226	799	853	
BOURGOGNE	722	7 649	2 606 550	177	1 125	1 869	
BRETAGNE	1 179	11 397	4 090 295	666	1 440	2 509	
CENTRE	824	10 414	3 181 449	970	2 785	3 347	
CHAMPAGNE ARDENNE	33	374	89 117	237	115	150	
CORSE	57	880	260 689	1 500	108	257	
FRANCHE COMTE	478	6 278	2 398 837	632	1 673	2 341	
GUADELOUPE	39	512	133 549	0	514	552	
GUYANE	68	1 257	964 997	145	39	191	
HAUTE NORMANDIE	616	5 151	2 298 506	437	833	1 096	
IDF	2 250	24 484	8 067 561	1 756	5 957	8 819	
LA REUNION MAYOTTE	352	3 994	1 208 735	1 417	540	582	
LANGUEDOC ROUSSILLON	826	9 804	2 654 265	349	2 254	3 779	
LIMOUSIN	322	3 181	1 019 810	75	580	710	
LORRAINE	795	10 315	3 292 314	329	1 890	3 412	
MARTINIQUE	360	5 859	979 294	45	407	482	
MIDI PYRENEES	585	8 304	3 161 214	7 168	1 607	1 960	
NORD PAS DE CALAIS	847	9 771	3 620 623	2 113	2 446	2 823	
PACA	905	10 901	3 651 166	1 300	3 541	5 279	
PAYS DE LA LOIRE	712	8 115	2 752 067	245	1 364	1 757	
PICARDIE	443	5 668	2 055 914	3 966	1 188	2 071	
POITOU CHARENTES	656	7 427	2 968 676	9	1 103	1 758	
RHONE ALPES	2 035	19 928	7 518 110	3 637	4 288	6 494	
TOTAL REGIONS	19 273	219 074	75 536 715	32 187	45 120	60 958	

REGIONS	Personnel non médical SLD 2002						
	Nombre de CET ouverts au 31/12 de l'année	Nombre de jours épargnés au 31/12 de l'année	Valorisation des jours épargnés (en euros)	Nombre de jours non pris et non épargnés sur un CET	Effectif moyen rémunéré par l'établissement sur l'année (en ETP)	Effectif rémunéré au 31/12 de l'année (en personnes physiques)	
	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
APHP	84	1 303	166 784	43 737	3 455	3 751	
ALSACE	40	560	76 013	1 621	1 004	1 090	
AQUITAINE	15	203	32 327	114	1 055	1 107	
AUVERGNE	54	411	40 445	1 650	1 205	1 274	
BASSE NORMANDIE	27	394	65 287	125	1 046	1 167	
BOURGOGNE	34	412	38 651	675	1 249	1 496	
BRETAGNE	221	2 372	458 985	1 842	3 120	3 281	
CENTRE	150	1 260	190 476	4 660	1 893	1 970	
CHAMPAGNE ARDENNE	2	16	2 113	1 048	113	120	
CORSE	-	-	-	-	-	-	
FRANCHE COMTE	3	28	5 496	5		600	
GUADELOUPE	7	117	25 464	0	436	458	
GUYANE	0	0 NC		188 NC	NC		
HAUTE NORMANDIE	6	60	8 975	122	342	358	
IDF	70	358	44 869	0	1 481	1 374	
LA REUNION MAYOTTE	1	22	4 545	0	0	35	
LANGUEDOC ROUSSILLON	7	98	18 051	225	462	503	
LIMOUSIN	18	247	36 118	269	1 004	1 054	
LORRAINE	16	185	25 371	113	1 494	1 622	
MARTINIQUE	0	0	0	0	20	22	
MIDI PYRENEES	53	205	26 803	1 724	1 387	1 540	
NORD PAS DE CALAIS	215	2 302	900 414	2 422	2 168	2 229	
PACA	64	972	35 835	189	1 094	1 353	
PAYS DE LA LOIRE	41	454	49 127	4 817	2 211	2 549	
PICARDIE	41	546	41 580	733	360	394	
POITOU CHARENTES	41	125	17 288	839	782	892	
RHONE ALPES	201	1 446	142 434	900	3 155	3 506	
TOTAL REGIONS	1 411	14 092	2 453 450	68 018	30 537	33 744	

REGIONS		Personnel non médical hors SLD					
		Nombre de CET ouverts au 31/12 de l'année	Nombre de jours épargnés au 31/12 de l'année	Valorisation des jours épargnés (en euros)	Nombre de jours non pris et non épargnés sur un CET	Effectif moyen rémunéré par l'établissement sur l'année (en ETP)	Effectif rémunéré au 31/12 de l'année (en personnes physiques)
		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
APHP		3 436	49 023	6 274 944	618 812	65 444	70 915
ALSACE		784	13 652	2 328 504	28 004	20 793	22 613
AQUITAINE		517	8 822	1 528 705	1 667	31 799	33 137
AUVERGNE		1 995	25 148	2 933 541	14 031	14 038	15 960
BASSE NORMANDIE		409	9 264	1 254 219	5 868	17 978	18 973
BOURGOGNE		607	10 545	1 339 399	7 600	18 040	18 973
BRETAGNE		2 785	31 576	4 996 913	11 507	32 354	34 100
CENTRE		1 091	12 937	1 847 912	35 075	25 686	27 064
CHAMPAGNE ARDENNE		333	4 545	691 478	26 687	17 110	18 053
CORSE		70	1 306	122 327	106	3 324	3 394
FRANCHE COMTE		311	4 338	756 592	9 776		14 030
GUADELOUPE		37	526	50 601	213	1 409	1 587
GUYANE		92	1 136	150 450 NC		1 769	1 368
HAUTE NORMANDIE		421	6 412	1 104 777	7 474	18 650	18 779
IDF		2 341	32 731	5 120 944	3 998	50 850	55 572
LA REUNION MAYOTTE		156	2 810	426 937	0	5 828	5 985
LANGUEDOC ROUSSILLON		752	8 417	1 398 401	37 893	24 438	25 379
LIMOUSIN		194	2 746	463 079	491	10 360	10 913
LORRAINE		1 490	17 457	2 220 803	16 578	27 338	29 310
MARTINIQUE		183	3 374	484 779	685	4 715	2 309
MIDI PYRENEES		996	11 175	1 979 717	28 975	27 061	28 743
NORD PAS DE CALAIS		3 628	45 239	9 022 695	11 132	31 305	34 388
PACA		998	16 750	2 298 380	55 510	176 130	50 128
PAYS DE LA LOIRE		1 143	13 880	2 100 493	54 046	30 050	32 985
PICARDIE		612	9 822	1 614 626	22 939	21 023	22 292
POITOU CHARENTES		383	4 559	730 443	28 047	18 883	19 997
RHONE ALPES		2 886	27 264	3 292 934	44 054	55 497	60 863
TOTAL REGIONS		28 650	375 452	56 534 594	1 071 165	751 873	677 810

REGIONS	Personnel médical hors SLD						
	Nombre de CET ouverts au 31/12 de l'année	Nombre de jours épargnés au 31/12 de l'année	Valorisation des jours épargnés (en euros)	Nombre de jours non pris et non épargnés sur un CET	Effectif moyen rémunéré par l'établissement sur l'année (en ETP)	Effectif rémunéré au 31/12 de l'année (en personnes physiques)	
	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
APHP	2 156	24 486	8 570 100		2 637		
ALSACE	310	10 795	4 299 921	1 681	2 777	3 431	
AQUITAINE	374	6 751	2 542 474	47	570	737	
AUVERGNE	275	3 625	1 347 972	274	1 693	2 266	
BASSE NORMANDIE	418	6 423	1 674 894	730	989	1 154	
BOURGOGNE	803	13 109	4 641 247	923	1 198	1 457	
BRETAGNE	692	15 293	5 728 689	836	1 999	2 756	
CENTRE	910	16 433	5 427 172	1 568	2 817	3 578	
CHAMPAGNE ARDENNE	171	2 682	673 846	352	342	414	
CORSE	15	316	91 107	2 130	110	250	
FRANCHE COMTE	365	7 045	2 691 270	848	1 726	2 433	
GUADELOUPE	84	620	168 094	0	661	662	
GUYANE	19	1 227	924 541	181	39	202	
HAUTE NORMANDIE	805	10 285	4 647 852	892	1 019	1 377	
IDF	2 286	35 533	11 435 215	2 147	5 897	8 310	
LA REUNION MAYOTTE	282	7 028	2 210 053	1 008	603	640	
LANGUEDOC ROUSSILLON	893	12 852	3 693 501	3 514	2 441	4 207	
LIMOUSIN	131	5 588	1 677 103	90	619	733	
LORRAINE	871	11 835	3 775 912	660	2 063	3 618	
MARTINIQUE	358	5 477	994 079	45	424	501	
MIDI PYRENEES	682	14 383	5 655 037	3 726	1 694	1 939	
NORD PAS DE CALAIS	1 016	11 873	4 626 666	662	2 222	2 704	
PACA	1 175	22 617	7 549 072	3 015	3 667	5 441	
PAYS DE LA LOIRE	1 086	16 253	4 646 687	702	1 899	2 446	
PICARDIE	690	10 479	3 159 525	5 794	1 271	2 186	
POITOU CHARENTES	406	8 617	3 460 158	9	5 197	1 849	
RHONE ALPES	1 812	26 618	9 374 790	1 983	4 506	6 723	

REGIONS		Personnel non médical hors SLD					
		Nombre de CET ouverts au 31/12 de l'année	Nombre de jours épargnés au 31/12 de l'année	Valorisation des jours épargnés (en euros)	Nombre de jours non pris et non épargnés sur un CET	Effectif moyen rémunéré par l'établissement sur l'année (en ETP)	Effectif rémunéré au 31/12 de l'année (en personnes physiques)
		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
APHP		6 458	84 329	10 794 112	455 655	65 915	71 166
ALSACE		701	15 670	2 232 435	18 926	20 933	22 948
AQUITAINE		605	10 679	1 586 450	1 551	32 696	34 083
AUVERGNE		1 873	26 773	3 846 564	15 553	14 247	16 143
BASSE NORMANDIE		489	13 830	1 678 432	4 392	17 967	19 675
BOURGOGNE		821	14 478	1 949 947	19 867	18 563	19 853
BRETAGNE		1 210	22 986	3 361 982	7 498	32 784	34 552
CENTRE		1 690	18 586	2 930 852	36 788	25 693	27 118
CHAMPAGNE ARDENNE		599	7 849	1 203 942	13 983	17 492	18 735
CORSE		86	1 605	150 629	127	3 431	3 498
FRANCHE COMTE		467	18 122	3 268 801	7 997		15 058
GUADELOUPE		58	1 037	81 913	330	1 770	1 937
GUYANE		18	275	52 647 NC		1 817	356
HAUTE NORMANDIE		617	8 401	1 539 557	8 313	19 316	19 455
IDF		2 921	45 288	7 394 127	17 212	52 098	55 466
LA REUNION MAYOTTE		258	4 367	591 448	0	6 401	6 600
LANGUEDOC ROUSSILLON		716	9 269	1 562 087	23 927	25 103	26 047
LIMOUSIN		251	4 065	660 280	391	11 264	11 731
LORRAINE		1 859	22 809	2 883 009	15 161	27 569	30 079
MARTINIQUE		194	4 996	656 519	235	5 017	2 461
MIDI PYRENEES		1 264	15 676	2 427 090	8 227	27 568	29 505
NORD PAS DE CALAIS		4 025	55 428	10 844 005	22 021	31 896	35 103
PACA		1 468	23 094	3 328 223	48 733	47 955	51 050
PAYS DE LA LOIRE		1 460	19 184	2 688 602	35 318	30 822	33 879
PICARDIE		801	14 943	2 241 223	25 683	21 632	23 051
POITOU CHARENTES		478	6 917	1 356 319	27 259	19 743	20 748
RHONE ALPES		4 969	44 207	5 300 113	42 280	57 352	62 718
TOTAL REGIONS		36 356	514 863	76 611 309	857 424	637 045	693 016

REGIONS		Personnel médical hors SLD					
		Nombre de CET ouverts au 31/12 de l'année	Nombre de jours épargnés au 31/12 de l'année	Valorisation des jours épargnés (en euros)	Nombre de jours non pris et non épargnés sur un CET	Effectif moyen rémunéré par l'établissement sur l'année (en ETP)	Effectif rémunéré au 31/12 de l'année (en personnes physiques)
		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
APHP		2 281	31 125	10 893 750		2 712	
ALSACE		279	12 095	4 599 064	951	2 869	3 541
AQUITAINE		549	15 718	4 588 971	816	2 004	2 408
AUVERGNE		293	5 485	1 703 045	228	1 780	2 350
BASSE NORMANDIE		469	9 106	2 342 560	1 564	1 109	1 289
BOURGOGNE		859	17 441	5 771 286	330	1 231	1 507
BRETAGNE		554	16 166	5 696 421	717	2 385	3 240
CENTRE		996	23 361	7 617 198	1 661	3 788	4 503
CHAMPAGNE ARDENNE		516	7 800	2 374 117	279	2 225	2 584
CORSE		29	535	157 557	2 605	111	248
FRANCHE COMTE		438	9 566	3 590 455	593	1 810	2 497
GUADELOUPE		77	947	267 510	0	701	732
GUYANE		30	1 495	1 164 596	144	40	201
HAUTE NORMANDIE		836	15 116	6 689 192	1 032	1 223	1 568
IDF		2 485	44 425	14 135 561	2 790	6 103	8 787
LA REUNION MAYOTTE		274	9 080	3 175 962	998	668	704
LANGUEDOC ROUSSILLON		887	13 857	3 797 899	402	2 427	3 847
LIMOUSIN		120	8 554	2 584 390	86	655	760
LORRAINE		998	14 932	4 746 099	95	2 128	3 635
MARTINIQUE		283	8 702	1 432 760	0	422	538
MIDI PYRENEES		577	17 060	6 661 514	4 636	1 814	2 105
NORD PAS DE CALAIS		1 279	17 183	6 993 842	1 892	2 463	2 936
PACA		1 379	31 232	10 553 310	2 607	3 873	5 735
PAYS DE LA LOIRE		1 119	21 742	6 677 511	132	2 010	2 511
PICARDIE		679	13 182	3 991 982	2 533	1 335	2 239
POITOU CHARENTES		437	9 572	3 857 414	512	1 183	1 758
RHONE ALPES		2 109	39 979	14 084 896	7 319	4 904	7 125

REGIONS		Personnel non médical hors SLD					
		Nombre de CET ouverts au 31/12 de l'année	Nombre de jours épargnés au 31/12 de l'année	Valorisation des jours épargnés (en euros)	Nombre de jours non pris et non épargnés sur un CET	Effectif moyen rémunéré par l'établissement sur l'année (en ETP)	Effectif rémunéré au 31/12 de l'année (en personnes physiques)
		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
APHP		7 786	47 218	6 043 904	613 077	65 870	71 108
ALSACE		973	22 329	3 589 705	18 167	21 739	23 693
AQUITAINE		723	13 325	2 168 186	1 916	33 305	34 757
AUVERGNE		6	11 892	1 461 045	7 811	13 764	16 178
BASSE NORMANDIE		393	13 374	1 882 121	2 139	19 545	19 957
BOURGOGNE		957	19 936	2 566 288	23 091	18 911	20 309
BRETAGNE		1 051	20 171	3 168 161	7 929	31 090	32 636
CENTRE		1 999	25 220	3 615 941	37 701	26 405	27 950
CHAMPAGNE ARDENNE		680	9 100	1 478 966	10 591	17 633	18 866
CORSE		89	1 685	167 749	174	3 384	3 512
FRANCHE COMTE		461	10 955	1 960 594	8 150	14 607	15 504
GUADELOUPE		75	922	83 111	164	1 773	1 728
GUYANE		39	667	93 724 nc		1 944	383
HAUTE NORMANDIE		324	5 056	978 907	5 127	19 711	19 906
IDF		3 325	54 387	8 785 485	27 355	52 727	60 132
LA REUNION MAYOTTE		245	3 585	566 989	15	6 027	6 230
LANGUEDOC ROUSSILLON		849	11 834	1 796 813	42 059	25 566	27 367
LIMOUSIN		287	4 081	658 300	225	11 440	11 920
LORRAINE		2 203	32 895	4 484 748	13 890	25 816	29 366
MARTINIQUE		158	6 160	749 274	160	5 122	5 326
MIDI PYRENEES		1 339	17 121	2 696 475	12 198	27 763	29 542
NORD PAS DE CALAIS		4 239	62 980	12 304 679	16 884	31 367	34 643
PACA		1 404	23 876	3 891 933	49 835	48 205	51 118
PAYS DE LA LOIRE		1 390	20 580	3 194 495	18 817	28 307	30 903
PICARDIE		1 112	19 536	3 210 470	26 589	21 721	23 952
POITOU CHARENTES		675	9 428	1 924 036	20 601	20 053	21 073
RHONE ALPES		4 399	49 024	8 899 198	41 614	60 434	63 115
TOTAL REGIONS		37 181	517 336	82 421 296	1 006 277	654 228	701 173

REGIONS		Personnel médical hors SLD					
		Nombre de CET ouverts au 31/12 de l'année	Nombre de jours épargnés au 31/12 de l'année	Valorisation des jours épargnés (en euros)	Nombre de jours non pris et non épargnés sur un CET	Effectif moyen rémunéré par l'établissement sur l'année (en ETP)	Effectif rémunéré au 31/12 de l'année (en personnes physiques)
		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
APHP		4 344	37 422	13 097 700		5 922	
ALSACE		346	11 310	4 294 891	1 015	2 967	3 612
AQUITAINE		523	14 523	5 322 533	927	1 454	1 822
AUVERGNE		345	4 546	1 674 234	189	1 854	2 422
BASSE NORMANDIE		399	12 313	3 513 267	3 254	1 198	1 593
BOURGOGNE		869	21 106	7 572 280	759	1 273	1 499
BRETAGNE		973	20 995	8 373 868	794	4 863	5 587
CENTRE		1 111	27 260	8 863 283	2 561	3 363	4 119
CHAMPAGNE ARDENNE		53	1 105	455 976	245	235	264
CORSE		47	867	258 574	3 595	202	155
FRANCHE COMTE		520	10 432	3 989 007	480	1 873	2 549
GUADELOUPE		69	883	246 014	0	687	726
GUYANE		14	1 762	1 426 572	144	45	198
HAUTE NORMANDIE		1 263	20 573	9 182 384	928	1 252	1 758
IDF		2 312	39 640	12 208 811	1 162	7 345	9 902
LA REUNION MAYOTTE		365	11 827	3 983 676	1 100	713	746
LANGUEDOC ROUSSILLON		1 174	23 038	5 550 425	320	2 534	3 925
LIMOUSIN		162	11 663	3 459 524	93	602	784
LORRAINE		1 056	16 163	4 806 474	108	2 272	3 740
MARTINIQUE		371	5 190	911 555	45	412	552
MIDI PYRENEES		619	18 161	6 971 076	7 611	1 993	2 835
NORD PAS DE CALAIS		1 383	17 585	7 393 161	1 990	2 433	2 842
PACA		1 458	37 112	12 610 284	2 711	3 466	4 564
PAYS DE LA LOIRE		1 216	28 610	10 414 157	167	2 053	2 590
PICARDIE		698	13 664	4 226 590	3 313	14 742	2 291
POITOU CHARENTES		464	9 542	3 952 410	399	1 211	1 797
RHONE ALPES		2 269	52 668	18 099 763	1 942	4 993	7 263
TOTAL REGIONS		24 423	469 954	162 858 489	35 847	71 955	70 136

Répartition par tranches d'âge et catégories de personnel des jours épargnés en CET au 31 décembre 2005

REGIONS	Nombre de jours épargnés en CET au 31/12/2005			Nombre de jours épargnés en CET au 31/12/2005			Nombre de jours épargnés en CET au 31/12/2005			Nombre de jours épargnés en CET au 31/12/2005			Nombre de jours épargnés en CET au 31/12/2005			Nombre de jours épargnés en CET au 31/12/2005		
	Personnel médical			Personnel soignant			Personnel administratif			Personnel médico-technique			Personnel technique et ouvrier			Personnel socio-éducatif		
	< 45 ans	Entre 45 et 55	> 55 ans	< 45 ans	Entre 45 et 55 ans	> 55 ans	< 45 ans	Entre 45 et 55	> 55 ans	< 45 ans	Entre 45 et 55 ans	> 55 ans	< 45 ans	Entre 45 et 55	> 55 ans	< 45 ans	Entre 45 et 55	> 55 ans
APHP	34 050	50 398	28 300	36 728	58 217	34 049	11 335	17 244	17 898	4 181	6 627	3 876	7 331	8 392	5 897	915	1 358	752
ALSACE	12 644	16 159	9 519	15 160	13 416	6 643	2 089	4 118	3 275	610	1 140	333	2 407	2 975	1 302	102	319	243
AQUITAINE	13 575	16 314	14 564	2 742	7 664	2 645	1 315	3 273	1 984	234	938	585	639	1 203	1 156	125	428	468
AUVERGNE	11 393	10 427	5 431	22 531	17 734	2 664	1 861	3 112	2 446	651	808	79	2 475	2 820	828	217	138	20
BASSE	4 514	6 746	4 523	8 401	11 562	3 726	965	3 171	2 471	365	553	479	711	1 321	878	108	96	53
BOURGOGNE	11 268	10 971	7 637	7 848	11 839	3 438	1 786	3 066	2 577	1 351	842	1 318	725	1 133	478	161	145	127
BRETAGNE	18 334	23 636	17 479	18 951	24 021	7 674	3 467	6 622	6 350	1 578	2 811	1 034	2 493	4 332	2 160	400	537	467
CENTRE	19 640	20 392	12 798	8 104	9 283	3 150	1 599	3 656	2 927	466	998	589	1 608	2 241	961	145	83	96
CHAMPAGNE																		
ARDENNE	7 437	11 603	7 313	2 728	5 505	2 020	991	2 284	1 791	232	206	490	393	906	451	61	202	106
CORSE	101	132	154	202	377	541	557	544	413	48	185	250	203	800	627	0	69	104
FRANCHE	5 948	8 386	5 432	4 728	9 620	3 398	1 358	4 463	3 621	803	1 179	561	799	717	481	107	82	0
GUADELOUPE	903	829	992	373	737	456	628	458	159	113	153	0	148	91	24	0	1	0
GUYANE																		
HAUTE	8 351	9 788	6 126	7 132	6 740	1 191	652	1 408	1 267	375	595	214	557	675	368	48	96	19
IDF	28 574	42 064	26 726	14 341	25 459	9 442	5 099	8 781	5 710	1 508	3 763	1 460	4 299	5 599	3 341	1 658	1 035	1 341
LA REUNION	4 979	5 190	4 080	2 154	3 007	2 709	307	1 259	934	196	359	346	183	165	147	0	30	0
LANGUEDOC																		
ROUSSILLON	14 600	17 305	12 003	4 329	7 045	10 844	1 480	3 055	2 806	274	561	563	1 304	1 836	1 077	154	195	427
LIMOUSIN	5 859	6 858	3 837	1 664	2 338	1 127	494	1 563	1 311	56	462	184	337	853	423	16	127	115
LORRAINE	11 878	18 493	12 132	10 921	15 017	4 549	2 519	4 664	2 682	866	1 361	430	2 773	2 734	1 995	208	323	107
MARTINIQUE	1 122	3 150	1 989	554	2 719	1 315	244	368	377	55	78	144	364	282	40	106	185	95
MIDI PYRENEES	9 146	16 686	11 975	5 396	9 244	4 020	1 779	3 897	3 213	526	1 899	1 756	1 405	2 682	1 024	83	138	72
NORD PAS DE																		
CALAIS	12 964	14 456	8 599	13 983	21 299	7 335	4 008	8 669	6 506	962	1 778	1 131	3 177	4 237	2 293	318	519	504
PACA	27 531	27 632	20 618	8 270	12 489	5 562	3 064	6 170	4 403	1 335	1 634	1 967	2 828	3 347	2 221	286	450	585
PAYS DE LA																		
LOIRE	15 292	14 529	13 221	6 847	12 383	4 487	1 297	3 809	2 447	525	1 137	574	1 323	1 805	655	211	199	3 589
PICARDIE	5 638	9 872	6 567	4 430	7 406	2 736	1 046	2 157	2 550	98	876	202	673	969	540	174	231	43
POITOU	10 005	14 910	8 549	2 865	4 646	1 220	1 175	3 008	2 077	201	707	300	1 170	829	441	190	102	73
RHONE ALPES	29 006	31 747	23 225	21 825	40 279	10 259	6 198	11 396	9 888	1 857	3 898	2 279	5 163	5 357	4 674	236	953	1 253
TOTAL	324 751	408 671	273 785	233 205	340 043	137 201	57 311	112 212	92 081	19 465	35 548	21 144	45 487	58 300	34 481	6 026	8 039	10 657