



Le Président

Réf : mhr/er/n°2014- 305 /gr

Lettre recommandée avec AR

Le 10 avril 2014

Monsieur le Directeur,

Par lettre du 3 mars 2014, j'ai porté à votre connaissance les observations définitives arrêtées par la chambre régionale des comptes sur la gestion des Hôpitaux universitaires de Strasbourg sur la thématique des dépenses de personnel afin de vous permettre, si vous l'estimiez utile, d'apporter une réponse écrite à ces observations, en application du code des juridictions financières.

Par lettre du 21 mars 2014, vous m'avez fait parvenir une réponse qui est jointe au rapport d'observations définitives qui vous est à nouveau adressé pour être communiqué au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion.

En application des dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, ce rapport doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, être joint à la convocation adressée à chacun des membres du conseil et donner lieu à débat.

Ce rapport d'observations définitives est également adressé à M. le Président du conseil de surveillance, à M. le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, à M. le Préfet de la Région Alsace, Préfet du Bas-Rhin et à M. le Directeur départemental des Finances publiques du Bas-Rhin.

Après sa communication à l'assemblée délibérante, il est communicable de plein droit à toute personne qui en ferait la demande. Aussi, je vous remercie de bien vouloir informer le greffe de la date à laquelle cette communication interviendra.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Christophe Rosenau

Monsieur Jean-François Lanot
Directeur Général par intérim
des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
1, place de l'hôpital
BP 426
67091 Strasbourg Cedex

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

Sommaire

SYNTHESE	3
LISTE DES RECOMMANDATIONS	8
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET EXAMEN DES SUITES	9
1.1 Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	9
1.2 Examen des suites : la permanence des soins	10
2. LES DEPENSES DE PERSONNEL ET LES EFFECTIFS	13
2.1 Les dépenses de personnel : vue d'ensemble.....	13
2.2 La fiabilité des informations budgétaires et comptables relatives au personnel.....	14
2.2.1 Les prévisions de l'EPRD initial (budget H)	14
2.2.2 Le rattachement des charges de personnel	15
2.2.3 Les autres provisions pour charges de personnel	15
2.2.4 L'évolution des charges de personnel au budget H de 2007 à 2012 (données issues de l'EPRD n+1).....	16
2.2.5 L'évolution des effectifs dans leur ensemble	17
2.2.6 L'évolution des charges du personnel non médical et l'évolution des effectifs	18
2.2.7 Les charges du personnel médical et l'évolution des effectifs	19
2.2.8 Les charges du personnel extérieur à l'établissement et l'évolution des effectifs	21
2.2.9 Les charges sociales et fiscales et l'audit.....	22
3. LA GESTION DU PERSONNEL ET SON SUIVI.....	22
3.1 Une organisation ancienne qui se fonde sur deux directions, remise à plat en 2013-2014	22
3.2 Les outils à la disposition de la DAM et de la DRH	24
3.2.1 Les bilans sociaux	24
3.2.2 Les logiciels anciens à disposition de la DAM et de la DRH	25
3.2.3 Les tableaux de suivi et tableaux de bord.....	26
3.2.4 Le projet de nouveau système d'information et d'aide à la décision	28
4. LES STATUTS DES AGENTS POUR LE PERSONNEL NON MEDICAL	29
4.1 L'évolution d'ensemble en matière de statut des agents	29
4.2 Les différentes catégories de personnel non médical	30
4.2.1 Le personnel titulaire et stagiaire	30
4.2.2 Le personnel en contrat à durée indéterminée sur emploi permanent.....	30
4.2.3 Le personnel en contrat à durée déterminée sur emploi permanent	31
4.2.4 Le personnel en contrat à durée déterminée sur emploi non permanent	31
4.2.5 Le personnel en contrats aidés et les apprentis.....	32
4.2.6 Les titularisations et les « CDIsations »	32
4.2.7 Le personnel extérieur	34
4.2.8 Le personnel stagiaire.....	34
4.3 Les entrées, départs et remplacements.....	35
4.3.1 Un fort turnover en 2008 et en 2011	35

4.3.2	Les mensualités de remplacement	35
4.4	Les promotions du personnel non médical	36
4.5	L'absentéisme aux HUS	36
4.5.1	L'absentéisme du personnel médical	36
4.5.2	L'absentéisme du personnel non médical	38
5.	LES AGENTS RELEVANT DE STATUTS PARTICULIERS ET LES AGENTS CONTRACTUELS	39
5.1	Les statuts locaux.....	40
5.1.1	Le cadre juridique des statuts locaux	40
5.1.2	Le statut local des informaticiens.....	40
5.2	Les contractuels	41
5.2.1	Le guide des procédures applicables aux agents contractuels des HUS	41
5.2.2	Les recrutements en dehors des cas prévus par les textes	42
5.2.3	Les primes versées aux agents contractuels	43
5.2.4	La mise en œuvre des dispositions relatives à la sécurisation des parcours professionnels des agents contractuels	45
5.2.5	Le personnel du groupement de coopération sanitaire Alsace-Santé.....	46
6.	LA DETTE SOCIALE : LES HEURES SUPPLEMENTAIRES ET LES COMPTES EPARGNE TEMPS	46
6.1	Les comptes épargne temps	47
6.1.1	Données relatives aux comptes épargne temps	47
6.1.2	Le provisionnement des comptes épargne-temps.....	47
6.1.3	Les nouvelles modalités de gestion des comptes épargne-temps.....	49
6.2	La gestion des heures supplémentaires et la question de leur maîtrise.....	51
6.2.1	L'évolution du stock des heures supplémentaires.....	51
6.2.2	L'évolution des charges liées au paiement des heures supplémentaires	52
6.2.3	L'indemnisation des heures supplémentaires	52
6.2.4	La constitution d'une provision.....	53
6.2.5	La récupération et l'alimentation des comptes épargne-temps	53
6.2.6	La production d'heures supplémentaires et le contrôle de l'effectivité des heures supplémentaires	53
6.2.7	Les outils de suivi des heures supplémentaires	54
6.2.8	Le respect des plafonds des heures supplémentaires.....	55
6.2.9	La politique d'heures supplémentaires dans le cadre du plan de retour l'équilibre	56
7.	LES ASTREINTES DU PERSONNEL NON MEDICAL	56
7.1	Les modalités de recours aux astreintes.....	56
7.2	Le respect des plafonds et les contrôles de la DRH.....	57
8.	LES PRIMES ET INDEMNITES	57
8.1	La prime forfaitaire technique et la prime de technicité.....	57
8.2	La prime de service.....	58
8.2.1	Les prélèvements effectués sur l'enveloppe globale affectée à la prime de service	58
8.2.2	L'enveloppe globale affectée au paiement des primes de service.....	59
8.2.3	L'avis du comité technique d'établissement	59
8.2.4	Le montant individuel	60
8.3	Les autres primes et indemnités versées au personnel non médical titulaire et stagiaire	61

ANNEXE 1 : Les dépenses de personnel et les effectifs	63
ANNEXE 2 : Les effectifs médicaux.....	65
ANNEXE 3 : Les statuts des agents pour le personnel non médical	68
ANNEXE 4 : Entrées, départs et remplacements.....	72
ANNEXE 5 : Données relatives à l'absentéisme	73
ANNEXE 6 : Glossaire	76

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

EXAMEN DE LA GESTION
(à compter de l'exercice 2007)

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

SYNTHÈSE

Ce contrôle des hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS) à partir de l'exercice 2007 s'inscrit dans le cadre d'une enquête inter juridictions Cour des comptes - chambres régionales des comptes qui porte sur les dépenses de personnel médical et non médical.

Les dépenses de personnel et les effectifs au budget principal - données de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) 2013 portant sur l'exécuté 2012 et données HUS en équivalent temps plein (ETP) moyens rémunérés des HUS, centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) correspondent à celles du premier employeur public de la région avec des dépenses s'élevant à 500,5 M€ en 2012, représentant 61,3 % des dépenses de fonctionnement. La période sous contrôle (2007-2012) se caractérise par une hausse des charges de personnel significative de 14,9 %.

La hausse des dépenses de personnel est moins importante que celle de l'ensemble des dépenses, qui progressent de 21,9 % au cours de la période sous revue (de 671,7 M€ à 818,7 M€). Toutefois entre 2011 et 2012, les dépenses de personnel progressent plus vite (+ 2,3 %, de 489,17 M€ à 500,5 M€) que le total des dépenses (+ 1,7 % de 804,9 M€ à 818,7 M€). Depuis 2009, une baisse de la part des dépenses de personnel dans le total des dépenses est observée. Alors que cette part représentait 64,8 % du total des dépenses en 2007, elle est de 61,1 % en 2012.

Entre 2007 et 2012, la structure des charges de personnel évolue peu. Ces dernières concernent en 2012 à 47,6 % le personnel non médical (soit 238,2 M€), à 31,9 % les charges sociales (soit 159 M€), à 16,4 % le personnel médical (soit 82,1 M€), à 3,52 % pour les personnel extérieur à l'établissement, soit 17,6 M€, et à 0,7 % les diverses autres charges de personnel (soit 3,5 M€).

Les dépenses de personnel (personnel médical, personnel non médical et personnel extérieur à l'établissement) augmentent de + 15,13 % (de 293,5 M€ en 2007 à 338 M€ en 2012). Les dépenses de personnel médical progressent de 25,7 %. Les dépenses de personnel non médical augmentent de 11,5 % et celles relatives au personnel extérieur à l'établissement enregistrent une hausse de 20,7 %. Les ETP (moyens rémunérés), pour les effectifs de personnel médical et non médical, augmentent de 7,6 % (passant de 10 557,03 ETP en 2007 à 11 177,7 ETP en 2012). La hausse des dépenses de personnel est près de deux fois plus forte que celle des ETP.

L'effectif des HUS est composé du personnel médical, du personnel non médical et du personnel extérieur à l'établissement. En 2012, les effectifs en ETP moyens rémunérés au total sont de 11 632,05 ETP, soit 2 619,86 ETP pour le personnel médical, 8 743,61 ETP pour le personnel non médical et 268,58 ETP pour personnel extérieur à l'établissement.

La hausse des dépenses de personnel non médical (de 11,5 %) est deux fois supérieure à celle des effectifs (de + 4,9 %, de 8 336,66 ETP en 2007 à 8 743,61 ETP en 2012). Ces hausses en ETP moyens rémunérés et en nombre d'agents n'ont été que partiellement expliquées par les HUS et les réponses apportées ne se sont pas cohérentes avec les données issues des bilans sociaux. Les charges de personnel médical progressent de 25,7 % au cours de la période 2007-2012, alors que la hausse des effectifs au cours de la même période est de + 18 % (de 2 220,37 ETP en 2007 à 2 619,86 ETP en 2012). De 2007 à 2012, les dépenses de personnel extérieur à l'établissement progressent de 20,7 %, alors que les effectifs augmentent de 8,8 % (de 246,8 ETP en 2007 à 268,58 ETP en 2008).

Les charges sociales connaissent une progression quasi identique aux dépenses de rémunérations (+ 15,6 % contre + 15,1 %). En 2012, elles représentent 159,04 M€.

S'agissant de la gestion du personnel et de son suivi, la période sous revue est marquée en matière de gestion des ressources humaines par une permanence des organisations. Historiquement, deux directions, la direction des ressources humaines (DRH) et la direction des affaires médicales (DAM), qui ont leur fonctionnement propre, sont en charge de la gestion des ressources humaines. En 2013, 93 agents (soit 88,1 ETP) gèrent 11 975 agents. La DAM apparaît comme particulièrement sous dotée.

La DAM et la DRH sont en charge de toute la partie ressources humaines (RH), les pôles n'ayant jusqu'ici eu que des attributions secondaires. Dans les faits, la gestion des ressources humaines est centralisée. La DAM n'a pas d'organigramme. Le point faible commun à ces deux directions réside dans des systèmes d'information anciens, dédiés à un suivi individuel des agents en matière de paie et de temps de travail, mais ne permettant pas un suivi d'ensemble à partir de tableaux de bord automatiquement édités à partir de bases de données à la source.

Les HUS travaillent actuellement à la mise en place d'une nouvelle organisation qui passe par le regroupement des équipes de la DAM et de la DRH et qui doit à terme permettre de mieux répondre aux demandes des pôles. Plusieurs organigrammes coexistent au sein des HUS aujourd'hui, attestant à la fois de la permanence des organisations au cours de la période sous revue et des changements en cours et à venir. La mise en place d'une cellule système d'information, qui sera en 2014 le prestataire des tableaux de bord de gestion des ressources humaines dans le cadre du système d'information et d'aide à la décision (SIAD) – devra répondre à ce constat. Le projet de SIAD est étroitement lié à la recherche d'outils de pilotage par la direction générale et devra permettre aux HUS à terme de mieux objectiver leurs orientations, de suivre leur exécution et d'évaluer les résultats, rendant ainsi le cadrage et les objectifs de maîtrise plus certains.

En termes de statut des agents, au 30 juin 2013, le personnel non médical est composé à 87,1 % d'ETP moyens rémunérés de personnel titulaire et stagiaire (soit 7 650,04 ETP) et à 11,5 % d'ETP de personnel contractuel sur emploi permanent (soit 6,7 % d'ETP de contrats à durée déterminée (CDD) sur emploi permanent et 4,8 % d'ETP de contrats à durée indéterminée).

Au 30 juin 2013, sont dénombrés 448 agents en CDI (soit 412,45 ETP) avec en leur sein deux catégories : les contractuels en CDI (295 agents (soit 273,95 ETP)) et les contractuels intégrés (153 anciens agents de l'université Louis Pasteur, soit 138,5 ETP). 651 agents (soit 613,5 ETP) sont en CDD et occupent un emploi permanent. Les grades sont des grades classiques de la fonction publique hospitalière qui sont ordinairement détenus par des fonctionnaires. La présence de 1 099 agents (en CDI et en CDD sur emploi permanent) sur ces grades conduit à observer un détournement du statut qui a pour principe l'occupation des emplois par des fonctionnaires et qui encadrent fortement les situations où il peut être fait recours à des contractuels. De plus, les HUS « CDIisent » les agents dans des délais courts ; avec pour conséquence directe le maintien en poste

d'agents contractuels et donc l'impossibilité d'accès à ces emplois aux agents fonctionnaires.

S'agissant de catégories particulières (contrats aidés, apprentis et stagiaires), leur nombre baisse fortement pour les deux premiers et leur suivi n'est plus assuré pour les derniers, alors que les HUS sont confrontés à un fort turn-over et que ces catégories peuvent potentiellement constituer un vivier utile dans leur démarche de recrutement.

En ce qui concerne l'absentéisme, les données souffrent de deux limites : l'ensemble du personnel médical n'est pas pris en compte (les bilans sociaux n'intègrent que le périmètre des praticiens et une rupture existe entre les bilans sociaux pour la période 2007-2011 et le bilan 2012). Depuis 2012, ces données ne sont plus traitées, empêchant ainsi toute comparaison d'ensemble. S'agissant de la présence au travail, le nombre de journées travaillées du personnel médical augmente de 15,6 %. Le nombre de journées d'absence enregistre une hausse significative de 19,3 %.

Pour le personnel non médical, le nombre de journées de présence au poste de travail augmente de 7,1 %. De 2007 à 2011, le nombre de jours d'absence du personnel non médical augmente de 22,2 %. Les journées pour maladie ordinaire connaissent une hausse de 15,9 % de 2007 à 2011. Si le bilan social fait état d'un coût de l'absentéisme pour le personnel médical (estimé à 0,5 M€ en 2011), le coût de l'absentéisme du personnel non médical n'est pas connu.

Concernant les agents relevant de statuts particuliers et les agents contractuels, les motivations du recours à des contractuels compte tenu des métiers exercés, s'agissant des agents de catégorie A en CDI en octobre 2013, sont insuffisantes. Elles ne permettent pas de vérifier si le recours à des contractuels a été effectué dans les cas prévus par les dispositions réglementaires. Aucune fiche de poste spécifique n'a été établie pour ces recrutements et la date de publication des postes n'a pas été indiquée.

S'agissant des primes versées aux contractuels, l'examen d'un échantillon de bulletins de paie 2011 et de contrats signés en 2011 a mis en évidence une pratique différente du « cadre » fixé par le guide interne aux HUS (qui n'apparaît pas constituer un cadre légal et régulier) et le paiement de primes et indemnités non prévues par les textes ou réservées par les textes aux seuls titulaires et stagiaires. La chambre observe le versement de primes et indemnités sans fondement juridique (la prime spécifique contractuelle et la création d'une prime spécifique contractuelle pour la création d'un dossier médical personnel). Elle constate le versement de primes et indemnités à des agents contractuels alors qu'elles sont prévues par les dispositions réglementaires pour les seuls agents titulaires et stagiaires (la prime spéciale de début de carrière, la prime de technicité et l'indemnité forfaitaire technique).

En ce qui concerne la dette sociale, qui comprend les heures supplémentaires ne donnant lieu ni à paiement ni à compensation horaire ainsi que les congés non pris d'un exercice faisant l'objet d'un report sur l'exercice suivant, elle serait de l'ordre de 21,7 M€ (heures supplémentaires : 4,1 M € ; CET du personnel médical : 13,1 M€ ; CET du personnel non médical : 4,5 M€). Elle correspond à la dépense potentielle liée à la monétisation des comptes épargne temps et des heures supplémentaires accumulées au 1^{er} janvier 2013. La couverture financière de la dette sociale est partiellement assurée par une provision d'un montant total de 18,8 M€ (heures supplémentaires : 2 M€ ; CET du personnel médical 12 M€ ; CET du personnel non médical : 4,8 M€), soit un écart de près de 3 M€.

S'agissant des CET, en 2012, le nombre de jours cumulés sur les CET du personnel médical est de 29 201,5 (contre 18 051,5 en 2007, soit une augmentation de presque 62 %). Le nombre d'heures placées sur les CET du personnel non médical progresse de 60 877 heures (de 202 695 heures en 2007 à 263 572 heures en 2012). Selon le compte financier 2012, la provision pour CET comptabilisée au compte 143 est de 16,8 M€. Selon le bilan social 2012, elle est de 17,2 M€. L'établissement a précisé que les données du bilan social sont erronées. La provision

2012 au titre des CET du personnel médical s'élève à 12 M€. Compte tenu de l'évaluation financière définitive du stock des jours CET (13,1 M€), elle est sous-évaluée de 1,1 M€. A l'inverse, au vu de l'évaluation financière définitive du stock des jours CET (4,5 M€), la provision 2012 au titre des CET du personnel non médical est surévaluée de 0,3 M€. L'insuffisance globale de provision au titre des CET est donc de 0,8 M€.

S'agissant des heures supplémentaires, lors du contrôle précédent, la chambre relevait l'importance du nombre d'heures supplémentaires restant à payer en fin d'exercice. Au 31 décembre 2012, le stock est de 177 043 heures pour une valorisation financière de 4,1 M€ (coût moyen de l'heure de 23 €). Cela correspond à une baisse de 44 006 heures par rapport à 2007, mais ce stock ne prend pas en compte les heures supplémentaires placées sur les CET. Au 30 juin 2013, le nombre total d'heures en stock est de 174 788, alors qu'il était de 169 146 au 30 juin 2012 (soit un écart de + 5 642 heures). La hausse constatée depuis 2010 se poursuit puisque le nombre d'heures supplémentaires atteint 188 443 au 31 décembre 2013.

Les dépenses correspondant aux heures supplémentaires restent stables entre 2007 et 2012 avec une enveloppe annuelle d'environ 1 M€ consacrée à cette dépense (pour le budget H), hors heures payées dans le cadre des interventions sur astreinte. En 2011, le montant total des dépenses d'heures supplémentaires est de 1 698 k€.

S'agissant du paiement des heures supplémentaires, si le système de paie permet la recherche de l'indice à une date donnée et un paiement différencié jour/nuite et dimanche à cette date, les compteurs de GESTOR sont des compteurs annuels qui ne conservent pas la date de production de l'heure supplémentaire. En conséquence, le paiement d'heures supplémentaires sur stock ne peut se faire selon les règles de calcul prévues par le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires (paiement de l'heure supplémentaire à sa valeur au jour de la mise en paiement au lieu de sa valeur au jour de la réalisation).

Au 31 décembre 2012, le coût des heures supplémentaires en stock est de 4,1 M€. Toutefois, l'établissement a constitué une provision de seulement 2 M€, dont les éléments de calcul n'ont pas été communiqués.

S'agissant de la production d'heures supplémentaires et du contrôle de l'effectivité des heures supplémentaires, en raison du nombre a priori élevé d'heures supplémentaires en stock, la chambre s'interroge sur le contrôle de leur effectivité. En effet, il n'existe pas de contrôle de la direction des ressources humaines sur l'effectivité des heures supplémentaires ; son rôle se limite à procéder au paiement des demandes dans la limite de l'enveloppe annuelle fixée dans le cadre de l'EPRD.

S'agissant des outils de suivi des heures supplémentaires, les données sont partielles (à l'exception du stock), car les compteurs ne recensent que les heures des agents encore présents à la date du 31 décembre. En conséquence, toutes les heures effectuées, récupérées et indemnisées par des agents ayant quitté les HUS ne sont pas prises en compte.

L'établissement n'a pas mis en place de dispositif pour s'assurer du non-dépassement des plafonds annuels réglementaires des heures supplémentaires et du respect de la durée hebdomadaire du travail effectif, heures supplémentaires comprises. L'outil GESTOR n'est pas utilisé pour suivre rigoureusement le temps de travail.

En début de rapport, la chambre présente une synthèse de ses recommandations reprises dans l'ordre du rapport. Les recommandations visent à permettre une inflexion ou une amélioration de la gestion : elles sont susceptibles d'être mises en œuvre sans délai particulier. Leur mise en service fera l'objet d'un suivi.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : La chambre recommande aux HUS, notamment avec la mise en œuvre prochaine du système d'information et d'aide à la décision (SIAD), d'opérer directement des traitements automatiques à partir des bases de données afin d'être en mesure de produire facilement les données essentielles à sa gestion des ressources humaines et aussi de fiabiliser les données de son bilan social.

Recommandation n° 2 : La chambre recommande aux HUS d'inscrire leur pratique de « CDIisations » dans les normes et règles en vigueur et de respecter le principe d'occupation des emplois par des fonctionnaires.

Recommandation n° 3 : La chambre recommande aux HUS de se doter d'outils de mesure de l'évolution de l'absentéisme et de son coût afin de pouvoir avoir une appréciation globale de son impact et ainsi déployer des actions de lutte contre l'absentéisme en retour. Le projet de système d'information et d'aide à la décision (SIAD) en cours pourrait intégrer de manière automatique les données relatives à l'absentéisme.

Recommandation n° 4 : La chambre recommande à l'établissement de sécuriser ses procédures de recrutement et de veiller à ce que le recours aux agents contractuels soit effectué dans les cas prévus par les dispositions réglementaires.

Recommandation n° 5 : En matière de primes et indemnités versées aux agents contractuels, la chambre recommande aux HUS de mettre à plat le dispositif actuel afin d'éviter toute situation de versement sans fondement juridique notamment lorsque ces primes sont prévues par les dispositions réglementaires pour les seuls agents titulaires et stagiaires.

Recommandation n° 6 : En matière d'heures supplémentaires, la chambre recommande aux HUS de se doter d'outils adaptés permettant d'identifier la date de production de l'heure supplémentaire, de contrôler davantage leur effectivité, de suivre les heures pour l'ensemble des agents et de s'assurer du non-dépassement des plafonds réglementaires.

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET EXAMEN DES SUITES

1.1 Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Les HUS ont le statut de centre hospitalier régional et universitaire (CHRU). Il s'agit de l'unique CHRU d'Alsace. Ses missions sont de trois ordres : les soins, l'enseignement et la recherche. Ils ont un budget principal et cinq budgets annexes. Les charges du budget principal représentent 97,2 % (835,4 M€) des charges, toutes activités confondues.

En 2012, selon leur site internet, les HUS présentent le second budget public de la région Alsace, avec 852 M€ de recettes et 884 M€ de dépenses. Les HUS sont le premier employeur public de la région. Les dépenses de personnel, à hauteur de 517 M€ en 2012, représentent 61,3 % des dépenses de fonctionnement. Il s'agit du premier poste de dépenses loin devant les autres postes.

En 2012, près de 89 000 patients différents ont été accueillis aux HUS. Ces derniers ont une capacité d'accueil de 2 802 lits et places dont 1 192 lits et places pour le court séjour (médecine chirurgie obstétrique - MCO). En 2012, s'agissant du nombre de journées, le court séjour (MCO) représente 180 763 journées.

A compter de 2009, suite à une période de déséquilibres budgétaires, un plan de retour à l'équilibre (PRE) a été mis en œuvre, conjointement à l'exécution du projet d'établissement 2006-2011. Tous deux ont été conduits dans un contexte de contrainte financière pour les HUS.

Le projet d'établissement 2006-2011 a vu la réalisation de restructurations immobilières importantes, notamment l'achèvement et la mise en service du nouvel hôpital civil (NHC) en 2008. Les HUS ont également fait l'objet de réorganisations fonctionnelles, particulièrement avec la restructuration des unités de service de neurologie, la création d'un service d'hospitalisation dédié aux soins palliatifs, le développement de la chirurgie ambulatoire, l'intégration du syndicat inter-hospitalier de la Communauté urbaine de Strasbourg - centre médico-chirurgical obstétrique (SIHCUS-CMCO) aux HUS en janvier 2011 (avec près de 160 nouveaux personnels relevant de la fonction publique hospitalière et concernant près de 400 personnes aux statuts juridiques divers (source bilan social 2010). L'établissement a également mis en œuvre les réformes de la gouvernance médicale et de nouvelles instances.

Revenus à l'équilibre budgétaire en 2012, les HUS ont prévu, dans le cadre du projet d'établissement 2012-2017, de grandes opérations immobilières, notamment l'institut régional du cancer et un projet médical ambitieux.

Le CHU de Strasbourg est le dernier établissement avec le CHU de Grenoble à disposer d'un Centre de Ressources en Informatique Hospitalière (CRIH), structure informatique ne disposant pas de l'autonomie juridique et financière, totalement intégrée à l'établissement. La parution de la circulaire DH/AF3/SI5/99/225 du 14 avril 1999 de la direction des hôpitaux relative aux modalités d'intervention des structures régionales d'informatique hospitalière a conduit à la transformation de nombreux CRIH en groupement d'intérêt public (GIP) ou en syndicat inter hospitalier (SIH), à l'exception des CRIH des CHU de Grenoble et Strasbourg. Cette circulaire, sans écarter totalement la possibilité d'opérer sous forme de CRIH, précise que *"le recours à une personne morale ad-hoc est certainement préférable pour mener des actions de coopération dans le domaine des systèmes d'information"*.

L'IGAS dans son rapport *"Evaluation du développement de l'offre en matière de systèmes d'information hospitaliers et d'analyse stratégique du positionnement des filières publiques du SIH"* de mars 2011 recommande d'étudier les modalités de transformation des CRIH en groupement d'intérêt public (GIP) ou groupement de coopération sanitaire (GCS) et de les mettre

en œuvre à horizon trois ans. L'établissement a précisé que cette préconisation n'excluait pas le maintien de CRIH. La transformation en GIP a été étudiée mais n'a pas été retenue en raison de la lourdeur d'une telle structure au regard de la taille réduite du CRIH (35 adhérents, 1 million de recettes liées aux adhérents sur des dépenses globales d'environ 6 millions). Cette question sera à nouveau abordée dans le cadre du contrat de performance signé avec l'ARS et l'ANAP qui prévoit une réflexion sur le positionnement du CRIH incluant les aspects juridiques.

Au 31 décembre 2012, le nombre d'agents affectés au CRIH est de 97 (40 titulaires et stagiaires et 57 contractuels) représentant 93,3 ETP. Actuellement, 26 personnes relèvent encore d'un statut local. La chambre s'interroge sur la permanence des réflexions en cours relatives au CRIH et sur l'éventuel lien entre le maintien du CRIH et la faible évolution constatée des divers systèmes d'information, notamment en matière de gestion du personnel.

1.2 Examen des suites : la permanence des soins

La permanence des soins est définie à l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle comprend la continuité des soins et la permanence pharmaceutique. L'organisation des activités intègre un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de permanence sur place ou d'astreinte à domicile.

Conformément à la réglementation, une commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS) a été mise en place aux HUS et dispose d'un règlement intérieur. En application de l'article 8 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié, la COPS doit notamment établir un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement (CME). La chambre constate qu'aucun bilan annuel n'est établi et adressé au directeur et au président de la CME.

Le coût de la permanence des soins

Depuis 2009, l'établissement bénéficie d'une dotation Mission d'Intérêt Général (MIG) qui couvre partiellement le coût de la permanence des soins. Cette dotation couvre les lignes de gardes et d'astreintes retenues par l'ARS et vise à compenser les surcoûts liés à l'activité de permanence mais ne permet en aucun cas de couvrir l'intégralité des lignes de gardes et d'astreintes (la part continuité des soins est financée par les tarifs). En fonction du volume d'activité attendu, les lignes de gardes et d'astreintes « senior » peuvent être complétées par une ou plusieurs lignes de gardes d'internes.

Cette dotation est en baisse : 10,4 M€ en 2011, 9,7 M€ en 2012 et 9 M€ en 2013. Parallèlement le coût de la permanence des soins est en diminution (12,4 M€ en 2011 et 11,36 € en 2012) mais reste supérieur à la dotation perçue. Selon le compte rendu de la COPS du 4 juillet 2012, une partie de la différence entre la dotation et le coût réel s'explique par le fait que certaines colonnes de gardes et d'astreintes ne sont pas prises en compte par l'ARS pour le calcul de la dotation. En outre, l'indemnisation d'une colonne de gardes ou d'astreintes est inférieure à son coût réel.

Le temps de travail additionnel

Dans le cadre du contrôle précédent, la chambre constatait que les HUS considéraient que les permanences sur place la nuit, le samedi, le dimanche et les jours fériés étaient comprises dans les obligations de service et que toutes les plages additionnelles étaient considérées comme

effectuées de jour, de sorte que l'indemnité de sujétion n'avait jamais à être restituée. Elle concluait que ce dispositif était conforme à la réglementation à la condition que les praticiens réalisent effectivement leur temps de travail additionnel le jour, car s'ils ont en réalité effectué une plage additionnelle la nuit en plus des obligations de service, ils devraient restituer l'indemnité de sujétion qui leur a été versée à la fin du mois concerné et percevoir une indemnité pour plage additionnelle de nuit.

La chambre relevait que compte tenu de la complexité du régime d'indemnisation de la permanence des soins, la transmission des tableaux généraux de service récapitulant pour chaque service l'activité de jour et de nuit (85 % des tableaux généraux transmis en 2005) devrait être une condition sine qua non de la rémunération des plages de travail supplémentaires. En outre, seulement 40 % des tableaux prévisionnels de service étaient communiqués à l'administration.

La pratique des HUS n'a pas évolué. Elle considère toujours que le temps de travail additionnel correspond à des plages de jour.

Depuis 2008, le nombre de plages additionnelles augmente de 51 % (+ 1 106), passant de 2 175,5 en 2008 à 3 281,5 en 2012 selon les données communiquées à la chambre qui observe que, selon le bilan social 2012, le nombre de plages additionnelles est différent : 3 455,50. Une partie de cette hausse s'explique par l'intégration du SIHCUS au 1^{er} janvier 2011 et par le remplacement de la demi-garde des urgences pédiatriques par une garde entière à compter du 1^{er} juin 2012.

En application de l'arrêté du 30 avril 2003, les indemnités de sujétions versées au titre du travail de nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés doivent donner lieu à reversement en cas de récupération, de mise sur un CET ou de paiement des plages additionnelles de nuit. Les HUS considèrent les plages additionnelles comme étant des plages de jour qui, de ce fait, ne donnent pas lieu à une déduction des indemnités de sujétion. Entre 2009 et 2012, 31 indemnités de sujétion ont été récupérées pour des plages additionnelles de nuit récupérées ou mises sur un CET. La chambre se demande comment les HUS peuvent justifier le fait, en l'état des documents internes établis, que les plages additionnelles soient toujours considérées comme étant de jour et recommande la mise en place d'un contrôle interne.

Les tableaux de service

Dans le cadre du contrôle, la chambre notait l'acquisition d'un logiciel de gestion du temps de travail des médecins avec une expérimentation en 2008 dans deux services pilotes et un déploiement dans tout l'établissement sur une période de deux ans. En juin 2013, seulement 42 % des services (soit 1 156 services) sont concernés par le déploiement de l'outil de gestion du temps de travail des médecins GTMED qui offre les fonctionnalités suivantes :

- l'ensemble des données relatives au temps médical est disponible dans une unique application (plannings, tableaux de service, gardes/astreintes/déplacements, gestion des congés, etc.) ;
- la valorisation des gardes et astreintes/déplacements est interfacée directement avec « SAGAH » ;
- la génération automatique des repos quotidiens et repos de sécurité pour les statuts concernés ;
- le calcul automatique des droits aux différents congés réglementaires ;
- le calcul automatique des compteurs d'obligations de service et de temps de travail additionnel (TTA) pour les mono-appartenants ;
- la possibilité de consulter des soldes de compteurs par rapport à une date future ;
- le contrôle de concordance et de légitimité par l'application des données saisies ; le contrôle est soit immédiat (dans ce cas, la saisie est refusée), soit a posteriori (génération

- d'un message d'anomalie à l'intention des gestionnaires pour analyse et correction) ;
- le suivi journalier des interventions sur l'application : toute opération de saisie, (annulation, modification) est identifiable par date et heure et par le nom de l'utilisateur ;
 - les données enregistrées sous GTMED sont récupérables par le truchement d'un univers dédié sous Business Object (BO) ;
 - dans le cas des services déployés, le logiciel répond à l'obligation réglementaire de produire des tableaux de service et des tableaux de garde prévisionnels ;
 - dans le cas des services déployés, le logiciel est directement renseigné par le service ;
 - le verrouillage des tableaux de service et de garde après 6 semaines ;
 - le planning par personne permet d'affecter des postes de jour aux personnels médicaux.

La chambre relevait le caractère incomplet de la transmission des tableaux de service, prévisionnels et exécutés. S'agissant de la situation actuelle, il convient de distinguer les services déployés sur GTMED et les autres services. S'agissant des services déployés (42 %), l'établissement a précisé que le logiciel était renseigné pour la partie prévisionnelle et exécutée et était accessible à l'administration.

S'agissant des services non déployés (58 %), seuls 14 % des services transmettent des tableaux prévisionnels et la quasi-totalité des tableaux de services réalisés sont transmis à la direction des affaires médicales (96 %).

En définitive, la situation s'est améliorée par rapport au contrôle précédent avec pour l'ensemble des services 50 % des tableaux prévisionnels transmis et 98 % des tableaux réalisés. Elle demeure toutefois perfectible.

Si les services déployés dans GTMED renseignent directement le logiciel, pour les autres services (58 %), les tableaux de service réalisés sont transmis à la direction des affaires médicales qui saisit les données dans le logiciel. Cette saisie est coûteuse en temps et peut être source d'erreurs. Il serait souhaitable que l'ensemble des services s'inscrivent dans l'utilisation effective de ce logiciel.

L'article 2 de l'arrêté du 30 avril 2003 fixe les modalités de mandatement des indemnités liées à la permanence des soins. Selon ces dispositions, les mandatements sont présentés au comptable sous forme d'état collectif pour chaque mois et sont accompagnés du tableau mensuel de service préalablement annoté des modifications qui lui auraient été apportées et arrêté par le directeur de l'établissement comme état des services faits.

Du fait de l'informatisation des tableaux mensuels de service, aucun tableau mensuel de service n'est transmis au comptable. Lors d'un échange avec la direction des affaires médicales (DAM), il a été précisé que le comptable ne disposait pas d'un accès informatique aux tableaux de service réalisés. A l'appui des pièces justificatives de dépenses sont joints des états récapitulatifs par code rubrique de paie (environ 120 pages par mois) indiquant le montant total à payer à chaque médecin, mais aucun tableau de service signé par le directeur et valant état des services faits n'est joint.

*

* *

S'agissant des autres suites données au précédent rapport de la chambre, notamment la rémunération des moniteurs de l'institut de formation en masso-kinésithérapie, les HUS appliquent désormais la réglementation des heures supplémentaires prévue pour la fonction publique hospitalière.

2. LES DEPENSES DE PERSONNEL ET LES EFFECTIFS

2.1 Les dépenses de personnel : vue d'ensemble

L'analyse a porté sur la période 2007-2013 à partir des données issues des comptes financiers jusqu'en 2012, des bilans sociaux, des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), notamment l'EPRD 2013 portant sur l'exécuté 2012 et de l'état infra annuel (EAI) du premier semestre 2013. Les tableaux relatifs à cette partie sont joints en annexe 1.

De 2007 à 2012, selon le site des HUS, les dépenses de personnel passent de 450,6 M€ à 517 M€ (soit une hausse significative de 14,7 %).

Les données à l'état infra annuel pour le premier semestre 2013 font état de charges de personnel (titre 1) au budget principal de 240,1 M€ en réalisation (du 1^{er} janvier 2013 au 30 juin 2013) pour une prévision de 256,1 M€, soit un écart de - 16 M€. La projection annuelle actualisée est de 512,2 M€, soit un niveau inférieur à l'exercice 2012 (près de 5 M€ de moins). Le total des charges est de 378,1 M€ (en réalisation du 1^{er} janvier 2013 au 30 juin 2013) pour une prévision de 417,9 M€, soit un écart de 39,8 M€.

Les postes concernés par les baisses de dépenses les plus importantes (supérieures à 0,5 M€ en l'espèce) concernent, au 30 juin 2013 :

- le personnel titulaire et stagiaire (compte 6411) : - 8,23 M€, soit - 7,7 % ;
- le personnel extérieur à l'établissement (compte 621) : - 2,38 M€, soit - 27,5 % ;
- les impôts, taxes et versements assimilés sur rémunération (compte 631) : - 1,59 M€, soit - 10,1 % ;
- la permanence des soins (compte 6425) : - 1,11 M€, soit - 29,7 % ;
- les rémunérations du personnel médical (à l'exception des comptes 6421, 6422, 6425, 6429) : - 0,64 M€, soit - 5,4 %.

Ces baisses apparentes en cours d'exercice doivent être prises en compte avec prudence et ne se sont en définitive pas vérifiées en 2013. En effet, les HUS ont précisé que l'état infra annuel (EIA) du premier semestre étant égal à 6/12^e de l'état de prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) annuel, les dépenses qui font l'objet d'un paiement annuel en fin d'année sont incluses dans la prévision alors qu'au premier semestre il n'y a aucune réalisation. La prime de service, l'IFTS et les compléments de prime des personnels techniques sont payés en une seule fois en fin d'année, alors que l'état infra-annuel est en douzièmes linéaires.

De plus, les indemnités variables sont payées avec un mois de décalage, conduisant à une réalisation de seulement 5/12^e. S'agissant du personnel extérieur à l'établissement, le décalage ordinaire est d'un mois, mais peut être plus long en fonction de la date de réception des factures. Quant à la permanence des soins, le décalage est de deux, voire de trois mois.

Pour la chambre, tout en reconnaissant les contraintes de pilotage des HUS, eu égard au volume financier que représentent ces paiements de fin d'exercice, il convient de s'interroger si cette présentation par douzièmes linéaires (qui peut donner une image en réalité erronée de maîtrise des charges en cours d'exercice), ne devrait pas être aménagée en adoptant, par exemple, une présentation comparative par rapport au réel constaté mois par mois au cours de l'exercice précédent. Ce type de présentation permettrait de donner une information plus sincère du suivi budgétaire infra annuel.

Selon le site des HUS, les dépenses de personnel, d'un montant de 517 M€ en 2012, se répartissent de la manière suivante :

- les dépenses de personnel non médical (PNM) s'élèvent à 399 M€ (soit 77,2 % des dépenses de personnel). Le PNM comprend 9 163 agents, dont 6 004 agents pour la filière

soignante, 87 agents pour les éducatifs et sociaux, 704 agents pour le médico technique, 1 301 agents pour le technique et 1 067 agents pour la filière administrative ;

- les dépenses de personnel médical (PM) s'élèvent à 118 M€, soit 22,8 % des dépenses de personnel. Le PM comprend 2 996 agents, dont 406 médecins hospitalo-universitaires, 477 médecins hospitaliers, 479 attachés, 552 internes et 1 082 autres étudiants hospitaliers.

Selon le site des HUS, les 12 159 agents des HUS sont répartis sur sept établissements, principalement sur les sites de l'hôpital civil et de Hautepierre.

Les données émanant du site des HUS pour l'exercice 2012 se distinguent des chiffres des comptes financiers 2012 des HUS pour le budget H. La période sous contrôle se caractérise par une hausse des charges de personnel significative de + 14,9 % (soit + 64,9 M€, de 435,6 M€ à 500,5 M€) et, pour 2013, comme le précisent les HUS dans leur réponse, elles s'élèvent à 513 M€ pour le titre I (+ 2,6 %). Cette hausse est largement supérieure à celle des effectifs (en ETP moyens rémunérés), de + 9,6 % (soit + 979,49 ETP, de 10 252,37 ETP en 2007 à 11 231,86 ETP en 2012). L'effectif en ETP en juin 2013 est de 11 049,3 ETP (2 424,3 ETP pour le personnel médical (PM) et de 8 625 ETP pour le (PNM)), soit un niveau inférieur à 2012 (- 1,6 %).

Cet écart entre la progression dynamique des dépenses de personnel et celle des effectifs est significatif. Une note de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de février 2012 conclut à une augmentation nationale annuelle moyenne de la masse salariale de 2 % pour la période 2008-2011 (soit + 3 % pour le personnel médical et + 1,7 % pour le personnel non médical). Selon l'ATIH, la masse salariale augmente plus vite que le nombre d'ETP au niveau national ; cette tendance se vérifie pour les HUS.

La hausse des dépenses de personnel (titre I, budget H, compte financier) est particulièrement marquée en 2011, qui constitue une année charnière dans l'évolution des charges (+ 30,1 M€, de 459,1 M€ en 2010 à 489,2 M€ en 2011) et des effectifs (+ 379,27 ETP, de 10 661,23 à 11 040,5 ETP en 2011), tout comme l'année 2008 avec la mise en service du nouvel hôpital civil. Ce rapport de la chambre s'inscrivant dans le cadre d'une enquête consacrée aux dépenses de personnel médical et non médical, l'activité ne fait pas l'objet d'un développement spécifique. Toutefois, selon les données Hospidiag disponibles, l'activité de l'établissement croît nettement entre 2007 et 2012 avec :

- pour le nombre de résumés de sortie anonymes (RSA) de médecine, une hausse de 19,4 % (de 44 905 à 53 601) ;
- pour le nombre de RSA de chirurgie, une hausse de 2,9 % (de 24 738 à 25 466) ;
- pour le nombre de RSA de l'obstétrique, une hausse de 67,1 % (de 4 494 à 7 510) ;
- pour le nombre d'accouchements, une hausse de 82,2 % (de 3 336 à 6 079) ;
- pour le nombre d'actes chirurgicaux, une hausse de 24,5 % (de 26 824 à 33 408) ;
- pour le nombre d'accueils et traitements des urgences (ATU), une hausse de 19,1 % (de 76 734 à 91 401).

2.2 La fiabilité des informations budgétaires et comptables relatives au personnel

2.2.1 Les prévisions de l'EPRD initial (budget H)

S'agissant du titre I, le décalage entre les prévisions totales de charges de l'EPRD initial et les réalisations enregistrées au compte financier varie de - 0,95 % (qui correspond à un écart de - 4,71 M€ en 2011) à + 1 % (de + 4,38 M€ en 2008). L'écart moyen au cours de la période est de 1,9 M€.

Selon le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé en janvier 2008 pour la période allant d'avril 2007 à mars 2011, prolongé par avenants jusqu'au 1^{er} août 2012, il y a

lieu de transmettre, à l'appui de l'EPRD, un tableau précisant en valeur relative et en volume la progression de la masse salariale en distinguant pour les personnels médicaux et non médicaux : l'effet des revalorisations salariales générales (augmentation valeur point), l'effet technicité et vieillesse (avancement de carrière), les recrutements, ainsi que les sorties d'effectifs (retraite, mutations). L'indicateur à produire est l'écart rapporté entre l'EPRD initial et le compte financier. Il est observé que ces données et indicateurs n'ont pas été mis en place. Qu'il s'agisse du personnel médical ou du personnel non médical, il n'y a pas au cours de la période examinée une pratique de sur ou de sous-évaluation des ETP.

2.2.2 Le rattachement des charges de personnel

Les HUS procèdent à un rattachement des charges de personnel qui, jusqu'en 2010, est incomplet. En effet, les charges rattachées à l'exercice 2010 pour être payées en 2011 ne sont que de 1 034 k€ (dont 66 k€ au titre de la prime de service, 596 k€ pour les autres personnels, 225 k€ pour les organismes sociaux et 147 k€ pour l'Etat).

A partir des données Xemelios, la chambre a identifié 2 339 597 € réglés en 2011 au titre de 2010 (temps de travail additionnel (TTA), gardes et astreintes, déplacements, indemnités,...). L'ensemble du temps de travail additionnel 2010 a été payé en 2011 et non à la fin de chaque quadrimestre comme le prévoit la réglementation. La notion de rattachement des charges n'était pas connue de la direction des affaires médicales.

Depuis 2011, les plages additionnelles et les gardes et astreintes du personnel médical font l'objet d'un rattachement (2 033 328 € en 2011 et 1 079 040 € en 2012).

L'établissement a transmis le détail pour 2010 et 2011 (comptes de classe 6 des budgets principal et annexes) des charges rattachées. Les différences entre ce détail et les charges rattachées comptabilisées aux comptes de classe 4 sont de 47,9 k€ en 2010 et de 101,9 k€ en 2011.

Le compte 6721 report de charges n'est pas ou est peu utilisé à l'exception de l'année 2008 où 947 k€ ont été comptabilisés. Cette somme correspond au dispositif exceptionnel de paiement d'heures supplémentaires restant dues au 31 décembre 2007 suite à la parution du décret n° 2008-456 du 14 mai 2008 relatif au financement des heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière.

2.2.3 Les autres provisions pour charges de personnel

Au 31 décembre 2012, selon les HUS, le total des provisions (hors provisions réglementées pour le compte épargne-temps) est de 5 127 783,41 € imputé au compte 15811 (provisions pour charges) selon décomposition suivante :

- « Personnel non médical FMES » : 30 065 € ; ce montant correspond au solde d'une subvention de 412 923,38 € versée en 2010 par le fonds de modernisation des établissements de santé (FMES) publics ou privés pour financer six études promotionnelles d'infirmières diplômées d'Etat (IDE). Cette provision va être reprise en 2013 ;
- « CUS (RH) congés annuels (Ex CTO) » : 1 358 000 € (2007) ; cette provision est destinée à couvrir les indemnités de départ à la retraite des personnels de l'UGECAM (3 mois de salaire), ainsi que les indemnités de licenciement non remboursées à l'UGECAM ;
- « Heures supplémentaires » : 2 010 000 € (2009) ;
- « Indemnités pour cessation de contrats /praticiens attachés » : 235 000 € (2006) ; cette provision concerne les indemnités de précarité versées aux praticiens attachés en fin de

contrat à durée déterminée (CDD) ; constituée en 2006, elle n'a jamais été mouvementée depuis cette date ;

- « Part variable rémunération des praticiens hospitaliers » : 70 000 € (2006) ; cette provision vise à couvrir la part complémentaire variable de rémunération prévue au 5° des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 du code de la santé publique (CSP) ; l'établissement a précisé que ce montant est en provision car la mesure n'est pas appliquée par les établissements publics de santé ;
- « Personnel médical CSAPA » : 91 207,75 € (2010) ; cette provision concernait des recrutements prévisionnels de médecins, l'établissement a indiqué qu'une reprise pourrait être faite en 2014 ;
- « Provision UGECAM - retraite des agents ex-CTO employés par les HUS » : 627 033,31 € (2011) ; cette provision vise à couvrir les congés annuels des personnels mis à disposition par l'UGECAM qui partent à la retraite (ces agents ne prennent pas leurs congés annuels dans l'année mais en N+1 et par conséquent l'année de leur départ à la retraite prennent deux mois de congés annuels) ;
- « Mensualités de remplacement USLD » : 437 963,08 € (depuis 2001) ;
- « Mensualités de remplacement maison de retraite » : 217 230,02 € (depuis 2001) ;
- « Personnel DNA » : 50 762,25 € (depuis 2001).

Ces trois dernières provisions étaient destinées à couvrir d'éventuels besoins en mensualités de remplacement, les HUS envisagent de les reprendre en 2014.

Dans le cadre du contrôle précédent, la chambre avait invité l'établissement à réexaminer l'ensemble des provisions, afin de reprendre celles devenues sans objet. Dans le cadre du présent contrôle, la chambre invite l'établissement à reprendre les provisions pour lesquelles une reprise est envisagée en 2014 (pour un total de 797 163,10 €) et s'interroge sur le maintien de la provision de 235 000 € constituée en 2006 pour couvrir les indemnités de précarité versée aux praticiens attachés en fin de CDD (aucun mouvement sur cette provision depuis sa constitution n'est intervenu et, d'après les données Xemelios, le total des indemnités de précarité versées en 2011 n'est que de 5 189,82 €).

Enfin, la constitution d'une provision destinée à couvrir la part complémentaire variable de rémunération prévue au 5° des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 du CSP n'est pas fondée. L'arrêté du 28 mars 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération prévue au 5° des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 du CSP subordonne en effet le versement de cette indemnité à la signature d'un contrat entre le directeur et le responsable de pôle et fixe des objectifs de qualité et d'activité déterminés par des indicateurs fixés par arrêté. Le contrat doit préciser les conditions d'attribution de la part complémentaire variable et les modalités d'évaluation de l'engagement. L'indemnité doit être versée annuellement au terme d'une année civile et au plus tard à la fin du premier trimestre de l'année qui suit. Ces dispositions n'étant pas appliquées aux HUS, la provision peut être reprise pour n'être constituée qu'au moment de la mise en vigueur d'une organisation la justifiant.

2.2.4 L'évolution des charges de personnel au budget H de 2007 à 2012 (données issues de l'EPRD n+1)

Les charges de personnel (titre 1) du budget H augmentent de 14,9 % de 2007 à 2012 (de 435,6 M€ à 500,5 M€, données correspondant au réalisé n retrace à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses n+1 (EPRD)). La hausse des dépenses de personnel est moins importante que celle de l'ensemble des dépenses, qui progressent de 21,9 % au cours de la période sous revue (de 671,7 M€ à 818,7 M€). Toutefois entre 2011 et 2012, les dépenses de personnel progressent plus vite (+ 2,3 %, de 489,2 M€ à 500,5 M€) que le total des dépenses avec + 1,7 % (de 804,9 M€ à 818,7 M€).

Depuis 2009, une baisse de la part des dépenses de personnel dans le total des dépenses est observée. Alors que cette part représentait 64,8 % du total des dépenses en 2007, elle est de 61,1 % en 2012. Entre 2007 et 2012, la structure des charges de personnel évolue peu. Ces dernières concernent en 2012 à hauteur de :

- 47,6 % le personnel non médical (PNM), soit 238,2 M€ (contre 49,1 %, soit 213,6 M€ en 2007) ;
- 31,8 % les charges sociales, soit 159 M€ (contre 31,5 % soit 137,2 M€ en 2007) ;
- 16,4 % le personnel médical (PM), soit 82,1 M€ (contre 15 % soit 65,4 M€ en 2007) ;
- 3,5 % pour le personnel extérieur à l'établissement, soit 17,6 M€ (contre 3,35 % soit 14,6 M€ en 2007) ;
- 0,7 % pour diverses autres charges de personnel, soit 3,5 M€ (contre 1,1 % soit 4,8 M€ en 2007).

Les dépenses de personnel (personnel médical, personnel non médical et personnel extérieur à l'établissement) augmentent de + 15,13 % (de 293,6 M€ en 2007 à 338 M€ en 2012). Les dépenses de personnel médical progressent de 25,7 % de 2007 à 2012 (de 65,4 M€ à 82,1 M€). Les dépenses de personnel non médical augmentent de 11,5 % (de 213,64 M€ à 238,2 M€). Les dépenses de personnel extérieur enregistrent une hausse de 20,7 % (de 14,6 M€ à 17,6 M€).

En comparaison avec l'évolution des ETP moyens rémunérés, les charges de personnel augmentent de manière beaucoup plus forte. De manière globale, les ETP pour les effectifs pour le personnel médical et non médical augmentant de 7,6 % (passant de 10 557,03 ETP en 2007 à 11 177,7 ETP en 2012). Cette hausse des dépenses de personnel, près de deux fois plus forte que celle des ETP, mérite d'être soulignée et interpelle sur la maîtrise, par l'établissement, des éléments constitutifs des dépenses de personnel.

2.2.5 L'évolution des effectifs dans leur ensemble

S'agissant de l'effectif du personnel médical, les données du bilan social ont été exploitées de façon limitée. En effet, le bilan social 2012 se fonde sur des effectifs à partir d'ETP moyens rémunérés au cours de l'année, alors que les bilans sociaux précédents ont pour base de calcul des données en ETP au 31 décembre, empêchant ainsi toute approche comparative d'ensemble. De plus, si les données des bilans sociaux prennent en compte les médecins rémunérés par les HUS et les médecins mis à disposition par l'UGEAM, les internes et les étudiants sont exclus du périmètre du bilan social. En conséquence, il a été décidé de se fonder sur la base des ETP moyens rémunérés afin d'assurer la cohérence des comparaisons, de couvrir tout le périmètre et d'intégrer les données 2013 (au 30 juin).

L'effectif des HUS est composé du personnel médical, du personnel non médical et du personnel extérieur à l'établissement (tableaux 1 et 2 de l'annexe 1). En 2012, les effectifs totaux en ETP moyens rémunérés sont de 11 363,47 ETP, soit en détail : 2 619,86 ETP pour le personnel médical, 8 743,61 ETP pour le personnel non médical et 268,58 ETP pour personnel extérieur.

L'effectif total du personnel médical et non médical (hors personnel mis à disposition) augmente de 7,6 % de 2007 à 2012 (de 10 557,03 à 11 363,47 ETP), soit une hausse de + 18 % pour le personnel médical (de 2 220,37 à 2 619,86 ETP) et de + 4,9 % pour le personnel non médical (de 8 336,66 à 8 743,61 ETP).

En prenant en compte les données en ETP moyens rémunérés au 30 juin 2013, une baisse de l'effectif du personnel médical de 195,56 ETP (- 7,5 %, de 2 619,86 à 2 424,30 ETP de 2012 à 2013) est observée et a contrario une faible hausse de l'effectif du personnel non médical de 36,61

ETP (+ 0,4 %, de 8 743,61 à 8 780,22 ETP). En juin 2013, le personnel non médical représente 78,4 % du personnel.

2.2.6 L'évolution des charges du personnel non médical et l'évolution des effectifs

Les charges du personnel non médical progressent de 11,5 % (de 213,64 M€ en 2007 à 238,2 M€ en 2012). De 2007 à 2010, la hausse est de 2,9 % (+ 6,27 M€, de 213,64 M€ à 219,91 M€). Entre 2010 et 2012, la progression est significative, avec + 8,3 % (+ 18,35 M€, de 219,91 M€ à 238,2 M€).

Toutes les catégories de personnel (titulaire et stagiaire, personnel en CDI, personnel en CDD) sont concernées par cette hausse à l'exception des contrats aidés (qui englobent les apprentis et les contrats soumis à des dispositions particulières) dont le total des dépenses passe de 1,3 M€ en 2007 à 88 k€ en 2012 (soit une baisse de 113,11 ETP (de 120,5 ETP en 2007 à 7,83 ETP en 2012).

De 2007 à 2012, les dépenses relatives aux contractuels connaissent une hausse plus importante que les dépenses de titulaires : + 11,7 % (de 188,1 M€ à 210,1 M€) pour le personnel titulaire et stagiaire, + 14,9 % (de 11,9 M€ à 13,6 M€) pour le personnel en CDI et + 14,3 % (de 12,6 M€ à 14,4 M€) pour le personnel en CDD.

En masse financière, les charges relatives aux titulaires-stagiaires augmentent de + 22 M€ (de 188,1 M€ à 210,1 M€), contre + 3,6 M€ pour les contractuels (de 24,5 M€ à 28,1 M€). La hausse des dépenses de personnel non médical est donc plus de deux fois supérieure à celle des effectifs (de + 4,9 %, de 8 336,66 à 8 743,61 ETP). Cette hausse est significative et concerne tous les statuts à l'exception des contrats à durée déterminée sur emplois non permanents (- 21,5 %, de 160,87 à 126,26 ETP) et des contrats emplois aidés (avec - 93,9 % de 120,5 à 7,83 ETP).

Les principales hausses sont les suivantes : + 10,4 % pour les CDI (de 370,48 ETP en 2007 à 409,13 ETP en 2012), + 10,1 % pour les CDD sur emploi permanent (de 552,88 ETP en 2007 à 608,78 ETP en 2012) et + 6,5 % pour les titulaires et stagiaires (de 7 131,93 ETP en 2007 à 7 592,05 ETP en 2012).

L'évolution du nombre d'ETP et du nombre d'agents (tableaux 3 à 5 de l'annexe 1)

S'agissant de l'effectif du personnel non médical (PNM) en ETP rémunérés moyens, il augmente de 443,56 ETP (soit + 5,3 %) de 2007 à juin 2013, passant de 8 336,66 à 8 780,22 ETP. Les effectifs augmentent légèrement en 2008 (+ 10,69 ETP), baissent à compter de 2009 (- 30,68 ETP en 2009, quasi stabilité en 2010 et - 26,79 ETP en 2010) pour augmenter fortement à compter de 2011 (+ 314,36 ETP en 2011, + 139,37 ETP en 2012 et + 36,61 ETP en juin 2013).

S'agissant du nombre d'agents, il augmente de 6,8 % de 2007 à juin 2013, passant de 8 576 agents (soit 8 336,66 ETP) à 9 174 agents (soit 8 780,22 ETP). Les hausses en ETP moyens rémunérés et en nombre d'agents n'ont été que partiellement justifiées par les HUS et les réponses apportées ne sont pas cohérentes avec les données des bilans sociaux. A titre d'exemple peuvent être citées les discordances suivantes :

- en 2008, les HUS apportent une réponse faisant état d'une hausse de 56 agents (soit 34 soignants en réanimation, 18 medicotechniques en IRM/radiologie et 4 administratifs en recherche). Or, selon les données des bilans sociaux, le nombre d'agents a augmenté de seulement 48 agents de 2007 à 2008 (de 8 576 à 8 624 agents) ;
- de même, en 2009, les HUS mentionnent une hausse de 50 agents (soit 30 agents techniques suite à la restructuration de la cuisine et 20 agents medicotechniques en radiologie). Toutefois, selon les données émanant des bilans sociaux, le nombre d'agents a baissé de 7 agents de 2008 à 2009 (de 8 624 à 8 617 agents) ;

- en 2011, les HUS évoquent dans leur réponse une hausse de 276 agents : 260 agents au titre du SIHCUS (dont 214 soignants, 13 techniques, 9 médicotechniques et 24 administratifs) et 126 agents autres (dont 80 soignants (dont 20 en gériatrie et 60 en neurologie), 20 techniques (en recherche) et 26 médicotechniques (dont 6 en radiologie et 20 préparateurs en pharmacie)). Cependant, selon les données des bilans sociaux, le nombre d'agents a augmenté de 392 agents de 2010 à 2011 (de 8 618 à 9 010 agents) ;
- pour les exercices 2012 et 2013, les HUS n'ont pas expliqué les hausses observées. Or, selon les données du bilan social, le nombre d'agents a augmenté de 153 de 2011 à 2012 (de 9 010 à 9 163 agents) et de 11 de 2012 à 2013 (de 9 163 à 9 174 agents).

A la question de savoir pourquoi la hausse des dépenses de personnel non médical est beaucoup plus dynamique que celle du nombre d'agents et d'ETP correspondants, les HUS ont apporté une réponse sommaire qui mentionne l'augmentation du point d'indice de 2,1 %, l'incidence de l'augmentation du SMIC et l'attribution de points bas salaire (0,9 %) et l'indice des reclassements (2 %). Aucun chiffre plus précis n'a pu être fourni.

L'évolution du nombre d'ETP par filière et par catégorie (tableaux 3 et 6 de l'annexe 1)

S'agissant des filières, en 2013, la filière la plus importante est la filière soignante avec 5 712,87 ETP, soit 65,1 % de l'effectif du personnel non médical. Cette filière voit son nombre d'ETP augmenter de 5,1 % au cours de la période 2007-2013. Les autres filières sont loin derrière, avec pour la filière technique 14,6 % de l'effectif (soit 1 283,49 ETP), 11,7 % (soit 1 024,86 ETP) pour la filière administrative, 7,7 % (soit 679,28 ETP) pour le médicotechnique et 0,9 % (soit 79,72 ETP) pour la filière éducative et sociale.

Les filières qui gagnent le plus d'ETP au cours de la période sont les filières médicotechniques avec + 20,1 %, (de 565,73 à 679,28 ETP de 2007 à 2013), éducative et sociale avec + 15,2 % (de 69,23 à 79,72 ETP) et soignante avec + 5,1 % (de 5 435,20 à 5 712,87 ETP).

S'agissant des catégories du personnel non médical au 30 juin 2013, sur 100 ETP, 32,2 % (2 831/8 780 ETP) sont de catégorie A, 21,1 % (1 851/8 780 ETP) sont de catégorie B et 46,7 % (4 098/8 780 ETP) sont de catégorie C.

En 2012, selon le bilan social, les femmes représentent 81,1 % de l'effectif en ETP (soit 7 092/8 744 ETP). S'agissant de l'âge moyen du personnel non médical, l'âge moyen (toutes filières) est de 40,3 ans.

2.2.7 Les charges du personnel médical et l'évolution des effectifs

Les charges du personnel médical progressent de 25,7 % entre 2007 et 2012 (de 65,3 M€ à 82,1 M€). Toutes les catégories de personnel sont concernées par cette hausse, à l'exception des praticiens contractuels renouvelables de droit : + 24,5 % pour les praticiens hospitaliers, + 29,5 % pour les praticiens contractuels sans renouvellement de droit, + 32,5 % pour internes et étudiants.

En 2012, les charges de 82,1 M€ sont constituées essentiellement des rémunérations versées aux praticiens hospitaliers (PH) (47,6 %, soit 39,1 M€), aux internes et étudiants (27,1 %, soit 22,2 M€) et praticiens contractuels sans renouvellement de droits (10,6 %, soit 8,7 M€). Enfin, la permanence des soins (y compris le temps de travail additionnel) représente 10 % des charges de personnel médical. Elle augmente de 29,6 % (de 6,4 M€ à 8,3 M€) entre 2007 et 2012.

Le coût moyen par statut en 2012 est le suivant (données issues de l'EPRD 2013 portant sur le réalisé 2012) :

- HU permanents : 12,5 M€ pour 255,75 ETP, soit un coût moyen annuel de 48,9 k€ ;
- PH temps plein : 25,9 M€ pour 344,73 ETP, soit un coût moyen annuel de 75,1 k€ ;

- PH temps partiel : 0,7 M€ pour 17,06 ETP, soit un coût moyen annuel de 41 k€ ;
- praticiens contractuels renouvelables de droit : 3,8 M€ pour 91,77 ETP, soit un coût moyen annuel de 41,4 k€ ;
- Hospitalo-Universitaires temporaires : 3,3 M€ pour 151,5 ETP, soit un coût moyen annuel de 21,8 k€ ;
- praticiens contractuels sans renouvellement de droit : 8,4 M€ pour 129,29 ETP, soit un coût moyen annuel de 65 k€ ;
- internes : 16,4 M€ pour 708,58 ETP, soit un coût moyen annuel de 23,1 k€ ;
- étudiants : 2,7 M€ pour 1 033,58 ETP, soit un coût moyen annuel de 2,6 k€.

Cette hausse des charges de personnel de 25,7 % est supérieure à la hausse des effectifs au cours de la même période (2007-2012) : + 18 % (de 2 220,37 à 2 619,86 ETP). Cette progression de + 399,49 ETP concerne principalement le personnel médical mono-appartenant (+ 31,6 %, de 351 à 462 ETP), les étudiants hospitaliers rémunérés (+ 24,8 %, de 867 à 1 082 ETP), les internes - résidents - faisant fonction d'interne (+ 23,2 %, de 448 à 552 ETP), le nombre des attachés baissant de 172,37 ETP à 128,86 au cours de la même période.

En 2012, les effectifs médicaux (voir annexe 2, tableaux 1 à 7), qui recouvrent 2 619,86 ETP, se composent en ordre décroissant pour 41,3 % d'étudiants (1 082 ETP), 21,1 % d'internes - résidents et faisant fonction (552 ETP), 17,6 % de personnel médical mono-appartenant (462 ETP), 13,9 % de personnel médical hospitalo-universitaire (364 ETP), 4,9 % d'attachés (128,86 ETP) et 1,2 % d'odontologistes hospitalo-universitaires (31 ETP).

Au 30 juin 2013, en ETP moyens rémunérés, les étudiants hospitaliers représentent 37,6 % de l'effectif du personnel médical, suivis par les internes-résidents et faisant fonction d'interne à hauteur de 21,7 %, le personnel mono-appartenant à hauteur de 19,5 %, le personnel médical hospitalo-universitaire pour 14,8 %, les attachés pour 5,1 % et les odontologistes hospitalo-universitaires pour 1,3 %.

S'agissant de l'effectif médical en ETP de 2007 à juin 2013, il passe de 2 220,37 ETP à 2 427,30 ETP, soit une hausse de 9,3 %. Les plus fortes hausses concernent le personnel médical mono-appartenant (+ 34,6 %, de 351 à 472,3 ETP) et les internes, résidents et faisant fonction d'interne (+ 17,6 %, de 448 à 527 ETP). Toutes les catégories progressent à l'exception des attachés, qui enregistrent une baisse de 28,4 % (de 172,37 à 123,5 ETP).

S'agissant de l'effectif médical en nombre de praticiens, il passe de 2 620 praticiens (soit 2 220,37 ETP) en 2007 à 2 801 praticiens (soit 2 427,30 ETP) au 30 juin 2013, soit une hausse de 6,9 %. Les plus fortes hausses concernent le personnel médical mono-appartenant (+ 35,2 %, de 361 praticiens à 488 praticiens), les internes, résidents et faisant fonction d'interne (+ 17,6 %, de 448 à 527) et les étudiants hospitaliers rémunérés (+ 5,3 % de 867 à 913). Toutes les catégories progressent à l'exception des attachés, qui enregistrent une baisse de 14,7 % (de 550 attachés à 469 attachés).

Cette hausse de l'effectif du personnel médical n'empêche pas les HUS d'être confrontés à des difficultés sur des métiers sensibles ou en tension. Il en est ainsi pour la réanimation médicale sur les sites du nouvel hôpital civil et de Hautepierre où le turnover est de 2,7 % (source : bilan social 2012). Les besoins en effectifs en matière de réanimation médicale pour la période 2013-2016 sont de deux ETP de praticiens hospitaliers et de deux ETP en post-internat et CDD pour les besoins régionaux. Il en est de même pour la génétique où le turnover est de 8,4 %. Les besoins en effectifs pour 2013-2016 sont estimés par les HUS à deux professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), deux praticiens hospitaliers (PH), trois maîtres de conférences universitaires/praticiens hospitaliers (MCU-PH), un assistant hospitalier universitaire (AHU) et un chef de clinique des universités (CCU).

S'agissant du personnel médical bi-appartenant, qui comprend les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), les maîtres de conférences universitaires-praticiens hospitaliers (MCU-PH), les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AP), les assistants hospitaliers universitaires (AHU) et les praticiens hospitaliers universitaires (PHU), leur effectif augmente de 2,3 % de 2007 à juin 2013 (de 352 à 360 praticiens). Cette augmentation s'explique principalement par la hausse du nombre de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AP) de 100 à 108 (+ 8 %).

S'agissant de l'effectif du personnel médical mono-appartenant, qui comprend les praticiens hospitaliers à temps plein, les praticiens hospitaliers à temps partiel, les assistants spécialistes des hôpitaux, les assistants généralistes des hôpitaux et les praticiens contractuels à temps plein et à temps partiel, ce dernier enregistre une hausse significative de 35,2 % de 2007 à juin 2013 (de 361 à 488 praticiens).

Cette augmentation s'explique principalement par la forte hausse du nombre d'assistants spécialistes des hôpitaux (+ 280 %, de 10 à 38 assistants), de praticiens hospitaliers à temps partiel (+ 120 %, de 10 à 22 praticiens). Des hausses significatives sont aussi constatées pour les praticiens hospitaliers à temps plein (+ 29,6 %, de 274 à 355) et les praticiens contractuels à temps plein et à temps partiel (+ 19,2 %, de 52 à 62).

Les HUS ont expliqué l'augmentation des effectifs des assistants. Elle fait suite au décret n° 2009-24 du 9 janvier 2009 autorisant les CHU à recruter des assistants spécialistes. Jusqu'alors cette possibilité était réservée aux établissements publics de santé non universitaires. Ces fonctions permettent aux jeunes médecins d'approfondir leurs formations spécialisées et peuvent s'apparenter à un post-internat. Selon les HUS, cette augmentation s'explique aussi, dans une moindre mesure, par l'intégration des lauréats des épreuves de vérification des connaissances de la procédure d'autorisation d'exercer (PAE) ayant terminé leurs dernières années à temps plein et ayant obtenu l'autorisation d'exercice.

S'agissant de l'effectif des internes, il comprend les internes en médecine, en pharmacie et en odontologie. Le nombre d'internes augmente de 33,4 % de 2007 à juin 2013 (de 395 à 527 internes). Le nombre d'internes en médecine passe de 395 à 462, soit une hausse de 17 %, la plus forte hausse provenant des internes en médecine générale (+ 32,7 %, de 49 à 65 internes). Cette forte hausse du nombre d'internes s'explique par l'apparition dans l'effectif des internes en pharmacie et en odontologie à compter de 2008 (52 en tout en 2008, 65 en 2013).

S'agissant de l'effectif des étudiants hospitaliers rémunérés - qui comprend les étudiants en deuxième cycle des études médicales (DECM) 4 (6^e année), les DECM 3 (5^e année), les DECM 2 (4^e année), les étudiants en pharmacie (5^e année), les étudiants en odontologie (6^e, 5^e et 4^e année), les étudiants Erasmus (D2, D3, D4 et odontologie) - ce dernier augmente de 36,8 % de 2007 à 2012 (de 791 à 1 082). Au 30 juin 2013, le nombre d'étudiants est inférieur à celui de 2012 (de 1 082 à 913, soit - 169 étudiants).

2.2.8 Les charges du personnel extérieur à l'établissement et l'évolution des effectifs

De 2007 à 2012, les dépenses de personnel extérieur à l'établissement progressent de 20,7 % (de 14,59 M€ à 17,6 M€). Elles connaissent une forte hausse à partir de 2011 (+ 36,4 % par rapport à 2010). L'évolution en ETP est décrite ci-après au § 4.2.7. Au 31 décembre 2012, les charges du personnel extérieur à l'établissement se composent à 94,8 % de paiements relatifs à des personnels affectés à l'établissement, soit 16,7 M€.

Les dépenses relatives au personnel intérimaire (5,2 %, soit 915 k€) connaissent une forte hausse en 2012 (+ 284,4 % par rapport à 2011) et concernent essentiellement le personnel médical (895 k€). L'examen des dépenses 2011 a fait apparaître que l'établissement imputait à tort, en

dépenses d'intérim médical, des remboursements effectués à divers établissements (CH de Mulhouse, hôpital civil de Colmar, CH d'Erstein, EFS d'Alsace, CH Belfort-Montbéliard). Dans les faits, l'établissement n'a pas eu recours à l'intérim pour du personnel médical.

Les dépenses imputées au compte 6215 concernent essentiellement les frais de personnel mis à disposition des HUS par l'UGECAM suite à l'intégration du CMCO et du SIHCUS. A noter que des dépenses d'intérim sont imputées au compte 6228, alors qu'elles devraient l'être au compte 621 (315 k€ en 2011, soit 1,7% des dépenses de personnel extérieur).

2.2.9 Les charges sociales et fiscales et l'audit

Les charges sociales et fiscales liées au personnel connaissent une progression quasi identique aux dépenses de rémunérations (+ 15,6 % contre + 15,1 %). En 2012, elles représentent 159,04 M€.

Compte tenu du poids de charges sociales (31,8 % des dépenses du titre I), l'établissement a engagé une démarche de maîtrise de leur coût. Les HUS ont fait appel à un cabinet de conseil extérieur pour optimiser la fiscalité relative aux charges sociales. Le recours à ce cabinet est intervenu à l'issue d'une procédure d'achat prévue par la circulaire DHOS/F4/2009/56 du 20 février 2009 relative aux contrats passés par des établissements de santé en vue de l'optimisation de leurs charges URSSAF.

Un marché a été conclu en novembre 2009 pour la réalisation d'un audit sur certaines catégories de charges acquittées par les HUS afin d'identifier les mesures d'accompagnement pour la mise en œuvre opérationnelle de celles-ci.

Le rapport d'audit concernant les charges sociales et la taxe sur les salaires a été remis en mars 2010. Il a mis en évidence une assiette d'économies réalisées de 20 788 688,92 € dont 5 817 774,14 € de régularisation de taxe sur les salaires. Les HUS ont indiqué qu'il a été donné suite aux recommandations faites dans le rapport d'audit en appliquant un nouveau taux de réfaction de 0,96% pour le calcul de la taxe sur les salaires.

La chambre observe que cet audit - dont elle ne remet pas en cause l'utilité sur le fond - révèle l'importance des marges de progression de l'établissement en matière de bonne administration des charges fiscales et sociales et de contrôle interne.

3. LA GESTION DU PERSONNEL ET SON SUIVI

3.1 Une organisation ancienne qui se fonde sur deux directions, remise à plat en 2013-2014

De 2007 à 2013, sont observées une grande permanence des organisations, des méthodes ainsi que la volonté de garder un fonctionnement distinct entre la direction des ressources humaines (DRH) en charge du personnel non médical et la direction des affaires médicales (DAM) responsable du personnel médical, qui comptent ensemble 93 agents (soit 88,1 ETP) en charge de la gestion des ressources humaines. Historiquement, ces deux directions ont un fonctionnement propre et, jusqu'en 2013, aucune synergie ni processus de rapprochement ou de mutualisation n'a été recherché

En matière d'outils et de système d'information, la gestion des ressources humaines n'a pas constitué une priorité au cours de la période sous revue. Les logiciels utilisés sont anciens. Ils garantissent certes un suivi individuel des agents en matière de gestion de la paie et du temps de travail, mais en aucun cas l'édition de tableaux de bord d'ensemble. Dans les faits, la priorité a été donnée aux systèmes d'information en matière de soins.

S'agissant de la direction des affaires médicale (DAM), cette dernière comprend 17 agents (soit 16,8 ETP). Elle est composée d'un directeur, d'un attaché d'administration hospitalière, de deux adjoints des cadres hospitaliers et de 14 adjoints administratifs de 1^{ère} classe pour la gestion de 2 996 agents en 2012, donc près de 3 000 paies par mois, soit un ratio de plus de 176 agents à gérer par agent de la DAM. Ce ratio apparaît particulièrement élevé, notamment au regard de l'importance des mouvements (gestion des internes et des étudiants) et de l'hétérogénéité des statuts à gérer.

La DAM ne dispose pas d'organigramme fonctionnel détaillé, qui informe notamment sur la répartition des tâches entre les agents. Dans les faits, l'organisation adoptée par la DAM se fonde sur les différentes catégories de personnel médical : étudiants, internes ; chefs de clinique, praticiens, maîtres de conférences praticiens ; professeurs des universités -praticiens hospitaliers ; assistants et praticiens hospitalo-universitaires ; praticiens contractuels ; assistants des hôpitaux ; praticiens attachés et praticiens attachés associés.

L'examen des grades des agents de la DAM conduit à constater la présence de deux agents de catégorie A seulement (un directeur et un attaché). Cette sous dotation de la DAM, en nombre et en grade, est historique. Elle explique la difficulté rencontrée par cette direction à répondre rapidement aux demandes de la chambre en vue d'obtenir des données synthétiques.

L'organisation de la DAM, et dans une moindre mesure de la DRH, est apparue très fragile : la continuité des missions repose sur la présence de l'ensemble des membres du service.

S'agissant de la DRH, cette dernière compte 76 agents (soit 71,3 ETP) pour la gestion de 9 163 agents, soit un ratio de près de 121 agents par agent de la DRH. Son effectif comprend trois directeurs, sept attachés d'administration hospitalière, 11 adjoints des cadres hospitaliers, 50 adjoints administratifs de 1^{ère} classe, deux assistants médico-administratifs, un analyste programmeur, un cadre de santé soignant, trois cadres supérieurs de santé et un ingénieur hospitalier.

La DAM et la DRH sont en charge de toute la partie ressources humaines (RH), les pôles n'ayant jusqu'ici eu que des attributions secondaires. Les pôles bénéficient d'une gestion déléguée pour certaines ressources (notamment une partie des crédits de formation continue provenant de la DAM et de la DRH). Les HUS ont indiqué qu'une formalisation des engagements mutuels entre les pôles et les fonctions supports est prévue dans le cadre du contrat de performance. La gestion des ressources humaines est centralisée. Cette organisation est jugée par les HUS comme la seule possible, particulièrement au regard de la taille de la structure, de la complexité des statuts hospitaliers, des mouvements de personnel et de la nécessité d'avoir une veille juridique au regard de l'évolution fréquente des textes en matière de fonction publique hospitalière.

Plusieurs organigrammes coexistent au sein des HUS, attestant à la fois de la permanence des organisations pendant la période sous revue et des changements en cours en 2013 et à venir.

L'organigramme des HUS au 16 septembre 2013 situe la DAM sous la responsabilité directe du directeur général et du directeur général adjoint et la DRH, parmi les directions fonctionnelles.

La DAM n'a pas produit d'organigramme propre. La DRH a transmis son organigramme, dénommé « organigramme du pôle de gestion des relations sociales » daté de juin 2013, qui mentionne un directeur de pôle et ses deux directeurs adjoints. Ces directeurs supervisent huit cellules : service formation et écoles ; instituts de formation ; budget - gestion collective et paramétrage paie, retraites ; effectifs et gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) ; recrutement ; gestion du temps de travail ; service social du personnel ; gestion individuelle et affaires générales.

A côté de ces deux organigrammes, d'ensemble et propre à la DRH, existe un autre organigramme des HUS à compter de janvier 2013, qui fait état de 22 pôles médicaux et médicotechniques et cinq pôles administratifs fonctionnels. Parmi ces cinq pôles figure le pôle gestion des ressources humaines personnels médicaux et formation, qui fait suite aux mouvements des directeurs de la DRH et de la DAM en novembre 2013 et qui annonce une réorganisation d'ensemble.

L'organigramme du nouveau pôle des ressources humaines, qui doit être opérationnel à compter de début 2014, mentionne un coordonnateur de pôle à la tête de quatre directions : la direction du personnel médical, la direction du personnel non médical, la direction de la formation et de la politique sociale et la direction des emplois et des systèmes d'information.

Ce nouveau pôle des ressources humaines découle de la volonté de la direction générale de mettre en place une nouvelle organisation de la direction des ressources humaines du personnel médical et non médical. Cette nouvelle organisation s'inscrit selon les HUS dans le cadre de la mise en place de règles de nouvelle gouvernance. Les HUS ont précisé que cette démarche de regroupement ne se fonde pas sur une analyse des dysfonctionnements existants, mais a pour finalité de répondre aux exigences nouvelles émanant des pôles d'activité médicale.

Pour les HUS, ce regroupement des équipes de la DAM et de la DRH doit à terme permettre de mieux répondre aux demandes des pôles. Les HUS opèrent aujourd'hui une mutualisation des équipes au sein d'un pôle unique, qui met fin au fonctionnement historique « étanche » entre la DAM et la DRH.

S'agissant des points faibles communs à la DAM et la DRH figure un élément saillant : l'ancienneté des systèmes d'information utilisés. Le nouveau système d'information servira à la contractualisation entre les pôles et le nouveau pôle des ressources humaines. Le regroupement devra permettre de mieux répondre à la gestion du développement professionnel continu, médical et non médical. La mutualisation des compétences en matière de gestion prévisionnelle des effectifs devra permettre une approche transversale des évolutions de postes, garantie de la cohérence du projet de chaque pôle, selon les HUS.

3.2 Les outils à la disposition de la DAM et de la DRH

3.2.1 Les bilans sociaux

La DAM et la DRH participent à l'élaboration des bilans sociaux, qui sont produits chaque année ; ces derniers différencient clairement la gestion du personnel médical de celle du personnel non médical. Le contenu des bilans sociaux a connu une rupture dans la présentation des données à partir de 2012. En effet, une refonte du bilan social est intervenue suite au décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012 et à l'arrêté du 5 décembre 2012. Cela a permis, selon l'instruction DGOS du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière « *d'alléger, et de simplifier le contenu du bilan social* ».

Dorénavant, le bilan social est composé de trois parties. Cette simplification du contenu du bilan social à compter de 2012 est justifiée au niveau national par la volonté de faire du bilan social « *un document stratégique et dynamique qui lui faisait auparavant défaut, et d'autre part, un ancrage à la fois infra établissement avec présentation d'indicateurs par pôle d'activité, mais aussi territorial* » (source : instruction DGOS du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics).

Cette nouvelle approche pose néanmoins problème car il y a rupture dans la présentation des informations : des données traitées précédemment ne le sont plus à compter de 2012. Ainsi,

sous couvert de « *simplification* », force est de constater un appauvrissement du document. A titre d'exemple, s'agissant de la mesure de l'absentéisme, des taux et des moyennes sont données, toutes les données en valeur absolues auparavant enrichies ont aujourd'hui disparu du document.

3.2.2 Les logiciels anciens à disposition de la DAM et de la DRH

Les outils informatiques de suivi des opérations sont datés, voire obsolètes. La gestion des ressources humaines est assurée au moyen du logiciel « SAGAH » (dont la mise en place date de 1996) auquel est associé un moteur paie « PH7 », qui valorise les éléments de paie. La gestion des horaires variables est effectuée via le logiciel GESTOR pour le personnel non médical et via le logiciel GTMED pour une partie du personnel médical. La maintenance des opérations relève de la compétence du centre régional informatique hospitalier (CRIH). A côté de ces logiciels et applications, la DAM et la DRH, à partir du travail d'un agent dans chaque direction, utilisent également Business Object (BO), outil d'extraction de données. Les requêtes sont développées au sein de chacune de ces deux directions en fonction des besoins.

S'agissant du projet de système d'information, le projet d'établissement couvrant la période 2012-2017 mentionne une gestion des ressources qui se fonde principalement sur deux logiciels « SAGAH-RH » et GESTOR, ces derniers nécessitant des évolutions majeures en termes de fonctionnalité. Deux principaux champs sont concernés. Tout d'abord, s'agissant de la gestion du temps de travail, le logiciel GESTOR dans son format actuel est identifié comme ne pouvant pas être maintenu au cours de la période 2012-2017. Il est prévu qu'une étude d'opportunité conduite à déterminer avec la DRH les modalités d'évolution ou de remplacement du logiciel.

S'agissant de la gestion des effectifs, il est prévu - aussi bien pour le personnel médical que non médical - de définir avec les équipes concernées les évolutions attendues, notamment en termes de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, d'indicateurs de suivi et d'outils de dématérialisation. Dans les faits, la priorité avait été donnée au système d'information médical (SIM) au détriment des autres domaines, le SIM étant un projet transversal visant à informatiser la chaîne de soins pour améliorer les collaborations entre les différents services impliqués dans la prise en charge du malade.

Ces constats sont préoccupants au regard des 12 159 agents à gérer au 31 décembre 2012 (soit 2 996 agents pour le personnel médical et 9 163 agents pour le personnel non médical). La principale difficulté rencontrée en matière de ressources humaines réside dans le fait que les logiciels à disposition ont été conçus pour permettre une gestion individuelle des agents et non pour permettre une gestion d'ensemble à partir de tableaux de bord. A ce jour, il faut noter que le développement de GTMED reste partiel avec un déploiement couvrant moins de 50 % des services concernés en juin 2013.

Le logiciel « SAGAH » constitue le cœur du système en matière de gestion du personnel et de la paie. Il faut noter l'existence de deux blocs étanches dans « SAGAH » : gestion du personnel médical d'un côté et du personnel non médical de l'autre. Cette situation peut conduire à ce qu'un agent ait deux numéros de matricules distincts (notamment pour les étudiants) si ce dernier relève simultanément de la gestion de la DAM et de la DRH, alors qu'un agent devrait bénéficier d'un seul numéro de matricule, puisqu'il travaille pour un seul et même établissement.

Au système « SAGAH » (cœur d'un système) ont été greffés d'autres logiciels (tels « PH7 » pour la paie et GESTOR et GTMED pour le temps de travail). Ainsi, l'information saisie sous « SAGAH » est répercutée vers ces autres applications, et réciproquement. Pour les HUS, un des points forts de « SAGAH » réside dans le fait que l'implémentation de caractéristiques supplémentaires est toujours possible. Un autre aspect positif provient de l'organisation de « SAGAH » par arborescence thématique, garantissant une sécurité d'utilisation. Toutefois, « SAGAH » a également des points faibles, particulièrement au regard de l'impossibilité de

modifier pour le passé les données de l'agent sans devoir saisir à nouveau l'ensemble des données, d'où une perte de temps importante, mais aussi des risques d'erreurs liés à la nouvelle saisie.

S'agissant du logiciel GESTOR, il est déployé pour l'ensemble du personnel non médical, qui badge, à la différence du personnel médical qui reste sur un système déclaratif du temps de travail fait. GESTOR est conçu comme un outil d'aide à la gestion du temps de travail. La cellule GESTOR contribue aussi à l'élaboration, à la validation des plannings de roulement et à la formation des équipes. Le logiciel GESTOR incrémente grâce au badgeage le temps de travail effectué par les agents. Il reconnaît les anomalies, qui doivent être ensuite validées ou corrigées par les cadres avant le calcul des éléments variables de la paie. Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce logiciel, il est demandé au sein des services de mettre en œuvre des contrôles pour s'assurer que les principes de retraitement des anomalies édictés dans le guide de bonnes pratiques sont bien respectés. Dans les faits, la cellule GESTOR effectue régulièrement des relances vers les services qui restent en anomalie.

Ces logiciels permettent de gérer individuellement les agents pour ce qui est de leur paie et de leur temps de travail, mais ne sont pas conçus pour multiplier les extractions, les requêtes et mener un suivi de masse. En conséquence, deux agents de la DRH et de la DAM ont développé des requêtes à partir de Business Object (BO).

Pour la DAM, un examen sur place a permis de prendre connaissance de requêtes permettant de contrôler certains éléments de la paie. Ces dernières portent ainsi sur les éléments suivants : les éléments variables de la paie (EVP) ; les cotisations Sécurité sociale et IRCANTEC ; les compléments statut ; les recyclages et extractions de paie ; les vérifications de cotisation à l'ANFH ; les codes métiers et spécialités médicales ; les fins de contrat ; les avancements d'échelon ; le barème des rémunérations ; le barème des gardes et astreintes ; les gardes et astreintes ; et les CET à partir de GTMED.

3.2.3 Les tableaux de suivi et tableaux de bord

Les HUS ont précisé que la direction des finances ne développe pas d'outils spécifiques de suivi des dépenses de personnel. La DRH et la DAM transmettent un état de l'évolution des charges de personnel dans le cadre d'une réunion mensuelle de suivi budgétaire organisée avec chaque direction fonctionnelle. La direction des finances ne dispose pas d'outils et de tableaux de bord propres qui lui permettent de suivre les dépenses de personnel.

Les HUS ont produit des supports envoyés par la DRH et la DAM en matière de dépenses de personnel, à savoir une situation budgétaire à fin août 2013 transmise par la DRH et une situation mensuelle des dépenses de l'exercice qui liste les dépenses par rubriques en comparant les réalisations par rapport au même mois de l'année précédente.

Les HUS ont indiqué que depuis le mois de mai 2013, une réflexion est en cours sur l'élaboration de tableaux communs partagés entre les DAM, la DRH et la Direction des finances. La maquette de suivi budgétaire et des effectifs élaborée à ce jour s'inscrit dans le cadre du projet de restructuration des deux directions. Les HUS ont joint un document intitulé « note de suivi budgétaire mensuelle ressources humaines ».

S'agissant des outils et tableaux régulièrement utilisés par la direction générale, la direction des finances et la direction de la stratégie, les HUS ont indiqué que la direction des finances diffuse régulièrement une note de conjoncture qui résume les principales tendances analysées avec les directions fonctionnelles lors des réunions de suivi budgétaire. Cette note de conjoncture reprend, pour le personnel médical et non médical, les facteurs d'évolution entre n et n-1 (personnels extérieurs/paie/charges sociales/total) et les perspectives d'évolution à fin de n

(personnels extérieurs/paie/charges sociales/total), avec une comparaison entre les prévisions et les réalisations.

Il a été précisé que les analyses produites sont faites dans le cadre de la préparation budgétaire annuelle avec la DRH et la DAM. *« C'est l'occasion d'identifier les différents facteurs d'évolution des charges (GVT, mesures statutaires, cotisations sociales, suppressions, créations et transformations de poste) qui ont une traduction financière dans l'EPRD ».*

De plus, la DRH transmet mensuellement au Directeur général une note sur l'évolution des charges de personnel et des effectifs médicaux. Cette note fait le point sur l'EPRD, la situation des mensualités payées, les coûts, les perspectives, et dresse un tableau des mensualités totales et dépenses au budget H.

Les HUS ont précisé que la direction de la stratégie s'étant constituée très récemment, aucun tableau de bord spécifique n'a été élaboré. Cependant, il existe un dispositif de suivi de l'ensemble des objectifs du contrat de performance, qui fait l'objet d'un retour d'information régulier en comité stratégique selon une méthodologie développée par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

S'agissant des outils et tableaux permettant de rapprocher les dépenses de personnel (prévisionnelles et réalisées) des effectifs, mais aussi d'éléments autres tels les remplacements, les heures supplémentaires, les gardes et astreintes, l'impact des mesures catégorielles, les HUS ont produit des tableaux utilisés pour le rapprochement des dépenses prévisionnelles et réalisées pour : les postes d'astreintes, les déplacements exceptionnels, les astreintes et les déplacements et les contrats à durée déterminée (CDD) sur poste.

S'agissant du lien qui existe actuellement entre la direction générale, la direction des finances, la DRH, la DAM et les pôles en matière de suivi et de pilotage des dépenses de personnel, les HUS ont précisé que l'articulation des différentes directions s'effectue à trois niveaux : celui de l'élaboration et du suivi de l'EPRD, de l'instruction des projets ayant une incidence en ressources humaines et des coordonnateurs de pôle.

Depuis janvier 2013, une réunion se déroule selon la même périodicité entre les directeurs délégués de pôle et le directeur général. De plus, un point est fait avec le directoire sur les aspects stratégiques nécessitant des arbitrages au niveau institutionnel. Lors des différentes réunions de travail sont abordés les points ayant une incidence en ressources humaines avant leur présentation aux autres instances compétentes.

Le directeur général voit régulièrement le directeur des ressources humaines non médicales et fait un point spécifique concernant l'évolution des effectifs. Il rencontre également la directrice des affaires médicales dans le cadre du dispositif de révision annuelle des effectifs. Les demandes de création ou transformation de poste sont analysées en commission tripartite. Le directeur général se prononce en fin d'année sur les évolutions de poste souhaitées, ces demandes sont intégrées dans l'EPRD de l'année n+1.

S'agissant des tableaux de bord propres à la DRH, cette dernière utilise des tableaux de bord de diverses catégories : des tableaux de bord gestion des ressources humaines (GRH) diffusés aux pôles, des tableaux de bord GRH partagés, des tableaux de bord GRH délégués et des tableaux de bord DRH internes.

En 2013, le suivi des dépenses de personnel par la direction des finances et par la DRH s'effectue de façon séparée. S'agissant du domaine budgétaire, est mis en place un suivi de l'EPRD, la production d'une note de conjoncture et la production d'une analyse mensuelle. De plus, il existe une production de tableaux de bord émanant de la DRH. Les tableaux de suivi sont donc éclatés et proviennent de sources différentes. Ils sont souvent touffus et peu lisibles. En conséquence, les HUS ont décidé de développer un système d'information et d'aide à la décision

(SIAD) suite à la demande de la direction générale de disposer d'un outil d'information global simple, fiable et cohérent.

3.2.4 Le projet de nouveau système d'information et d'aide à la décision

Le projet de nouveau système d'information et d'aide à la décision (SIAD) a pour objectif, à l'horizon 2014, de produire des tableaux de bord automatiques à partir de bases de données fiables. Ce projet implique une refonte des tableaux de bord, une automatisation des tâches et une comptabilité analytique. Le projet de système d'information et d'aide à la décision (SIAD) vise à mettre à disposition de la direction générale, des pôles et des directions fonctionnelles, un outil d'accompagnement qui doit lui permettre de répondre aux enjeux de pilotage. Il doit notamment contribuer à améliorer la fiabilité, la réactivité et le partage d'information.

Il comporte trois modules : module tableau de bord, comptabilité publique et filière interne de production de soins (FIPS). Au sein du module « tableau de bord » figure une rubrique « ressources humaines médicales et non médicales » (effectif, masse salariale...).

Dans le système actuel, des problèmes de dispersion de l'information, de fiabilité et de délais de production des données ont été mis en évidence. En conséquence, le projet SIAD doit aboutir aux principales améliorations suivantes : fiabilisation des bases de données ; harmonisation et définition partagée des indicateurs ; fiabilisation et partage des méthodologies d'élaboration de la comptabilité analytique ; automatisation de la production des documents de comptabilité analytique ; enrichissement du contenu et amélioration de l'ergonomie des tableaux de bord ; unification des sources de données pour les utilisateurs et amélioration des délais de production des données.

Suite à un appel d'offres déclaré infructueux en octobre 2012, une nouvelle consultation avec le même objet a été lancée sous forme de marché négocié avec deux sociétés. Le coût global du marché est de 832 k€ (prix TTC sur trois ans). A cela s'ajoutent des coûts internes importants dont les principaux sont les suivants : contrôle de gestion (3 ETP en moyenne) et le CRIH (1 ETP en moyenne). D'autres acteurs des HUS sont mobilisés de façon moins continue (DIM, directions fonctionnelles, utilisateurs ...). Le coût global du projet est estimé à environ 0,5 M€ par an pendant trois ans, soit un total de 1,5 M€. La chambre s'étonne de la faible implication du CRIH dans ce projet.

Le calendrier du projet SIAD prévoit une livraison de la rubrique ressources humaines dans la partie « module tableaux de bord (site pilote) » en février 2014. La DRH et la DAM ont été associées dès le lancement du projet dans le cadre de l'audit initial. Ces directions sont ensuite partie prenante des décisions stratégiques, ainsi que les pôles, à travers un comité « utilisateurs » qui se réunit régulièrement.

Fin 2013, les indicateurs précis sont en cours de définition avec la DRH, la DAM et le comité d'utilisateurs. Ils doivent rassembler vraisemblablement des données de coûts et d'ETP, mais aussi d'absentéisme et de turnover. Des indicateurs croisés - avec l'activité notamment - seront également intégrés. Sur cette base, les leviers de pilotage seront déterminés, en concertation avec les pôles, la DRH et la DAM.

Le projet de SIAD est étroitement lié à la recherche d'outils de pilotage aujourd'hui insuffisamment développés. Une politique de maîtrise des dépenses de personnel, et plus globalement des dépenses, ne peut se fonder que sur des outils simples, fiables et cohérents. Le SIAD devrait permettre aux HUS, à terme, de mieux objectiver leurs orientations, suivre leur exécution et évaluer les résultats, rendant ainsi le cadrage et les objectifs de maîtrise plus certains.

Recommandation n° 1 : La chambre recommande aux HUS, notamment avec la mise en œuvre prochaine du système d'information et d'aide à la décision (SIAD), d'opérer directement des
--

traitements automatiques à partir des bases de données afin d'être en mesure de produire facilement les données essentielles à sa gestion des ressources humaines et aussi de fiabiliser les données de son bilan social.

Dans leur réponse, les HUS confirment la politique de développement d'un système d'information et d'aide à la décision (SIAD) et de modernisation des applicatifs informatiques existants en matière de gestion des ressources humaines. Ils précisent avoir validé, dès décembre 2013, le principe du remplacement du logiciel de gestion du temps de travail (GESTOR) et annoncent l'engagement d'une réflexion sur l'évolution des différents modules du produit SAGAH qui a été élaboré par le Centre régional d'informatique hospitalière.

4. LES STATUTS DES AGENTS POUR LE PERSONNEL NON MEDICAL

4.1 L'évolution d'ensemble en matière de statut des agents

L'ensemble des tableaux retraçant les données chiffrées sur lesquelles s'appuient les constatations de cette partie sont renvoyés en annexe 3 (tableaux 1 à 11).

En 2013, le personnel non médical (PNM) est composé à 87,1 % d'ETP moyens rémunérés de personnel titulaire et stagiaire (soit 7 650,04 ETP) et à 11,5 % d'ETP de personnel contractuel sur emploi permanent (soit 6,7 % d'ETP de contrat à durée déterminée (CDD) sur emploi permanent et 4,8 % d'ETP de contrat à durée indéterminée). Viennent ensuite deux catégories, beaucoup moins représentées : 1,3 % d'ETP de contrats à durée déterminée sur emplois non permanents (soit des remplacements temporaires) et 0,1 % de contrats aidés.

Si le personnel non médical en ETP rémunéré moyen augmente au total de 5,3 % de 2007 à 2013 (de 8 336,66 à 8 780,22 ETP), les hausses les plus dynamiques concernent les agents en contrat à durée indéterminée (personnel contractuel sur emploi permanent) avec + 14,9 % (de 370,48 à 425,69 ETP) et les agents titulaires et stagiaires avec + 7,3 % (de 7 131,93 à 7 650,4 ETP). Les baisses en ETP moyens rémunérés concernent les agents en contrats aidés et en contrats à durée déterminée sur un emploi non permanent avec respectivement - 93,5 % (de 120,50 à 7,83 ETP) et de - 30,7 % (de 160,87 à 111,47 ETP). La part significative des agents contractuels sur emploi permanent a conduit la chambre à examiner plus en détail ces situations (à partir d'un tableau d'ensemble pour la période 2007-2013 figurant en annexe 1, tableau 6 et le tableau 2 de l'annexe 3).

S'agissant des contractuels, il y a lieu de noter que les données transmises par les HUS en cours de contrôle (fondées sur les ETP moyens rémunérés) diffèrent des données des bilans sociaux (photographie au 31 décembre de l'année), mais aussi des effectifs transmis à l'appui de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour le budget H. Ainsi, selon l'EPRD, en 2012, le nombre d'ETP pour le PNM s'élevait à 8 373,69 dont 399,5 ETP en CDI et 689,7 en CDD. En 2012, les contractuels (CDI + CDD) constituent 13 % des effectifs non médicaux de l'établissement (8,2 % pour les CDD ; 4,8 % pour les CDI). Même si le nombre d'ETP contractuels progresse durant la période sous contrôle (+ 11,06 % pour les CDI ; + 6,06 % pour les CDD), la part globale des contractuels rapportée au nombre total d'ETP non médicaux reste relativement stable au cours de la période examinée (12,7 % en 2007 ; 13 % en 2012). S'agissant des CDI, même s'ils progressent de 39,8 ETP, leur part dans le total des effectifs non médicaux reste stable (4,5 % en 2007 ; 4,8 % en 2012).

4.2 Les différentes catégories de personnel non médical

4.2.1 Le personnel titulaire et stagiaire

En juin 2013, les agents titulaires et stagiaires représentent 87,1 % de l'effectif du personnel non médical (avec 7 650,40 ETP sur un total de 8 780,22 ETP) : à concurrence de ce pourcentage, l'effectif des HUS relève de la fonction publique hospitalière qui, comme les autres fonctions publiques, prévoit l'application du statut et le respect du principe de l'occupation de l'emploi public par des fonctionnaires avec le concours pour voie de recrutement (tableau 1 de l'annexe 3).

4.2.2 Le personnel en contrat à durée indéterminée sur emploi permanent

Difficilement identifiables à partir des seuls bilans sociaux, les agents en CDI sur emploi permanent (tableaux 4 et 5 de l'annexe 3) ont fait l'objet de demandes d'informations complémentaires, notamment eu égard à des différences de périmètres selon les documents (effectifs moyens rémunérés au cours de l'année ou effectifs payés à une date fixe). Les HUS ont transmis une liste d'agents en CDI payés au 30 juin 2013 qui comprend 448 agents correspondant à 412,45 ETP. Au sein de ce groupe d'agents en CDI figurent pour les HUS deux catégories : les contractuels en CDI et les contractuels intégrés.

S'agissant de la catégorie des contractuels en CDI, elle comprend 295 agents (soit 273,95 ETP). Les grades les plus représentés (à partir de 10 agents) sont les grades suivants : les ingénieurs hospitaliers (52 agents), les psychologues (43 agents), les ingénieurs hospitaliers en chef (29 agents), les préparateurs en pharmacie (27 agents), les techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers (23 agents), les attachés d'administration (18 agents), les agents de service hospitaliers (13 agents) et les analystes informatiques (10 agents). Ces grades totalisent 215 agents (soit 73 % de la catégorie).

Pour cette catégorie, il a été demandé pour les ingénieurs, les ingénieurs en chef, les attachés d'administration hospitalière, les fiches de poste et les motifs du recours à l'emploi contractuel afin de pouvoir vérifier si les fonctions exercées étaient les fonctions classiquement exercées par un fonctionnaire. L'établissement n'a pas fourni les informations demandées.

S'agissant de la seconde catégorie, les contractuels intégrés, ces derniers sont les anciens agents de l'université Louis Pasteur, soit pour les HUS un total de 153 agents (soit 138,5 ETP). Les grades les plus représentés (à partir de 10 agents) sont ceux de techniciens de laboratoire (59 agents), d'adjoints administratifs de 1^{ère} classe (41 agents), d'assistants médico-administratifs (27 agents) et d'agents d'entretien qualifiés (27 agents).

Les HUS ont justifié l'emploi de 425 agents en CDI de manière très succincte pour seulement 349 agents et sans donner d'explication sur le fond. Ainsi, les HUS ont simplement évoqué les catégories d'agents suivantes :

- ULP : 153 agents ;
- Ingénieurs et techniciens supérieurs hospitaliers : 126 agents, dont 46 pour le CRIH, 22 pour la recherche et 10 pour le GCS ;
- Préparateurs en pharmacie : 27 ; les HUS mentionnant l'existence de nombreux recrutements, les agents ne pouvant être mis en stage avant d'avoir obtenu la mention complémentaire module hospitalier ;
- Psychologues : 43 agents ; les HUS précisent que beaucoup de temps non complets sont financés.

S'agissant de l'augmentation d'agents en contrat à durée indéterminée (CDI), les HUS ont répondu que « suite à la loi de sécurisation, les CDD passent en CDI après six ans. Par ailleurs il

y a eu des recrutements de personnels spécifiques (par exemple conseillers et contrôleurs de gestion), des ingénieurs ont été recrutés à la recherche et au CRIH) ». Les HUS ont également précisé que dans le cadre de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi et notamment son chapitre II portant sur la lutte contre la précarité dans l'emploi et dans l'accès à l'emploi, différents concours ont été planifiés pour 2014 : des concours d'ingénieurs, de psychologues, de techniciens supérieurs hospitaliers et d'attachés.

Par ailleurs, l'établissement insiste sur le fait qu'un nombre non négligeable de contractuels correspond à l'intégration des personnels des ex-laboratoires universitaires qui étaient alors partis d'un établissement national. Cet élément explique effectivement la présence de 36 % des contractuels, mais ne saurait justifier à lui seul la part importante des contractuels au sein de l'effectif. Enfin, les HUS mentionnent également la compensation des temps partiels, des congés parentaux et des temps non complets (très fréquents chez les psychologues) qui ne permettent pas l'ouverture de concours. Les HUS soulignent qu'avant l'ouverture d'un concours une étude est faite pour identifier le nombre de postes susceptibles d'être ouverts. Ils ajoutent que pour certains grades, notamment les infirmiers et les aides-soignants, compte tenu du turnover important constaté, il est procédé à une mise en stage sur les fractions de postes libérées par les temps partiels.

4.2.3 Le personnel en contrat à durée déterminée sur emploi permanent

Les HUS ont transmis une liste de 651 agents (soit 613,5 ETP) en CDD sur emploi permanent payés en juin 2013. Parmi les 651 agents en CDD sur emploi permanent figurent principalement (au moins 10 agents dans le grade) : 144 agents des services hospitaliers, 90 adjoints administratifs de 2^e classe, 63 agents d'entretien qualifiés, 62 ouvriers professionnels, 48 techniciens de laboratoire, 28 préparateurs en pharmacie, 22 ingénieurs hospitaliers, 21 infirmiers, 11 maîtres-ouvriers et 11 masseurs-kinésithérapeutes. Ces données illustrent le constat que les CDD concernent une large palette de métiers.

Les HUS ont justifié l'emploi des 651 agents en CDD sur emploi permanent de manière sommaire évoquant simplement 547 agents : soit 27 agents de nationalité hors Union européenne et 522 agents avec moins de trois ans d'ancienneté.

Pour la chambre, ces grades sont des grades classiques de la fonction publique hospitalière qui sont ordinairement détenus par des fonctionnaires. La présence de 651 agents, correspondant à 613,5 ETP, soit 7 % de l'effectif ETP sur ces grades, conduit la chambre à s'interroger sur un détournement du statut eu égard aux pratiques de recrutement d'agents contractuels au détriment des fonctionnaires.

4.2.4 Le personnel en contrat à durée déterminée sur emploi non permanent

S'agissant du personnel en contrat à durée déterminée sur emploi non permanent (de remplacement), on observe une baisse de 30,7 % de 2007 à 2013 (de 160,87 à 111,47 ETP) soit 1,3 % de l'effectif ETP. Cette tendance existe pour quasiment toutes les filières, principalement la filière éducative-soignante (- 44 %), administrative (- 37,5 %) et soignante (- 36,4 %) ; seule la filière technique enregistre une faible hausse.

Cette baisse interroge, notamment au regard du taux d'absentéisme pour maladie ordinaire, mais aussi du taux de féminisation du personnel non médical accompagné de congés maternités et parentaux, conduisant inévitablement à des absences qui doivent être relayées par des remplacements pour garantir la continuité du service public hospitalier.

4.2.5 Le personnel en contrats aidés et les apprentis

S'agissant des contrats d'accompagnement dans l'emploi, des contrats d'avenir et des apprentis, leur nombre passe de 78 à 8, soit une baisse de 89,7 % de 2007 à juin 2013. Le nombre de contrats aidés connaît une chute, passant de 72 (71 contrats d'accompagnement et un contrat d'avenir) à 0 depuis 2011 et ce jusqu'en 2013. Le nombre d'apprentis est stable et très faible (entre 2 en 2010 et 7 en 2011).

Les HUS ont mis en avant plusieurs motifs pour justifier la très faible inscription de l'établissement dans ces dispositifs. S'agissant des contrats aidés, ils ont répondu : *« les contrats aidés sont subventionnés pendant leur contrat et viennent en complément des effectifs en place. A la fin de leur contrat aidé ils n'ont pas vocation à être intégrés en surnombre. En cas de non réussite à un concours, le contractuel dont le contrat aidé arrive à échéance ouvre droit aux pertes d'emploi. Ceci représente un surcoût pour l'établissement qui n'incite pas à la signature de ce type de contrat. Ils nécessitent par ailleurs un tutorat important »*.

La pratique des HUS est identique, s'agissant du dispositif relatif aux emplois d'avenir créés par la loi n° 2012-1189 du 26 octobre 2012. En effet, l'établissement a indiqué qu'*« à ce jour aucun contrat n'a été signé, le dispositif est à l'étude. Les contrats aidés nécessitent un tutorat important et l'issue du contrat entraîne un surcoût important pour l'établissement qui est son propre assureur en matière de perte d'emploi »*.

S'agissant des apprentis, les HUS ont précisé : *« il faut des postes adéquats pour intégrer l'apprenti à la fin de la scolarité et pendant la formation il faut des tuteurs et aussi un emploi du temps cohérent avec les missions du service »*. La chambre s'interroge sur le très faible recours à ces contrats qui peuvent constituer un vivier potentiel intéressant, notamment sur les grades où des difficultés de recrutement existent.

4.2.6 Les titularisations et les « CDIisations »

Le nombre d'agents contractuels ou auxiliaires nommés sur un emploi permanent (tableau 8 de l'annexe 3) augmente de 43,7 % de 2007 à 2012, passant de 215 à 309 nominations selon les bilans sociaux, soit une moyenne annuelle de 260 titularisations entre 2007 et 2012 (un quart de la masse des contractuels). La filière soignante-éducative est celle qui bénéficie du nombre le plus important de titularisations avec 69,3% (214/309) en 2012.

Les bilans sociaux font état de mesures anciennes et récentes afin de résorber l'emploi précaire, qui expliquent la hausse des titularisations au cours de la période sous revue. Ainsi, les bilans sociaux précisent que, s'agissant du personnel non médical, la politique sociale des HUS en 2009 et en 2010 a eu comme axe majeur une politique de résorption de l'emploi précaire via une augmentation du nombre de mises en stage (316 en 2010 contre 303 en 2009). Il est indiqué que l'établissement a poursuivi en 2011 sa politique de résorption de l'emploi précaire, qui s'est traduite par une progression importante du nombre de mises en stage (365 en 2011).

Bien que le nombre d'agents titularisés ait augmenté de près de 44 % (de 215 à 309 de 2007 à 2012), la part du personnel titulaire au regard des autres statuts a augmenté de manière plutôt modérée : + 7,3 % pour les agents titulaires-stagiaires de 2007 à 2012 en ETP moyens rémunérés, contre + 14,9 % pour les agents en contrat à durée indéterminée.

A la question de savoir quelle est la politique menée en matière de déprécarisation, de « CDIisation » et d'intégration d'agents au cours de la période 2007-2013, les HUS ont précisé que la déprécarisation prendra pleinement effet à partir de 2014 et que des concours sont prévus.

De plus, les HUS ont précisé que le nombre d'agents « CDIisés » est de 33 en 2007, 23 en 2008, 23 en 2009, 46 en 2010, 40 en 2011 et 52 en 2012, soit 217 en tout au cours de la période.

La chambre constate, à partir de ces données, que les HUS ne se sont guère inscrits dans les dispositifs de sécurisation de l'emploi depuis 2007, notamment au regard du nombre important d'agents en CDI et en CDD sur emploi permanent et de la tendance à la hausse pour ces deux statuts au cours de la période sous revue.

A l'examen des pratiques en matière de « CDIsation », la chambre a observé, a contrario de la faible participation/inscription dans les dispositifs de déprécarisation, la rapidité avec laquelle les HUS « CDIsent » certains agents en fonction de leur grade. Classiquement, dans les autres établissements hospitaliers, au cours de la période 2007-2012, les agents contractuels avaient un premier contrat de trois ans, donnant lieu à prolongation ou non pour encore trois ans, avec au bout des six années une possibilité de « CDIsation » ou la décision de mettre fin au contrat.

Si l'on observe la situation au 30 juin 2013, 29 « CDIsations » sont comptabilisées, soit 10 agents de la filière administrative, quatre pour la filière soignante-éducative, quatre pour la filière technique et 11 pour le médico-technique.

Les tableaux nominatifs qui ont été demandés aux HUS pour les exercices 2007 à 2013 conduisent à constater la part importante d'agents « CDIsés » rapidement. Ainsi, pour les trois derniers exercices, les pratiques sont les suivantes :

- Pour l'année 2011, sur 40 agents « CDIsés », 21 ont une ancienneté d'une année (2010), un agent a une ancienneté de quatre mois (2011) et 11 agents ont une ancienneté de deux ans (2009) ;
- Pour l'année 2012 : sur 52 agents « CDIsés », 21 agents ont une ancienneté d'une année (2011) et six agents ont une ancienneté de deux ans (2010) ;
- Pour le premier semestre 2013 : sur 29 agents « CDIsés », quatre ont une ancienneté d'une année (2012) et 11 ont une ancienneté de deux ans (2011).

S'agissant de la pratique de l'établissement en matière de « CDIsation » et des règles suivies, les HUS ont précisé que *« la procédure des contractuels précise les règles appliquées pour chaque grade. Ainsi les IDE sur poste et de nationalité hors UE étaient mises en CDI après 3 ans, les préparateurs pharmacie sont mis en CDI au bout d'un an (en attendant la formation à la mention complémentaire hospitalière qui permet la mise en stage), les psychologues au bout d'un an, etc. Cette politique a été mise en place à défaut de règles statutaires en la matière et pour partie en accompagnement du PRE »*.

La chambre observe que cette réponse des HUS, fondée sur son guide interne de procédure des contractuels, s'écarte des pratiques prévues par les textes et ayant cours dans les autres établissements publics de santé. Cette pratique de « CDIsation » dans des délais très courts a pour conséquence, pour les agents concernés, de consacrer dans la durée leur statut d'employés contractuels. A l'inverse, en ce qui concerne la gestion des postes pourvus aussi rapidement par des contractuels à faible ancienneté, il apparaît que ces postes ne sont plus disponibles pour les fonctionnaires ; cette pratique est en rupture avec le principe d'occupation des emplois par des fonctionnaires. Pour la chambre, il s'agit - pour une partie au moins- d'un contournement du statut.

Recommandation n° 2 : La chambre recommande aux HUS d'inscrire leur pratique de « CDIsations » dans les normes et règles en vigueur et de respecter le principe d'occupation des emplois par des fonctionnaires.

La direction des HUS a indiqué prendre note de ces observations, ce qui se traduira par la mise en place d'un dispositif de résorption de l'emploi précaire et par l'élaboration d'un nouveau guide de recrutement concernant les postes occupés par le personnel contractuel. La chambre en prend acte.

4.2.7 Le personnel extérieur

Le personnel extérieur comprend du personnel non médical mis à disposition. Les données émanant des bilans sociaux se fondent sur un nombre de journées travaillées et un nombre d'heures correspondantes. Le nombre de journées travaillées par le personnel mis à disposition augmente de 9 % de 2007 à 2012 (de 55 085 à 59 948 journées travaillées). En leur sein, la hausse du nombre de journées travaillées par le personnel mis à disposition par l'UGECAM dans le cadre de l'intégration du centre de traumatologie et d'orthopédie (CTO) et du SIHCUS-CMCO est dynamique (+ 18 %, de 46 580 à 55 079 journées).

En équivalent temps-plein (ETP), en prenant la base de 18,6 jours travaillés par mois (base retenue par les HUS), les ETP correspondants pour la période 2007-2012 sont significatifs et fluctuant avec : 246,8 ETP en 2007, 232,29 ETP en 2008, 219,31 ETP en 2009, 210,21 ETP en 2010, 301,34 ETP en 2011 et 268,58 ETP en 2012. Au 30 juin 2013, les HUS estiment le personnel non médical mis à disposition à 117,85 ETP. Pour l'année 2011, la forte hausse du nombre de journées travaillées, qui passe à 67 259 journées, soit 301,34 ETP, a été justifiée par les HUS par l'intégration du SIHCUS.

Le nombre de journées travaillées par le personnel intérimaire baisse de 91 % de 2007 à 2012 (de 1 531 à 140 journées travaillées). Le nombre d'ETP correspondants pour la période 2007-2012 diminue en conséquence. Les HUS ont expliqué cette baisse du recours à l'intérim notamment par le retour au plein emploi infirmier.

S'agissant des agents intérimaires, le nombre de contrats est passé de 213 en 2007 à 36 en 2011, soit une baisse de 83,1 %. Les contrats d'une durée supérieure à 15 jours (50 en 2007) ont cessé depuis 2010.

4.2.8 Le personnel stagiaire

S'agissant des stagiaires, selon les données 2007-2011 issues des bilans sociaux, il y a eu : 1 521 stagiaires en 2007, 1 527 en 2008, 1 766 en 2009, 1 781 en 2010 et 1 584 en 2011. Le constat est donc celui d'une hausse, puis d'une baisse du nombre de stagiaires.

Pour l'exercice 2011, selon les dernières données portant sur les stagiaires issues du bilan social, les 1 584 stagiaires comptabilisés se répartissaient de la manière suivante : 122 stagiaires relevant du secteur infirmier, soignant et paramédical, 152 stagiaires relevant du secteur médicotechnique, 85 stagiaires relevant de secteurs divers (ex : psychologie), 49 stagiaires relevant du secteur administratif (secrétariat administratif, secrétariat médical), 45 stagiaires de collège ou lycée (stage découverte ou ouverture sur le monde du travail) et 24 stagiaires cadres (soignants ou non soignants).

Le nombre de stagiaires pour les exercices 2012 et 2013 n'est pas connu des HUS. Ces données n'apparaissent plus dans les deux derniers bilans sociaux car, selon les HUS, « *cet élément n'est plus demandé dans le bilan social donc plus suivi ce d'autant plus qu'il s'agit d'un comptage manuel. La répartition par filière figure dans les bilans sociaux des années 2007 à 2011. Plus de 50 % relèvent du secteur soignant* ».

A la question de savoir quelles étaient les fonctions exercées par ces stagiaires et la part des stages conduisant à une embauche, les HUS ont répondu qu'aucun suivi n'était mis en place. Au vu des variations importantes du nombre de stagiaires (oscillation entre 1 521 stagiaires en 2007 et 1 781 en 2010), les HUS ont répondu qu'en 2011, les modalités de calcul avaient été redéfinies, ce qui a pu avoir un impact sur le nombre de stagiaires.

Pour la chambre, l'établissement devrait mieux suivre les données relatives aux stagiaires, ces derniers pouvant constituer un vivier précieux, notamment en termes de perspectives

d'embauche au regard du fort turnover existant. Les données relatives à l'exercice 2011, dernier exercice pour lequel les données sont disponibles, attestent que nombre de stages peuvent potentiellement directement déboucher sur un emploi, particulièrement les stages relevant des secteurs infirmier-soignant-paramédical et médicotechnique.

4.3 Les entrées, départs et remplacements

Les données chiffrées relatives aux constatations ci-dessous sont retracées aux tableaux 1 à 3 de l'annexe 4.

4.3.1 Un fort turnover en 2008 et en 2011

Les mouvements de personnel, qui sont directement liés au nombre de départs et de recrutements, sont significatifs. Ainsi, le nombre d'agents ayant quitté l'établissement connaît une hausse de 3,2 % (de 685 à 707 de 2007 à 2012). Rapporté au nombre total d'agents (PNM) pour les trois derniers exercices entiers (8 618 en 2010, 9 010 en 2011 et 9 174 en 2012), la part des agents ayant quitté l'établissement est de 9 % en 2010, 9,2 % en 2011 et 7,7 % en 2012. En 2012, les principales causes de ces départs sont la disponibilité et le congé parental (222 en 2011), la retraite (183), la fin de contrat (130), la démission (91) et le départ vers un autre établissement (65).

Au cours de la période 2007-2012, le nombre de recrutements connaît une hausse de 10 %, passant de 778 à 856 recrutements. La filière soignante et éducative est la principale bénéficiaire de ces recrutements avec 71,5 % des recrutements (612/856) en 2012. De 2007 à 2012, la progression des recrutements est particulièrement forte dans trois filières : médicotechnique (+ 16,7 %), soignante-éducative (+ 10,7 %) et administrative (+ 9,6 %).

Deux années se distinguent des autres au regard du nombre de recrutements : 2008 et 2011, avec respectivement 919 recrutements et 1 254 recrutements. Pour 2008, cette augmentation s'explique principalement par l'ouverture du nouvel hôpital civil (NHC). Il est fait mention, au bilan social, du recrutement de 40 aides-soignants (AS), 40 agents des services hospitaliers (ASH) en contrats d'aide à l'emploi transformés en CDD. La très forte augmentation du nombre de recrutements en 2011 s'explique principalement par l'intégration du SIHCUS au 1^{er} janvier 2011, soit l'entrée de 260 agents, et par la création de nouvelles structures nécessitant du personnel supplémentaire (source bilan social).

Rapporté au nombre total d'agents pour les trois derniers exercices entiers (8 618 en 2010, 9 010 en 2011 et 9 174 en 2012), la part des agents ayant intégré l'établissement est significative avec 9,1 % en 2010, 13,9 % en 2011 et 9,3 % en 2012.

4.3.2 Les mensualités de remplacement

S'agissant du nombre d'ETP payé en mensualités de remplacement, il enregistre une baisse de 21,5 %, passant de 1 929 à 1 514 mensualités de 2007 à 2012. En 2012, la filière soignante-éducative arrive largement en tête et représente 59,3 % de l'ensemble des mensualités de remplacement utilisées. La filière recherche connaît une hausse de 74 % (de 96 à 167 mensualités de remplacement de 2007 à 2012).

Les HUS ont expliqué la hausse des mensualités de remplacement pour la filière recherche par les recrutements sur des crédits non pérennes pour des programmes hospitaliers de recherche clinique. La baisse importante des mensualités de remplacement s'explique par la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre (PRE) et le retour au plein emploi infirmier.

La chambre observe que le nombre de mensualités de remplacement baisse de 21,5 % et les coûts afférents de 14 % (2,76 M€ en 2012). Cette moindre évolution de la baisse des coûts s'explique par l'augmentation du coût unitaire moyen de chaque remplacement, notamment en raison de la requalification des infirmiers en catégorie A.

S'agissant de la politique de remplacement mise en place pour le personnel non médical, les HUS différencient les pratiques selon l'affectation de l'agent. Ainsi, une délégation annuelle de mensualités aux pôles en fonction des absences des années précédentes et des effectifs du pôle est mise en place, mais pour l'unité fonctionnelle absence longue par exemple, un remplacement de 1 pour 1 des agents est prévu. Les HUS ont produit des documents attestant notamment d'un suivi mensuel par pôle.

4.4 Les promotions du personnel non médical

S'agissant des promotions et des avancements, la carrière des fonctionnaires hospitaliers est organisée en corps, grades et échelons. L'avancement à la durée maximale est accordé de plein droit. La durée maximale est égale à l'ancienneté moyenne majorée d'un quart. L'avancement à la durée minimale peut être accordé au fonctionnaire dont la valeur professionnelle le justifie sans que plus d'une promotion sur trois puisse être prononcée. Elle correspond généralement à la durée moyenne minorée du quart.

L'examen des tableaux d'avancement et le règlement approuvé par le comité technique d'établissement (CTE) conduit à conclure à une politique mesurée des HUS en matière d'avancement puisqu'en 2013, seulement 1/3 des agents avancent à la durée minimum (soit une réduction du quart de la durée moyenne) et les 2/3 restants bénéficient de réductions de durée moyenne qui s'échelonnent sur cinq paliers en fonction de leur note et jusqu'à une note minimale de 15 (avec des réductions de 10 % pour le premier palier, puis 8 %, 6 %, 4 % et 2 % pour le 5^e palier). Ces réductions de durée moyenne ont été diminuées de moitié avec la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre (PRE) en 2009.

S'agissant des promotions de grade ou accès à un emploi supérieur pour les titulaires, le nombre d'agents ayant fait l'objet d'une promotion de grade ou ayant accédé à un emploi supérieur diminue de 43,8 % au cours de la période, passant de 607 promotions en 2007 à 341 en 2012, soit un ratio de 4,5 % (341 promotions/7 600 ETP).

Les HUS ont précisé que ces chiffres (qui émanent des bilans sociaux) concernent l'ensemble des agents ayant eu une promotion dans l'année, et indiqué que la part des contractuels est plus marginale. De plus, l'année 2007, année de départ de la comparaison, était une année exceptionnellement forte en matière de promotions, suite à la mise en place des protocoles Jacob et Bertrand. Si l'on prend 2008 comme année de référence, la tendance est effectivement beaucoup plus stable. Dans les faits, la politique de promotions pour le personnel titulaire correspond à l'application statutaire de ratios d'avancement dans les échelles supérieures et à l'ouverture de concours. Les prévisions d'avancement et de concours sont présentées aux partenaires sociaux en début d'année.

4.5 L'absentéisme aux HUS

4.5.1 L'absentéisme du personnel médical

L'absentéisme s'entend pour l'agent par l'impossibilité d'être présent à son poste de travail, principalement pour des raisons de santé, mais aussi des besoins de formation, ou à des activités syndicales. Les constatations et observations ci-après sont appuyées sur les données des tableaux 1 à 7 de l'annexe 5 retraçant les données relatives à l'absentéisme.

Les données relatives à l'absentéisme du personnel médical souffrent de deux limites. Tout d'abord, l'ensemble du personnel n'est pas pris en compte puisque les bilans sociaux n'intègrent que le périmètre des praticiens (les attachés, les internes et les étudiants hospitaliers ne sont pas inclus dans cette statistique).

De plus, une rupture existe entre les bilans sociaux établis pour la période 2007-2011 et le bilan 2012. Dans les faits, les données ne sont plus traitées, empêchant ainsi toute comparaison pour la période 2007-2012. Cette absence de données homogènes tout au long de la période constitue une difficulté et illustre un recul incompréhensible en ce qui concerne la transparence d'une gestion publique.

S'agissant de la présence au travail, le nombre de journées travaillées du personnel médical augmente de 15,6 % (de 163 410 en 2007 à 188 872 en 2011). Le nombre de journées de présence augmente de 15,3 % (de 151 767 en 2007 à 174 982 en 2011). Les effectifs pris en compte enregistrent quant à eux une hausse de 15,1 % avec 755 praticiens en 2007 et 869 en 2011 (données des bilans sociaux).

Le nombre de journées d'absence enregistre une hausse significative de 19,3 % (passant de 11 643 en 2007 à 13 890 en 2011). Le nombre de jours d'absence moyen par agent augmente de 6,7 %, passant de 30 jours en 2007 à 32 jours en 2011 (données issues des bilans sociaux). Les données pour les exercices 2012 et 2013 ne sont pas connues des HUS.

S'agissant de la répartition des journées d'absence du personnel médical en 2011, les principaux motifs sont les suivants: 50,5 % des absences sont motivées par des formations, congrès, colloques et congés syndicaux ; 22,9 % par les congés maternité, adoption et paternité et 15,3 % par la maladie ordinaire. Si le nombre de journées d'absence du personnel médical augmente de 19,3% de 2007 à 2011, les plus fortes hausses concernant les congés maternité, adoption et paternité avec + 192,2 % (de 1 090 en 2007 à 3 185 en 2011) et les missions temporaires avec + 74,9 % (de 370 en 2007 à 647 en 2011), les données pour les exercices 2012 et 2013 ne sont pas connues.

Pour l'absentéisme en 2012, les HUS ont précisé qu'il n'existe pas de politique de remplacement pour le personnel médical, ni de politique formalisée de lutte contre l'absentéisme. En cas d'absence prolongée, le remplacement est traité au cas par cas.

Enfin, les données du bilan social 2012 se fondent sur un taux d'absentéisme calculé par rapport aux ETP moyens sur l'année. La notion de durée de l'absence est calculée sur les dates de début et de fin de congé dans leur globalité. Ainsi, la notion de prolongation successive d'arrêts de travail n'est pas prise en compte comme le préconise l'instruction. Cette information n'est pas disponible sous le logiciel « SAGAH » (source : bilan social 2012). L'absentéisme du personnel médical pour l'exercice 2012 fait l'objet d'un traitement limité, qui se fonde essentiellement sur des taux, mais plus de valeurs absolues, rendant ainsi toute analyse particulièrement délicate. Les données sont limitées au taux d'absentéisme, à la durée moyenne et au nombre moyen de jours d'absence. Il est fait état du jour de carence : 131 jours de carence ont été prélevés en 2012 s'appliquant à 100 praticiens pour 18,7 k€ de montant brut de sommes retenues. Les HUS ont expliqué que, depuis 2012, les données relatives aux journées de présence et la répartition des journées d'absence des praticiens ne sont plus calculées dans le bilan social nouvelle formule.

Les bilans sociaux de 2007 à 2011 retracent le coût des absences du personnel médical : celui-ci augmente de 22 %, passant de 433,8 k€ en 2007 à 530,3 k€ en 2011. La maladie représente 66,1 % du coût total des absences du personnel médical en 2011 (soit 350,5 k€) ; son coût augmente de 25,1 % de 2007 à 2011. Il n'a pas été apporté de réponses à la demande d'informations sur la méthodologie employée pour aboutir à ces chiffres. Les données concernant le coût de l'absentéisme médical en 2012 n'ont pas été produites.

4.5.2 L'absentéisme du personnel non médical

S'agissant des journées de présence du personnel non médical, le nombre de journées théoriques travaillées augmente de 7,6 %, passant de 1 649 373 journées en 2007 à 1 773 918 en 2012. Le nombre de journées de présence au poste de travail augmente de 7,1 %, passant de 1 486 871 journées de présence en 2007 à 1 592 573 en 2012 (tableau 5 de l'annexe 5).

En 2012, la différence entre le nombre de journées théoriques travaillées et le nombre de journées de présence est de 181 345 journées (1 773 918 – 1 592 573), soit un taux de présence de 89,8 %. Ce taux est relativement stable au cours de la période (de 90,2 % en 2007 à 89,4 % en 2010 et 2011). La durée moyenne d'absence par agent augmente de 4,8 % au cours de la période (de 19,45 jours en 2007 à 20,38 jours en 2011).

Les HUS ont expliqué que la durée moyenne d'absence par agent relevée dans les bilans sociaux prend uniquement en compte les absences pour motif médicaux, alors que le taux de présence inclut aussi les absences pour formation et motif syndical. La chambre s'interroge sur la pertinence de comparer des données qui prennent, pour mesurer l'absence et la présence, des périmètres différents.

Pour l'exercice 2012, les HUS ont expliqué que les données existantes pour la période 2007-2011 n'étaient plus disponibles selon le calcul habituel et que le nombre d'absences tous motifs confondus n'était pas connu pour 2012. Les HUS n'ont pas connaissance des absences pour formation et pour motif syndical. Or, ces absences doivent être prises en compte pour obtenir le nombre de journées de présence au poste de travail. En conséquence, dans le cadre de l'instruction, les HUS ont retraité les données pour la période 2007-2012 sans prendre en compte les absences pour formation et pour motif syndical.

De 2007 à 2011, le nombre de jours d'absence du personnel non médical augmente de 22,2 %, passant de 185 054 à 226 189 jours. En 2012, la tendance s'inverse, avec une baisse de 19,8 % des journées d'absence (de 226 189 à 181 344), soit un niveau inférieur à celui de l'exercice 2007 (tableau 6 de l'annexe 5). Les principaux motifs d'absence sont :

- la maladie ordinaire : 41,4 % des journées d'absence en 2012 (soit 74 994/181 344) ;
- la maternité et l'adoption : 23,6 % des journées d'absence (soit 42 726/181 344) ;
- la longue maladie et la longue durée qui représentent 17,6 % des absences (33 002/181 344).

Les absences non justifiées non récupérées augmentent de 72,8 %, passant de 268 en 2007 à 463 jours en 2012. S'agissant des journées pour maladie ordinaire (tableau 7 de l'annexe 5), ces dernières connaissent une hausse de 15,9 % de 2007 à 2011, passant de 67 342 à 78 080. L'année 2012 marque la première baisse (- 4 %) avec 74 944 journées. Les principales hausses concernent :

- le personnel administratif, qui voit ses jours de maladie ordinaire augmenter de 25,9 % de 2007 à 2012 (de 4 942 à 6 224).
- le personnel médicotechnique pour qui les jours de maladie ordinaire augmentent de 22,7 % de 2007 à 2012 (de 2 503 à 3 071).

Comme pour l'absentéisme du personnel médical, le bilan social 2012 traite de façon limitée de l'absentéisme du personnel non médical : il se fonde essentiellement sur des taux, mais plus de valeurs absolues rendant ainsi l'analyse incomplète. S'agissant du jour de carence en 2012 pour le personnel non médical, 7 496 jours de carence ont été prélevés à 3 889 agents. Le montant brut total des sommes retenues au titre du jour de carence est de 458 k€ (hors charges). Ces économies ont été mises en avant par les HUS.

Aucun bilan social ne mentionne le coût des absences du personnel non médical pour la période 2007-2012 et la part de la maladie dans le coût total des absences du personnel non médical. Ces données ne sont pas connues des HUS, ce qui interroge au vu du nombre d'agents concernés et du coût forcément conséquent pour l'établissement.

Dans leur réponse, les HUS précisent que « *cet item n'a jamais été traité dans nos bilans sociaux. Par ailleurs il n'est pas repris dans la nouvelle version du bilan ; La part de la maladie par rapport au total des absences peut être faite à partir du nombre de jours* ». Les HUS font un renvoi à la répartition des journées d'absence du personnel en 2012, soit sur 181 345 journées d'absence du personnel non médical (sur une base de 5/7^e) et 74 994 ont pour motif la maladie ordinaire, soit 41,4 % de l'ensemble.

A la demande de savoir pourquoi les HUS n'ont jamais cherché à identifier le coût de l'absentéisme, il a été répondu que les HUS étaient bien conscients que le coût correspondant à l'absentéisme était conséquent. Cette information n'est pas exigée dans le cadre du nouveau bilan social. Selon les HUS, le nombre de jours d'absences pour motifs médicaux correspond à environ 500 ETP, les congés maternité représentant en sus 150 ETP.

Les bilans sociaux et les HUS dans leur réponse ne font part d'aucune politique active de lutte contre l'absentéisme. S'agissant du nombre de contrôles médicaux des absences maladie au cours de la période 2007-2013 (juin 2013) pour le personnel non médical, les HUS ont répondu avoir « *été expérimentateur d'un contrôle mis en place avec le concours de la CRAM. Cette expérience a été abandonnée en juillet 2013 car le résultat en était quasi nul, pour un travail très important (1/2 ETP) ; ses critères ne correspondaient qu'à des absences longues, donc par définition concernant des maladies graves. Nous n'avons poursuivi que le contrôle des absences perlées avec les concours d'un cabinet privé. Le nombre de ces contrôles a été le suivant : 2007=41 ; 2008=42 ; 2009=69 ; 2010=75 ; 2011=135 ; 2012=109 ; 2013 à fin septembre = 52* ».

Recommandation n° 3 : La chambre recommande aux HUS de se doter d'outils de mesure de l'évolution de l'absentéisme et de son coût afin de pouvoir avoir une appréciation globale de son impact et ainsi déployer des actions de lutte contre l'absentéisme en retour. Le projet de système d'information et d'aide à la décision (SIAD) en cours pourrait intégrer de manière automatique les données relatives à l'absentéisme.

Dans leur réponse, les HUS précisent que les données de suivi de l'absentéisme seront analysées tant au niveau institutionnel qu'à l'échelon des pôles dans le cadre des tableaux de bord diffusés par le système d'aide et d'information à la décision en fonction du calendrier défini par la direction du système d'information.

5. LES AGENTS RELEVANT DE STATUTS PARTICULIERS ET LES AGENTS CONTRACTUELS

L'article 3 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires pose le principe suivant lequel les emplois civils permanents doivent être occupés par des fonctionnaires. Le même article prévoit que des dérogations peuvent être apportées à ce principe par les lois statutaires des fonctions publiques de l'Etat, territoriale et hospitalière. S'agissant de la fonction publique hospitalière, les différentes situations permettant de recruter des agents contractuels sont énumérées aux articles 9 et 9-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986. En outre, le développement des techniques ou les besoins en personnel qualifié ont conduit de nombreux centres hospitaliers à créer des statuts locaux. Il s'agit de contractuels mais également de stagiaires et de titulaires avec des grilles de rémunération et des possibilités d'accession à des grades supérieurs propres.

5.1 Les statuts locaux

Trois statuts locaux sont en vigueur aux HUS pour les informaticiens (26 personnes), pour les prothésistes dentaires (7 personnes) et pour le personnel ULP sous convention (148 agents).

5.1.1 Le cadre juridique des statuts locaux

Créés par délibération des conseils d'administration des établissements en application des dispositions de l'article 8 (aujourd'hui abrogé) de la loi de n° 86-33 du 9 janvier 1986, les statuts locaux avaient pour objet de fixer, jusqu'à l'intervention de statuts particuliers, les règles relatives aux personnels occupant certains emplois hospitaliers non encore organisés en corps. Ces emplois sous statut local ont été constitués en cadre d'extinction par l'article 49 de la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.

La suppression de l'article 8 de la loi du 9 janvier 1986 qui permettait, auparavant, le recours aux « *recrutements sous statuts locaux* » jusqu'à intervention du statut particulier national s'accompagne, dans la loi du 2 février 2007, de la possibilité donnée aux établissements de procéder à l'intégration, par la voie du détachement, du personnel titulaire recruté sous statut local, dans le statut national.

Pour tenir compte des assouplissements apportés par la loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique, le décret n° 2011-67 du 18 janvier 2011 a modifié le décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 pour permettre une intégration directe.

L'instruction DHOS/P3/2008/265 du 12 août 2008 prise pour l'application des dispositions de l'article 49 de la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique et la circulaire DGOS /RH4/2011/388 du 11 octobre 2011 relative à l'intégration dans les statuts nationaux de la fonction publique hospitalière des fonctionnaires relevant de statuts locaux sont venues préciser les modalités de détachement ou d'intégration dans les statuts nationaux d'agents relevant de statut locaux.

S'agissant du personnel informatique des HUS, aucun agent n'a intégré les statuts nationaux, 19 agents ont demandé leur détachement sur des grilles de la fonction publique hospitalière (technicien supérieur hospitalier et ingénieur) et deux contractuels ont opté pour la qualité de contractuel sous statut hospitalier. Aucun prothésiste-dentaire n'a changé de statut.

S'agissant des agents ULP, un agent est passé contractuel sous statut hospitalier et cinq sont passés titulaires. La circulaire de 2011 précise que les dispositions relatives à l'intégration dans les statuts nationaux ne concernent pas les personnels contractuels recrutés en CDI auxquels est toujours offerte la possibilité de passer des concours externes ou internes s'ils remplissent les conditions d'ancienneté prévue pour intégrer les corps pour lesquels ces concours sont ouverts. Le statut local des agents ULP transmis par les HUS concernait des agents contractuels, par conséquent, des agents contractuels sous statut local sont passés titulaires.

5.1.2 Le statut local des informaticiens

Les dispositions transitoires relatives aux statuts locaux concernaient essentiellement les emplois des informaticiens. Pour cette catégorie de personnel, elles sont devenues caduques lors de la parution des statuts nationaux créés par le décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 qui a créé notamment le corps des ingénieurs hospitaliers et des techniciens supérieurs. S'agissant des techniciens supérieurs, ces dispositions ont été abrogées par le décret n° 2011-744 du 27 juin 2011.

Les HUS ont donc recouru à la création de statuts locaux (en 1980 puis 1991) afin de recruter des agents pour lesquels les statuts particuliers n'avaient pas encore été établis. Le statut local des informaticiens, approuvé par délibération du conseil d'administration du 19 octobre 1990, s'applique aux agents titulaires et contractuels et concerne les personnels spécialisés affectés au CRIH et les personnels spécialisés en organisation recrutés par le CHU. Il s'inspire pour une grande partie des conditions fixées par la lettre-circulaire du directeur des hôpitaux du 14 mars 1986 portant conseils pour le recrutement et l'emploi de professionnels de l'informatique et de l'organisation. S'agissant du personnel contractuel, les modalités de recrutement et les grilles de rémunération ont été modifiées par avenant approuvé par délibération du conseil d'administration du 11 octobre 2001.

A partir de la parution du décret n° 91-868 du 5 septembre 1991, il n'était plus possible de recruter sous statut local des personnels informatiques. Les HUS ont continué à recruter sous statut local des informaticiens jusqu'en 2006 malgré la création d'un statut national. L'établissement explique le maintien de recrutements sous statut local après 1991 par les difficultés de recrutement et par le fait que le statut local avait des grilles et des avancements intéressants. Actuellement, 26 agents en fonction ont été recrutés hors statut national après la parution du décret de septembre 1991 (recrutement entre 1991 et 2003). Compte tenu de l'ancienneté de leur recrutement (en dehors de la période examinée), il n'a pas été procédé au contrôle des conditions de leur recrutement (diplômes, rémunération, ...).

Les modalités de recrutement avantageuses mises en place par le statut local ont ainsi permis le recrutement de personnel informatique à un grade de début de carrière supérieur à celui prévu par le statut particulier des personnels techniques applicable, ce qui explique que 36 agents restent régis par le statut local faute de pouvoir être détachés ou bénéficier d'une intégration directe.

5.2 Les contractuels

5.2.1 Le guide des procédures applicables aux agents contractuels des HUS

Les HUS disposent d'un guide des procédures applicables aux agents contractuels dont la base légale de certaines dispositions est inconnue à la chambre et que l'établissement ne respecte pas. Il est articulé autour de neuf chapitres correspondant aux différents corps de métiers. Il est complété par des fiches de procédure pour le recrutement. Pour chacun de ces corps de métiers sont précisées les fonctions exercées, l'échelon d'entrée, la durée du premier contrat, les modalités de renouvellement, l'accès à la stagiairisation, les avancements de carrière, les primes et les indemnités et les mesures exceptionnelles.

Il prévoit une mesure spécifique pour les personnels hors Union européenne qui peuvent bénéficier d'un passage en CDI après trois ans de présence sous réserve d'être sur un poste pérenne, d'une appréciation favorable et de l'avis du médecin assermenté. Cette mesure exceptionnelle concerne les aides-soignants/auxiliaires de puériculture, les infirmiers en soins généraux et spécialisés, les infirmiers de bloc opératoire, les agents des services hospitaliers qualifiés, les agents d'entretien qualifiés et les ouvriers professionnels qualifiés. L'établissement a indiqué que cette mesure a été mise en place dans le cadre du volet social du plan de retour à l'équilibre. Treize agents ont bénéficié de la mesure depuis sa mise en place en juillet 2010. Il n'existe aucun fondement juridique à ce dispositif.

5.2.2 Les recrutements en dehors des cas prévus par les textes

Le recours aux agents contractuels est prévu aux articles 9 et 9-1 de la loi du 9 janvier 1986. Selon ces dispositions, les établissements publics de santé peuvent recourir aux contractuels dans les cas suivants :

- lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées (CDI ou CDD) ;
- pour occuper un emploi à temps non complet correspondant à un besoin permanent (CDD) ;
- pour assurer le remplacement momentané de fonctionnaires hospitaliers indisponibles ou autorisés à exercer leurs fonctions à temps partiel (CDD) ;
- pour faire face temporairement et pour une durée maximale d'un an à la vacance d'un emploi qui ne peut être immédiatement pourvu par un fonctionnaire (CDD) ;
- pour un accroissement temporaire d'activité (CDD).

Le guide des procédures applicables aux agents contractuels rappelle ces dispositions. La fiche de procédure relative au recrutement en CDI reprend ces dispositions et précise que le recrutement en CDI peut se faire en dehors de ces cas après « *éventuelle négociation avec le DRH* ».

S'agissant des agents de catégorie A en CDI en octobre 2013, l'établissement n'a pas été en mesure de préciser le motif du recours à un CDI : exemples de motifs de recours à un CDI donné par le CHU : « *recrutement récent* », « *communication* », « *personnel administratif* ». Par conséquent, il n'a pas été possible de vérifier si le recours à des contractuels a été effectué dans les cas prévus par les dispositions réglementaires. En outre, aucune fiche de poste spécifique n'a été établie pour ces recrutements, l'établissement a précisé que « *la référence métier du répertoire national de la FPH fait office de fiche de poste lors de l'évaluation annuelle* ». Au regard de quatre recrutements examinés pour lesquels le motif du recrutement en CDI indiqué par l'établissement est « *recrutement récent* », la chambre s'interroge sur la motivation du recours à des contractuels, car les missions (chargé des ressources humaines, responsable achats ou ingénieur biologiste) ont clairement des correspondances statutaires.

L'établissement n'a pas été en mesure de communiquer le niveau de diplômes des agents de catégorie A en fonction et recrutés en CDI. Par conséquent, il n'a pas été possible de vérifier que le recours à des non-titulaires en CDI est justifié par la nature des fonctions occupées, par les besoins du service ou si les postes pourvus appellent des connaissances techniques hautement spécialisées qui ne pourraient être assurées par un fonctionnaire diplômé.

Aux termes de l'article 36 de la loi du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière, les établissements de santé sont tenus d'assurer la publicité des vacances d'emplois qui relèvent de leur compétence. L'établissement n'a pas été en mesure d'indiquer la date de publication des postes de catégorie A pourvus par des agents en CDI actuellement en fonction : « *Pour ce qui est de la date de publication du poste ainsi que le diplôme ces informations ne sont pas disponibles dans le système d'information* ». La chambre s'étonne que l'établissement ne puisse justifier d'une publicité de ces postes.

A la chambre, qui avait recommandé de sécuriser les procédures de recrutement des agents contractuels et de veiller à ce que le recours à ceux-ci n'intervienne que dans les cas prévus par les dispositions réglementaires, il a été répondu que « *la direction prend note des observations de la chambre, qui se traduira par l'élaboration d'un nouveau guide de recrutement concernant les postes occupés par le personnel contractuel* ». Par ailleurs, la réponse de l'établissement

mentionne explicitement que les « *contractuels [...] seront recrutés conformément à la réglementation en vigueur* ». La chambre en prend acte et maintient sa recommandation.

Recommandation n° 4 : La chambre recommande à l'établissement de sécuriser ses procédures de recrutement et de veiller à ce que le recours aux agents contractuels soit effectué dans les cas prévus par les dispositions réglementaires.

5.2.3 Les primes versées aux agents contractuels

Le guide applicable aux agents contractuels prévoit le versement des primes et indemnités suivantes :

- Adjoint des cadres hospitaliers de classe normale : versement d'une prime spécifique mensuelle correspondant à 15 points majorés ;
- Attaché d'administration hospitalière (AAH) : versement de 100 € pour les conseillers de gestion ;
- Manipulateur d'électroradiologie médicale de classe normale : versement d'une prime spécifique mensuelle correspondant à 13 points majorés (en cas de contexte de pénurie) ;
- Préparateur en pharmacie de classe normale : 100 € bruts mensuels ;
- Masseur-kinésithérapeute de classe normale : 100 € bruts mensuels ;
- Technicien hospitalier : entre 10 % et 40 % ;
- Ingénieur hospitalier : maxi 45 %.

L'examen d'un échantillon de bulletins de paie 2011 et de contrats signés en 2011 a mis en évidence une pratique différente de celle fixée par le guide ainsi que le paiement de primes et indemnités non prévues par les textes ou réservées par les textes les ayant instituées aux seuls titulaires et stagiaires.

La « prime spécifique contractuelle »

Le guide des procédures applicables aux agents contractuels prévoit le versement à certaines catégories de personnel d'une prime spécifique contractuelle. Celle-ci n'a aucun fondement législatif ou réglementaire. Son montant est fixé dans le contrat. Le montant total versé en 2011 (source Xemelios) est de 230 343,54 €.

L'instruction a mis en évidence qu'une prime spécifique contractuelle pouvait être versée dans des cas non prévus par le guide ou que son montant pouvait être différent de ce qui était fixé par le guide. Par exemple, le guide prévoit le versement d'une prime spécifique mensuelle de 100 € brut pour les attachés d'administration hospitalière qui occupent les fonctions de conseillers de gestion, aucune prime n'est indiquée pour les attachés d'administration hospitalière qui occupent d'autres fonctions. En pratique, le montant des primes est variable et ne concerne pas que les conseillers de gestion. Au 31 décembre 2011, six AAH perçoivent une prime spécifique contractuelle dont le montant mensuel est compris entre 80 € et 400 €. Ils sont affectés notamment à la direction générale, à la direction des ressources humaines et à la direction de la communication.

La création en 2011 d'une prime spécifique contractuelle pour la création d'un Dossier Médical Personnel (DMP)

Les contrats de certains adjoints administratifs hospitaliers signés fin 2011 prévoient le versement d'une prime spécifique contractuelle d'un montant de 15 € brut par tranche de 10 DMP supplémentaires ouverts au-delà de l'objectif journalier d'ouvertures de DMP fixé par la direction

des admissions et des consultations externes. L'objectif journalier d'ouvertures de DMP au-delà duquel cette prime est versée était de 20 dossiers par jour. Il n'y a eu aucun paiement en 2012.

La prime spécifique mensuelle

L'examen d'un échantillon de contrats a mis en évidence le versement de la prime spécifique mensuelle de 90 € brut à certains agents contractuels (sages-femmes, infirmiers). Le guide des procédures applicables aux agents contractuels ne prévoit pas le versement de cette prime. Le versement est mentionné au contrat. Elle correspond à la prime dite « Veil » prévue par le décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988 relatif à l'attribution d'une prime spécifique à certains agents. Selon l'article 1^{er} de ce décret, cette prime ne concerne que les titulaires et les stagiaires. Les contractuels ne sont pas mentionnés.

La prime spéciale de début de carrière

Certains contrats prévoient le versement d'une prime spéciale de début de carrière en application d'une délibération des HUS du 9 mars 1990. Le versement de cette prime n'est pas prévu par le guide applicable aux agents contractuels ; toutefois, il est prévu au contrat. Cette prime est prévue par l'article 1^{er} du décret n° 89-922 du 22 décembre 1989 pour les seuls agents titulaires et stagiaires. Les contractuels ne sont pas mentionnés. Le versement à des agents en CDD est critiquable, car ces agents n'ont pas vocation à faire carrière aux HUS. Par délibération du 9 mars 1990, les HUS ont étendu cette prime aux agents non titulaires dans les mêmes conditions que pour les titulaires et stagiaires. Cette délibération fait suite à un télex du 5 février 1990 de la direction des hôpitaux indiquant que le versement de cette prime peut être étendu aux agents non titulaires.

La prime de technicité

Pour les ingénieurs du CRIH, le guide prévoit le versement d'une prime de technicité au taux maximum de 45 % dont le montant est fixé annuellement par la DRH. Les contractuels sont exclus du bénéfice de la prime de technicité en application du décret n° 91-870 du 5 septembre 1991 relatif à l'attribution de la prime de technicité aux ingénieurs hospitaliers. Selon l'article 1^{er} de ce décret, cette prime ne concerne que les titulaires et les stagiaires. Les contractuels ne sont pas mentionnés. Le versement est prévu aux contrats ou avenants.

L'indemnité forfaitaire technique

Pour les techniciens du CRIH, le guide prévoit le versement d'une indemnité forfaitaire technique maximum de 40 % dont le montant est fixé au moment du recrutement par le DRH. Les contractuels sont exclus du bénéfice de l'indemnité forfaitaire technique en application du décret n° 91-871 du 5 septembre 1991 relatif à l'attribution d'une indemnité forfaitaire technique aux techniciens supérieurs de la FPH abrogé par le décret n° 2013-102 du 29 janvier 2013 relatif à l'attribution d'une indemnité forfaitaire technique aux agents du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers. Selon l'article 1^{er} de ces deux décrets, cette prime ne concerne que les titulaires et les stagiaires. Les contractuels ne sont pas mentionnés. Selon ces deux décrets, le montant mensuel de l'indemnité forfaitaire technique est arrêté par l'autorité investie du pouvoir de nomination en fonction de la valeur professionnelle de l'agent. Par conséquent, le montant de la prime doit être fonction de la manière de servir de l'agent. Elle ne saurait avoir un caractère automatique. Le versement de cette prime est prévu au contrat ou par avenant.

Le versement des primes techniques aux personnels informatiques serait une pratique courante dans les hôpitaux afin de permettre de maintenir un niveau de recrutement.

Selon le guide des procédures applicables aux agents contractuels, il existe « une masse réservée » à la prime de technicité. L'établissement a indiqué qu'il y a une seule masse à répartir entre les titulaires et les contractuels. Elle concerne à la fois l'indemnité forfaitaire technique et la prime de technicité. Elle est égale à 29 % des traitements de base des personnels pouvant y prétendre (titulaires et contractuels). Les agents perçoivent un pourcentage mensuel et un versement complémentaire au mois de décembre déterminé après avis du responsable du pôle (pour le budget H son montant est de 2 108 000 €). Les dispositions réglementaires n'imposent pas le respect d'une enveloppe et fixent uniquement des taux plafonds.

Recommandation n° 5 : En matière de primes et indemnités versées aux agents contractuels, la chambre recommande aux HUS de mettre à plat le dispositif actuel afin d'éviter toute situation de versement sans fondement juridique notamment lorsque ces primes sont prévues par les dispositions réglementaires pour les seuls agents titulaires et stagiaires.

Dans sa réponse, la direction des HUS a indiqué qu'elle redéfinira les modalités de rémunération des contractuels et s'attachera à identifier les solutions applicables pour les situations existantes, ce dont la chambre prend acte.

5.2.4 La mise en œuvre des dispositions relatives à la sécurisation des parcours professionnels des agents contractuels

Le protocole d'accord du 31 mars 2011 portant sécurisation des parcours professionnels des agents contractuels dans les trois fonctions publiques vise à répondre aux situations de précarité. Selon la circulaire DGOS/RH/2011/407 du 26 octobre 2011 relative à la mise en œuvre de ce protocole dans les établissements publics de santé, il appartient à chaque établissement de dresser un état des lieux des personnels éligibles et de déterminer les modalités d'application du dispositif d'accès à l'emploi titulaire. Cette circulaire demandait aux établissements de transmettre aux ARS les données qualitatives et quantitatives qu'ils auront pu recueillir. Les résultats de l'enquête transmis à l'ARS par les HUS sont les suivants :

- éligibilité à la titularisation : 422 agents en CDI et 35 agents en CDD, soit 5,12 % des effectifs totaux au 31 mars 2011 ; sont compris dans ces 422 agents : 177 personnels intégrés de l'ULP qui avaient opté pour le maintien de leur ancien contrat, 16 personnels non ressortissants de l'Union Européenne, 28 personnels informatiques de statut local, 38 psychologues qui cumulent plusieurs postes à temps non complet ou non pérennes (financement MIG), 11 techniciens supérieurs hospitaliers ou ingénieurs travaillant à la recherche clinique ;
- éligibilité à la « CDIisation » : 16 agents en CDD au 31 mars 2011 (21 en 2012, 15 en 2013, 27 en 2014, 50 en 2015).

La circulaire DGOS/RH4/DGCS/2013/138 du 4 avril 2013 relative à la mise en œuvre du décret n° 2013-121 du 6 février 2013 précise les mesures à mettre en œuvre dans la fonction publique hospitalière. En application des articles 25 à 29 de la loi du 12 mars 2012, les établissements relevant de la FPH devront organiser, d'ici le 12 mars 2016, des recrutements directs ou par voie de concours ou d'examens professionnalisés réservés aux agents contractuels qui étaient en fonctions au 31 mars 2011 ou dont le contrat aurait pris fin entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2011 et qui justifient, dans le même établissement, d'une durée de services publics au moins égale à quatre années en équivalent temps-plein, soit au cours des six années précédant le 31 mars 2011, soit à la date de clôture des inscriptions auxquelles ils postulent.

L'article 6 du décret du 6 février 2013 instaure les règles relatives à l'information des personnels concernés et les modalités de suivi de la mise en œuvre du dispositif : les établissements doivent procéder chaque année à une information individuelle des agents contractuels qu'ils emploient ou dont le contrat a pris fin depuis le 1^{er} janvier 2011 sur les

conditions générales fixées par la loi du 12 mars 2012 ainsi que par le décret et les arrêtés pris pour son application pour l'accès à la FPH. Aux HUS, les agents ont été informés par une note d'information jointe à la fiche de paie de juillet 2013. Chaque agent concerné par l'accès à la titularisation devait recevoir avant fin 2013 la simulation de son classement en qualité de fonctionnaire. Sont concernés 326 agents en CDI (dont 153 ULP) et 48 agents en CDD.

5.2.5 Le personnel du groupement de coopération sanitaire Alsace-Santé

Parmi ses effectifs, le CHU compte le personnel du GCS Alsace-santé. Ce personnel a été recruté par les HUS et mis à disposition du GCS qui rembourse les rémunérations. Au 1^{er} octobre 2013, les effectifs sont de 13,6 ETP (12,6 CDI + 1 CDD). L'établissement n'a transmis aucun document relatif à la répartition des compétences entre le GCS et le CHU concernant ce personnel. L'effectif comprend un chef de projet, trois AAH, huit ingénieurs, un adjoint des cadres et un adjoint des cadres hospitaliers.

6. LA DETTE SOCIALE : LES HEURES SUPPLEMENTAIRES ET LES COMPTES EPARGNE TEMPS

La dette sociale comprend les heures supplémentaires ne donnant lieu ni à paiement ni à compensation horaire ainsi que les congés non pris d'un exercice faisant l'objet d'un report sur l'exercice suivant. Elle serait de l'ordre de 21 653 942 € (heures supplémentaires : 4 083 711 € ; CET du personnel médical : 13 067 087 € ; CET du personnel non médical : 4 503 144 €) et correspond à la dépense potentielle liée à la monétisation des comptes épargne temps et des heures supplémentaires accumulés au 1^{er} janvier 2013. La couverture financière de la dette sociale est partiellement assurée par une provision d'un montant total de 18 816 522,12 € (heures supplémentaires : 2 010 000 € ; CET du personnel médical 11 970 066 € ; CET du personnel non médical : 4 836 456,12 €).

Aucune analyse à partir des données du bilan social 2012 (nombre moyen de jours de CET par agent, nombre moyen d'heures supplémentaires par agent,) n'a été effectuée pour deux raisons :

- les données relatives aux heures supplémentaires sont incomplètes, car elles ne tiennent pas compte des heures supplémentaires réalisées par les agents ayant quitté l'établissement et qui ne sont plus dans GESTOR au 31 décembre ;
- les données indiquées ne tiennent pas compte de l'alimentation des CET en 2013 au titre de 2012.

Il est difficile de concilier la date limite laissée aux agents pour exercer leur droit d'option concernant les CET (31 mars hors dispositif exceptionnel) avec les délais d'établissement du bilan social. En application des articles 2 et 3 de l'arrêté du 5 décembre 2012 fixant les modalités d'adoption et le contenu du bilan social des établissements publics de santé, les instances sont consultées avant le 15 avril de l'année suivante la dernière année sur laquelle porte le bilan social et le directeur de l'établissement arrête le bilan social après avis avant le 30 avril. En application des décrets n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 (pour le personnel médical) et n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 (pour le personnel non médical) « *la situation des comptes épargne-temps et leur prise en compte dans le bilan comptable sont présentées chaque année aux membres de la commission médicale d'établissement, concomitamment au bilan social* ».

6.1 Les comptes épargne temps

6.1.1 Données relatives aux comptes épargne temps

Pour le personnel médical

En 2012, le nombre de jours accumulés sur les comptes épargne temps (CET) du personnel médical est de 29 201,5 contre 18 051,5 en 2007. La différence entre les données du bilan social 2012 (23 703 jours CET) et celles communiquées au cours de l'instruction (29 201,5 jours CET) s'explique par le fait que l'alimentation des CET au titre d'une année est faite après l'élaboration du bilan social relatif à cette même année.

L'année 2008 est marquée par une baisse du nombre de jours CET en raison du dispositif exceptionnel fixé par le décret n° 2008-455 du 14 mai 2008 et son arrêté d'application du même jour qui ont prévu la possibilité, pour les praticiens qui en ont fait la demande, d'être indemnisés à hauteur de la moitié des jours épargnés sur les CET à la date du 31 décembre 2007. Cette mesure n'avait pas de caractère pérenne. En application de ces textes, les HUS ont procédé à l'indemnisation de jours épargnés sur les CET : soit 5 740 jours pour un montant total de 2 558 375 € (brut : 1 722 000 € + charges : 836 375 €).

Les jours CET concernent essentiellement les PH (80 %) et les praticiens attachés (13 %). La valorisation financière donnée par l'établissement du stock de jours CET au 31 décembre 2012 n'appelle pas d'observations. Aucune autre dépense n'a été engagée pour faire face au coût d'utilisation des jours placés sur les CET du personnel médical. La DAM a confirmé être confrontée à des absences prolongées au titre des congés acquis sur le CET et jusqu'ici elle n'a pas recruté de personnels médicaux pour ces périodes.

Pour le personnel non médical

A la différence du personnel médical, les CET du personnel non médical sont suivis en nombre d'heures et non en nombre de jours. L'outil de gestion du temps de travail GESTOR ne permet qu'un suivi des heures en stock.

Durant la période sous contrôle, le nombre d'heures placées sur les CET progresse de 60 877 heures (de 202 695 heures en 2007 à 263 572 en 2012) pour une valorisation financière de 4 503 144 €. Cette dernière correspond au nombre d'heures converties en jours par catégorie professionnelle (A, B, C), auxquelles sont appliqués le tarif et un taux de charges de 14 % pour les titulaires et de 51 % pour les contractuels. Il n'a pas été possible de vérifier l'exactitude de cette évaluation, car la chambre n'a pu disposer de la répartition par catégorie, malgré sa demande.

La baisse enregistrée au 31 décembre 2008 (- 10 021 heures par rapport à 2007) a un caractère artificiel car elle découle du paiement en 2008 d'une partie des CET permis par le versement d'une dotation exceptionnelle du Fonds pour l'Emploi Hospitalier. Suite à la parution du décret n° 2008-454 du 14 mai 2008, 6 418 jours CET ont été indemnisés pour un montant de 739 650 €. Hormis ce dispositif exceptionnel, aucune dépense n'a été engagée au titre des CET. Les mensualités de remplacement consommées au titre du remplacement des agents en CET sont incluses dans les mensualités de remplacement déléguées aux pôles.

6.1.2 Le provisionnement des comptes épargne-temps

Selon le compte financier 2012, la provision pour CET comptabilisée au compte 143 est de 16 806 522,12€. Selon le bilan social 2012, elle est de 4 906 919 € pour le personnel non médical et de 12 317 093 € pour le personnel médical, soit un total de 17 224 012 €.

L'établissement a précisé que les données du bilan social sont erronées. Ainsi, la provision est de 4 836 456,12 € pour le personnel non médical et de 11 970 066 € pour le personnel médical.

Pour le personnel médical

La circulaire DGOS du 15 mars 2013 précise qu'en application de l'article 14 du décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012, il résulte de la réglementation l'obligation pour les établissements publics de santé de comptabiliser au passif la totalité des jours inscrits sur les CET. Elle renvoie à un arrêté conjoint des ministres de la santé et du budget concernant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits des praticiens. A ce jour, cet arrêté n'a pas été publié.

La provision 2012 au titre des CET du personnel médical, d'un montant de 11 970 066 €, a été déterminée selon le calcul suivant :

- au 31 décembre 2012 (avant alimentation en 2013 au titre de 2012) la valorisation des CET des personnels médicaux était de 10 570 995 € charges comprises ;
- afin de prendre en compte les évolutions (à la hausse) liées au choix d'alimentation des CET par les médecins jusqu'à fin mars 2013 au titre du passif 2012, il a été retenu un taux de croissance moyen annuel de 13,235 % (correspond à la moyenne entre le taux d'évolution 2010/2011 : 17,74 % et le taux d'évolution 2011/2012 : 8,73 %) ;
- $10\,570\,995\text{€} + 1\,399\,071\text{€} (+ 13,235\%) = 11\,970\,066\text{€}$.

Il n'a pas été possible d'identifier les données ayant servi au calcul du taux d'évolution 2011-2012. Compte tenu de l'évaluation financière définitive du stock des jours CET (13 067 087 €), la provision est sous-évaluée de 1 097 021 €, donnée que l'établissement n'a pas contestée au cours de la procédure contradictoire.

Pour le personnel non médical

La circulaire DGOS du 5 février 2013 précise qu'en application de l'article 13 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 modifié, il résulte de la réglementation l'obligation pour les établissements de la fonction publique hospitalière de comptabiliser au passif la totalité des jours inscrits sur les CET du personnel non médical. Elle renvoie à deux arrêtés conjoints des ministres de la santé et du budget (l'un pour les établissements sous M21, l'autre pour les établissements sous M22) concernant les modalités de provisionnement et de transfert de provisions.

La provision 2012 au titre des CET du personnel non médical, d'un montant de 4 836 456,12 €, a été déterminée selon les indications données par l'établissement de la manière suivante : situation provisoire au 31 décembre 2012 valorisée au forfait selon la catégorie professionnelle, augmentée des charges et d'un taux de croissance de 13,235% correspondant à l'évolution constatée des CET sur la période 2010-2012.

N'ayant pas la répartition entre les catégories de personnel (A, B, C), ni les éléments ayant servi au calcul du taux d'évolution 2011-2012, il n'a pas été possible de vérifier le calcul de la provision au titre des CET du personnel non médical.

Compte tenu de l'évaluation financière définitive du stock des jours CET (4 503 144 €), la provision est surévaluée de 333 312,12 €. L'établissement explique cette surévaluation par les CET des agents sortis de l'établissement au cours des premiers mois de l'année qui sont pris en compte dans l'évaluation de la provision mais plus dans l'évaluation définitive de jours de CET en stock.

Pour procéder à une valorisation financière des jours CET alors que les personnels n'ont pas encore exercé leurs droits d'option (consommation possible jusqu'au 31 mars et alimentation des CET jusqu'au 30 avril), l'établissement utilise un taux de progression identique pour le

personnel médical et non médical. Or, la progression pour ces deux catégories de personnel est différente. Pour la période 2009-2011, les CET pour le personnel non médical progressent de 11,75 % et de 40 % pour le personnel médical.

Il est relevé que le total des provisions indiqué dans le bilan social 2012 (mais qui ne correspond pas au total comptabilisé) est proche du total qui aurait dû être provisionné :

- montant total des provisions CET au bilan social : 17 224 012 € (PNM : 4 906 919 € ; PM : 12 317 093€) ;
- montant total des provisions comptabilisées : 16 806 522,12 € (PNM : 4 836 456,12 € ; PM : 11 970 066 €) ;
- montant total des jours CET à provisionner : 17 570 231 € (PNM : 4 503 144 € ; PM : 13 067 087 €).

Pour la chambre, l'insuffisance de provision au titre des CET s'élève à 763 709 €. Elle observe que les HUS n'ont pas contesté cette évaluation au cours de la procédure contradictoire.

La comptabilisation de la provision en 2012

En 2012, le compte 143 a été abondé à hauteur de 6 960 158,85 €. Or, la charge comptabilisée au compte 68743 « dotations aux provisions pour charges de personnel au titre du CET » (budget principal + budgets annexes) n'est que de 2 102 157,12 €. L'établissement a précisé que la différence correspondait à des « régularisations de provisions antérieures à hauteur de 4 858 001,73€ » et que le compte qui a été débité de ce montant est le 1190 (report à nouveau). La chambre s'interroge sur cette écriture comptable que l'établissement n'a pu expliquer, y compris au cours de la procédure contradictoire.

6.1.3 Les nouvelles modalités de gestion des comptes épargne-temps

Pour le personnel non médical

Les nouvelles dispositions réglementaires issues du décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 (précisées par un arrêté du même jour) ont pour objet d'harmoniser le dispositif applicable à la fonction publique hospitalière avec celui des deux autres fonctions publiques avec le passage d'un régime exclusivement géré sous forme de jours de congé à un régime combinant une utilisation des jours épargnés en congé, en indemnisation et en épargne retraite. La nouvelle réglementation assouplit les règles d'utilisation des CET et prévoit également leur monétisation ou leur conversion en épargne-retraite. Les établissements ont désormais à gérer deux CET par agent dès lors qu'un CET aura été ouvert avant le 31 décembre 2011 : un CET historique et un CET pérenne pour les jours CET à partir de 2012.

Le nouveau dispositif, entré en vigueur à compter du 9 décembre 2012, s'applique aux jours épargnés à compter de l'année 2012 et portés sur le CET à l'issue de l'année 2012. Ce décret prévoit la possibilité d'un paiement à l'initiative de l'agent. Pour les CET historiques, le paiement se fera en quatre tranches et pour le CET pérenne, qui ne pourra pas dépasser 60 jours, le paiement sera annuel.

La circulaire DGOS/RH4/DGCS/2013/42 du 5 février 2013 relative à l'application du décret n° 2012-1366 prévoit que chaque agent, qu'il ait ouvert ou non un CET, devra être informé sur le CET pérenne et sur le dispositif transitoire relatif au CET historique. Cette information devra être accompagnée d'un formulaire d'option pour les jours épargnés au 31 décembre 2011 et pour les jours épargnés au 31 décembre 2012. Aux HUS, chaque agent a été informé individuellement (par courrier), une plaquette a été diffusée sur l'intranet de l'établissement et le nouveau dispositif a été présenté aux instances. Le paiement devait être effectué en octobre 2013.

Suite au recensement effectué et s'agissant des CET historiques, sur un total de 224 708 heures encore en stock, il a été demandé le paiement de 18 616 heures, le transfert de 3 320 heures vers le régime de retraite additionnel de la fonction publique (RAFP) et le solde de 202 708 heures a été maintenu sur les CET. Pour les CET pérennes, sur un total de 38 865 heures encore en stock, il a été demandé le paiement de 281 heures et le solde de 38 584 heures a été maintenu sur les CET.

Pour le personnel médical

Les nouvelles dispositions réglementaires issues du décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 (précisées par un arrêté du même jour) ont pour objet de donner suite aux mesures relatives à l'organisation du travail et au temps de travail figurant dans l'accord-cadre signé le 23 janvier 2012. Comme pour le personnel non médical, sont mis en place deux CET. Toutefois, contrairement aux dispositions applicables au personnel non médical, le CET historique concerne les jours placés sur un CET au 31 décembre 2012 et le CET pérenne les jours placés sur un CET à partir de 2013.

Ces textes prévoient un plafond global de 300 jours pouvant être maintenu sur les CET jusqu'au 31 décembre 2015, puis 208 jours à compter du 1^{er} janvier 2016. Le dépassement de ce plafond nécessitera l'autorisation du directeur de l'ARS. Actuellement, seuls deux médecins sont concernés par un dépassement du plafond de 208 jours.

S'agissant des CET historiques, les médecins avaient le choix entre l'indemnisation et le maintien sur le CET, soit la combinaison des deux possibilités. Ce droit devait être exercé avant le 1^{er} juin 2013. En l'absence de réponse, la règle est le maintien des jours sur les CET.

La circulaire DGOS/RH4/2013/116 du 15 mars 2013 relative à l'application du décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 prévoit que chaque médecin, qu'il ait ouvert ou non un CET, devait être destinataire d'une fiche d'information sur les nouvelles règles du CET et sur le dispositif transitoire relatif au CET historique. Cette information devait être accompagnée d'un formulaire d'option pour les jours épargnés au 31 décembre 2012. Aux HUS, chaque praticien a été destinataire, par voie électronique, d'une fiche d'information portant à la fois sur le CET pérenne et sur le CET historique.

Suite à l'exercice du droit d'option, sur un solde de CET historique au 1^{er} janvier 2013 de 29 201,5 jours et après déduction de 9 641,5 jours au titre du socle de 20 jours pour lequel aucun choix n'est possible, il a été demandé le paiement de 9 856,5 jours et le maintien sur CET de 9 703,5 jours. Les jours à indemniser correspondent à un tiers du stock de jours CET. L'indemnisation s'effectuera en quatre fractions annuelles, le premier versement étant réglé en décembre 2013.

La place des pôles dans la gestion des CET du personnel médical

Le décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 est venu renforcer les fonctions du chef de pôle dans la gestion du temps médical. Désormais, il lui revient d'organiser la prise des jours de congé sur certaines périodes de l'année en fonction de l'activité. L'organisation du temps de présence et d'absence des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques doit être intégrée dans les contrats de pôle. En outre, il appartient au chef de pôle de recenser sur la base du tableau prévisionnel des activités du pôle, le nombre de jours de congé, de réductions du temps de travail et de récupérations susceptibles de ne pas être pris au titre de l'année en cours au regard des nécessités de service et qui pourraient être versés aux comptes épargne temps par les praticiens. Selon ce décret, l'avenant annuel au contrat de pôle doit fixer le nombre de jours prévisionnels définitifs et son impact sur le passif de l'établissement.

Lors de l'instruction, les contrats de pôle n'avaient pas encore été modifiés pour tenir compte de cette évolution réglementaire. La direction des affaires médicales a indiqué avoir demandé à la direction en charge des contrats de pôle à ce que cette nouvelle mission dévolue aux chefs de pôle soit bien prise en compte dans les contrats de pôle. Ces dispositions visent à renforcer la place des pôles dans la gestion des CET, qui à ce jour ont peu d'incitation à réduire cette dette qui est mutualisée au niveau de l'établissement. La chambre n'a pas été destinataire d'un calendrier prévisionnel de mise en œuvre de ces dispositions, malgré sa demande.

6.2 La gestion des heures supplémentaires et la question de leur maîtrise

6.2.1 L'évolution du stock des heures supplémentaires

Lors du contrôle précédent, la chambre relevait l'importance du nombre d'heures supplémentaires restant à payer en fin d'exercice. Au 31 décembre 2007, elle constatait que le stock était de 212 440 heures (hors heures placées sur les CET) et prenait acte de la mise en paiement en septembre 2008 de 62 426 heures et de la mise en place d'un plan de résorption pour les 150 014 heures restantes.

Au 31 décembre 2012, le stock est de 177 043 heures pour une valorisation financière de 4 083 711 € (soit un coût moyen de l'heure de 23 €) : ceci correspond à une baisse de 44 006 heures par rapport à 2007 (avec 221 049 heures), étant rappelé que ce stock ne prend pas en compte les heures supplémentaires placées sur les CET.

Cette baisse s'explique notamment par le dispositif exceptionnel de paiement d'heures supplémentaires restant dues au 31 décembre 2007 suite à la parution du décret n° 2008-456 du 14 mai 2008. Dans le cadre de ce dispositif exceptionnel, 62 426 heures ont été payées pour un coût total de 947 k€, charges comprises (soit un coût moyen de l'heure de 15 €). Si globalement le CHU peut afficher une baisse des heures supplémentaires en stock (- 19,9% entre 2007 et 2012), celle-ci ne reflète pas la réalité en termes de gestion des heures supplémentaires.

Avec l'intégration du SIHCUS, le CHU a dû intégrer dans son stock 17 658 heures. En l'absence de dispositif exceptionnel de paiement (- 62 426 heures) et d'intégration des heures SIHCUS (+ 17 658 heures), le stock au 31 décembre 2012 aurait été de 221 811 heures, soit quasiment le même niveau que celui de 2007.

A titre de comparaison, le stock du CHU de Bordeaux au 31 décembre 2012 est de 35 975 heures. Interrogé sur le niveau élevé du stock d'heures supplémentaires, l'établissement a donné trois explications :

- le logiciel de gestion du temps de travail comptabilise à la minute les heures, ainsi 2 500 agents ont un compteur d'heures supplémentaires supérieur à 7 heures et représentent 9 248 heures ;
- il s'agit d'heures historiques datant de la mise en place des 35 heures et 32 h 30 de nuit. L'établissement avait incité les soignants à réaliser des heures supplémentaires compte tenu des graves difficultés de recrutement. Au 31 décembre 2005, le stock était déjà de 174 638 heures ;
- le CHU de Bordeaux doit avoir une politique de paiement d'heures supplémentaires.

Au 30 juin 2013, le nombre total d'heures en stock est de 174 788 alors qu'il était de 169 146 au 30 juin 2012, soit un écart de + 5 642 heures. Depuis 2010, est constatée une reprise à la hausse du stock des heures supplémentaires (+ 24 418 heures ; soit + 16 %) que l'établissement explique par l'intégration du stock des heures supplémentaires du SIHCUS (intégration au 1^{er} janvier 2011). Toutefois, même en ne tenant pas compte des heures du SIHCUS intégrées au stock des HUS, la chambre constate une hausse depuis 2010 (152 939 en 2010 ; 159 385 en 2012). Cette

tendance à la hausse s'est confirmée en 2013, le nombre d'heures supplémentaires atteignant 188 443 heures au 31 décembre, soit une augmentation nouvelle de 18,2 %, ce qui confirme la nécessité de revoir en profondeur, d'une part les dispositifs de suivi, de connaissance et de gestion fine des pôles et services et, d'autre part, l'urgence de revoir l'organisation des services et l'allocation des moyens de façon à assurer l'exploitation courante avec les effectifs employés dans la limite de leur durée légale d'activité.

A noter qu'au CHU de Bordeaux, le stock d'heures supplémentaires beaucoup moins important qu'aux HUS ne s'accompagne pas d'un stock aussi important qu'aux HUS de jours CET. Les HUS ont à la fois un stock élevé d'heures supplémentaires et de jours placés en CET. Au cours de la période 2007-2012, 54 775 heures supplémentaires ont été placées sur les CET. Ce constat interpelle sur la gestion et le suivi par l'établissement du temps d'activité ainsi que sur son organisation et doit conduire les HUS à les revoir en profondeur.

6.2.2 L'évolution des charges liées au paiement des heures supplémentaires

Les dépenses correspondant aux heures supplémentaires restent stables entre 2007 et 2012 du fait de l'existence depuis 2008 d'une enveloppe annuelle d'environ 1 M€/an consacrée par l'établissement à cette dépense (pour le budget H). L'établissement a aussi précisé que cette enveloppe - qui reste pourtant stable au cours de la période - était réévaluée en fonction du taux d'augmentation budgétaire et qu'elle était prévue dans le cadre de l'EPRD en fonction des disponibilités des crédits du compte 641. La chambre relève la contradiction entre une enveloppe annuelle d'1 M€, donc fixe, et une éventuelle augmentation se fondant sur une évolution budgétaire.

La prévision pour 2013 est de 982 k€. Ce coût ne prend pas en compte les heures payées dans le cadre des interventions sur astreintes, même si ces heures viennent alimenter les stocks d'heures supplémentaires. En application de l'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002, les heures supplémentaires effectuées dans le cadre des astreintes doivent être prises en compte pour le calcul des plafonds réglementaires à l'exception des personnels participants aux activités de prélèvement et de transplantation d'organes. Ces heures, lorsqu'elles ne sont pas récupérées, sont rémunérées en heures supplémentaires. Par conséquent, pour la chambre, les dépenses relatives aux heures supplémentaires sont supérieures à celles affichées par l'établissement. Par exemple, à partir des données Xemelios, le total des dépenses d'heures supplémentaires avec prise en compte des interventions sur astreintes est de 1 698 k€ pour 2011.

S'agissant de savoir si, du fait de l'existence de cette enveloppe budgétaire, des demandes de paiement d'heures supplémentaires n'étaient pas satisfaites, les HUS ont indiqué que le paiement concerne principalement le pôle de radiologie pour les heures supplémentaires faites le dimanche, les blocs opératoires, ainsi que la direction de la recherche clinique et de l'innovation pour les interventions sur astreintes de jour et, enfin, le dispositif de remplacement inter-pôles. Les demandes particulières de paiement d'heures sont étudiées au cas par cas. En cas de départ de l'établissement ou si les nécessités de service ne permettent pas à l'agent de récupérer ses heures, il est procédé à leur paiement. Dans la mesure où les demandes particulières de paiement d'heures supplémentaires sont étudiées au cas par cas, il en est déduit qu'il existe des demandes de paiement non satisfaites dont l'évaluation financière n'est pas chiffrée.

6.2.3 L'indemnisation des heures supplémentaires

S'agissant du paiement des heures supplémentaires, si le système de paie permet la recherche de l'indice à une date donnée et un paiement différencié jour/nuit et dimanche à cette date, les compteurs de GESTOR sont des compteurs pluriannuels qui ne conservent pas la date de production de l'heure supplémentaire. En conséquence, pour la chambre, le paiement d'heures

supplémentaires sur stock ne peut se faire selon les règles de calcul prévues par le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002. Il en résulte un surcoût pour l'établissement, car la prise en compte de l'indice de l'agent s'effectue au moment du paiement et non au moment de la réalisation des heures supplémentaires.

6.2.4 La constitution d'une provision

Au 31 décembre 2012, le coût des heures supplémentaires en stock est de 4 083 711 €. A la même date, l'établissement a constitué une provision de 2 010 000 €. Pour justifier la différence de 2 073 711 € entre la provision et l'évaluation financière des heures en stock, l'établissement a précisé que l'ensemble des heures supplémentaires n'est pas provisionné, le principe restant la récupération. Pour la chambre, cette explication n'est guère recevable car si le principe reste la récupération, celle-ci vaut essentiellement pour les heures réalisées en cours d'année, et l'évolution à la hausse du stock atteste que le principe de la récupération est sans influence sur le stock. Par ailleurs, il faut noter que les éléments de calcul de la provision de 2 010 000 € n'ont pas été communiqués à la chambre.

6.2.5 La récupération et l'alimentation des comptes épargne-temps

Le guide pratique du règlement intérieur concernant l'organisation du temps de travail du personnel non médical précise que la récupération des heures supplémentaires doit se faire au plus proche de leur production et si l'activité du service le permet, il peut être demandé à l'agent de récupérer ces heures. L'établissement a précisé que lors de chaque réunion de cadres supérieurs un état des lieux est fait par la DRH sur la situation des heures supplémentaires afin de sensibiliser les cadres au problème. Par ailleurs, dans le cadre de la délégation de l'enveloppe de service de compensation centrale, la direction des soins demande, quand cela est possible, de diminuer les heures supplémentaires en cas d'affectation d'agents du service de compensation centrale. Pour la chambre, ces explications n'apportent pas l'évidence d'une véritable politique incitative afin d'encourager les récupérations d'heures supplémentaires.

En application de l'article 3 du décret n° 2002-788 modifié du 3 mai 2002, les comptes épargne temps peuvent être alimentés par les heures supplémentaires prévues à l'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 qui n'auront fait l'objet ni d'une compensation horaire, ni d'une indemnisation. Entre 2007 et 2012, 54 775 heures supplémentaires ont été placées sur les CET. Toutefois, le nombre annuel d'heures supplémentaires placées sur un CET est en baisse (13 219 en 2007 contre 6 614 en 2012).

6.2.6 La production d'heures supplémentaires et le contrôle de l'effectivité des heures supplémentaires

Aux HUS, les heures supplémentaires résultent, d'une part, des dépassements quotidiens donnant lieu à des validations d'heures supplémentaires par le cadre et, d'autre part, des astreintes ainsi que des interventions sur astreintes. Les formations placées sur « repos compensateur » donnent lieu à validation d'heures supplémentaires ainsi que des reliquats de congés.

L'article 13 du règlement intérieur adopté par le conseil d'administration ne prévoit pas que les reliquats de congés soient transformés en heures supplémentaires. Il précise que les jours de congés non pris ne donnent lieu à aucune indemnité compensatrice et peuvent alimenter un CET selon les modalités prévues par la réglementation. Au contraire, le guide pratique du règlement intérieur précise que les congés annuels « *non pris sont perdus et ne peuvent donner lieu à aucune indemnité compensatrice, ni être re-qualifiés, a posteriori, en heures supplémentaires, repos compensateurs ou repos hebdomadaires* ».

Parmi les heures supplémentaires, l'établissement ne peut identifier que celles provenant des astreintes.

En 2012, le stock des heures est constitué à 61,6 % par le personnel soignant (65,5 % en 2007). Au 31 décembre 2012, le nombre moyen d'heures supplémentaires en stock par agent est de 19 (contre 3,05 au CHU de Bordeaux).

Chaque agent ayant l'obligation de pointer lors de la prise de son poste de travail, la réalisation d'heures supplémentaires est constatée dans le logiciel GESTOR, à charge pour le cadre de valider ou non le dépassement horaire. En raison du nombre a priori élevé d'heures supplémentaires en stock, la chambre s'est interrogée sur le contrôle de l'effectivité des heures supplémentaires. L'établissement a précisé que le contrôle de l'effectivité des heures supplémentaires réalisées relève de la responsabilité des cadres qui valident dans GESTOR le compteur des heures supplémentaires. Pour les heures supplémentaires payées, la demande est faite par le cadre par la transmission d'un tableau à la DRH qui, après accord de paiement du DRH, saisit les heures à payer dans « SAGAH » (pour générer leur paiement) et déduit les heures de GESTOR. Dans le cadre du management hospitalier, le cadre est garant de l'effectivité des heures supplémentaires réalisées.

Le paiement d'heures supplémentaires génère une intervention manuelle pour retraiter les données dans GESTOR et éviter tout cumul éventuel (récupération + paiement ou paiement + stock). Seules les interventions de jour sur astreintes sont déversées automatiquement de GESTOR vers la paie. Il n'existe aucun contrôle de la DRH sur l'effectivité des heures supplémentaires : son rôle se limite à procéder à la mise en paiement des demandes dans la limite de l'enveloppe annuelle fixée dans le cadre de l'EPRD.

6.2.7 Les outils de suivi des heures supplémentaires

La nouvelle maquette de bilan social prévoit le nombre d'heures supplémentaires rémunérées sur l'année (donnée facultative dans le bilan social relatif à 2012). L'établissement n'est actuellement pas en mesure de fournir cette information : *« Seul le montant payé est connu à partir du logiciel de paie par contre le nombre d'heures payées n'est pas disponible. Dans GESTOR nous ne connaissons que les heures payées au cours de l'année pour les personnels encore présents à la date interrogée ».*

L'outil GESTOR met à la disposition de l'établissement quatre compteurs d'heures supplémentaires. Toutefois, ces données ne sont que partielles (à l'exception du stock), car les compteurs ne recensent que les heures des agents encore présents à la date du 31 décembre. Par conséquent, toutes les heures effectuées, récupérées et indemnisées par des agents ayant quitté les HUS ne sont pas prises en compte.

L'établissement a précisé qu'un suivi et une analyse trimestriels par pôle et par service étaient faits par la DRH avec une présentation en réunion avec la direction des soins. Cette analyse porte principalement sur l'évolution du stock d'heures supplémentaires. Sont également suivies depuis 2009 (date de création des compteurs concernés dans GESTOR) les heures réalisées, récupérées, et payées sur l'année en cours. Ce suivi est tronqué du fait qu'il ne permet de recenser que les heures des agents encore présents.

L'établissement fait un suivi financier mensuel des heures supplémentaires totales payées ainsi qu'un suivi par pôle. Selon l'état arrêté au 30 septembre 2013, les pôles les plus « coûteux » sont la radiologie et les blocs qui représentent respectivement 40 % et 12 % du total des dépenses d'heures supplémentaires à cette date. La part individuelle de chacun des autres pôles est inférieure à 5 %. L'établissement dispose de différents tableaux de suivi trimestriels des heures supplémentaires :

- suivi trimestriel du nombre d'heures supplémentaires en stock par catégorie de personnel et par pôle. Selon les données arrêtées au 30 juin 2013, les stocks les plus importants supérieurs à 10 000 heures concernent le pôle de biologie (16 294 heures), le pôle de gestion des investissements (15 053 heures), le pôle médico-chirurgical de pédiatrie (12 340 heures), le pôle d'anesthésie-réanimation (12 266 heures) et enfin le pôle de gynécologie-obstétrique (10 528 heures) ;
- suivi trimestriel du nombre moyen d'heures en stock par catégorie de personnel ;
- suivi trimestriel des compteurs GESTOR avec les données suivantes : nombre moyen d'heures supplémentaires en stock par agent (20 au 30 juin 2013), nombre moyen d'heures de RTT en stock par agent, nombre moyen d'heures de CA en stock par agent ;
- suivi trimestriel du nombre moyen d'heures par agent (heures d'ARTT, d'heures de congés annuels, d'heures supplémentaires).

6.2.8 Le respect des plafonds des heures supplémentaires

Le nombre d'heures supplémentaires par agent est plafonné par l'article 6 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires. Le quota mensuel est de 15 heures par mois, soit 180 heures par an. Ce plafond est porté à 220 heures (soit 18 heures par mois) pour certaines catégories de personnel. La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures par semaine et 44 heures en moyenne sur une période de 12 semaines consécutives.

Le Conseil d'Etat, dans un arrêt du 23 décembre 2010, a considéré que les heures supplémentaires effectuées dans les établissements de santé ne peuvent être compensées sous la forme d'un repos compensateur ou d'une indemnisation que dans la limite d'un contingent fixé par la réglementation, qu'en conséquence les heures supplémentaires qui auraient été, le cas échéant, effectuées au-delà de ce plafond, ne peuvent donner lieu à aucune compensation statutaire, ni sous la forme d'indemnités, ni sous la forme de repos compensateur (CE, ss-sect. 1, 23 décembre 2010, n° 331068).

L'établissement a précisé qu'il appartenait au cadre de proximité qui gère le planning de s'assurer du respect des plafonds horaires. Les cadres doivent mettre en œuvre des plannings conformes à la réglementation dans le respect des trames validées par la cellule GESTOR. Les consignes leur sont données en ce sens lors des formations sur le temps de travail. Il est prévu que le cahier des charges du nouveau logiciel de gestion du temps prévoit la création d'alertes avec des extractions mensuelles sur différents items afin de s'assurer du respect des plafonds d'heures supplémentaires. L'analyse des plannings individuels des agents permet aux cadres et à la cellule GESTOR de faire des contrôles.

Enfin, l'établissement a précisé que le paiement ne peut intervenir que dans le respect des plafonds annuels des heures supplémentaires. Pour la chambre, le non-paiement d'heures supplémentaires au-delà des plafonds réglementaires ne signifie pas le respect de ces derniers. En effet, en application du décret du 25 avril 2002 précité, les plafonds concernent l'ensemble des heures réalisées (récupérées, payées, en stock, placées sur les CET) et non pas uniquement le paiement.

Pour la chambre, l'établissement n'a pas mis en place de dispositif pour s'assurer du non-dépassement des plafonds annuels réglementaires des heures supplémentaires et du respect de la durée hebdomadaire du travail effectif, heures supplémentaires comprises. Il n'apparaît pas que l'outil GESTOR (qui permet, à partir d'une analyse des plannings individuels des agents aux cadres et à la cellule GESTOR, de faire des contrôles) soit utilisé afin de suivre rigoureusement le temps de travail.

6.2.9 La politique d'heures supplémentaires dans le cadre du plan de retour à l'équilibre

Parmi les mesures du plan de retour à l'équilibre figure la maîtrise des heures supplémentaires, avec notamment la suppression de la possibilité de donner du temps de « débit-crédit » pour la journée de solidarité, la suppression au 1^{er} janvier des validations automatiques d'heures supplémentaires dans GESTOR et des mesures de paiement d'heures supplémentaires aux cadres A (sauf situation exceptionnelle), et l'accompagnement des équipes d'encadrement pour assurer la maîtrise de la production d'heures supplémentaires et leur récupération. Ces mesures devaient s'accompagner de la création de pools de remplacement, ainsi que de l'application de bonnes pratiques de gestion des ressources humaines : adaptation des effectifs à l'activité, lissage des congés annuels et des RTT, meilleure anticipation et organisation des fermetures de lits.

S'agissant des mesures mises en œuvre, l'établissement a uniquement précisé que des plans de récupération d'heures ont été mis en place sur 2009 et 2010 qui ont conduit à une baisse des heures en stock de 20 068 heures pour l'année 2009 et de 13 341 heures pour l'année 2010. Aucune information n'a été donnée concernant d'éventuelles mesures pérennes.

Sur l'ensemble des observations relatives aux heures supplémentaires, la direction des HUS a indiqué qu'elle intégrera dans le cahier des charges de l'applicatif métier sur la gestion informatisée du temps de travail, les fonctionnalités attendues en matière de suivi des positions d'activité du personnel non médical ainsi que les données précises sur les modalités de production des heures supplémentaires et de respect des plafonds réglementaires. Par ailleurs, le remplacement de l'outil GESTOR sera l'occasion d'améliorer le suivi de ces différentes composantes du temps de travail et d'associer, à une traçabilité plus fine du service fait, une capacité d'analyse des données pour l'encadrement. Enfin, l'établissement a redéfini le calendrier de déploiement du logiciel de gestion du temps de travail médical (GTMED) afin de couvrir l'ensemble des pôles médicaux et médicotechniques avant la fin de 2015. La chambre prend acte de ces engagements et formule la recommandation ci-après relative au suivi et à la gestion des heures supplémentaires.

Recommandation n° 6 : En matière d'heures supplémentaires, la chambre recommande aux HUS de se doter d'outils adaptés permettant d'identifier la date de production de l'heure supplémentaire, de contrôler davantage leur effectivité, de suivre les heures pour l'ensemble des agents et de s'assurer du non-dépassement des plafonds réglementaires.

7. LES ASTREINTES DU PERSONNEL NON MEDICAL

Pour 2012, le montant des astreintes payées au personnel non médical est de 422 350,08 € (budget H) et le total des heures supplémentaires rémunérées pour des interventions en période d'astreinte est de 873 415,47 €.

7.1 Les modalités de recours aux astreintes

Les modalités de recours aux astreintes sont fixées par les décrets n° 2002-9 du 4 janvier 2002 et n° 2003-507 du 11 juin 2003. Ces dispositions ne concernent pas les astreintes auxquelles sont soumis, en raison de leurs fonctions, les personnels de direction ainsi que les cadres, désignés par le chef d'établissement, qui bénéficient soit d'une concession de logement pour nécessité absolue de service, soit d'une indemnité compensatrice.

En application de l'article 20 du décret du 4 janvier 2002 précité, le chef d'établissement établit, après avis du comité technique d'établissement (CTE), la liste des activités, des services et

des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que le mode d'organisation retenu, compte tenu de l'évaluation des besoins, notamment du degré de réponse à l'urgence, des délais de route et de la périodicité des appels. Aux HUS, une décision récapitulative a été prise en 2005 (après avis du CTE de janvier et avril 2004), les modifications au régime d'astreintes font l'objet de décisions modificatives.

7.2 Le respect des plafonds et les contrôles de la DRH

En application des dispositions réglementaires, un même agent ne peut participer au fonctionnement du service d'astreinte que dans la limite d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois. La durée de l'astreinte ne peut excéder 72 heures pour 15 jours. Cette limite est portée à 120 heures pour les services organisant les activités de prélèvements et de transplantation d'organes. La réglementation ne prévoit pas de dérogation à ces plafonds (soit respectivement 1 728 et 2 880 heures).

Selon le règlement intérieur des dérogations à ces plafonds peuvent être tolérées, à la demande des agents, à la condition qu'elles recueillent l'agrément de l'ensemble de l'équipe participant au même service d'astreinte ou en cas de nécessité afin d'assurer la continuité du service. Ces dérogations doivent faire l'objet d'une validation expresse par la direction des ressources humaines. Actuellement, il n'y a aucune dérogation.

Le contrôle du respect des plafonds se fait par la cellule GESTOR qui s'assure que les trames saisies dans l'application sont conformes à la réglementation. S'agissant des modalités de suivi/contrôle des déplacements et de l'activité réalisée, l'établissement a précisé que le contrôle se faisait par l'intermédiaire de GESTOR, car les agents badgent lorsqu'il y a déplacement. Il s'y ajoute le forfait pour le déplacement. Il a été précisé que le cadre vérifie tous les jours les pointages dans GESTOR en fonction de l'activité réalisée avec l'outil « Qbloc » et les fiches d'intervention du chirurgien. Il doit systématiquement, pour des raisons techniques, intervenir sur les pointages pour les imputer à la bonne journée de 24 h d'astreinte. La chambre constate qu'à l'exception des blocs, le contrôle des déplacements et de l'activité réalisée (qui génèrent des heures supplémentaires) se limite au badgeage dans l'outil de suivi du temps de travail GESTOR.

Les plafonds concernent toutes les astreintes, qu'elles donnent lieu à compensation ou à indemnisation. Par conséquent, aucun contrôle à partir des données de paie ne permet d'attester que les plafonds sont effectivement respectés.

8. LES PRIMES ET INDEMNITES

8.1 La prime forfaitaire technique et la prime de technicité

En application de l'article R. 6144-40 du CSP, le comité technique d'établissement (CTE) est obligatoirement consulté sur les critères de répartition de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité. L'établissement a indiqué qu'il n'y a pas eu de passage en CTE pour la prime de technicité des ingénieurs. S'agissant de l'indemnité forfaitaire technique, le CTE a été consulté le 22 novembre 2004.

Le décret n° 91-871 du 5 septembre 1991 relatif à l'attribution d'une indemnité forfaitaire technique aux techniciens supérieurs de la fonction publique hospitalière a été abrogé par le décret n° 2013-102 du 29 janvier 2013 relatif à l'attribution d'une indemnité forfaitaire technique aux agents du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers. Désormais, le montant de l'indemnité forfaitaire technique est fixé dans la limite de 25,41 % du traitement mensuel brut indiciaire du bénéficiaire pour les membres du corps classés dans le 1^{er} grade et avec un plafond

de 40 %, sans toutefois que ce montant puisse être inférieur au montant du traitement mensuel brut indiciaire du bénéficiaire pour les membres du corps classés dans les 2^e et 3^e grades. Jusqu'au décret de 2013, le plafond était fixé à 40 % sans distinction de grades.

Le barème d'attribution soumis à l'avis du CTE du 22 novembre 2004 prévoyait des taux variables en fonction de l'ancienneté acquise à la fois dans le public et dans le privé. Cette approche n'est plus en cohérence avec les dispositions réglementaires qui prévoient un taux plafond en fonction du grade. Suite à l'introduction de deux taux (plafond de 25,41 % pour le 1^{er} grade, 40 % pour les 2^e et 3^e grades), le CTE devrait être consulté sur de nouvelles modalités d'attribution de cette prime. Un contrôle par sondage à partir des données Xemelios n'a pas mis en évidence d'anomalie dans le versement de ces primes.

8.2 La prime de service

L'arrêté du 24 mars 1967 modifié prévoit la possibilité, pour les fonctionnaires hospitaliers, de « *percevoir une prime de service liée à l'accroissement de la productivité de leur travail* ». Cette prime est versée au personnel titulaire et stagiaire ; toutefois, les personnels de direction ainsi que certains personnels techniques en sont exclus. Par ailleurs, les agents contractuels ne peuvent bénéficier de cette prime. Le versement de la prime de service ne peut être cumulé avec l'indemnité forfaitaire technique versée aux techniciens hospitaliers et avec la prime de technicité des ingénieurs hospitaliers. Un contrôle effectué par sondage à partir des données Xémélios n'a pas permis de détecter d'anomalie sur le versement de cette prime.

8.2.1 Les prélèvements effectués sur l'enveloppe globale affectée à la prime de service

La prime de soins intensifs-réanimation est versée depuis la fin des années 1960 dans certaines unités pour répondre à la pénurie de personnel infirmier. La prime d'intéressement-réanimation a été créée en 1992 afin de fidéliser ou attirer des personnels soignants dans les services de réanimation médicale, réputés difficiles et affectés par un turnover élevé.

Selon les informations données par l'établissement, le total des sommes prélevées sur l'enveloppe de la prime de service 2010 est de 386 634,41 €, selon la répartition suivante :

- prime d'intéressement réanimation : 187 126,40 € (45,73 € par mois pour les infirmiers, aides-soignants, cadres de santé des services de réanimation),
- prime de soins intensifs : 110 581,01 € (elle est payée en fonction du nombre de jours de travail effectif sur le mois, elle dépend de l'unité fonctionnelle et du grade, si le montant est inférieur à la valeur d'une heure supplémentaire de dimanche il n'y a pas de paiement. En réanimation, la base est de 30,50 € pour les aides-soignants et infirmiers et de 15,25 € pour les agents des services hospitaliers. Dans les unités de soins intensifs, la base est de 12,20 € pour les seuls infirmiers et aides-soignants),
- prime des faisant-fonction de cadre : 24 457 € (les faisant-fonction de cadre perçoivent 50 % de la prime d'encadrement (soit $91,22/2 = 45,61$ €) par mois en complément de la prime de service, puisqu'ils ne peuvent toucher la prime d'encadrement),
- prime des directeurs de soins : 18 700 € (jusqu'en 2011, le pourcentage de prime à attribuer déterminé par le Centre national de gestion n'étant pas connu, l'établissement devait faire cette réserve),
- indemnités personnel de la direction des affaires médicales : 5 175 € ; les agents de la DAM perçoivent un complément de prime correspondant au montant de la NBI payée en DRH, soit 46,3 € pour la catégorie C et 115,75 € pour la catégorie B,

- Divers : 595 € (cette catégorie, dont le montant n'est cependant pas significatif, correspond à un complément exceptionnel pouvant être attribué par le directeur général pour un motif particulier),
- imprévus et reconnaissance de maladie professionnelle ou accident du travail : 40 000 € (réserve constituée afin de pouvoir payer la prime due à l'agent en cas de reconnaissance de maladie professionnelle ou accident du travail et dont l'absence ne donne donc plus lieu à abattement de prime).

8.2.2 L'enveloppe globale affectée au paiement des primes de service

En application de l'article 2 de l'arrêté du 24 mars 1967, le crédit global affecté au paiement des primes de service est fixé à 7,5 % du montant des crédits utilisés pour la liquidation des traitements budgétaires bruts des personnels en fonctions pouvant prétendre au bénéfice de la prime.

L'enveloppe globale pour 2010 est de 11 514 890,77 € (masse des traitements indiciaires = 153 531 876,97 €*7,5%). Compte tenu des divers prélèvements effectués par l'établissement pour un montant total de 386 634,41 €, l'enveloppe réellement disponible pour la prime de service est de 11 128 256,36 €. Selon les données Xemelios, le total des primes de service versé au titre de 2010 est de 11 234 218 €.

Pour la chambre l'enveloppe globale de la prime de service est dépassée de 47 262 €. Ce dépassement est lié à diverses régularisations effectuées en 2011 au titre de 2010. L'établissement n'a pu ni confirmer, ni infirmer un dépassement, il s'est contenté de préciser que « *la masse à répartir mathématiquement, après déduction des prélèvements, à tous les agents suivant leur coefficient, est bien de 11 128 256,36 €. Se rajoutent à cette somme les prélèvements opérés (prime de réanimation....) qui eux aussi s'imputent sur la prime de service et qui sont payés tous les mois à titre d'acompte de prime de service. Le compte administratif tous budgets du compte 64113 de l'année 2010 s'élève à 11 487 256 €* ». Pour la chambre, le montant du compte 64113 de l'année 2010 ne correspond pas au versement de la prime de service 2010, des régularisations au titre des années antérieures peuvent être imputées sur ce compte en 2010 et des régularisations au titre de 2010 sur le compte 64113 en 2011. Par conséquent, le contrôle du respect de l'enveloppe ne peut se limiter à un rapprochement entre le montant de l'enveloppe et le compte 64113 au titre d'une année.

8.2.3 L'avis du comité technique d'établissement

En application de l'article R. 6144-40 du CSP, le comité technique d'établissement (CTE) est obligatoirement consulté sur les critères de répartition de la prime de service.

S'agissant des modalités actuelles de répartition des primes de service, l'établissement a transmis le procès-verbal du CTE du 24 novembre 2008. Cette consultation du CTE fait suite à l'arrêt du Conseil d'Etat du 27 avril 2007 n° 2287582 qui a apporté des précisions sur les modalités d'abattement du montant de la prime de service des fonctionnaires hospitaliers. Cet arrêt précise que les jours de repos et les jours fériés compris dans une période d'absence pour maladie sont pris en compte pour le calcul de l'abattement. Pour tenir compte de cette jurisprudence, les HUS ont soumis au CTE les nouvelles modalités d'attribution de la prime de service applicables à partir de l'exercice 2009 (prime de service 2008).

Selon le procès-verbal du CTE du 24 novembre 2008, les modalités d'attribution de la prime de service ont été retirées de l'ordre de jour. L'établissement a précisé qu'il n'y a pas eu de nouvel avis du CTE, mais qu'une note d'information du 27 novembre 2008 précise qu'à compter

de 2009 l'abattement se fera en jours consécutifs sans qu'il y ait lieu d'exclure de ces abattements les jours de repos et fériés conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat.

Selon le procès-verbal du CTE, les modalités de calcul de la prime de service soumises à son avis étaient les suivantes :

- calcul du crédit ouvert au titre de la prime de service (total du traitement de base des agents bénéficiaires *7,5%) ;
- calcul du coefficient par agent tenant compte de l'absentéisme ((nb de jours de travail*indice*note/10 000) *(1-(nb de jours d'absence consécutifs/140))) ;
- calcul de la valeur du point de prime (crédit ouvert au titre de la prime de service calculé en 1/(total des coefficients/agent calculés en 2)) ;
- calcul du montant individuel de la prime pour chaque agent (coefficient de l'agent calculé en 2*valeur du point).

Ces modalités de répartition ne font pas apparaître les divers prélèvements effectués sur l'enveloppe de la prime de service et destinés à verser des indemnités n'ayant pas de fondement juridique. L'établissement a précisé qu'ont été présentées en CTE uniquement les modalités de calcul du coefficient agent suivantes :

- le calcul d'une valeur du point de prime (qui est égal à la masse à répartir diminuée des prélèvements susvisés et divisée par la somme des coefficients individuels agents) et
- le calcul de la prime de l'agent (qui est égal à la valeur du point prime multipliée par le coefficient individuel agent).

Pour la chambre, à la lecture du procès-verbal du CTE du 24 novembre 2008, il apparaît que l'avis du CTE a été sollicité pour les modalités d'attribution de la prime de service depuis la détermination de l'enveloppe globale jusqu'à la détermination des montants individuels et à aucune des étapes du calcul présenté n'apparaissent les divers prélèvements. Le CTE n'était pas consulté sur les seules modalités de calcul du coefficient par agent.

S'agissant des primes prélevées sur l'enveloppe prime de service, l'établissement a produit l'avis du CTE du 10 décembre 2001 concernant les primes de réanimation et de soins intensifs. Pour les autres éléments de rémunération prélevés sur la prime de service, il n'y a pas d'avis du CTE.

S'agissant de l'abattement de 1/140, le mode de calcul du coefficient par agent tenant compte de l'absentéisme indiqué dans la note au personnel du 27 novembre 2008 est différent de celle présentée au CTE du 24 novembre 2008. L'établissement a indiqué que cette différence correspondait à la prise en compte de l'arrêt du Conseil d'Etat n° 288541 du 21 mai 2008 qui stipule que les montants individuels sont fixés pour un service annuel complet. De ce fait, l'absence a été proratisée en fonction de la durée de présence de l'agent sur l'année. La chambre ne conteste pas la nécessité de prendre en compte la durée de présence de l'agent, mais relève la différence entre la proposition soumise au CTE du 24 novembre 2008 et les modalités retenues et diffusées par note du 27 novembre 2008 aux agents.

Dans sa réponse, la direction des HUS a indiqué que pour le personnel titulaire, une présentation devant les instances compétentes sera faite pour les éléments variables de paie.

8.2.4 Le montant individuel

Le montant individuel de la prime de service ne peut excéder 17 % du traitement indiciaire brut perçu par l'agent au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la prime est versée (article 3 de l'arrêté du 24 mars 1967). Un contrôle par sondage à partir des données de paie Xemelios n'a pas mis en évidence de dépassements.

En application de l'article 3 de l'arrêté du 24 mars 1967, les journées d'absence entraînent un abattement d'un 140^e du montant de la prime individuelle (sauf congés annuels, accident du travail, maladie professionnelle, maternité, déplacement dans l'intérêt du service). Depuis 2009, le CHU applique pour le calcul des abattements la règle fixée par le Conseil d'Etat dans la décision précitée du 27 avril 2007. En cas d'absence pour maladie autre que professionnelle, les jours de repos et les jours fériés sont pris en compte pour le décompte des abattements à opérer sur la prime de service.

La circulaire du 24 mai 1967 prévoit que « le produit des abattements dus aux journées d'absence devra être utilisé pour assurer - dans la limite du taux maximum de 17 p.100 - un complément de prime aux agents les plus méritants soit parce qu'ils se trouvent en fonctions dans des services où les sujétions sont particulièrement lourdes, soit parce que les absences de leurs collègues leur auront apporté un surcroît évident de travail ».

S'agissant de la détermination du montant individuel, il existe deux systèmes :

- le système sans reste à répartir (système moins pénalisant pour les agents qui s'absentent) dans lequel on calcule le nombre de points par agent en tenant compte de la présence (application de l'abattement de 1/140 par journée d'absence à ce stade), on totalise ces points, puis on divise la somme à répartir par le nombre total de points à répartir. On obtient la prime en multipliant la valeur du point par le nombre individuel de points. Ce système qui respecte la règle de l'abattement de 1/140 ne tient pas suffisamment compte des journées d'absence ;
- le système avec reste à répartir (plus favorable aux agents qui ne s'absentent pas) : on calcule le nombre de points par agent (sans application de l'abattement de 1/140 par journée d'absence à ce stade), on totalise ces points, puis on divise la somme à répartir par le nombre total de points, la prime théorique de l'agent est égale au nombre de points multiplié par la valeur du point, la prime réelle est égale à la prime théorique moins les abattements de 1/140 par jour d'absence. Ce calcul conduit à un reste à répartir dû aux abattements pour absence qui peut assurer un complément de prime pour certains agents.

Le système de répartition retenu par les HUS est sans reste à répartir, les abattements de 1/140 ne conduisent pas à des crédits disponibles à distribuer entre les agents les plus méritants, car l'abattement des 1/140 par journée d'absence s'effectue au stade de la détermination du nombre de points à attribuer à chaque agent pour le calcul de sa prime.

8.3 Les autres primes et indemnités versées au personnel non médical titulaire et stagiaire

Pour la prime spécifique « dite Veil », la prime d'encadrement et la prime spécifique de début de carrière, le contrôle pour les agents titulaires et stagiaires des montants et des bénéficiaires à partir des données Xemelios n'appelle pas d'observations.

S'agissant de la prime de laboratoire prévue par l'arrêté du 7 mai 1958 selon lequel le personnel affecté aux laboratoires peut bénéficier de primes à titre de participation aux recettes réalisées à l'occasion d'analyses ou de travaux effectués pour le compte d'autres collectivités, elle n'a jamais été payée aux HUS en raison de son caractère facultatif.

S'agissant de l'indemnité forfaitaire représentative de travaux supplémentaires (IFTS), en application des dispositions réglementaires, l'enveloppe de cette prime correspond au nombre d'agents concernés multiplié par le taux moyen fixé par arrêté.

L'article 1^{er} du décret n° 90-841 du 21 septembre 1990 relatif aux indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées à certains personnels de la fonction publique hospitalière précise que « les fonctionnaires titulaires et stagiaires » dont l'indice brut est

supérieur à 390 et nommé dans le corps des assistants médico-administratifs, des adjoints des cadres hospitaliers et des attachés d'administration hospitalière peuvent percevoir une IFTS. Ce texte ne vise pas les agents contractuels. Aux HUS, cette indemnité est versée à six agents non titulaires. Toutefois, ces derniers ne sont pas pris en compte pour le calcul de l'enveloppe globale de la prime. Le versement de l'IFTS est prévu dans les contrats ou dans un avenant.

Cette prime n'est pas versée automatiquement à l'ensemble des titulaires : sur 184 assistants médicaux administratifs pouvant percevoir l'IFTS, seuls 153 agents ont perçu cette indemnité. L'établissement a précisé que l'avis des chefs de service est systématiquement demandé pour vérifier l'existence de travaux supplémentaires. Pour 2011, l'enveloppe disponible est de 177 111,24 € et les IFTS versées sont de 150 015,20 € (contractuels compris).

*
* *

Pour conclure, la période 2007-2013 a été marquée pour les HUS par une grande permanence des méthodes, des outils et des organisations en matière gestion des ressources humaines alors que l'effectif à gérer n'a fait que croître pour atteindre plus de 12 000 agents. Cet accroissement de l'effectif est étroitement lié à deux événements majeurs pour l'établissement au cours de la période sous revue : la mise en service du Nouvel Hôpital Civil en 2008 et l'intégration du SIHCUS-CMCO en 2011, qui ont eu des impacts forts en matière de dépenses de personnel. En 2013, la direction générale a engagé un projet de refonte de l'organisation avec notamment le regroupement de la direction des ressources humaines et de la direction des affaires médicales dans un nouveau pôle des ressources humaines et un projet de système d'information et d'aide à la décision (SIAD), solution progicielle qui devrait permettre à la direction générale de disposer dès 2014 de remontées d'informations lisibles, fiables et automatiques. La réussite de ces projets constitue un enjeu fort pour les HUS qui doivent passer d'outils datés - tournés historiquement vers une gestion individuelle des agents - à une solution progicielle (SIAD), permettant de disposer d'outils de pilotage adaptés rendant les objectifs de cadrage et de suivi plus certains.

Délibéré à la chambre le 27 février 2014
Le président

Christophe Rosenau

ANNEXE 1 : Les dépenses de personnel et les effectifs

Tableau 1 : Effectif du personnel médical et non médical de 2007 à 2012

Effectif total en ETP	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PM	2 220,37	2 279,27	2 434,99	2 573,23	2 573,5	2 619,86
PNM	8 336,66	8 347,35	8 316,67	8 289,88	8 604,2	8 743,61
Total	10 557,03	10 626,62	10 751,66	10 863,11	11 177,7	11 363,47

Source : bilans sociaux et HUS

Tableau 2 : Effectif du personnel médical et non médical au 30 juin 2013

Effectif total en ETP	2013*	2013
PM	2 424,30	21,6%
PNM	8 780,22	78,4%
Total	11 204,52	100%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 – tableau CRC 2013* : données fournies au 30 juin 2013 en ETP moyens rémunérés

Tableau 3 : Evolution des effectifs par filière en ETP

Evolution des effectifs par filière en ETP rémunérés moyens au cours de l'année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Filière administrative	995,70	993,78	988,28	977,05	1 003,88	1 019,87	1 024,86	2,9%
Filière soignante	5 435,20	5 413,74	5 411,96	5 394,86	5 631,86	5 704,96	5 712,87	5,1%
Filière technique	1 270,80	1 285,26	1 248,70	1 243,95	1 262,08	1 275,85	1 283,49	1%
Filière médico-technique	565,73	584,17	597,55	605,05	633,48	666,03	679,28	20,1%
Filière éducative et sociale	69,23	70,4	70,18	68,97	72,94	76,9	79,72	15,2%
Total toutes filières	8 336,66	8 347,35	8 316,67	8 289,88	8 604,24	8 743,61	8 780,22	5,3%
Variation en ETP		10,69	-30,68	-26,79	314,36	139,37	36,61	

Source : tableau CRC : données HUS- 2013 renvoie au 30 juin 2013

Tableau 4 : Personnel non médical en nombre d'agents

Personnel non médical en nombre d'agents	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2012/2007
Administratif	1 049	1 052	1 033	1 028	1 048	1 067	1 069	1,7%
Soignant et éducatif	5 654	5 697	5 719	5 716	6 010	6 091	6 088	7,7%
Technique	1 279	1 268	1 238	1 239	1 276	1 301	1 311	1,7%
Médico-technique	594	607	627	635	676	704	706	18,5%
Total	8 576	8 624	8 617	8 618	9 010	9 163	9 174	6,8%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 – tableau CRC 2013* : données au 30 juin 2013

Personnel non médical en nombre d'agents	2007	2013*
Administratif	12,2%	11,7%
Soignant et éducatif	65,9%	66,4%
Technique	14,9%	14,2%
Médico-technique	6,9%	7,7%
Total	100%	100%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 – tableau CRC
2013* : données au 30 juin 2013

Tableau 5 : Personnel non médical en ETP par filière en 2013

Evolution des effectifs par filière en ETP rémunérés moyens au cours de l'année	2013
Filière administrative	11,7%
Filière soignante	65,1%
Filière technique	14,6%
Filière médico-technique	7,7%
Filière éducative et sociale	0,9%
Total toutes filières	100%

Source : tableau CRC : données HUS au 30 juin 2013

Tableau 6 : Effectifs en ETP par catégorie

Effectifs ETP moyens rémunérés sur l'année	2011				2012				2013				2013/2007
	cat A	cat B	cat C	Total	cat A	cat B	cat C	Total	cat A	cat B	cat C	Total	
Titulaires, stagiaires, CDI	2 641	1 656	3 494	7 791	2 673	1 771	3 557	8 001	2 728	1 725	3 623	8 076	3,7%
CDD et autres	71	121	621	813	85	128	530	743	103	126	475	704	-13,4%
Total	2 712	1 777	4 115	8 604	2 758	1 899	4 087	8 744	2 831	1 851	4 098	8 780	2%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2011 et 2012 et données 2013 fournies par les HUS au 30 juin 2013

ANNEXE 2 : Les effectifs médicaux

Tableau 1 : Effectif du personnel médical en ETP

Effectif médical total en ETP	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Personnel médical hospitalo-universitaire	352	354	363	360	362	364	360	2,3%
Odontologues hospitalo-universitaires	30	29	30,5	32,5	33	31	31,5	5,0%
Personnel médical mono-appartenant	351	369,7	378,6	394,1	447,4	462	472,3	34,6%
Sous total	733	752,7	772,1	786,6	842,4	857	863,8	17,8%
Attachés	172,37	170,57	161,89	140,64	130,83	128,86	123,5	-28,4%
Internes, résidents et faisant fonction d'interne	448	437	468	486	526	552	527	17,6%
Etudiants hospitaliers rémunérés	867	919	1 033	1 038	1 074	1 082	913	5,3%
Sous total	1 487,37	1 526,57	1 662,89	1 664,64	1 730,83	1 762,86	1 563,50	5,1%
Total	2 220,37	2 279,27	2 434,99	2 451,24	2 573,23	2 619,86	2 427,30	9,3%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 – tableau CRC 2013* : données au 30 juin 2013

Tableau 2 : Effectif du personnel médical en ETP (structure en 2013)

Effectif médical total en ETP	2013
Personnel médical hospitalo-universitaire	14,8%
Odontologues hospitalo-universitaires	1,3%
Personnel médical mono-appartenant	19,5%
Sous total	35,6%
Attachés	5,1%
Internes, résidents et faisant fonction d'interne	21,7%
Etudiants hospitaliers rémunérés	37,6%
Sous total	64,4%
Total	100%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 – tableau CRC 2013* : données au 30 juin 2013

Tableau 3 : Effectif médical total en nombre de praticiens

Effectif médical total en nombre de praticiens	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Personnel médical hospitalo-universitaire	352	354	363	360	362	364	360	2,3%
Odontologues hospitalo-universitaires	42	41	40	43	44	42	44	4,8%
Personnel médical mono-appartenant	361	380	390	408	463	477	488	35,2%
Sous total	755	775	793	811	869	883	892	18,1%
Attachés	550	544	525	492	483	479	469	-14,7%
Internes, résidents et faisant fonction d'interne	448	437	468	486	526	552	527	17,6%
Etudiants hospitaliers rémunérés	867	919	1033	1038	1074	1082	913	5,3%
Sous total	1865	1900	2026	2016	2083	2113	1909	2,4%
Total	2 620	2 675	2 819	2 827	2 952	2 996	2 801	6,9%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 – tableau CRC 2013* : données au 30 juin 2013

Tableau 4 : Nombre de praticiens bi-appartenant

Personnel médical bi-appartenant	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Professeurs des universités/praticiens hospitaliers	141	141	143	144	141	145	145	2,8%
Maîtres de conférences des universités/praticiens hospitaliers	82	80	81	77	82	82	82	0%
Chefs de clinique des universités/assistants des hôpitaux	100	105	114	116	114	113	108	8%
Assistants hospitaliers universitaires	25	25	23	22	24	22	23	-8%
Praticiens hospitaliers universitaires	4	3	2	1	1	2	2	-50%
Total	352	354	363	360	362	364	360	2,3%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 – tableau CRC 2013* : données au 30 juin 2013

Tableau 5 : Nombre de praticiens mono appartenant

Personnel médical mono-appartenant	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Praticiens hospitaliers temps plein	274	288	298	309	335	357	355	29,6%
Praticiens hospitaliers temps partiel	10	10	12	13	20	19	22	120%
Assistants spécialistes des hôpitaux	10	12	9	16	31	34	38	280%
Assistants généralistes des hôpitaux	1	1	1	0	0	0	0	-100%
Praticiens contractuels temps plein et temps partiel	52	56	58	61	64	56	62	19,2%
Divers personnels médical	14	13	12	9	13	11	11	-21,4%
Total	361	380	390	408	463	477	488	35,2%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 – tableau CRC 2013* : données au 30 juin 2013

Tableau 6 : Nombre d'internes

Internes	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Internes en médecine	395	385	413	429	465	486	462	17,0%
<i>dont internes de spécialités</i>	260	258	268	263	290	326	299	15,0%
<i>dont internes de médecine générale</i>	49	55	59	71	80	69	65	32,7%
<i>dont faisant fonction d'interne</i>	86	72	86	95	95	91	98	14,0%
Internes en pharmacie		43	46	49	52	55	54	
<i>dont internes en pharmacie</i>		41	44	46	49	53	53	
<i>dont faisant fonction d'interne</i>		2	2	3	3	2	1	
Internes en odontologie		9	9	8	9	11	11	
<i>dont internes en odontologie</i>		9	9	8	9	11	11	
<i>dont faisant fonction d'interne</i>		0	0	0	0	0	0	
Total	395	437	468	486	526	552	527	33,4%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 – tableau CRC 2013* : données au 30 juin 2013

Tableau 7 : Nombre d'étudiants hospitaliers rémunérés

Etudiants hospitaliers rémunérés	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
DCEM 4 (6ème année)	180	173	215	243	262	234	223	23,9%
DCEM 3 (5ème année)	206	196	246	233	232	237	219	6,3%
DCEM 2 (4ème année)	183	246	236	216	227	261	129	-29,5%
Etudiants en pharmacie (5ème année)	79	81	85	86	89	76	67	-15,2%
Etudiants en odontologie de 6ème année	46	53	51	58	50	50	47	2,2%
Etudiants en odontologie de 5ème année	40	49	63	51	57	74	75	87,5%
Etudiants en odontologie de 4ème année	57	64	53	60	74	69	69	21,1%
Etudiants ERASMUS (D2-D3-D4)		55	84	87	81	77	83	
Etudiants ERASMUS odontologie		2	0	4	2	3	0	
Etudiants ERASMUS pharmacie						1	1	
Total	791	919	1 033	1 038	1 074	1 082	913	15,4%

ANNEXE 3 : Les statuts des agents pour le personnel non médical

Tableau 1 : Personnel non médical en ETP par statut en % pour l'exercice 2013

Evolution des effectifs par statut en ETP rémunérés moyens sur l'année	2013
Titulaires et stagiaires	87,1%
Contrats à durée indéterminée	4,8%
Contrats à durée déterminée sur emploi permanent	6,7%
Contrats à durée déterminée sur emploi non permanent	1,3%
Contrats aidés	0,1%
Total	100%

Source : Données HUS – tableau CRC
Données au 30 juin 2013

Tableau 2 : Personnel non médical en ETP par statut au cours de la période 2007-2013

Evolution des effectifs par statut en ETP rémunérés moyens sur l'année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Titulaires et stagiaires	7 131,93	7 087,10	7 086,59	7 149,65	7 411,01	7 592,05	7 650,40	7,3%
Contrats à durée indéterminée	370,48	370,79	359,52	361,60	380,32	409,13	425,69	14,9%
Contrats à durée déterminée sur emploi permanent	552,88	704,06	694,59	622,29	665,41	608,78	584,83	5,8%
Contrats à durée déterminée sur emploi non permanent	160,87	156,35	138,48	114,32	134,28	126,26	111,47	-30,7%
Contrats aidés	120,50	29,05	37,49	42,02	13,22	7,39	7,83	-93,5%
Total	8 336,66	8 347,35	8 316,67	8 289,88	8 604,24	8 743,61	8 780,22	5,3%

Source : Données HUS – tableau CRC Données au 30 juin 2013

Tableau 3 : Les agents titulaires et stagiaires

Titulaires et stagiaires en ETP moyens rémunérés	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Administratif	807,51	797,98	786,85	769,92	784,26	794,69	814,04	0,8%
Soignant	4 852,54	4 867,38	4 873,14	4 923,57	5 137,82	5 285,26	5 299,31	9,2%
Technique	998,88	950,96	936,88	947,58	954,85	953,04	957,32	-4,2%
México-technique	411,22	412,40	426,85	445,68	470,61	492,42	508,57	23,7%
Educatifs et sociaux	61,78	58,38	62,87	62,90	63,47	66,64	71,16	15,2%
Total	7 131,93	7 087,10	7 086,59	7 149,65	7 411,01	7 592,05	7 650,40	7,3%

Source : Données HUS– tableau CRC Données au 30 juin 2013

Tableau 4 : Personnel non médical par statut en ETP pour la période 2007-2013

Evolution des effectifs par filière et statut en ETP rémunérés moyens sur l'année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Titulaires et stagiaires								
dont administratif	807,51	797,98	786,85	769,92	784,26	794,69	814,04	0,8%
dont soignant	4 852,54	4 867,38	4 873,14	4 923,57	5 137,82	5 285,26	5 299,31	9,2%
dont technique	998,88	950,96	936,88	947,58	954,85	953,04	957,32	-4,2%
dont médico-technique	411,22	412,40	426,85	445,68	470,61	492,42	508,57	23,7%
dont éducatif et sociaux	61,78	58,38	62,87	62,90	63,47	66,64	71,16	15,2%
Total	7 131,93	7 087,10	7 086,59	7 149,65	7 411,01	7 592,05	7 650,40	7,3%
Contrats à durée indéterminée								
dont administratif	104,08	100,34	96,63	94,51	91,95	94,17	100,18	-3,7%
dont soignant	59,35	59,16	52,95	57,78	64,08	73,06	80,68	35,9%
dont technique	104,16	109,11	106,38	110,78	123,06	143,25	154,27	48,1%
dont médico-technique	101,45	100,25	102,51	98,26	99,73	96,29	87,45	-13,8%
dont éducatif et sociaux	1,44	1,93	1,05	0,27	1,50	2,36	3,11	116%
Total	370,48	370,79	359,52	361,60	380,32	409,13	425,69	14,9%
Contrats à durée déterminés sur emploi permanent								
dont administratif	66,89	83,86	95,84	102,67	114,57	116,30	99,87	49,3%
dont soignant	290,80	357,45	352,73	299,87	332,02	263,51	253,81	-12,7%
dont technique	147,24	198,58	184,97	162,35	156,67	154,97	151,08	2,6%
dont médico-technique	43,22	54,81	55,07	52,05	54,28	66,20	75,34	74,3%
dont éducatif et sociaux	4,73	9,36	5,98	5,35	7,87	7,80	4,73	0%
Total	552,88	704,06	694,59	622,29	665,41	608,78	584,83	5,8%
Contrats à durée déterminés sur emploi non permanent								
dont administratif	17,22	11,60	8,96	9,95	13,10	14,71	10,77	-37,5%
dont soignant	112,01	100,70	95,65	71,62	85,70	75,74	71,24	-36,4%
dont technique	20,52	26,61	20,47	23,24	26,52	24,59	20,82	1,5%
dont médico-technique	9,84	16,71	13,12	9,06	8,86	11,12	7,92	-19,5%
dont éducatif et sociaux	1,28	0,73	0,28	0,45	0,10	0,10	0,72	-44%
Total	160,87	156,35	138,48	114,32	134,28	126,26	111,47	-30,7%
Contrats aidés								
dont administratif	0	0	0	0	0	0	0	
dont soignant	120,50	29,05	37,49	42,02	12,24	7,39	7,83	-93,5%
dont technique	0	0	0	0	0,98	0	0	
dont médico-technique	0	0	0	0	0	0	0	
dont éducatif et sociaux	0	0	0	0	0	0	0	
Total	120,50	29,05	37,49	42,02	13,22	7,39	7,83	-93,5%
Total	8 336,66	8 347,35	8 316,67	8 289,88	8 604,24	8 743,61	8 780,22	5,3%

Source : Données HUS– tableau CRC Données au 30 juin 2013

Tableau 5 : Agents en contrat à durée déterminée sur emploi permanent

Contrats à durée déterminée sur emploi permanent en ETP moyens rémunérés	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Administratif	66,89	83,86	95,84	102,67	114,57	116,30	99,87	49,3%
Soignant	290,80	357,45	352,73	299,87	332,02	263,51	253,81	-12,7%
Technique	147,24	198,58	184,97	162,35	156,67	154,97	151,08	2,6%
Médico-technique	43,22	54,81	55,07	52,05	54,28	66,20	75,34	74,3%
Educatifs et sociaux	4,73	9,36	5,98	5,35	7,87	7,80	4,73	0%
Total	552,88	704,06	694,59	622,29	665,41	608,78	584,83	5,8%

Source : Données HUS– tableau CRC Données au 30 juin 2013

Tableau 6 : Agents en contrat à durée déterminée sur emploi non permanent

Contrats à durée déterminée sur emploi non permanent en ETP moyens rémunérés	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Administratif	17,22	11,60	8,96	9,95	13,10	14,71	10,77	-37,5%
Soignant	112,01	100,70	95,65	71,62	85,70	75,74	71,24	-36,4%
Technique	20,52	26,61	20,47	23,24	26,52	24,59	20,82	1,5%
Médico-technique	9,84	16,71	13,12	9,06	8,86	11,12	7,92	-19,5%
Educatifs et sociaux	1,28	0,73	0,28	0,45	0,10	0,10	0,72	-44%
Total	160,87	156,35	138,48	114,32	134,28	126,26	111,47	-30,7%

Source : Données HUS– tableau CRC Données au 30 juin 2013

Tableau 7 : Agents en contrat aidé et apprentis

Contrats aidé et apprentis en ETP moyens rémunérés	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2007
Administratif	0	0	0	0	0	0	0	
Soignant	120,50	29,05	37,49	42,02	12,24	7,39	7,83	-93,5%
Technique	0	0	0	0	0,98	0	0	
Médico-technique	0	0	0	0	0	0	0	
Educatifs et sociaux	0	0	0	0	0	0	0	
Total	120,50	29,05	37,49	42,02	13,22	7,39	7,83	-93,5%

Source : Données HUS– tableau CRC Données au 30 juin 2013

Tableau 8 : Nombre d'agents contractuels ou auxiliaires nommés à un emploi permanent

Nombre d'agents contractuels ou auxiliaires nommés à un emploi permanent	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/2007
Administratif	20	21	11	27	35	30	50%
Soignant et éducatif	161	194	205	232	239	214	32,9%
Technique	30	25	59	41	59	50	66,7%
Médico-technique	4	12	28	16	32	15	275%
Total	215	252	303	316	365	309	43,7%

Source : bilans sociaux et données HUS pour 2012 – tableau CRC

Tableau 9 : Les « CDIsations » de 2007 à 2013

CDIsation	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012/2007
dont administratif	2	1	0	2	1	9	10	350%
dont soignant et éducatif	9	8	8	22	12	23	4	155,6%
dont technique	17	6	4	10	16	18	4	5,9%
dont médico-technique	5	8	11	12	11	2	11	-60%
Total	33	23	23	46	40	52	29	57,6%

Source : Données HUS– tableau CRC Données au 30 juin 2013

Tableau 10 : Personnel mis à disposition de l'établissement par une entreprise intérimaire ou extérieure

Personnel mis à disposition de l'établissement par un entreprise intérimaire ou extérieure au cours de l'année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2012/2007
Nombre de journées travaillées par des agents intérimaires	1 531	498	571	158	182	140	0	-91%
Nombre de journées travaillées par des agents autres	53 554	51 349	48 380	46 760	67 077	59 808	28 437	12%
<i>Dont nombre de journées travaillées par le personnel mis à disposition par l'UGECAM dans le cadre de l'intégration du CTO et du SIHCUS - CMCO</i>	46 580	46 580	44 139	41 962	58 069	55 079	26 303	18%
Total	55 085	51 847	48 951	46 918	67 259	59 948	28 437	9%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 – tableau CRC Données au 30 juin 2013

Tableau 11 : Répartition des contrats de travail des agents intérimaires par durée

Répartition des contrats de travail des agents intérimaires par durée	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2012/2007
Contrats d'une durée inférieure ou égale à 15 jours	163	91	46	49	38	36	0	-77,9%
Contrats d'une durée supérieure à 15 jours	50	9	13	0	0	0	0	-100%
Total	213	100	59	49	38	36	0	-83,1%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 – tableau CRC Données au 30 juin 2013

ANNEXE 4 : Entrées, départs et remplacements

Tableau 1 : Nombre d'agents ayant quitté l'établissement au cours de l'année

Nombre d'agents ayant quitté l'établissement au cours de l'année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2012/2007
Retraite	199	280	186	242	225	183	106	-8%
Vers un autre établissement	94	122	78	86	72	65	27	-30,9%
Disponibilité et congé parental	165	201	194	208	243	222	132	34,5%
Vers une autre fonction publique	6	10	11	5	9	6	2	0%
Licenciement - révocation	2	8	6	4	8	5	1	150%
Fin de contrat	146	166	210	138	164	130	60	-11%
Démissions	66	92	102	86	93	91	31	37,9%
Décès	7	12	8	9	14	5	6	-28,6%
Total	685	891	795	778	828	707	365	3,2%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013– tableau CRC Données au 30 juin 2013

Tableau 2 : Nombre d'agents ayant été recrutés en cours d'année

Nombre d'agents ayant été recrutés en cours d'année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2012/2007
Administratif	73	59	58	72	109	80	24	9,6%
Soignant et éducatif	553	666	618	607	949	612	281	10,7%
Technique	98	129	94	63	118	101	54	3,1%
Médico-technique	54	65	53	40	78	63	18	16,7%
Total	778	919	823	782	1254	856	377	10%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013– tableau CRC Données au 30 juin 201

Tableau 3 : Mensualités de remplacement en nombre

Mensualités de remplacement en nombre	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2012/2007
Administratif	182	122	90	103	151	177	65	-2,5%
Soignant et éducatif	1 352	1 209	1 139	855	1 015	898	389	-33,6%
Technique	224	234	157	143	185	163	66	-27,4%
Médico-technique	75	81	50	74	69	109	32	44,8%
Recherche	96	229	224	197	190	167	88	74%
Total	1 929	1 875	1 660	1 372	1 610	1 514	640	-21,5%

Source : bilans sociaux et HUS pour les exercices 2012 et 2013 tableau CRC Données au 30 juin 2013

ANNEXE 5 : Données relatives à l'absentéisme

Tableau 1 :Journées de présence du personnel médical

Journées de présence du personnel médical	2007			2008		2009		2010		2011		
	Mono-app	Bi-app	Total	Mono-app	Bi-app	Mono-app	Bi-app	Mono-app	Bi-app	Mono-app	Bi-app	Total
Journées travaillées	74 366	89 044	163 410	78 280	89 270	80 730	91 481	85 272	92 287	96 304	92 568	188 872
Journées d'absence	4 491	7 152	11 643	5 664,5	7 824	5 235,5	7 642,5	4 993	8 100	6 205	7 685,5	13 890
Journées de présence	69 875	81 892	151 767	72 615,5	81 446	75 494,5	83 838,5	80 279	84 187	90 100	84 882,5	174 982
Effectif pris en compte	361	394	755	380	395	390	403	408	403	463	406	869
Journées de présence par agent en moyenne	194/206	208/226		191/206	206/226	194/207	208/227	197/209	209/229	195/208	209/228	

Source : bilans sociaux et données HUS pour 2012– tableau CRC

NB : Les Hus ont précisé que ces données sont produites abstraction faite des congés annuels, des repos hebdomadaires et des jours fériés. Les différents types d'absences listées correspondent à des absences pour lesquelles la rémunération est en principe maintenue ou aménagée. La scission entre les mono et les bi appartenant a été faite en 2002 suite à l'application du dispositif RTT pour les mono-appartenant uniquement.

Tableau 2 : Répartition des journées d'absence du personnel médical

Répartition des journées d'absence du personnel médical	2007	2 008	2 009	2010	2011	2007/2011	2011
Maladie	1 805	2 334	1 858	2 389	2 132	18,1%	15,3%
Longue maladie et longue durée	696	455	635	235	787	13,1%	5,7%
Accident du travail (service)	226	479	129	19	32	-85,8%	0,2%
Accident du trajet	135	0	3	179	88	-34,8%	0,6%
Maladie professionnelle	0	0	0	0	0		0%
Maladie imputable au service	0	0	0	0	0		0%
Maternité, adoption, paternité	1 090	2 369	2 769	2 835	3 185	192,2%	22,9%
Formation, congrès, colloques, congé syndical	7 283	7 380	7 416	7 332	7 016	-3,7%	50,5%
Mission temporaire	370	361	30	91	647	74,9%	4,7%
Grève	38	111	38	14	3	-92,1%	0%
Total	11 643	13 489	12 878	13 094	13 890	19,3%	100%

Source : bilans sociaux et données HUS pour 2012– tableau CRC

Tableau 3 : Coût des absences du personnel médical

Coût des absences du personnel médical en €	2007	2008	2009	2010	2011
Maladie	280 256	391 187	340 998	380 961	350 524
Longue maladie et longue durée	54 993	75 842	58 810	0	138 451
Accident du travail (service)	61 449	103 606	35 048	6 532	7 290
Accident du trajet	37 169	0	980	44 365	34 067
Maladie professionnelle	0	0	0	0	0
Maladie imputable au service	0	0	0	0	0
Total	433 867	570 635	435 836	431 858	530 332

Source : bilans sociaux et données HUS pour 2012– tableau CRC

Selon les données émanant des bilans sociaux, ces estimations de coût sont faites sans déduction des indemnités de sécurité sociale. Il s'agit des montants bruts de la rémunération auxquels ont droit les différentes catégories de praticiens en fonction de leurs statuts spécifiques.

Tableau 4 :Journées de présence du personnel non médical

Journées de présence du personnel non médical	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2007
Nombre de journées théoriques travaillées	1 649 373	1 662 953	1 685 226	1 693 657	1 754 137	6,4%
soit un nombre moyen de jours de travail par agent	204	204	207	208	207	1,5%
Nombre de journées de présence au poste de travail	1 463 419	1 476 779	1 469 612	1 474 153	1 527 888	4,4%
soit un taux de présence de	88,8	89	87,2	87,1	87,1	-1,9%
Durée moyenne d'absence par agent *	19,45	19,66	21,11	21,35	21,28	9,4%

Source : bilans sociaux – tableau CRC

Calcul effectué en jours ouvrés de manière à ne pas décompter dans les arrêts de travail financés par la Sécurité sociale les jours de repos hebdomadaires

Durée moyenne d'absence par agent* : en prenant en compte la totalité des arrêts de travail financés par la Sécurité sociale

Tableau 5 :Journées de présence du personnel non médical

Journées de présence du personnel non médical	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/2007
Nombre de journées théoriques travaillées	1 649 373	1 662 953	1 685 226	1 693 657	1 754 137	1 773 918	7,6%
soit un nombre moyen de jours de travail par agent	204	204	207	208	207	206	1%
Nombre de journées de présence au poste de travail	1 486 871	1 497 560	1 507 416	1 514 615	1 568 147	1 592 573	7,1%
soit un taux de présence de	90,2	90	89,5	89,4	89,4	89,8	-0,4%
Durée moyenne d'absence par agent *	19,45	19,66	21,11	21,35	21,28	20,38	4,8%

Source : données HUS – tableau CRC

Données ne tenant pas compte des absences pour formation et motif syndical

Tableau 6 : Répartition des journées d'absence du personnel non médical

Répartition des journées d'absence du personnel non médical	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2011 en %	2011/2007
Maladie ordinaire	67 342	70 819	71 918	72 047	78 080	74 994	34,5%	15,9%
Longue maladie et longue durée	31 634	32 845	36 573	35 891	35 565	33 002	15,7%	12,4%
Accident du travail (service)	13 056	11 268	12 000	14 708	14 498	14 791	6,4%	11%
Accident du trajet	661	615	695	841	1 269	1 240	0,6%	92%
Maladie professionnelle	9 344	10 907	11 360	13 744	10 072	8 711	4,5%	7,8%
Maternité, adoption	35 223	33 785	39 355	36 637	40 880	42 726	18,1%	16,1%
Absence syndicale	4 585	5 122	3 670	5 170	5 454	N/D	2,4%	19%
Formation	18 867	15 659	34 134	35 293	34 805	N/D	15,4%	84,5%
Congés autorisé.	4 074	4 244	4 314	4 355	4 839	5 417	2,1%	18,8%
Absence non justifiée	268	430	785	368	727	463	0,3%	171,3%
Total	185 054	185 694	214 804	219 054	226 189	181 344	100%	22,2%

Source : bilans sociaux et données HUS pour 2012– tableau CRC – données en 5/7ème

Les données transmises pour tous les exercices sont en 5/7ème.

Tableau 7 : Répartition des journées pour la maladie ordinaire

Répartition des journées pour la maladie ordinaire	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/2007	2012
Administratif	4 942	6 106	5 848	6 702	7 884	6 224	25,9%	8,3%
Soignant et éducatif	49 716	52 312	52 283	52 128	56 219	55 303	11,2%	73,7%
Technique	10 181	10 017	10 747	10 216	10 822	10 396	2,1%	13,9%
Médico-technique	2 503	2 384	3 040	3 001	3 155	3 071	22,7%	4,1%
Total	67 342	70 819	71 918	72 047	78 080	74 994	11,4%	100%

Source : bilans sociaux et données HUS pour 2012– tableau CRC - Données en 5/7ème

ANNEXE 6 : Glossaire

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BO : Business Object
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CET : Compte Epargne Temps
CMCO : Centre Médico-Chirurgical Obstétrique
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRIH : Centre de Ressources en Informatique Hospitalière
CMP : Code des Marchés Publics
CSP : Code de Santé Publique
DAM : Direction des Affaires médicales
DECM : Deuxième Cycle d'Etudes Médicales
DRH : Direction des Ressources Humaines
EIA : Etat Infra annuel
EPRD : Etat Prévisionnel de Dépenses et de Recettes
ETP : Equivalent Temps Plein
EVP : Eléments Variables de Paie
FPH : Fonction Publique Hospitalière
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GESTOR : logiciel de gestion du temps de travail, utilisé par les HUS
GRH : Gestion des Ressources Humaines
GTMED : logiciel de gestion du temps de travail, utilisé par les HUS
GIP : Groupement d'Intérêt Général
HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
 IRCANTEC : Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de L'Etat et des Collectivités publiques
 PM : Personnel Médical
 PNM : Personnel Non Médical
 PRE : Plan de Retour à l'Equilibre
 RSA : Résumés de Sortie Anonymes
SAGAH : logiciel de paie du personnel médical et non médical, utilisé par les HUS
SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SIAD : Système d'Information et d'Aide à la Décision, en cours d'élaboration aux HUS
SIHCUS : Syndicat Inter-Hospitalier de la Communauté Urbaine de Strasbourg
UGECAM : Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie
ULP : Université Louis Pasteur
TS : Taxe sur les Salaires
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
XEMELIOS : Application de gestion financière