



Le président

G 14 - 258

Saint-Denis, le

18 NOV. 2014

RECOMMANDE AVEC A.R

Monsieur le Directeur,

Par lettre du 17 septembre 2014, j'ai porté à votre connaissance, conformément aux dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, le rapport d'observations définitives (dépenses des personnels médicaux et non médicaux) établi par la chambre régionale des comptes sur la gestion du centre hospitalier de Mayotte pour les exercices 2007 et suivants, en vous demandant d'y adjoindre une éventuelle réponse.

En l'absence de réponse dans le délai prévu, j'ai l'honneur de vous transmettre, ci-joint, le rapport d'observations définitives, complété de la réponse de l'ancien directeur du centre hospitalier de Mayotte.

En application de l'article L. 243-5 précité du code des juridictions financières, ce rapport doit être communiqué à l'assemblée délibérante dès sa plus proche réunion. Il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour et être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres. Il fait l'objet d'un débat.

Je vous prie de bien vouloir informer le greffe de la juridiction de la date à laquelle cette communication à l'organe délibérant aura eu lieu. A compter de cette date, ce rapport d'observations définitives deviendra alors communicable à tout tiers demandeur. Enfin, je vous informe que copie de ce rapport est transmise au préfet et au directeur régional des finances publiques du département de La Réunion, en application de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières.

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

Christian Roux
Conseiller référendaire à la Cour des
comptes

Monsieur Etienne Morel
Directeur du centre hospitalier de Mayotte
BP 04
97600 Mamoudzou



RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LA GESTION DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE
Thème : Dépenses des personnels médicaux et non médicaux
Exercices 2007 et suivants

RÉSUMÉ

Pilotage et efficience

Le centre hospitalier de Mayotte (CHM) occupe une place très particulière compte tenu de la démographie de l'île, de sa position de quasi-monopole en matière d'offre de soins avec une médecine libérale encore embryonnaire et de son régime budgétaire (dotation globale de financement). Sa capacité s'élevait en 2012 à 308 lits (hospitalisation complète) et 47 places (hospitalisation de jour et chirurgie ambulatoire).

L'organisation institutionnelle du CHM se décompose en trois types de structures :

- le site principal de Mamoudzou qui concentre la majorité de l'activité médico-chirurgicale et obstétrique et la quasi-intégralité du plateau technique ;
- quatre centres de soins de référence (à Kahani, M'Ramadoudou, Dzoumogné et Dzaoudzi) qui associent consultations de médecine générale et hospitalisation en obstétrique ;
- 13 centres de soins de proximité qui assurent des consultations de médecine générale.

Au 31 décembre 2012, le CHM employait 2 023 agents, dont 191 personnels médicaux et 1 832 personnels non médicaux. Les charges de personnel s'élèvent à 90 M€ en 2012, soit 59 % des dépenses totales de l'établissement et constituent le premier poste de dépenses. Entre 2009 et 2012, l'évolution moyenne des charges de personnel a été de 3,9 %. Les rémunérations du personnel médical ont connu le même rythme d'évolution (+ 3,9 %) alors que celles du personnel non médical ont augmenté de 2,8 % en moyenne annuelle.

Le CHM connaît un taux de rotation très important de ses personnels non médicaux (17,14 % en 2012), notamment des sages-femmes (18,15 %) et des infirmiers (40 %). Le CHM souffre aussi d'une pénurie de médecins. La moitié des médecins est constituée de contractuels avec une part de plus en plus importante de remplaçants sur des contrats de très courte durée (inférieure à trois mois). Pour attirer et fidéliser ses personnels, le CHM a mis en place des politiques attractives de rémunération et d'avantages en nature, en marge de la réglementation. Ainsi les frais de déplacement et de déménagement s'élèvent à 1 233 € par équivalent temps plein (ETP).

Les marges de manœuvres

La gestion du personnel constitue une tâche très lourde pour l'établissement compte tenu des difficultés de recrutement, du nombre très important d'embauches et de la multiplicité des statuts. Le CHM dispose déjà d'outils pour conduire une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Il doit poursuivre cette démarche en associant au maximum les pôles.

Un respect plus strict de la réglementation relative aux versements de primes doit être recherché par l'établissement.

Le CHM ne dispose d'une mesure de l'absentéisme médical que depuis le bilan social 2012. L'absentéisme du personnel non médical est en augmentation.

RECOMMANDATIONS DE LA CHAMBRE

- 1) Mener une étude précise sur le coût des frais de déplacement et de déménagement des personnels. (page 12)
- 2) Réaliser une étude sur l'adéquation des effectifs à l'activité. (page 22)

SOMMAIRE

1. LA PROCÉDURE.....	6
2. LA PRÉSENTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE...	6
2.1. LES ÉLÉMENTS DÉMOGRAPHIQUES.....	6
2.2. L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ À MAYOTTE	7
2.3. LA PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE	9
3. LE PILOTAGE ET L'EFFICIENCE	11
3.1. LE PILOTAGE DE LA MASSE SALARIALE.....	11
3.1.1. L'évolution des dépenses de personnel	11
3.1.2. La fiabilité des comptes de dépenses de personnel.....	12
3.1.3. Les données budgétaires.....	14
3.1.4. Le pilotage pluriannuel de la masse salariale	18
3.2. LA GOUVERNANCE DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH)	19
3.2.1. La connaissance du coût de l'activité GRH.....	19
3.2.2. La répartition des compétences pour la GRH.....	19
3.3. L'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION	20
3.3.1. La productivité	20
3.3.2. L'organisation des soins.....	21
3.4. LA PRISE EN COMPTE DES ÉVENTUELS « GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT ».....	23
3.4.1. La performance des blocs opératoires	23
3.4.2. Les sages-femmes.....	23
3.4.3. Les autres causes éventuelles	24
4. LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES MÉTIERS ET DES COMPÉTENCES (GPMC).....	25
4.1. LE DEGRÉ DE FORMALISATION DE LA GPMC.....	25
4.2. LA RATIONALISATION DES EFFECTIFS PAR UNE DÉMARCHE MÉTIER.....	26
4.3. LA CONNAISSANCE DES MARGES DE MŒUVRES	27
4.4. UNE ÉVENTUELLE DIMENSION INTER ÉTABLISSEMENTS	28
4.4.1. La cartographie des métiers.....	28
4.4.2. Les relations avec le CHU de La Réunion.....	28
5. LES CONTRAINTES DE RECRUTEMENT DES PERSONNELS MÉDICAUX	29
5.1. LA PÉNURIE MÉDICALE	29
5.2. LE MONTANT DES ÉMOLUMENTS PROPOSÉS	31
6. LES MARGES DE MANŒUVRE POUVANT ÊTRE GÉNÉRÉES PAR UNE APPLICATION DES TEXTES PLUS RIGOUREUSE.....	33
6.1. L'AVANCEMENT	33
6.2. LES PRIMES ET INDEMNITÉS	33
6.2.1. L'indemnité pour travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif.....	34
6.2.2. L'indemnité pour travaux dangereux, incommodes, insalubres ou salissants.....	35
6.2.3. La nouvelle bonification indiciaire (NBI)	35
6.2.4. La prime de début de carrière.....	36
6.2.5. La prime d'encadrement.....	36
6.2.6. La prime spécifique (dite prime Veil)	37
6.3. L'AFFILIATION DES MÉDECINS À LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER (CFE)	37
6.3.1. Les raisons de l'affiliation des médecins à la CFE	37
6.3.2. La situation actuelle.....	38
7. LE TEMPS DE TRAVAIL : CONTRAINTE OU OPPORTUNITÉ ?	39
7.1. LE TEMPS DE TRAVAIL DU PERSONNEL NON MÉDICAL.....	39
7.1.1. Les heures supplémentaires	40
7.1.2. Les comptes épargne temps (CET).....	40
7.1.3. Les astreintes	41
7.2. LE TEMPS DE TRAVAIL DU PERSONNEL MÉDICAL	41
7.2.1. La gouvernance en matière de temps de travail.....	41
7.2.2. Les congés annuels et les CET	41

7.2.3.	Le temps de travail additionnel	42
7.2.4.	La permanence des soins	44
8.	L'ABSENTÉISME	45
8.1.	LE PERSONNEL MÉDICAL	45
8.2.	LE PERSONNEL NON MÉDICAL	46
8.3.	PRIME DE SERVICE ET ABSENTÉISME	48
ANNEXE N° 1 :	CARTE DES IMPLANTATIONS DU CHM	49
ANNEXE N° 2 :	COMPTES ÉPARGNE TEMPS (CET) DU PERSONNEL NON MÉDICAL	50
ANNEXE N° 3 :	LISTE DES PÔLES DU CHM	51
ANNEXE N° 4 :	VENTILATION DES CONTRATS DE PRATICIEN CONTRACTUEL PAR PÔLE	52
ANNEXE N° 5 :	INDEMNITÉS POUR LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL NON MÉDICAL	53
ANNEXE N° 6 :	EXEMPLE DE TABLEAU DE SUIVI DU PERSONNEL MÉDICAL	54

1. La procédure

La chambre régionale des comptes de Mayotte a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier de Mayotte sur les exercices 2007 et suivants. Le présent rapport traite des dépenses des personnels médicaux et non médicaux dans le cadre d'une enquête menée par un certain nombre de chambres régionales des comptes. Il reprend les rubriques demandées par l'enquête.

Ce contrôle a été ouvert par lettres du 6 mars 2013 adressées à M. Étienne Morel, directeur depuis le 1^{er} mars 2013, et à M. Alain Daniel, ordonnateur en fonctions du 1^{er} janvier 2007 au 28 février 2013.

La chambre, lors de sa séance du 18 mars 2014, a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont donné lieu à l'envoi d'un rapport d'observations provisoires à l'ordonnateur en fonctions ainsi que l'envoi d'extraits de ce rapport au précédent ordonnateur et à des tiers concernés.

Après avoir examiné les réponses écrites de MM. Étienne Morel, Alain Daniel et de tiers concernés, la chambre, lors de sa séance du 29 août 2014, a arrêté ses observations définitives qui sont développées dans le présent rapport.

2. La présentation du système de santé et du centre hospitalier de Mayotte

2.1. Les éléments démographiques

Au recensement de 2012, l'INSEE dénombre à Mayotte une population de 212 600 habitants¹. Entre 2007 et 2012, la croissance de la population est restée soutenue (+ 2,7 % par an en moyenne) mais s'atténue par rapport aux années antérieures. Elle est due intégralement à l'excédent des naissances sur les décès. Plus de la moitié de la population a moins de 18 ans (contre 39 ans en France métropolitaine), faisant ainsi de Mayotte le département le plus jeune de France. Les 60 ans et plus ne représentent que 4 % de la population, soit six fois moins qu'en France métropolitaine (24 %).

Avec 570 habitants au km², Mayotte est le département français le plus densément peuplé après ceux d'Île-de-France. La population est de plus concentrée autour d'un pôle urbain, Mamoudzou, chef-lieu de l'île, qui compte 57 281 habitants, soit 27 % de la population totale.

Avec un indice conjoncturel de fécondité de 4,1 enfants par femme (2,0 en France en 2012), la natalité reste forte dans le département. En 2012, 6 500 naissances ont été enregistrées. Par ailleurs, en raison de la jeunesse de la population, les décès sont relativement peu nombreux. Sur la période 2007-2012, leur nombre ne dépasserait pas 1 000 personnes en moyenne par an.

¹ Sources : Insee Mayotte Infos n° 61, novembre 2012

En 2012, 84 600 étrangers² résident à Mayotte, qu'ils y soient nés ou non ; 95 % d'entre eux sont de nationalité comorienne. En cinq ans, le nombre d'étrangers a augmenté un peu moins vite que l'ensemble de la population (+ 12 % contre + 14 %). Ainsi, la part des étrangers se stabilise à 40 %. Mayotte demeure le département français où la part d'étrangers dans la population est la plus importante, devant la Guyane (35,5 %).

Enfin, près du tiers de la population mahoraise n'a jamais été scolarisée et ce tiers est pour la quasi-totalité en situation d'illettrisme (96 %). Parmi les personnes qui ont été scolarisées, le taux d'illettrisme s'élève à 33 % à Mayotte en 2012³, un niveau supérieur à La Réunion (23 %) et à la France métropolitaine (7 %).

2.2. L'évolution du système de santé à Mayotte

Un système de santé public n'est apparu à Mayotte que dans les années soixante-dix. Géré par la collectivité territoriale qui en assure le financement sur son budget de fonctionnement, il est alors basé sur la gratuité totale de tous les soins, des plus basiques jusqu'à la prise en charge des transferts vers La Réunion ou la métropole. Il n'y a alors ni assurance maladie, ni mutuelle.

Deux services non personnalisés de la collectivité intervenaient :

- La direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) de Mayotte gère 19 dispensaires et quatre cabinets dentaires répartis sur l'ensemble du territoire en assurant les activités de prévention, de consultation, de suivi sanitaire de la population ainsi que les soins de santé primaire ; certains dispensaires disposaient de quelques lits de médecine et d'obstétrique (douze maternités rurales).

- Les hôpitaux de Mamoudzou et de Dzaoudzi assuraient l'accueil des urgences 24h/24 ainsi que les soins hospitaliers dans les différentes disciplines : médecine, chirurgie, pédiatrie, gynéco-obstétrique et réanimation autour d'un plateau technique comprenant les urgences, le bloc opératoire, le laboratoire, la radiologie, la pharmacie, la kinésithérapie ainsi que la stérilisation.

Ce système a perduré jusqu'à la parution de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte qui soumet, sous réserve de certaines adaptations, la collectivité départementale de Mayotte au code de la santé publique.

L'hôpital de Mayotte devient un établissement public de santé autonome à compter du 1^{er} avril 1997 (arrêté préfectoral du 8 mars 1997).

L'établissement assure alors la responsabilité de l'activité sanitaire dans son ensemble, en dehors de l'activité de consultations des dispensaires qui dépend toujours de la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) de Mayotte.

L'agence régionale de l'hospitalisation de La Réunion-Mayotte devient compétente à l'égard de l'établissement de Mayotte en 1997.

En 1999, deuxième étape : les maternités rurales, dont le nombre est réduit à sept, sont rattachées à l'hôpital.

Enfin, le 1^{er} janvier 2004, troisième étape : les dispensaires de Mayotte et les cabinets dentaires sont rattachés au centre hospitalier de Mayotte, soit une vingtaine de sites et près de 400 agents, dont 50 médecins.

² Source : Insee Première, n° 1488, février 2014

³ Source : Insee Mayotte Infos n° 70, février 2014

Dès lors, la planification sanitaire arrêtée depuis plusieurs années⁴ peut être effective avec la création de quatre sites intercommunaux, hôpitaux dits « de référence » :

- Le site de Dzaoudzi sur Petite-Terre ;
- Le site de M'Ramadoudou (ouvert en 2005) au sud de la Grande-Terre (commune de Chirongui) ;
- Le site de Kahani (ouvert en 2006) au centre (commune de Ouangani) ;
- Le site de Dzoumogné (ouvert en 2010) au nord (commune de Bandraboua).

Suite à l'ordonnance sociale du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale de Mayotte et au décret n° 2004-942 du 3 septembre 2004, l'assurance maladie maternité est instaurée à Mayotte.

L'ordonnance n° 2004-688 du 12 juillet 2004 relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale à Mayotte met fin à la gratuité des soins, le coût de la santé étant désormais supporté par les cotisations des affiliés. En pratique, les soins continuent à être gratuits pour les assurés sociaux, aucun ticket modérateur n'étant réclamé et le forfait hospitalier n'est pas appliqué.

Elle prévoit aussi la fin de la gratuité pour les personnes non affiliées à compter du 1^{er} avril 2005, notamment pour les étrangers en situation irrégulière. Ceux-ci doivent désormais déposer une provision financière au centre hospitalier de Mayotte pour pouvoir bénéficier des soins. Toutefois, cette provision n'est pas exigée des personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond, lorsque la gravité et l'urgence de l'état de santé de la personne le justifient ou lorsque les personnes reçoivent des soins dans le cadre des maladies transmissibles graves.

La caisse de prévoyance sociale devient la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM). Le régime de sécurité sociale de Mayotte est une version adaptée par rapport à la métropole : il n'existe pas de couverture maladie universelle (CMU), ni d'aide médicale de l'État (AME) pour les non assurés.

L'article 64 de la loi de programme pour l'outre-mer n° 2003-660 du 21 juillet 2003 prévoit, sous certaines conditions, l'intégration des agents de la collectivité départementale de Mayotte dans la fonction publique hospitalière. Les décrets du 24 novembre 2005 et du 12 décembre 2006 précisent les modalités de cette intégration. Ce processus, amorcé en 2007, a permis aux agents de bénéficier des droits, garanties et obligations offerts à l'ensemble des fonctionnaires.

La loi organique n° 2007-223 du 21 février 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer a constitué une nouvelle étape vers le droit commun avec l'application à Mayotte de tout le code de la santé publique, avec néanmoins des particularités concernant notamment les écoles paramédicales, les transports sanitaires et la dispensation des médicaments. Enfin, l'ordonnance du 22 décembre 2011 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte dans le cadre de la départementalisation vise à faire progressivement converger la couverture sociale dans le nouveau département avec le droit commun applicable en métropole et dans les départements d'outre-mer (DOM).

Depuis le 1^{er} avril 2010, le CHM relève pour sa gestion et son financement de l'autorité de l'agence de santé Océan indien et reste soumis au régime budgétaire de la dotation globale de financement.

⁴ Le premier schéma d'organisation sanitaire de Mayotte dit « schéma territorial d'organisation sanitaire 2000-2005 - STOS I » a été élaboré durant l'année 1999-2000 et arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation le 2 janvier 2001.

L'offre libérale à Mayotte est encore embryonnaire : on ne compte que 17 généralistes et 5 spécialistes début 2014, leur nombre ayant même baissé sur la période récente. Le déploiement de la carte Vitale n'a débuté qu'en décembre 2013.

La seule activité hospitalière privée sur Mayotte ne date que de 2012. Elle concerne l'auto-dialyse. La structure est installée dans des locaux de l'hôpital.

Le CHM constitue donc le recours essentiel en matière d'accès à la santé, voire le seul dans bon nombre de spécialités.

2.3. La présentation du centre hospitalier de Mayotte

La filière de soins du CHM s'articule autour de trois types de structures (cf. carte en annexe n° 1) :

- le site principal de Mamoudzou ;
- les quatre centres de soins de référence, un centre étant installé dans chacun des secteurs (Kahani – M'Ramadoudou – Dzoumogné – Dzaoudzi⁵) ;
- les 13 centres de soins de proximité (ex-dispensaires).

Sur son site principal, l'hôpital de Mamoudzou concentre la majorité de l'activité médico-chirurgicale et obstétrique (60 % des lits et places en hospitalisation complète ou ambulatoire) et la quasi-intégralité du plateau technique :

- un service d'urgences,
- cinq salles de bloc opératoire,
- une réanimation (avec un bloc spécifique « brûlés » attendant),
- un plateau de radiologie-imagerie incluant un scanner⁶ et une imagerie par résonance magnétique (IRM) gérée par un groupement d'intérêt économique constitué entre le CHM et le cabinet d'imagerie médicale privé,
- un laboratoire de biologie médicale ;
- un caisson hyperbare,
- un dépôt de délivrance des produits sanguins labiles,
- un service mobile d'urgence (SMUR),
- un centre de régulation des appels urgents (15).

Les quatre hôpitaux de référence sont ouverts 24h/24 et associent consultations de médecine générale et hospitalisation en obstétrique.

Les treize centres dits de proximité sont des dispensaires de médecine générale sans plateau technique, avec des consultations du lundi au vendredi de 7h à 14h.

En 2012, la capacité du CHM est de 308 lits (hospitalisation complète) et 47 places (hospitalisation de jour et chirurgie ambulatoire) qui se répartissent de la façon suivante :

⁵ La reconstruction de l'hôpital de Petite-Terre fait partie des projets prioritaires du CHM. Cette opération devrait bénéficier de fonds européens. Le coût estimé est de 31 M€. L'ouverture est prévue en 2018.

⁶ L'achat d'un nouveau scanner est prévu en 2014.

Tableau n° 1 : Capacité du CHM en 2012

	au 30/11/2012		
	LITS	PLACES	TOTAL
MEDECINE	134	12	146
Médecine polyvalente - Mamoudzou	51	2	53
Médecine polyvalente - Dzaoudzi	8	0	8
Oncologie	0	8	8
Pédiatrie	24	2	26
Néo-natalogie	21	0	21
Réanimation	10	0	10
Soins Intensifs	4	0	4
Urgences - UHCD	16	0	16
CHIRURGIE	50	34	73
Chirurgie générale et spécialités	13	0	13
Chirurgie orthopédique	27	0	27
Chirurgie ambulatoire	0	23	23
Chirurgie gynécologique	10	11	10
OBSTETRIQUE	112	1	113
Mamoudzou	44	1	45
Dzoumougne	20	0	20
Kahani	20	0	20
M'Ramadoudou	20	0	20
Dzaoudzi	8	0	8
PSYCHIATRIE	12	0	12
TOTAL	308	47	355
CAISSON HYPERBARE	0	6	6

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

Source : Agence de santé Océan indien

Le CHM gère depuis 2001 un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et depuis 2003 un centre de formation des personnels paramédicaux (CFPM).

3. Le pilotage et l'efficience

3.1. Le pilotage de la masse salariale

3.1.1. L'évolution des dépenses de personnel

Tableau n° 2 : Périmètre des dépenses de personnel

Périmètre des dépenses de personnel						
		2009	2010	2011	2012	Evol Moy
Charges de personnel						
Titre 1	Charges de personnel	80 243 978 €	80 402 579 €	86 783 786 €	90 011 799 €	3,9%
Titre 3	6225 - Indemnités comptables et régisseurs	0 €	0 €	0 €	15 249 €	
	6247 - Transports collectifs de personnels	0 €	0 €	0 €	0 €	
	625- Déplacement et missions	2 807 648 €	2 856 229 €	2 605 588 €	2 458 461 €	-4,3%
	628 - Dépenses de formation	1 234 858 €	895 350 €	646 619 €	805 087 €	-13,3%
	6587 - Participation aux frais de stage EHESP					Ns
Titre 4	6721- Ch. personnel sur ex. antérieurs	356 271 €	951 092 €	604 796 €	438 954 €	7,2%
	68743 - Dotation provision CET					
	Dépenses de personnel hors titre 1 (b)	4 398 778 €	4 702 671 €	3 857 002 €	3 717 751 €	-5,5%
Total des dépenses de personnel (a+b)		84 642 756 €	85 105 250 €	90 640 788 €	93 729 549 €	3,5%
	Remboursement sur rémunération et charges (c')	2 781 017 €	817 973 €	1 048 371 €	700 365 €	-36,8%
Total des dépenses de personnel nettes (a+b-c)		81 861 740 €	84 287 277 €	89 592 417 €	93 029 185 €	4,4%
Coefficient de correction du titre 1		1,02	1,05	1,03	1,03	1,04

Source : les comptes financiers

Source : CRC (à partir des comptes financiers)

Les charges de personnel sont comptabilisées au titre 1 de la nomenclature des établissements publics de santé. Elles passent de 80,2 M€ en 2009 à 90 M€ en 2012, soit une progression annuelle moyenne de 3,9 %.

L'analyse des charges de personnel ne peut toutefois se limiter aux dépenses figurant au titre 1. D'un côté, certaines charges de personnel sont imputées sur le titre 3 « Charges à caractère hôtelier et général » et sur le titre 4 « Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles », d'un autre côté, l'établissement perçoit des remboursements sur rémunérations et cotisations.

Les dépenses de personnel hors titre 1 représentent en moyenne 4,2 M€ sur la période. Elles sont en baisse (- 5,5 %). Elles se composent à 86 % des frais de formation et des frais de déplacement (ces derniers représentent à eux seuls deux tiers des dépenses de personnel hors titre 1).

Sur la même période les remboursements sur rémunération s'élève en moyenne à 1,3 M€.

Le total des dépenses de personnel nettes des remboursements a progressé de 11,2 M€ entre 2009 et 2012, passant de 81,9 M€ à 93 M€, soit une progression moyenne de 4,4 % contre une progression de 3,9 % pour le seul titre 1.

Le retraitement effectué dans le tableau n° 2 ci-dessus permet d'appréhender l'ensemble des charges de personnel supportées par l'établissement ainsi que les remboursements dont il bénéficie afin d'établir une masse salariale nette. Il autorise également d'établir un coefficient de correction des dépenses de personnel qui s'élève à 1,04. Dit autrement, en moyenne, il faut multiplier le titre 1 par 1,04 pour obtenir le total des dépenses de personnel nettes des remboursements correspondant à la charge réelle de l'établissement.

Le montant des frais de déplacement et de déménagement des personnels du centre hospitalier de Mayotte s'élève sur 2012 à 2,5 M€, ce qui représente une dépense de 1 233 € par ETP (équivalent temps plein). A titre de comparaison, les frais de déplacement et de déménagement d'un établissement réunionnais représentent 1,9 M€, soit 337 € par ETP.

L'importance des frais de déplacement et de déménagement s'explique par l'éloignement géographique de la métropole. C'est une caractéristique commune aux établissements d'outre-mer. L'écart entre La Réunion et Mayotte vient du coût des billets d'avions, de l'absence d'offre de formation en local et de la rotation importante des personnels. L'établissement a confirmé cette observation mais, à ce jour, aucune étude chiffrée n'a été engagée au sein du CHM pour en définir le coût exact. Compte tenu du montant de ce poste, la chambre invite le CHM à mener une étude précise sur ce point. Le directeur du CHM s'est engagé auprès de la chambre à réaliser cette étude. Il a également précisé qu'un marché public avait été passé en 2012 avec un nouveau prestataire, chargé de choisir les tarifs les plus avantageux, ce qui devrait générer des économies.

Les dépenses de formation diminuent de 13,3 % en moyenne annuelle sur la période observée. Cette baisse s'explique, selon l'établissement, par la non attribution d'une aide exceptionnelle nationale accordée en 2008, 2009 et 2010 (104 000 €, 100 000 € et 464 500 €). L'aide pour le financement de la formation par l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) est également en baisse sur la période.

Tableau n° 3 : Dépenses de formation

	2009	2010	2011	2012	Evol moy.
628 - Dépenses de formation	1 234 858 €	895 350 €	646 619 €	805 087 €	-13,3%
Aide financement formation ANFH	957 379 €	990 968 €	831 948 €	563 862 €	-16,2%

Source : CRC (à partir des comptes financiers)

La baisse des dépenses de formation en 2011 est liée aux événements du dernier trimestre 2011 (grève contre la vie chère à Mayotte) qui ont conduit à l'annulation de nombreuses formations.

La chambre invite le CHM à mettre en œuvre son projet d'une étude précise sur le coût des frais de déplacement et de déménagement des personnels (recommandation n° 1).

3.1.2. La fiabilité des comptes de dépenses de personnel

3.1.2.1. Les provisions pour le compte épargne temps (CET)

Tableau n° 4 : Provisions pour compte épargne temps (CET)

Etablissement	Comptes	Intitulé	2009	2010	2011	2012
			BE	BE	BE	BE
CHM	143	Provisions liées à la mise en œuvre CET	1 086 333,00 €	1 086 333,00 €	1 086 333,00 €	1 086 333,00 €

Source : CRC (à partir des comptes financiers)

Les provisions pour le compte épargne temps (CET) s'établissent à 1,1 M€ en 2012. Leur montant n'a pas évolué entre 2009 et 2012.

L'établissement indique que la provision pour CET est constituée réglementairement, en tenant compte d'une part de l'évolution de cette réglementation en 2012 et, d'autre part, de l'avis du CNOCP (Conseil de normalisation des comptes publics). La provision pour CET est ainsi évaluée pour le montant correspondant à la meilleure estimation de la sortie de ressources nécessaires à l'extinction de l'obligation de l'entité envers le personnel titulaire d'un compte épargne-temps.

L'établissement considère que l'évolution du nombre de jours déposés sur CET pendant la période de référence ainsi que les différentes évaluations de la couverture du risque CET ont montré que la provision réalisée depuis 2009 suffisait à la couverture du risque. Son montant est donc resté identique. Il couvrirait ainsi les 6 272,96 jours pour le personnel non médical valorisés à 582 662 € et les 1 450 jours pour le personnel médical valorisés à 450 000 €.

Concernant le personnel non médical, le détail de la valorisation des jours de CET est présenté en annexe n° 2. Elle est établie sur la base d'un montant forfaitaire en fonction de la catégorie de l'agent (125 € pour un agent de catégorie A, 80 € pour un agent de catégorie B et 65 € pour un agent de catégorie C). Toutefois, la chambre observe une incohérence concernant le solde des CET présenté dans le bilan social 2012 pour le personnel non médical qui indique 28 317 jours inscrits au 31 décembre 2012 et le solde servant de base au calcul des provisions (6 272,96 jours).

Concernant le personnel médical, l'établissement a valorisé le stock de CET à 300 € par jour pour un coût total des CET de 435 000 €. Il considère ainsi que le taux de couverture⁷ des CET est supérieur à 100 % (il représente en 2012 103,4 %), ce qui signifie que l'établissement a provisionné suffisamment de crédits pour couvrir l'ensemble des CET du personnel médical dans l'hypothèse théorique où l'ensemble des médecins demanderait l'indemnisation de la totalité de leur CET. Néanmoins, la chambre constate que la provision pour CET du centre hospitalier est calculée sur le montant brut hors charges patronales⁸ et apparaît ainsi sous-évaluée.

3.1.2.2. Le niveau des charges de personnel sur exercices antérieurs

Tableau n° 5 : Les reports de charges du personnel

Comptes	Intitulé	2009	2010	2011	2012
67218	Charges de personnel sur exercices antérieurs	356 271 €	951 092 €	604 796 €	438 954 €
Titre 1	Charges de personnel	80 243 978 €	80 402 579 €	86 783 786 €	90 011 799 €
	% du report de charges sur charge titre 1	0,4%	1,2%	0,7%	0,5%

Source : CRC (à partir des comptes financiers)

Les charges de personnel sur exercices antérieurs ont été très variables sur la période. Les montants constatés oscillent de 0,3 M€ à 0,9 M€. Rapporté au montant des charges du titre 1, le report de charges est supérieur sur toute la période au pourcentage de 0,2 % considéré comme la valeur limite.

L'établissement a précisé que l'augmentation des charges sur exercices antérieurs entre 2009 et 2010 correspond à l'application au centre hospitalier de Mayotte de l'accord cadre du 8 avril 2009 concernant l'intégration des agents de la fonction publique de Mayotte dans les fonctions publiques nationales ainsi qu'à un niveau élevé de « stagiairisation » suite à la départementalisation pour les exercices 2011 et 2012.

En complément, le CHM précise que des charges sur exercices antérieurs n'ont pu faire l'objet d'un rattachement à l'exercice qu'elles concernaient, pouvant ainsi fausser le principe d'annualité et de sincérité des comptes.

⁷ Montant total des jours du personnel médical épargnés sur les CET provisionnés / Total du coût estimé des jours épargnés sur les CET du personnel médical x 100.

⁸ Concernant le personnel médical, ces charges sont particulièrement importantes puisqu'elles représentent près de la moitié du montant brut.

Dans le cadre du chantier national de fiabilisation des comptes des établissements publics de santé, le CHM s'est engagé dans l'identification des principaux risques susceptibles de compromettre la qualité des comptes et dans l'élaboration d'un diagnostic et d'un plan d'action de maîtrise de ces risques. La maîtrise des charges sur exercices antérieurs fait partie des axes d'amélioration du CHM pour les clôtures comptables 2013 et 2014.

Enfin, l'établissement est à jour de ses obligations, notamment fiscales, et n'a pas rencontré de difficultés pour payer ses charges sociales.

3.1.2.3. Autres remarques sur la fiabilité des comptes de dépenses de personnel

Les dépenses relatives aux indemnités aux comptables et aux régisseurs n'ont été imputées aux comptes 62251 et 62252 prévus par le plan comptable qu'à partir de 2012.

Enfin, les frais de déplacement recouvrent en partie des frais de transport aérien qui auraient dû être imputés au compte 6247 « Transports collectifs » s'agissant de frais payés directement au transporteur pour le transport du personnel. Seuls les frais de déplacement remboursés au personnel doivent être imputés au compte 6251 « Voyages et déplacements ».

3.1.3. Les données budgétaires

La transmission de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) du CHM, y compris le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, est effectuée via l'outil ANCRES depuis 2011.

Tableau n° 6 : Structure des charges par titre fonctionnel

	CHM (en €)	2009	2010	2011	2012	Evol Moy
Titre 1	Charges de personnel	80 243 978,43 €	80 402 578,83 €	86 783 785,79 €	90 011 798,63 €	3,9%
Titre 2	Charges à caractère médical	21 581 042,21 €	23 566 043,88 €	27 912 505,64 €	24 667 787,94 €	4,6%
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et générales	20 323 277,87 €	21 978 394,23 €	23 219 123,26 €	22 427 326,60 €	3,3%
Titre 4	Amortissement, charges financières et exceptionnelles	13 696 480,64 €	16 567 054,56 €	12 968 026,10 €	15 088 409,67 €	3,3%
Total		135 844 779,15 €	142 514 071,50 €	150 883 440,79 €	152 195 322,84 €	3,9%

		2009	2010	2011	2012
Titre 1	Charges de personnel	59,1%	56,4%	57,5%	59,1%
Titre 2	Charges à caractère médical	15,9%	16,5%	18,5%	16,2%
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et générales	15,0%	15,4%	15,4%	14,7%
Titre 4	Amortissement, charges financières et exceptionnelles	10,1%	11,6%	8,6%	9,9%
	Total	100%	100%	100%	100%

Source : CRC

La structure des charges a peu évolué de 2009 à 2012. Les charges de personnel représentent le premier poste de dépenses. Leur part est de 59 % en 2012. Les charges à caractère médical et les charges à caractère hôtelier et générales représentent environ 15 % chacune. Enfin les charges financières et exceptionnelles représentent 10 % de l'ensemble des charges.

Tableau n° 7 : Part des dépenses de personnel dans les dépenses et les recettes

Données générales en €		2009	2010	2011	2012	Evol Moy	2009/2012
Dépenses							
	Dépenses totales	135 844 779,15 €	142 514 071,50 €	150 883 440,79 €	152 195 322,84 €	3,9%	12%
dont titre 1 (D1)	Charges de personnel	80 243 978,43 €	80 402 578,83 €	86 783 785,79 €	90 011 798,63 €	3,9%	12%
Recettes							
	Recettes totales	136 078 510,70 €	144 218 259,05 €	149 018 185,05 €	149 605 809,87 €	3,2%	10%
dont titre 1 (R1)	Produits assurance maladie	114 405 251,00 €	124 290 486,08 €	125 925 377,00 €	134 708 181,94 €	5,6%	18%
D1/Dépenses	Personnel / Dep. Totales	59%	56%	58%	59%		
D1/R1	Personnel / Rec. Ass Mal,	70%	65%	69%	67%		
Marge	% des Rec du titre 1 non consommées	30%	35%	31%	33%		

Source : les comptes financiers

Source : CRC (à partir des comptes financiers)

Les dépenses de personnel évoluent au même rythme que les dépenses totales (3,9 % en moyenne annuelle) et progressent plus rapidement que les recettes totales. Cette situation est susceptible de générer des tensions en termes d'équilibre budgétaire.

Le pourcentage des recettes du titre 1, c'est-à-dire de celles versées par l'assurance maladie, non consommé par les charges de personnel du titre 1 représente une marge de 33 % en 2012. Cette marge, qui permet de financer les autres dépenses de l'établissement, est relativement stable sur la période. Il faut toutefois rappeler que l'établissement n'étant pas soumis à la tarification à l'activité, les recettes du titre 1 sont perçues sous forme de dotation globale. Le centre hospitalier de Mayotte n'est pas en mesure de fournir une ventilation des recettes par nature ou objet du titre 1.

Les recettes de l'assurance maladie représentent environ 88 % du budget du CHM, le reste étant couvert par des subventions de l'État pour le financement des soins des non assurés sociaux et par d'autres produits (rétrocession de médicaments par exemple).

Tableau n° 8 : Détail par chapitre des dépenses de personnel

Comptes	Intitulé	2009	2010	2011	2012	Evol Moy	2009/2012
Personnel non médical							
64111	Titulaires - Rémunération principale	18 974 409,11 €	21 110 318,58 €	24 754 328,28 €	26 432 922,37 €	11,7%	39%
64131	CDI - Rémunération principale	12 180 342,67 €	11 067 263,57 €	8 729 137,72 €	8 070 537,50 €	-12,8%	-34%
64151	CDD - Rémunération principale	1 593 891,97 €	1 156 110,18 €	1 213 512,78 €	1 133 521,19 €	-10,7%	-29%
6417	Contrats soumis à des dispositions particulières	26 598,87 €	17 403,94 €	5 134,92 €	- €		
	Sous total personnel non médical	32 775 242,62 €	33 351 096,25 €	34 702 113,70 €	35 636 981,06 €	2,8%	9%
Personnel médical							
6421	Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel	6 897 180,57 €	6 990 363,11 €	7 148 248,23 €	7 113 058,44 €	1,0%	3%
6422	Praticiens contractuels renouvelables de droit	3 919 791,57 €	3 089 584,53 €	1 627 713,59 €	1 332 880,23 €	-30,2%	-66%
6423	Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	- €	449 056,36 €	3 293 003,32 €	3 942 243,81 €		
6424	Internes et étudiants	959 478,91 €	767 258,83 €	1 007 480,89 €	1 053 954,59 €	3,1%	10%
6425	Permanences de soins	2 804 583,99 €	2 331 721,18 €	2 747 704,81 €	2 918 934,11 €	1,3%	4%
	Sous total personnel médical	14 591 035,04 €	13 627 984,01 €	15 824 150,84 €	16 371 071,18 €	3,9%	12%
621	Personnel intérimaire	56 760,00 €	26 400,00 €	- €	- €		
	recettes TITRE 1	114 405 251,00	124 290 486,08	125 925 377,00	134 708 181,94	5,6%	18%

Source : CRC (à partir des comptes financiers)

La rémunération principale du personnel médical (+ 3,9 % en moyenne) évolue moins rapidement que les recettes du titre 1 (+ 5,6 % en moyenne). En revanche, l'augmentation de la rémunération du personnel non médical titulaire (+ 11,7 % en moyenne) a été supérieure.

Entre 2009 et 2012, la rémunération principale du personnel non médical titulaire a augmenté de 39 %, contre une baisse de 34 % de la rémunération des agents en CDI. Cette évolution est liée aux effets de la titularisation du personnel non médical.

L'évolution des charges relatives au personnel médical s'explique principalement par la forte progression de celles relatives aux praticiens contractuels inférieurs à un an qui passent de 0 en 2009⁹ à près de 4 M€ en 2012. Ceci traduit les difficultés du CHM à recruter des titulaires ou des contractuels sur des durées plus longues.

Enfin, l'établissement a eu très peu recours au personnel intérimaire en 2009 et 2010. Depuis 2011, le CHM fait appel à des cabinets (coût annuel moyen : 44 000 €) pour les personnels pour lesquels il rencontre des difficultés de recrutement, notamment les infirmiers spécialistes (infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmière puéricultrice). Les agents recrutés par ce biais signent un contrat avec le CHM et sont rémunérés par ce dernier.

Tableau n° 9 : Effectifs des personnels rémunérés (au 31 décembre)

	2009	2010	2011	2012	2012/2009	evol. my.
Personnel médical (hors internes)						
en nombre d'agents	169	170	185	191	13%	4%
en ETPR	169	159	176	179	6%	2%
Personnel non médical						
en nombre d'agents	1 714	1 759	1 827	1 832	7%	2%
en ETPR	1 709	1 756	1 820	1 816	6%	2%
Effectifs personnel médical et non médical						
en nombre d'agents	1 883	1 929	2 012	2 023	7%	2%
en ETPR	1 878	1 915	1 996	1 995	6%	2%
Internes	18	17	18	22	23%	7%

En nombre d'agents : nombre d'individus rémunérés quelle que soit la quotité de travail.

En ETPR (effectifs en équivalent temps plein rémunérés) : nombre d'individus comptabilisés selon la quotité de travail. Sont exclus de l'effectif rémunéré : les agents en disponibilité, en congé parental, mis à disposition, les emplois aidés et les vacataires

Source : CRC (d'après bilans sociaux et réponses du CHM)

Tableau n° 10 : Effectifs du personnel non médical par statut

	2009	2010	2011	2012	2012/2009	evol. moy
Titulaires et stagiaires	938,17	1 068,19	1 264,25	1 346,53	44%	13%
CDI/CDD (dont CEC, CES)	833,53	704,78	542,27	469,28	-44%	-17%
Total	1 771,70	1 772,97	1 806,52	1 815,81	2%	1%

	2009	2010	2011	2012
Titulaires et stagiaires	938,17	1 068,19	1 264,25	1 346,53
Contrats à durée indéterminée	676,45	602,30	455,83	
Contrats à durée déterminée (non permanents et autres (CEC, CES))	157,08	102,48	86,44	469,28
	1 771,70	1 772,97	1 806,52	1 815,81

Source : CRC (à partir des bilans sociaux – en ETP)

Tableau n° 11 : Effectifs du personnel médical

PERSONNEL MÉDICAL					
STATUT	2009	2010	2011	2012	2012/2009
PH temps plein	72,51	71,15	72,14	72,58	0%
Praticiens attachés renouvelables	54,50	38,51	17,14	16,34	-70%
Total 1	127,01	109,66	89,28	88,92	-30%
Prat. Cont. et assistants	42,05	49,68	86,34	90,36	115%
Internes et étudiants	18,00	17,36	18,22	22,08	23%
Total 2	60,05	67,04	104,56	112,44	87%
Effectif Total CH	187,06	176,70	193,84	201,36	8%

PH : Praticien hospitalier - Source : CHM. Unité en ETP.

⁹ Il n'y avait pas de recrutements de praticiens contractuels avant 2010, le CHM ne faisait que des contrats de praticiens attachés.

L'établissement a précisé que le nombre d'attachés a diminué (- 70 % sur la période), remplacés par des contrats de praticiens contractuels (+ 115 %). Le nombre de postes de praticiens hospitaliers autorisés est passé de 110 postes en 2009 à 129,80 en 2012.

Au total, le personnel médical progresse de 8 % sur la période passant d'un effectif de 187 à 201. Cette augmentation résulte uniquement de l'évolution des praticiens contractuels qui passe de 42 à 90. Les praticiens contractuels représentent ainsi près de la moitié de l'effectif du personnel médical (45 %) contre 36 % pour les praticiens hospitaliers.

Tableau n°12 : Évolution des charges et nombre des personnels médicaux

Personnel médical	2009	2010	2011	2012	2012/2009	Evol. Moyenne
En €	14 591 035,04	13 627 984,01	15 824 150,84	16 371 071,18	12%	4%
en ETP	187,06	176,70	193,84	201,36	8%	2%

Source : CRC

Globalement les charges des personnels médicaux sont passés de 14,6 M€ en 2009 à 16,4 M€ en 2012 tandis que le nombre de personnel médical est passé de 187 à 201 (ETP). L'évolution moyenne en charges, soit 4 % par an, a donc été deux fois supérieure à l'évolution moyenne en nombre (2 % par an). L'évolution quantitative de l'effectif médical (effet volume) n'explique donc qu'une partie de la progression des charges.

L'établissement a précisé que le facteur essentiel qui a entraîné une augmentation des dépenses de personnel médical proportionnellement plus importante que l'effectif rémunéré est l'augmentation des charges patronales.

Par ailleurs, les indemnités de congés annuels sont désormais versées aux médecins remplaçants qui ont des contrats inférieurs ou égaux à trois mois (290 contrats courts en 2012). Le coût de ces indemnités s'est élevé sur la période récente à :

- 132 178 € en 2010,
- 316 849 € en 2011,
- 303 858 € en 2012.

Enfin, le glissement vieillesse technicité (GVT) représente un coût d'environ 350 000 € sur la période.

Tableau n° 13 : Statuts du personnel médical

STATUT	TOTAL PAR STATUT		TAUX D'ÉVOLUTION	part dans l'effectif		Charges de personnel en €		TAUX D'ÉVOLUTION	part dans l'effectif	
	2011	2012		2011	2012	2011	2012		2011	2012
Compte 642-1	71,65	71,08		41%	40%	7 148 248	7 113 058	0%	55%	53%
PH TPS PLEIN ACTIVITE				0%	1%					
LIBERALE	0,42	1,33	217%	0%						
PH TEMPS PLEIN	71,23	69,75	-2%	41%	39%					
Compte 642-2	19,19	18,3		11%	10%	1 627 714	1 332 880	-18%	12%	10%
PRATICIENS ATTACHES	17,14	16,35	-5%	10%	9%					
MEDECINS ASSISTANTS	2,05	1,95	-5%	1%	1%					
Compte 642-3	84,29	88,6		48%	50%	4 300 484	5 006 198	16%	33%	37%
PRATICIENS				24%	25%					
CONTRACTUELS	41,59	45,36	9%							
PRATICIENS				24%						
CONTRACTUELS	42,7	43,44	2%		24%					
REMPLOIANTS										
TOTAL	175,13	178,18	1,74	100%	100%	13 076 446	13 452 137	3%	100%	100%

Source : CRC (d'après bilan social 2012)

Les praticiens remplaçants représentent la moitié des effectifs du personnel médical et sont constitués à part égale de praticiens contractuels (contrat supérieur à un an) et de praticiens contractuels remplaçants (contrat inférieur à un an). La pénurie de praticiens hospitaliers s'est aggravée depuis 2012 même si la diminution de leur nombre est encore peu sensible cette année-là. En effet, les praticiens titulaires qui ont quitté l'établissement en fin d'année ont utilisé leur CET. Ils restent donc dans l'effectif rémunéré.

3.1.4. Le pilotage pluriannuel de la masse salariale

Le CHM assure la veille réglementaire en matière de ressources humaines (normes d'encadrement des services, mesures statutaires, etc.) par les moyens suivants :

- abonnement par messagerie électronique aux publications du Journal officiel via la plateforme Legifrance ;
- abonnement de la direction des affaires médicales (DAM) au fichier permanent des personnels médicaux et textes de base consolidés publié par l'école des hautes études en santé publique (EHESP) ;
- accès aux services réservés aux adhérents de la Fédération Hospitalière de France (FHF) ;
- existence récente d'un bulletin de veille mensuel ou bimensuel réalisé par le contrôleur de gestion ;
- veille réglementaire des logiciels institutionnels (Médiane, E-PMSI, etc.).

Quand un texte publié a un impact financier, il est immédiatement chiffré (par exemple, la taxe sur les salaires mise en place à compter du 1^{er} janvier 2014). Ces données sont transmises au directeur de la DAM et au chef d'établissement.

L'établissement a indiqué que l'évolution des dépenses de personnel est parfaitement intégrée dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP). Ce dernier, qui porte sur la période 2013-2017, a été validé par l'agence de santé Océan indien le 6 janvier 2014.

Le CHM tient compte des effets prix et volume dans ses perspectives d'évolution sur la base des recommandations du guide pour le suivi de la masse salariale dans les établissements publics de santé paru le 15 janvier 2010.

Le PGFP prend ainsi en compte l'évolution de la masse salariale liée à la mise en œuvre des dispositions du décret du 28 octobre 2013 portant création d'une majoration du traitement allouée aux fonctionnaires de l'État et de la fonction publique hospitalière et aux magistrats en service dans le Département de Mayotte.

Tableau n° 14 : Estimation du coût de la majoration de traitement pour l'exercice 2013

	TITULAIRES ET STAGIAIRES FPH	CONTRACTUELS			COUT TOTAL
		Contractuels locaux	Contractuels hors territoire	Total	
TRAITEMENT INDICIAIRE	26 538 514,94 €	4 589 869,43 €	5 106 008,08 €	9 695 877,51 €	36 234 392,45 €
Coût 5% majoration	1 326 925,75 €	229 493,47 €	255 300,40 €	484 793,88 €	1 811 719,62 €
Charges patronales	164 538,79 €	16 982,52 €	18 892,23 €	35 874,75 €	200 413,54 €
Coût global majoration	1 491 464,54 €	246 475,99 €	274 192,63 €	520 668,62 €	2 012 133,16 €

Source : CHM

Cette évaluation a fait l'objet de divers échanges avec l'agence de santé afin d'obtenir une dotation complémentaire permettant le financement de cette nouvelle charge.

Dans le cadre de la décision modificative n° 3 du 6 décembre 2013, le centre hospitalier de Mayotte a reçu l'assurance de cette compensation pour l'exercice 2013.

Concernant la période 2013 à 2017, l'agence de santé a considéré que l'évaluation des charges de personnel intégrée dans le PGFP était réaliste au regard des évolutions réglementaires.

3.2. La gouvernance de la gestion des ressources humaines (GRH)

3.2.1. La connaissance du coût de l'activité GRH

L'établissement utilise la base de données de la comptabilité analytique nationale, dite « base d'Angers » (Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière)¹⁰, qui permet de suivre et de comparer les établissements pour les dépenses de l'activité « Service administratif lié au personnel » avec comme unité d'œuvre le bulletin de paie, mais doit également tenir compte des spécificités liées au territoire de Mayotte.

3.2.2. La répartition des compétences pour la GRH

Le CHM est organisé en huit pôles médicaux et médico-techniques (cf. annexe n° 3). Un règlement intérieur fixe l'organisation des pôles.

Pour le recrutement des personnels non médicaux, le chef d'établissement conserve à son niveau toutes les décisions. Aucune délégation de signature n'a été accordée par le chef d'établissement au directeur des ressources humaines ou au directeur de soins.

Pour les personnels médicaux, le besoin de recrutement est justifié par le cadre de pôle auprès du gestionnaire RH. Des annonces sont publiées par la direction des affaires médicales (DAM) qui reçoit les candidatures et les adresse aux chefs de pôles et/ou de services. Lorsque la candidature est acceptée par le chef de pôle et/ou de service, elle est transmise pour validation au président de la commission médicale d'établissement (CME) et au directeur. C'est le directeur des affaires médicales qui confirme le recrutement et qui signe les contrats. Il n'existe pas de délégation de signature aux chefs de pôles.

Par ailleurs, la DAM effectue un suivi des effectifs tous les trimestres. Les tableaux sont transmis aux chefs de pôles.

En ce qui concerne le lien entre fonction ressources humaines et intervention des services chargés des finances et du contrôle de gestion, l'établissement a précisé qu'il y avait une interaction évidente entre la maîtrise des dépenses, le déploiement du contrôle interne et la politique des ressources humaines, les opérations devant être menées dans le même temps et coordonnées entre elles. Cette coordination se traduit par la tenue hebdomadaire d'un conseil de direction permettant les échanges nécessaires.

A compter de novembre 2013 s'ajoute la production concertée d'un tableau de bord récapitulant les effectifs et la masse salariale au mois le mois avec une comparaison avec l'exercice précédent.

¹⁰ Référentiels développés par le ministère de la santé pour calculer le coût de production d'une activité.

3.3. L'efficience de l'organisation

3.3.1. La productivité

Il n'existe pas au centre hospitalier de Mayotte de capacités de lits installés mais non utilisés en raison d'une insuffisance de personnel.

Tableau n°15 : Taux d'occupation en 2012

UF_LIBELLE	Taux d'occupation 2012
UHCD	104,14%
HC MEDECINE POLYVALENTE	107,52%
HC CHIR ORTHOPEDIQUE TRAUMATO	92,91%
HC CHIR GENERALE-SPECIALITES	106,52%
HC OBSTETRIQUE	106,52%
HC CHIR GYNECOLOGIQUE	78,61%
HC GROSSESSE A HAUT RISQUE	77,37%
HC REANIMATION NEONATOLOGIE	43,51%
HC PEDIATRIE	92,94%
HC NEONATOLOGIE	99,64%
HC SOINS INTENSIFS NEONATOLOGIE	87,60%
HC BRONCHIOLITE	61,74%
HC SURVEILLANCE CONTINUE PEDIATRIQUE	73,70%
HC SURVEILLANCE CONTINUE ADULTE	50,00%
HC REANIMATION ADULTE	122,27%
HC REANIMATION PEDIATRIQUE	30,40%
HC PSYCHIATRIE	90,86%
HC MEDECINE PETITE TERRE	86,51%
HC MATERNITE PETITE TERRE	73,22%
HC MATERNITE SUD	62,60%
HC MATERNITE CENTRE	71,76%
HC MATERNITE NORD	78,06%

Source : CHM

Pour mesurer sa productivité, l'établissement utilise les outils suivants :

- E-PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information)
- ORBIS (HEXAGONE)
- DXcare
- Outil de requêtage Business Object

Compte tenu des spécificités inhérentes à sa situation géographique, le CHM trouve difficilement des points de comparaison avec les autres établissements de métropole. Néanmoins le CHM souhaite s'inscrire dans une démarche d'analyse comparative (inscription à l'observatoire national de comptabilité analytique hospitalière) tout en y apportant les précautions de rigueur dans la comparaison d'activités similaires.

Lors de la mise en place de nouveaux services (médecine, pédiatrie), le calcul des effectifs nécessaires a été réalisé sur la base des référentiels nationaux (Haute autorité de santé, Agence nationale d'appui à la performance).

A travers la comptabilité analytique hospitalière, l'hôpital considère qu'il est en mesure d'estimer la contribution de chacun de ses pôles à son équilibre financier global.

Un instrument lui semble stratégique dans la confrontation des caractéristiques économiques des différentes entités de l'établissement à des références externes médicalisées : le CREA (Compte de résultats analytiques) par pôle qui permet de juger de l'équilibre économique du pôle en confrontant directement ses dépenses à ses recettes, telles qu'elles peuvent être calculées à partir des règles de la tarification à l'activité.

Le centre hospitalier de Mayotte recherche par sa démarche de comptabilité analytique, au-delà du seuil de rentabilité, à analyser et à améliorer son activité de soin en se comparant aux bases nationales mises à sa disposition.

A titre d'exemple, le tableau ci-dessous compare les données en ce qui concerne la fonction Logistique et Gestion Générale en 2009 et les questions suscitées du fait des écarts.

Tableau n° 16 : Activité de la fonction Logistique et Gestion générale

Activité	Mesure de l'activité (u.o)	Valeur CHM 2009	Valeur nationale 2008	Ecart CHM/base nationale	Commentaires
Blanchisserie	Kilos de linge	5,50	1,51	264%	surcout spécifique ? unité d'œuvre ? erreur imputations ?
Restauration	Repas servis aux patients	11,19	7,16	56%	surcout spécifique ? unité d'œuvre ? Exhaustivité des recettes ?
Services hôteliers	m² SHOB des services de soins	226,47	116,55	94%	surcout spécifique ?
Brancardage/transports pédestres patients	Courses de brancardage	19,79	20,39	-3%	
Transport motorisé des patients (hors SMUR)	courses motorisées	90,61	108,87	-17%	
Entretien / Maintenance	m² SHOB des services de soins	186,16	71,23	161%	surcout spécifique ? politique d'investissement ?
DSIO	Postes informatiques	15 393,18	3567,19	332%	DSIO intègre la téléphonie
DIM	Résumés PMSI	8,10	7,07	15%	
Accueil et gestion des malades	Dossiers créés	4,10	10,48	-61%	Absence de facturation directe (pas/peu d'agents bureau des entrées dédiés à la mise en œuvre de la facturation)
Services administratifs à caractère général	Euros de charges brutes	0,20	0,07	192%	surcout spécifique + pb d'imputation sur les uf
Services administratifs liés au personnel	Effectifs (SAE)	2 121,66	2035	4%	SAE non réalisée en 2009 au CHM

Source : CHM

Toutefois, le CHM n'a pas été en mesure d'exposer les mesures prises suite à cette étude. Le récent recrutement d'un contrôleur de gestion a permis au CHM de relancer cette démarche.

3.3.2. L'organisation des soins

Concernant les roulements, les normes d'encadrement sont prises en compte chaque fois qu'elles existent (réanimation, unité de surveillance continue, etc.).

En dehors de ces normes réglementaires, le calcul des effectifs nécessaires est effectué en fonction des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), voire de l'existant comparable dans les autres établissements.

Le risque d'absentéisme est couvert pour les catégories soignantes par l'existence d'une équipe de suppléance (pool) ; il en est de même pour les assistantes médico-administratives (AMA). La règle du remplacement d'un congé maternité sur deux (y compris pathologique) a été mise en place depuis janvier 2013. Les remplacements dits « de courte durée » ne sont plus effectués.

A ce jour, le CHM dispose des deux pools suivants :

- pool IDE (infirmiers diplômés d'État) : 12 ETP de remplacement mobilisables suivant les besoins ;
- pool AMA : 4 ETP de remplacement mobilisables suivant les besoins.

Selon l'établissement, les contraintes architecturales ne représentent pas un élément rédhibitoire à l'organisation des soins au sein du CHM.

L'établissement ne dispose pas d'un tableau de bord permettant de connaître pour chaque service l'effectif réglementaire (ou recommandé ou généralement constaté dans d'autres établissements) et l'effectif affecté par l'établissement. En revanche il est en train de se doter de tableaux d'effectifs permanents : pour l'imagerie, le laboratoire et la pharmacie, ces tableaux ont été validés par l'ensemble des acteurs concernés, les autres sont en cours de consolidation.

L'établissement indique que le dialogue de gestion avec les acteurs du pôle et les outils de gestion du temps de travail permettent à l'établissement de détecter des situations de sur ou de sous-effectif.

Toutefois, au vu de la lecture du bilan social 2012, la chambre relève que cette adéquation entre les moyens humains et l'activité n'a pas fait l'objet d'une étude précise.

Extrait du bilan social 2012 du CHM :

•INDICATEUR 14 : Analyse de l'adéquation des moyens humains avec l'activité

Aucune étude n'a été mise en œuvre au sein de l'établissement sur l'adéquation des effectifs avec l'activité. De plus il n'existe pas d'outil permettant de définir et de réactualiser dès que nécessaire les besoins au regard de la charge de travail.

Le cadre de pôle et le directeur des soins assurent l'adéquation permanente des effectifs par rapport aux besoins et au regard des compétences.

L'absence d'outil permettant d'objectiver la charge de travail, le manque de travail en pluridisciplinarité rendent difficile la mise en œuvre de la politique d'adéquation en temps réel des effectifs.

Des réunions pluridisciplinaires d'encadrement soignant (organisées par la direction des soins) ont été mises en place dans le but de favoriser l'adéquation entre l'organisation médicale et soignante.

Aucune évaluation de la politique de remplacement des absentéismes de courte durée ou des surcroûts ponctuels d'activité n'a été conduite.

Le directeur du CHM a précisé qu'un guichet unique de recrutement, autour d'un cadre dédié à la gestion des ressources humaines, avait été mis en place fin 2013 pour permettre, en lien avec la direction des soins, une meilleure adéquation entre les besoins et les demandes de recrutement. Des tableaux de bord ont été mis en place concernant les effectifs et la masse salariale.

Enfin, il existe des mutualisations pour faire face aux évolutions de l'activité, notamment dans les deux cas suivants :

- Bronchiolite (activité saisonnière) ;
- Urgences (toute l'année) ;

A titre d'exemple, c'est le cas des kinésithérapeutes. Pendant les périodes d'épidémie de bronchiolites, le service de rééducation devient à ce titre prestataire de la pédiatrie.

La chambre recommande au CHM de réaliser une étude sur l'adéquation des effectifs à l'activité (recommandation n° 2).

3.4. La prise en compte des éventuels « goulots d'étranglement »

3.4.1. La performance des blocs opératoires

L'établissement a mené une étude en partenariat avec la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) à compter de 2007 aboutissant à la réalisation de deux analyses comparatives en 2007 et en 2009, suivi d'un chantier bloc opératoire, avec quatre autres centres hospitaliers de la région Océan indien.

Cette étude s'inscrivait dans le dispositif d'un déploiement bloc opératoire proposé par la MEAH et a permis d'évaluer le fonctionnement d'un bloc opératoire sur la base d'indicateurs nationaux. En s'appuyant sur le diagnostic, il a ainsi pu être fixé des objectifs précis :

- optimisation de l'occupation des vacations ;
- diminution des files d'attente ;
- meilleure visibilité sur les heures de début et de fin de programme ;
- augmentation de l'offre de soins à la population.

L'établissement a mis en place un groupe de travail qui a ciblé des actions prioritaires (définition d'un temps moyen d'intervention par chirurgien selon une programmation réaliste, entrée des premiers patients en salle entre 7h15 et 7h30 afin d'avoir une incision avant 8h00 dans deux salles sur quatre) pour atteindre les objectifs institutionnels. Parallèlement aux actions retenues en priorité par le groupe de travail, des modifications d'organisation ont été apportées et ont eu un impact sur l'organisation : transfert des premiers patients programmés par l'équipe de brancardage de nuit (6h45 au bloc), participation des secrétaires du bloc et des services chirurgie et anesthésie au staff hebdomadaire.

Suite à ce plan d'action, l'établissement a été en mesure d'offrir une augmentation de son temps de vacation opératoire (de 564 heures à 631 heures) mieux réparti entre les spécialités, avec un meilleur respect de ses plages opératoires (pourcentage de débordement passé de 21 % à 12 %) et une diminution du temps d'attente des patients (de deux mois à moins d'un mois).

Toutefois, cette nouvelle organisation a été mise à mal en 2013 en raison d'un problème de recrutement de médecins anesthésistes qui a conduit à la fermeture d'un bloc opératoire pendant deux mois en 2013 (cf. infra).

3.4.2. Les sages-femmes

Le centre hospitalier est confronté à un problème d'organisation du temps de travail des sages-femmes engendrant un nombre important d'heures supplémentaires. Il s'agit ici d'une spécificité liée au territoire de Mayotte, les sages-femmes travaillant dans les centres périphériques sans encadrement médical. Le centre hospitalier de Mayotte assure une mission de santé primaire atypique dans un contexte socio-économique dégradé avec une implication forte dans les actions de prévention.

Cette spécificité est liée à l'insuffisance de l'offre de soins de proximité avec une densité de professionnels libéraux très faible que l'établissement doit pallier.

Cette situation est également la conséquence d'une fidélisation insuffisante des personnels médicaux et de soins liée au contexte local (coût de la vie, situation géographique, etc.).

De plus, les prévisions d'effectifs sur les différents sites se sont basées sur le décret de périnatalité¹¹. Mais le CHM estime avoir commis deux erreurs de calcul : d'une part, il n'y a pas eu de majoration d'effectif correspondant au pourcentage correctif de l'absentéisme, d'autre part, les ETP ont été calculés sur la base du temps de travail de jour uniquement, sans tenir compte des nuits. En outre la rotation importante (43 recrutements et mutations internes en 2011, soit 41 % des effectifs) et l'accompagnement des nouveaux arrivants génèrent des heures supplémentaires.

Pour remédier à cette problématique, la direction des ressources humaines de l'établissement a mis en œuvre un protocole d'accord sur la résorption de ces heures supplémentaires avec identification des causes précitées, proposition de résolution de la situation dans un calendrier contraint et perspectives d'avenir. Il s'agit de mieux répartir la charge de travail sur les différents sites, gérer les heures induites par la rotation, favoriser la récupération des heures supplémentaires en fin de contrat et réajuster l'effectif réel après la correction du calcul initial. Pour chaque objectif, le protocole décrit la situation actuelle, les actions envisagées, les moyens mis en œuvre, les résultats attendus et les impacts.

Au total, l'objectif est une réduction de près de 11 000 heures sur l'année pour parvenir fin 2013 à la résorption intégrale des heures supplémentaires.

3.4.3. Les autres causes éventuelles

Les délais d'attente en imagerie pour les différents services (urgence, médecine, chirurgie, obstétrique) ne représentent pas un problème particulier pour le CHM.

En ce qui concerne la gestion des lits, l'établissement cherche à gérer au mieux sa capacité d'accueil pour prendre en charge un volume d'activité donné, en respectant des critères de qualité (soins, délais, durées, fiabilité de la programmation, etc.) en fonction de ses ressources.

Ainsi, chaque unité prend en charge la gestion de ses lits. En l'absence de vision consolidée, le cadre de chaque unité peut être amené, notamment pour les urgences, à appeler ses collègues. Cette situation reste néanmoins marginale, les unités ne connaissant pas de phénomène récurrent de saturation.

La direction de l'établissement est en mesure de connaître, à tout moment, la capacité installée, occupée et vacante à l'aide d'outils de requête et de la transmission journalière par courriel d'un état de l'occupation des services d'hébergement à J+1.

La mutualisation est assurée à l'échelle du pôle ou de l'établissement si la situation l'exige.

¹¹ Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (articles D. 6124-35 à D. 6124-63 du code de la santé publique)

4. La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)

Sur la période sous contrôle, la gestion des ressources humaines du CHM a connu trois phases :

2004-2009 :

Le transfert dans les effectifs du CHM de 736 agents dans le cadre de l'intégration des agents publics de Mayotte dans les fonctions publiques nationales a été fait sans une définition des besoins en effectif. Un tiers des agents ne maîtrisait pas le français (il en reste encore une centaine actuellement) ou d'autres compétences nécessaires à l'accomplissement de leur mission. L'intégration fut accompagnée d'un plan de formation ad hoc pour permettre la professionnalisation des pratiques et l'accès aux cursus diplômant (passerelles, formations longues). La formation du personnel intégré il y a 10 ans continue d'être un axe majeur du plan de formation actuel et donc un coût pour l'établissement.

2009-2011 :

Ce fut la fin de l'intégration avec le reclassement d'agents ne pouvant prétendre à la professionnalisation et à l'accès aux cursus diplômant, soit approximativement 350 agents intégrés dans les grades d'agent d'entretien qualifié (AEQ) et d'agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ).

2011-2013 :

La mise en place de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au sein du CHM, avec la formalisation d'une cartographie de métiers, a permis l'utilisation optimale des ressources et des compétences présentes. Le CHM souhaite disposer d'une vision prospective avec le repérage des métiers dits « sensibles » et une politique de projection sur les recrutements.

4.1. Le degré de formalisation de la GPMC

La réalisation d'une cartographie des métiers a été effectuée en 2013 : une actualisation est prévue en 2014.

Dans le nouveau projet d'établissement du CHM en cours de rédaction, la GPMC sera un des outils du volet social de ce projet.

La GPMC est portée par la DRH du CHM en lien avec la direction des soins pour ce qui la concerne. Il existe un comité de pilotage de la GPMC composé de cadres du CHM et du service de la formation (DRH). Ponctuellement, l'établissement n'exclut pas de faire appel à des prestataires extérieurs. A ce jour, seule l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) a été mobilisée.

Le CHM n'a pas bénéficié de financement du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) dans l'accompagnement de sa démarche GPMC.

A l'issue des phases d'état des lieux-diagnostic, le CHM a déployé une politique de concours et mis en place des formations d'adaptation à l'emploi.

Le CHM, en sa qualité d'adhérent à l'ANFH, bénéficie de la mise à disposition à titre gracieux du module GPMC du logiciel Gesform.

L'ANFH assure la formation des utilisateurs, l'assistance fonctionnelle par téléphone ou sur site, la maintenance et l'actualisation du logiciel. L'établissement est soutenu par un formateur « Gesform GPMC » référent tout au long de la démarche GPMC.

4.2. La rationalisation des effectifs par une démarche métier

Le centre hospitalier de Mayotte s'est associé et a suivi les recommandations de l'ANFH Océan indien dans une démarche métiers.

La GPMC reste un outil vivant nécessitant une réactualisation permanente. L'outil cartographie permet une projection de la promotion professionnelle et donne des indications précises sur l'élaboration du plan de formation du CHM.

Le CHM dispose de fiches de poste génériques élaborées sur la base des fiches de poste présentes dans l'outil Gesform :

Le taux de couverture des fiches génériques est de 80 % et celui des fiches spécifiques de 30 %.

Le CHM dispose d'un référentiel de compétences pour l'ensemble de l'établissement, ainsi ordonné :

- Soit par nature du diplôme ou grade détenu par l'agent,
- Soit écrit et lié à la mission dédiée à l'agent.

L'établissement identifie des métiers dits « en déclin »¹². Cette identification correspond à celle effectuée au niveau national par la direction de l'hospitalisation et des soins et concerne principalement les métiers liés aux grades d'aide-soignante, d'auxiliaire de puériculture et d'agent des services hospitaliers qualifié.

Le bilan social 2012 de l'établissement relève que les difficultés de recrutement ont particulièrement concerné quatre spécialités médicales : anesthésie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique et radiologie.

Tableau n° 17 : Spécialités médicales déficitaires

	Postes autorisés	ETPR	Nbre départs PH en 2012	CET utilisés
Anesthésie	11	10,6	4	82,5
Gynécologie-obstétrique	15	12		15
Pédiatrie	12	10,6	4	110
Radiologie	6	3	-	-

Source : CHM

L'effectif cible est celui des effectifs autorisés (postes de PH autorisés notamment). Il sert de comparatif à l'effectif réel rémunéré.

La DRH, afin d'évaluer les effectifs cibles par métiers et activités, a mis en place un dialogue de gestion avec les acteurs des pôles et les différentes directions fonctionnelles qui composent le CHM.

Afin de réduire les écarts potentiels entre les effectifs constatés et la cible, la DRH, en lien avec les acteurs des pôles, a identifié des actions correctrices telles que la transformation de postes et la mutualisation intra-pôles.

Pour les métiers dits sensibles¹³ le CHM a mis en place un plan de formation. Pour ceux dits « en déclin » il applique une politique de rationalisation des effectifs présents et le non remplacement des départs.

¹² Il s'agit de métiers dont le nombre de postes est susceptible de diminuer, compte tenu des effectifs autorisés et des besoins.

¹³ Il s'agit de métiers qui sont susceptibles de connaître les plus fortes évolutions, voire de subir des contraintes au plan démographique, social ou organisationnel ou encore en termes de compétences et de qualification.

Les différentes bases de données nationales et les recommandations des autorités compétentes sont utilisées dans l'évaluation des effectifs cibles.

4.3. La connaissance des marges de manœuvres

L'établissement réalise chaque année dans le cadre du bilan social une pyramide des âges. Au-delà de la pyramide des âges, le CHM utilise l'outil réglementaire du bilan social pour étudier et analyser son personnel.

La refonte du bilan social, organisée par le décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012 et l'arrêté du 5 décembre 2012, a permis d'alléger et de simplifier son contenu. Les mêmes modalités de calcul que pour les états comparatifs infra annuels de l'EPRD transmis chaque trimestre par le CHM sont utilisées. Y figurent donc les personnels rémunérés par l'établissement, y compris ceux mis à disposition auprès de structures extérieures à l'exclusion des internes et des étudiants hospitaliers.

Le bilan social est composé dorénavant de trois parties :

- partie I : état et analyse des données sociales de l'établissement pour les personnels médicaux et les personnels non médicaux de n-2 à n ;
- partie II : gestion des ressources humaines au sein des pôles d'activités ;
- partie III : mise en perspective des données sociales au regard du projet d'établissement (volet social).

La direction du CHM applique les termes de l'instruction du 2 janvier 2013¹⁴ selon laquelle le nouveau bilan social se présente sous la forme d'un document synthétique et dynamique (graphiques, tableaux).

La chambre constate à ce titre que le bilan social rénové, élaboré par le CHM en 2012, répond pleinement à l'objectif analytique assigné et constitue pour l'établissement un document stratégique dont les principaux résultats sont repris dans le présent rapport.

Le volet projet social du projet d'établissement définira précisément le plan d'action pluriannuel de la démarche GPEC. Les groupes de travail sont en cours de production.

Des fiches reprenant l'historique des formations par agent existent. A terme le logiciel de gestion Gesform devrait reprendre de manière exhaustive ces informations.

Les recrutements du CHM s'effectuent principalement sur les métiers dits sensibles qui représentent la grande majorité des postes à pourvoir de l'établissement du fait d'une rotation très importante.

Tableau n° 18 : Rotation des personnels

	Personnel médical		Personnel non médical	
	Arrivées	Départs	Arrivées	Départs
Nombre	251	255	325	307
Effectif physique total moyen	190,51		1832	
Taux de rotation	265 %		17,24 %	

Source : CRC (à partir des bilans sociaux 2012)

Cette rotation de l'emploi concerne surtout deux catégories pour le personnel non médical : les sages-femmes (18,15 %) et les infirmiers (40 %).

¹⁴ Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B n° 2013-15 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.

Le taux de rotation du personnel médical ressort à 265 %. En d'autres termes, sur une même année, plus de 500 médecins exercent dans l'établissement pour un effectif moyen de 190 médecins. Cette situation génère des coûts directs liés à la nécessité de recruter du nouveau personnel et peut avoir des répercussions en termes de qualité des soins.

L'importance de ce taux s'explique par la difficulté de l'établissement à attirer des praticiens titulaires ou des contractuels pour des durées supérieures à un an. Ainsi, sur une période de 12 mois, l'établissement est amené à conclure près de 400 contrats inférieurs à 6 mois, dont près de la moitié sont des contrats d'un mois. Les avantages offerts par l'établissement pour répondre à son fort besoin de médecins ont montré leur efficacité. Toutefois, il conviendrait de s'interroger sur la mise en place d'un système plus incitatif pour des contrats supérieurs à six mois afin d'encourager les médecins à rester plus longtemps. La mise en place d'avantages sur une période maximale de trois mois présente donc l'effet pervers de rendre plus attrayant pour les médecins des contrats de très courte durée et peut ne pas les inciter à rester sur des durées plus longues. L'ancien directeur relève toutefois que cette volonté de recruter les médecins sur des durées plus longues se heurterait pour les praticiens travaillant en-dehors du site de Mamoudzou à l'absence de logements décentes disponibles et à des problèmes liés à la sécurité.

4.4. Une éventuelle dimension inter établissements

4.4.1. La cartographie des métiers

Compte tenu de ses spécificités, le CHM mène seul sa GPMC. Néanmoins, la cartographie des métiers a été réalisée en commun avec les établissements de La Réunion dans le cadre de la coopération régionale. Les résultats propres aux deux départements montrent :

- des différences significatives sur les métiers identifiés comme sensibles ;
- des pyramides des âges aux différences marquées et des problématiques de prospective toutes aussi différentes.
- Par conséquent, des politiques de formation distinctes pour répondre aux objectifs propres à chaque département.

4.4.2. Les relations avec le CHU de La Réunion

4.4.2.1. Les internes

L'établissement dispose de 22 internes en provenance du CHU de La Réunion dont la rémunération est assurée par le CHU et remboursée par le CHM. Les internes sont ainsi rémunérés aux conditions prévalant au CHU, c'est-à-dire avec l'application dérogatoire d'une sur-rémunération identique aux agents titulaires de la fonction publique de l'État en activité à La Réunion. Les internes bénéficient d'une majoration de traitement de 35 % et d'une indexation de 13,8 %.

Ce régime dérogatoire, autorisé par la direction des affaires sanitaires et sociales en 1985 pour favoriser l'attractivité médicale, sera remplacé progressivement par de nouvelles dispositions entrées en vigueur en novembre 2012 qui instaurent un alignement à la baisse du taux de sur-rémunération des internes sur celui appliqué aux praticiens (soit + 40 %). Le nouveau dispositif s'appliquera aux internes issus des examens de classement national de médecine (ECN) postérieurs à son entrée en vigueur. En année pleine, l'économie réalisée sera de l'ordre de 60 000 € par an.

4.4.2.2. La convention avec le CHU de La Réunion

Par ailleurs, le CHM a récemment conclu une nouvelle convention avec le centre hospitalier universitaire de La Réunion qui a pour objet d'organiser l'intervention des professionnels du CHU à Mayotte et les règles de gestion des missions médicales.

Les professionnels médicaux et paramédicaux peuvent « effectuer des consultations et/ou pratiquer des interventions chirurgicales, diagnostiques ou thérapeutiques. Les praticiens concernés veilleront à travailler en concertation avec les équipes médicales et soignantes de Mayotte. Cette orientation peut donner lieu à des missions ponctuelles et/ou des organisations permettant le partage de ressources humaines, notamment par un dispositif de temps partagé par recrutement au CHU ».

La convention prévoit ainsi l'intervention de quatre PUPH (professeurs des universités praticiens hospitaliers) à raison d'une semaine tous les deux mois par praticien. Elle envisage également la création de quatre postes d'assistants partagés (deux exerçant au CHM et deux au CHU qui permuteront au bout d'un an). La convention inclut enfin deux postes de DESC¹⁵ de médecine d'urgence réservés au CHM dont les titulaires feront alternativement une année à Mayotte et l'autre année à La Réunion.

5. Les contraintes de recrutement des personnels médicaux

5.1. La pénurie médicale

Le CHM connaît d'importants problèmes de recrutement des médecins qui expliquent le recours massif à des contractuels, y compris sur de courtes durées. A titre d'illustration, début 2014, le CHM ne disposait pas d'un médecin cardiologue permanent.

50 % du personnel médical (ETPR) du centre hospitalier de Mayotte est composé de contractuels remplaçants. Les contrats d'une durée inférieure à un an représentent la moitié de ce personnel contractuel. Le pôle « hôpitaux de référence » est composé à 73 % de personnel remplaçant. Les pôles BACS (Blocs opératoires, Anesthésie, Chirurgie et Spécialités), URSEC (Urgence-Réanimation-SMUR-EVASAN-Caisson hyperbare) et Hôpitaux de référence sont les pôles où la rotation est la plus importante. Près d'un tiers de leur effectif est composé de remplaçants dont la durée de contrat est inférieure à un an.

Tableau n° 19 : Personnel médical en 2012

	Postes autorisés		TOTAL	PH	Attachés et assistants	Remplaçants		TOTAL ETPR 2012	% des remplaçants		Total remplaçant
	PH	Attachés				> 1 an	< 1 an		> 1 an	< 1 an	
MATERNITE	15		15	6,25	3,65	2,09	1,08	13,07	16%	8%	24%
ENFANT	12		12	5,45	1,12	1,86	2,26	10,69	17%	21%	39%
BACS	24	4,5	28,5	15,39	0,82	3,79	9,29	29,29	13%	32%	45%
URSEC	26	10,5	36,5	15,99	0,42	5,78	10,07	32,26	18%	31%	49%
MPRU	18,8		18,8	7,81	2,68	4,75	4,21	19,45	24%	22%	46%
HOPITAUX DE REFERENCE	10	38,5	48,5	8,59	4,58	22,68	13,3	49,15	46%	27%	73%
MEDICO-TECHNIQUE	16	1	17	9,01	1,25	2,16	2,5	14,92	14%	17%	31%
SANTE PUBLIQUE	8		8	2,59	3,78	2,24	0,74	9,35	24%	8%	32%
TOTAL	129,8	54,5	184,3	71,08	18,3	45,35	43,45	178,16	25%	24%	50%

Source : CRC (à partir du bilan social 2012)

¹⁵ Diplôme d'études spécialisées complémentaires.

Dans le bilan social 2012 relatif aux personnels médicaux (premier bilan social publié sur ces personnels) le pôle BACS a été choisi pour illustrer les difficultés de recrutement du CHM. A l'intérieur de ce pôle, des spécialités médicales sont plus touchées que d'autres. C'est le cas de l'anesthésiologie et de l'odontologie dont la part de remplaçants représente respectivement 65 % et 54 % de l'effectif. Le cas du service d'anesthésie est encore plus préoccupant dans la mesure où plus de la moitié de l'effectif est composé de contrats d'une durée inférieure à un an. Le bilan social relève que ce service « a connu le départ de quatre praticiens titulaires sur l'année 2012. De plus, dans ce service, un praticien hospitalier est placé en congé de longue maladie ». A cela s'ajoute également l'utilisation de 82,5 jours de CET.

Tableau n° 20 : Part des contractuels dans le pôle BACS

POLE BACS	TOTAL ETPR	% des remplaçants		Total % remplaçants
		> 1 an	< 1 an	
Chirurgie	4,49	0%	16,0%	16,0%
Chirurgie Générale	3,49	0%	19,8%	19,8%
Anesthésiologie	11,04	9,69%	55,6%	65%
ORL	2,43	0	17,7%	18%
Ophtalmologie	1,78	0	43,8%	44%
Odontologie	6,06	44,88%	9,6%	54%
TOTAL	29,29	12,94%	31,89%	45%

Source : CRC (à partir du bilan social 2012)

La structure de l'effectif du pôle BACS (notamment du service anesthésie) et le doublement de la garde du week-end génèrent des coûts non négligeables pour assurer la permanence des soins et du temps de travail additionnel. Le coût de la permanence des soins du pôle BACS représente, en 2012, 18 % du coût total de la permanence des soins tous pôles confondus (soit 538 420 €). Au sein du pôle BACS, près de 50 % du coût de la permanence des soins s'explique par le service anesthésie dont le montant a doublé entre 2011 et 2012 passant de 169 158 € à 248 123 € (soit + 46 %). L'augmentation de ces dépenses provient principalement des indemnités versées au titre du temps additionnel du service anesthésie.

Tableau n° 21 : Temps additionnel du pôle BACS

	Nbre 1/2 j	ETPR	Effectif autorisé
1 ^{er} quadrimestre	234	10,09	11
2 ^{ème} quadrimestre	78	9,58	
3 ^{ème} quadrimestre	242	10,46	
Total	554	10,04	

Source : CHM

NB : L'effectif du troisième quadrimestre tient compte des jours CET utilisés par un praticien titulaire rémunéré et remplacé sur cette période.

Le bilan social conclut sur les problèmes du pôle BACS en précisant que « Le pôle BACS a connu de graves difficultés de fonctionnement liées aux départs de plusieurs praticiens titulaires en anesthésie. Ces difficultés se sont poursuivies en 2013, elles ont impacté le fonctionnement du bloc opératoire avec la fermeture partielle des blocs en février et mars 2013, entraînant le report d'interventions programmées ».

L'établissement a indiqué toutefois que la situation devait s'améliorer en 2014 avec l'arrivée de trois nouveaux praticiens hospitaliers anesthésistes.

5.2. Le montant des émoluments proposés

Pour recruter du personnel médical compétent dans les disciplines déficitaires, l'établissement met en œuvre une stratégie générale de recherche de candidats par le biais de publication d'annonces par la direction des affaires médicales sur des sites spécialisés. Ainsi, pour l'ensemble des spécialités en difficulté, le CHM a diffusé de nombreuses annonces dans la presse nationale spécialisée pour un montant total de 28 169 € en 2012.

Pour faire face à la pénurie de praticiens hospitaliers, l'établissement a été contraint de mettre en place une rémunération particulière pour les praticiens contractuels. Cette rémunération est calculée sur la base de la grille des praticiens hospitaliers (1^{er} échelon pour les centres de consultations et hôpitaux de référence et 4^{ème} échelon pour l'hôpital de Mamoudzou ou pour tout contrat supérieur ou égal à un an) à laquelle s'ajoutent une majoration de 10 % et une majoration outre-mer de 40 % du salaire de base annuel. Pour les praticiens dont les contrats sont inférieurs à un an s'ajoute encore une indemnité de précarité de 10 %.

Les praticiens contractuels bénéficient en outre des divers avantages suivants :

- un logement temporaire : soit dans un appartement équipé et géré par le CHM, soit à l'hôtel. La durée de cet avantage est de 2 mois si la durée du contrat est supérieure à 12 mois ou pendant toute la durée du contrat pour les contrats inférieurs à 3 mois ;
- la mise à disposition gratuite d'une voiture de location selon les mêmes conditions de durée¹⁶ ;
- la prise en charge du transport aérien Paris-Mayotte (aller-retour) pour le praticien contractuel [et sa famille (conjoint + enfants) lorsque la durée du contrat est supérieure à 1 an] ;
- le versement d'une indemnité de changement de résidence lorsque la durée du contrat est supérieure à 12 mois ;
- huit jours de congés pour formation médicale continue si la durée du contrat est supérieure ou égale à 1 an, avec priorité pour la prise en charge financière d'un billet aller-retour.

L'établissement a précisé que les avantages mis en place pour le personnel médical contractuel sont également proposés aux praticiens hospitaliers nommés. Ils bénéficient ainsi de la mise à disposition d'un logement et d'un véhicule pour les deux premiers mois. Comme pour les praticiens contractuels, ces avantages ne sont pas prévus par les textes.

Le précédent directeur justifie l'octroi d'un véhicule compte tenu des déplacements que les médecins doivent accomplir, soit depuis Mamoudzou, soit quand ils sont itinérants sur les dispensaires de leur zone de référence.

Tableau n° 22 : Coût des avantages consentis (en €)

	2011	2012	Taux d'évolution
Billets d'avion	726 583	853 046	17%
Indemnité de changement de résidence	362 701	328 008	-10%
Véhicule	418 934	332 709	-21%
Logement	650 000	683 772	5%
Total	2 158 218	2 197 535	2%

Source : CHM (bilan social 2012)

¹⁶ Le praticien garde à sa charge le dépôt de caution et le paiement du carburant.

Le coût des avantages en nature consentis par l'établissement pour encourager les praticiens à venir travailler au centre hospitalier de Mayotte a fait l'objet d'une analyse dans le bilan social 2012. Il représente en moyenne, sur les exercices 2011 et 2012, un montant de 2,2 M€ par an. Ce montant est en légère progression (+ 2 %). Les billets d'avion (853 046 €) constituent les avantages les plus coûteux pour l'établissement devant la location de logement (683 772 €). Ces deux postes sont en progression (+ 17 % et + 5 %). A l'inverse, les indemnités de changement de résidence sont en diminution (- 10 %).

Comme le souligne le bilan social, « les dépenses à caractère logistique sont liées à la nature des recrutements, les contrats de remplacement génèrent des dépenses de billets d'avion et de logement alors que les contrats d'un an et les recrutements de praticiens titulaires génèrent des paiements d'indemnités de changement de résidence. L'évolution de ces dépenses suit l'évolution des effectifs (plus de remplaçants et moins de titulaires) ». Ainsi, l'importance de la rotation et la multiplication de contrats de courte durée (inférieurs à un an) contraignent l'établissement à prendre en charge un nombre plus important de billets d'avion sur une même année et contribuent à accroître le coût global des avantages consentis. En revanche, rien ne semble justifier la baisse des coûts liés à la mise à disposition de véhicules dès lors qu'elle bénéficie à l'ensemble des nouveaux arrivants (personnel médical titulaire ou contractuel).

Au total, la mise en place de ces mesures permet de pourvoir efficacement aux postes vacants des praticiens hospitaliers (30 à 40 par an). Toutefois, le CHM éprouve de grandes difficultés à recruter des contractuels sur des périodes de moyen et long termes. Ainsi, sur une période d'un an, entre le 1^{er} avril 2011 et le 30 mars 2012, l'établissement a conclu 386 contrats inférieurs ou égaux à six mois, dont près de la moitié sont des contrats d'un mois (cf. annexe n° 4).

Compte tenu des avantages consentis durant les premiers mois de contrats (cf. supra), la multiplication des recrutements sur des contrats de courte durée génère donc un surcoût important pour l'hôpital.

L'établissement justifie sa politique en rappelant qu'il subit la concurrence des établissements de santé de La Réunion et de manière générale des autres départements d'outre-mer. En effet, actuellement, le taux de sur-rémunération (majoration de 40 % sur le traitement de base) est identique à celui de La Réunion alors que le coût de la vie est sensiblement supérieur. De plus, La Réunion bénéficie d'un niveau de services comparable à la métropole. A rémunération identique, les praticiens préfèrent travailler à La Réunion. Dans le cadre de la mission d'inspection sur la rémunération des fonctionnaires et agents publics, l'établissement a émis le souhait que les pouvoirs publics opèrent un décrochage de la sur-rémunération entre La Réunion et Mayotte en proposant un taux de 70 % à Mayotte comme c'est le cas en Nouvelle-Calédonie.

Ainsi, pour faire face à la pénurie médicale et rendre le CHM financièrement attractif, l'établissement intervient à différents niveaux :

- Sur le plan institutionnel, il développe une politique de sensibilisation des pouvoirs publics sur la prise de mesures de renforcement de l'attractivité de l'exercice médical au CHM : mise en place de l'indemnité particulière d'exercice à partir de 2014 pour les praticiens titulaires, accompagnement de la communauté médicale dans le traitement du régime fiscal des praticiens, conditions logistiques d'accueil attractives, etc.

- De manière plus pragmatique, il cherche à mettre en place des dispositifs incitatifs. Par exemple pour l'anesthésie, principal secteur en difficulté en 2012, des mesures ont été prises concernant les rémunérations des praticiens contractuels avec le versement de temps additionnels intégrés dans le contrat. Pour le CHM, l'augmentation de l'effectif en 2013 démontre l'efficacité de cette mesure et la stabilité retrouvée de l'effectif a permis de recruter trois praticiens hospitaliers titulaires. Ces mesures particulières ont vocation à disparaître une fois les équipes médicales quantitativement confortées.

Pour les services gynécologie-obstétrique, pédiatrie et urgences, quatre postes d'assistant partagés avec le CHU de La Réunion ont été accordés à l'établissement dans le cadre de la convention cadre passée avec le CHU. Les premiers recrutements sont intervenus en 2013.

Tableau n° 23 : Coût moyen des médecins en 2012 (rémunérations brutes en €)

SPECIALITES	PRATICIENS HOSPITALIERS	PRATICIENS CONTRACTUELS	ATTACHES	ASSISTANTS
MEDECINE GENERALE	116 075	105 759	90 613	
PEDIATRE	145 233	116 779	111 825	
ANESTHESIE	139 291	145 163		
URGENCES	119 291	131 939	136 300	
GYNECOLOGUE	140 195	131 799	105 925	71354
CHIRURGIE ORTHO	161 165	124 708		
CHIRURGIE VISC	162 886	149 607		
ORL	136 889	172 589		
OPHTALMO	170 825	138 087		
PSYCHIATRIE	101 590	118 343		71354
BIOLOGIE	140 836	112 747		
RADIOLOGIE	167 938	146 951	205 573	
PHARMACIE	97 377	108 059	88 856	
MEDECINE DU TRAVAIL			79 745	
REANIMATION	155 385	117 798		
ODONTOLOGIE	97 357	95 727	76 424	
TOTAL	130 873	116 543	101 899	71 354

Source : CHM

6. Les marges de manœuvre pouvant être générées par une application des textes plus rigoureuse

6.1. L'avancement

Les durées d'avancement appliquées au CHM sont la durée moyenne et la durée minimum. Le CHM indique que la durée d'avancement dépend de la valeur professionnelle de l'agent. Interrogé sur le coût des avancements, le CHM n'a pas été en mesure de fournir un chiffrage, compte tenu de la configuration de son logiciel. Ces informations seraient pourtant utiles à l'établissement pour évaluer sa politique en matière d'avancement.

6.2. Les primes et indemnités

En sus des indemnités ou primes classiques de la fonction publique hospitalière dont une partie est examinée ci-après (point 6.2.1 et suivants), l'établissement verse à ses agents des indemnités spécifiques liées à sa localisation outre-mer et prévues par les textes. Ainsi, le

personnel non médical titulaire recruté par mutation (cadres de santé et infirmiers, cadres administratifs et techniques, directeurs) bénéficie des avantages suivants :

- l'indemnité d'éloignement (décret n° 96-1028 du 27 novembre 1996 étendu aux fonctionnaires hospitaliers par l'arrêt Petit, CE 8 mars 2002 n° 196322) : 11,5 mois de salaire par année sur quatre ans maximum ;

- l'indemnité de changement de résidence (ICR) à l'arrivée et au départ si le départ a lieu au terme de deux ans au moins de services effectués à Mayotte. Le montant de l'ICR tient compte de la situation familiale sous réserve du respect des conditions de ressources du conjoint conformément au décret n° 89-271 du 12 avril 1989 et à l'arrêt du 12 juillet 2000 modifié.

- la prise en charge du transport aérien depuis la métropole ou La Réunion, à l'aller pour l'agent recruté et sa famille, selon conditions (situation familiale). Le billet retour est pris en charge si le départ a lieu après deux ans de services effectués à Mayotte.

L'établissement a également mis en place un système d'indemnités spécifiques pour les personnels contractuels dits « hors territoire » (personnels venant de métropole recrutés en contrat d'un an renouvelable trois fois (quatre ans maximum) occupant les grades de sages-femmes, d'infirmiers, d'infirmiers anesthésistes, d'infirmiers de bloc opératoire, de puéricultrices, de personnels médico-techniques). Ces avantages (cf. annexe n° 5) ont été autorisés par délibération du conseil d'administration du 28 mai 2009, validée par l'agence régionale de l'hospitalisation La Réunion-Mayotte. Il s'agit :

- d'une bonification indiciaire égale à environ 30 % du traitement indiciaire, imposable en totalité ;

- de la prise en charge du transport aérien depuis la métropole ou La Réunion, à l'aller pour l'agent recruté et sa famille, selon conditions (situation familiale). A la fin du contrat, l'agent et sa famille bénéficient du billet retour dans les mêmes conditions (à condition qu'il s'agisse d'un retour définitif).

Comme pour le personnel médical, la mise en place d'indemnités spécifiques pour le personnel non médical contractuel a pour objet de faire face aux difficultés de recrutement rencontrées par l'établissement.

Si la mise en œuvre de ces mesures permet à l'établissement de répondre à son besoin de recrutement, elle ne repose sur aucune base légale¹⁷ et n'est pas sans poser des problèmes en termes de gestion des ressources humaines dès lors que pour une même catégorie de personnel (ex. infirmier) l'établissement va verser trois rémunérations différentes selon le statut de l'agent (titulaire, contractuel hors territoire ou contractuel).

6.2.1. L'indemnité pour travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif

L'établissement verse cette prime aux taux de base à tous les agents de nuit, avec une majoration aux agents énumérés dans les textes.

Selon les termes du décret du 30 novembre 1988, cette indemnité est attribuée aux personnels titulaires et stagiaires qui assurent totalement ou partiellement leur service normal dans le cadre de la durée hebdomadaire du travail entre 21h00 et 6h00 du matin,

Le taux horaire de cette indemnité est fixé actuellement à 0,17 €.

Par ailleurs, l'indemnité horaire comporte une majoration pour travail intensif de nuit, allouée seulement à certaines catégories de personnel déterminées par des textes réglementaires. Le taux horaire de cette majoration est fixé actuellement à 0,90 €.

¹⁷ Jusqu'à l'entrée en vigueur du décret n° 2013-964 du 28 octobre 2013 portant création d'une majoration du traitement allouée aux fonctionnaires de l'État et de la fonction publique hospitalière et aux magistrats en service dans le Département de Mayotte.

L'indemnité globale peut donc être de 1,07 €/heure.

Cette prime représente un coût moyen annuel de 362 000 € entre 2009 et 2012. Il s'agit essentiellement de l'indemnité avec majoration pour travail intensif de nuit (1,07 €) puisque la seule indemnité pour travail normal de nuit ne semble pas avoir donné lieu à paiement. 72 % du versement de cette prime bénéficie au personnel soignant (infirmières 33 %, aides-soignantes 15 %, sages-femmes 12 %, puéricultrices 12 %).

6.2.2. L'indemnité pour travaux dangereux, incommodes, insalubres ou salissants

Elle est attribuée aux agents chargés d'effectuer des travaux pour l'exécution desquels des risques ou des inconvénients subsistent malgré les précautions prises et les mesures de protection adoptées.

Les travaux ouvrant droit aux indemnités spécifiques sont rangés dans les trois catégories ci-après :

- 1^{ère} catégorie : travaux présentant des risques d'accidents corporels ou de lésions organiques ;
- 2^{ème} catégorie : travaux présentant des risques d'intoxication ou de contamination ;
- 3^{ème} catégorie : travaux incommodes ou salissants.

L'établissement verse aux agents des indemnités relevant de la 1^{ère} et de la 2^{ème} catégorie. Le coût de cette prime est passé de 71 409 € en 2009 à 113 616 € en 2012, soit une progression annuelle moyenne de 17 %.

Il s'agit essentiellement de l'indemnité pour travaux présentant des risques d'intoxication ou de contamination (2^{ème} catégorie) qui représente près de 95 % des versements.

6.2.3. La nouvelle bonification indiciaire (NBI)

Les agents du CHM peuvent percevoir, sous certaines conditions, le versement de la nouvelle bonification indiciaire (NBI). La NBI consiste en l'attribution de points d'indice majorés correspondant à la valeur du point de la fonction publique qui vient s'ajouter au salaire de l'agent.

La NBI peut être attribuée aux agents titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière, à l'exclusion des agents contractuels.

Tableau n° 24 : Coût de la NBI

NBI Statut	Année 2009	2010	2011	2012	Total général
CONTRACTUEL EXPATRIÉ NON MÉDIC	8 258 €	1 422 €			9 680 €
CONTRACTUEL FPH	6 724 €	759 €			7 483 €
CONTRACTUEL LOCAL NON MÉDICAL	119 €				119 €
DÉTACHÉS	1 495 €		405 €	401 €	2 301 €
STAGIAIRE FPH	3 455 €	15 304 €	22 268 €	16 653 €	57 679 €
STAGIAIRE INTÉGRÉ FPH	3 160 €				3 160 €
TITUL. DETACHE STAG.		480 €	232 €	3 440 €	4 152 €
TITULAIRE FPH	29 997 €	36 673 €	53 393 €	73 736 €	193 799 €
TITULAIRE INTÉGRÉ FPH	23 482 €	31 927 €	30 999 €	30 122 €	116 531 €
Total général	76 689 €	86 565 €	107 297 €	124 352 €	394 903 €
Dont Total contractuel	15 100 €	2 181 €			17 281 €

Source : CRC

En 2012, l'établissement a payé au titre de la nouvelle bonification indiciaire environ 125 000 € contre un montant de 77 000 € en 2009, soit une progression annuelle moyenne de 17,5 %.

Contrairement à la réglementation, l'établissement a versé la NBI au personnel contractuel jusqu'au mois de septembre 2010. Ainsi, en 2009, 15 000 € ont été versés à des agents n'ayant pas droit au bénéfice de cette prime (soit 20 % du montant total versé sur cet exercice). Ces indemnités ont été versées en moyenne à 21 agents en 2009 (et 4 en 2010)

Même si ces agents contractuels ont fait l'objet d'une titularisation ultérieure, ils n'auraient pas dû bénéficier de cette prime avant d'acquérir effectivement le statut de fonctionnaire.

L'ancien directeur justifie l'attribution de cette NBI par le fait que l'intégration de ces agents dans la fonction publique hospitalière a été différée, faute de financement suffisant alloué à l'établissement pour ces intégrations. Ils ont donc été stagiaires tardivement.

6.2.4. La prime de début de carrière

116 agents ont perçu le versement de cette prime entre 2009 et 2012. Les bénéficiaires et les montants versés sont conformes à ce qui est prévu par la réglementation.

6.2.5. La prime d'encadrement

Tableau n° 25 : Agents ayant perçu la prime d'encadrement

en nombre d'agent	Année,mois																																																			
	2009												2010												2011												2012															
Statut	1	10	11	12	2	3	4	5	6	7	8	9	1	10	11	12	2	3	4	5	6	7	8	9	1	10	11	12	2	3	4	5	6	7	8	9	1	10	11	12	2	3	4	5	6	7	8	9				
CADRE DE SANTE																																																				
DIRECTEUR DES SOINS 1ERE CLASSE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																						
INFIRMIER(E) CADRE DE SANTE	21	20	20	20	18	18	18	18	20	21	21	21	24	26	25	25	24	24	24	24	24	24	26	25	25																											
INFIRMIER(E) CADRE SUPERIEUR SANTE	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	2	2	2	2	3	3	3	3															
Total général	23	24	24	24	21	22	22	22	24	25	25	25	28	29	28	28	28	28	27	27	27	27	29	28	27	26	26	26	27	27	28	27	26	26	25	26	26	26	25	26	26	25	25	24	27	27	24	24	22	22	21	22

Source : CRC

Tableau n° 26 : Infirmiers ayant perçu la prime d'encadrement

Prime d'encadrement en €	Années					Total général
Statut	2009	2010	2011	2012		
INFIRMIER(E) CADRE DE SANTE	20 696,33	26 257,90	4 534,94		51 489,17	
INFIRMIER(E) CADRE SUPERIEUR SANTE	5 503,52	6 028,21	5 280,26	6 681,26	23 493,25	
Total général	26 199,85	32 286,11	9 815,20	6 681,26	74 982,42	

Source : CRC

Contrairement à la réglementation, des infirmiers faisant fonction de cadre bénéficient de la prime d'encadrement. A partir de 2011, « les infirmiers cadre de santé » qui bénéficiaient de la prime d'encadrement ont vu leur statut évoluer en cadre de santé.

Sur l'ensemble de la période près de 75 000 € ont été versés à ces infirmiers.

Lors de l'entretien préalable, l'ancien directeur du CHM a justifié cette pratique par la difficulté de trouver des candidats infirmiers pour exercer des fonctions d'encadrement. En effet, les agents perdent le bénéfice de primes et autres indemnités liées par exemple au travail de nuit. Par ailleurs, compte tenu de l'importance stratégique des postes de cadres de santé dans l'organisation de l'hôpital, le fait de pouvoir évaluer les agents avant de les promouvoir constitue

selon lui une bonne pratique managériale. Plusieurs infirmiers ont finalement renoncé à occuper des fonctions d'encadrement.

La chambre invite néanmoins l'établissement à respecter les règles d'attribution de cette prime.

6.2.6. La prime spécifique (dite prime Veil)

L'examen des états de paye transmis par l'établissement révèle que des agents contractuels bénéficient de la prime spécifique (versée sous le nom de prime spécifique paramédicale) alors qu'elle est réservée aux agents titulaires ou stagiaires. Le coût pour l'établissement est en moyenne de 237 000 € par an, soit un coût proche de 1 M€ sur 4 ans (entre 2009 et 2012).

Tableau n° 27 : Contractuels ayant perçu la prime Veil (en nombre)

	2009	2010	2011	2012
CDD SUR POSTES FPH				30
CONTRACT REMPLA FPH	4,5	9,3	10,9	9,3
CONTRACTUEL EXPATRIÉ NON MÉDIC	31,3	12,3	1,7	
CONTRACTUEL FPH	47,3	28,9	24,1	29,0
CONTRAT DUREE DETERMINEE				33,8
CONTRAT HORS TERRITOIRE	151,3	178,3	191,5	202,7
Total	234,3	228,8	226,9	243,5

Source : CRC

Tableau n° 28 : Coût de l'attribution de la prime Veil à des agents contractuels (en euro)

	2009	2010	2011	2012
CDD SUR POSTES FPH				2 438 €
CONTRACT REMPLA FPH	3 786 €	7 641 €	9 855 €	8 250 €
CONTRACTUEL EXPATRIÉ NON MÉDIC	32 082 €	12 582 €	348 €	0 €
CONTRACTUEL FPH	48 318 €	30 482 €	24 623 €	11 291 €
CONTRAT DUREE DETERMINEE	0 €	0 €	0 €	15 657 €
CONTRAT HORS TERRITOIRE	154 715 €	184 755 €	198 560 €	204 194 €
Total	238 901 €	235 460 €	233 385 €	241 829 €
Total 2009-2012	949 575 €			

Source : CRC

La chambre invite l'établissement à limiter l'attribution de cette prime aux agents titulaires ou stagiaires.

6.3. L'affiliation des médecins à la caisse des français de l'étranger (CFE)

Le centre hospitalier de Mayotte cotise à la caisse des français de l'étranger (CFE) pour la couverture des praticiens hospitaliers.

6.3.1. Les raisons de l'affiliation des médecins à la CFE

En tant que collectivité d'outre-mer au sens de l'article 74 de la Constitution, Mayotte disposait d'un régime spécifique assurant une protection sociale moins élevée qu'en métropole. Or, selon les responsables en fonction à cette période, le statut des praticiens hospitaliers leur garantissait le bénéfice d'une protection sociale identique à celle applicable en métropole quel que soit le lieu où ils exercent.

Par une lettre du 17 avril 2003, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a autorisé à titre dérogatoire la possibilité pour les praticiens du CHM d'adhérer à tout organisme de prévoyance, mutuelle ou compagnie d'assurance pouvant assurer des prestations équivalentes à celles des régimes obligatoires métropolitains. Par un courrier du 2 juillet 2004, le directeur de la caisse des français de l'étranger, reconnaissant la particularité de la situation des praticiens hospitaliers du CHM, admettait la possibilité, à titre dérogatoire, de leur adhésion en lieu et place de l'adhésion à la caisse de prévoyance sociale de Mayotte.

Un accord de coordination a été conclu avec Mayotte en 2005. Il s'agit du décret n° 2005-1050 du 26 août 2005 portant coordination entre les régimes de sécurité sociale en vigueur dans les départements métropolitains ou d'outre-mer et les régimes de sécurité sociale en vigueur à Mayotte. Il prévoit une égalité de traitement pour l'application de la législation ou de la réglementation en vigueur dans chacun des deux territoires (métropole ou Mayotte) (article 3). L'accord contient des dispositions de coordination relatives à la détermination de la législation applicable : l'assurance maladie maternité, l'assurance vieillesse et survivants (pension), l'assurance sur les accidents du travail et maladies professionnelles et les prestations familiales.

6.3.2. La situation actuelle

Malgré le changement de statut de Mayotte (devenu département d'outre-mer au 1^{er} avril 2011 – article 73 de la Constitution), ce territoire est toujours lié par une convention de sécurité sociale avec la France (décret 2005) et reste soumis à des règles particulières en matière de protection sociale. Toutefois l'évolution de la protection sociale, introduite par l'ordonnance du 22 décembre 2011 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte dans le cadre de la départementalisation, vise à faire progressivement converger la couverture sociale dans le nouveau département avec le droit commun applicable en métropole et dans les départements d'outre-mer (DOM). A titre d'exemple, la sécurité sociale de Mayotte rembourse désormais les soins et la pharmacie de manière identique à la métropole.

De plus, depuis le 1^{er} janvier 2014, Mayotte a le statut de région ultrapériphérique (RUP) de l'Union européenne (UE) au sens de l'article 349 du traité de fonctionnement de l'UE (décision du Conseil Européen du 11 juillet 2012). A compter de cette date, les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité (CE) 883/2004 et (CE) 987/2009 doivent être mis en œuvre à Mayotte.

Dans ces conditions, la chambre s'interroge sur le maintien de ce dispositif dérogatoire qui engendre pour l'établissement des coûts supplémentaires. En effet la cotisation à la CFE représente un surcoût annuel pour l'établissement proche de 300 000 € (289 712 € en 2013) tandis que l'établissement continue de verser la cotisation obligatoire à la caisse de sécurité sociale de Mayotte (252 891 € en 2013).

Interrogée par la chambre, la CFE est consciente de cette difficulté. Elle estime que cette situation dérogatoire ne devrait pas se prolonger, tout en soulignant que le plafond de sécurité sociale à Mayotte est nettement inférieur à celui de métropole, ce qui a des conséquences sur les prestations en espèces. Elle espère que le CHM va pouvoir proposer une autre solution que l'adhésion à la CFE tout en respectant ses obligations à l'égard des praticiens hospitaliers. La chambre ne peut que souscrire à cette orientation.

7. Le temps de travail : contrainte ou opportunité ?

7.1. Le temps de travail du personnel non médical

Les agents du CHM bénéficient d'un congé annuel correspondant à cinq fois leur obligation hebdomadaire de service (soit 25 jours) et de 1 à 3 jours supplémentaires hors saison et fractionnement :

L'accord local relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail du CHM a été signé avec les organisations syndicales le 28 juin 2002. Il n'a pas fait l'objet de modification.

Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif :

- de 1 600 heures maximum¹⁸ pour les agents travaillant à repos fixe. Cette durée peut être réduite par la survenue d'un jour férié lors d'un jour ouvré ;
- de 1 575 heures maximum¹⁹ pour les agents travaillant à repos variable.

Les obligations horaires annuelles sont fixées chaque année par la direction des ressources humaines. Elles tiennent compte du calendrier réel et sont différentes selon les catégories de personnel.

La gestion du temps de travail s'effectue avec le logiciel de gestion « Médiane ». Ses principales fonctionnalités sont :

- planifications prévisionnelle et réelle ;
- gestion des roulements, des agents, des codes, des congés annuels, des indemnités ;
- fiches d'activité, mutations, équipes de remplacement, vérifications, soldes RTT et congés ;
- comptabilisation du temps de travail, liste des agents disponibles ;
- supports réglementaires ;
- statistiques ;
- gestion du planning des Praticiens Hospitaliers (Web Plan PH).

En complément le CHM a dédié un équivalent temps plein de cadre de santé spécialisé dans la gestion du temps de travail pour accompagner les différents secteurs de l'institution.

La direction des ressources humaines, dans le cadre du dialogue de gestion 2013, s'appuie sur l'expertise des acteurs des pôles pour formaliser des trames organisationnelles en adéquation avec l'activité. Ce travail de concertation doit s'inclure dans le volet ressources humaines du contrat de pôle prévu pour le premier semestre 2014.

¹⁸ Calcul des 1 600 heures : sur 365 jours dans l'année, 104 jours de repos hebdomadaire, 25 jours de congés annuels, 7,5 jours en moyenne de fêtes légales, soit 228,5 jours travaillés x 7 heures = 1 600 heures

¹⁹ Même calcul, mais en se basant sur 11 jours en moyenne de fêtes légales. S'y ajoutent un jour de commémoration de l'abolition de l'esclavage et quatre jours correspondant à des fêtes musulmanes : dans l'hypothèse où ces cinq jours ne tombent pas un jour d'autres fêtes légales, alors la durée annuelle de travail est ramenée à 1 540 heures.

7.1.1. Les heures supplémentaires

Le CHM déclare ne pas avoir recours aux heures supplémentaires. L'examen du fichier de paye transmis par l'établissement et du bilan social 2012 laisse toutefois apparaître la présence d'heures supplémentaires.

L'établissement a précisé qu'il s'agissait d'heures à récupérer (heures dites complémentaires, non payées mais rendues) qui pouvaient être liées à la mise en place de nouveaux cycles de travail mais aussi à la rotation qui impose pour les agents arrivants au CHM de bénéficier d'une doublure pour s'adapter aux postes de travail. Cette organisation est consommatrice d'heures. Cette question concerne notamment les sages-femmes.

Les seules heures supplémentaires qui sont payées sont les heures d'intervention dans le cadre des astreintes réglementaires. De façon très marginale, le CHM a payé des heures supplémentaires dans les cas où les agents ont été rappelés pour pallier principalement l'absence d'autres agents.

7.1.2. Les comptes épargne temps (CET)

Le suivi des CET est effectué par l'établissement et fait l'objet d'une présentation annuelle dans les bilans sociaux.

Le CHM a diffusé une note relative aux nouvelles modalités du CET²⁰. Il gère de manière différenciée les CET historiques et les CET nouvelle formule, avec mise à disposition d'imprimés spécifiques répondant aux différentes options possibles et permettant aux agents d'exprimer leur choix dans les délais réglementairement prévus.

Fin 2012, 28 317 jours sont inscrits sur les CET du personnel non médical, dont près de 70 % par le personnel soignant. Le nombre moyen de jours de CET par agent est de 15,5 jours pour le personnel non médical. Ce ratio paraît élevé en comparaison avec les établissements de La Réunion où le nombre moyen de jour de CET par agent est de 3,3 jours.

La chambre constate à ce titre une incohérence entre le nombre de jours de CET figurant dans le bilan social 2012 (28 317,7) et le nombre de jours communiqué par l'établissement et servant de base au calcul des provisions, soit 6 272,96 jours.

Tableau n° 29 : Nombre de jours de CET du personnel non médical

	Bilan social 2012	Simulation CRC à partir de la réponse courriel 20/01/2014
Personnel non médical		
Nombre jours	28 317,7	6 272,96
Nombre d'agent	1 832,0	<i>1 832,0</i>
Nombre moyen jours/agent	15,5	<i>3,4</i>
Agents ayant ouvert un CET	293,0	<i>293,0</i>
Nombre moyen jours CET	96,6	<i>21,4</i>

En gras nombre de jours CET communiqué dans le courriel du 20/01/2014.

En italique simulation à partir des données du bilan social.

Source : CHM, CRC

²⁰ Décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels dans la fonction publique hospitalière et arrêté du 6 décembre 2012 pris en application des articles 4 à 8 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière

En 2012, l'établissement n'a effectué quasiment aucun paiement au titre de l'indemnisation de CET du personnel non médical (2 963,64 €).

7.1.3. Les astreintes

Il existe trois astreintes d'encadrement administratif et soignant au CHM pour assurer la continuité de fonctionnement de l'établissement.

Catégorie	Fonction	Couverture
Directeurs et attachés d'administration hospitalière	Administrateur d'astreinte	Tout l'établissement
Cadre de santé exerçant sur Mamoudzou	Cadre d'astreinte	Tous les services de soins du site de Mamoudzou
Cadres de santé exerçant sur les secteurs et cadres sages-femmes	Cadre d'astreinte	Maternité Mamoudzou & secteurs, permanence de soins secteurs y compris Dzaoudzi

Il est prévu que la durée de l'astreinte n'excède pas 72 heures pour 15 jours. Au regard de la liste fournie par l'établissement sur les astreintes des agents, la règle des 72 heures pour 15 jours ne semble pas respectée systématiquement.

7.2. Le temps de travail du personnel médical

7.2.1. La gouvernance en matière de temps de travail

Il existe un référentiel sur le temps de travail des médecins. Il est à la disposition des personnels médicaux sur le serveur informatique. Le référentiel du temps de travail date de 2010. La partie concernant la rémunération de la permanence des soins a été modifiée depuis. Des notes d'information sont diffusées aux praticiens pour rappeler les règles d'approvisionnement des CET et de gestion des congés annuels.

Lors de la mise en place de ce référentiel en 2010, l'ensemble de la communauté médicale a été informée de sa mise en place et des modifications que ce référentiel entraînait dans la gestion du personnel médical (rémunération de la permanence des soins, gestion des CET et des RTT - réductions de temps de travail -) notamment par le biais d'une note d'information.

La direction des affaires médicales suit les effectifs des services et pôles et communique aux chefs de pôles tous les trimestres des tableaux de suivi (cf. tableau en annexe n° 6).

Un seul praticien hospitalier a demandé à bénéficier d'une autorisation d'activité libérale qui lui a été accordée. Il n'existe pas de mesures d'intéressement.

7.2.2. Les congés annuels et les CET

Les congés annuels et les RTT sont accordés directement par le chef de service et/ou de pôle. Les demandes d'approvisionnement de CET sont transmises à la direction des affaires médicales (DAM) après accord du chef de pôle et/ou de service. Elles sont contrôlées par la DAM en fonction des congés et RTT notés dans l'année sur les tableaux de service.

Le CET peut être alimenté :

- de 5 jours de congés annuels (20 jours doivent être pris dans l'année) ;
- de tout ou partie des RTT (19 jours maximum) ;
- des récupérations des périodes de temps de travail additionnel, des astreintes et des déplacements n'ayant pas fait l'objet d'indemnisation.

Les jours de congés et RTT doivent être soldés avant la fin du premier trimestre de l'année n+1, de même que la demande d'ouverture ou d'approvisionnement du CET. Jusqu'en septembre 2013, les congés annuels et RTT des médecins étaient comptabilisés à partir des tableaux de service définitifs fournis chaque mois à la DAM. L'examen d'un échantillon des tableaux de services faits de l'année 2012 montre que les tableaux ne sont pas toujours transmis avant le 5 du mois.

Depuis septembre 2013, le CHM a acquis un outil informatique de gestion des tableaux de service du personnel médical, « Webplan », qui est en cours de déploiement. Il devait être opérationnel pour l'ensemble des services à partir de janvier 2014 et permet une gestion informatisée des compteurs de congés annuels et des RTT.

Pour évaluer le poids des CET pour l'établissement et le potentiel d'absences prévisibles par praticien, il est possible d'établir un indicateur à partir de l'ensemble des jours stockés sur le CET au 31/12 de l'année civile (reliquats des années antérieures inclus) rapporté à l'ETPR. Au sein de l'établissement, ce stock de CET moyen par ETPR de personnel médical s'élève à 4,2 jours en 2012 contre 5 jours en 2011. Au 31 décembre 2012, le stock de CET s'élevait à 1 450 jours. Parmi le personnel médical présent au 31 décembre 2012, 52 praticiens disposent d'un CET d'une durée moyenne de 28 jours.

Tableau n° 30 : Nombre de jours de CET stockés par les personnels médicaux

Relevé des CET des personnels médicaux, 2009 à 2012

	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Jours acquis	188	1 174,00	291,5	239	1 892,50
jours consommés	75	355,5	534	286,5	1 251,00
solde	113	818,5	-242,5	-47,5	641,5

L'établissement indique qu'aucun paiement de CET n'a été effectué en 2012 pour le personnel médical. En revanche, 286,5 jours de CET ont été utilisés pour les praticiens hospitaliers après 534 jours consommés en 2011. Le personnel médical privilégie donc l'utilisation des CET à leur indemnisation. Comme le souligne le bilan social 2012, ces absences pour CET viennent aggraver la situation des effectifs des services (notamment la pédiatrie et l'anesthésie) et génèrent du temps additionnel pour les médecins présents (cf. infra) et donc, in fine, un coût supplémentaire pour l'établissement.

Au 30 avril 2013, 78,5 jours de CET ont fait l'objet d'une d'indemnisation au bénéfice de trois médecins.

L'établissement renseigne dans le logiciel les soldes des CET des médecins recrutés qui avaient un CET dans leur précédent établissement. Le CHM a demandé et dit avoir obtenu le remboursement de certains CET. La chambre ne constate toutefois aucun mouvement dans le compte de provisions. Par ailleurs le CHM attend toujours la parution de l'arrêté qui doit fixer les modalités de versement des provisions de CET prévu par le décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 (art. 14) pour demander le remboursement des CET des derniers médecins recrutés.

7.2.3. Le temps de travail additionnel

La réglementation prévoit que le temps de travail effectué au-delà des obligations de service constitue du « temps de travail additionnel » qui peut être soit récupéré, soit versé au compte épargne temps, soit indemnisé suivant la tarification spécifique prévue à cet effet.

Le temps additionnel est décompté à partir des tableaux de service des médecins qui permettent le décompte des demi-journées effectuées.

L'établissement a transmis la liste des médecins ayant bénéficié de temps additionnel en 2012.

Le compte budgétaire sur lequel doit être imputé le temps additionnel est le compte 6426 « temps additionnel de jour ». Aucun mouvement n'a été constaté sur ce compte malgré l'indemnisation effective des médecins. Il semble ressortir du bilan social 2012 que le versement d'indemnités relatives au temps additionnel est imputé par l'établissement sur le compte de la permanence des soins (compte 6425). Cette consolidation empêche donc de connaître à partir du compte financier le montant des indemnités versées au titre du temps additionnel.

Le bilan social 2012 apporte les précisions suivantes concernant le temps additionnel :

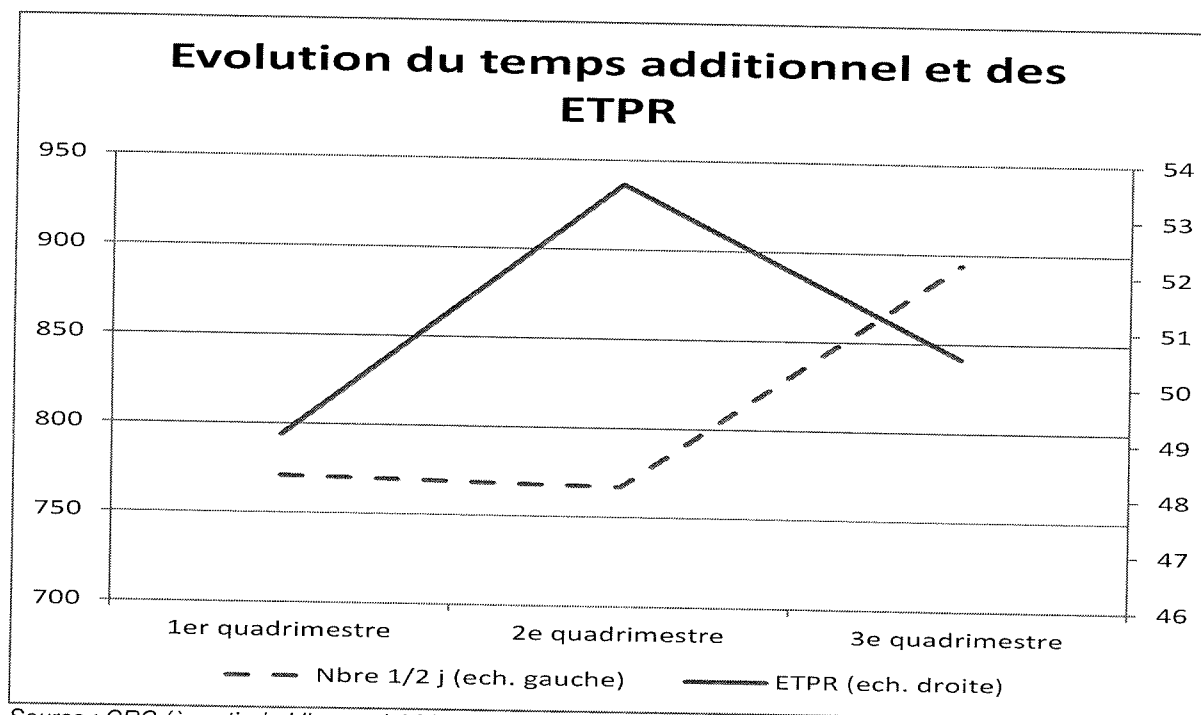
« Seuls les services organisés en garde sur place bénéficient du décompte du temps additionnel. Il s'agit des demi-journées réalisées au-delà des obligations hebdomadaires (10 ½ journées) en :

- ✓Anesthésie,
- ✓Pédiatrie,
- ✓Gynécologie-obstétrique,
- ✓Réanimation,
- ✓Dzaoudzi ».

Tableau n° 31 : Nombre de demi-journées rémunérées ou récupérées en 2012

	Nbre 1/2 j	ETPR	Effectif autorisé
1 ^{er} quadrimestre	771	49,01	54,5
2 ^{ème} quadrimestre	767	53,56	
3 ^{ème} quadrimestre	894	50,53	
Total	2 432	51,03	

Source : CHM



Source : CRC (à partir du bilan social 2012)

L'évolution du temps additionnel est inversement corrélée avec l'évolution du nombre d'ETPR. Ainsi l'augmentation de départs de praticien titulaire dans les services concernés,

notamment la pédiatrie, l'anesthésie et le service gynécologie obstétrique (trois ETPR), a généré une augmentation du nombre de demi-journées réalisées sur le dernier quadrimestre (+ 127 demi-journées). Pour schématiser, le départ d'un ETP non remplacé génère 42 demi-journées. Le bilan social précise encore que les ETPR prennent en compte certains praticiens partis en CET sur la période du troisième quadrimestre (rémunérés par l'établissement).

Enfin, il peut être observé qu'au deuxième quadrimestre, 767 demi-journées de temps additionnel ont été rémunérées ou récupérées alors que l'effectif constaté (53,56 ETPR) est proche de l'effectif autorisé (54,5).

7.2.4. La permanence des soins

La permanence des soins est assurée par un système de gardes. La nature et l'intensité des activités déterminent le nombre, la qualification (interne ou senior) et le degré de présence (astreinte, garde sur place) des praticiens.

Les dépenses relatives à la permanence des soins sont retracées dans le tableau qui suit.

Tableau n° 32 : Evolution du coût de la permanence des soins

Evolution du cout de la permanence des soins (compte 6425)

En €	2009	2010	2011	2012	Evol Moy
CHM	2 804 583,99 €	2 331 721,18 €	2 747 704,81 €	2 918 934,11 €	1,34%

Evolution du cout du temps de travail additionnel de jour(compte 6426)

En €	2009	2010	2011	2012	Evol Moy
CHM	- €	- €	- €	- €	

Evolution de la rémunération du personnel médical (compte 642)

En €	2009	2010	2011	2012	Evol Moy
CHM	18 366 076,51 €	17 263 486,43 €	19 822 564,31 €	20 473 360,64 €	3,69%
Part de la permanence	15,3%	13,5%	13,9%	14,3%	

Source : les comptes financiers

Les dépenses liées à la permanence des soins sont restés globalement stables (2,9 M€) et leur part dans la rémunération du personnel médical est passée de 15,3 % en 2009 à 14,3 % en 2012. Les dépenses relatives au temps de travail additionnel (c'est-à-dire les périodes de jour du lundi au samedi matin inclus effectuées par les personnels médicaux hospitaliers au-delà de leurs obligations de service et constatées au terme d'un quadrimestre, compte 6426) sont nulles (cf. supra).

Tableau n° 33 : Evolution du coût de la permanence des soins

En euros	Compte	Intitulé	2009	2010	2011	2012
CHM						
	64251	Permanences sur place intégrées aux obligations de service	1 878 706,56 €	1 341 812,24 €	1 607 509,40 €	- €
	64252	Permanences sur place réalisées en temps de travail	237 301,56 €	346 840,14 €	438 678,81 €	1 761 897,92 €
	64253	Permanences de soins par astreinte	688 575,87 €	643 068,80 €	701 516,60 €	449 987,49 €
	6245	Permanence des soins	2 804 583,99 €	2 331 721,18 €	2 747 704,81 €	2 918 934,11 €

Source : comptes financiers

Le bilan social 2012 précise les modalités de la permanence des soins au CHM qui se décline en 2012 de la manière suivante :

« - 7 gardes sur place :

- 1 urgences-UHCD,
- 1 SMUR,
- 1 réanimation,
- 1 anesthésie doublée le week-end,
- 2 obstétrique (depuis le 1^{er} mars 2012),

- 1 néonatalogie et pédiatrie,
- 1 hôpital Dzaoudzi.
- 13 astreintes à domicile, forfaitisées :
 - 1 astreinte en chirurgie viscérale,
 - 1 astreinte en chirurgie orthopédique,
 - 1 astreinte en chirurgie ORL,
 - 1 astreinte en chirurgie ophtalmologie,
 - 1 astreinte en médecine polyvalente (doublée le week-end),
 - 1 astreinte en psychiatrie,
 - 1 astreinte en radiologie,
 - 1 astreinte au laboratoire,
 - 1 astreinte en pharmacie,
 - 3 astreintes sur les secteurs (Nord, Sud et Centre),
 - 1 astreinte brûlés.
- 1 astreinte + forfait déplacement pour les EVASAN (évacuations sanitaires).

Les dépenses liées à la permanence des soins s'élèvent à 2 912 251 € en 2012 contre 2 746 871 € en 2011.

L'augmentation de ces dépenses s'explique par le doublement de la garde d'anesthésie et de gynécologie-obstétrique le week-end (à partir du 1^{er} mars 2012, 7 j/7).

A noter que cette analyse est faite sur les dépenses hors charges. En ajoutant les charges sociales payées par l'établissement sur ces indemnités (environ 15 %), le coût de la permanence des soins s'élève au CHM à 3 356 774 €, soit l'équivalent de 23 PH (145 000 €).

Le coût annuel par médecin (c'est-à-dire le montant constaté au compte 6245 rapporté au nombre de médecins) s'élève en 2012 à 16 382 €.

8. L'absentéisme

Les absences pour motif médical comprennent les maladies ordinaires, les longues maladies et les maladies longue durée, les accidents de travail, les accidents de trajet, les maladies professionnelles et les maladies à caractère professionnel.

Les absences pour motif non médical incluent la maternité, la paternité et l'adoption.

Les congés pour couches pathologiques, grossesse pathologique, maternité 3^{ème} enfant, maternité jumeaux sont regroupés dans « congés maternité ».

8.1. Le personnel médical

Le CHM ne dispose d'une mesure de l'absentéisme médical que depuis le bilan social de 2012. Auparavant, le décompte du temps de travail du personnel médical restait souvent lacunaire.

Tableau n° 34 : Absentéisme du personnel médical pour motif médical
(maladie ordinaire, accident du travail, CLM, CLD)

PÔLES	Nbre total de jours d'absence	Nbre de praticiens ayant été absents	ETP moyen 2012	Taux d'absentéisme
BACS	92,00	2,00	29,29	0,86
DIRECTIONS FONCTIONNELLES	366,00	1,00		
GYNECO-OBSTETRIQUE	87,00	5,00	13,07	1,82
HOPITAUX DE REFERENCE	108,00	12,00	49,15	0,60
MEDICO-TECHNIQUE	27,00	1,00	14,92	0,50
MPRU	224,00	4,00	19,45	3,16
PEDIATRIE	14,00	2,00	10,69	0,36
SANTE PUBLIQUE	33,00	3,00	9,35	0,97
URSEC	161,00	5,00	32,26	1,37
TOTAL	1 112	35	178,18	1,71

Source : Bilan social 2012

Tableau n° 35 : Absentéisme du personnel médical pour motif non médical
(maternité, paternité, adoption)

PÔLES	Nbre total de jours d'absence	Nbre de praticiens ayant été absents	ETP moyen 2012	Taux d'absentéisme
HOPITAUX DE REFERENCE	112,00	1,00	49,15	0,62
MEDICO-TECHNIQUE	95,00	2,00	14,92	1,74
PEDIATRIE	112,00	1,00	10,69	2,87
URSEC	314,00	3,00	32,26	2,67
TOTAL	633	7	107,02	1,62

Source : Bilan social 2012

8.2. Le personnel non médical

Le taux d'absentéisme moyen du personnel non médical dans le centre hospitalier de Mayotte est de 8,26 % en 2012 et a évolué comme suit :

Tableau n° 36 : Évolution du taux d'absentéisme de 2009 à 2012 (personnel non médical)

ANNEE	Taux sur 365 jours	Taux sur journées travaillées	journée d'abs
2009	5,80%	11,06%	49 955
2010	8,84%	12,23%	56 352
2011	6,49%	10,49%	55 170
2012	8,26%	13,03%	53 324

Source : CRC (d'après les bilans sociaux)

Il est à noter que le calcul du taux d'absentéisme présenté dans le bilan social 2012 a fait l'objet d'une évolution réglementaire. Il est calculé par rapport à la totalité de l'année (365 jours). Le chiffre présenté dans les bilans sociaux précédents était rapporté au nombre de journées travaillées dans l'année (226 en 2012). En appliquant l'ancienne formule, le taux d'absentéisme serait de 13 %. Sur l'ensemble de la période, la filière soignante représente 70 % des absences.

Le nombre moyen de jours d'absence par agent est de 25 jours sur l'ensemble de la période observée. Le motif qui engendre le plus grand nombre de journées d'absence est le congé maternité (40 %) devant la maladie ordinaire (environ 30 %). La formation représente quant à elle un quart des absences. Dans le bilan social 2012, l'établissement s'est fixé pour objectif d'analyser et de réduire les absences pour maladie ordinaire.

Tableau n° 37 : Typologie des absences du personnel non médical

Type d'absence (en jours)	2009	2010	2011
Maladie ordinaire	26%	29%	27%
CLM/CLD	4%	5%	6%
AT et maladies professionnelles	1%	1%	2%
Maternité et grossesses pathologiques	41%	40%	41%
Formation continue	29%	25%	23%
Congés syndicaux	0%	0%	0%
Congés autorisés*	0%	0%	1%
TOTAL	100%	100%	100%

Source : CRC (d'après les bilans sociaux)

Le nombre de journées d'absence a augmenté de 5 % en moyenne entre 2009 et 2011 passant de 49 955 jours à 55 170 jours. Tous les types d'absence sont en progression, excepté les absences pour congé formation. Ainsi, hors absence pour congé formation, la progression des absences est beaucoup plus forte puisqu'elle atteint 9 %. Cette augmentation s'explique essentiellement par la progression des absences pour maladie ordinaire (+ 8 % en moyenne annuelle) et par les congés maternité.

Même si leur nombre est limité par rapport aux autres motifs d'absences, les congés « longue maladie/longue durée » et les accidents du travail et maladies professionnelles sont les absences qui enregistrent la plus forte progression. Pour rappel, les congés longue maladie ou de longue durée sont accordés par le comité médical aux agents titulaires ou stagiaires ou aux contractuels ayant plus de trois ans d'ancienneté dans l'établissement.

Tableau n° 38 : Typologie des absences du personnel non médical (en jours)

Type d'absence (en jours)	2009	2010	2011	2012	Δ° 2009/2011	évol. moyenne
Maladie ordinaire	12 739	16 389	14 981		2 242	8%
CLM/CLD	1 863	2 633	3 246		1 383	32%
AT et maladies professionnelles	543	725	1 150		607	46%
Maternité et grossesses pathologiques	20 489	22 780	22 630		2 141	5%
Formation continue	14 321	13 825	12 757		- 1 564	-6%
Congés syndicaux					-	
Congés autorisés*			406		406	
TOTAL	49 955	56 352	55 170		5 215	5%
Total hors formation	35 634	42 527	42 007		6 373	9%

Source : Bilan social de l'établissement

Les journées sont comptabilisées selon la méthode du décompte global c'est-à-dire incluant les samedis, dimanches et jours fériés
En 2009 et 2010 les congés paternité sont comptabilisés en congés autorisés. Retraité ici pour être conforme à 2011

Tableau n° 39 : Répartition des absences par pôles.

	2010	part	2011	part	2012	part	moyenne 2010-2012
BACS	3619	9%	4872	11%	4872	11%	10%
DIRECTIONS FONCTIONNELLES	9374	22%	8219	19%	8219	19%	20%
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	7717	18%	7593	18%	7593	18%	18%
HOPITAUX ET SITES PERIPHERIQUES	6601	16%	8412	20%	8412	20%	18%
MPRU	3302	8%	2948	7%	2948	7%	7%
MEDICO-TECHNIQUE	3094	7%	3110	7%	3110	7%	7%
NEONATOLOGIE-PEDIATRIE	3613	8%	3109	7%	3109	7%	8%
SANTE PUBLIQUE ET VIGILANCES	1221	3%	523	1%	523	1%	2%
URSE	3978	9%	3718	9%	3718	9%	9%
Total général	42527	100%	42503	100%	42503	100%	100%

Trois pôles (sur un total de neuf) enregistrent près de 60 % des absences (hors formation) : directions fonctionnelles (20 %)²¹, Gynécologie obstétrique (18 %)²², Hôpitaux et sites périphériques (18 %)²³.

Le bilan social 2012 précise que l'établissement a prélevé 1 201 jours de carence en 2012 sur 696 agents, correspondant à 71 727,92 €.

Enfin, l'établissement reconnaît qu'aucune évaluation de la politique de remplacement des absences de courte durée ou des surcroûts ponctuels d'activité n'a été conduite.

8.3. Prime de service et absentéisme

L'enveloppe globale de la prime de service est égale à 7,5 % du montant total des rémunérations indiciaires versées aux agents bénéficiaires de la prime de service, à l'exception des autres primes, indemnités et de la NBI.

Le comité technique d'établissement (CTE) du CHM a été régulièrement consulté sur les critères de répartition de la prime. Lors de la séance du 27 janvier 2009, les modalités de calcul et de versement de cette prime ont été fixées conformément à la réglementation. Si les modalités définies en 2009 ont été maintenues en 2010, le CTE du 9 novembre 2010 a modifié les modalités et la date de versement : versement en une seule fois au mois de février.

L'attribution de la prime dépendant notamment de la notation, l'établissement a précisé qu'il effectue la notation de l'ensemble des agents bénéficiaires avant le versement de la prime.

Les abattements de 1/140^{ème} du montant de la prime individuelle en raison de certaines absences sont utilisés pour assurer, dans la limite du taux maximum de 17, un complément de prime aux agents les plus assidus (moins de cinq jours d'absence dans l'année au titre de laquelle la prime est distribuée).

Un contrôle sur un échantillon d'agents a montré que l'attribution de la prime de service n'appelait pas de remarque particulière.

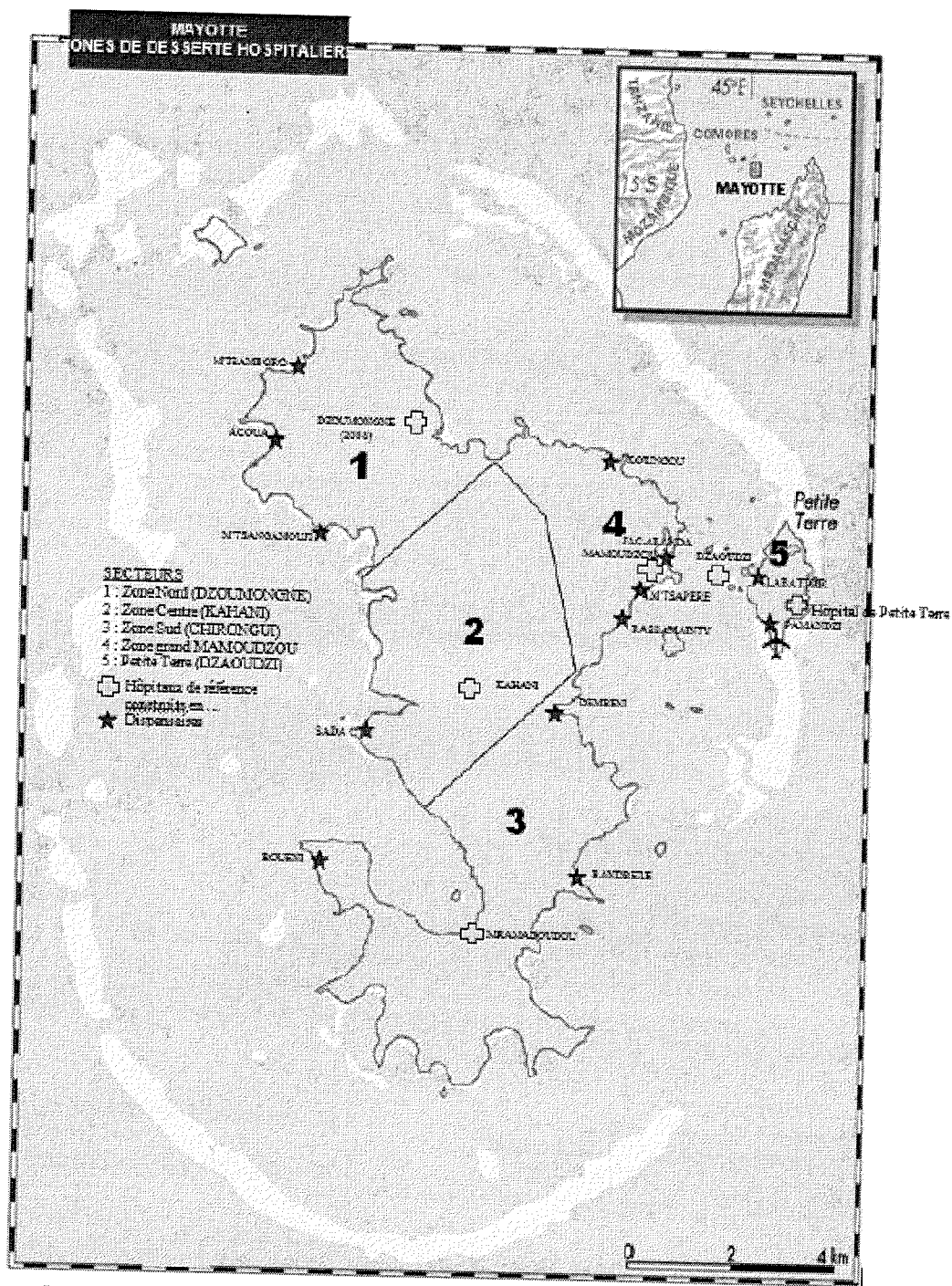
Telles sont les observations définitives que la chambre régionale des comptes a souhaité porter à la connaissance du centre hospitalier de Mayotte.

²¹ Moyenne sur les trois dernières années.

²² Idem.

²³ Idem.

Annexe n° 1 : Carte des implantations du CHM



Source : CHM

Annexe n° 2 : Comptes épargne temps (CET) du personnel non médical

TABLEAU DE SUIVI DES CET DU PERSONNEL NON MEDICAL

ANNEE / CATEGORIE	ACQUISITION	CONSOMMATION	SOLDE EN JOURS	COUT JOURNALIER	MONTANT A PROVISIONNER
2002	510,00	0,00	510,00		
A	64,00	0,00	64,00		39 105,00 €
B	141,00	0,00	141,00	125,00 €	8 000,00 €
C	305,00	0,00	305,00	80,00 €	11 280,00 €
2003	621,00	0,00	305,00	65,00 €	19 825,00 €
A	124,00	97,00	524,00		40 435,00 €
B	185,00	53,00	71,00	125,00 €	8 875,00 €
C	312,00	44,00	141,00	80,00 €	11 280,00 €
2004	1265,00	119,00	312,00	65,00 €	20 280,00 €
A	224,00	21,00	1 146,00		91 815,00 €
B	399,00	56,00	203,00	125,00 €	25 375,00 €
C	642,00	42,00	343,00	80,00 €	27 440,00 €
2005	746,00	192,00	600,00	65,00 €	39 000,00 €
A	159,00	31,00	128,00		46 075,00 €
B	230,00	71,00	159,00	125,00 €	16 000,00 €
C	357,00	90,00	267,00	80,00 €	12 720,00 €
2006	746,00	209,00	537,00	65,00 €	17 355,00 €
A	341,00	48,00	293,00		55 410,00 €
B	283,00	88,00	195,00	125,00 €	36 625,00 €
C	122,00	73,00	49,00	80,00 €	15 600,00 €
2007	738,60	202,00	536,60	65,00 €	3 185,00 €
A	386,60	23,00	363,60		58 127,50 €
B	213,00	117,50	95,50	125,00 €	45 450,00 €
C	139,00	61,50	77,50	80,00 €	7 640,00 €
2008	717,50	270,50	447,00	65,00 €	5 037,50 €
A	390,00	78,00	312,00		49 372,50 €
B	261,00	154,50	106,50	125,00 €	39 000,00 €
C	66,50	38,00	28,50	80,00 €	8 520,00 €
2009	994,35	560,25	434,10	65,00 €	1 852,50 €
A	568,57	254,50	314,07		47 356,35 €
B	223,71	204,00	19,71	125,00 €	39 258,75 €
C	202,07	101,75	100,32	80,00 €	1 576,80 €
2010	788,85	394,00	394,85	65,00 €	5 520,80 €
A	524,43	270,00	254,43		41 021,05 €
B	89,00	83,00	6,00	125,00 €	31 803,75 €
C	175,42	41,00	134,42	80,00 €	480,00 €
2011	1137,76	489,50	648,26	65,00 €	8 737,30 €
A	487,90	344,50	143,40		52 253,80 €
B	153,86	53,00	100,86	125,00 €	17 925,00 €
C	496,00	92,00	404,00	80,00 €	8 068,80 €
2012	1158,65	617,50	541,15	65,00 €	26 260,00 €
A	726,57	293,00	433,57		61 691,15 €
B	169,48	136,00	33,48	125,00 €	54 196,25 €
C	262,60	188,50	74,10	80,00 €	2 678,40 €
TOTAL GENERAL EN STOCK	9423,71	3 150,75	6 272,96	65,00 €	582 662,35 €

Source : courriel 20 janvier 2014.

2. Extrait bilan social 2012 Personnel non médical :

Au total, 28 317 jours ont été inscrits sur les CET au 31 décembre 2012, dont 19 253,54 jours pour le personnel soignant.

✓ Nombre moyen de jours de CET stockés par agent ayant ouvert un CET et répartition par genre

	FEMME	HOMME	TOTAL GÉNÉRAL
Nombre jours	18199	10118.66	28317.66
Agents ayant ouvert un CET	182	111	293
Nombre moyen jours CET	100	91	96.6

✓ Nombre moyen de jours de CET stockés par agent (rapporté à l'effectif physique total)

Total stocké	28317.66
Effectif physique	1832
Nombre moyen de jours de 7H de CET par agent	15.45

Mode de calcul : nombre moyen de jours stockés par agents = nombre total de jours CET stockés/l'effectif total physique au 31 décembre.

Annexe n° 3 : Liste des pôles du CHM

Le CHM est organisé en huit pôles d'activité clinique et médico-technique²⁴ :

- Gynécologie-obstétrique
- Pédiatrie-Néonatalogie
- Bloc-Anesthésie-Chirurgie-Spécialités (BACS)
- Urgences-Réanimation-SMUR-EVASAN-Caisson hyperbare (URSEC)
- Médecine-Psychiatrie-Rééducation-UCSA²⁵ (MPRU)
- Laboratoire-Imagerie-Pharmacie (pôle médico-technique)
- Santé publique-Vigilances-DIM²⁶-Médecine du travail CHM-Actions de santé
- Hôpitaux de référence et Centres de consultations

²⁴ Source : règlement intérieur des pôles (version modifiée février 2011). Le CHM était préalablement organisé en neuf pôles.

²⁵ UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires, située dans l'établissement pénitentiaire de Majicavo.

²⁶ DIM : Département d'information médicale

Annexe n° 4 : Ventilation des contrats de praticien contractuel par pôle

Nombre de contrats de praticien contractuel signés entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 mars 2012
classés en fonction de la durée d'engagement discipline par discipline

Source : CHM

PÔLE	Services	Effectif théorique du service en ETP	Contrats d'1 mois	Contrats de 2 mois	Contrats de 3 mois	Contrats de 4 mois	Contrats de 5 mois	Contrats de 6 mois	Contrats de 7 mois	Contrats de 8 mois	Contrats de 9 mois	Contrats de 10 mois	Contrats de 11 mois
GYNECO-OBSTETRIQUE	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	15	13	3				1					
PEDIATRIE	PEDIATRIE / NEONATOLOGIE	12	12	10	4			2					
	ANESTH. BLOC CENTRAL	11	47	7	2	1		1					
	OPHTALMOLOGIE	1,5	7	8									
	ORL	2	4										
	CHIRURGIE VISCERALE	4	5			1							
	CHIRURGIE ORTHO TRAUMATO	4	1										
	CABINET DENTAIRE	6	3		4			1					
	URGENCES MAMOUDZOU (M ET C)	27,5	27	18	17	2		5					
	REANIMATION POLYVALENTE	9	3			1							
	MEDECINE POLYVALENTE	11,8	12	2	4	3		1					
	PSYCHIATRIE	7	16	8				1					
	NORD	9	5	1	1			1					
	CENTRE	9	3	4				2					
	SUD	9	1	2	2	1		2					
	GRAND MAMOUDZOU	12	18	13	8	1	1	4					
	PETITE-TERRRE	9,5	9	10	5	1		1					
	PHARMACIE	6						2					
	CHIMIE MICROBIO HEMATO	5	1										
	IMAGERIE	6	8	2	2								
		9,5	1	1		1							
	TOTAL:	185,8	196	85	49	12	1	24	0	0	0	0	0

Annexe n° 5 : Indemnités pour le recrutement du personnel non médical

Source : CHM

CHMCentre Hospitalier de MayotteSynthèse des indemnités liées au recrutement et départ des agents au CHM

Contrat		Mutation	Détachement	Stagiairisation	
Local Statut 16 ou 36	Hors Territoire Statut 35 ou 16 (4 années maximum)	depuis un autre établissement de la FPM	depuis une autre fonction publique	sur place	depuis la Métropole
Recrutement					
Billet avion	N	O	O si hors Mayotte	N	O (avec pré- acheminement)
Déménagement	N	(sans pré-acheminement) N	(avec pré-acheminement) O si l'agent a résidé 2 ans hors Mayotte auparavant	N	O si l'agent a résidé 2 ans hors Mayotte auparavant
Bonification indiciaire	N	O si séjour préalable de 2 ans hors Mayotte	Indemnité détaché	N	N
Indemnité éloignement (4 ans)	N	N	O si éloignement du centre des intérêts matériels et moraux	N	O si éloignement du centre des intérêts matériels et moraux
Retour définitif					
Billet avion	N	O dans les 2 mois suivants la fin du contrat N pour démission ou faute lourde	O si séjour à Mayotte ≥ 2 ans	N	O si séjour à Mayotte ≥ 2 ans
Déménagement	N	Voir dispositions des contrats successifs	O si séjour à Mayotte ≥ 2 ans	N	O si séjour à Mayotte ≥ 2 ans

Annexe n°6 : Exemple de tableau de suivi du personnel médical

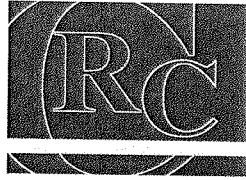
Source : CHM

CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE
Direction des Affaires Médicales

Mamoudzou, le 24 septembre 2013

SUIVI DES ETP MEDICAUX - JANVIER 2013 A SEPTEMBRE 2013

POLES	UF	EFFECTIFS AUTORISES			ETPR					ETP janv sept 2012
		PH	ATTACHES/A SSISTANTS	TOTAL	PH	ATTACHES/A SSISTANTS	REPLA > 1 AN	REPLA < 1 AN	TOTAL	
BACS	Anesthésie	12		12	2	0,42	1,53	5,26	9,21	10,56
	Ophtalmo	2		2	1			0,87	1,87	1,8
	ORL	2		2	2			0,44	2,44	2,44
	Chir Générale	4		4	2,8			1	3,8	3,45
	Chir Ortho	4	0,5	4,5	3,77			0,47	4,24	4,64
	Odonto	2	4	6	2	0,19	2,44	1,31	5,94	6,09
Total BACS		26	4,5	30,5	13,57	0,61	3,97	9,35	27,5	28,98
GYNECOLOGIE		15	2	17	5,37	2,62	0,14	3,61	11,74	13,32
HOPITAUX DE REFERENCE	Gd Mdz + PT	4	17,5	21,5	3,31	1,11	8,98	7,66	21,06	21,89
	Sud	2	7	9	1,09		5,42	3,01	9,52	8,99
	Centre	2	7	9	2		6,34	0,7	9,04	8,52
	Nord	2	7	9	3		2,94	2,68	8,62	9,37
Total Hôpitaux de référence		10	38,5	48,5	9,4	1,11	23,68	14,05	48,24	48,77
MEDICO- TECHNIQUE	Pharmacie	5	1	6	4,01	1	0,67	1,13	6,81	6
	Laboratoire	5		5	3,13		0,33	2,22	5,68	6,18
	Radiologie	6		6	1,11	1		1,07	3,18	3,03
Total Médico-Technique		16	1	17	8,25	2	1	4,42	15,67	15,21
MPRU	Médecine Interne (et onco)	1		1	2	1,26	1,67	0,19	5,12	3,61
	Gastro	2		2				1,48	1,48	1,43
	Cardiologie	2		2				0,56	0,56	0,87
	Médecine	6,8		6,8	3,5		1,77	1,79	7,06	6,96
	Néphrologie	0,75		0,75					0	
	Psychiatrie	8		8	4,13		1,38	0,87	6,38	6,33
Total MPRU		20,6	0	20,55	9,63	1,26	4,82	4,89	20,6	19,2
PEDIATRIE		12	1	13	3,36	1,77	2,7	2,93	10,76	10,67
SANTE PUBLIQUE	Méd. du Travail	1		1		0,89			0,89	1
	DIM	1		1	1,46				1,46	1,5
	Actions sanitaire	3	2,2	5,2	0,46	2,6	1,25	1,28	5,59	4,8
	Santé Publique	1		1	0,5				0,5	0,5
	Hygiène Hospital	1		1					0	
	Vigilance	1		1	0,5				0,5	1,5
Total Santé Publique		8	2,2	10,2	2,92	3,49	1,25	1,28	8,94	9,3
URSEC	Urgences	20	9,5	29,5	7,34		4,21	11,2	22,75	24,74
	Réanimation	7	2	9	7		1,01	0,82	8,83	8,66
Total URSEC		27	11,5	38,5	14,34	0	5,22	12,02	31,58	33,4
TOTAL GENERAL		135	60,7	195,3	66,84	12,86	42,78	52,55	175,03	178,85

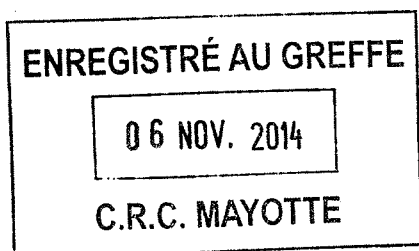


Chambre régionale des comptes
de Mayotte

Réponse de M. Alain Daniel
Ancien directeur du centre hospitalier de Mayotte
(ci-jointe)

Article L. 243-5, alinéa 4 du code des juridictions financières :

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs. ».



14 - 219

Alain DANIEL
8, Kerlan
29 770 ESQUIBIEN

A

Monsieur le Président
de la Chambre Régionale des Comptes
de La Réunion et de Mayotte

Monsieur le Président,

J'ai accusé réception le 26 octobre 2014 de votre lettre du 8 septembre 2014 portant notification de votre rapport d'observations définitives sur la gestion du Centre Hospitalier de Mayotte pour les exercices 2007 et suivants durant lesquels j'ai assumé la direction de l'établissement jusqu'au 1er mars 2013.

Je vous remercie d'avoir bien voulu prendre en compte partie de mes réponses en date du 9 mai 2014 apportées à votre rapport d'observations provisoires du 3 avril 2014 comme au dialogue direct installé avec mesdames les magistrates chargées du dossier du C.H.M.

Votre rapport d'observations définitives précité n'appelle pas d'observations particulières de ma part hormis vos préconisations pages 37 et 38 dudit rapport relatives à l'affiliation particulière à Mayotte des médecins à la Caisse des Français de l'Etranger : de mon point de vue, cette adhésion à la CFE, nonobstant l'évolution statutaire de l'île et ainsi que vous le soulignez, "le territoire restant lié par une convention de sécurité sociale avec la France" est la seule solution pour offrir aux praticiens hospitaliers une protection sociale identique à celle que doit leur garantir obligatoirement l'hôpital employeur au regard de leur statut (sauf pour l'hôpital à être son propre assureur mais avec quel risque ?).

Des lors que vous encouragez à faire l'économie du surcoût correspondant à cette protection supplémentaire CFE (300 000 €) la solution serait peut-être à ce que ce surcoût puisse être gagé tout ou partie à charge des praticiens eux-mêmes dès lors que leurs cotisations sociales sont inférieures de plus de 10 pour cent à celles de leurs collègues de métropole et qu'en outre ils viendraient de bénéficier d'une majoration spécifique Outre-Mer dérogatoire.

Je vous remercie de l'attention apportée à l'ensemble de mes observations et à leur prise en compte et vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes plus respectueuses salutations.

Alain DANIEL

le 5-11-14