



11 juin 2019

Circulaire*

Circulaire de la Sous-Secrétaire générale aux ressources humaines

Destinataires : Les membres du personnel

Objet : Aménagement des modalités de travail

1. La présente circulaire a pour objet d'informer les fonctionnaires qui désirent bénéficier d'un aménagement des modalités de travail, conformément aux dispositions de la circulaire du Secrétaire général [ST/SGB/2019/3](#), des procédures applicables à la présentation et au traitement de leurs demandes.
2. Les formulaires à remplir pour obtenir l'autorisation requise figurent en annexe à la présente circulaire et sont également accessibles en ligne sur iSeek.
3. Les premiers notateurs et notatrices sont considérés comme les mieux placés pour évaluer les fonctions et la performance des fonctionnaires lorsque des demandes d'aménagement des modalités de travail sont présentées et examinées. Cependant, les chefs d'entité peuvent décider que ces demandes doivent être examinées au niveau d'un service ou d'une division, ou de toute autre unité administrative. Dans ce cas, ils ou elles devraient communiquer la procédure d'approbation à l'ensemble des fonctionnaires concernés. En signant l'accord, les directeurs ou directrices certifient que la décision a été prise conformément à la procédure établie par leur entité aux fins de l'approbation des demandes d'aménagement des modalités de travail.
4. L'alinéa g) du paragraphe 2.1 de la circulaire du Secrétaire général [ST/SGB/2019/3](#) dispose que l'aménagement des modalités de travail ne doit entraîner aucun coût supplémentaire pour l'Organisation.
5. En application du paragraphe 3.12 de la circulaire du Secrétaire général [ST/SGB/2019/3](#), si autorisation est faite à un ou une fonctionnaire de télétravailler en dehors de son lieu d'affectation officiel, le versement des prestations et indemnités qui supposent sa présence physique à son lieu d'affectation officiel est suspendu. En conséquence, le versement et le calcul de ces prestations doivent être ajustés, notamment :
 - a) Dès le premier jour : prime de danger, sursalaire et décompte de la période de service ouvrant droit au congé de détente ;
 - b) À partir de 30 jours : élément famille non autorisée et prime de sujétion, et cumul des points ouvrant droit au congé dans les foyers lorsque le ou la fonctionnaire télétravaille depuis son pays d'origine ;

* La présente circulaire restera en vigueur jusqu'à nouvel ordre.



c) Lorsqu'un ou une fonctionnaire télétravaille depuis son pays d'origine pendant plus des deux tiers de l'année scolaire, le montant de l'indemnité pour frais d'études et de l'indemnité spéciale pour frais d'études sera calculé au prorata, conformément à l'alinéa a) du paragraphe 6.1 de l'instruction administrative [ST/AI/2018/1/Rev.1](#) et à la section 8 de l'instruction administrative [ST/AI/2018/2](#) respectivement.

6. Le régime d'assurance maladie du ou de la fonctionnaire sera déterminé en fonction de son lieu d'affectation officiel et non de son lieu de télétravail. Il est recommandé aux fonctionnaires de demander quelle serait l'incidence de leur télétravail hors de leur lieu d'affectation à leur compagnie d'assurance maladie ou à la section chargée de l'assurance maladie ou le bureau des ressources humaines dont ils ou elles dépendent.

7. À des fins d'enregistrement et de communication, le ou la fonctionnaire doit faire parvenir un exemplaire signé de l'accord relatif à l'aménagement de ses modalités de travail au Service administratif, ou au service administratif ou bureau des ressources humaines dont il ou elle dépend.

Annexe**FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : HORAIRES DÉCALÉS****Fonctionnaire :**

Numéro de code :

Identifiant Unité :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

Supérieur(e) hiérarchique :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

A. DEMANDE

1. Dans le cadre de l'aménagement des modalités de travail, je demande à pouvoir travailler selon des horaires décalés à compter du _____ et jusqu'au _____ ou jusqu'à ce que moi-même ou l'Organisation mette fin par écrit au présent Accord.
2. Au cours de cette période, mes jours et mes horaires de travail seraient les suivants :

	Horaire de travail		Pause déjeuner	
	Heure de début	Heure de fin	Heure de début	Heure de fin
Lundi	_____	_____	_____	_____
Mardi	_____	_____	_____	_____
Mercredi	_____	_____	_____	_____
Jeudi	_____	_____	_____	_____
Vendredi	_____	_____	_____	_____
Samedi	_____	_____	_____	_____
Dimanche	_____	_____	_____	_____

3. Pendant mon absence dans le cadre de cet aménagement des modalités de travail, mes principales fonctions seront assurées ou facilitées par :

B. ACCORD

1. Je déclare comprendre les principes de l'Organisation des Nations Unies relatifs à l'aménagement des modalités de travail énoncés dans la circulaire [ST/SGB/2019/3](#) du 18 avril 2019.
2. J'accepte les responsabilités, obligations, conditions et devoirs définis dans le présent document, intitulé FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : HORAIRES DÉCALÉS.

P.314 A1 (06-19)

3. Je comprends que, conformément à la section 3 de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#), tous les fonctionnaires doivent être présents pendant la plage horaire fixe prescrite pour leur lieu d'affectation, sauf en cas d'absence autorisée ou de congé de maladie.
4. Je conviens que le nombre total d'heures de travail requis pour la journée doit être effectué soit avant la plage horaire fixe, soit après, soit en partie avant et en partie après.
5. Je comprends que le présent Accord est un réaménagement de l'horaire de travail et qu'il peut être annulé à tout moment, notamment si les nécessités du service le justifient ou si ma performance ne donne pas satisfaction.
6. Je m'engage à remettre un exemplaire signé de l'Accord au Service administratif ou au service administratif ou bureau des ressources humaines dont je dépends à des fins d'enregistrement et de communication.

Nom du (de la) fonctionnaire :

Date : _____

Signature : _____

C. APPROBATION / REJET

Je certifie que la décision a été prise conformément à la procédure d'approbation des demandes d'aménagement des modalités de travail établie par mon entité.

Nom du (de la) supérieur(e) hiérarchique :

Date : _____

Signature : _____

1. Demande approuvée : ☐

2. Demande rejetée : ☐

En cas de rejet de la demande, veuillez en indiquer les motifs, comme prévu à l'alinéa d) du paragraphe 2.1 de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#) : _____.

FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : HORAIRES DE TRAVAIL COMPRIMÉS(« Temps de travail de dix jours réparti sur neuf »)**Fonctionnaire :**

Numéro de code :

Identifiant Unité :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

Supérieur(e) hiérarchique :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

A. DEMANDE

1. Dans le cadre de l'aménagement des modalités de travail, je demande à pouvoir adopter des horaires de travail comprimés à compter du _____ et jusqu'au _____ ou jusqu'à ce que moi-même ou l'Organisation mette fin par écrit au présent Accord.
2. Au cours de cette période, ma semaine et mes horaires de travail seraient les suivants :

Première semaine	Horaire de travail		Pause déjeuner	
	Heure de début	Heure de fin	Heure de début	Heure de fin
Lundi	_____	_____	_____	_____
Mardi	_____	_____	_____	_____
Mercredi	_____	_____	_____	_____
Jeudi	_____	_____	_____	_____
Vendredi	_____	_____	_____	_____
Samedi	_____	_____	_____	_____
Dimanche	_____	_____	_____	_____
Deuxième semaine	Horaire de travail		Pause déjeuner	
	Heure de début	Heure de fin	Heure de début	Heure de fin
Lundi	_____	_____	_____	_____
Mardi	_____	_____	_____	_____
Mercredi	_____	_____	_____	_____
Jeudi	_____	_____	_____	_____
Vendredi	_____	_____	_____	_____
Samedi	_____	_____	_____	_____
Dimanche	_____	_____	_____	_____

P.314 A2.a (06-19)

Exemple : Le nombre total des heures de travail effectuées pendant les neuf jours travaillés doit être équivalent au nombre total d'heures de 10 jours de travail. Par exemple, au Siège, où la journée de travail est de huit heures (8 h 30 pendant l'Assemblée générale), cela représentera neuf heures de travail par jour pendant huit jours et huit heures de travail le neuvième jour, avec une heure de pause déjeuner chaque jour (ou 9 h 30 par jour pendant l'Assemblée générale). Le dixième jour, c'est-à-dire le dernier jour du cycle de deux semaines, serait un jour de congé.

3. Pendant mon absence dans le cadre de cet aménagement des modalités de travail, mes principales fonctions seront assurées ou facilitées par : _____

B. ACCORD

1. Je déclare comprendre les principes de l'Organisation des Nations Unies relatifs à l'aménagement des modalités de travail énoncés dans la circulaire [ST/SGB/2019/3](#) du 18 avril 2019.
2. J'accepte les responsabilités, obligations, conditions et devoirs définis dans le présent document, intitulé FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : HORAIRES DE TRAVAIL COMPRIMÉS (« Temps de travail de dix jours réparti sur neuf »).
3. Je conviens que toutes les heures de travail effectuées normalement sur dix jours seront comprimées sur neuf jours de travail, en répartissant sur ces neuf jours les heures de travail qui auraient autrement été effectuées le dixième jour. Cette nouvelle répartition des heures de travail normales me permet de prendre un jour de congé toutes les deux semaines, à une date convenue par moi-même et mon ou ma supérieur(e) hiérarchique.
4. Je comprends que cette journée de congé doit être prise pendant ladite période de dix jours et ne peut être cumulée.
5. Je comprends que le présent Accord est un réaménagement de l'horaire de travail et qu'il peut être annulé à tout moment, notamment si les nécessités du service le justifient ou si ma performance ne donne pas satisfaction.
6. Je m'engage à remettre un exemplaire signé de l'Accord au Service administratif ou au service administratif ou bureau des ressources humaines dont je dépends à des fins d'enregistrement et de communication.

Nom du (de la) fonctionnaire :

Date : _____

Signature : _____

C. APPROBATION / REJET

Je certifie que la décision a été prise conformément à la procédure d'approbation des demandes d'aménagement des modalités de travail établie par mon entité.

Nom du (de la) supérieur(e) hiérarchique :

Date :

Signature : _____

1. Demande approuvée : ☐
2. Demande rejetée : ☐

En cas de rejet de la demande, veuillez en indiquer les motifs, comme prévu à l'alinéa d) du paragraphe 2.1 de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#) :

FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : HORAIRES DE TRAVAIL COMPRIMÉS(« Temps de travail de cinq jours réparti sur quatre et demi »)**Fonctionnaire :**

Numéro de code :

Identifiant Unité :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

Supérieur(e) hiérarchique :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

A. DEMANDE

1. Dans le cadre de l'aménagement des modalités de travail, je demande à pouvoir adopter des horaires de travail comprimés à compter du _____ et jusqu'au _____ ou jusqu'à ce que moi-même ou l'Organisation mette fin par écrit au présent Accord.
2. Au cours de cette période, ma semaine et mes horaires de travail seraient les suivants :

	Horaire de travail		Pause déjeuner	
	Heure de début	Heure de fin	Heure de début	Heure de fin
Lundi	_____	_____	_____	_____
Mardi	_____	_____	_____	_____
Mercredi	_____	_____	_____	_____
Jeudi	_____	_____	_____	_____
Vendredi	_____	_____	_____	_____
Samedi	_____	_____	_____	_____
Dimanche	_____	_____	_____	_____

Exemple : Le nombre total des heures de travail effectuées pendant les quatre jours et demi travaillés doit être équivalent au nombre total d'heures de cinq jours de travail. Par exemple, au Siège, où la journée de travail est de huit heures (8 h 30 pendant l'Assemblée générale), cela représentera neuf heures de travail par jour pendant quatre jours et quatre heures de travail le cinquième jour, avec une heure de pause déjeuner chaque jour (ou 9 h 30 par jour pendant quatre jours et 4 h 30 le cinquième jour pendant l'Assemblée générale). La moitié du cinquième jour serait une demi-journée de congé.

3. Pendant mon absence dans le cadre de cet aménagement des modalités de travail, mes principales fonctions seront assurées ou facilitées par :

B. ACCORD

1. Je déclare comprendre les principes de l'Organisation des Nations Unies relatifs à l'aménagement des modalités de travail énoncés dans la circulaire [ST/SGB/2019/3](#) du 18 avril 2019.
2. J'accepte les responsabilités, obligations, conditions et devoirs définis dans le présent document, intitulé **FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : HORAIRES DE TRAVAIL COMPRIMÉS** (« Temps de travail de cinq jours réparti sur quatre et demi »).
3. Je conviens que toutes les heures de travail effectuées normalement sur cinq jours seront comprimées sur quatre jours et demi de travail, en répartissant sur ces quatre jours et demi les heures de travail qui auraient autrement été effectuées en cinq jours. Cette nouvelle répartition des heures de travail normales me permet de prendre un demi-jour de congé chaque semaine lors d'un jour convenu par moi-même et mon ou ma supérieur(e) hiérarchique.
4. Je comprends que cette demi-journée de congé doit être prise pendant ladite période de cinq jours et ne peut être cumulée.
5. Je comprends que le présent Accord est un réaménagement de l'horaire de travail et qu'il peut être annulé à tout moment, notamment si les nécessités du service le justifient ou si ma performance ne donne pas satisfaction.
6. Je m'engage à remettre un exemplaire signé de l'Accord au Service administratif ou au service administratif ou bureau des ressources humaines dont je dépends à des fins d'enregistrement et de communication.

Nom du (de la) fonctionnaire :

Date : _____

Signature : _____

C. APPROBATION / REJET

Je certifie que la décision a été prise conformément à la procédure d'approbation des demandes d'aménagement des modalités de travail établie par mon entité.

Nom du (de la) supérieur(e) hiérarchique :

Date :

Signature : _____

1. Demande approuvée : ☐
2. Demande rejetée : ☐

En cas de rejet de la demande, veuillez en indiquer les motifs, comme prévu à l'alinéa d) du paragraphe 2.1 de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#) :

FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : INTERRUPTION PROGRAMMÉE
EN VUE DE POURSUIVRE DES ÉTUDES

Conformément au paragraphe 3.4 de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#), les fonctionnaires qui souhaitent suivre des cours à l'université ou dans d'autres établissements d'enseignement pour se perfectionner sur le plan professionnel peuvent demander l'autorisation de s'absenter six heures par semaine au maximum.

Fonctionnaire :

Numéro de code :

Identifiant Unité :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

Supérieur(e) hiérarchique :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

A. DEMANDE

1. Dans le cadre de l'aménagement des modalités de travail, je demande à pouvoir bénéficier d'une interruption programmée en vue de poursuivre des études à compter du _____ et jusqu'au _____ ou jusqu'à ce que moi-même ou l'Organisation mette fin par écrit au présent Accord.
2. Mon horaire de travail normal est le suivant :
3. Pendant cette période, mes jours et mes horaires de travail, compte tenu de l'interruption programmée (au maximum 6 heures par semaine), seraient les suivants :

Jour 1 :	De :	À :	Heures :
Jour 2 :	De :	À :	Heures :
Jour 3 :	De :	À :	Heures :
Jour 4 :	De :	À :	Heures :
Jour 5 :	De :	À :	Heures :

4. Pendant cette période, les heures consacrées aux études seraient compensées comme suit (hors pause déjeuner) :

Jour 1 :	De :	À :	Heures :
Jour 2 :	De :	À :	Heures :
Jour 3 :	De :	À :	Heures :
Jour 4 :	De :	À :	Heures :
Jour 5 :	De :	À :	Heures :

5. Pendant mon absence dans le cadre de cet aménagement des modalités de travail, mes principales fonctions seront assurées ou facilitées par : _____

B. ACCORD

- Je déclare comprendre les principes de l'Organisation des Nations Unies relatifs à l'aménagement des modalités de travail énoncés dans la circulaire [ST/SGB/2019/3](#) du 18 avril 2019.
- J'accepte les responsabilités, obligations, conditions et devoirs définis dans le présent document, intitulé FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : INTERRUPTION PROGRAMMÉE EN VUE DE POURSUIVRE DES ÉTUDES.
- Je conviens que le temps passé à l'extérieur de l'Organisation pendant une semaine donnée doit être compensé au cours de la même semaine.
- Je comprends que le présent Accord est un réaménagement de l'horaire de travail et qu'il peut être annulé à tout moment, notamment si les nécessités du service le justifient ou si ma performance ne donne pas satisfaction.
- Je m'engage à remettre un exemplaire signé de l'Accord au Service administratif ou au service administratif ou bureau des ressources humaines dont je dépends à des fins d'enregistrement et de communication.

Nom du (de la) fonctionnaire :

Date : _____

Signature : _____

C. APPROBATION / REJET

Je certifie que la décision a été prise conformément à la procédure d'approbation des demandes d'aménagement des modalités de travail établie par mon entité.

Nom du (de la) supérieur(e) hiérarchique :

Date : _____

Signature : _____

1. Demande approuvée : ☐
2. Demande rejetée : ☐

En cas de rejet de la demande, veuillez en indiquer les motifs, comme prévu à l'alinéa d) du paragraphe 2.1 de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#) :

FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : TÉLÉTRAVAIL
DANS LE LIEU D'AFFECTATION OFFICIEL

Selon la circulaire [ST/SGB/2019/3](#), les fonctionnaires peuvent être autorisés à télétravailler, dans leur lieu d'affectation officiel, jusqu'à un maximum de trois jours par semaine à condition d'être joignables par téléphone ou par courrier électronique pendant la plage horaire fixe prescrite pour leur lieu d'affectation.

Fonctionnaire :

Numéro de code :

Identifiant Unité :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

Supérieur(e) hiérarchique :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

A. DEMANDE

1. Je demande à pouvoir télétravailler dans mon lieu d'affectation officiel à compter du _____ et jusqu'au _____ ou jusqu'à ce que moi-même ou l'Organisation mette fin par écrit au présent Accord.
2. Les raisons personnelles impérieuses qui m'amènent à présenter cette demande (si celle-ci porte sur plus de trois jours de travail par semaine) sont les suivantes :
3. Au cours de cette période, mes jours de télétravail et mes horaires de travail seraient les suivants :

	Horaire de travail		Pause déjeuner	
	Heure de début	Heure de fin	Heure de début	Heure de fin
Lundi	_____	_____	_____	_____
Mardi	_____	_____	_____	_____
Mercredi	_____	_____	_____	_____
Jeudi	_____	_____	_____	_____
Vendredi	_____	_____	_____	_____
Samedi	_____	_____	_____	_____
Dimanche	_____	_____	_____	_____

4. Lieu de travail (le lieu de télétravail doit se trouver dans un rayon permettant de faire chaque jour la navette jusqu'au lieu d'affectation¹) :

Adresse :

Ville :

État :

Code postal :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse électronique :

5. Travail à accomplir en télétravail :

Prestations spécifiques : _____

B. ACCORD

1. Je déclare comprendre les principes de l'Organisation des Nations Unies relatifs à l'aménagement des modalités de travail énoncés dans la circulaire [ST/SGB/2019/3](#) du 18 avril 2019.
2. J'accepte les responsabilités, obligations, conditions et devoirs énoncés dans le présent document, intitulé FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : TÉLÉTRAVAIL DANS LE LIEU D'AFFECTATION OFFICIEL.
3. Je déclare comprendre que a) les dispositions régissant le paiement d'indemnités en cas de maladie, de blessure ou de décès imputable à l'exercice de fonctions officielles au service de l'Organisation des Nations Unies énoncées à l'appendice D du Règlement du personnel et b) l'instruction administrative [ST/AI/149/Rev.4](#), intitulée « Indemnité pour perte ou détérioration d'effets personnels imputable à l'exercice de fonctions officielles », ne s'appliquent aux fonctionnaires en télétravail que pendant les horaires de travail et dans le lieu spécifiés ci-dessus et préalablement approuvés par leur supérieur(e) hiérarchique. Je conviens que toute demande d'indemnité pour perte ou détérioration de biens imputable au service ou pour blessure, maladie ou décès imputable au service doit être présentée conformément aux instructions administratives et aux dispositions du Règlement du personnel, respectivement, et être accompagnée d'éléments prouvant que cette perte, cette détérioration, cette blessure, cette maladie ou ce décès est imputable à l'exercice de fonctions officielles au service de l'Organisation des Nations Unies. J'assume l'entière responsabilité de tout incident se produisant en dehors des horaires de travail et/ou du lieu de travail spécifiés ci-dessus et je déclare comprendre que de tels incidents ne sont pas couverts aux termes de l'appendice D du Règlement du personnel ni aux termes de l'instruction administrative [ST/AI/149/Rev.4](#).
4. Je certifie que mon lieu de télétravail satisfait aux critères de sécurité définis dans la liste de contrôle figurant dans le présent Accord. Je reconnais qu'il m'incombe de veiller à ce que mon lieu de travail autre que mon lieu de travail habituel offre de bonnes conditions de sécurité et soit convenablement agencé. Je certifie que mes réponses concernant la liste de contrôle sont, à ma connaissance, exactes et complètes. Je comprends que toute déclaration erronée, trompeuse ou frauduleuse constitue un motif suffisant pour m'interdire de télétravailler et pour m'exclure du bénéfice de tout régime d'indemnisation, y compris au titre de l'appendice D du Règlement du personnel.

P.314 A4.a (06-19)

¹ Aux fins du présent Accord, le terme « rayon permettant de faire chaque jour la navette » désigne une distance qui permettrait au (à la) fonctionnaire de faire chaque jour le déplacement entre le lieu de télétravail et le bureau du lieu d'affectation si il ou elle ne télétravaillait pas et d'être physiquement présent(e) au bureau en cas de besoin pendant les horaires de travail imposés, même en étant prévenu(e) au dernier moment.

5. Je déclare comprendre que la responsabilité de l'Organisation des Nations Unies n'est pas engagée si une tierce personne est victime d'un incident sur le lieu de travail autre que mon lieu de travail habituel/sur le lieu de télétravail spécifié. Par les présentes, je dégage l'Organisation des Nations Unies de toute responsabilité et m'engage à la mettre hors de cause en cas de blessure ou de détérioration ou perte de biens subies par des tiers sur le lieu de télétravail.
6. Je déclare comprendre que l'autorisation de télétravailler est accordée à la condition de n'entraîner aucun coût supplémentaire pour l'Organisation des Nations Unies. Dans ce contexte, je comprends que cette condition a, notamment, les incidences suivantes :
 - a) Il m'incombe de me procurer tout le matériel et tous les logiciels nécessaires (ordinateur, imprimante, téléphone, fax, modem/accès à Internet, logiciel de traitement de texte et de traitement de données compatible, etc.) ainsi que tout autre équipement qui pourrait s'avérer nécessaire pour accomplir sur le lieu de travail autre que mon lieu de travail habituel/sur le lieu de télétravail les tâches énoncées dans le présent Accord ;
 - b) Je reconnais qu'il m'incombera de mettre à jour et d'entretenir le matériel, les logiciels et les autres équipements si cela est nécessaire pour accomplir les tâches énoncées dans le présent Accord ;
 - c) Je comprends qu'il m'incombera d'assumer le coût de toute réparation de ce matériel, de ces logiciels et de tout autre équipement, ainsi que le coût des éventuelles fournitures de bureau nécessaires ;
 - d) Je reconnais qu'il m'incombera également d'assumer les frais de fonctionnement, par exemple les frais relatifs aux appels téléphoniques et à l'utilisation d'Internet.
7. Je déclare comprendre que le présent Accord peut être annulé à tout moment par mon ou ma supérieur(e) hiérarchique si les nécessités du service le justifient ou si ma performance ne donne pas satisfaction. Je déclare comprendre également que je dois pouvoir venir à mes frais au bureau pendant la période de télétravail pour assister à des réunions de service ou pour d'autres raisons, selon la nature des tâches effectuées, si les moyens de communication et de représentation dont je dispose ne sont pas adaptés et si la rencontre en personne est nécessaire à la bonne exécution d'un mandat.
8. Autres éléments du présent Accord (le cas échéant) :
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)
 - e)
9. Je m'engage à remettre un exemplaire signé de l'Accord au Service administratif ou au service administratif ou bureau des ressources humaines dont je dépends à des fins d'enregistrement et de communication.

Nom du (de la) fonctionnaire :

Date : _____

Signature : _____

C. APPROBATION / REJET

Je certifie que la décision a été prise conformément à la procédure d'approbation des demandes d'aménagement des modalités de travail établie par mon entité.

Nom du (de la) supérieur(e) hiérarchique :

Date : _____

Signature : _____

1. Demande approuvée : ☐

2. Demande rejetée : ☐

Comme le prévoit l'alinéa d) du paragraphe 2.1 de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#), veuillez indiquer les motifs de l'approbation (pour une demande de télétravail de plus de trois jours par semaine) ou du rejet de la demande :

Liste des critères de sécurité à satisfaire en cas de télétravail

Environnement général

- _____ L'espace de travail est suffisamment éclairé et aéré.
- _____ L'espace de travail est maintenu dans un bon état de propreté, il est suffisamment calme et dépourvu de sources de distraction.
- _____ Les espaces de passage, les portes et les angles sont libres de tout obstacle.
- _____ Rien, à proximité du lieu de travail ou des zones de circulation, ne risque de tomber sur quelqu'un ou de blesser quelqu'un.
- _____ Aucun liquide n'est répandu au sol et le sol n'est pas glissant.
- _____ Le lieu de travail autre que le lieu de travail habituel se situe dans une zone résidentielle ou commerciale certifiée habitable par les autorités locales.

Électricité/équipement

- _____ Les équipements électriques du lieu de travail autre que le lieu de travail habituel ne présentent aucun danger avéré susceptible de causer un préjudice corporel (fils abîmés, conducteurs à nu ou fils mal connectés ou dénudés par exemple).
- _____ L'équipement informatique et les prises électriques nécessaires comportent une mise à la terre.
- _____ Les équipements sont placés à une hauteur confortable pour les yeux et la disposition des éléments (chaise/bureau/ordinateur, etc.) permet une position assise ergonomique.
- _____ L'équipement informatique est disposé sur un meuble solide, plan et bien entretenu, et le clavier et la souris se trouvent à une hauteur et dans une position n'entraînant pas de tension du poignet.
- _____ Les lignes téléphoniques et les câbles et rallonges électriques sont fixés sous un bureau ou le long des plinthes et aucun câble ne court en travers des couloirs ou des zones de circulation.

Sûreté et sécurité

- _____ Sur le lieu de travail autre que le lieu de travail habituel/le lieu de télétravail, il y a un extincteur et un plan d'évacuation en cas d'incendie.
- _____ Les numéros de téléphone d'urgence (hôpital, pompiers, police) sont connus/affichés sur le lieu de travail autre que le lieu de travail habituel.
- _____ Une trousse de premiers secours est facilement accessible et réapprovisionnée si nécessaire.
- _____ Un détecteur de fumée et de CO₂ en état de marche est installé sur le lieu de travail autre que le lieu de travail habituel.
- _____ Il n'y a pas de matériaux dangereux ou inflammables à proximité du lieu de travail autre que le lieu de travail habituel.
- _____ Des mesures de sécurisation sont en place pour protéger les mots de passe, les logiciels qui appartiennent à l'Organisation des Nations Unies ou qui lui sont concédés sous licence ainsi que les dossiers et documents de tout accès ou divulgation non autorisé.
- _____ Il n'y a pas de données ou de documents confidentiels ou strictement confidentiels sur le lieu de télétravail.

FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : TÉLÉTRAVAIL
EN DEHORS DU LIEU D'AFFECTATION OFFICIEL

Aux termes de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#), il peut être envisagé d'autoriser des fonctionnaires à télétravailler en dehors de leur lieu d'affectation officiel pendant une période n'excédant pas six mois si leur situation personnelle l'exige.

Fonctionnaire :

Numéro de code :

Identifiant Unité :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

Lieu d'affectation officiel :

Supérieur(e) hiérarchique :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

A. DEMANDE

1. Je demande à pouvoir télétravailler en dehors de mon lieu d'affectation officiel à compter du : _____ et jusqu'au : _____ ou jusqu'à ce que moi-même ou l'Organisation mette fin par écrit au présent Accord.
2. Les raisons personnelles impérieuses qui m'amènent à présenter cette demande sont les suivantes :
3. Au cours de cette période, mes jours et mes horaires de travail seraient les suivants :

Fuseau horaire local : _____

	Horaire de travail		Pause déjeuner	
	Heure de début	Heure de fin	Heure de début	Heure de fin
Lundi	_____	_____	_____	_____
Mardi	_____	_____	_____	_____
Mercredi	_____	_____	_____	_____
Jeudi	_____	_____	_____	_____
Vendredi	_____	_____	_____	_____
Samedi	_____	_____	_____	_____
Dimanche	_____	_____	_____	_____

4. Lieu de travail en dehors de mon lieu d'affectation :

Adresse :

Ville :

État :

Code postal :

Pays :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse électronique :

5. Travail à accomplir :

Prestations spécifiques : _____

B. ACCORD

1. Je déclare comprendre les principes de l'Organisation des Nations Unies relatifs à l'aménagement des modalités de travail énoncés dans la circulaire [ST/SGB/2019/3](#) du 18 avril 2019.
2. J'accepte les responsabilités, obligations, conditions et devoirs énoncés dans le présent document, intitulé FORMULAIRE DE DEMANDE ET ACCORD : TÉLÉTRAVAIL EN DEHORS DU LIEU D'AFFECTATION OFFICIEL.
3. Je déclare comprendre que a) les dispositions régissant le paiement d'indemnités en cas de maladie, de blessure ou de décès imputable à l'exercice de fonctions officielles au service de l'Organisation des Nations Unies énoncées à l'appendice D du Règlement du personnel et b) l'instruction administrative [ST/AI/149/Rev.4](#), intitulée « Indemnité pour perte ou détérioration d'effets personnels imputable à l'exercice de fonctions officielles », ne s'appliquent aux fonctionnaires en télétravail que pendant les horaires de travail et dans le lieu spécifiés ci-dessus et préalablement approuvés par leur supérieur(e) hiérarchique. Je conviens que toute demande d'indemnité pour perte ou détérioration de biens imputable au service ou pour blessure, maladie ou décès imputable au service doit être présentée conformément aux instructions administratives et aux dispositions du Règlement du personnel, respectivement, et être accompagnée d'éléments prouvant que cette perte, cette détérioration, cette blessure, cette maladie ou ce décès est imputable à l'exercice de fonctions officielles au service de l'Organisation des Nations Unies. J'assume l'entière responsabilité de tout incident se produisant en dehors des horaires de travail et/ou du lieu de travail spécifiés ci-dessus et je déclare comprendre que de tels incidents ne sont pas couverts aux termes de l'appendice D du Règlement du personnel ni aux termes de l'instruction administrative [ST/AI/149/Rev.4](#).
4. Je déclare comprendre que mon régime d'assurance maladie sera déterminé en fonction de mon lieu d'affectation officiel et non de mon lieu de télétravail et que c'est à moi de faire le nécessaire auprès de la section des assurances dont je dépends.
5. Je certifie que mon lieu de télétravail satisfait aux critères de sécurité définis dans la liste de contrôle figurant dans le présent Accord. Je reconnais qu'il m'incombe de veiller à ce que mon lieu de travail autre que mon lieu de travail habituel offre de bonnes conditions de sécurité et soit convenablement agencé. Je certifie que mes réponses concernant la liste de contrôle sont, à ma connaissance, exactes et complètes. Je comprends que toute déclaration erronée, trompeuse ou frauduleuse constitue un motif suffisant pour m'interdire de télétravailler et pour m'exclure du bénéfice de tout régime d'indemnisation, y compris au titre de l'appendice D du Règlement du personnel.

6. Je déclare comprendre que la responsabilité de l'Organisation des Nations Unies n'est pas engagée si une tierce personne est victime d'un incident sur le lieu de travail autre que mon lieu de travail habituel/sur le lieu de télétravail spécifié. Par les présentes, je dégage l'Organisation des Nations Unies de toute responsabilité et m'engage à la mettre hors de cause en cas de blessure ou de détérioration ou perte de biens subies par des tiers sur le lieu de télétravail.
7. Je déclare comprendre que l'autorisation de télétravailler est accordée à la condition de n'entraîner aucun coût supplémentaire pour l'Organisation des Nations Unies. Dans ce contexte, je comprends que cette condition a, notamment, les incidences suivantes :
 - a) Il m'incombe de me procurer tout le matériel et tous les logiciels nécessaires (ordinateur, imprimante, téléphone, fax, modem/accès à Internet, logiciel de traitement de texte et de traitement de données compatible, etc.) ainsi que tout autre équipement qui pourrait s'avérer nécessaire pour accomplir sur le lieu de travail autre que mon lieu de travail habituel/sur le lieu de télétravail les tâches énoncées dans le présent Accord ;
 - b) Je reconnais qu'il m'incombera de mettre à jour et d'entretenir le matériel, les logiciels et les autres équipements si cela est nécessaire pour accomplir les tâches énoncées dans le présent Accord ;
 - c) Je comprends qu'il m'incombera d'assumer le coût de toute réparation de ce matériel, de ces logiciels et de tout autre équipement, ainsi que le coût des éventuelles fournitures de bureau nécessaires ;
 - d) Je reconnais qu'il m'incombera également d'assumer les frais de fonctionnement, par exemple les frais relatifs aux appels téléphoniques et à l'utilisation d'Internet.
8. Je comprends que je n'ai droit à aucune prestation ou indemnité supplémentaire (sursalaire de nuit par exemple) et que le versement des prestations et indemnités qui supposent ma présence physique dans mon lieu d'affectation officiel (par exemple, la prime de danger, l'élément famille non autorisée ou la prime de sujétion) est suspendu ou ajusté pendant la durée du télétravail en dehors dudit lieu d'affectation, conformément aux dispositions du paragraphe 5 de la circulaire [ST/IC/2019/15](#).
9. Je déclare comprendre que le présent Accord peut être annulé à tout moment par mon ou ma supérieur(e) hiérarchique si les nécessités du service le justifient ou si ma performance ne donne pas satisfaction.
10. Autres éléments du présent Accord (s'il y a lieu) :
 - a) Conformément aux dispositions du paragraphe 3.11 de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#), j'accepte, s'il y a lieu, de venir sur le lieu d'affectation ou en tout autre lieu officiel d'activité le/les (dates et lieu) :
 - b)
 - c)
 - d)
 - e)
11. Je m'engage à remettre un exemplaire signé du présent Accord au Service administratif ou au service administratif ou bureau des ressources humaines dont je dépends à des fins d'enregistrement et de communication.

Nom du (de la) fonctionnaire :

Date : _____

Signature : _____

C. APPROBATION / REJET

Je certifie que la décision a été prise conformément à la procédure d'approbation des demandes d'aménagement des modalités de travail établie par mon entité.

Nom du (de la) supérieur(e) hiérarchique :

Date :

Signature : _____

1. Demande approuvée : ☐

2. Demande rejetée : ☐

Comme le prévoit l'alinéa d) du paragraphe 2.1 de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#), veuillez indiquer les motifs de l'approbation ou du rejet de la demande :

Liste des critères de sécurité à satisfaire en cas de télétravail

Environnement général

- _____ L'espace de travail est suffisamment éclairé et aéré.
- _____ L'espace de travail est maintenu dans un bon état de propreté, il est suffisamment calme et dépourvu de sources de distraction.
- _____ Les espaces de passage, les portes et les angles sont libres de tout obstacle.
- _____ Rien, à proximité du lieu de travail ou des zones de circulation, ne risque de tomber sur quelqu'un ou de blesser quelqu'un.
- _____ Aucun liquide n'est répandu au sol et le sol n'est pas glissant.
- _____ Le lieu de travail autre que le lieu de travail habituel se situe dans une zone résidentielle ou commerciale certifiée habitable par les autorités locales.

Électricité/équipement

- _____ Les équipements électriques du lieu de travail autre que le lieu de travail habituel ne présentent aucun danger avéré susceptible de causer un préjudice corporel (fils abîmés, conducteurs à nu ou fils mal connectés ou dénudés par exemple).
- _____ L'équipement informatique et les prises électriques nécessaires comportent une mise à la terre.
- _____ Les équipements sont placés à une hauteur confortable pour les yeux et la disposition des éléments (chaise/bureau/ordinateur, etc.) permet une position assise ergonomique.
- _____ L'équipement informatique est disposé sur un meuble solide, plan et bien entretenu, et le clavier et la souris se trouvent à une hauteur et dans une position n'entraînant pas de tension du poignet.
- _____ Les lignes téléphoniques et les câbles et rallonges électriques sont fixés sous un bureau ou le long des plinthes et aucun câble ne court en travers des couloirs ou des zones de circulation.

Sûreté et sécurité

- _____ Sur le lieu de travail autre que le lieu de travail habituel/le lieu de télétravail, il y a un extincteur et un plan d'évacuation en cas d'incendie.
- _____ Les numéros de téléphone d'urgence (hôpital, pompiers, police) sont connus/affichés sur le lieu de travail autre que le lieu de travail habituel.
- _____ Une trousse de premiers secours est facilement accessible et réapprovisionnée si nécessaire.
- _____ Un détecteur de fumée et de CO₂ en état de marche est installé sur le lieu de travail autre que le lieu de travail habituel.
- _____ Il n'y a pas de matériaux dangereux ou inflammables à proximité du lieu de travail autre que le lieu de travail habituel.
- _____ Des mesures de sécurisation sont en place pour protéger les mots de passe, les logiciels qui appartiennent à l'Organisation des Nations Unies ou qui lui sont concédés sous licence ainsi que les dossiers et documents de tout accès ou divulgation non autorisé.
- _____ Il n'y a pas de données ou de documents confidentiels ou strictement confidentiels sur le lieu de télétravail.

ANNULATION OU SUSPENSION
DE L'ACCORD D'AMÉNAGEMENT DES MODALITÉS DE TRAVAIL

Fonctionnaire :

Numéro de code :

Identifiant Unite :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

Supérieur(e) hiérarchique :

Nom :

Titre fonctionnel :

Division/unité :

N° de poste :

1. Type d'accord : Sélectionner une option
2. Le présent Accord a pris effet le et devait prendre fin le .
3. En application de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#), je demande que cet Accord soit Sélectionner une option à compter du (seuls les supérieur(e)s hiérarchiques ont accès à l'option de suspension).
4. Le motif de cette action est le suivant : .
5. Je confirme que toutes les parties au présent Accord ont été informées de cette action.
6. Je m'engage à remettre un exemplaire signé du présent document au Service administratif ou au service administratif ou bureau des ressources humaines dont je dépends à des fins d'enregistrement et de communication.
7. Demande présentée par : Sélectionner une option

Nom :

Titre :

Signature : _____

Date :

8. Cette demande a été (à compléter uniquement si la demande est présentée à l'initiative du (de la) fonctionnaire) :

Nom du (de la) supérieur(e) hiérarchique :

Date :

Signature : _____

1. Approuvée : ☐2. Rejetée : ☐

En cas de rejet de la demande, veuillez en indiquer les motifs, comme prévu à l'alinéa d) du paragraphe 2.1 de la circulaire [ST/SGB/2019/3](#) :