



Le Président

Saint-Denis, le 8 septembre 2014

G 14-223

RECOMMANDE AVEC A.R

CONFIDENTIEL

Monsieur le Directeur,

Par lettre du 11 juillet 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 établi par la chambre régionale des comptes sur la gestion du centre hospitalier Gabriel Martin pour les exercices 2008 et suivants, en vous demandant d'y adjoindre une éventuelle réponse.

Dans le délai d'un mois, vous avez souhaité, par lettre du 4 septembre 2014, apporter une réponse écrite à ces observations.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous transmettre, ci-joint, le rapport d'observations définitives, complété de votre réponse.

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

Christian Roux

Conseiller référendaire à la Cour des comptes

Monsieur Gérald Kerbidi
Directeur du centre hospitalier
Gabriel Martin de Saint-Paul
38 rue Labourdonnais
97866 Saint-Paul Cedex



RAPPORT A FIN D'OBSERVATIONS DEFINITIVES SUR LA GESTION DU CENTRE HOSPITALIER GABRIEL MARTIN

Exercices 2008 et suivants

Thème : Dépenses des personnels médicaux et non médicaux

RESUME

Pilotage et efficience

Le centre hospitalier Gabriel Martin est sorti en 2010 d'un contrat de retour à l'équilibre couvrant la période 2008-2013 et s'inscrit désormais dans le cadre du plan global de financement pluriannuel du pôle sanitaire Ouest dont l'objectif est le développement du nombre de lits et d'activités de soins sur le territoire de santé ouest.

Dans cette perspective, le pilotage de l'établissement semble principalement axé sur le développement des recettes plutôt que sur le contrôle des coûts. Au-delà de la pertinence de cette stratégie, il demeure que la direction de cet établissement ne peut assumer pleinement ses missions, dans le cadre de la délégation aux pôles de certaines compétences, qu'à la condition d'exploiter les outils mis en place.

L'existence d'une comptabilité analytique et la possibilité d'élaborer des comptes de résultats analytiques pour chaque unité de soins de par son implication au sein des campagnes des études nationales de coûts à méthodologie commune ne semblent pas avoir servi d'appui pour la mise en place d'un réel pilotage de l'établissement par ses coûts. Il ressort même du contrôle que l'établissement ne peut réellement justifier de la remise en cause des projections en personnel effectuées dans le cadre du projet de pôle sanitaire Ouest puisqu'il envisage de recourir à un audit externe pour évaluer la pertinence de son organisation actuelle afin de pouvoir se projeter dans le cadre du futur établissement.

Le présent contrôle a mis en exergue que, nonobstant l'existence d'outils de recueil de données, le centre hospitalier Gabriel Martin n'a pas finalisé sa démarche par l'instauration d'indicateurs et de tableaux de bord lui permettant de maîtriser ses dépenses de personnel et n'a pas finalisé l'instauration des outils lui permettant d'effectuer une gestion prévisionnelle des métiers et des carrières de ses agents.

L'établissement s'est engagé à faire progresser le pilotage interne de l'établissement et de ses ressources dans le contrat d'objectifs et de moyens 2013-2017.

Les marges de manœuvre

L'établissement dispose de marges de manœuvre pour réduire sa masse salariale. Il met actuellement en œuvre un système permettant un avancement d'échelon accéléré très avantageux pour les personnels. De plus, la rémunération des personnels est partiellement assise sur un système de liquidation des primes nécessitant d'être réexaminé.

Une grande partie des personnels travaillant de nuit bénéficient irrégulièrement d'une majoration pour travail intensif de nuit. Les primes de service et de laboratoire sont liquidées sur la base de données incomplètes quant à l'absentéisme et la nouvelle bonification indiciaire est attribuée dans des proportions trop importantes.

De la même façon, l'organisation du temps de travail des personnels médicaux et non-médicaux ne fait pas l'objet d'un réel suivi. L'organisation du temps de travail telle qu'elle résulte de l'accord local du 19 décembre 2001 n'est plus respectée. Les différents pôles ont procédé à des adaptations et aucune clarification n'est intervenue. L'établissement indique que la révision de l'accord local est programmée pour l'année 2015.

Le temps de travail des personnels médicaux doit pour sa part faire l'objet d'une rationalisation et d'une informatisation dans le courant de l'année 2014.

L'absentéisme est en augmentation de 31 % entre 2009 et 2012 et grève 9,47 % du temps théorique travaillé au sein de l'établissement en 2012, soit le temps de travail de 80 agents. Le coût des personnels de remplacement sur l'année 2012 s'élève à 1 102 150 € hors charges sociales. L'établissement ne procède pas à l'analyse de ces données et ne développe aucune réelle politique de lutte contre l'absentéisme alors que le service de médecine préventive n'a existé qu'en pointillé jusqu'en 2012.

L'établissement comptabilisait respectivement 1 321 et 1 493 jours d'absences injustifiées au titre des années 2012 et 2013.

De la même façon, la situation des agents dont l'état de santé justifie le placement en congé de longue maladie ou de longue durée ou des procédures de reclassement n'a fait l'objet d'un réel suivi que depuis peu. Le nombre d'agents en congé de longue maladie ou de longue durée a ainsi plus que doublé sur la période du contrôle, passant de 1 568 à 3 978 entre 2011 et 2012. De même l'établissement procède au reclassement des agents devenus inaptes à occuper leur poste en dehors des procédures statutaires de reclassement.

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA CHAMBRE

- 1) Mobiliser les outils permettant un réel pilotage des dépenses de personnel par :
 - la finalisation de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences pour achever la phase initiale de prise de connaissance des effectifs et de l'organisation actuelle,
 - la définition des objectifs de l'établissement (par exemple : maintien de la masse salariale, favoriser la promotion interne, développer certains champs de compétence...) et la mise en place des indicateurs et tableaux de bord correspondants. (page 19).
- 2) Veiller à respecter la réglementation quant aux conditions de liquidation et de versement des primes, notamment aux agents non-titulaires. (page 29).
- 3) Formaliser l'organisation effective du temps de travail et fiabiliser le décompte des heures. (page 33)
- 4) Mettre en place le suivi et les outils nécessaires pour disposer de données fiables permettant d'engager une réelle politique de lutte contre l'absentéisme. (page 40)

SOMMAIRE

I. LA PROCEDURE	6
II. LA PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER	6
III. LE PILOTAGE ET L'EFFICIENCE	6
3.1. <i>Le pilotage de la masse salariale.....</i>	7
3.1.1 <i>Evolution des dépenses de personnel</i>	7
3.1.2. <i>La fiabilité des comptes de dépenses de personnel.....</i>	7
3.2. <i>La gouvernance de la GRH</i>	14
3.3. <i>L'efficience de l'organisation.....</i>	16
3.3.1 <i>La productivité.....</i>	16
3.3.2. <i>L'encadrement des services.....</i>	17
IV. GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES (GPEC).....	17
4.1. <i>Le degré de formalisation de la GPEC</i>	17
4.2. <i>La rationalisation des effectifs par une démarche métier.....</i>	18
4.3. <i>La connaissance des marges de manœuvres</i>	18
V. LES MARGES DE MANŒUVRE POUVANT ETRE GENEREES PAR UNE APPLICATION DES TEXTES PLUS RIGOUREUSE.....	20
5.1. <i>L'AVANCEMENT</i>	20
5.2. <i>LES CONTRACTUELS.....</i>	20
5.2.1. <i>Le contexte et la problématique</i>	20
5.2.2. <i>Le coût des contractuels</i>	22
5.3. <i>LES PRIMES ET INDEMNITES</i>	22
5.3.1. <i>L'indemnité pour travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif de nuit</i>	22
5.3.2. <i>La prime de laboratoire.....</i>	24
5.3.3. <i>La prime de service.....</i>	25
5.3.4. <i>Une organisation irrégulière du versement de la nouvelle bonification indiciaire (NBI).....</i>	27
VI. LE TEMPS DE TRAVAIL DU PERSONNEL	29
6.1. <i>LE TEMPS DE TRAVAIL DU PERSONNEL NON-MEDICAL</i>	29
6.1.1. <i>Une pratique non conforme au cadre établi</i>	29
6.1.2. <i>Le suivi et l'évaluation de l'organisation du temps de travail.....</i>	30
6.1.3. <i>L'absence d'outils de contrôle du temps effectué</i>	31
6.1.4. <i>Le temps de travail effectué et les heures supplémentaires.....</i>	31
6.1.5. <i>Les CET.....</i>	33
6.2. <i>LE TEMPS DE TRAVAIL MEDICAL</i>	34
VII. L'ABSENTEISME : UNE CONTRAINTE DELICATE A GERER	35
7.1. <i>EVOLUTION DE L'ABSENTEISME DU PERSONNEL NON MEDICAL.....</i>	35
7.2. <i>INCIDENCES DE L'ABSENTEISME DANS LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES</i>	37
7.2.1 <i>Des procédures à actualiser</i>	37
7.2.2. <i>Le remplacement en relation avec l'absentéisme</i>	38
7.2.3. <i>La politique de lutte contre l'absentéisme</i>	38
7.3. <i>POLITIQUE DE RECLASSEMENT DES AGENTS INAPTES A LEUR POSTE.....</i>	40
7.3.1. <i>Les inaptitudes et reclassements.....</i>	40
7.3.2. <i>Suivi des situations graves et l'emploi des personnes handicapées.....</i>	40

I. La procédure

La chambre régionale des comptes de La Réunion a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier Gabriel Martin. 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 la lettre du 2 octobre 2013 à M. Gérald Kerbidi, ordonnateur en fonctions, et donnera lieu à l'élaboration de plusieurs rapports dont le présent consacré aux dépenses de personnel.

L'entretien préalable prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 17 février 2014 avec M. Gérald Kerbidi, ordonnateur sur toute la période de contrôle.

La chambre, lors de sa séance du 20 février 2014, a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci sont développées dans les parties suivantes du présent rapport.

II. La présentation du centre hospitalier

Hospice civil depuis 1963 et centre hospitalier depuis 1990, le centre hospitalier Gabriel Martin (CHGM) est l'établissement public de santé, de type médecine-chirurgie-obstétrique, du territoire de santé Ouest du département de La Réunion, territoire de santé ayant la plus petite superficie mais également la plus forte densité démographique (385 habitants au km² en 2008).

Cet établissement de 236 lits, qui abrite également un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 60 lits, prévoit de quitter son emplacement historique dans le centre-ville de la commune de Saint-Paul pour occuper de nouveaux locaux, à l'horizon 2018, sur un emplacement contigu à celui de l'établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR) dans le cadre du groupement de coopération sanitaire de l'Ouest et de la constitution du pôle sanitaire Ouest. Seul l'EHPAD, localisé en face des locaux actuels, n'est pas concerné par ce déménagement.

III. Le pilotage et l'efficience

Dans le cadre des missions de service public dévolues aux établissements publics de santé, le maintien de la qualité des soins constitue un impératif devant être concilié avec la recherche de l'efficience et de l'efficacité dans l'utilisation des fonds publics.

Pour concilier ces deux objectifs, un établissement de santé doit disposer de l'ensemble des éléments d'informations nécessaires au pilotage de son activité et parmi elles celles relatives à ses dépenses de personnel, lesquelles représentent environ les deux-tiers des dépenses du titre 1 et constituent donc le principal poste de dépenses.

3.1. Le pilotage de la masse salariale

3.1.1 Evolution des dépenses de personnel

PERIMETRE DES DEPENSES DE PERSONNEL							
	Budget principal	2009	2010	2011	2012	Evol. 2012/2009	
Titre 1	Total	49 475 372,34	53 242 611,40	56 449 386,90	58 662 611,01	19%	
			8%	6%	4%		
Titre 3	6225 indemnités comptables et régisseurs	0,00	0,00	0,00	0,00		
	6247 transports collectifs de personnel	0,00	0,00	0,00	0,00		
	dépenses de formation au c.628	0,00	0,00		0,00		
	6587 participation frais de stage EHESP	14 413,76	14 413,76	14 413,76	14 413,76	0%	
Titre 4	6721 ch. de personnel sur ex antérieurs	99 805,42	0,00	134 896,80	180 423,82	81%	
	68743 dotation provision CET	0,00	252 111,00	358 164,50	273 305,00		
Dépenses de personnel hors titre I		114 219,18	266 524,76	507 475,06	468 142,58	310%	
TOTAL dépenses de personnel		49 589 591,52	53 509 136,16	56 956 861,96	59 130 753,59	19%	
dépenses de personnel par correction du titre I		1,00	1,01	1,01	1,01	1%	

Source : compte principal

Entre 2009 et 2012, les dépenses de personnel relevant du titre 1 connaissent une augmentation continue de 19 % mais on peut constater un infléchissement de la tendance de deux points par exercice, + 8 % en 2010, + 6 % entre 2011 et + 4 % en fin de période. Le projet de la direction de pérenniser soixante emplois précaires devrait impacter cette tendance.

Les dépenses relatives au personnel ne relevant pas du titre 1 sont comparativement négligeables, moins de 1 % du total, mais elles progressent de 310 % sur la période. En dehors des frais de participation à des stages de formation, elles concernent principalement des charges de provisions pour comptes épargne temps (CET) et des dépenses de personnel sur exercices antérieurs (compte 6721) représentant, selon l'établissement, des versements aux organismes sociaux et, pour une part minime, des régularisations sur rémunération.

3.1.2. La fiabilité des comptes de dépenses de personnel

3.1.2.1. La provision pour le compte épargne temps (CET)

Des dotations au titre du provisionnement des comptes épargne temps (CET) sont constatées depuis 2010. Elles sont en augmentation sur la période.

Le compte épargne temps (CET) est régi par les dispositions du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 qui, depuis l'intervention du décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012, fait obligation aux établissements hospitaliers de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par le titulaire d'un CET. Le dispositif a été complété par l'arrêté du 6 décembre 2012, pris en application des articles 4 à 8 du décret modificatif, qui fixe le montant forfaitaire journalier par catégorie statutaire¹.

¹Catégorie A = 125 €, Catégorie B = 80 €, Catégorie C = 65 €.

L'établissement indique que l'alimentation du compte épargne temps (CET) est réalisée sur la base d'un formulaire rempli par les agents, soumis à l'avis du cadre et du cadre de pôle, puis vérifié et validé par la direction des ressources humaines conformément à la réglementation en vigueur. Pour le personnel non-médical, la gestion du CET est réalisée par le logiciel de gestion du temps de travail (OCTIME) qui exerce un deuxième contrôle.

En ce qui concerne le personnel médical, les jours sont validés par le chef de service qui transmet le formulaire à la direction des ressources humaines chargée de vérifier et de valider. Le suivi est assuré sur un tableau Excel sans contrôle *a posteriori* mais la rationalisation et l'informatisation du dispositif sont prévues dans le courant de l'année 2014.

La liste nominative des bénéficiaires d'un CET et le solde de l'année écoulée ainsi que les mouvements destinés à la constitution ou la reprise de la provision pour l'exercice à venir sont transmis à la direction des finances par la direction des ressources humaines.

L'établissement indique que le suivi de la provision est assuré par la direction des affaires financières (DAF), sur la base des éléments transmis par la direction des ressources humaines (DRH). Ces éléments font l'objet d'échanges et de contrôles de cohérence entre les deux services (exemple: confirmation du solde N-1 pour l'agent concerné, contrôle arithmétique des montants annoncés,...).

3.1.2.2. Les reports de charges des exercices antérieurs

L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) tel qu'envisagé dans la circulaire interministérielle N°DHOS/F4/ DGCP/5C/2008/98 du 25 mars 2008 donne la prééminence aux prévisions de recettes à partir desquelles l'établissement détermine ses prévisions de dépenses et le résultat qui en découle. Les reports de charges sont théoriquement incompatibles avec cette procédure qui favorise la sincérité en permettant d'apporter les mesures correctrices selon les recettes attendues.

En pratique certaines charges peuvent être reportées en n'étant pas constatées (par exemple non déclaration de taxe sur les salaires). En ce qui concerne le centre hospitalier Gabriel Martin, des reports de charges de personnel sont observés sur les exercices 2008 et suivants, sauf pour l'exercice 2010, pour des montants en progression, passant de 84 629,89 € à 180 423,82 € entre 2008 et 2012.

En ce qui concerne les primes, l'établissement indique qu'un état de rattachement est fait à la fin de chaque année prenant en compte l'ensemble des primes statutaires et autres dépenses connues (remboursement de frais médicaux, ...). Cet état est validé par le directeur puis transmis à la direction des affaires financières et à la trésorerie.

Les charges de personnel sur exercice antérieur figurant au compte financier sont les suivantes :

Charges de personnel sur exercices antérieurs					
CF Année	2008	2009	2010	2011	2012
H67218 en €	84 629.89	99 805.42	0	134 896.80	180 423.82

Source : extraits du compte financier

Selon l'établissement, il s'agit essentiellement de charges sociales et pour une moindre part de rémunérations dont la comptabilisation tardive a empêché de les inclure dans les opérations de fin d'exercice.

3.1.2.3. Les charges fiscales et sociales en suspens

Le niveau de dépenses reportées reste marginal. L'établissement peut être considéré comme étant à jour de toutes ses obligations.

3.1.2.4. Veille réglementaire

L'établissement indique ne pas assurer une veille réglementaire formalisée au niveau des ressources humaines. Il s'appuie sur la veille effectuée par l'éditeur du logiciel de paye pour ce qui concerne les évolutions statutaires et procède à des réunions d'analyse lors de la parution de nouveaux textes, réunions pouvant aboutir à la diffusion d'une note dans les services ou à une prise en compte par l'encadrant paie.

3.1.3. Les données budgétaires

3.1.3.1. Evolution globale des dépenses de personnel

Les dépenses de personnel (titre 1) du compte principal augmentent de 19 % sur la période de contrôle, donc plus rapidement que les recettes du même type qui ne progressent que de 17 %, mais représentent une part stable tant des dépenses totales, entre 65 % et 67 %, que des recettes du titre 1, entre 79 % et 80 %.

La « marge » induite, c'est-à-dire le pourcentage des recettes du titre 1 non consommées par les charges de personnel du titre 1, demeure donc également stable sur la période, entre 21 % et 20 %.

LES DEPENSES DE PERSONNELS (hors EHPAD)					
DONNEES GENERALES en €					
	2009	2010	2011	2012	2009/2012
dépenses totales	75 569 310,69	79 980 532,63	86 494 531,33	89 858 535,67	+19%
dont titre 1 (D1)	49 475 372,34	53 242 611,40	56 449 386,90	58 662 611,01	+19%
recettes totales	75 972 329,33	79 508 990,16	85 699 490,24	91 574 959,77	+21%
dont titre 1 (R1)	62 981 354,51	66 146 828,15	70 490 477,05	73 956 346,65	+17%
D1 / dépenses	65%	67%	65%	65%	
D1 / R1	79%	80%	80%	79%	
" marge"	21%	20%	20%	21%	

source : compte financier principal

La consolidation des données intégrant l'EHPAD ne modifie que légèrement les ratios précités.

LES DEPENSES DE PERSONNELS (EHPAD inclus)					
DONNEES GENERALES en €					
	2009	2010	2011	2012	2009/2012
dépenses totales	76 082 193,62	80 347 603,77	86 245 562,86	89 262 172,35	+17%
dont titre 1 (D1)	51 239 462,26	55 006 346,73	58 042 399,48	60 453 308,79	+18%
recettes totales	76 403 388,65	79 925 142,66	85 704 524,44	91 076 456,96	+19%
dont titre 1 (R1)	64 172 841,75	67 338 315,39	71 681 964,29	75 147 833,89	+17%
D1 / dépenses	67%	68%	67%	68%	
D1 / R1	80%	82%	81%	80%	
" marge"	20%	18%	19%	20%	

source : données consolidées compte financier

3.1.3.2. L'évolution des dépenses relatives à la rémunération

Les chapitres retraçant les rémunérations (641 + 642) sont les principaux constituants des charges de personnel. Les montants inscrits à ce titre augmentent de 19 % entre 2009 et 2012. La progression est observée sur tous les exercices concernés mais évolue à la baisse, +9 % en 2010, + 5 % en 2011 et + 4 % en 2012.

REMUNERATIONS / DETAIL PAR CHAPITRE en €						
	chapitre	2009	2010	2011	2012	2009/2012
<i>Personnel non médical</i>						
titulaire et stagiaire	6411	20 832 735,85	21 878 884,45	22 469 880,53	23 062 119,64	+11%
personnel CDI	6413	483 203,60	547 400,00	635 552,19	827 025,00	+71%
personnel CDD	6415	5 217 949,64	6 457 202,58	7 162 709,30	7 235 312,83	+39%
autre personnel	6417	0,00	4 353,80	15 595,80	14 332,42	NS
sous total non médical		26 533 889,09	28 887 840,83	30 283 737,82	31 138 789,89	+17%
Evol. annuelle dép. pers non méd			9%	5%	3%	
<i>personnel médical</i>						
praticiens hospitalier	6421	5 358 363,26	5 447 571,23	6 209 456,35	6 615 381,92	+23%
praticiens attachés	6422	77 502,38	74 590,75	157 086,10	136 887,13	+77%
autres praticiens (cont, intern)	6423/24	2 575 890,55	3 394 704,48	3 093 388,75	3 263 592,18	+27%
permanences des soins	6425	1 271 777,65	1 219 615,63	1 335 099,46	1 515 914,49	+19%
sous total médical		9 283 533,84	10 136 482,09	10 795 030,66	11 531 775,72	+24%
Evol. annuelle dép. pers med			9%	6%	7%	
Personnel intérimaire	621	28 761,03	196 984,19	202 693,46	218 156,04	659%
Evol. annuelle dép. pers interim			585%	3%	8%	
Total 641 + 642		35 817 422,93	39 024 322,92	41 078 768,48	42 670 565,61	19%
Evol. annuelle dép. rémunérations			9%	5%	4%	
Aides à la contractualisation	731182	9 523 675,00	8 787 077,67	7 501 320,00	7 213 431,00	-24%
recettes TITRE 1		62 981 354,51	66 146 828,15	70 490 477,05	73 956 346,65	17%
recettes TITRE 1 hors 731182		53 457 679,51	57 359 750,48	62 989 157,05	66 742 915,65	25%
Evol. ann. rec. titre 1 hors 731182			7%	10%	6%	

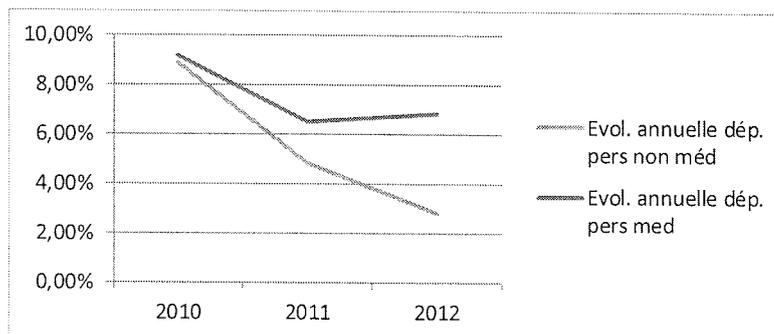
Source : compte financier principal

Compte 731182 = aides à la contractualisation

Le rapprochement du montant des rémunérations entre 2009 et 2012 avec celui des recettes d'activité (recettes de titre 1 hors aides à la contractualisation c/731182) observées sur la période ne révèle pas de grands écarts. Toutefois on peut observer qu'en 2010 l'augmentation des dépenses de personnel a été plus importante que celle des revenus liés à l'activité, + 7 %, et que la tendance s'inverse en 2011, + 5 % de dépenses de personnel pour une augmentation de 10 % des revenus liés à l'activité et, dans une moindre mesure en 2012, + 4 % de dépenses de personnel pour une augmentation de 6 % des recettes de titre 1.

L'ouverture du bâtiment E en 2009 et le développement consécutif de nouvelles activités de soins nécessitant des effectifs importants, notamment le service de soins palliatifs et de soins continus, justifient cette évolution.

3.1.3.3. L'évolution par catégorie professionnelle



Au sein des chapitres regroupant la rémunération, les dépenses concernant les différentes catégories professionnelles de personnel sont en progression sur la période, à raison de 24 % pour le personnel médical, de 17 % pour le personnel non médical et de 659 % pour le personnel intérimaire. Il s'agit notamment, selon l'établissement, des agents de direction mis à disposition par l'établissement public de santé mentale de La Réunion.

L'amointrissement de l'augmentation des dépenses de personnel non-médical est net et continue alors que celle du personnel médical connaît une stagnation à 6-7 % en 2011 et 2012.

La forte augmentation des dépenses de personnel intérimaire d'un établissement déclarant ne pas recourir à ce type de personnel trouve son explication dans les expérimentations de regroupement des équipes de direction du centre hospitalier Gabriel Martin et de l'établissement public de santé mentale de La Réunion, certains directeurs fonctionnels sont partagés par une mise à disposition à hauteur de 50 % et leur rémunération est prise en compte sur la ligne comptable des personnels intérimaires.

3.1.3.4. L'évolution selon l'origine statutaire

Toutes les origines statutaires sont concernées par la progression de dépenses. Ainsi, au sein du personnel non médical, le coût des contrats à durée indéterminée (CDI) et des contrats à durée déterminée (CDD) augmente respectivement de 71 % et de 39 % sur la période alors que celui des agents titulaires ne progresse que de 11 %. Le taux de progression annuel est en expansion en ce qui concerne les CDI alors qu'il régresse pour les deux autres catégories statutaires.

Parmi le personnel médical, la rémunération des praticiens attachés (contractuels renouvelables de droit) progresse de 76,62 % et celle des contractuels ou internes regroupés sous le libellé « autres praticiens » aux comptes 6423 ou 6424 augmente de 26,70 %.

REMUNERATIONS / DETAIL PAR CHAPITRE en €						
	chapitre	2009	2010	2011	2012	2009/2012
<i>Personnel non médical</i>						
titulaire et stagiaire	6411	20 832 735,85	21 878 884,45	22 469 880,53	23 062 119,64	+10,70%
personnel CDI	6413	483 203,60	547 400,00	635 552,19	827 025,00	+71,15%
sous total permanents comptes (1)		21 315 939,45	22 426 284,45	23 105 432,72	23 889 144,64	
sous total inscrit EPRD (2)		23 262 823,98	22 426 284,45	22 980 862,00		
<i>Ecart 1-2</i>		-1 946 884,53	0,00	124 570,72	23 889 144,64	
personnel CDD (3)	6415	5 217 949,64	6 457 202,58	7 162 709,30	7 235 312,83	+38,66%
sous total inscrit EPRD (4)		4 258 157,00	6 457 202,57	6 520 850,00		
<i>Ecart 3-4</i>		959 792,64	0,01	641 859,30	7 235 312,83	
autre personnel	6417	0,00	4 353,80	15 595,80	14 332,42	NS
sous total non médical		74 383 717,63	80 197 612,31	83 657 312,56	86 152 392,00	+15,82%
<i>personnel médical</i>						
praticiens hospitalier (5)	6421	5 358 363,26	5 447 571,23	6 209 456,35	6 615 381,92	+23,46%
sous total inscrit EPRD (6)		5 563 031,00	5 447 571,23	6 337 617,00		
<i>Ecart 5-6</i>		-204 667,74	0,00	-128 160,65	6 615 381,92	

Source : compte financier principal

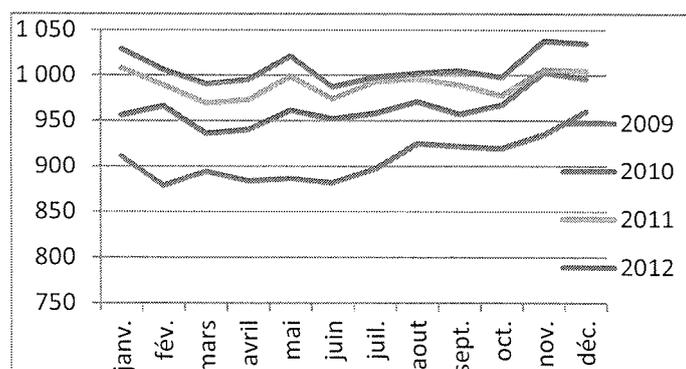
Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés annexé à l'EPRD présente pour le personnel non médical les équivalents temps plein (ETP) rémunérés et les rémunérations afférentes non seulement par statut (titulaires, CDI, CDD) mais aussi, au sein de chaque statut, par catégorie (personnels des services de soins, personnels éducatifs et sociaux, personnels médicotechniques, personnels techniques et ouvriers...). Il est observé que les montants figurant sur les documents annexés ne correspondent pas à ceux mentionnés aux comptes financiers.

L'établissement indique être à la recherche de mesures correctrices et qu'une harmonisation des logiciels est en cours d'étude.

3.1.4. L'évolution des effectifs

L'établissement rémunérait, au 31 décembre 2012, 1 035 agents de divers statuts. Le nombre d'agents rémunérés par l'établissement est en augmentation d'un exercice à l'autre sur la période ainsi que le montre le graphique ci-dessous. Les données de la paye permettent également de constater que le nombre d'agents rémunérés suit une courbe annuelle ascendante avec un pic récurrent au mois de mai qui semblerait correspondre à une période de pic épidémique impactant notamment le pôle femme-mère-enfant.

Nombre de rémunérations versées



Source : centre hospitalier Gabriel Martin

- Le personnel médical

PERSONNEL MÉDICAL - ETP

STATUT	2009	2010	2011	2012	2012/2009
PH temps plein	48,1	48,8	70,2	74,5	55 %
PH temps partiel	3,9	5,2	5,0	4,2	7 %
Praticiens attachés renouvelables	2,1	1,6	3,2	2,3	9 %
Total 1	54,1	55,6	78,4	81,0	50 %
Prat. Cont. et assistants	16,7	37,8	19,7	20,8	25 %
Internes et étudiants	23,4	28,7	26,4	25,0	7 %
Total 2	40,1	66,5	46,1	45,8	14 %
Effectif Total CH	94,2	122,1	124,5	126,8	35 %
Effectif physique rémunéré au 31 déc.	146	139	145	155	6 %

source : tableau prév. effectifs rémunérés CRPP

Sur la période de contrôle les effectifs de personnel médical ont globalement augmenté de 35 %. Le nombre d'ETP des effectifs permanents a augmenté de 50 %, passant de 54,1 à 81 ETP, et celui des ETP de praticien hospitalier à temps plein a augmenté de 55 %.

- Le personnel non-médical

Le nombre d'ETP a augmenté de 5 % entre 2009 et 2012 pour ce qui concerne les effectifs permanents soit + 26,76. La grande majorité de cette augmentation réside dans l'augmentation de 25,55 ETP de personnel soignants et éducatifs, catégorie ayant augmenté de 74 % entre 2011 et 2012.

PERSONNEL NON MÉDICAL - ETP

	2009		2010		2011		2012		Evol. 2012/2009
pers. Administratif (a)	68,83	13 %	71,81	13 %	70,39	13 %	72,03	13 %	5 %
pers. Soignant et éducatif (b)	390,53	73 %	382,86	72 %	393,04	73 %	416,08	74 %	7 %
pers. Technique (c)	37,94	7 %	31,26	6 %	29,99	6 %	35,35	6 %	-7 %
pers médico-technique (d)	41,07	8 %	46,73	9 %	47,77	9 %	41,67	7 %	1 %
Effectif permanent ETP (a à d)	538,37	100 %	532,66	100 %	541,19	100 %	565,13	100 %	5 %
Effectif temporaire - CDD (e)	168,69		216,76		217,04		210,38		25 %
Emplois aidés (f)	18,84		7,27		11		8		-58 %
Total effectif ETP (d à f)	725,9		756,69		769,23		783,51		8 %
Total effectif physique rémunéré au 31 déc. (g)	814		857		860		880		8 %

source : tableau prév. effectifs rémunérés CRPP sauf ligne (g) données extraites de la paye

3.1.5. Sur le pilotage pluriannuel de la masse salariale

En théorie, le plan global de financement prévisionnel du pôle sanitaire Ouest fixe l'évolution de l'ensemble des charges et des produits à moyen terme et doit constituer le cadre général de pilotage de la masse salariale.

L'établissement indique s'inscrire dans ce cadre global et celui des effectifs cibles validés le 16 juillet 2013 par le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins dans le cadre du projet du pôle sanitaire Ouest. Ce modèle propose à la fois un profil de progression de la masse salariale strictement encadré (le titre 1 avec les personnels administratifs, logistiques, soignants et médicaux, de même pour les titre 2 et 3) et la progression des recettes d'activité.

L'EPRD, et donc la masse salariale, est arrêté chaque année sur la base du plan global de financement prévisionnel du pôle sanitaire Ouest mais il peut évoluer et s'adapter afin de répondre à des besoins de santé nouveaux ou pour saisir les opportunités susceptibles d'apparaître. Ces adaptations sont décidées au directoire après l'établissement par la direction, en collaboration avec les acteurs concernées, de fiches projets précisant les moyens nouveaux requis, les recettes attendues et l'équilibre prévisionnel du projet. Les projets financés par des enveloppes spécifiques (comme les missions d'intérêt général (MIG), les aides à la contractualisation (AC) ou les fonds d'investissement régionaux (FIR) procèdent de la même logique.

Le contrat de retour à l'équilibre couvrant la période 2008-2013, mais dont l'établissement est sorti en 2010, intégrait une diminution de la masse salariale. Le projet pôle sanitaire Ouest et le groupement de coopération sanitaire prévu avec l'EPSMR prévoient une rationalisation des services transversaux, comme la constitution d'une cuisine commune aux deux établissements, et une augmentation de 70 ETP. Toutefois le centre hospitalier Gabriel Martin a d'ores et déjà remis en question le nombre de création de postes et semble table sur 120 nouveaux EPT, soit une augmentation de 71 %.

Aucun élément ne vient valider la remise en cause du projet. Interrogé sur ce point, l'établissement a admis ne pouvoir préciser le fondement de cette remise en cause et la nécessité de la réalisation d'un audit de l'établissement dans sa configuration actuelle comme élément permettant l'élaboration d'une nouvelle organisation des pôles et services.

La chambre a constaté que l'équipe de direction n'avait pas un accès direct à l'information sur les modes d'organisation et de fonctionnement des différents pôles et services (taux de présence infirmière en équipe de jour, de nuit...) mais devait passer par l'intermédiaire des cadres de pôle.

3.2. La gouvernance de la gestion des ressources humaines

Dans le cadre de la constitution du pôle sanitaire Ouest, il est prévu qu'un seul bâtiment abritera les services administratifs du centre hospitalier Gabriel Martin et de l'établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR), sans pour autant qu'une fusion des deux établissements soit envisagée. Depuis la validation du projet, la constitution d'une équipe de direction commune aux deux établissements est prévue mais les expériences de directions fonctionnelles partagées n'ont pas connu un grand succès sauf peut-être la direction des affaires financières, la seule pour laquelle les équipes ont été regroupées physiquement².

² Cette direction est réellement 'intégrée', c'est-à-dire que les agents des deux établissements travaillent sous l'égide d'un directeur commun et il est possible de considérer qu'il existe une mutualisation réelle des deux équipes.

Pour ce qui concerne la direction des ressources humaines, l'expérience a été menée sans fusion réelle des deux équipes, eu égard aux particularités statutaires de chacun des établissements, et a pris fin en 2011/2012.

3.2.1. Connaissance du coût de l'activité de la gestion des ressources humaines (GRH)

Le centre hospitalier Gabriel Martin, avec l'infocentre MAGELAN, s'est inscrit dans plusieurs campagnes nationales, base d'Angers³, ENCC⁴, et déclare avoir mis en place une comptabilité analytique poussée lui permettant de suivre l'évolution en coûts complets de ses services jusqu'au niveau de l'unité de soins. Il peut procéder notamment à l'élaboration de comptes de résultat analytique (CREA) annuels et infra-annuels par unité de soins.

Selon l'établissement, jusqu'en 2010, dernière année d'utilisation de la base d'Angers, la fiche d'activité « Service administratif lié au personnel » figurait dans la moyenne nationale pondérée du coefficient géographique. Sur la période du contrôle, le coût de la fonction ressources humaines est en moyenne de 689 702 € par an, soit 1,30 % des dépenses annuelles du titre 1.

- La répartition des compétences pour la GRH

La gestion des ressources humaines ne fait pas réellement l'objet de délégations au niveau des pôles de soins sauf pour ce qui concerne le remplacement des personnels non médicaux dans le cadre d'une enveloppe de crédits dont le montant est défini selon les grandes masses figurant dans l'EPRD. L'établissement indique qu'un suivi régulier est mensuellement fait entre la direction des ressources humaines et les cadres de pôles mais les différents entretiens font ressortir une périodicité moins établie. Le portail MAGELLAN apporte de façon automatique des informations complémentaires sur les effectifs et le niveau de dépense.

En dehors de ces remplacements, les pôles sont consultés ou font des propositions mais la décision finale relève du directeur des ressources humaines.

L'établissement ne semble pas à même de porter un regard critique sur les modalités de son organisation. Interrogé sur les conséquences du départ d'un agent non-médical, le directeur des ressources humaines a signalé que, dans cette hypothèse, un recrutement était opéré en conséquence soit pour un agent de même catégorie, soit sur une base différente selon les besoins exprimés par le pôle (par exemple, un poste d'infirmière serait remplacé par deux postes d'aide-soignante). L'hypothèse du non remplacement de cet agent, eu égard à l'existence d'une marge dont bénéficierait le service⁵, ne paraît pas être prise en compte. De fait, si le cadre de pôle ne procède pas à l'analyse des besoins, la direction des ressources humaines ou la direction des soins ne semblent pas en mesure de devenir une force de proposition.

Cette situation illustre que le centre hospitalier Gabriel Martin est dans une stratégie de croissance d'activité tant sur le site actuel, après l'ouverture d'un nouveau bâtiment, que dans le cadre du pôle sanitaire Ouest, mais il demeure que l'équipe de direction ne paraît pas utiliser les outils à sa disposition pour assurer avec les pôles un réel dialogue de gestion sur l'organisation des services et donc sur les dépenses de personnel.

³ La base d'Angers est un référentiel de coûts pour les activités non cliniques d'un établissement de santé. Il est maintenu par le CHU d'Angers avec la participation de près d'une centaine d'établissements de santé.

⁴ Etudes nationales de coûts à méthodologie commune.

⁵ Les taux de présence du personnel infirmier sont au-dessus des données nationales – voir point 3.3.2)

L'établissement indique toutefois que, depuis plusieurs années, la direction des ressources humaines travaille en étroite collaboration avec le contrôleur de gestion à la production de la statistique annuelle de l'établissement et que, depuis 2012, la direction des ressources humaines et le contrôleur de gestion collaborent également de façon régulière, dans le cadre du déploiement du portail décisionnel Magellan, afin de créer des indicateurs RH, de fiabiliser les données livrées par l'éditeur de paie, et enfin d'analyser les résultats. Aucune liste des indicateurs envisagés n'a été communiquée nonobstant les demandes en ce sens.

3.3. L'efficacité de l'organisation

L'établissement a à sa disposition plusieurs outils permettant le suivi des effectifs :

- un tableau anonymisé de suivi des effectifs mensuel en ETP et physique par catégorie au format Excel issu de PH7Cube (moteur de paie) ;
- un tableau de suivi des effectifs mensuel nominatif par pôles et services issu des rencontres entre les gestionnaires de pôle et les cadres de pôle ;
- un tableau de suivi dont le détail peut être aussi fin que l'unité de soins sur le portail Magellan qui fait l'objet d'un travail de fiabilisation entamé depuis 2012.

Toutefois, interrogé sur l'organisation de ses effectifs, l'hôpital indique qu'ils sont basés sur les effectifs de référence issus de l'ancien tableau des effectifs autorisés, plafond théorique avant l'introduction de l'EPRD, augmentés des créations de postes dans le cadre des projets développés par l'établissement et des transformations de postes et diminués des postes gelés suite au contrat de plan de retour à l'équilibre ou supprimés dans le cadre de la restructuration ou de la réorganisation de service.

Des documents indiquant les organisations cible des différents services existent. Si l'équipe de direction n'a pas été en mesure de fournir des éléments d'informations sur ce point, la cadre de pôle femme-mère-enfant a pu les fournir sans difficulté, documents validés par le comité d'établissement.

3.3.1 La productivité

Le centre hospitalier Gabriel Martin souligne qu'il ne participe plus aux campagnes menées sur la base d'Angers, laquelle permet de se positionner par activité par rapport à d'autres établissements. Il estime être plutôt démuné pour pratiquer le benchmarking sur la fonction ressources humaines. Les campagnes de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC), auxquelles il participe, proposent plutôt des analyses des coûts et des comptes de résultats jusqu'à la section d'analyse. Il s'est donc inscrit dans une logique de compte de résultat analytique comme outil de communication en interne. Or l'objet du CREA n'est pas de pouvoir effectuer une comparaison avec une référence nationale ou régionale.

Le premier rapport infra-annuel de l'exercice 2011, dernier document réalisé avec les données émanant de la base d'Angers, constituait un excellent outil pour débiter une réflexion sur le fonctionnement des différents pôles et services incluant les évolutions annuelles de chaque pôle et service et une comparaison avec la moyenne des autres établissements similaires pour chaque activité.

Si le système actuel permet à l'établissement de générer des CREA très précis, l'établissement n'a fait état d'aucune utilisation de ces informations autres que la présentation du bilan annuel d'activités.

3.3.2. L'encadrement des services

L'établissement a admis avoir des taux d'encadrement « confortables » par rapport aux références de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), soit pour un service d'hospitalisation type, deux infirmières du matin, deux du soir et une de nuit pour 30 lits.

Pôle Médecine-EHPAD	Nbre de lits	nbre IDE par lit		nbre AS par lit		ratio cadre/lits	ratio cadre/agents
		jour	nuit	jour	nuit		
Cardiologie	20	1/10	1/20	1/10	1/20	0,025	0,023
Gastro-entérologie	31	1/10	1/15	1/8	1/31	0,026	0,024
Court Séjour Gériatrique	10	1/10	1/10	1/7	1/10	0,04	0,029
Diabétologie	20	1/10	2/10	1/10	1/20	0,035	0,039
Hôpital de Jour	4					0,075	0,15
Médecine Polyvalente	20	1/10	1/20	1/10	1/20	0,035	0,033
Etablissement d'Hospitalisation pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	60	1/60	1/60	1/15	1/60	0,017	0,049
<i>Total</i>	<i>165</i>					<i>0,03</i>	<i>0,037</i>

Source : centre hospitalier Gabriel Martin

L'établissement soutient pouvoir détecter des situations de sureffectif ou sous-effectif, notamment sur la base de données connues relatives à l'activité. Toutefois les questions posées à l'équipe de direction ont permis de constater l'absence d'outil de travail en ce sens et la nécessité de recourir à un audit sur l'organisation des services pour détecter les situations justifiant un ajustement.

IV. Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

4.1. Le degré de formalisation de la GPEC

L'établissement hospitalier Gabriel Martin déclare avoir entrepris les premières étapes de la mise en place d'une gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC) en 2008, avec l'aide de consultants du centre national d'expertise hospitalière, en procédant à l'identification des métiers de l'établissement, à la réalisation de la cartographie de ces métiers et des premières pyramides des âges ainsi qu'à l'analyse et à l'élaboration de grilles d'évaluation par métiers. Il indique également avoir lancé la réflexion sur l'effectif cible à atteindre au pôle sanitaire Ouest (PSO) et précise que les outils nécessitant une mise à jour sont régulièrement réactualisés. Dans les faits, si la démarche a été lancée, elle a été délaissée par la suite.

En effet, le document de planification de la GPMC adressé fait état d'un certain nombre d'étapes dont l'aboutissement n'est toujours pas observé au moment du contrôle.

Un groupe de travail a été réactivé pour répondre, fin 2012, à la commande de l'agence nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) sur la réalisation d'une cartographie régionale des métiers. Dans ce cadre, il a été proposé au groupe projet une réactualisation des connaissances en la matière et un calendrier de travail.

Les cadres ont été sensibilisés à la notion. Dans un premier temps, les cadres d'un pôle ont été intégrés dans le groupe de travail GPMC à titre expérimental et ont avancé sur le sujet dans leur service notamment en matière d'évaluation par les compétences. Le logiciel de gestion intégrée n'est pas encore totalement déployé et les différentes informations concernant les agents n'ont pas été saisies.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2013-2017 indique, comme orientation 4 de l'annexe 5, la progression du pilotage interne de l'établissement et le développement de la GPMC dans chacune des activités de ressources humaines. Ce document prévoit l'établissement de la cartographie des métiers actuels en 2013 alors que ce document est daté de novembre 2012, l'intégration de la GPMC dans l'évaluation et la formation dans le courant de l'année 2014 et la cartographie des métiers du pôle sanitaire Ouest en 2016. Le troisième objectif est l'élaboration de tableaux de bord mensuels par le pôle ressources humaines dans un objectif de maîtrise de la masse salariale et de l'évolution des effectifs.

4.2. La rationalisation des effectifs par une démarche métier

Le centre hospitalier Gabriel Martin dispose d'une cartographie de ses métiers et s'est dotée d'un outil logiciel (GESFORM-GPMC) développé par l'ANFH comme extension du logiciel servant à l'établissement des actions de formation (GESFORM). Toutefois cet outil n'est pas encore totalement déployé. Les cadres de pôle n'ont accès qu'à la fonction d'édition et si 85 % des agents possèdent une fiche de poste rattachée à un métier, elle ne comporte pas les informations nécessaires à une rationalisation concrète des effectifs car aucune évaluation des compétences réelles des agents n'a été effectuée – sauf peut-être au sein du pôle femme-mère-enfant où la cadre de pôle a tenté de formaliser des fiches d'évaluation de sa propre initiative.

L'établissement indique qu'une journée de formation sur l'évaluation des compétences a eu lieu le 23 avril 2014.

Le centre hospitalier Gabriel Martin a procédé à la cartographie métier de ses effectifs dans le cadre de l'établissement d'une cartographie régionale initiée par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier. Il n'a toutefois pas finalisé cette démarche, pourtant cruciale pour sa gestion, alors notamment qu'il sort d'un contrat de retour à l'équilibre et doit s'inscrire dans le cadre du financement du pôle sanitaire Ouest.

Cette ignorance semble d'ailleurs déjà être préjudiciable à ce projet au regard de la remise en cause très rapide des prévisions validées par le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) en juillet dernier sur les effectifs nécessaires au futur établissement.

4.3. La connaissance des marges de manœuvres

L'établissement procède à l'élaboration d'une pyramide des âges et à un suivi des départs possibles à la retraite à l'occasion de la publication du bilan social depuis 2008. L'introduction d'un suivi par logique métier et l'identification de ses marges de manœuvre et des métiers depuis 2012 servent désormais de base pour arrêter le plan de formation initiale et le nombre de postes ouverts à la promotion professionnelle.

Cette connaissance des informations sur le personnel est donc plutôt nouvelle et restreinte et aucun suivi par métier ne semble réellement organisé en dehors de celui assuré par les cadres de pôle. L'établissement des priorités et d'un plan de formation adéquat est en cours pour certains métiers dits 'sous tension' comme les secrétaires médicales.

En tout état de cause, selon l'établissement, la politique de recrutement vise prioritairement à la régularisation des situations précaires. Le centre hospitalier Gabriel Martin indique suivre depuis plusieurs années une politique de recrutement basée sur :

- l'intégration des emplois aidés en qualité de contractuels de droit public suite à la diminution de l'enveloppe notifiée d'emplois aidés,

- la résorption de l'emploi précaire en organisant régulièrement des recrutements sans concours pour les catégories C,

- l'organisation régulière de concours sur titres pour les catégories B,

- et, depuis 2013, la signature d'un protocole avec les partenaires sociaux relatif à la politique d'intégration des contractuels, plus favorable que le texte réglementaire en favorisant un accès plus rapide au CDI.

Le centre hospitalier Gabriel Martin est un établissement qui se développe, ouverture d'un bâtiment en 2009 et développement de nouvelles activités, qui bénéficie d'une augmentation constante de la demande de soins sur son territoire de santé et d'une situation financière positive lui permettant de financer, selon les projections réalisées, la construction d'un nouvel établissement. Il indique également ne pas réellement souffrir de difficultés de recrutement de personnel médical et non-médical⁶ sauf pour certaines spécialités médicales comme l'anesthésie.

La rationalisation de l'organisation des services ne semble pas figurer parmi les priorités de l'équipe de direction qui n'a pas besoin de contrôler ses coûts eu égard à la bonne tenue des indicateurs financiers. Ce positionnement stratégique, qui présente un avantage en termes de paix sociale, est toutefois problématique dans la mesure où le poste des dépenses de personnel est par nature inflationniste et difficilement réversible. Le centre hospitalier Gabriel Martin est doté d'outils de pointe pour sa gouvernance mais ne semble pas soucieux de les mobiliser.

La situation de cet établissement n'est actuellement pas problématique. Il peut financièrement assumer son « train de vie » mais l'équipe de direction devrait profiter de cette période d'aisance et de la perspective de l'installation au sein du pôle sanitaire Ouest, structure nécessitant plus de personnel, pour mieux utiliser les outils lui permettant de connaître ses coûts et les marges de manœuvre dont il dispose ainsi que pour mettre en place une réelle gouvernance des ressources humaines incluant les pôles.

La chambre recommande à l'établissement de mobiliser les outils permettant un réel pilotage de ses dépenses de personnel par :

- **la finalisation de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) pour achever la phase initiale de prise de connaissance de ses effectifs et de son organisation actuelle,**
- **la définition des objectifs de l'établissement (par exemple : maintien de la masse salariale, favoriser la promotion interne, développer certains champs de compétence...) et la mise en place des indicateurs et tableaux de bord correspondants. (Recommandation n° 1)**

⁶ Il comptabilise trois à cinq candidatures spontanées de personnel non-médical majoritairement pour des postes d'infirmier.

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

Une application des textes plus rigoureuse ou simplement correcte peut générer des marges de manœuvre. Parfois, les établissements n'ont pas conscience de ces marges de manœuvre en raison du fonctionnement des services de ressources humaines qui continue à appliquer des pratiques locales sans les remettre en question.

5.1. L'avancement

En matière d'avancement, la plupart des établissements appliquent le régime de la durée intermédiaire.

Ce régime n'est fixé par aucun texte de nature réglementaire, même s'il est souvent fait référence à une ancienne circulaire du 3 décembre 1959 (relative au recrutement et à l'avancement du personnel administratif des établissements d'hospitalisation) qui indique que « rien ne s'oppose à ce que l'avancement d'échelon des agents, ayant obtenu une note supérieure à la moyenne de 12,5 mais ne pouvant faire l'objet d'une promotion au minimum d'ancienneté, soit prononcé pour une durée comprise entre la durée minimum et la durée moyenne ». A l'évidence, non seulement cette circulaire constitue un cadre interprétatif et non une autorisation, encore moins une invitation, à généraliser les avancements à la durée intermédiaire, mais le statut de la fonction publique hospitalière qui a remplacé le livre 9 du code de la santé publique a de fait abrogé cette circulaire sans valeur juridique.

Cette politique d'avancement très favorable en début et en milieu de carrière peut s'avérer particulièrement inadaptée en fin de carrière dans la mesure où l'atteinte plus rapide de l'indice sommital du grade limitera de facto les marges de manœuvre de l'autorité hiérarchique.

Le centre hospitalier Gabriel Martin admet appliquer le régime de la durée intermédiaire de manière totalement intégrée puisque, selon la direction des ressources humaines, le logiciel de gestion procède directement à l'établissement de la liste des agents progressant d'un échelon selon l'une des trois modalités possibles, durée minimum, intermédiaire et maximum.

L'établissement a indiqué que le maintien de cette pratique avait un coût annuel si faible, respectivement, sur les années 2010 à 2012, 74 704,38 €, 67 048,16 € et 117 113,73 €, soit entre 0,2 % et 0,3 % des dépenses de personnel, qu'il a été décidé de ne pas remettre en cause la paix sociale en appliquant strictement la réglementation.

5.2. Les contractuels

5.2.1. Le contexte et la problématique

La réglementation limite les cas dérogatoires au principe fixé par l'article 3 de la loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires selon lequel les emplois civils permanents de la fonction publique sont occupés par des titulaires.

Au sein du centre hospitalier Gabriel Martin, le nombre d'agents recrutés par voie contractuelle représente, en 2012, le tiers de l'effectif moyen annuel rémunéré. L'augmentation de la part des contractuels, + 22 %, entre 2008 et 2012, illustre que l'établissement recourt massivement aux agents non-titulaires.

Personnel non médical en moyenne annuelle

	2008	2009	2010	2011	2012
Titulaires	499	511	526	533	540
Contractuels	182	203	245	263	267
Total	681	714	771	796	807
Part des contractuels sur le total des agents	27 %	28 %	32 %	33 %	33 %
Ratio non-titulaire/titulaire	36 %	40 %	47 %	49 %	49 %

Source : direction des ressources humaines, sur la base des équivalents temps plein physiques rémunérés moyens

Le panel de contractuels dont dispose l'établissement est diversifié selon le type de contrat (CDI ou CDD de droit public, CDD de droit privé de type traditionnel ou sous la forme d'emplois d'insertion ou encore d'apprentis) mais également selon l'origine ou la nature de l'emploi pour les CDD ou les emplois d'insertion. Ces contractuels sont essentiellement des personnels soignants.

Evolution du nombre de contractuels

Statut	2008	2009	2010	2011	2012
Contractuel longue durée	14	16	16	20	25
CDI	14	16	16	20	25
Contractuel temporaire	173	222	258	269	265
CDD poste vacant	120	140	168	164	164
CDD Rempl. Maladie					19
CDD renfort	52	36	47	50	47
CDD rempl. CA-RTT		10	5	8	7
CDD rempl. Formations		10	11	10	4
CDD rempl. CLM-MAT	1	26	27	37	24
Emplois insertion	27	7	7	1	0
CEC	2				
Contrat avenir	25				
Contrat emploi accomp.		7	7	1	
Autres contrats droit privé	0	0	1	2	6
Apprentis			1	2	2
CDD droit privé					4
Total contractuels	214	245	282	292	296
Effectif total	704	764	809	821	835

Source : direction des ressources humaines sur la base des agents effectivement recrutés sur l'année

L'établissement souligne que pour chaque poste vacant, une réflexion est menée, a minima sur le remplacement ou pas et la transformation éventuelle du poste, et que les situations précaires sont dues, pour la quasi-totalité, aux recrutements de renfort sur les nouveaux services ou les projets nouveaux dans l'attente de la stabilisation de l'activité. Il signale qu'il tend à régulariser la situation de ses agents par des titularisations et l'organisation de concours et qu'un plan d'actions sur les quatre prochaines années a été établi pour l'intégration de 150 contractuels exerçant leurs fonctions sur des postes vacants et pérennes.

5.2.2. Le coût des contractuels

Le coût pour l'établissement est à l'image du nombre d'agents recrutés : en augmentation de 69,87 % pour les CDI et de 38,66 % pour les CDD et de seulement 9,79 % pour les titulaires. En 2012, la rémunération annuelle d'un agent en CDI s'élevait à 3 283 € contre 2 648 € en 2011 ; celle d'un CDD était de 2 224 € contre 2 243 € en 2011.

Evolution de la rémunération principale

	2009	2010	2011	2012	Evol. 2012/2009
Titulaires (cpte 64111)	19 880 299,24	20 941 284,45	21 435 781,18	21 826 739,80	9,79 %
<i>Evolution en %</i>		5,34 %	2,36 %	1,82 %	
CDI (64131)	483 203,60	547 400,00	635 552,19	820 816,30	69,87 %
<i>Evolution en %</i>		13,29 %	16,10 %	29,15 %	
CDD (64151)	5 217 949,64	6 457 202,58	7 162 709,30	7 235 312,83	38,66 %
<i>Evolution en %</i>		23,75 %	10,93 %	1,01 %	

Source : comptes financiers

D'une manière générale, la rémunération des agents recrutés par voie contractuelle est calculée sur la base de l'indice de début de carrière. Toutefois, cette rémunération intègre un régime indemnitaire identique à celui du personnel titulaire ainsi que la majoration vie chère et l'indexation applicables aux agents titulaires à l'exclusion de la prime de service. En particulier, la prime de technicité réservée aux titulaires a été servie aux agents contractuels.

5.3. Les primes et indemnités

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

Le travail de nuit à l'hôpital est rémunéré selon deux modalités : l'indemnité pour travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif de nuit.

Selon la réglementation applicable⁷, l'indemnité pour travail normal de nuit est liée à l'activité de l'agent et peut être attribuée aux personnels titulaires ou 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 €.

⁷ Décret n° 88 1084 du 30 novembre 1988 relatif à l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et à la majoration pour travail intensif ; circulaire DH/8D/291 du 13 avril 1989 ; décret n° 92-197 du 28 février 1992 modifiant le décret n° 88-1084 ; arrêté du 20 avril 2001 fixant le taux de la majoration pour travail intensif ; arrêté du 30 août 2001 fixant les taux de l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et de la majoration spéciale pour travail intensif ; décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 réglemente le travail de nuit qui comprend la période comprise entre 21h00 et 6h00 du matin.

Lorsque le service normal de nuit nécessite un travail intensif, les indemnités horaires ainsi prévues font l'objet d'une majoration réservée aux agents relevant des statuts particuliers énumérés ci-après :

- personnels infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers (ASH) et qualifiés (ASHQ), personnels de rééducation, sages-femmes, personnels médicotechniques ;
- les cadres de santé et cadres supérieurs de santé (statut particulier des personnels infirmiers surveillants-chefs, des personnels médico-techniques surveillants-chefs et des personnels de rééducation surveillants-chefs) ;
- l'ensemble des personnels concourant aux soins d'admission d'urgence et services mobiles de secours d'urgence ;
- les agents assurant la conduite des chaudières et des moteurs ;
- les personnels affectés dans les standards téléphoniques desservant au moins 500 lits ;

Le montant de l'indemnité au titre de la majoration pour travail intensif de nuit est fixé à 0,90 €. L'indemnité globale, pour les agents entrant dans les catégories ci-dessus, est ainsi fixée à 1,07 €/heure.

Le montant annuel servi au titre de l'indemnité de travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif de nuit s'élève pour 2012 à 183 759,37 €.

Montant annuel de l'indemnité pour travail intensif de nuit

2009	2010	2011	2012
157 822	171 799	177 474	183 759

Source : Paye sous Xemelios

La pratique au sein du centre hospitalier Gabriel Martin est problématique à plus d'un titre.

- Des erreurs de versements :

Année	Mois	Matr.	Statut	Emploi	Service
2010	6	84549	NTitul.	Inf. cl norm.	6102 SICS
2010	12	72379	Titul.	Aide-soig. cl norm.	7405 urgence pédiatrie nontra
2011	6	78014	Titul.	Ag. entr. qual.	6417 traitement des déchets
2012	4	66558	Titul.	Manip. Electr. radio méd.	7505 radiologie
2013	1	58797	Titul.	Inf. soins gén.	8014 gynécologie
2013	7	62273	Titul.	Inf. soins gén.	7301 bloc chirurgical

L'établissement admet que les agents concernés ont bénéficié du versement de l'indemnité en raison d'erreurs de saisie de leur temps de travail. En effet, l'interface entre l'application automatisée de gestion du temps de travail et l'outil de gestion de la paye et des carrières n'est pas assurée, ce qui nécessite une nouvelle saisie par les gestionnaires de la direction des ressources humaines de données en provenance des pôles. Cette double saisie occasionne des erreurs qu'il conviendrait de limiter par la mise en place des verrous nécessaires.

L'établissement indique qu'une action sera menée avec le service informatique pour éviter les erreurs.

- La généralisation du versement de cette indemnité aux agents non-titulaires :

Nombre de versements de l'indemnité travail intensif

Statut	2009	2010	2011	2012	2013
Aut. Stat.	108	0	0	0	0
Non titul.	111	269	280	242	191
Titul.	305	345	359	285	296
Total général	524	614	639	527	487

Source : Paye sous XeMeLios

Ces primes, en principe réservées aux agents titulaires et stagiaires, sont versées à des agents non titulaires. Il appartient à l'établissement, lors de la conclusion du contrat, de fixer un niveau de rémunération correspondant au niveau de fonction exercé et à l'expérience professionnelle de l'agent et non de renvoyer ce montant par un renvoi aux conditions de rémunération, échelon et régime indiciaire propres aux agents relevant de la fonction publique hospitalière.

- La généralisation de la majoration pour travail intensif de nuit :

La majoration pour travail intensif de nuit est réservée à des catégories de personnel fixées par la réglementation. Or, l'établissement a étendu son attribution à des personnels qui ne relèvent pas des catégories ainsi prévues. Par exemple, les agents chargés de la production culinaire prenant leur service à 4 heures du matin peuvent bénéficier de l'indemnité pour travail normal de nuit mais ne peuvent bénéficier de la majoration pour travail intensif de nuit. Il est de même pour les agents affectés au garage (service 6406) ou le psychologue exerçant au centre de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CDDIST).

De fait, alors qu'ils devraient être majoritaires, très peu d'agents ne perçoivent que l'indemnité pour travail normal de nuit.

L'établissement signale avoir procédé à une régularisation de la situation à compter du mois d'avril 2014.

5.3.2. La prime de laboratoire

Aux termes de l'arrêté du 7 mai 1958, les personnels affectés dans un secteur en charge des travaux de laboratoire peuvent percevoir une prime de laboratoire pour la participation aux recettes réalisées par le service à l'occasion d'analyses ou de travaux effectués pour le compte d'autres collectivités ou de particuliers traités en consultations externes. Cette prime est donc liée aux résultats de l'activité externe du laboratoire et concerne les fonctionnaires comme les contractuels.

Elle se fonde sur la répartition d'une masse budgétaire correspondant à un pourcentage des recettes effectuées sur un trimestre sans pouvoir excéder 25 % du total des recettes des laboratoires. Le montant individuel de la prime est à la discrétion du chef d'établissement dans la limite de 15 % du traitement indiciaire de l'agent et tient compte du pourcentage d'activité et de l'absentéisme au cours de l'année de référence.

Au sein de l'établissement cette prime est versée sur la base d'une enveloppe correspondant à environ 15 % des recettes externes du laboratoire en 2012.

Evolution du montant versé au titre de la prime de laboratoire

	2009	2010	2011	2012
Recettes externes	189 237	171 078	164 229	169 856
montant	21 690	25 275	24 471	24 731
nombre d'agents	22	26	23	24
%	11,5	14,8	14,9	14,6
montant moyen	986	972	1 064	1 030

Source : Paye sous Xemelios

L'établissement indique réserver une partie de l'enveloppe aux agents participant aux prélèvements, à raison de 100 € chacun, dans le but d'encourager l'activité. Le versement a concerné au total 22 à 26 agents sur la période. Le montant individuel est calculé au prorata du temps passé dans le service pour les agents qui ont changé d'affectation, déduction faite des jours de congés pris au titre des congés de maladie. Le montant moyen par attributaire, fluctuant d'une année sur l'autre, varie entre 972 € et 1 064 € sur la période 2009 à 2012.

Ces modalités de répartition reposent toutefois sur des données erronées relatives à l'absentéisme (voir point 7.2) ce qui altère partiellement la fiabilité de l'opération. Interrogé sur l'impact de la régularisation des congés, l'établissement indique ne procéder à aucune régularisation.

5.3.3. La prime de service

Selon les dispositions réglementaires⁸, la prime de service est versée à tous les agents titulaires et stagiaires non médicaux de la fonction publique hospitalière dont la note administrative est comprise entre 12,5 et 25. L'arrêté du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 prévoit également que les agents des services hospitaliers recrutés à titre contractuel peuvent bénéficier de cette prime mais ces dispositions ont été jugées illégales par le Conseil d'Etat⁹.

Le montant de l'enveloppe globale affectée

Montant	2009	2010	2011	2012	Ev. 2012/2009
Enveloppe globale	952 437	937 600	1 034 099	1 176 720	24 %

Source : données centre hospitalier Gabriel Martin

⁸ Arrêté du 24 mars 1967 modifiant les conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics (modifié par l'arrêté du 5 février 1969, l'arrêté du 21 mai 1970, l'arrêté du 8 avril 1975 et l'arrêté du 12 janvier 1983)

- Circulaire n° 362 du 24 mai 1967 sur les conditions d'attribution de la prime de service aux personnels de certains établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

- Circulaire n°436 du 16 novembre 1967 relative aux modalités d'attribution de la prime de service

⁹ Arrêt du 23 mars 2009, Centre hospitalier de Montereau, req. 312446.

Selon l'article 2 de l'arrêté du 24 mars 1967 modifié, le montant du crédit global de la prime de service ne peut être supérieur à 7,5 % du montant des crédits effectivement utilisés au cours dudit exercice pour la liquidation des traitements budgétaires bruts des personnels en fonction pouvant prétendre au bénéfice de la prime.

Après plusieurs demandes, le centre hospitalier Gabriel Martin a produit un document très sommaire détaillant les modalités d'établissement de la masse à répartir pour la prime de service servie au cours de l'année 2012. Il semble, au regard de ces éléments, que l'établissement procède de manière régulière à la liquidation de la masse globale puis applique à cette enveloppe l'index de correction prévu par les dispositions de l'article 2 du décret n° 49-55 du 11 janvier 1949 complétant le régime de rémunération des fonctionnaires de l'Etat en service dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane française, de la Martinique et de La Réunion.

Il convient pour la chambre de relever qu'aucune disposition réglementaire ne prévoit l'application de l'indexation à la prime de service, dont le calcul exclut par ailleurs la NBI (article 4 du décret n° 94-139 du 14 février 1994). L'établissement indique toutefois qu'il est envisagé de mettre fin à cette pratique.

Le calcul individuel de la prime de service

L'article R. 6144-40 du code de la santé publique précise que le comité technique d'établissement (CTE) est obligatoirement consulté sur les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité.

Le taux individuel réglementaire ne peut excéder 17 % du traitement brut de l'agent au 31 décembre de l'année de référence. Les variations dans les montants versés aux agents sont proportionnelles aux notes administratives et aux absences des agents à raison d'un abattement de 1/140^{ème} du montant par jour d'absence sauf accident du travail, maladie professionnelle et congé de maternité. Cette prime est payée au prorata de la durée des services accomplis dans chaque établissement.

Les modalités de mise en œuvre de la prime de service au sein du centre hospitalier Gabriel Martin ont reçu l'accord du comité technique d'établissement en avril 1995 et reposent sur l'intervention de critères de pondération destinés à « atténuer l'effet de l'ancienneté et à accentuer le poids pénalisant de l'absentéisme ». Sur cette base, à la note réelle de l'agent correspond une note pondérée fixée à 5 pour une note de 12,5 et qui augmente de 0,50 pt pour chaque tranche de 0,25 pt de note annuelle puis de 0,10 pt pour les notes supérieures à 16. Au final, les notes inférieures à 15 sont les plus défavorisées car elles bénéficient d'une pondération qui varie de 5 à 9,5 pts, ce qui concerne très peu d'agents, la note moyenne débutant à 15. La tranche de notation la plus avantageuse se situe entre 15 et 16 points et représente environ 19 % des agents notés en 2009 et 16 % en 2012. La tranche la plus nombreuse dont la note est supérieure à 16 bénéficie d'un échelonnement de la pondération fixé à 0,10 pt par tranche de 0,25 pt de la note.

Cette pondération n'occasionne aucun surcoût puisque l'enveloppe globale est respectée. Elle conduit à lisser les montants individuels en neutralisant partiellement l'effet cumulé de l'indice et de la notation, celui-ci étant plus favorable aux anciens. Elle peut conduire toutefois, pour les agents ayant atteint le haut de leur grille indiciaire et la note maximale, à une stagnation de leur prime.

En effet, dans une première étape, chaque attributaire bénéficie d'un nombre de points calculé en multipliant son indice avec sa note pondérée. Le total des points ainsi calculé est ensuite rapporté à l'enveloppe globale, ce qui donne la valeur du point qui sera appliquée à l'ensemble des agents. Le montant théorique par agent, avant l'intervention de l'absentéisme, est calculé en multipliant le nombre de points individuels avec la valeur du point.

Les modalités de versement de la prime

Le versement de la prime de service est réalisé en deux phases. La première fraction est versée au mois de juillet de l'année N et correspond à la moitié du montant attribué au titre de l'année N – 1. La deuxième, prenant en compte le temps de travail et l'absentéisme, est versée au premier janvier de l'année N +1. Le reliquat résultant de l'application des jours d'absence est reversé aux agents dont la durée d'absence est inférieure ou égale à trois jours.

Il est observé que la rigueur de ces calculs et le souci d'équité associé aux modalités adoptées se trouvent altérés par le manque de fiabilité des données relatives à l'absentéisme (voir point 7.2).

En outre, contrairement aux circulaires émises par le ministre de la santé pour l'application des dispositions relatives à la prime de service, il ressort de la jurisprudence administrative¹⁰ que pour les primes de service liées à l'accroissement de la productivité, le décompte des abattements à opérer en cas d'absence pour maladie autre que professionnelle au titre d'une année s'élève à autant de cent-quarantièmes qu'il y a de journées comprises du premier au dernier jour inclus sans qu'il y ait lieu d'exclure de ces abattements les jours de repos et les jours fériés.

Le centre hospitalier Gabriel Martin ne prend en compte que les jours ouvrés pour le calcul de l'abattement au titre des absences pour maladie.

5.3.4. Une organisation irrégulière du versement de la nouvelle bonification indiciaire (NBI)

5.3.4.1. Une organisation irrégulière pour certains agents

Au cours de la période des fluctuations du nombre d'attributaires de la NBI au sein de l'hôpital Gabriel Martin sont observées.

Ainsi le nombre de bénéficiaires passe de 107 en mars 2008 à 104 le mois suivant, de 109 en juillet 2010 à 93 en août et à 106 en septembre 2010. Ce nombre est maintenu en dessous de 96 au cours de l'année 2012, puis descend à 89 en janvier 2013 avant de passer à 102 au cours des deux mois suivants.

La diminution du nombre de bénéficiaires observée à partir du mois de mai 2011 trouve son explication dans le changement intervenu au bénéfice des puéricultrices dont la grille indiciaire intègre désormais la NBI. Cette diminution n'apparaît toutefois que de courte durée, le nombre d'attributaires étant à nouveau en hausse en 2013.

Le phénomène de fluctuation d'un mois sur l'autre est plus délicat.

¹⁰ Arrêt du Conseil d'Etat du 27 avril 2007 Mme M, req. n° 287582.

Evolution du nombre d'attributaires de la NBI

mois	2008	2009	2010	2011	2012	2013*
janv.	103	100	103	101	95	89
fév.	104	98	109	103	96	102
mars	107	100	105	105	93	102
avril	104	103	108	101	94	101
mai	105	107	106	96	92	103
juin	108	104	108	97	92	104
juil.	104	107	109	95	93	101
août	102	107	93	96	94	102
sept.	101	107	106	98	94	104
oct.	102	103	108	98	92	
nov.	101	107	91	86	95	
déc.	98	103	106	99	100	

Source : Paye sous XeMeLios

Ces fluctuations peuvent étonner, s'agissant d'un complément de rémunération dont la fréquence réglementaire est mensuelle. Le graphique ci-dessus fait ressortir les fluctuations ainsi observées.

A l'examen détaillé, il apparaît que certains agents bénéficient du versement de la bonification selon une fréquence très irrégulière. Il s'agit d'agents ayant exercé au sein de l'unité de soins intensifs en néonatalogie dans le service « pédiatrie » qui compte au total quatre unités fonctionnelles, chacune étant organisée avec des personnels affectés de manière permanente et des personnels dont l'activité s'exerce dans tout le service.

5.3.4.2. Les modalités d'attribution

Les conditions de versement de ce complément indiciaire suscitent quelques interrogations.

Tout d'abord, les agents ne disposent pas tous d'une décision d'affectation précise dans l'unité fonctionnelle concernée permettant à la direction des ressources humaines de cibler les véritables attributaires de la NBI. Les décisions individuelles d'attribution sont inexistantes pour la plupart des agents. Seule une attestation de versement destinée à la CNRACL est établie, le moment venu, pour le calcul de la pension de l'agent.

L'attribution de la bonification n'est pas acquise par rapport à l'affectation dans le service et son versement est opéré dès lors que l'agent a pu faire valoir six jours d'activité au sein de l'unité y ouvrant droit.

La direction des ressources humaines est informée chaque mois pour la liquidation de la rémunération par le biais d'une liste adressée par le cadre responsable de l'unité de soins pédiatrie-grands enfants. Cette organisation s'inscrit dans un contexte d'ignorance des gestionnaires de la direction des ressources humaines quant à la quotité de travail de chacun des agents au sein des différentes unités, celle-ci étant fluctuante.

Sur cette base, l'agent bénéficie de la NBI, à hauteur de 13 points d'indice pour une activité se limitant à 46 heures 30 (service de 7h45) sur les 151 heures mensuelles requises. Cela correspond à moins de 50 % d'activité. Il est rappelé que, selon les textes, en cas de travail à temps partiel, le montant de la nouvelle bonification indiciaire se trouve réduit dans les mêmes proportions que le traitement. En conséquence, son versement en intégralité à des agents n'ayant exercé qu'une partie de leur activité sur des emplois ouvrant droit à la NBI déroge à la règle.

En outre, ce mode opératoire, qui conduit à multiplier le nombre de bénéficiaires, est générateur de surcoût injustifié pour l'établissement et, par la suite, pour la CNRACL, la NBI étant prise en compte dans le calcul de la pension des agents.

Cette situation peu orthodoxe résulte de l'organisation retenue pour le fonctionnement du service pédiatrie. A défaut de trouver une organisation plus adaptée aux dispositions relatives au versement de NBI, la liquidation de cette dernière devra tenir compte de la quotité de travail effectif de chaque agent au sein de l'unité concernée, cette quotité devant être connue à l'avance des agents, des gestionnaires et de la direction des ressources

L'établissement indique qu'il va régulariser la situation à la fin de l'année 2014.

La chambre demande à l'établissement de veiller à respecter la réglementation quant aux conditions de liquidation et de versement des primes, notamment aux agents non-titulaires. (Recommandation n° 2)

VI. Le temps de travail du personnel

6.1. Le temps de travail du personnel non-médical

6.1.1. Une pratique non conforme au cadre établi

Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements hospitaliers précise que la durée du travail est fixée à trente-cinq heures par semaine. Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum, réduite dans le cas de personnel soumis à des sujétions spécifiques dont les agents en repos variable (1 582 heures) ou ceux qui travaillent exclusivement de nuit (1 476 heures).

L'aménagement et la réduction du temps de travail au sein de l'hôpital Gabriel Martin ont fait l'objet d'un accord signé le 19 décembre 2001. Cet accord garantit notamment les amplitudes maximales des journées de travail et prévoit que la durée hebdomadaire de travail est limitée à 44 heures et est en tout état de cause inférieure à 48 heures. A partir de 2006, le nombre d'heures supplémentaires est limité à 10 heures par mois.

En 2010, l'établissement projetant la mise en place d'un système d'informatisation du temps de travail, un guide de la gestion du temps de travail a été élaboré comme « *outil de référence permettant l'harmonisation des pratiques et garantissant la transparence des règles applicables aux agents de l'établissement concernant la gestion de leur temps de travail et l'équité dans leur mise en œuvre* ».

Les réflexions menées à cette occasion n'ont toutefois pas abouti à la mise en place de modifications de l'organisation du temps de travail (hormis la prise en compte de la journée de solidarité) pourtant nécessaires alors même que l'un des objectifs déclarés était d'actualiser les termes du protocole antérieur « *afin de tenir compte des différents changements qui sont intervenus depuis, tant au niveau de l'organisation du fonctionnement des services que de la réglementation* ».

Dans les faits, la plupart des cycles en usage au moment de la mise en place du protocole en 2002 ont été modifiés et ne sont donc plus en corrélation avec les bases fixées. Les durées de travail prévues, qu'elles soient journalières ou hebdomadaires, ont été modifiées et les exceptions à la durée maximale de douze heures sont devenues la règle. La pause méridienne appliquée n'est pas celle qui figure dans le guide.

Ces modifications ont été mises en application dans les services sans la consultation préalable du comité technique d'établissement. Lors de la consultation de cette instance le 26 août 2013, selon le procès-verbal, « *il règne une véritable anarchie au niveau de tous les cycles de travail dans l'établissement* » et les membres souhaitaient une réunion de travail sur l'organisation générale des cycles de travail. Cette réunion n'a toujours pas eu lieu.

La direction des ressources humaines indique qu'une prochaine consultation du comité technique d'établissement est envisagée afin d'entériner les évolutions, qu'un groupe projet doit être mis en place en juin 2014 et que le guide du temps de travail sera mis à jour.

Il convient de s'interroger sur cette volonté d'entériner les évolutions spontanées de l'organisation du temps de travail. La nouvelle organisation des établissements de santé et la migration de responsabilités plus importantes vers les pôles, notamment quant à leur organisation, n'ont pas pour objet de désengager les équipes de direction. Ces dernières doivent demeurer motrices dans les échanges notamment par la mise en place d'indicateurs et de tableaux de bord permettant d'engager un dialogue avec les chefs de pôle de nature à assurer tant la qualité des soins que l'optimisation de l'utilisation des ressources.

6.1.2. Le suivi et l'évaluation de l'organisation du temps de travail

Un comité local de suivi et d'évaluation de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) a été mis en place dans le cadre de l'accord de 2001. Son rôle est de mettre en œuvre les nouvelles organisations, les nouveaux plannings et les cycles et horaires de travail, mettre en place les moyens notamment en créations de poste, dresser un bilan annuel qui sera présenté au CHS-CT et au comité technique d'établissement et enfin donner un avis sur les ajustements et modifications à apporter au protocole initial. Le nombre de réunions, les modalités de convocation des membres et toutes dispositions non spécifiées dans l'accord local sont définis dans un règlement intérieur élaboré et adopté par ses membres.

Le règlement intérieur n'a pas été communiqué malgré les demandes en ce sens. La direction des ressources humaines indique que le comité ne s'est réuni qu'une seule fois après une période d'un an le 19 mars 2003. Le procès-verbal de cette séance mentionne une précédente réunion, quatre mois après la mise en œuvre de l'ARTT (en avril 2002), et fait état des moyens humains et financiers mis en place au cours de l'année écoulée et de ceux qui seront nécessaires pour l'exercice suivant. Aucune autre séance n'a été constatée.

Lors de la mise en place de l'outil logiciel de suivi du temps de travail des personnels non-médicaux en 2010, l'évaluation par le comité de suivi a été à nouveau actée de même qu'une « évaluation par un audit interne de conformité menée conjointement par la direction des ressources humaines et la DSSI en collaboration avec les personnels d'encadrement » dont le résultat devait être soumis à l'avis du comité technique d'établissement pour un bilan annuel. Or, aucune évaluation n'a été faite à la suite de cette révision démontrant ainsi une certaine inertie de la direction des ressources humaines à laquelle l'initiative de l'organisation des différentes réunions du comité de suivi et de l'audit revenait.

L'établissement indique par ailleurs que la révision de l'accord local sur la réduction du temps de travail sera mise en œuvre en 2015.

6.1.3. L'absence d'outils de contrôle du temps effectué

La gestion du temps de travail est assurée grâce à l'intervention de quatre cadres de pôle et d'un gestionnaire de la direction des ressources humaines au moyen d'un outil de gestion dénommé « Octime ». Cet outil est adapté à la gestion automatisée des horaires par badgeuse ou pointeuse. Pourtant, l'établissement n'a pas opté pour l'acquisition des modules complémentaires, la pratique des horaires fixes étant généralisée. Toutefois ces modules complémentaires auraient l'avantage d'automatiser la transmission des données permettant la comptabilisation des heures supplémentaires ou la liquidation des primes modulées selon les jours de services (heures de nuit, jours fériés, etc...). Actuellement la saisie des données est réalisée manuellement par le gestionnaire local au sein des pôles lors de l'élaboration des plannings et il n'existe aucune vérification de la présence effective et des horaires.

En outre, l'interface entre cette application et l'outil de gestion de la paye n'est pas opérationnelle. Le cadre de pôle adresse, chaque mois, à la direction des ressources humaines, les données concernant le nombre d'heures correspondant à chacune des indemnités, extraites de l'application « Octime ». Une deuxième saisie au sein de la direction des ressources humaines est nécessaire pour la mise en route de la paye. Cette double saisie expose à des risques d'erreurs dans la paye qui doivent être rectifiées et faire l'objet de rappel. Des incohérences en ce qui concerne le paiement de certaines primes ont permis de relever que ces erreurs ne sont pas toujours rectifiées surtout lorsqu'elles sont en faveur de l'agent.

Un renforcement de l'organisation autour des outils et une meilleure sécurisation de la transmission de l'information apparaissent nécessaires en ce qui concerne la gestion du temps de travail et ses incidences. Des pistes d'optimisation, notamment la mise en place des interfaces nécessaires et l'acquisition d'outils de contrôle, existent et pourraient être utilement mis en œuvre.

6.1.4. Le temps de travail effectué et les heures supplémentaires

Le temps de travail annuel requis a fait l'objet d'adaptation par l'établissement selon le tableau suivant (éléments relatifs à l'année 2009).

	Agents à repos fixe		Agents à repos variables > 10 DJF < 20 DJF		Agents à repos variables > 20 DJF		Agents travaillant exclusivement de nuit	
	Jours	Heures	Jours	Heures	Jours	Heures	Jours	Heures
Base	365	2 555	365	2 555	365	2 555	365	2 372,50
Repos hebdomadaire	-104	-728	-104	-728	-104	-728	-104	-676
Congés annuels	-25	-175	-25	-175	-25	-175	-25	-162,50
Jours fériés	-9	-63	-12	-84	-12	-84	-12	-78
Sujétions particulières	0	0	0	0	-2	-14	0	0
Journées de solidarité	+ 1	+ 7	+ 1	+ 7	+ 1	+ 7	+ 1	+ 6,50
Sous total	228	1 596	225	1 575	223	1 561	225	1 462,50
Jours hors saison	2	14	2	14	2	14	2	13
Fractionnement	1	7	1	7	1	7	1	6,50
Total	225	1 575	222	1 554	220	1 540	222	1 443

Source : centre hospitalier Gabriel Martin

Sur cette base, le temps effectif réalisé déclaré par l'établissement est conforme aux obligations annuelles prévues avec des heures supplémentaires constatées. Les données mentionnées au tableau ci-dessous intègrent le temps de travail dévolu aux agents contractuels recrutés en remplacement.

	2010			2011			2012		
	Obligation annuelle de travail	Durée réalisée	Ecart	Obligation annuelle de travail	Durée réalisée	Ecart	Obligation annuelle de travail	Durée réalisée	Ecart
Agents en repos fixe en jours	10 398	10 517	119	10 469	10 413	-56	10 619	10 967	348
Agents en repos variable (en h)	981 621	982 716	1 094	1 025 846	1 029 158	3 312	1 063 615	1 063 698	83
Agents travaillant de nuit (en h)	60 649	60 574	-75	56 494	56 877	383	55 806	55 947	141

Source : centre hospitalier Gabriel Martin

Le point est fait une à deux fois par an entre la direction des ressources humaines et les cadres de pôles. Le stock d'heures cumulées au 31 décembre 2012 représente un total de 8 490 heures environ d'où un impact financier potentiel de 290 844,15 euros, (environ 0,68 % de la masse totale de 2012). A ce montant théorique, il convient de rajouter le coût des personnels recrutés en CDD afin de pallier les absences.

Pôle	Stock d'heures cumulées au 31 décembre 2012		Total
	RTT	RHS	
Médico-technique	438h37	257h40	696h17
Femme Mère Enfant	2295h05	339h51	2634h56
CUBA	2157h11	400h07	2557h18
Médecine	2505h22	96h53	2602h15
Total EH	7396h15	1094h31	8490h46

Source : centre hospitalier Gabriel Martin

En 2012 le nombre d'heures supplémentaires réalisées dans le cadre de l'organisation des cycles de travail et correspondant à la notion de RTT était de 7 396 heures. Le nombre d'heures supplémentaires récupérables est de 1 094 heures. Avec une moyenne en 2012 de 793,11 ETP rémunéré non médical, cela représente 1,38 heure par agent non-médical.

Les heures supplémentaires donnent en priorité lieu à une récupération gérée de manière autonome au sein des pôles. Les agents peuvent les placer sur leur compte épargne temps (CET) ou demander à bénéficier d'une indemnisation financière réalisée sur la base des déclarations faites par les pôles au moyen des mêmes fiches navettes que celles qui sont utilisées pour les déclarations d'heures relatives aux différents régimes indemnitaires.

Les chiffres n'ont pas été communiqués par l'établissement et les données récupérées par l'intermédiaire du fichier paye sous format XeMeLios ne sont pas suffisamment complètes pour être exploitées.

Les heures non récupérées et non indemnisées peuvent enfin être transférées sur un compte épargne temps à la fin de l'année de référence. Le nombre d'heures supplémentaires transférées n'a pu être communiqué.

L'établissement indique avoir pour objectif de réduire les heures supplémentaires tout en menant une réflexion sur le temps de travail et l'organisation des services. Dans les faits, cette volonté ne ressort aucunement. En effet, l'organisation du travail n'a pas été révisée de manière officielle depuis la mise en place de la réglementation sur l'aménagement et la réduction du temps de travail. Dans la pratique, les différents cycles ont été modifiés au sein des services et ne correspondent plus à ceux qui ont été fixés dans l'accord local sans réaction officielle malgré les constats et demandes faits à l'occasion de comités techniques d'établissement.

En outre, des outils efficaces de sécurisation et de contrôle du temps de travail n'ont pas été mis en place alors même que les applications de gestion du temps de travail ont été déployées. Des saisies manuelles génératrices d'erreurs ont encore cours à différents niveaux de la gestion.

La chambre recommande à l'établissement de formaliser l'organisation effective du temps de travail et de fiabiliser le décompte des heures. (Recommandation n° 3)

6.1.5. Les CET

Le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 modifiant le décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps (CET) dans la fonction publique hospitalière a pour objet d'harmoniser les dispositions en vigueur avec celles déjà intervenues dans les deux autres fonctions publiques et, notamment, de mettre en application les mesures figurant dans l'accord signé le 21 février 2008 entre le gouvernement et des organisations représentatives de fonctionnaires : passage d'un régime exclusivement géré sous forme de jours de congé à un régime combinant une utilisation des jours épargnés en congé, en indemnisation et en épargne-retraite.

L'établissement indique avoir mis en œuvre cette réforme. Un formulaire-type est remis au personnel non-médical, formulaire soumis à l'avis du cadre et du cadre de pôle puis transmis à la direction des ressources humaines pour vérification et validation par le directeur des ressources humaines conformément à la réglementation en vigueur. Ces jours de CET sont gérés directement dans le logiciel de gestion du temps de travail (Octime) qui exerce un deuxième contrôle.

A l'issue de ces étapes, la direction des ressources humaines (DRH) transmet à la direction des affaires financières (DAF) la liste nominative des bénéficiaires de CET et le solde N-1 en nombre de jours, les mouvements en vue de la constitution ou de la reprise de la provision en N. La valorisation du solde à fin N est faite conformément à la réglementation en vigueur.

Soldes CET	Total 01/01/10	Total 31/12/10	Total01/01 /11	Total 31/12/11	Total au 01/01/12	Total au 31/12/N
Total pers. non-médical	950,00	880,50	1 588,80	2 254,20	2 254,20	2 901,30

Source : centre hospitalier Gabriel Martin

Pour ce qui concerne le personnel non-médical, un réel suivi des CET et le provisionnement consécutif n'ont été assurés qu'à compter de l'exercice 2011, année où la direction des ressources humaines a régularisé le nombre de jours épargnés pour l'établissement des provisions réglementaires, + 708,3 (soit + 80 %).

Des imprécisions demeurent quant à la sincérité des provisions effectuées mais elles tiennent essentiellement aux retards pris dans la centralisation des données au sein de la direction des ressources humaines.

Nombres de jours épargnés

	2011	2012
Personnels non-médical	665,40	647,10

Source : centre hospitalier Gabriel Martin

En mai 2014, seuls deux agents non-médicaux avaient procédé à des demandes de monétisation de leurs jours de RTT.

6.2. Le temps de travail médical

La gouvernance du temps de travail médical doit faire l'objet d'une rationalisation et d'une informatisation. Pour l'heure, l'établissement procède à un suivi par fiches validées par le chef de service. Pour ce qui concerne l'organisation du travail en articulation avec le temps de travail, le fonctionnement est centralisé au niveau des pôles.

Pour l'incrémentation (approvisionnement) des CET, un formulaire type est mis à la disposition des praticiens. Le chef de service valide le nombre de jours à inscrire puis transmet le document à la direction des ressources humaines pour vérification et validation par le directeur des ressources humaines toujours conformément à la réglementation en vigueur. Le suivi se fait actuellement sur un fichier Excel.

Solde CET	Total au 01/01/10	Total au 31/12/10	Total au 01/01/11	Total au 31/12/11	Total au 01/01/12	Total au 31/12/12
Total pers. médical	3 236,00	3 666,00	3 683,50	3 537,00	3 423,50	3 768,20
ETP pers. médical	122,1		124,47		126,77	
RTT/ETP	30,02		28,42		29,72	

Source : centre hospitalier Gabriel Martin

En moyenne les CET représente environ trente jour par ETP mais cela recouvre des réalités très disparates. Au 31 décembre 2012, les CET par agent physique comptabilisait en moyenne 61,82 jours de RTT avec un maximum de 145 jours et un minimum de 23,7 jours.

Le nombre total de jours épargnés a connu une diminution de 4 % dans le courant de l'année 2011 mais a augmenté de 10 % l'année suivante.

Les informations pour l'année 2013 n'étaient pas totalement disponibles en février 2014 mais il demeure que le personnel médical a demandé l'indemnisation de 545,50 journées, soit une somme de 163 650 euros.

VII. L'absentéisme : une contrainte délicate à gérer

Le coût de l'absentéisme pour motif médical au centre hospitalier Gabriel Martin est important. Les données financières indiquent un montant de salaires des personnels de remplacement de 1 102 150 € en 2012 soit une augmentation de 25 % par rapport à 2011, étant précisé que ces montants ne tiennent pas compte des charges sociales diverses.

Salaires des personnels de remplacement en €

POLES	2011	2012
Médecine	145 068,19	252 825,21
Femme Mère enfant	284 688,26	240 330,06
Médico technique	69 721,85	99 619,84
Management	96 584,49	54 598,81
Chir. Urg. Bloc Anest. SC	284 235,79	454 776,50
Total	880 298,58	1 102 150,42

Source : centre hospitalier Gabriel Martin

7.1. Evolution de l'absentéisme du personnel non médical

L'absentéisme, tous motifs confondus, est en augmentation de 31 % sur la période de contrôle. Les absences pour motifs médicaux, qui représentent en moyenne 97 % des absences, progressent de 30 % entre 2009 et 2012 avec une augmentation moyenne annuelle de 9 %, soit + 1 385 jours d'absence.

Evolution de l'absentéisme entre 2009 et 2012

Type d'absence (en jours)	2009	2010	2011	2012	Δ° 2009/2012	Evol. 2012/2011
Effectifs ETP moyens rémunérés	774,7	815	829,5	844,7	9 %	2 %
Maladie ordinaire	6 322	7 167	8 162	7 114	13 %	-13 %
CLM/CLD	1 854	979	1 568	3 978	115 %	154 %
AT et maladies professionnelles	2 373	2 797	3 123	2 663	12 %	-15 %
Maternité et grossesses pathologiques	3 089	4 161	3 780	4 037	31 %	7 %
Total absences motifs médicaux	13 638	15 104	16 633	17 792	30 %	7 %
Total absences motifs médicaux (hors maternité)	10 549	10 943	12 853	13 755	30 %	7 %
Jours d'absence pour motif médical par agent	18	19	20	21	20 %	5 %
Jours d'absence pour motif médical par agent (hors maternité)	14	13	15	16	20 %	5 %
Formation continue	22	113	360	232	955 %	-36 %
Congés syndicaux	129	320	60	29	-78 %	-52 %
Congés autorisés	201	142	186	274	36 %	47 %
TOTAL	13 990	15 679	17 239	18 327	31 %	6 %
Jours d'absence par agent	18	19	21	22	20 %	4 %

Source : Bilan social de l'établissement

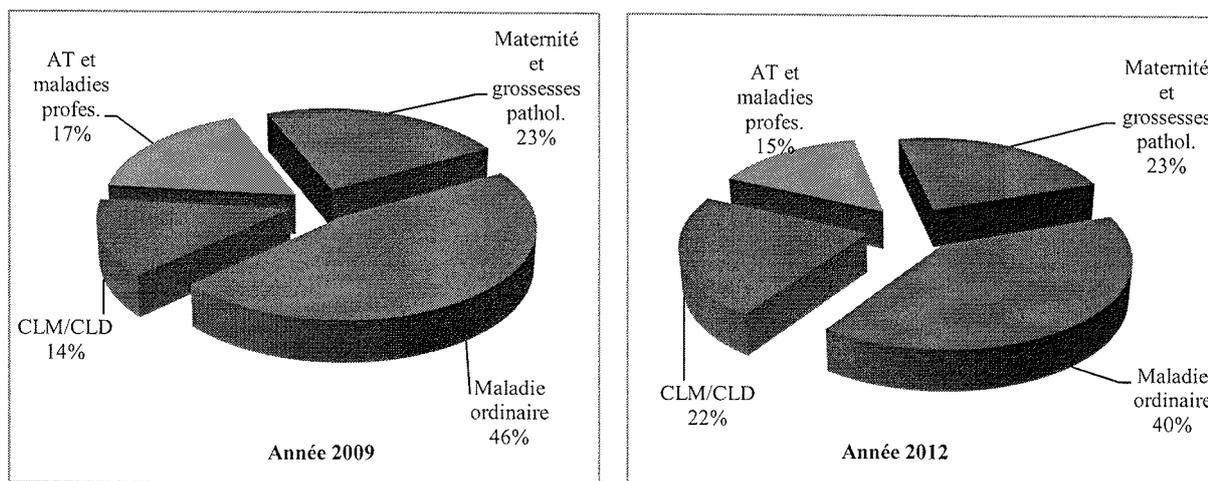
Globalement, le nombre de jours d'absence pour motif médical passe de 18 à 21 par an et par agent (ETPR) entre 2009 et 2012, soit un point de plus chaque année (chiffres intégrant les congés de maternité).

Les différentes catégories de congés maladie évoluent toutefois différemment sur la période. Le nombre de jours d'absence se rapportant aux congés de maternité fluctue en dents de scie entre 2009 et 2012 tandis que les congés de maladie ordinaire ainsi que les absences suite aux accidents du travail et aux maladies professionnelles sont en augmentation jusqu'en 2011 puis en diminution respectivement de 13 % et de 15 % en 2012.

Les congés de longue maladie ou de longue durée connaissent une évolution très étonnante. Après avoir diminué de 47 % entre 2009 et 2010, ils augmentent de 60 % et de 154 % (soit + 2 410 jours) les années suivantes et connaissent une évolution globale de 115 % sur la période.

Au sein des absences pour motif médical, les congés de longue maladie (CLM) et les congés de longue durée (CLD), qui constituaient en 2009 la catégorie la moins importante (14 %) sont, en 2012, presque à égalité avec les congés liés à la maternité et représentent respectivement 22 % et 23 % des congés alors que la part relative des congés maladie ordinaire, cause principale des absences, diminue de 46 % à 40 % corrélativement à la diminution du nombre de ces congés de 13 % en valeur absolue sur la période.

En l'absence d'éléments d'analyse sur ces données, au-delà de l'entrée en application du jour de carence, il est impossible de déterminer si l'évolution de la catégorie des CLM / CLD est fortuite, eu égard à l'imprévisibilité de l'état de santé des personnels, ou résulte d'une régularisation de la situation d'agents précédemment placés en congé maladie ordinaire.



En 2012, au centre hospitalier Gabriel Martin, la journée de carence a été appliquée à 356 agents de l'établissement, à raison de 1,8 jour en moyenne pour chaque agent concerné. Au total, 653 jours de carence ont ainsi été prélevés pour un montant d'environ 55 879 € (cf. bilan social du centre hospitalier Gabriel Martin).

L'absentéisme obère 9,47 % du temps théorique travaillé au sein de l'établissement en 2012 et représente globalement le temps de travail dévolu à 80 agents à la même date.

Evolution des différents ratios selon les motifs d'absentéisme

	2009	2010	2011	2012
ETP moyens rémunérés	774,7	815,0	829,5	844,7
Nb de jours théoriques travaillés par agent (a)	228	226	228	229
Nb de jours d'absences totales (b)	13 990	15 679	17 239	18 327
Taux (b/a)	61	69	76	80
Nb de jours théoriques travaillés total (d)	176	184	189	193
Taux (b/d)	631,60	180,96	114,60	427,14
Taux (b/d)	7,92 %	8,51 %	9,12 %	9,47 %
Nb de jours d'absences maladie (e)	6 322	7 167	8 162	7 114
Taux (e/d)	3,58 %	3,89 %	4,32 %	3,68 %
Nb de jours d'absences CLM/CLD (f)	1 854	979	1 568	3 978
Taux (f/d)	1,05 %	0,53 %	0,83 %	2,06 %
Nb de jours d'absences AT/MP (g)	2 373	2 797	3 123	2 663
Taux (g/d)	1,34 %	1,52 %	1,65 %	1,38 %
Nb de jours d'absences maternité (h)	3 089	4 161	3 780	4 037
Taux (h/d)	1,75 %	2,26 %	2,00 %	2,09 %
Nb de jours d'absences formation (i)	22	113	651	232
Taux (i/d)	0,01 %	0,06 %	0,34 %	0,12 %
Nb de jours d'absences autres motifs (j)	330	462	166	303
Taux (j/d)	0,19 %	0,25 %	0,09 %	0,16 %

Source : centre hospitalier Gabriel Martin

7.2. Incidences de l'absentéisme dans le fonctionnement des services

7.2.1 Des procédures à actualiser

Au centre hospitalier Gabriel Martin, l'absence d'un agent fait l'objet d'une saisie au niveau du pôle, lequel renvoie l'information à la direction des ressources humaines qui est responsable de la qualification de cette absence dès réception des pièces justificatives. Si ce mode de fonctionnement est plutôt classique, il génère au sein de cet établissement un nombre important de situations non justifiées. En janvier 2014, 1 493 jours sont comptabilisés en « absence à qualifier » pour l'exercice 2013 alors que le justificatif doit être produit dans les 48 heures. Les absences non qualifiées au titre de l'année 2012 sont de 1 321 jours.

L'absence de justification aurait dû conduire à comptabiliser ces jours d'absence en absence non justifiée et à la récupération des trop-perçus des agents. Toutefois, le suivi du système est tel qu'il est impossible de déterminer si les pièces justificatives ont été produites et égarées ou si l'agent ne les a jamais produites.

La direction des ressources humaines devrait donc revoir la procédure mise en œuvre et sensibiliser les différents agents responsables. En outre, des contrôles plus fréquents automatiquement générés avec rappels au gestionnaire pourraient être envisagés. Ces contrôles n'auraient cependant aucun effet si la procédure ne prévoit pas le rappel en direction des services afin qu'ils relancent les agents.

Il est rappelé que les absences pour maladies ont des incidences sur le montant de certaines primes. Le manque de rigueur dans le suivi de l'absentéisme entraîne inévitablement des erreurs dans le calcul des primes, notamment la prime de service. Cet impact a été vérifié auprès du service paye sans toutefois pouvoir être chiffré. Bien que sans incidence directe sur le coût pour l'établissement, compte tenu du nombre de jours concernés sur les deux dernières années, l'impact pour les agents non absentéistes attributaires du reliquat pourrait constituer un élément de motivation supplémentaire.

L'établissement a déclaré vouloir mettre en place une action corrective pour que la régularisation des absences à qualifier interviennent dans les quatre jours, délai au-delà duquel elles seront regardées comme injustifiée et mèneront à une retenue sur salaire.

7.2.2. Le remplacement en relation avec l'absentéisme

Pour ce qui concerne l'absentéisme infirmier, l'établissement a mis en place un Système Infirmier de Compensation et de Suppléance (SICS), soit un pool d'agents pouvant assurer les remplacements urgents. Initialement centralisée à la direction des soins, la gestion du SICS a été déléguée au niveau des pôles en novembre 2011. Depuis lors il semble que l'utilisation de ces agents n'ait pas été limitée au remplacement urgent et que certains pôles (notamment CUBA) les ont affectés sur des postes de manière permanente.

Si le SICS ne suffit pas ou pour les autres catégories d'agent, les recrutements liés à l'absentéisme sont effectués par voie de contrat à durée déterminée (CDD) et relèvent directement des pôles qui disposent d'une enveloppe financière allouée à cet effet. Ces derniers appliquent la procédure formalisée prévue sans qu'une règle précise concernant les conditions de recours ne soit retenue, seule prévalant, le cas échéant, la notion d'urgence. Dans ce cas, l'intégralité de la procédure de recrutement est conduite au sein des pôles jusqu'à la signature du contrat dont la durée se limite à 4 jours, la direction des ressources humaines ne prenant le relais qu'après transmission du contrat à ses services par le pôle. La sélection d'un(e) candidat(e) se fait à partir du fichier électronique de candidatures, préétabli par la direction des soins et la direction des ressources humaines. Si le recrutement ne présente pas un caractère d'urgence, la procédure est engagée selon les mêmes modalités mais la décision finale relève alors de la direction des ressources humaines.

7.2.3. La politique de lutte contre l'absentéisme

- Une analyse des données insuffisantes

Bien que disposant de logiciels permettant une extraction des différentes données, le centre hospitalier Gabriel Martin n'a pas été en mesure de transmettre toutes les informations relatives au nombre d'arrêts de travail. Il indique en effet ne pas faire la distinction entre les arrêts de travail initiaux et les prolongations et se prive ainsi d'une possibilité d'analyser finement la principale cause d'absence pour motif médical. Ces données sont disponibles par déduction depuis 2012 du fait de l'instauration de la journée de carence.

L'analyse faite par l'établissement n'est pas suffisamment régulière et les données ne sont pas exploitées de manière approfondie ce qui ne permet pas la mise en place d'une vraie politique de lutte contre l'absentéisme. Néanmoins, différents aspects ont été examinés, certains liés à l'âge moyen et d'autres au contexte d'exercice professionnel.

L'établissement précise qu'un groupe projet sera mis en place avant la fin de l'année 2014 pour élaborer des outils pour lutter contre l'absentéisme.

En ce qui concerne les maladies professionnelles ou les accidents du travail le personnel le plus exposé sont les soignants de catégorie B et C. En particulier les aides-soignants sont, selon les données de 2012, à l'origine de 92,4 % des maladies professionnelles alors qu'ils ne représentent que 25 % de l'effectif physique. La mise en place de séances d'information relatives aux troubles musculo-squelettiques de même que l'incitation à recourir aux appareils disponibles font partie des mesures de prévention mises en place par l'établissement.

Type d'absence (en jours)	2011	2012	Dont infirmiers 2012	Dont aides-soignants 2012	Evol. 2012/2010
Maladie ordinaire	6 566	6 200	1 947	1 385	-6 %
CLM/CLD	1 035	2 722	943	1 176	163 %
AT et maladies professionnelles	2 394	2 000	450	1 451	-16 %
Maternité et grossesses pathologiques	3 312	3 403	1 541	589	3 %
Total absences motifs médicaux	13 307	14 325	4 881	4 601	8 %
Total tous personnels	16 633	17 792			-100 %
Ratio	80 %	81 %			

Source : Bilan social de l'établissement/direction des ressources humaines

En 2011, le centre hospitalier Gabriel Martin compte 81 cas d'accidents du travail (AT) contre 84 en 2012. En 2013, 80 cas ont été enregistrés. Les accidents du travail et maladies professionnelles ont justifié 1 843 jours d'arrêts de travail en 2012.

Les premières causes d'accidents du travail en 2011 et 2012 sont, selon le bilan social, les chutes ou glissades (20 % des AT en 2011 et 22 % des AT en 2012) ou encore les conséquences des efforts de soulèvement (18 % en 2011 et 20 % en 2012).

En 2012, le nombre d'accidents d'exposition au sang (AES) connaît une importante progression (+ 23,5 % contre 12,4 % en 2011). Si les motifs ont été étudiés par l'établissement, les explications n'ont pas été dévoilées dans le cadre du bilan social.

- Un service de médecine préventive « en pointillé » jusqu'en 2012

Le service de la médecine préventive est constitué d'un médecin du travail et d'une secrétaire mais il n'a fonctionné que de manière fractionnée sur la période de contrôle. Depuis 2009, trois médecins se sont succédé et le poste n'a pas été occupé entre septembre 2009 et août 2010. Cette situation pourrait expliquer que toutes les données disponibles ne sont pas exploitées par la direction des ressources humaines ou la direction des soins.

Hormis quelques actions de préventions déjà mentionnées, notamment par l'information, l'établissement n'a pas de politique formalisée de lutte contre l'absentéisme. Les cas de contre-visite sont très rares et le nombre de jours d'absence non régularisés indique qu'il n'existe pas de réelle volonté de gestion des congés maladie ordinaire.

Depuis peu, le médecin préventif pratique selon le cas des visites sur sites dans le but d'évaluer les risques.

Sur la période, et faute d'un examen au cas par cas, les situations d'arrêts de travail pour des motifs d'accidents du travail ou de maladies professionnelles perduraient au-delà des limites prévues par la réglementation et des contentieux ont pu apparaître. La commission de réforme, habilitée à vérifier l'imputabilité au service de la maladie ou de l'accident à l'origine d'un congé de maladie ordinaire, d'un CLM ou d'un CLD, ne s'est pas réunie ce qui implique que l'administration a reconnu d'emblée cette imputabilité dans les cas apparus.

Depuis 2012, des mesures ont été prises : les différents cas d'arrêt pour maladie sont examinés mensuellement avec le médecin du travail en vue de leur évolution, soit vers un CLM, un CLD ou un aménagement de poste. Les situations de maladie grave et prolongée, de même que les inaptitudes définitives, sont régies par des dispositions statutaires. L'inaptitude définitive a pour conséquence la retraite pour invalidité, la disponibilité d'office ou le reclassement. Selon les indications de la direction des ressources humaines, le dispositif de retraite pour invalidité n'est mis en œuvre par l'établissement que depuis la fin de l'année 2011.

La chambre recommande à l'établissement de mettre en place le suivi et les outils nécessaires pour disposer de données fiables lui permettant d'engager une réelle politique de lutte contre l'absentéisme. (Recommandation n° 4)

7.3. Politique de reclassement des agents inaptes à leur poste

7.3.1. Les inaptitudes et reclassements

La majorité des cas de maladie professionnelle concerne les aides-soignants (92 %) dont une partie a bénéficié d'un aménagement de poste. L'établissement indique tenter en priorité d'aménager le poste de l'agent et, le cas échéant, procéder à une réaffectation sur un autre emploi, notamment administratif ou d'intendance, sans mettre en œuvre les procédures statutaires de reclassement. Cette situation n'est pas totalement satisfaisante dans la mesure où les agents demeurent dans leurs corps d'origine et viennent ainsi fausser le suivi des effectifs dans une logique de métier ou de corps.

L'établissement indique que cette situation ne concerne que trois agents soignants.

7.3.2. Suivi des situations graves et l'emploi des personnes handicapées

Le suivi des situations n'est effectif que depuis la création de la commission interne de retour à l'emploi ou tout récemment de la commission de gestion des restrictions, inaptitudes et reclassement dont le règlement intérieur, toujours en cours d'élaboration, prévoit la compétence pour examiner, suivre et réévaluer les situations individuelles d'inaptitude temporaire ou définitive et proposer des postes adaptés mais également répertorier les postes susceptibles d'accueillir les agents en situation d'inaptitude. Cette commission a vocation également à représenter une force de proposition en matière de prévention des risques professionnels permettant de réduire la survenue d'inaptitudes ou en matière de règles de gestion des inaptitudes.

Sa mise en place devrait permettre un suivi plus rigoureux des différentes situations, la relative inertie aussi bien de l'établissement que de la commission de réforme ayant entraîné des délais importants, de l'ordre de dix-huit mois environ selon la direction des ressources humaines, dans la gestion des situations individuelles. Elle devrait également permettre de générer une dynamique d'analyse tant des couts, inexistant pour l'heure, que des données et tableaux de bord existants mais non exploités à ce jour.



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



Réponse de M. Gérald Kerbidi
Directeur du centre hospitalier Gabriel Martin de Saint-Paul
(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. ».



ENREGISTRÉ AU GREFFE

05 SEP. 2014

C.R.C. REUNION

Centre Hospitalier Gabriel Martin

14 - 170

38, rue Labourdonnais - CS 11045 - 97866 SAINT-PAUL Cedex
Tél : 02.62.45.30.30 - Fax : 02.62.45.30.00 - courriel : directeur@ch-gmartin.fr

REMARQUES DU CHGM

SUR LE RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE LA REUNION SUR LA GESTION DU CENTRE HOSPITALIER GABRIEL MARTIN

Thème : Dépenses des personnels médicaux et non médicaux

Le rapport d'observations de la Chambre Régionale des Comptes de La Réunion appelle de notre part les observations et précisions ci-après :

L'observation sur les effectifs *importants* doit tenir compte de l'ouverture de nouveaux services de Médecine (bâtiment E) et le développement consécutif de nouvelles activités de soins, notamment le service de soins palliatifs et de soins continus, le court séjour gériatrique, le centre de prévention de l'Ouest, ...

Ce cycle d'évolution se termine et une stabilisation des nouveaux effectifs est constatée. Un nouveau cycle est engagé pour préparer les organisations à mettre en œuvre dans le cadre du PSO.

Concernant les effectifs nécessaires au futur Pôle Sanitaire Ouest, une étude a été faite et proposée sur une organisation des services la plus rationnelle possible, susceptibles d'adaptation.

Notre intention est de confirmer ou infirmer ces effectifs par la réalisation d'un audit de l'établissement dans sa configuration actuelle comme élément permettant l'élaboration d'une nouvelle organisation des pôles et services, en tenant compte de la charge réelle de travail dans chaque unité.

La politique mise en œuvre par l'établissement dans le cadre de l'organisation en Pôles, a conduit à donner des délégations de gestion aux cadres de pôle. Ceux-ci détiennent des informations nécessaires à la gestion courante qui sont ensuite communiquées à la demande des Directions fonctionnelles. C'est le principe même de subsidiarité dans l'organisation administrative que nous appliquons au CHGM.

Sur le remplacement éventuel des agents non médicaux, les cadres de pôle, de par les délégations qui leur sont données, procèdent à l'analyse de leurs besoins et sont ainsi force de proposition pour la Direction des Ressources Humaines qui arbitre et décide en accord avec le Chef d'établissement. Les cadres doivent démontrer la nécessité du remplacement d'un agent qui part ou peuvent, éventuellement, proposer une organisation différente en fonction du besoin.

Les taux d'encadrement considérés par la Chambre comme « confortables » ne signifient en aucun cas des situations de sureffectifs. Nos effectifs actuels correspondent au niveau des besoins et adaptés à l'activité de chaque service.

Chacun des cadres de pôle rencontre le DRH à chaque fois que le besoin se fait sentir, pas seulement « dans les situations de crise » comme souligné dans le rapport. Des rencontres collectives ont lieu pour la coordination entre pôles et leur fonctionnement (suivi des mensualités de remplacement et des heures supplémentaires, la préparation de l'EPRD, les publications de poste qui

Chacun des cadres de pôle rencontre le DRH à chaque fois que le besoin se fait sentir, pas seulement « dans les situations de crise » comme souligné dans le rapport. Des rencontres collectives ont lieu pour la coordination entre pôles et leur fonctionnement (suivi des mensualités de remplacement et des heures supplémentaires, la préparation de l'EPRD, les publications de poste qui donnent lieu à une fiche de poste élaborée en concertation, la participation aux jurys de concours et commissions de sélection, les avis sur les projets, ...)

Lorsque des tensions ou des anomalies de fonctionnement sont constatées dans un service de soins, une intervention ciblée et directe est immédiatement engagée.

Sur la rationalisation des effectifs par une démarche métier, il faut préciser que :

- ✓ Les évaluations annuelles sont faites systématiquement pour tous les agents et à chaque renouvellement de contrat pour les contractuels.

Ces évaluations, dans le cadre d'une logique de GPMC partagée, nous permettent de faire une étude prospective sur les besoins de formation continue et les études promotionnelles des agents.

- ✓ La première étude de GPMC qui a été menée avec l'EPSMR sera prochainement affinée et révisée si nécessaire.
- ✓ L'établissement a une réelle volonté de rationalisation de l'organisation des services dans une logique d'efficience.

Nous sommes, au CHGM, dans une logique de fonctionnement et de gouvernance basée sur les rapports humains et les échanges réguliers avec les cadres de pôle ; ce qui permet, notamment, d'échanger sur le fonctionnement des services, l'ajustement, si nécessaire, des effectifs par rapport à l'activité et de faire des prévisions au plus juste en fonction du réel besoin et de nos possibilités financières.

Le centre hospitalier Gabriel Martin applique le régime de la durée intermédiaire pour l'avancement du personnel.

Bien que non prévu par la réglementation, ce type d'avancement permet aux nombreux établissements qui le pratiquent, de reconnaître la valeur professionnelle des agents en les encourageant lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions pour l'avancement minimum. Supprimer de façon systématique l'avancement intermédiaire, aurait pour effet de démotiver ceux qui font des efforts particuliers.

Concernant les recrutements pour combler une vacance d'emploi, la Chambre considère qu'il y a absence d'anticipation de l'adéquation des besoins et des moyens.

Nous précisons que, en application d'un protocole datant de 2010, pour chaque poste vacant, une réflexion est menée, a minima, sur le remplacement ou pas et la transformation éventuelle du poste. Les situations précaires sont dues pour la quasi-totalité aux recrutements de renfort sur les nouveaux services ou les projets nouveaux, dans l'attente de la stabilisation de l'activité. Plusieurs titularisations et concours ont eu lieu ces dernières années et un plan d'actions a été établi pour les 4 prochaines années pour l'intégration de 150 contractuels sur poste vacant et pérenne.

Concernant la prime de service, le Directeur décidera de la suppression de l'indexation après en avoir informé les instances concernées. Par ailleurs, l'ensemble des jours d'absence pour maladie (du 1^{er} au dernier jour inclus) seront pris en compte pour les abattements.

Une action a été engagée pour que les absences à qualifier (AAQ) soient régularisées au plus vite.

La Chambre qualifie de « véritable anarchie au niveau de tous les cycles de travail dans l'établissement ». Conscients de cette situation, un groupe projet a été constitué début juin sur la révision et la mise à jour du Guide du temps de travail et ses adaptations dans OCTIME.

Par ailleurs, la révision de l'accord local sur l'ARTT est prévue en 2015.

Les cycles de travail institués au sein des services correspondent en fait à des adaptations aux nécessités de fonctionnement et, dans certaines unités, à une expérimentation de cycles en 12 H.

La Chambre souligne l'absence de justification d'absence qui aurait dû conduire à comptabiliser ces jours en absence non justifiée et à la récupération des trop-perçus des agents. Une note de service de rappel a été présentée aux instances consultatives et diffusée à l'ensemble des agents de l'établissement : toute absence non justifiée fera l'objet d'une retenue sur salaire après les avertissements d'usage.

Sur la politique de lutte contre l'absentéisme, un groupe projet est prévu début 2015 pour réfléchir et mettre en œuvre des outils de prévention et de lutte contre l'absentéisme.

Ce que nous avons retenu du rapport d'observations de la CRC :

Sur le pilotage et l'efficience :

Comme tous les hôpitaux, les modes de gestion et l'organisation interne du CHGM ont été fortement impactés par les réformes hospitalières et notamment la structuration par pôles.

Les objectifs poursuivis et la stratégie globale de l'Etablissement ne sont manifestement pas suffisamment formalisés et devront donc l'être davantage pour l'avenir.

Ainsi, si le pilotage stratégique global et les orientations générales doivent bien entendu être assurés par la Direction de l'Etablissement, le suivi du fonctionnement au plus près du terrain passe nécessairement par une responsabilisation des cadres (et notamment des cadres de pôle), en concertation avec les médecins et chefs de pôles.

Sans « délégation de gestion » et l'application d'un principe de « subsidiarité » pour les décisions liées à la gestion courante des services, les pôles n'ont aucune raison d'être. Le CHGM a tenté de mettre en place les organisations, ainsi que les outils de suivi et de gestion permettant ce fonctionnement.

Une meilleure utilisation de la comptabilité analytique, la mise en place d'indicateurs de suivis des coûts ainsi qu'une réelle GPMC sont dans cette logique nécessairement des outils de gestion partagés, qu'il convient sans doute d'améliorer au sein de l'Etablissement, notamment pour améliorer le pilotage stratégique par l'équipe de Direction.

L'objectif principal de l'Etablissement reste toutefois de développer l'offre de soins et l'amélioration la qualité du service, en s'assurant notamment de l'optimisation des moyens humains au besoin, par le recrutement de non titulaires qualifiés en renfort.

L'équipe de Direction a effectivement fait le choix d'une stratégie basée sur l'adaptation aux besoins de la population en termes de soins, et sur les logiques d'amélioration constante de la qualité et de la sécurité du patient.

Bien que la rentabilité des activités reste un impératif de gestion, un pilotage par les coûts n'est effectivement pas l'approche privilégiée.

Les outils de suivi et de pilotage par les coûts ne sauraient notamment remplacer la primauté des rapports humains directs et réguliers qui prévalent dans la culture interne de l'Etablissement.

Dans le même temps, l'évolution maîtrisée de la masse salariale, malgré le développement des services et de l'offre de soins, ainsi que l'augmentation régulière des cotisations salariales et patronales, méritent d'être prises en considération.

Les résultats de gestion et la totale autonomie financière du CHGM pour tous les actes soumis à la T2A font par ailleurs l'objet d'un suivi rigoureux.

Ainsi, bien que le rapport établi semble remettre en question ce pilotage et ce mode de gestion, notamment dans les domaines du suivi des coûts des ressources humaines, les résultats financiers de l'Etablissement restent plutôt bons, avec une maîtrise des dépenses du Titre I.

Les outils de pilotage pourraient en effet être davantage exploités. Bien utilisés et bien compris, ces derniers pourraient sûrement améliorer l'analyse du fonctionnement interne et l'anticipation des évolutions futures. L'Etablissement remercie donc la CRC pour ses recommandations dans ce domaine.

Sur les marges de manœuvres :

La CRC a attiré l'attention du CHGM sur un certain nombre d'améliorations à apporter à la gestion des Ressources Humaines.

Certaines erreurs relevaient effectivement d'un manque de rigueur et ont été corrigées sans délai (ex : suppression du versement de l'indemnité de travail de nuit à des catégories d'agents ne devant pas la percevoir ; prise en compte de la quotité réelle du temps de travail ouvrant droit à la NBI).

Certaines insuffisances relevées font déjà l'objet d'actions correctives, en améliorant soit les outils de suivis (déploiement en cours de la Gestion informatisée du Temps de Travail médical par exemple), soit les procédures internes (ex : Note de service sur la nécessité de la transmission des justificatifs d'absence pour raison médicale à la DRH dans les 48 h).

Le CHGM s'est également engagé dans une phase de diagnostic des besoins d'adaptation et de révision des cycles de travail par service (avec notamment une expérimentation de cycle en 12h) en fonction des nécessités de service, ainsi que des besoins d'adaptation des effectifs en ETP. Dans le même temps l'Etablissement a commencé à anticiper sur ses besoins futurs en vue de l'ouverture du PSO en 2018.

Sur les observations particulières concernant l'absentéisme pour motif médical et l'évolution « très étonnante » des CLM et CLD, il semble utile de souligner :

- une évolution effectivement importante des CLM et CLD (+115% 2009/2012), et des maternités et grossesses pathologiques (+31% 2009/2012), qui constituent par leur nature même des motifs d'arrêt difficilement contestables par l'Etablissement ;
- une diminution du nombre de jours d'absence pour maladie ordinaire de 13 % entre 2011 et 2012 et une diminution des AT de 15% sur la même période.

Par ailleurs, des réunions régulières ont été mises en place avec le médecin du travail pour un meilleur suivi des situations individuelles et une meilleure anticipation des procédures à mettre en œuvre. Cf. groupe de travail visé supra.

Sur les observations relatives au « peu de mise en œuvre des procédures statutaires de reclassement » :

En pratique les propositions de reclassement faites aux agents se heurtent à la procédure réglementaire à mettre en œuvre. Celle-ci exige en effet une demande initiale de l'agent difficile à obtenir, soit parce que l'agent n'a pas « fait le deuil » de son métier d'origine, soit parce qu'il se

retrouverait au terme de la procédure dans une situation statutaire ou financière moins favorable que s'il garde son métier d'origine.

Enfin, l'Etablissement aurait souhaité voir reconnus :

- ✓ ses efforts faits pour l'accueil de stagiaires, d'apprentis, ainsi que le recrutement et l'intégration à terme de personnels en contrats aidés ;
- ✓ sa politique de formation et de développement des compétences de ses agents, notamment dans une optique de promotion professionnelle orientée sur les besoins futurs ;
- ✓ sa volonté d'équité, eu égard aux différents statuts présents dans l'établissement et de la reconnaissance de l'investissement ainsi que la valeur professionnelle de la grande majorité de ses agents (notamment par un avancement à la durée intermédiaire), malgré les rigidités de la réglementation en vigueur.

En conclusion, l'équipe de Direction tient à souligner sa volonté de tendre vers la performance globale de l'Etablissement, en conciliant autant que faire se peut, efficacité économique et optimisation des moyens humains, dans une optique constante d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au bénéfice de la population de son territoire.

Fait à Saint Paul, le 2 septembre 2014

Le Directeur,

G. KERBIDI

