



**ENSP**

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

---

**Filière Directeurs d'hôpital**

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

---

**La part complémentaire variable de rémunération.  
L'exemple du Centre hospitalier de Mâcon.**

---

**Olivier GEROLIMON**

---

## Remerciements

---

« Je compterais plus sur le rôle d'un homme espérant une grande récompense que sur celui d'un homme l'ayant reçue ».

**VOLTAIRE**, *Lettres philosophiques*,  
*Dernières remarques*, XXXV.

J'adresse mes plus sincères remerciements aux membres de l'équipe de direction du Centre hospitalier de Mâcon pour leur accompagnement dans la mise en place des contrats de part complémentaire variable de rémunération. Leurs conseils lors de la rédaction du présent mémoire ont été précieux. Je tiens à remercier en particulier Monsieur Laurent FLOT-ARNOULD, chef d'établissement, Monsieur Alain BOISSAU, secrétaire général et maître de stage ainsi que Monsieur TASSO, directeur des ressources humaines pour l'intérêt qu'ils ont pu porter à mes travaux.

Je remercie l'ensemble des praticiens des spécialités de chirurgie viscérale et orthopédique pour les échanges menés avec eux au cours de ces derniers mois.

Ma plus vive reconnaissance va enfin à toutes celles et ceux qui m'ont apporté leur soutien dans la rédaction de ce mémoire et notamment à Mademoiselle Marion ROSENAU, élève directrice aux Hôpitaux civils de Colmar ainsi qu'aux membres de ma famille, Christiane, Joël et Mathieu GEROLIMON.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 La PCV : une mesure opportune ? .....	3
1.1 Les motivations de la création de la PCV.....	3
1.1.1 La chirurgie publique : la réalité de ses difficultés, les raisons de sa défense et les moyens de sa sauvegarde.....	3
A) Au niveau national.....	3
B) Au niveau de la région Bourgogne.....	4
C) Au niveau du CH de Mâcon.....	5
1.1.2 La discipline chirurgicale : entre crise des vocations et risques de désaffection, les raisons du malaise dénoncé sont-elles réelles ?.....	6
A) Des exigences propres à la profession de chirurgien.....	7
B) Des contraintes extérieures.....	7
1.1.3 Les remèdes.....	8
1.2 Les craintes suscitées par la PCV.....	10
1.2.1 Au niveau national.....	10
A) La remise en cause du statut unique du praticien hospitalier.....	10
B) L'absence de ligne budgétaire dédiée pour la PCV.....	11
C) L'introduction de la notion de productivisme incompatible avec le service public ?.....	11
D) « La soumission des équipes médicales à l'arbitraire administratif par les indicateurs proposés au niveau local » ?.....	11
1.2.2 Au niveau du CH de Mâcon.....	12
A) La production de soins de qualité est un devoir, son accomplissement n'a pas à faire l'objet d'une rémunération.....	12
B) La qualité des soins est un travail collectif, sa rémunération ne peut être individuelle.....	13
C) Une mesure déshonorante pour tous les acteurs de la santé ?.....	14
D) Une remise en cause de l'indépendance professionnelle ?.....	15
E) La PCV : une solution inopérante et contreproductive ?.....	15
1.2.3 Les craintes pour l'équipe de direction et les acteurs de la nouvelle gouvernance.....	16
1.3 Les objectifs et le calendrier de la mise en œuvre du contrat de PCV au CH de Mâcon.....	16
1.3.1 Le calendrier avec les différentes phases.....	16
1.3.2 Les objectifs visés par le CH de Mâcon.....	17
A) Proposer la mise en place des contrats de PCV à tous les chirurgiens éligibles à ce dispositif.....	17

B)	Arbitrer avec précaution entre engagement collectif et responsabilité individuelle.....	19
C)	Etre vigilant sur les motifs de caducité et les modalités de révision du contrat de PCV.....	19
D)	Traiter le contrat de PCV comme une anticipation de la troisième version de la certification des EPS.....	20
<b>2</b>	<b>De l'arrêté du 28 mars 2007 au contrat de part complémentaire variable de rémunération : à la recherche du bon contrat.....</b>	<b>21</b>
2.1	L'arrêté du 28 mars 2007.....	21
2.1.1	Les principes déontologiques.....	21
2.1.2	Les éléments constitutifs de la rémunération d'un praticien.....	22
2.1.3	Illustration du montant de la part complémentaire variable de rémunération.....	23
2.2	Les prérequis du contrat.....	24
2.2.1	L'activité chirurgicale globale de l'établissement.....	25
2.2.2	L'organisation du temps de travail médical.....	26
2.2.3	La lutte contre les infections nosocomiales.....	26
A)	Le protocole antibioprophylaxie.....	26
B)	Le protocole de préparation des opérés.....	26
C)	Le protocole de surveillance des Bactéries Multi-Résistantes aux Antibiotiques (BMR).....	27
D)	La surveillance des postes de lavage des mains.....	27
E)	Le protocole de surveillance des Accidents d'Exposition au Sang (AES).....	27
F)	La surveillance des infections du site opératoire.....	28
G)	La déclaration des infections nosocomiales.....	28
H)	La surveillance du traitement de l'air.....	29
2.3	Le contenu du contrat de PCV.....	31
2.3.1	Les objectifs de qualité et d'activité : nature et détermination.....	31
A)	Les critères d'activité.....	31
B)	Les critères de qualité.....	33
2.4	L'évaluation des engagements pris dans le contrat.....	36
2.4.1	La notation.....	36
A)	Les principes de la notation.....	36
B)	Les modalités de notation.....	37
2.4.2	Le calcul du score général.....	40
2.5	Les modalités de calcul du montant de la PCV.....	40
2.6	Les conditions d'octroi de la PCV.....	44
<b>3</b>	<b>De l'évaluation <i>ex ante</i> du contrat aux prolongements du dossier PCV.....</b>	<b>46</b>

3.1	L'évaluation de l'impact financier de la mesure. ....	46
3.2	Le test <i>ex ante</i> du contrat. ....	47
3.3	Les prolongements du dossier PCV au CH de Mâcon. ....	48
3.3.1	L'élargissement du contrat aux autres disciplines ou spécialités. ....	48
3.3.2	La transposition du mécanisme incitatif dans d'autres dossiers du CH de Mâcon : la prime de service et les jours de « présentéisme ». ....	48
	Conclusion.....	51
	Liste des tableaux et figures.....	52
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes .....	I
A)	Annexe A : Contrat relatif à la part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers (corps du contrat). ....	I
B)	Annexe B : Contrat relatif à la part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers (Annexe 1 sur les prérequis). ....	IV
C)	Annexe C : Contrat relatif à la part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers (Annexe 2 sur la grille de cotation à appliquer à la spécialité orthopédie). ....	V
D)	Annexe D : Contrat relatif à la part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers (Annexe 2 sur la grille de cotation à appliquer à la spécialité viscérale). ....	VI

---

## Liste des sigles utilisés

---

AES : Accidents d'Exposition au Sang  
AFC : Association Française de Chirurgie  
AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France  
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation  
BDHF : Banque de Données Hospitalière de France  
BMR : Bactéries Multi-Résistantes aux antibiotiques  
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux  
CCLIN : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales  
CGT : Confédération Générale du Travail  
CH : Centre Hospitalier  
CHG : Confédération des Hôpitaux Généraux  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CM : Catégorie Majeure  
CMAS : Complication(s) et Morbidité(s) Associée(s) Sévère(s)  
CME : Commission Médicale d'Etablissement  
CMH : Coordination Médicale Hospitalière  
CNC : Conseil National de la Chirurgie  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CPH : Confédération des Praticiens des Hôpitaux (ancienne CHG)  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation  
CSP : Code de la Santé Publique  
DA : Diagnostic Associé  
DAC : Dotation Annuelle Complémentaire  
DARH : Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
DIM : Département d'Information Médicale  
DMS : Durée Moyenne de Séjour  
DP : Diagnostic Principal  
DRH : Direction des Ressources Humaines  
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles  
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses  
EPS : Etablissement Public de Santé  
FHF : Fédération Hospitalière de France

FMC : Formation Médicale Continue  
GHM : Groupe Homogène de Malades  
GHS : Groupe Homogène de Séjours  
HAS : Haute Autorité de Santé  
ICALIN : Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
INPH : Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers  
ISNIH : Intersyndicat National des Internes des Hôpitaux  
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et Aides à la Contractualisation  
NNISS : National Nosocomial Infections Surveillance System  
ONDAM : Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie  
OQOS : Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins  
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie  
PCV : Part Complémentaire Variable de rémunération  
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information  
SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation  
SHAM : Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles  
SNAM-HP : Syndicat National des Médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics  
SNARNU : Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs Non Universitaires  
SNPHAR : Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
T2A : Tarification A l'Activité  
UCCSF : Union Collégiale des Chirurgiens et des Spécialistes Français

## Introduction

Site pivot du territoire de santé Sud Saône-et-Loire, le Centre Hospitalier (CH) de Mâcon partage l'activité de chirurgie avec la Polyclinique du Val-de-Saône, regroupement des deux seules cliniques privées de la ville, dont les nouveaux locaux ont ouvert à l'été 2007 à proximité du Centre hospitalier. Cette nouvelle configuration de l'offre de soins ne signifie-t-elle pas et ne va-t-elle pas entraîner une modification de la répartition des séjours chirurgicaux entre les secteurs public et privé ?

En 2005, la part de marché du CH de Mâcon pour l'activité de chirurgie sur le territoire de santé était de 17%, faisant de l'établissement le second offreur de soins après les deux cliniques réunies à présent dans la Polyclinique du Val-de-Saône et dont les parts de marché respectives atteignaient 15,3% (Clinique Jean Baptiste Denis) et 10,8% (Clinique du Val Fleuri).

Aujourd'hui, le CH souhaite conserver sa part de marché. Ce souhait exprime sa confiance dans la qualité des soins proposés et se nourrit de l'importance accordée au maintien d'une des activités les plus rentables de l'établissement. Il s'agit alors d'encourager les praticiens ou futurs praticiens à poursuivre ou à commencer leur carrière au sein de l'hôpital par une amélioration de leurs conditions d'exercice.

Afin de répondre à ce souhait, le CH de Mâcon dispose avec la Part Complémentaire Variable de rémunération (PCV), instaurée par l'arrêté du 28 mars 2007, d'un outil pour accroître l'attractivité du secteur public auprès des praticiens chirurgiens.

Outre la rémunération statutaire habituelle qu'elles reçoivent, les équipes chirurgicales ont en effet la possibilité de passer un contrat avec la direction de leur hôpital pour disposer d'une part complémentaire variable. Chaque membre de l'équipe souhaitant s'impliquer dans la démarche pourra ainsi se voir attribuer une prime, qui peut atteindre jusqu'à 15% de la rémunération du praticien, en échange d'un engagement collectif sur des objectifs de qualité et d'activité.

Au CH de Mâcon, la PCV fait l'objet d'un contrat signé entre le chef d'établissement, les praticiens et les responsables des pôles dont dépendent les services de chirurgie, à savoir le pôle de l'hospitalisation de courte durée et le pôle des activités ambulatoires.



L'opportunité de la PCV est discutée tant au niveau national qu'au niveau du CH de Mâcon (1). La PCV est un instrument visant à renforcer l'attrait de l'exercice de la chirurgie en secteur public (1.1). Cependant, son application suscite des craintes (1.2) auxquelles la direction du CH de Mâcon a souhaité répondre par l'affirmation des objectifs assignés à ce nouveau dispositif de rémunération de l'activité des chirurgiens (1.3).

L'arrêté du 28 mars 2007 sur la PCV contient des dispositions aménagées et retranscrites dans les contrats de PCV (2). Il crée un élément de rémunération assis sur le traitement annuel du praticien et conditionné par la réalisation d'objectifs (2.1). Les prérequis du contrat portent sur l'activité chirurgicale globale de l'établissement, l'organisation du travail médical et la lutte contre les infections nosocomiales (2.2). Une fois ces prérequis vérifiés, le contrat définit des objectifs en termes d'activité et de qualité à chaque praticien, ces objectifs pouvant être pour partie collectifs (2.3). L'évaluation des engagements pris dans le contrat de PCV intervient au premier trimestre de l'année suivant son exécution (2.4). Elle se traduit par l'attribution d'un score général noté sur vingt points qui permet de déterminer le montant de la PCV à verser au praticien (2.5) sous réserve de l'accord du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (DARH) (2.6).

La préparation des contrats de PCV inclut l'organisation du recueil des éléments d'évaluation, l'estimation de ses conséquences financières et la réflexion prospective sur les avantages d'un mécanisme de rémunération rétrospective appelé à être étendu à tous les praticiens (3). Le coût financier des contrats de PCV proposés aux chirurgiens est à apprécier au regard entre autres éléments des gains produits par l'atteinte de l'intégralité des objectifs fixés dans le contrat (3.1). Le suivi de l'exécution du contrat de PCV requiert le concours de nombreux services depuis la signature du contrat jusqu'au versement de la prime (3.2). Les perspectives d'élargissement du dispositif de la PCV aux praticiens non chirurgiens nourrissent la réflexion sur les avantages et les limites d'une rémunération pour partie assise sur l'atteinte d'objectifs définis *a priori* (3.3).

# 1 La PCV : une mesure opportune ?

Les débats sur l'arrêté du 28 mars 2007 tout comme les travaux préparatoires à la mise en place des contrats de PCV ont fait apparaître une question centrale : La PCV est-elle une mesure opportune ?

## 1.1 Les motivations de la création de la PCV.

La motivation principale de l'instauration de la PCV est d'accroître l'attractivité du secteur public pour les praticiens hospitaliers par une perspective d'augmentation de la rémunération professionnelle. La première application de la PCV est circonscrite aux chirurgiens. Cette priorité répond au souci de maintenir l'activité publique de chirurgie.

### 1.1.1 La chirurgie publique : la réalité de ses difficultés, les raisons de sa défense et les moyens de sa sauvegarde.

La mise en place de la PCV s'inscrit dans un contexte d'interrogations sur la situation actuelle de la chirurgie publique, sa crise et son avenir. Ces interrogations se déclinent dans les réflexions et actions menées aux niveaux national, régional et local.

A) Au niveau national<sup>1</sup>.

a) *Une chirurgie publique de plus en plus minoritaire.*

Un état des lieux rapide montre que la chirurgie programmée, la plus fréquente et particulièrement celle qui s'effectue en ambulatoire, est réalisée dans le secteur privé, le secteur public étant davantage investi dans la chirurgie lourde et la chirurgie d'urgence.

b) *Une chirurgie publique fragilisée.*

La chirurgie publique est fragilisée par la conjonction de deux éléments :

- Des normes de plus en plus contraignantes sur la sécurité anesthésique, la conformité des blocs opératoires ou de l'unité de stérilisation. S'y ajoutent d'autres obligations de gestion des risques et de sécurité sanitaire. Ces exigences réglementaires ne sont certes pas propres au secteur public. Cependant,

---

<sup>1</sup> Cette partie reprend en partie les constats dressés dans l'article de BOUFIES (J.), *Quel avenir pour la chirurgie publique ?* Revue hospitalière de France, n° 506, septembre - octobre 2005.

l'insuffisance des enveloppes allouées dans le cadre d'un budget global a pu rendre leur mise en place difficile.

- Une démographie médicale délicate à gérer avec des impératifs nouveaux dans l'organisation du temps de travail médical et dans le cadre des gardes et astreintes.

Au-delà des clivages partisans, il s'agit de garantir un système sanitaire qui préserve une offre chirurgicale publique de qualité, assurant aux Français un accès équitable aux soins. Il s'agit également d'accroître l'efficacité de la chirurgie publique et de justifier ainsi l'octroi des crédits de l'assurance maladie dont elle bénéficie.

Pour la sauvegarde et la promotion de la chirurgie publique, deux orientations ont été identifiées par la Fédération Hospitalière de France (FHF) :

- Favoriser la réorganisation des plateaux techniques chirurgicaux permettant l'émergence de pôles suffisamment importants pour maintenir et développer une chirurgie de qualité.
- Valoriser l'activité et l'engagement des professionnels avec une part variable de rémunération contractuelle.

B) Au niveau de la région Bourgogne.

Le constat dressé au niveau national apparaît transposable au niveau de la région Bourgogne et du territoire de santé du CH de Mâcon.

*a) Dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) III de la région Bourgogne.*

« La démographie médicale est actuellement particulièrement difficile. Le vieillissement des chirurgiens, la nouvelle législation du temps de travail, la féminisation de la profession, la judiciarisation, la différence de pénibilité entre les spécialités chirurgicales et les autres spécialités médicales, aggravent la crise des vocations, particulièrement inquiétante dans certaines spécialités chirurgicales (aujourd'hui en chirurgie viscérale digestive, vasculaire, demain en orthopédie traumatologie).<sup>2</sup>»

*b) Pour le territoire de santé Sud Saône-et-Loire.*

---

<sup>2</sup> AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BOURGOGNE, 2006 – Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III (SROS III), Chapitre 10.3, page 86.

L'organisation de la chirurgie doit s'appuyer sur l'analyse des besoins de la population avec le descriptif, le mode de fonctionnement et une mise en perspective des plateaux présents. L'apparition d'une offre de soins entièrement privée serait dommageable pour la population dans le sens où elle rendrait inégalitaire l'accès aux soins sur le territoire quand on connaît les modalités de facturation qui peuvent être propres au secteur privé. En effet, le chirurgien privé exerce le plus souvent en secteur 2 caractérisé par des honoraires libres avec dépassements non plafonnés et non pris en charge par l'assurance maladie.

C) Au niveau du CH de Mâcon.

Le CH de Mâcon doit promouvoir sa chirurgie pour au moins deux raisons :

- Il répond ainsi à l'une des missions du service public hospitalier telle qu'elle est reconnue au niveau national et dans le SROS III : l'égalité d'accès aux soins.
- L'activité de chirurgie est très structurante pour l'hôpital. Elle conditionne le niveau de pluridisciplinarité de son plateau technique avec, par exemple, l'imagerie médicale et les laboratoires de biologie, la taille des équipes d'anesthésistes réanimateurs, la prise en charge des urgences, les consultations de recours pour les disciplines médicales, la présence du bloc opératoire pour la gynécologie obstétrique. On mesure combien la disparition ou du moins l'affaiblissement de la chirurgie dans un hôpital peut avoir un effet sur les autres disciplines en termes d'organisation mais également de devenir.

Pour le CH de Mâcon, l'activité de chirurgie en hospitalisation complète était de 6730 entrées en 2005 et de 6839 entrées en 2006 soit une augmentation de 1,6%. Seuls les praticiens des spécialités d'orthopédie et de viscéral signeront cette année des contrats de PCV<sup>3</sup>. La chirurgie orthopédique a eu 2439 entrées en 2005 et 2323 en 2006. La chirurgie générale et viscérale a eu 3190 entrées en 2005 et 3459 en 2006.

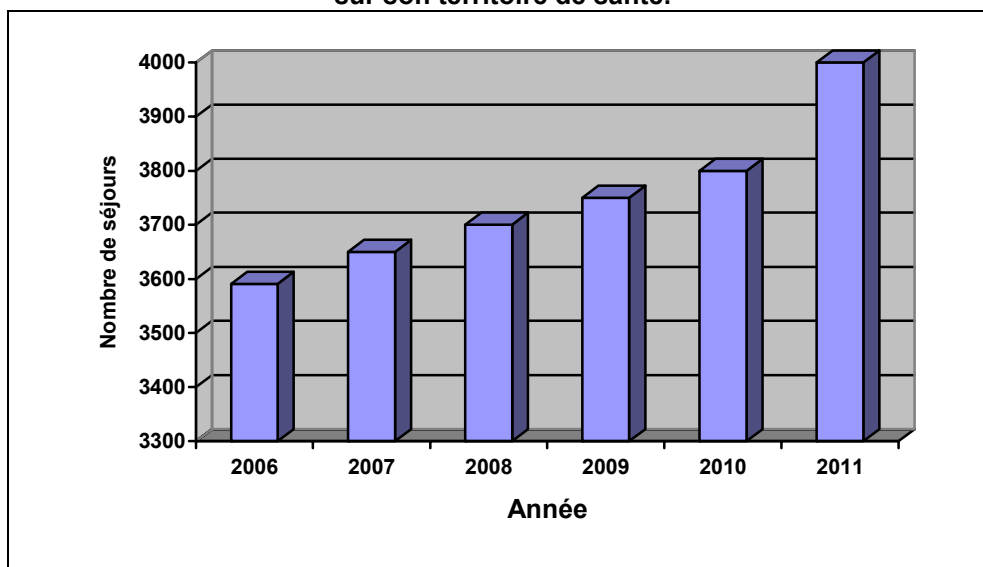
La croissance de l'activité de chirurgie toutes spécialités confondues sur les huit dernières années a été continue avec une forte augmentation entre 2004 et 2005 due notamment au renforcement des équipes par le recrutement de deux praticiens (un en chirurgie orthopédique et l'autre en chirurgie viscérale).

---

<sup>3</sup> cf. le paragraphe A de la partie 1.3.2 « Objectifs visés par le CH de Mâcon » situé à la page 17 et intitulé « Le CH de Mâcon propose la mise en place des contrats de PCV à tous les chirurgiens éligibles à ce dispositif. »

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) prévoit une augmentation régulière du nombre de séjours en chirurgie pour les patients domiciliés sur le territoire de Santé de Sud Saône-et-Loire. En 2006, 3591 séjours de chirurgie ont été recensés pour le CH de Mâcon. L'objectif quantifié pour 2011 est de 4000 séjours. La progression prévisionnelle jusqu'en 2011 est illustrée par la figure suivante.

**Figure 1 : Objectifs d'activité de chirurgie du CH de Mâcon sur son territoire de santé.**



Les chiffres du CPOM n'ont qu'une valeur indicative et sont révisables. Par ailleurs, ils n'intègrent pas les perspectives d'un accroissement d'activité qui résulterait d'un recrutement accru issu des départements limitrophes de la Saône-et-Loire et situés à proximité de Mâcon, à savoir l'Ain et le Rhône, tous deux en région Rhône-Alpes. En 2005 et 2006, environ 30% des patients opérés en chirurgie au CH de Mâcon étaient domiciliés dans l'un des deux départements précédemment cités.

Les hypothèses de développement de l'activité retenues dans les contrats de PCV seront cohérentes avec les objectifs du SROS et du CPOM.

### **1.1.2 La discipline chirurgicale : entre crise des vocations et risques de désaffection, les raisons du malaise dénoncé sont-elles réelles ?**

Les représentants de la profession rappellent régulièrement les exigences liées à l'exercice de la chirurgie et s'interrogent sur les conditions de sa rétribution. Leurs réflexions ont nourri le rapport intitulé *La chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions*. Ce rapport présenté par le Professeur Jacques DOMERGUE et

le Professeur Henri GUIDICELLI, à l'attention de Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, identifie des exigences propres à la profession de chirurgien et des contraintes extérieures.

A) Des exigences propres à la profession de chirurgien.

a) *Formation initiale de haut niveau.*

La chirurgie reste perçue comme une spécialité d'excellence. Elle nécessite un savoir approfondi et une formation initiale de haut niveau relayée par une expérience pratique considérable. Elle suppose un entretien continu des connaissances en raison des progrès incessants de la science médicale.

b) *Investissement personnel permanent.*

Le chirurgien public fait preuve dans son exercice quotidien d'un investissement personnel permanent. Le risque associé à tout acte chirurgical est une source de tension. Au-delà de la pénibilité ressentie par le praticien, le risque d'une atteinte à la qualité de vie du patient peut être perçu comme disproportionné par rapport à la reconnaissance sociale et matérielle du métier.

c) *Judiciarisation de la profession.*

Le chirurgien serait de plus en plus tenu à une obligation de résultat et non plus à une obligation de moyens. Les exigences d'un patient devenu un consommateur de soins se sont accrues au point de transformer la chirurgie en science normative. L'augmentation des cotisations versées pour l'assurance responsabilité civile est une donnée financière qui vient conforter cette perception d'un niveau accru de risque de contentieux. Deux mesures semblent toutefois pouvoir limiter l'effet de l'élévation du montant des primes d'assurance professionnelle sur la désaffection pour la profession. D'une part il s'agirait d'une modulation des tarifs d'assurance selon le moment de la carrière, l'intensité et le type d'activité et les résultats des évaluations périodiques des pratiques professionnelles. D'autre part, le recours aux Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) doit être favorisé avant le dépôt d'une plainte en justice.

B) Des contraintes extérieures.

a) *Gestion de la démographie médicale.*

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, environ 9900 chirurgiens travaillaient dans les hôpitaux publics<sup>4</sup>. Parmi eux, 2600 étaient en cours de formation. L'âge moyen des praticiens titulaires (temps plein et temps partiel) était de 49 ans et 6 mois. Les projections démographiques de départs à la retraite et des faits stylisés tel que l'accroissement du taux de féminisation parmi les étudiants en médecine tout comme les inégalités de répartition des effectifs sur le territoire français doivent permettre d'asseoir une politique de formation médicale qui apporte une réponse satisfaisante aux besoins de santé de la population.

*b) Contraintes imposées par les Etablissements Publics de Santé (EPS).*

L'exercice de l'activité de chirurgien dans les établissements publics de santé serait rendu difficile par les contraintes économiques qui limitent le développement de nouvelles techniques thérapeutiques trop coûteuses. La part du temps consacré à des tâches administratives serait également perçue comme un élément négatif. L'opportunité et l'efficacité de la participation des praticiens à des travaux administratifs au détriment de l'exercice médical sont mises en cause. En réponse à cette critique, la mise en place des contrats de PCV a tout intérêt à partir d'une concertation entre la direction et les praticiens sur leurs missions respectives au sein de l'hôpital.

### **1.1.3 Les remèdes.**

Dans le rapport *La chirurgie française en 2003, les raisons de la crise et les propositions*, les incitations individuelles préconisées sont diverses. Certaines s'adressent aux seuls chirurgiens en formation (information des étudiants en médecine, fléchage de postes de chirurgie vers les internes), d'autres concernent tous les praticiens. Il s'agit essentiellement d'une amélioration des conditions de rémunération de leur activité. On peut penser au plafonnement des primes d'assurance. Cependant, la revalorisation salariale peut sans doute avoir un effet plus grand sur l'attractivité du secteur public. A ce titre, la PCV devient le premier levier d'action à disposition des EPS.

La PCV apparaît donc comme une proposition élaborée à l'issue de plusieurs années de réflexion. Son caractère opérationnel et sa pertinence ont été largement discutés. Le tableau ci-dessous retrace l'historique de la PCV jusqu'à la publication de l'arrêté du 28 mars 2007. Les temps de débats et les demandes passées des syndicats trouvent

---

<sup>4</sup> Les données chiffres de ce paragraphe sont extraits du rapport de VALLANCIEN (G.), *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*. Rapport ministériel. Ministère de la santé. Avril 2006.

aujourd'hui un écho dans les craintes exprimées par les différentes parties prenantes à la mise en place de la PCV.

**Tableau 1 : Bref historique des événements antérieurs à la mise en place de la PCV.**

Date	Événement
Février 2003	DOMERGUE (J.), GUIDICELLI (H.), <i>La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions</i> . Rapport ministériel. Ministère de la santé. Février 2003.
30 juillet 2004	Annonce du Plan chirurgie par le Gouvernement.
26 août 2004	Accord avec les syndicats représentatifs des professionnels libéraux.
2 septembre 2004	Protocole d'accord avec les syndicats représentatifs des professionnels hospitaliers publics
15 octobre 2004	Création et nomination du Conseil National de la Chirurgie (CNC).
31 mars 2005	Accord national avec le Syndicat National des Médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics (SNAM-HP), la Coordination Médicale Hospitalière (CMH) et l'Union Collégiale des Chirurgiens et des Spécialistes Français (UCCSF). Formation d'un groupe de travail sur la PCV.
5 octobre 2006	Création par décret de la part complémentaire variable de rémunération pour les praticiens hospitaliers.
28 mars 2007	Publication de l'arrêté relatif à la part complémentaire variable de rémunération pour les praticiens hospitaliers.
13 avril 2007	Journées d'action et de grève à l'invitation de la CPH et de l'INPH.

L'événement fondateur de la PCV est le protocole d'accord du 2 septembre 2004. Les organisations syndicales signataires étaient :

- La Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH) (anciennement dénommée Confédération des Hôpitaux Généraux (CHG)).
- La Coordination Médicale Hospitalière (CMH).
- L'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH).
- Le Syndicat National des Médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics (SNAM-HP).
- L'Intersyndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH).

Le protocole d'accord du 2 septembre 2004 prévoyait l'instauration de l'actuel PCV dans son article 6 :



« Dans le cadre de la prise en compte de la spécificité et de la reconnaissance de la pénibilité de l'exercice chirurgical, les signataires souhaitent :

- en premier lieu, réaffirmer l'unicité du socle que constitue le statut de praticien hospitalier ;
- en second lieu, permettre par des dispositions statutaires et indemnitaires la reconnaissance des charges particulières des praticiens en terme d'activité, de responsabilité institutionnelle ou spécifique et de pénibilité ainsi que des actions réalisées pour la qualité et pour l'activité publique.

Ces dispositions comporteront l'engagement, pour les praticiens concernés, dans la procédure d'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle instituée par l'article 16 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, en vue de l'obtention de celle-ci à terme.

Au-delà du socle commun, ce régime indemnitaire sera établi et modulé en fonction de l'activité selon des modalités définies au niveau national. »

L'élaboration de l'arrêté du 28 mars 2007 a été réalisée en concertation avec seulement deux des quatre syndicats de praticiens titulaires signataires du protocole d'accord du 2 septembre 2004, en l'occurrence la CMH et le SNAM-HP. Ces deux syndicats ont négocié avec la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) jusqu'à la publication de l'arrêté en mars 2007. A cette dernière occasion, les deux organisations non associées à l'élaboration de la PCV, rejointes par des syndicats d'autres spécialités (urgences, anesthésie et réanimation), ont lancé un avis de grève le 13 avril 2007 afin d'exprimer les craintes suscitées par la PCV.

## **1.2 Les craintes suscitées par la PCV.**

### **1.2.1 Au niveau national.**

Les craintes suscitées par la mise en place de la PCV portent sur le statut du praticien hospitalier, le financement de la mesure, l'introduction d'une notion de productivisme dans le service public et enfin l'indépendance du praticien dans son exercice professionnel.

A) La remise en cause du statut unique du praticien hospitalier.

Le statut unique ne signifie nullement dans les faits une équité de traitement entre médecins. La rémunération peut être différente selon les modalités de comptage et de rémunération du temps de travail. Par ailleurs, la mise en place de la PCV permet selon ses défenseurs de récompenser financièrement les praticiens de spécialités exposées à

des contraintes qui leur sont propres (garde, astreinte) et augmentent significativement la pénibilité de leur métier.

B) L'absence de ligne budgétaire dédiée pour la PCV.

Le financement des contrats de PCV se fera à partir des ressources internes d'exploitation de l'établissement. En l'absence d'aide spécifique (crédits ciblés), il faudra prendre sur les crédits actuels pour verser le montant des parts complémentaires variables après exécution des contrats associés. Il convient donc de mettre en regard les dépenses représentées par la PCV avec les perspectives d'accroissement de recettes lié à l'atteinte totale ou partielle d'un des objectifs d'activité qui est le nombre d'interventions réalisées sur une année.

C) L'introduction de la notion de productivisme incompatible avec le service public ?

Le Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs (SNPHAR) craint que « les nécessaires améliorations de la productivité de l'hôpital ne soient le cheval de Troie d'une libéralisation productiviste de l'hôpital ». Dans un contexte financier délicat, l'engagement des praticiens du CH de Mâcon à compter leur activité et à améliorer l'organisation des filières de prise en charge et les plateaux techniques légitiment l'exigence de disposer de moyens financiers nécessaires.

De plus, la reconnaissance d'engagement de qualité et/ou d'activité existe dans certaines collectivités territoriales et sous la forme de la « prime de service » pour la fonction publique hospitalière. Ces deux exemples prouvent qu'une démarche comme celle de la PCV est possible sans remettre en cause les missions de service public des agents concernés.

D) « La soumission des équipes médicales à l'arbitraire administratif par les indicateurs proposés au niveau local » ?.

Selon le SNPHAR, l'arrêté du 28 mars 2007 contient des dispositions permettant de « soumettre [les] équipes médicales à l'arbitraire administratif par [des] indicateurs proposés au niveau local ». Dans les faits, la marge de manœuvre laissée aux praticiens et à la direction de l'établissement pour la fixation des objectifs, la définition des règles de notation et de calcul du montant de la prime est davantage une opportunité qu'une

menace car elle suppose une concertation entre les parties sur les objectifs poursuivis par l'établissement.

Suite à la parution de l'arrêté du 28 mars 2007, les syndicats de praticiens opposés à la PCV ont lancé un avis de grève pour la journée du 13 avril 2007. L'appel à la grève a été lancé par l'Association des Médecins Urgentistes Français (AMUF), le SNPHAR et le Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs Non Universitaires (SNARNU). Il était soutenu par deux organisations qui rassemblent 80% des praticiens, la CPH et l'INPH, ainsi que par la Section Santé de la Confédération Générale du Travail (CGT). Selon Patrick PELLOUX, président de l'AMUF, 95% des urgentistes étaient grévistes tandis que le président du SNPHAR, Michel DRU, recensait « 90% à 95% » de grévistes. La DHOS en a dénombré de son côté 18%. Au niveau du CH de Mâcon, la mobilisation a été limitée. Peut-on en conclure que les motifs de cette grève sont étrangers aux préoccupations des praticiens de l'établissement ? La réponse est négative. Au-delà d'une mobilisation habituellement faible au CH de Mâcon lors d'appels nationaux à la grève, il ne faut pas voir dans une faible participation la marque de l'absence d'inquiétudes chez les praticiens et plus généralement les agents de l'hôpital.

### **1.2.2 Au niveau du CH de Mâcon.**

Les craintes recensées lors des communications faites auprès des instances sont partagées par :

- les partenaires non médicaux des praticiens chirurgiens,
- les praticiens chirurgiens eux-mêmes ou leurs collègues médicaux futurs bénéficiaires de la PCV.

- A) La production de soins de qualité est un devoir, son accomplissement n'a pas à faire l'objet d'une rémunération.

La PCV est jugée contestable car elle méconnaîtrait les motivations de l'engagement pris par les praticiens en intégrant le secteur public. La qualité est inhérente à la notion d'engagement dans le service public. Selon le SNPHAR, « la qualité ne doit pas se monnayer au moyen d'une prime. Elle est tout naturellement un devoir envers les usagers qui font confiance aux médecins et au reste du personnel des hôpitaux qui sont à leur service ».

Deux interrogations liées à cette précédente réflexion ont émergé :

- Peut-on imaginer qu'un médecin hospitalier prétende à son patient que lui fait de la qualité et pas ses confrères ?
- A-t-il vraiment besoin d'une prime pour se valoriser ?

B) La qualité des soins est un travail collectif, sa rémunération ne peut être individuelle.

Quand bien même la production de soins de qualité ferait l'objet d'une rémunération, l'intéressement individuel à la production de soins de qualité est-il une bonne méthode pour l'hôpital public ? Les résultats qualitatifs d'un plateau technique reposent sur un travail d'équipe : la rétribution individuelle pourrait paraître injuste.

Selon le SNPHAR, « la qualité à l'hôpital ne doit pas s'acheter par des contrats individuels. Tout doit être mis en œuvre pour qu'elle reste « le fruit d'une équipe structurée, dynamique, depuis la femme de ménage qui fait bien son travail, l'infirmière qui travaille en conscience, jusqu'à l'expert le plus pointu dans son domaine médical ». Les critères d'éligibilité prévus par l'arrêté du 28 mars 2007 portent entre autres éléments la lutte contre les infections nosocomiales. Or, cette lutte est assumée le plus souvent en partie par les anesthésistes réanimateurs, le personnel infirmier du bloc ou le laboratoire de biologie. La PCV méconnaîtrait ainsi le caractère collectif du travail accompli au sein de tout bloc opératoire.

En réponse à cette critique, l'arrêté du 28 mars 2007 a prévu un « engagement collectif » mais uniquement entre praticiens d'une même spécialité. L'ensemble des agents intervenant auprès du patient dans le service de soins ou au bloc opératoire demeure exclu du contrat. Pour autant, si le bénéfice financier octroyé par l'atteinte des objectifs inscrits dans le contrat PCV est réservé au seul praticien, il n'en demeure pas moins vrai que la production de soins de qualité répond à une obligation de moyens pour tout le personnel hospitalier.

La notion d'«engagement collectif» au sein d'une spécialité pose également difficulté. Certains praticiens souhaitent contractualiser sur des objectifs individuels afin que leurs résultats et le montant de la PCV associée restent indépendants de l'activité d'autrui. Dans les faits, l'activité d'un praticien n'est jamais entièrement indépendante de l'activité des autres chirurgiens de par la répartition et l'utilisation des plages opératoires au bloc opératoire. Pour autant, l'assignation d'objectifs individualisés a pour effet de le protéger contre le risque d'aléa que pourraient connaître l'activité d'un de ses collègues. Cette

méthode peut également favoriser une émulation entre les chirurgiens et d'empêcher les comportements opportunistes rendus possibles par l'existence d'un objectif seulement collectif.

D'autres chirurgiens préfèrent contractualiser sur un objectif collectif d'activité afin de prévenir les risques de dissension entre les membres d'une même équipe. L'objectif collectif permet aussi à chacun d'orienter la nature de ses interventions (chirurgie lourde, chirurgie spécialisée) avec une contrainte moindre que celle imposée par un objectif individuel.

Par ailleurs, certains chirurgiens peuvent craindre que les relations professionnelles se tendent à l'extrême lorsque dans une même équipe, pour la même activité et le même investissement dans les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), les médecins ne soient pas rétribués à l'identique pour le travail effectué. Il s'agit sans doute ici d'une critique formulée contre la forme prise par la PCV, à savoir un montant correspondant à un taux des émoluments et non à une somme fixe, indépendante de l'état d'avancement de carrière du praticien. Toutefois, le montant de la prime étant indexé sur le montant du traitement annuel conformément à l'arrêté du 28 mars 2007, cette donnée ne peut-être modifiée par l'établissement.

### C) Une mesure déshonorante pour tous les acteurs de la santé ?

Selon le SNPHAR, la PCV est une mesure déshonorante pour tous les acteurs de la santé. Les propos cités ci-dessous sont extraits d'un communiqué du syndicat en date du 13 avril 2007.

« La PCV déshonore ceux qui l'ont proposée : ils ne connaissent pas les besoins de l'hôpital public, cette mesure ne répond pas aux attentes et n'améliorera pas le fonctionnement de l'hôpital.

Elle déshonore ceux qui vont la mettre en œuvre : ils ne sont convaincus ni de son opportunité ni de sa faisabilité.

Elle déshonore ceux qui la reçoivent : ils n'ont pas attendu une aumône pour faire leur devoir. Quant aux autres praticiens, l'argent n'est pas un levier d'action sur leurs comportements.

Elle déshonore ceux qui ne la reçoivent pas. Si certains reçoivent les honneurs, c'est que d'autres ne les méritent pas.

Elle déshonore les patients. Les récipiendaires de la PCV absents, l'hôpital ne sait plus faire de qualité. Les malades sont alors livrés au chaos de la prise en charge par les « autres » et méprisés. »

Au-delà du ton polémique, ce communiqué exprime la difficulté à appréhender sans *a priori* les raisons et les conséquences de la mise en place de la PCV pour les praticiens hospitaliers titulaires. La PCV est un instrument dont l'opportunité doit être appréciée au regard des objectifs qui lui sont assignés, à savoir un renforcement de l'attractivité du secteur public pour le praticien et une efficacité accrue de l'activité du bloc opératoire pour l'établissement.

#### D) Une remise en cause de l'indépendance professionnelle ?

Il est en outre reproché au contrat PCV d'instaurer un lien de subordination qui ne serait ni sain, ni acceptable entre les équipes de chirurgiens et la direction de l'hôpital.

Le texte méconnaît-il le Code de déontologie médicale notamment en liant le salaire hospitalier public à une quantité d'actes prescrite dans un contrat d'objectifs passé entre un praticien chirurgien et son directeur ? En réponse à cette interrogation, on peut citer le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), soucieux que les nouvelles modalités de rémunération soient établies conformément au Code de déontologie médicale et plus particulièrement à son article 97. Pour mémoire, cet article interdit aux médecins salariés d'accepter des modalités de rémunération qui porteraient atteinte à leur indépendance professionnelle et à la qualité des soins.

Dans un avis rendu le 12 janvier 2007<sup>5</sup>, le Conseil National de l'Ordre des Médecins indique que « le projet d'arrêté ne contient dans sa rédaction aucune disposition contraire à la déontologie médicale, sous réserve de sa bonne compréhension et du contenu des contrats proposés ».

#### E) La PCV : une solution inopérante et contreproductive ?

La part complémentaire variable de rémunération constitue-t-elle enfin un détournement de fonds vis-à-vis des besoins réels de l'hôpital ? Selon le SNPHAR, « les problèmes des chirurgiens seraient tout sauf le manque [des] 15% [des émoluments annuels représentés par la PCV]. Il faut déplorer au quotidien le manque d'écoute de la part de l'administration, le problème d'équipement des plateaux techniques, les problèmes d'effectifs de

---

<sup>5</sup> ROLAND (J.), *Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins sur le projet d'arrêté sur la part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers*. Janvier 2007.

collaborateurs, le problème de valorisation de l'activité personnelle. Si une somme d'argent fait défaut, il serait plus cohérent d'obtenir la revalorisation de l'indemnité d'astreinte dont le montant apparaît comme une insulte face à la permanence des soins en ville. » En réponse à ces critiques, il convient d'indiquer que la mise en place d'un contrat de PCV est une occasion d'appréhender et d'échanger sur les difficultés susmentionnées.

Certains agents du CH de Mâcon pensent par ailleurs que la PCV va démotiver plus de personnels qu'elle ne va satisfaire ceux qu'elle récompensera. Il s'agit ici d'une hypothèse sur les réactions des collaborateurs des bénéficiaires de la PCV dont l'engagement professionnel serait perturbé par l'octroi d'un complément de rémunération à un groupe restreint d'individus dont ils ne font pas partie.

Les syndicats opposés à la PCV ont ainsi proposés des solutions alternatives à ce dispositif de rémunération. Ces propositions s'articulent autour de la revendication selon laquelle des moyens financiers accrus devraient être attribués à une EPP cohérente ainsi qu'à la Formation Médicale Continue (FMC).

### **1.2.3 Les craintes pour l'équipe de direction et les acteurs de la nouvelle gouvernance.**

Le financement de la PCV se fera sur le budget bâti selon le principe de la Tarification A l'Activité (T2A), c'est-à-dire sur une enveloppe fermée liée à l'activité de l'établissement. La ligne budgétaire consacrée à la PCV sera dépensée au détriment d'autres postes. Ce fait peut être l'objet d'une critique mais cette dernière restera d'une portée limitée. En effet, les contrats de PCV ne sont-ils pas la marque du rôle d'arbitrage de la direction du CH de Mâcon si elle se fixe comme objectif premier le maintien voire le renfort de son activité de chirurgie et attend des gains financiers du niveau d'activité réalisé conformément aux objectifs fixés dans le contrat de PCV ?

## **1.3 Les objectifs et le calendrier de la mise en œuvre du contrat de PCV au CH de Mâcon.**

### **1.3.1 Le calendrier avec les différentes phases.**

La PCV est mise en place pour l'exercice 2007 avec versement de la première PCV dans le courant du premier trimestre 2008. Ce calendrier résulte des articles 6 et 7 de l'arrêté du 28 mars 2007.

- Article 6 : « L'indemnité est versée annuellement au terme d'une année civile et au plus tard au premier trimestre de l'année qui suit ».
- Article 7 : « Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux praticiens hospitaliers de chirurgie à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007. [Le dispositif sera progressivement étendu aux praticiens des autres disciplines ou spécialités par modification du présent arrêté.] »

La démarche d'élaboration des contrats comporte les étapes suivantes :

- prise de connaissance du texte et information des praticiens,,
- lecture commune du texte avec les différentes parties prenantes,
- exposition des objectifs institutionnels,
- recueil des attentes,
- identification des difficultés et concertation,
- test du caractère opérationnel de l'outil,
- présentation du contrat aux instances,
- mise à la signature du contrat par les différentes parties,
- évaluation de la réalisation des engagements,
- détermination et versement de la PCV.

### 1.3.2 Les objectifs visés par le CH de Mâcon.

- A) Proposer la mise en place des contrats de PCV à tous les chirurgiens éligibles à ce dispositif.

Seuls les chirurgiens de deux spécialités ont souhaité établir un contrat de PCV pour l'exercice de l'année 2007 avec perception de la prime dans le courant du premier trimestre 2008. Il s'agit des praticiens des spécialités de chirurgie orthopédique et de chirurgie viscérale. Chaque spécialité comporte quatre praticiens répartis dans deux services.

**Tableau 2 : Liste des chirurgiens concernés par les contrats de PCV en 2007.**

Chirurgie viscérale	Chirurgie orthopédique
Docteur NAOURI	Docteur BARBE-RICHAUD
Docteur ODET	Docteur LACOUR
Docteur BERNARD	Docteur EZZAHOUI
Docteur ESQUIS	Docteur MASSOUH



Quelques données historiques relatives à l'activité des chirurgiens concernés par la PCV sont fournies dans les tableaux ci-dessous.

**Tableau 3 : Nombre d'interventions des chirurgiens viscéraux (activité publique).**

<b>PRATICIENS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
NAOURI	465	484	466
ESQUIS (arrivé en novembre 2005)	/	35	358
BERNARD	322	458	473
ODET	437	510	444
Nombre d'interventions réalisées par les 4 praticiens (activité publique)	1224	1487	1741
Nombre d'interventions réalisées par les 4 praticiens (activités publique et privée)	1482	1762	1937
Nombre d'interventions réalisées dans la spécialité	1924	1959	2125

Nota bene : Le nombre d'interventions réalisées dans la spécialité est supérieur au nombre d'interventions réalisées par les quatre praticiens en raison essentiellement de l'activité d'un chirurgien viscéral parti à la retraite en 2006.

**Tableau 4 : Nombre d'interventions des chirurgiens orthopédistes (activité publique).**

<b>PRATICIENS</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
BARBE-RICHAUD	523	408	337
EZZAHOUI (arrivé en septembre 2004)	92	490	571
LACOUR	566	397	405
MASSOUH	565	626	575
Nombre d'interventions réalisées par les 4 praticiens (activité publique)	1746	1921	1888
Nombre d'interventions réalisées par les 4 praticiens (activités publique et privée)	2214	2445	2543
Nombre d'interventions réalisées dans la spécialité	2214	2445	2543

Les praticiens des autres spécialités chirurgicales (Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), ophtalmologie, stomatologie) ont été sollicités mais n'ont pas donné suite. Le niveau

d'activité de ces spécialités est sensiblement inférieur à celui des spécialités viscérale et orthopédique et est réparti sur un plus grand nombre de praticiens (environ 600<sup>6</sup> interventions réalisées par 7 chirurgiens). Ce moindre niveau d'activité individuelle conjugué à l'exercice d'activités externes à l'hôpital peut expliquer pour partie l'absence d'intérêt pour la PCV chez les praticiens de ces spécialités.

B) Arbitrer avec précaution entre engagement collectif et responsabilité individuelle.

Les praticiens ont des objectifs dont la réalisation dépend de l'organisation collective des services. Il est dès lors apparu opportun de proposer des objectifs d'activité collectifs. Cette méthode présente l'avantage de mutualiser les risques et de ne pas construire *a priori* une répartition entre praticiens des séjours à réaliser au sein d'une même spécialité. Elle laisse la répartition des patients entre les différents médecins à la discrétion de ces derniers et à l'organisation de leurs services. Toutefois, certains praticiens souhaitent, non sans soulever un paradoxe, que leur évaluation soit aussi indépendante que possible des résultats de leurs homologues. Ils sont ainsi demandés à ce qu'une partie des objectifs puisse être individualisée. Il s'agit notamment du volume de l'activité opératoire réalisée au cours de l'année. Certains praticiens refusent d'être pénalisés par le fait qu'un de leur collègue n'atteigne pas son objectif. Ils peuvent ainsi se montrer réticents à l'idée de s'engager sur un niveau collectif d'activité.

A la date de remise du présent mémoire (1<sup>er</sup> octobre 2007), la concertation menée sur cette problématique au CH de Mâcon semble aboutir au choix d'un engagement collectif sur le nombre d'interventions réalisées par spécialité.

C) Etre vigilant sur les motifs de caducité et les modalités de révision du contrat de PCV.

Les motifs de caducité du contrat de PCV relèvent essentiellement de la situation financière de l'établissement et notamment des conditions d'équilibre de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). Il semble toutefois indispensable que la direction du CH de Mâcon honore son engagement de versement de l'intégralité du montant de la PCV calculée à partir du niveau d'atteinte des objectifs.

---

<sup>6</sup> Pour le confort de la lecture, certains chiffres ne sont pas écrits en toutes lettres dans la suite du mémoire.

Les modalités de révision de l'engagement répondent aux évolutions observées dans l'exercice de l'activité de chirurgie (accroissement, diminution, création ou suppression de plages d'activité). L'outil doit être souple d'utilisation : en ce sens, ses modalités de révision doivent être définies et délimitées initialement.

Les motifs de caducité et les modalités de révision de l'engagement sont exposés dans l'article 6 du projet de contrat de PCV dont la dernière version connue à la date de remise du mémoire (1<sup>er</sup> octobre 2007) est fournie en Annexe A.

- D) Traiter le contrat de PCV comme une anticipation de la troisième version de la certification des EPS.

La troisième version de la certification reposera sur une évaluation des pratiques professionnelles à partir de référentiels et d'indicateurs quantitatifs. Le contrat PCV préfigure ce type d'évaluation en reposant sur une série de critères quantitatifs et qualitatifs d'activité et de qualité des soins.

## **2 De l'arrêté du 28 mars 2007 au contrat de part complémentaire variable de rémunération : à la recherche du bon contrat.**

### **2.1 L'arrêté du 28 mars 2007.**

La PCV est une indemnité prévue au 5° alinéa des articles D.6152-23-1 et D.6152-220-1 du Code de la Santé Publique (CSP). L'article D.6152-23 renvoie aux Praticiens Titulaires Temps Plein (PTTP) et l'article D.6152-220 aux Praticiens Titulaires Temps partiel (PTTp).

Le 5° alinéa évoque «une indemnité correspondant à une part complémentaire variable de rémunération mentionnée (visée) au 1° alinéa de l'article R.6152-23 (R.6152-220) et subordonnée au respect d'un engagement contractuel déterminant, dans le respect des dispositions des articles R.4127-5, R.4127-95, R.4127-97, R.4127-249 et R.4235-18 du présent code, des objectifs de qualité et d'activité mesurés par des indicateurs définis par l'arrêté ».

#### **2.1.1 Les principes déontologiques.**

Pour mémoire, les articles R.4127-5, R.4127-95, R.4127-97, R.4127-249 et R.4235-18 font partie du Code de déontologie médicale insérée dans le CSP.

Ces articles s'inscrivent comme suit dans le Code de déontologie médicale :

Titre 1 – Devoirs généraux des médecins.

R.4127-5 : « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ».

Titre 2 – Devoirs envers les patients.

Titre 3 – Rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé.

Titre 4 – De l'exercice de la profession.

- [...]

- Exercice salarié de la médecine.

R.4127-95 : « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions ».

R.4127-97 : « Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins ».

Les articles R.4127-249 et R.4235-18 relèvent respectivement des Codes de déontologie des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens.

- R.4127-249 : « En cas d'exercice salarié, la rémunération du chirurgien-dentiste ne peut être fondée sur des normes de productivité et de rendement qui seraient susceptibles de nuire à la qualité des soins et de porter atteinte à l'indépendance professionnelle du praticien. Le Conseil de l'ordre veille à ce que les dispositions du contrat respectent les principes édictés par la loi et le présent code de déontologie ».
- R.4235-18 : « Le pharmacien ne doit se soumettre à aucune contrainte financière, commerciale, technique ou morale, de quelque nature que ce soit, qui serait susceptible de porter atteinte à son indépendance dans l'exercice de sa profession, notamment à l'occasion de la conclusion de contrats, conventions ou avenants à objet professionnel. »

### **2.1.2 Les éléments constitutifs de la rémunération d'un praticien.**

Pour rappel, les éléments constitutifs de la rémunération d'un praticien sont les suivants :

- PTPP - Article R.6152-23 : « Les praticiens perçoivent après service fait :

1° Des émoluments mensuels variant selon l'échelon des intéressés. Ces émoluments sont fixés par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Ils suivent l'évolution des traitements de la fonction publique, constatée par le ministre chargé de la santé ;

2° Des indemnités et allocations dont la liste est fixée par décret. »

- PTTp - Article R.6152-220 : « Les praticiens perçoivent après service fait :

1° Des émoluments mensuels variant selon l'échelon des intéressés et la durée des obligations hebdomadaires de service hospitalier. Ces émoluments sont fixés par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Ils suivent l'évolution des traitements de la fonction publique, constatée par le ministre chargé de la santé ;

2° Des indemnités et allocations dont la liste est fixée par décret. »

### 2.1.3 Illustration du montant de la part complémentaire variable de rémunération.

La PCV correspond à un taux des émoluments annuels bruts.

Le tableau ci-dessous donne pour un praticien titulaire exerçant à temps plein le traitement annuel brut et le montant maximal de la PCV à chaque échelon.

**Tableau 5 : Echelon, traitement annuel brut et montant maximal de la PCV (exemple d'un praticien temps plein).**

Personnels concernés	Montants des émoluments hospitaliers au 1 <sup>er</sup> février 2007 (en euros)	Montant maximal de la PCV (en euros)
13° échelon	87095,19	13064,28
12° échelon	83403,04	12510,46
11° échelon	73361,79	11004,27
10° échelon	70431,10	10564,67
9° échelon	65546,70	9832,01
8° échelon	63267,37	9490,11
7° échelon	61313,65	9197,05
6° échelon	57243,38	8586,51
5° échelon	53498,58	8024,79
4° échelon	51219,24	7682,89
3° échelon	49916,87	7487,53
2° échelon	48776,97	7316,55
1° échelon	47962,99	7194,45

Source : Arrêté du 8 février 2007 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

Le calcul de la PCV est fait à partir des émoluments de l'année sur laquelle porte l'évaluation du contrat. Le montant de la PCV relative à l'exercice 2006 sera versé en 2007 sur la base des éléments perçus en 2006.

## 2.2 Les prérequis du contrat.

Le tableau ci-dessous reprend la liste des prérequis du contrat de PCV.

**Tableau 6 : Liste des prérequis du contrat PCV.**

Critères	Existence
<b>Activité chirurgicale globale de l'établissement (source = CCAM).</b>	
Nombre d'interventions réalisées par an supérieur à 2000.....	OUI/NON
Sauf dérogation exceptionnelle accordée par le DARH après avis du Conseil National de la Chirurgie (CNC).	
<b>Organisation du temps de travail médical.</b>	
Existence d'un tableau de service mensuel :	
Prévisionnel.....	OUI/NON
Réalisé.....	OUI/NON
Le repos quotidien est assuré (sauf circonstances exceptionnelles).....	OUI/NON
<b>Lutte contre les infections nosocomiales.</b>	
Mise en œuvre des éléments suivants :	
Protocole antibioprophylaxie.....	OUI/NON
Protocole de préparation des opérés.....	OUI/NON
Protocole de surveillance des Accidents d'Exposition au Sang (AES) .....	OUI/NON
Programme de surveillance des Bactéries Multi-Résistantes aux antibiotiques (BMR).....	OUI/NON
Surveillance des postes de lavage des mains.....	OUI/NON
Surveillance du traitement de l'air.....	OUI/NON
Surveillance des infections du site opératoire.....	OUI/NON
Déclaration des infections nosocomiales.....	OUI/NON

Source : Arrêté du 28 mars 2007.

Tous les prérequis sont appréciés de façon binaire : soit ils sont vérifiés, soit ils ne le sont pas. Ils portent sur trois grandes rubriques :

- l'activité chirurgicale globale de l'établissement,
- l'organisation du temps de travail médical,
- la lutte contre les infections nosocomiales.

### **2.2.1 L'activité chirurgicale globale de l'établissement.**

« [L'] arrêté réserve la part complémentaire variable aux chirurgiens exerçant dans les établissements pratiquant plus de 2000 actes par an. Ce n'est pas acceptable vis-à-vis de praticiens qui exercent dans des établissements ne remplissant pas ces conditions et qui exercent dans des conditions exemptes de tout reproche. » Tel est l'avis rendu par le Conseil National de l'Ordre des Médecins lors de sa consultation sur la PCV. La restriction de la PCV aux seuls établissements de santé dont le bloc opératoire réalise plus de 2000 interventions par an est en cohérence avec l'une des principales conclusions du rapport<sup>7</sup> ministériel présenté par Guy VALLANCIEN en avril 2006. L'opportunité du maintien d'un bloc opératoire dans des centres hospitaliers de faible activité est examinée à l'aune de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux. Le premier prérequis du contrat PCV prend acte de l'hypothèse d'une fermeture à court ou moyen terme des blocs opératoires où l'activité est insuffisante pour assurer la pérennité du service de chirurgie.

L'activité du CH de Mâcon est largement supérieure au seuil annuel des 2000 interventions (interventions comportant au moins un acte classant de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)). En 2005, il y a eu 2445 interventions en orthopédie, 1959 interventions en viscéral, 640 en ORL, ophtalmologie et stomatologie, 107 en anesthésie et 309 en gynécologie, soit un total de 5460 interventions. En 2006, il y a eu 2543 interventions en orthopédie, 2125 interventions en viscéral, 619 en ORL, Ophtalmologie et stomatologie, 339 en anesthésie et 357 en gynécologie, soit un total de 5983 interventions.

Les Objectif Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) contenus dans le CPOM retiennent une hypothèse de croissance continue et régulière des séjours de chirurgie pour le CH de Mâcon. Toutefois, les conséquences de l'ouverture de la Polyclinique du Val-de-Saône et la montée en charge de son activité restent difficilement prévisibles. Dès lors, le CH de Mâcon devra être attentif au recrutement de ses patients s'il souhaite conforter ou du moins maintenir son activité de chirurgie.

---

<sup>7</sup> VALLANCIEN (G.), *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*. Rapport ministériel. Ministère de la santé. Avril 2006.



## **2.2.2 L'organisation du temps de travail médical.**

Au CH de Mâcon, l'organisation du temps de travail médical est construite et retracée à l'aide de tableaux de service mensuels.

Le repos quotidien est assuré. Les chirurgiens viscéraux et les chirurgiens orthopédistes sont organisés pour assurer la permanence des soins par des astreintes de sécurité ou opérationnelles.

## **2.2.3 La lutte contre les infections nosocomiales.**

Les critères relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales sont au nombre de sept.

### **A) Le protocole antibioprophylaxie.**

- Le protocole antibioprophylaxie sert à la prévention de l'infection postopératoire. Il ne concerne ni le traitement d'infections distales (autres sites que le site chirurgical) ni la prévention d'infections nosocomiales.
- Les situations concernées sont :
  - o les procédures avec un risque élevé d'infection,
  - o la chirurgie avec implantation de prothèses,
  - o les procédures pour lesquelles les conséquences d'infections sont très sévères.

Les pratiques des chirurgiens doivent être conformes aux dispositions de l'antibioguide 2005 de l'ARH de Bourgogne. Ce document, établi par la Commission des anti-infectieux de l'ARH de Bourgogne, consigne les recommandations issues de conférences de consensus et de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Il donne par spécialité chirurgicale et pour chaque grand type d'acte chirurgical les bactéries cibles et les produits prophylactiques avec leurs posologies.

### **B) Le protocole de préparation des opérés.**

- Il s'agit de la préparation pré-opératoire, en unité d'hospitalisation, d'un patient valide ou non valide dans le cadre d'une chirurgie programmée ou d'une urgence différée : dépilation et antiseptie de la peau, habillage, entretien de la literie.
- Une procédure est applicable depuis 2001 à tous les services de court séjour du CH de Mâcon. Elle rappelle les consignes à observer aux différents temps antérieurs à l'acte opératoire en distinguant trois cas de figure : patient valide

entrant le matin de l'intervention, patient valide entrant dans les jours précédant l'intervention, patient non valide.

- Une procédure est en cours d'élaboration pour les séjours réalisés en chirurgie ambulatoire.

C) Le protocole de surveillance des Bactéries Multi-Résistantes aux Antibiotiques (BMR).

- Un suivi en continu des BMR est réalisé avec le réseau d'hygiène de Bourgogne coordonné par le CHU de Dijon.
- En 2007, le CH de Mâcon participe à l'Enquête régionale d'incidence des BMR en réseau avec le Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) Est. Cette enquête a deux objectifs :
  - o Evaluer l'efficacité des mesures de prévention de l'émergence et de la diffusion des BMR à partir d'indicateurs validés :
    - Proportion de *Staphylococcus Aureus* Résistants à la Méricilline (SARM) dans les prélèvements effectués à des fins diagnostiques.
    - Incidence pour 100 admissions et pour 1000 journées d'hospitalisation des prélèvements à visée diagnostique positifs à SARM et à entérobactéries productrices de bêta lactamase à spectre élargi.
  - o Analyser les tendances évolutives de ces indicateurs à l'échelle des établissements et du réseau.

D) La surveillance des postes de lavage des mains.

- L'installation de filtres jetables sur les auges chirurgicales du bloc opératoire permet de se dispenser de contrôles bactériologiques.

E) Le protocole de surveillance des Accidents d'Exposition au Sang (AES).

- La surveillance des AES fait partie des priorités nationales dans le domaine de la lutte contre le risque infectieux et figure notamment dans le manuel de la deuxième version de l'accréditation (référence 7).
- Les objectifs sont doubles :
  - o Connaître : Il s'agit d'organiser un recueil épidémiologique standardisé de données de surveillance à partir d'un réseau d'établissements pour obtenir des données épidémiologiques significatives au niveau interrégional puis national.

- Favoriser la prévention : Il convient de comparer les données de l'établissement à des résultats interrégionaux puis nationaux recueillis selon une méthodologie similaire.
- Le CH de Mâcon participe volontairement avec les accords mutuels du président du CLIN et du médecin du travail. Sur l'année 2006, le CH a rempli pour chaque AES une fiche de recueil standardisée et rendue anonyme. Tous les AES survenant dans l'établissement chez un membre du personnel, un étudiant ou un stagiaire et déclarés à la médecine du travail étaient inclus dans l'étude.
- Le médecin du travail est la personne chargée du recueil épidémiologique des données concernant les AES et du remplissage de la fiche.

F) La surveillance des infections du site opératoire.

- Une enquête d'incidence a été réalisée en 2006 en lien avec le réseau « Infections du site opératoire » du CCLIN Est.
- Les objectifs sont doubles :
  - Estimation du taux d'incidence des infections de site opératoire, superficielles et profondes à partir d'interventions fréquemment réalisées au CH de Mâcon. Le taux a été rapporté aux facteurs de risque du patient estimés par l'index du National Nosocomial Infections Surveillance System (NNISS).
  - Production d'indicateurs pour le tableau de bord annuel de la lutte contre les infections nosocomiales.
- Les interventions étudiées concernaient, entre autres spécialités, l'orthopédie (prothèse totale de hanche de première intention) et la chirurgie digestive (cholécystectomie hors cholécystite aiguë et angiocholite). La surveillance était ciblée sur 100 interventions. Les résultats ont été mis en regard avec les données nationales observées entre 1999 et 2004.
- En 2007, le CH de Mâcon participe à l'enquête régionale d'incidence des infections nosocomiales de site opératoire en réseau avec le CCLIN Est.
- Ces surveillances pourront être utilisées dans les années à venir. En effet, l'item d'analyse « taux d'infection nosocomiale » pourra être mobilisé pour tout acte traceur qui sera surveillé par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) dans les prochaines années. L'opportunité d'inscrire l'acte traceur dans le contrat de PCV sera étudiée lors de l'élaboration de ce dernier.

G) La déclaration des infections nosocomiales.

- Les infections nosocomiales sont déclarées et documentées à partir de fiches de déclaration et de courriers (9%), de déclarations orales (8%) et de résultats

des enquêtes, des fiches d'alerte du laboratoire de biologie et des relevés bactériologiques (83%).

- Le bilan de l'année 2006 fait apparaître pour l'activité d'hospitalisation complète des services de chirurgie :
  - o Une baisse du taux d'incidence des infections nosocomiales à SARM entre 2005 et 2006 de 21 infections à 12 pour 100 000 journées d'hospitalisation.
  - o Une croissance lente des infections aux bacilles gram négatifs multi-résistants dans tous les services de chirurgie. Le taux d'incidence a été de 27 infections pour 100 000 journées d'hospitalisation contre 10 infections en moyenne sur les quatre années antérieures à 2006.
  - o Un niveau très faible des infections à clostridium difficile entre depuis 2005 avec un taux d'incidence de 3 infections pour 100 000 journées d'hospitalisation.
- L'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales en 2006 permet de situer le CH de Mâcon par rapport aux centres hospitaliers généraux de plus de 300 lits. Pour ces derniers, le taux global de prévalence des infections nosocomiales acquises dans l'établissement est de 4,7 pour 100 patients. Celui-ci est de 3,6 pour 100 patients. Le taux de prévalence des patients infectés est de 3,1 pour 100 patients (plusieurs infections peuvent être portées par un même patient). Le CH de Mâcon se situe en dessous des valeurs nationales pour les établissements de sa catégorie (centres hospitaliers généraux de plus de 300 lits).

#### H) La surveillance du traitement de l'air.

- La surveillance du traitement de l'air répond aux exigences relatives à la maîtrise de la contamination aéroportée ou particulaire et de la biocontamination.
- En 2005 toutes les salles du bloc opératoire ont été qualifiées avant ouverture suite à des travaux. Des contrôles réguliers sont effectués par des prestataires extérieurs ou par le service d'hygiène et sont coordonnés par ce dernier. Les essais aérauliques, les paramètres de confort, la classification particulaire ainsi que la qualification microbiologique donnent des résultats satisfaisants au regard des exigences réglementaires.

## 2.2.4 L'évaluation des prérequis avant la signature du contrat : Qui fournit quoi ?

Les services responsables du recueil et de la validation des informations sur les prérequis des contrats de PCV sont le Département d'Information Médicale (DIM), la Direction des Ressources Humaines (DRH), l'EOH et la médecine du travail.

**Tableau 7 : Identification des services informateurs sur les prérequis du contrat.**

Critères	Service informateur
<b>Activité chirurgicale globale de l'établissement (source = CCAM).</b>	
Nombre d'interventions réalisées par an supérieur à 2000.....	DIM
Sauf dérogation exceptionnelle accordée par le DARH après avis du Conseil National de la Chirurgie (CNC).	
<b>Organisation du temps de travail médical.</b>	
Existence d'un tableau de service mensuel :	
Prévisionnel.....	DRH
Réalisé.....	DRH
Le repos quotidien est assuré (sauf circonstances exceptionnelles).....	DRH
<b>Lutte contre les infections nosocomiales.</b>	
Mise en œuvre des éléments suivants :	
Protocole antibioprophylaxie.....	EOH
Protocole de surveillance des accidents d'exposition au sang.....	Médecine du travail
Protocole de préparation des opérés.....	EOH
Programme de surveillance des Bactéries Multi-Résistantes aux antibiotiques (BMR).....	EOH
Surveillance des postes de lavage des mains.....	EOH
Surveillance du traitement de l'air.....	EOH
Surveillance des infections du site opératoire.....	EOH
Déclaration des infections nosocomiales.....	EOH

Source : Arrêté du 28 mars 2007.

## **2.3 Le contenu du contrat de PCV.**

Le contenu du contrat est précisé à l'article 2 de l'arrêté du 28 mars 2007.

Article 2 : « L'engagement contractuel porte à la fois sur des objectifs de qualité et des objectifs d'activité. [...]

Le contrat fixe annuellement en cohérence avec le contrat de pôle les objectifs de qualité et d'activité – à l'exclusion de l'activité libérale – déterminés par des indicateurs dont la liste figure en annexe du présent arrêté. Le contrat précise les conditions d'attribution de la part complémentaire variable et les modalités d'évaluation de l'engagement. Les tableaux 1, 4 et 5 figurant en annexe du présent arrêté dûment complétés sont joints au contrat initial et à chaque révision.»

A la date de remise du mémoire (1<sup>er</sup> octobre 2007), les contrats de pôle ne sont pas signés.

Les trois tableaux cités dans l'article 2 (Tableau 1 : Liste des prérequis à remplir ; Tableau 4 : Grille d'appréciation des critères d'attribution ; Tableau 5 : Grille de cotation à appliquer) seront adaptés puis intégrés dans les annexes des contrats de PCV. Les annexes des contrats de PCV sont fournies aux annexes B, C et D du mémoire.

### **2.3.1 Les objectifs de qualité et d'activité : nature et détermination.**

Le contrat de PCV repose sur une évaluation annuelle de critères d'activité et de qualité. Ces critères sont en partie imposés par l'arrêté du 28 mars 2007 et en partie choisis dans une liste réglementaire ou au niveau local.

Les critères ont été choisis d'une part pour leur facilité de production et de compréhension et d'autre part pour leur pertinence au regard des objectifs d'efficience et de qualité visés par le contrat de PCV.

A) Les critères d'activité.

Il s'agit de :

- l'activité opératoire publique.
- la part d'activité ambulatoire pour un ou plusieurs actes traceurs (entre 1 et 4).

- Spécialité orthopédique : les praticiens seront évalués sur deux actes traceurs qui sont l'arthroscopie thérapeutique du genou et la décompression du canal carpien.
- Spécialité viscérale : en l'absence d'acte traceur en ambulatoire, les points initialement associés à ce critère sont reportés sur l'activité opératoire publique et sur l'activité de consultations.
- l'activité de consultations.

a) *Activité opératoire publique.*

Les niveaux à atteindre en 2007 sont ceux observés en 2006 moyennant les hypothèses de croissance d'activité retenues dans l'EPRD et dans le CPOM ainsi que les éventuelles modifications des modalités d'exercice intervenues entre les deux années (répartition du temps entre plages d'opération et consultations, exercice d'une activité libérale). En l'occurrence, le CPOM prévoit une augmentation du nombre de séjours en chirurgie pour les patients issus du territoire de santé Sud Saône-et-Loire de 1,6% entre 2006 et 2007. Par ailleurs, les prévisions de recettes de l'EPRD ont été construites à partir d'une hypothèse de croissance du nombre de séjours de 1% tous secteurs d'activités confondus. Un taux de croissance de 1,6% a été appliqué aux données de l'année 2006 pour déterminer les objectifs cibles d'activité pour les équipes des deux spécialités chirurgicales.

b) *Part de l'activité réalisée en ambulatoire pour les actes traceurs de la spécialité d'orthopédie.*

En 2007, la Dotation Annuelle Complémentaire (DAC) du CH de Mâcon a subi un débasage suite à la mise en place d'un mécanisme incitatif de développement de la chirurgie ambulatoire.

Un potentiel d'activité en ambulatoire a été estimé par l'ARH de Bourgogne pour les cinq GHS concernés par une facturation T2A à 100%. Parmi les cinq GHM de la Catégorie Majeure (CM) numéro 24 correspondante aux séjours de moins de deux jours figure la décompression du canal carpien. Pour cet acte, la part de l'activité réalisable en ambulatoire a été fixée à 90%. En 2005, le CH de Mâcon a réalisé près de 80% des décompressions de canal carpien en ambulatoire. La valeur de 90% a été retenue dans les contrats des praticiens orthopédistes.

Pour l'arthroscopie thérapeutique du genou, le CPOM retient un objectif de 75% des séjours réalisés en ambulatoire. Cette valeur a été retenue dans les contrats des praticiens orthopédistes.

c) *Nombre de consultations.*

Il s'agit des consultations réalisées en externe dans le secteur public. Sont donc exclues de l'objectif les consultations au sein et à la demande des autres services de soins de l'établissement. De façon analogue à l'objectif du nombre annuel d'interventions, les niveaux à atteindre en 2007 sont ceux observés en 2006 moyennant les hypothèses de croissance d'activité retenues dans l'EPRD et dans le CPOM ainsi que les éventuelles modifications des modalités d'exercice intervenues entre les deux années (répartition du temps entre plages d'opération et consultations, exercice d'une activité libérale). Un taux de croissance de 1,6% a été appliqué aux données de l'année 2006 pour déterminer les objectifs cibles de consultations pour les équipes des deux spécialités chirurgicales.

B) Les critères de qualité.

Les critères de qualité sont au nombre de trois. Il s'agit de :

- l'obtention du certificat d'accréditation ou de renouvellement d'accréditation,
- la mise en œuvre d'un protocole de prévention des risque d'erreur de côté ou de patient,
- l'analyse selon trois items de trois actes traceurs choisis localement.

a) *Certificat d'accréditation.*

Pour les praticiens non engagés dans une démarche d'accréditation, il est proposé de remplacer ce critère par une évaluation de la qualité du codage.

L'accréditation est prévue à l'article L.4135-1 du CSP. Il s'agit de l'obtention du certificat d'accréditation ou de son renouvellement (accréditation de la qualité de la pratique professionnelle créée par la loi du 13 août 2004). L'article L.4135-1 énonce que « les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissement de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée dans les conditions mentionnées à l'article L.1414-3-3. L'accréditation est valable pour une durée de quatre ans. Les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. [...] ».

Aujourd'hui, les praticiens ont entamé une démarche volontaire d'inscription auprès des organismes délivrant une certification. La démarche d'obtention du certificat n'étant qu'à ses débuts, la direction du CH de Mâcon a décidé de ne pas activer ce critère dans la



notation. Le critère relatif à l'accréditation est remplacé par une évaluation de la qualité du codage de l'information médicale.

La qualité du codage de l'information médicale sera appréciée au regard du critère suivant : la retranscription intégrale des informations relatives aux Diagnostic Principal (DP), Diagnostic(s) Associé(s) (DA) et Complication(s) ou Morbidité(s) Associée(s) Sévère(s) (CMAS) afin d'avoir une répartition des séjours dans les Groupes Homogènes de Malades (GHM) la plus cohérente avec la prise en charge effective du patient. Il s'agit ici de limiter les pertes de recettes dues à une retranscription incomplète des informations sur le patient.

Pour évaluer cette qualité du codage, le CH de Mâcon pourra s'appuyer sur l'expertise de deux Techniciens de l'Information Médicale (TIM) dont l'un a été récemment recruté pour apporter un appui aux chirurgiens dans leurs pratiques du codage. La qualité du codage sera évaluée par le pourcentage de dossiers médicaux intégralement codés dans le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI), pourcentage estimé à partir d'un tirage aléatoire de trente dossiers par praticien.

*b) Protocole de prévention des risques d'erreur de côté ou de patient.*

La mise en œuvre de ce protocole répond à une recommandation de la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM) et recueille l'assentiment de tous les praticiens du CH de Mâcon.

*c) Analyse selon trois items de trois actes traceurs choisis localement.*

Pour chacune des deux spécialités, trois actes traceurs sont analysés à partir de un ou plusieurs item(s) d'analyse .

- Spécialité orthopédique :

**Tableau 8 : Items d'analyse des actes traceurs (chirurgie orthopédique).**

<b>Acte traceur 1 : Fracture extrémité supérieure du fémur.</b>	
Item 1 :	Durée Moyenne de séjour (DMS) inférieure au niveau de 2006.
Item 2 :	Taux de reprise inférieur au niveau de 2006.
Item 3 :	Taux de transfusion inférieur au niveau de 2006.
<b>Acte traceur 2 : Réparation en urgence des plaies tendineuses de la main.</b>	
Item 1 :	DMS égale au niveau de 2006.
Item 2 :	DMS inférieure au niveau de 2006.
Item 3 :	Taux de reprise inférieur au niveau de 2006.
<b>Acte traceur 3 : Prothèse totale de hanche.</b>	
Item 1 :	DMS inférieure au niveau de 2006.
Item 2 :	Taux de reprise inférieur au niveau de 2006.
Item 3 :	Taux de transfusion inférieur au niveau de 2006.

Les items d'analyse « Taux de reprise » et « Taux de transfusion » posent une difficulté pratique. L'estimation des taux sera plus robuste si elle se fait à partir de l'ensemble des patients opérés pendant l'année. Cependant, l'examen par les TIM des dossiers médicaux de tous les patients représente un exercice difficile à mener et une charge importante de travail. Par conséquent, deux hypothèses alternatives ont été soumises pour avis aux praticiens. La première consiste à évaluer les taux à partir d'un échantillon des dossiers même si la taille réduite de l'effectif majore l'imprécision de l'estimation. La seconde consiste à reporter l'intégralité des points sur l'item d'analyse de la DMS. Une partie des points est accordée si la DMS observée en 2007 est strictement inférieure à celle de 2006 et l'autre partie des points est obtenue si la DMS observée en 2007 est égale à celle de 2006.

- Spécialité viscérale :

**Tableau 9 : Items d'analyse des actes traceurs (chirurgie viscérale).**

<b>Acte traceur 1 : Cholécystectomie programmée.</b>	
Item 1 :	DMS inférieure au niveau de 2006.
Item 2 :	DMS égale au niveau de 2006.
Item 3 :	Taux de transfusion inférieure à une référence nationale.
<b>Acte traceur 2 : Chirurgie herniaire.</b>	
Item 1 :	DMS inférieure au niveau de 2006.
Item 2 :	DMS égale au niveau de 2006.
Item 3 :	Néant.
<b>Acte traceur 3 : Chirurgie hémorroïdaire.</b>	
Item 1 :	DMS inférieure au niveau de 2006.
Item 2 :	DMS égale au niveau de 2006.
Item 3 :	Néant.

Les objectifs à réaliser sont fixés soit par rapport aux niveaux observés au sein du CH de Mâcon en 2006 soit par rapport à des références nationales. En l'absence d'items difficiles à évaluer ou non pertinents, certains points ont été reportés sur le seul item de la DMS selon une méthode identique à celle retenue pour la spécialité d'orthopédie.

Comme pour l'objectif d'activité relatif au nombre annuel, une difficulté est à pointer : Faut-il apprécier les items d'analyse des actes traceurs au niveau individuel ou au niveau collectif ? La première solution garantie au praticien d'avoir la main mise sur le résultat. La seconde solution rend le résultat du praticien dépendant du comportement de ses collègues de travail. Toutefois, elle peut favoriser une saine émulation entre les praticiens de la même spécialité.

## **2.4 L'évaluation des engagements pris dans le contrat.**

### **2.4.1 La notation.**

- A) Les principes de la notation.

Le premier principe imposé par l'arrêté du 28 mars 2007 est de pondérer la note d'activité (10 points) par la note de qualité (10 points). Il est écrit dans l'article 4 de l'arrêté du 28

mars 2007 que « [...] dans le cadre de l'évaluation de la réalisation des objectifs d'activité et de qualité [...], le nombre de points obtenus au titre des critères d'activité est pondéré par le nombre obtenu au titre des critères qualité, sous réserve que pour chaque série de critères, un nombre suffisant de points ait été atteint ».

Le second principe souhaité par le chef d'établissement et validé par le Conseil exécutif est le caractère progressif et non linéaire de la notation, traduction du principe d'incitation. Cette progressivité apparaît d'une part dans la notation du niveau d'atteinte de l'objectif d'activité exprimée en nombre d'interventions et d'autre part dans le calcul du montant de la PCV à partir du score général exprimé sur 20 et obtenu à l'issue de l'évaluation de la mise en œuvre des objectifs du contrat.

B) Les modalités de notation.

a) *Activité opératoire publique.*

L'activité opératoire de l'équipe figure parmi les objectifs d'activité déterminés dans le contrat de PCV. Cette activité opératoire est mesurée en nombre d'interventions et rapportée à l'effectif de l'équipe.

Ce critère d'activité est réglementairement noté sur 5 points. Les modalités de notation de ce critère pourraient être les suivantes :

$$\text{Notation} = \text{Notation maximale} \times [\text{Pourcentage atteint du volume cible}]^3.$$

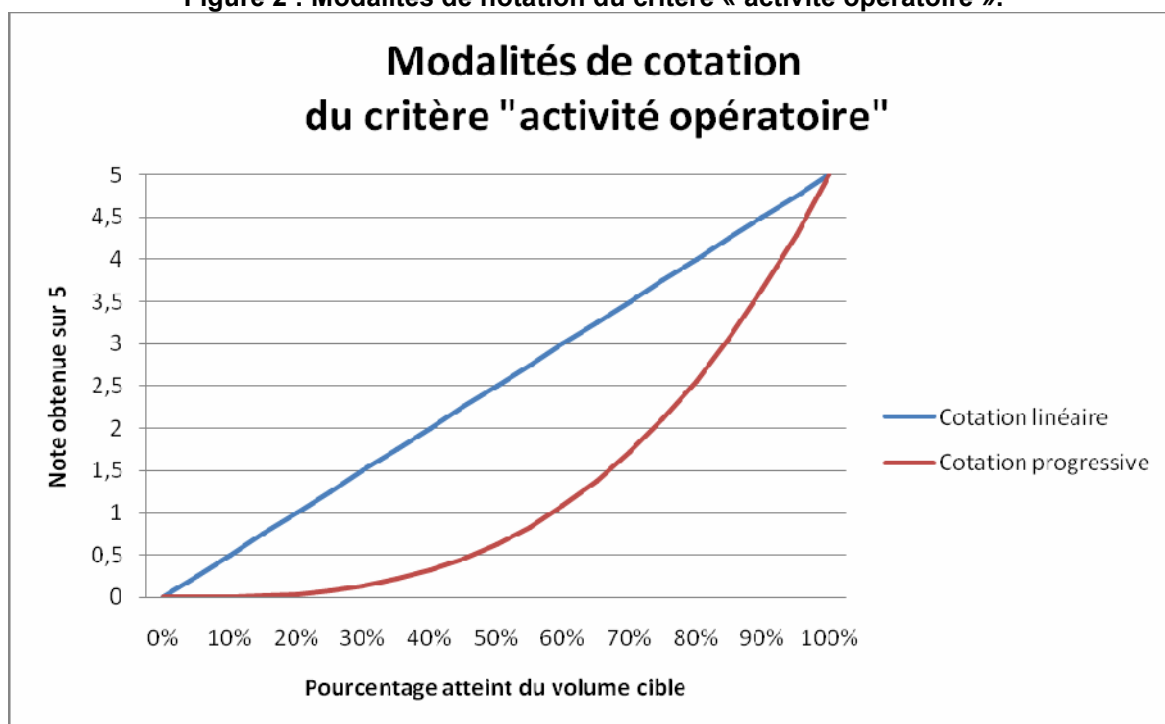
Cette formule donne à la notation un caractère progressif qui est fonction du volume d'activité réalisé. Elle a un effet incitatif plus important que si la notation était reliée de façon linéaire au volume d'activité. Le gain de points par une augmentation du volume d'activité sera d'autant plus grand que l'activité du praticien s'approche du volume cible.

Le tableau et le graphique suivants comparent les effets des notations linéaire et progressive en fonction du niveau d'activité.

**Tableau 10 : Modalités de notation du critère « activité opératoire ».**

Pourcentage atteint du volume cible	Principe de Progressivité		Principe de linéarité
	Pourcentage de la notation maximale attribué	Notation obtenue (sur 5 points)	Notation obtenue (sur 5 points)
100%	100%	5,0	5,0
95%	86%	4,3	4,75
90%	73%	3,6	4,5
85%	61%	3,1	4,25
80%	51%	2,6	4,0
50%	13%	0,6	2,5
25%	2%	0,1	1,25

**Figure 2 : Modalités de notation du critère « activité opératoire ».**



Le caractère progressif de la notation peut être accru par une modification de la formule arithmétique de calcul.

En l'absence d'acte réalisable en ambulatoire, recensé dans la liste de l'arrêté du 28 mars et pratiqué au CH de Mâcon pour la spécialité de chirurgie viscérale, il convient de noter conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 mars 2007 l'activité opératoire sur 7 points et l'activité de consultation sur 3 points.

b) *Activité de consultations.*

La notation de l'activité de consultations repose sur un principe de linéarité selon la formule suivante :

$$\text{Notation} = \text{Notation maximale} \times \text{Pourcentage atteint du volume cible}$$

c) *Qualité du codage.*

La qualité du codage est évaluée à partir de l'examen de la conformité de 30 dossiers tirés au hasard. Le nombre de points attribués sur un total de 5 est déterminé selon la règle exposée dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 11 : Modalités de notation du critère « qualité du codage ».**

Pourcentage de dossiers conformément codés	Nombre de dossiers conformément codés sur un tirage aléatoire de 30 dossiers	Note obtenue sur 5
[ 0% ; 50% [	[ 0 ; 15 [	0
[ 50% ; 70% [	[ 15 ; 21 [	1
[ 70 % ; 80% [	[ 21 ; 24 [	2
[ 80 % ; 90 % [	[ 24 ; 27 [	3
[ 90% ; 95% [	[ 27 ; 28 [	4
[ 95 % ; 100%]	[29 ; 30 ]	5

Lecture : Si le pourcentage de dossiers conformément codés est supérieur à 95%, c'est-à-dire que le nombre de dossiers conformément codés parmi les 30 tirés au sort est supérieur ou égal à 29, le praticien obtient 5 points sur 5 pour le critère de qualité du codage.

Le barème retenu pour la cotation de ce critère présente un avantage par rapport au choix d'une progression cible définie en pourcentage d'évolution. Il permet de s'affranchir de la situation historique de l'établissement : peu importe si le praticien part d'un niveau de qualité faible ou élevée, le critère est toujours opérationnel et pourra être reconduit pour les prochains contrats.

## 2.4.2 Le calcul du score général.

La formule de calcul du score général est fixée par l'arrêté du 28 mars 2007. Le score général permet d'apprécier le niveau de réalisation des objectifs fixés au contrat. C'est une note établie sur un total de 20 points.

Les critères d'activité sont notés sur un total de points égal à 10 (Total « Activité »).

Les critères de qualité sont notés sur un total de points égal à 10 (Total « Qualité »).

Ce score général est calculé à partir du Total « Activité » et du Total « Qualité » selon la formule suivante :

$$\text{Score général} = \text{Total « Activité »} + [\text{Total « Activité »} \times \text{Total « Qualité »}] / 10$$

Cette formule est d'application générale sauf dans un cas particulier. Si le Total « Activité » est inférieur ou égal à 6 points ou bien si le Total « Qualité » est inférieur ou égal à 4 points, le score général est égal à 0 conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 mars 2007.

La première condition (Total « Activité » inférieur ou égal à 6 points) implique que le praticien orthopédiste obtienne au moins 1 point au titre du critère « volume de l'activité opératoire » (noté sur 5 points). Il doit donc au moins atteindre 60 % du volume cible. Cette même condition implique que le praticien viscéral obtienne au moins 3 points au titre du critère « volume de l'activité opératoire » (noté sur 7 points). Il doit donc au moins atteindre 84 % du volume cible.

Le score général peut être vu comme la somme de deux termes. Le premier correspond au Total « Activité », le second au Total « Qualité » pondéré par le « Total « Activité » ». Les points obtenus sur les critères de qualité sont ainsi d'autant plus intégrés dans le score général qu'ils résultent d'un volume important d'activité. En d'autres termes, des résultats satisfaisants en termes de qualité mais obtenus sur un faible volume d'activité sont faiblement valorisés.

## 2.5 Les modalités de calcul du montant de la PCV.

Le principe de progressivité est aussi appliqué pour déterminer le montant de la PCV en fonction du score général obtenu sur 20 points selon la formule suivante :

$$\text{Montant de la PCV} = \text{Montant maximum} \times [\text{Score général} / 20]^3$$

Le montant maximum est égal à 15% des émoluments annuels tels que définis dans la partie 2.1.2 intitulée « Les éléments constitutifs de la rémunération d'un praticien ».

Pour rappel, toute note inférieure à 10 équivaut à une note égale à 0 pour le calcul du montant de la prime.

Le tableau et le graphique ci-après comparent les effets des notations linéaire et progressive en fonction du score général obtenu à l'issue de l'évaluation du contrat de PCV.

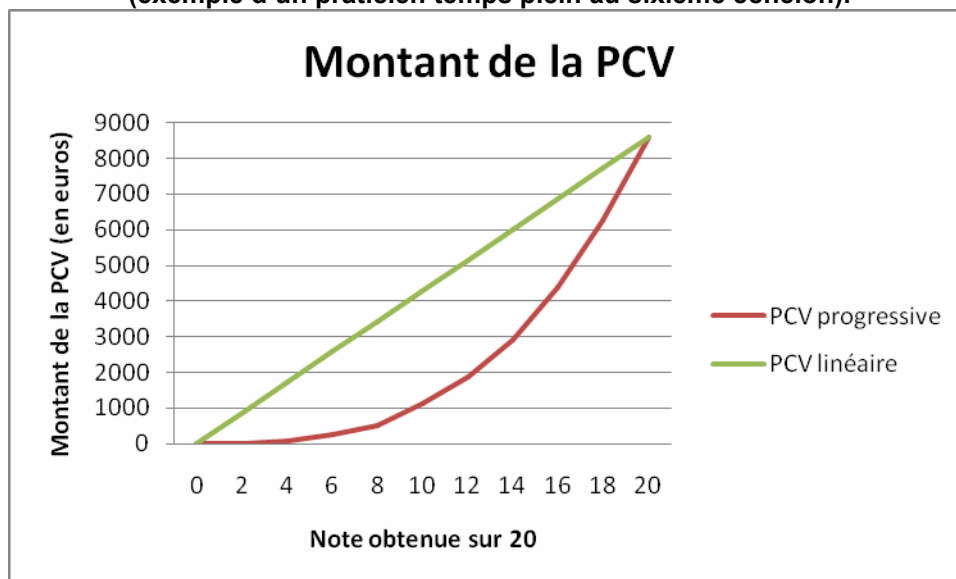
Pour un praticien temps plein classé au sixième échelon dont les émoluments annuels bruts sont de 57243,38 euros, le montant maximum de la PCV s'élève à 15% de son montant, soit 8586,51 euros.

**Tableau 12 : Modalités de calcul du montant de la PCV en fonction de la note d'évaluation.**

Note obtenue sur 20	<i>Principe de progressivité</i>		<i>Principe de linéarité</i>
	Montant de la prime (en % du montant maximum)	Montant de la prime (en euros arrondi à l'euro près)	Montant de la prime (en euros arrondi à l'euro près)
20	100%	8587	8587
18	73%	6269	7728
16	51%	4379	6870
14	34%	2920	6011
12	22%	1889	5152
10	13%	1116	4294
8	6%	515	3435
6	3%	258	2576
4	1%	86	1717
2	0,1%	9	859
0	0%	0	0



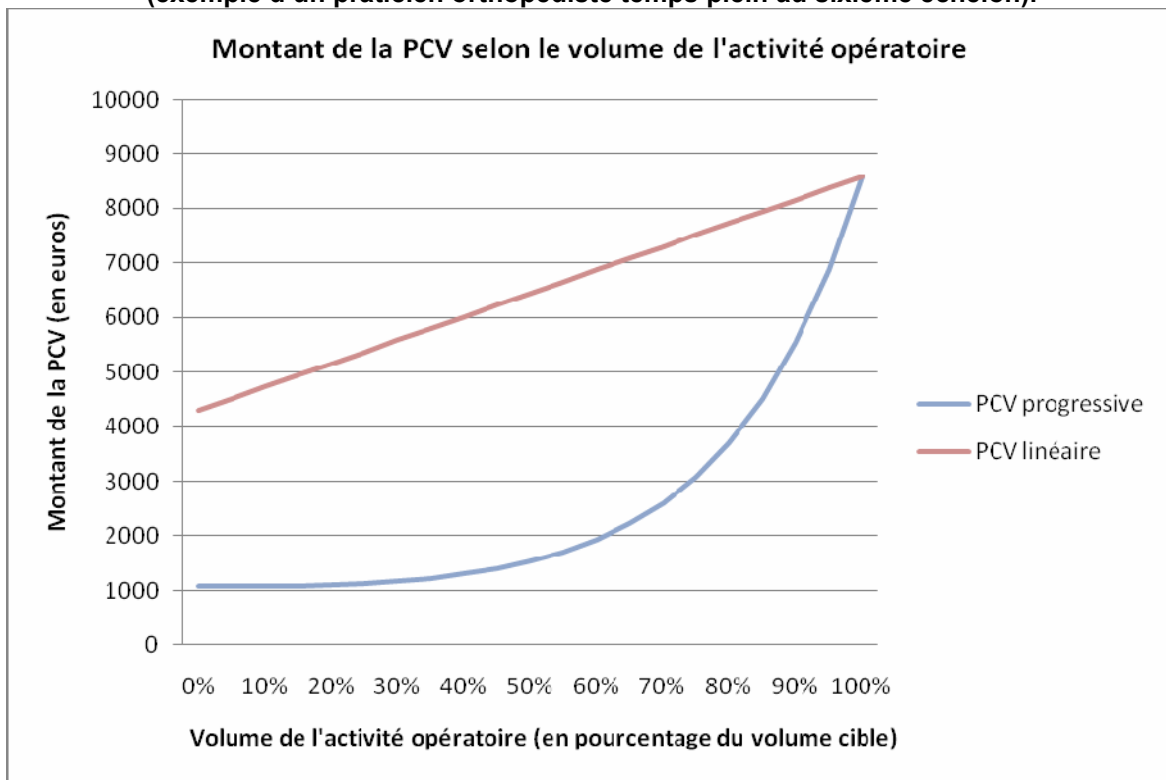
Figure 3 : Montant de la PCV selon la note d'évaluation  
(exemple d'un praticien temps plein au sixième échelon).



L'illustration graphique comporte deux courbes représentées en traits continus. Or, un score général inférieur à 10 points entraîne *de facto* un montant de PCV égal à 0. Les deux courbes devraient donc être confondues avec l'axe des abscisses pour la partie correspondant à un score général situé entre 0 et 10. Toutefois, il semble intéressant de représenter les hypothèses de calcul nonobstant la règle d'une PCV nulle en cas de score général inférieur à 10 points afin de mettre en évidence les effets différents des principes de linéarité et de progressivité appliqués pour le calcul du montant de la PCV.

La figure et le tableau ci-dessous résultent d'une simulation du montant de la PCV versé à un praticien orthopédiste situé au sixième échelon et dont les tous les objectifs sont intégralement atteints hormis celui de l'activité opératoire réalisée.

**Figure 4 : Montant de la PCV selon le volume de l'activité opératoire (exemple d'un praticien orthopédiste temps plein au sixième échelon).**



La notation progressive du critère de l'activité opératoire conjuguée au caractère progressif du montant de la PCV en fonction du score général permet d'avoir une croissance du montant de la PCV d'autant plus forte que l'activité est proche du volume cible.

**Tableau 13 : Montant de la PCV selon le volume de l'activité opératoire (exemple d'un praticien orthopédiste temps plein au sixième échelon).**

Activité			Qualité	Score général	Montants de la PCV	
Pourcentage atteint du volume cible (i)	Note obtenue sur 5 (ii = 5 x i³)	Total activité sur 10 (iii = ii + 5)	Total qualité sur 10 (iv = 10)	Score général sur 20 (v = iii + iii x iv / 10)	PCV progressive	PCV linéaire
0%	0,0	5,0	10	10,0	1073	4294
5%	0,0	5,0	10	10,0	1074	4508
10%	0,0	5,0	10	10,0	1077	4723
15%	0,0	5,0	10	10,0	1084	4938
20%	0,0	5,0	10	10,1	1099	5152
25%	0,1	5,1	10	10,2	1124	5367
30%	0,1	5,1	10	10,3	1163	5582
35%	0,2	5,2	10	10,4	1217	5796
40%	0,3	5,3	10	10,6	1293	6011
45%	0,5	5,5	10	10,9	1394	6226
50%	0,6	5,6	10	11,3	1528	6440
55%	0,8	5,8	10	11,7	1703	6655
60%	1,1	6,1	10	12,2	1930	6870
65%	1,4	6,4	10	12,7	2223	7084
70%	1,7	6,7	10	13,4	2600	7299
75%	2,1	7,1	10	14,2	3086	7514
80%	2,6	7,6	10	15,1	3710	7728
85%	3,1	8,1	10	16,1	4514	7943
90%	3,6	8,6	10	17,3	5548	8158
95%	4,3	9,3	10	18,6	6878	8372
100%	5,0	10,0	10	20,0	8587	8587

Lecture : Si tous les objectifs de qualité sont atteints, un praticien dont l'activité opératoire correspond à 85% du volume cible obtient une note d'activité opératoire de 3,1 sur 5. Son score général est de 16,1 sur 20. Le praticien reçoit une prime d'un montant de 7943 euros (PCV progressive) ou de 4514 euros (PCV linéaire).

## 2.6 Les conditions d'octroi de la PCV.

Les contrats de PCV et leurs conséquences financières (charges et produits) doivent être intégrés dans l'EPRD :

Article 4 : « [...] Le taux de l'indemnité [...] versée aux praticiens bénéficiaires [sera déterminée] dans la limite du plafond fixé à l'article 5 ci-dessous et en tenant compte de l'état des prévisions et des recettes de l'établissement.

Cet élément fait l'objet d'une clause dans le contrat de PCV proposé aux chirurgiens du CH de Mâcon. Cette clause stipule que : « Le présent contrat est automatiquement caduc si [...] il entre en contradiction avec l'EPRD ou le CPOM. »

Le taux de l'indemnité versée au titre de la PCV fait également l'objet d'une validation de la part de l'ARH.

L'article 4 de l'arrêté du 28 mars 2007 énonce que « [...] la proposition de taux est validée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis de la commission paritaire régionale qui dispose de l'évaluation prévue à l'article 3 et peut proposer une péréquation. Les contestations portant sur l'engagement contractuel et le niveau de l'indemnité sont examinées par la commission régionale paritaire. »

La commission paritaire régionale est un organe placé auprès du DARH et dont la composition et les missions sont précisés par les articles suivants du CSP.

- Composition - Article R.6152-325 : « La commission régionale paritaire placée auprès de chaque directeur d'agence régionale d'hospitalisation comprend au maximum seize membres désignés en nombre égal parmi :
  - 1° Des représentants des praticiens [...] désignés par les organisations syndicales les plus représentatives au plan national, à raison de deux membres par organisation ;
  - 2° Des représentants des directeurs et des présidents de commission médicale d'établissement des établissements publics de santé ainsi que des représentants des services départementaux et régionaux de l'Etat compétents en matière sanitaire, désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. [...] »
  
- Missions - Article R.6152-326 : « La commission régionale paritaire est consultée par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation sur :
  - [...] 2° Le suivi de la mise en œuvre des engagements relatifs à la part complémentaire variable de rémunération. [...] ».

### **3 De l'évaluation ex ante du contrat aux prolongements du dossier PCV.**

#### **3.1 L'évaluation de l'impact financier de la mesure.**

Une première estimation de l'impact financier de la mesure peut être faite à partir de l'hypothèse selon laquelle tous les chirurgiens atteindront l'intégralité des objectifs inscrits dans les contrats de PCV. A partir des émoluments annuels bruts (hors indemnités) estimés jusqu'au 31 décembre 2007, les PCV versées aux huit chirurgiens des deux spécialités représenteront au maximum un montant d'environ 74 000 euros.

Des simulations peuvent être réalisées à partir des données historiques des exercices 2005 et 2006. Il s'agirait d'estimer le coût de contrats virtuels de PCV mis en place en 2006 à partir des hypothèses retenues dans l'EPRD de 2006 et des données d'activité observées en 2005.

Si tous les praticiens atteignent l'intégralité des objectifs, la somme totale versée serait d'environ 74 000 euros. Est-il possible d'estimer les gains en termes de recettes financières générées par l'atteinte de ces objectifs ? Une première estimation des gains financiers peut être construite dans l'hypothèse d'une T2A à 100%. Cette estimation part de la recette moyenne produite par les interventions réalisées dans les spécialités de chirurgie viscérale et orthopédique. On fera ici l'hypothèse qu'il y a une équivalence entre le nombre de séjours et le nombre d'interventions même si, dans la pratique, plusieurs interventions peuvent être réalisées au cours d'un même séjour. On pourra ainsi estimer la recette moyenne d'une intervention par la recette moyenne d'un séjour. Avec une hypothèse d'une recette moyenne par séjour de 2600 euros pour la chirurgie viscérale et de 3000 euros pour la chirurgie orthopédique, une activité accrue en volume de 1,6% entre 2006 et 2007 crée, à tarifs GHS constants, une recette supplémentaire donnée par la formule suivante :

$$\boxed{\text{Recette supplémentaire} = \text{Recette moyenne par séjour} \times \text{nombre de séjours en 2006} \times 1,6\%}$$

Une application numérique de cette formule sur l'activité des deux spécialités chirurgicales à partir des tarifs observés en 2006 donne les résultats suivants

### Spécialité viscérale :

Avec un nombre d'interventions en 2006 égal à 1741 et une recette moyenne par séjour de 2600 euros, la recette supplémentaire pour la chirurgie viscérale est d'environ 70 000 euros.

### Spécialité orthopédique :

Avec un nombre d'interventions en 2006 égal à 1888 et une recette moyenne par séjour de 3000 euros, la recette supplémentaire pour la chirurgie viscérale est d'environ 90 000 euros.

En conclusion d'étape, l'atteinte des objectifs des contrats de PCV génère d'après les estimations précédentes un gain de recettes financières voisin de 160 000 euros (T2A à 100%) ou de 80 000 euros (T2A à 50%) entre les exercices des années 2006 et 2007. Au regard du coût maximum des contrats de PCV (74 000 euros), la mise en place de la part complémentaire variable de rémunération apparaît comme une opération susceptible d'accroître sensiblement le résultat d'exploitation des services de chirurgie et *de facto* celui du CH de Mâcon.

## **3.2 Le test *ex ante* du contrat.**

Le test *ex ante* du contrat de PCV consiste à réaliser à partir d'une situation fictive toutes les étapes de la vie d'un contrat de PCV, depuis sa signature jusqu'au versement de la PCV. Il s'agit d'identifier les différents services producteurs et utilisateurs d'informations (DIM, DRH, EOH etc.) Un protocole de suivi et d'évaluation des contrats de PCV était en cours d'élaboration en lien avec l'attaché d'administration hospitalière du CH de Mâcon à la date de remise du mémoire (1<sup>er</sup> octobre 2007).

Une fois signés, les contrats de PCV seront soumis au Conseil départemental de l'Ordre des médecins pour avis. En effet, « compte tenu des très fortes imprécisions du texte, il convient de rappeler que, comme pour tout contrat qui va engager un médecin, celui-ci doit nécessairement être communiqué au Conseil départemental de l'Ordre. En particulier, le niveau contractuel d'activité lui permettra d'apprécier l'existence ou non d'une altération de l'indépendance professionnelle. » Tel a été le constat dressé dans l'avis rendu par le Conseil National de l'Ordre des médecins sur la part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers.

Le Code de la Santé Publique, dans son article L.4113-9, prévoit l'obligation de communiquer les contrats, sans distinction suivant le statut des praticiens, libéral, salarié ou hospitalier.

- Article L.4113-9 : « Les médecins [...] doivent communiquer au conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession. [...] La communication prévue ci-dessus doit être faite dans le mois suivant la conclusion du contrat ou de l'avenant, afin de permettre l'application des articles L.4121-2 et L.4127-1. »
- Article L.4121-2 : « L'ordre des médecins [...] [veille] au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine [...] et à l'observation, par tous [ses] membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L.4127-1. Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale [...]. »
- Article L.4127-1 : « Un code de déontologie [...], préparé par le conseil national de l'ordre intéressé, est édictée sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat.

### **3.3 Les prolongements du dossier PCV au CH de Mâcon.**

#### **3.3.1 L'élargissement du contrat aux autres disciplines ou spécialités.**

L'élargissement du contrat de PCV aux autres disciplines ou spécialités est prévu par l'article 7 de l'arrêté du 28 mars 2007. « [...] Le dispositif sera progressivement étendu aux praticiens des autres disciplines ou spécialités par modification du présent arrêté. » La maquette des contrats de PCV propres aux chirurgiens a ainsi été conçue avec le souci d'être facilement adaptable aux praticiens des autres disciplines.

#### **3.3.2 La transposition du mécanisme incitatif dans d'autres dossiers du CH de Mâcon : la prime de service et les jours de « présentisme ».**

Les agents du CH de Mâcon bénéficient actuellement d'une prime équivalente à la rémunération de trois jours de travail s'ils ont été absents moins d'un certain nombre de jours au cours de l'année. Cette mesure non réglementaire sera révisée en 2008 afin d'accroître l'effet incitatif de la prime sur la présence des agents. Elle pourra intégrer la notion de progressivité entre le nombre de jours d'absentéisme et le montant de la prime

versée. Elle pourra par ailleurs être modulée selon les types de postes occupés par les agents afin de prendre en compte les différents niveaux de pénibilité des métiers et les niveaux de rémunération des agents.



## Conclusion

A l'instar d'autres EPS, le Centre Hospitalier de Mâcon en Bourgogne se doit de conserver sa part de marché pour l'activité de chirurgie eu égard à l'offre faite par les établissements privés. Pour ce faire, il a entrepris de mettre en oeuvre la PCV instaurée par l'arrêté du 28 mars 2007 et destinée à accroître l'attractivité du secteur public auprès des praticiens chirurgiens.

Le versement d'une rémunération complémentaire sous forme d'une prime pouvant aller jusqu'à 15% des émoluments d'un praticien a notamment pour visée de contrebalancer les effets d'exigences croissantes en matière de compétence, d'investissement ou de responsabilité dans l'exercice de la profession ou encore de contraintes économiques.

La mise en place de la PCV ne se fera pas sans difficulté. Elle induit de nombreuses craintes allant de la remise en cause du statut unique de praticien à l'introduction de la notion de productivité dans le secteur public. Elle nécessite l'adhésion des équipes médicales à un contrat passé avec la direction et les instances exécutives de l'établissement. Au Centre hospitalier de Mâcon, seuls les chirurgiens des spécialités de chirurgie viscérale et de chirurgie orthopédique ont opté pour l'application de la PCV.

L'élaboration du contrat nécessite des prérequis inhérents à l'activité chirurgicale globale de l'établissement, l'organisation du temps de travail médical et la lutte contre les infections nosocomiales. A titre d'exemple, l'établissement doit recenser plus de 2 000 actes par an, ce qui est le cas du Centre hospitalier de Mâcon. Ensuite, des objectifs de qualité et d'activité sont à déterminer et à intégrer dans le calcul d'une notation destinée à calculer le montant de la PCV. Une évaluation de son impact financier tant par le coût qu'elle pourra représenter que par les recettes supplémentaires qu'elle pourra générer est aussi à réaliser.

Les modalités contractuelles retenues pour la mise en application de la PCV ressortent comme des facteurs déterminants pour la réussite de celle-ci.

Si l'intégration dans la rémunération des chirurgiens exerçant en secteur public d'une prime basée sur la réalisation d'objectifs peut constituer une pierre d'achoppement entre différents acteurs du monde hospitalier, ne se révèle-t-elle pas comme une première mesure destinée à mieux faire reconnaître la compétence du secteur hospitalier public dans un monde économique concurrentiel ?

---

## Liste des tableaux et figures

---

### Tableaux

Tableau 1 : Bref historique des événements antérieurs à la mise en place de la PCV (page 9).

Tableau 2 : Liste des chirurgiens concernés par les contrats de PCV en 2007 (page 17).

Tableau 3 : Nombre d'interventions des chirurgiens viscéraux (activité publique) (page 18).

Tableau 4 : Nombre d'interventions des chirurgiens orthopédistes (activité publique) (page 18).

Tableau 5 : Illustrations du montant de la part complémentaire variable de rémunération (page 23).

Tableau 6 : Liste des prérequis du contrat de PCV (page 24).

Tableau 7 : Identification des services informateurs sur les prérequis du contrat de PCV (page 30).

Tableau 8 : Items d'analyse des actes traceurs (chirurgie orthopédique) (page 35).

Tableau 9 : Items d'analyse des actes traceurs (chirurgie viscérale) (page 36).

Tableau 10 : Modalités de notation du critère « activité opératoire » (page 38).

Tableau 11 : Modalités de notation du critère « qualité du codage » (page 39).

Tableau 12 : Modalités de calcul du montant de la PCV en fonction de la note d'évaluation (page 41).

Tableau 13 : Montant de la PCV selon le volume de l'activité opératoire (exemple d'un praticien orthopédiste temps plein au sixième échelon) (page 44).

### Figures

Figure 1 : Objectifs d'activité de chirurgie du CH de Mâcon sur son territoire de santé (page 6).

Figure 2 : Modalités de notation du critère « activité opératoire » (page 38).

Figure 3 : Montant de la PCV selon la note d'évaluation (exemple d'un praticien temps plein au sixième échelon) (page 42).

Figure 4 : Montant de la PCV selon le volume de l'activité opératoire (exemple d'un praticien orthopédiste temps plein au sixième échelon). (page 43)

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

Arrêté du 28 mars 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération prévue au 5° des articles D.6152-23-1 et D.6152-220-1 du code de la santé publique.

Arrêté du 8 février 2007 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la composition, à l'organisation et au fonctionnement de la commission régionale paritaire.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BOURGOGNE, 2006 – Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III (SROS III).

Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel. Août 2006.

## Ouvrage

VOLTAIRE, *Lettres philosophiques*, 1734, Editions Garnier Flammarion. Janvier 1999.

## Article

BOUFIES (J.), *Quel avenir pour la chirurgie publique ?* Revue hospitalière de France, n° 506, septembre - octobre 2005.

## Rapports

DOMERGUE (J.), GUIDICELLI (H.), *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*. Rapport ministériel. Ministère de la santé. Février 2003.

DOMERGUE (J.), GUIDICELLI (H.), *L'avenir de la chirurgie*. Conseil National de la Chirurgie. Septembre 2005.

BERLAND (Y.), *Rapport de la Commission de la démographie médicale*. Ministère de la santé. Avril 2005.

ROLAND (J.), *Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins sur le projet d'arrêté sur la part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers*. Janvier 2007.

VALLANCIEN (G.), *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*. Rapport ministériel. Ministère de la santé. Avril 2006.

D'AUTUME (C.), *Application du protocole d'accord du 24 août 2004 sur la chirurgie française*. Rapport de l'IGAS. Septembre 2006.

## Mémoire

HORELLOU (A.-M.), *Le système d'information à l'heure de la tarification à l'activité : architecture, modalités d'information et utilisations de l'information. L'exemple du CHU de Poitiers*. Mémoire ENSP, 2003.

## Sites Internet

Le service public de la diffusion du droit

<http://www.legifrance.gouv.fr>

Haute Autorité de Santé

<http://www.has-sante.fr>

Fédération hospitalière de France

<http://www.fhf.fr>

Banque de Données Hospitalière de France

<http://www.bdhf.fhf.fr>

Conseil National de la Chirurgie

<http://www.sante.gouv.fr>

Académie Nationale de Chirurgie

<http://www.bium.univ-paris5.fr/acad-chirurgie>

Académie Nationale de Médecine

<http://www.academie-medecine.fr>

Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs

<http://www.snphar.fr>

Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales de Bourgogne

<http://www.noso-bourgogne.org>

Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Est

<http://www.cclin-est.org>

---

## Liste des annexes

---

- A) Annexe A : Contrat relatif à la part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers (corps du contrat).

### **CONTRAT RELATIF A LA PART COMPLEMENTAIRE VARIABLE DE REMUNERATION DES PRATICIENS HOSPITALIERS**

Activité : .....  
Spécialité : .....  
Praticien : .....

#### **Références :**

Vu

- Les articles D 6152-23-1 et D 6152-220-1 (5°) du Code de santé publique,
- Les articles R 4127-5, 4127-95, 4127-249, 4235-18 du Code de santé publique,
- L'arrêté du 28 mars 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération des praticiens.

#### **Entre les parties :**

- Le directeur du Centre hospitalier de Mâcon, Monsieur FLOT-ARNOULD,
- Les responsables des pôles ambulatoire et hospitalisation de courte durée,
- Le Docteur .....relevant de la spécialité.

#### **Il est convenu et arrêté ce qui suit :**

##### **Article 1**

Le contrat relatif à la Part Complémentaire Variable de rémunération (PCV) prévu par l'arrêté du 28 mars 2007 est conclu pour l'année 2007 entre le directeur, les responsables des pôles ..... et le Docteur....., praticiens de la spécialité .....

Ce contrat ne peut être conclu et exécuté que si les prérequis figurant au tableau de l'annexe 1 sont remplis.

Ce contrat comporte deux annexes pour l'évaluation annuelle de son exécution.

##### **Article 2 : Nature et détermination des objectifs d'activité et de qualité**

Le contrat repose sur une évaluation annuelle de l'atteinte d'objectifs d'activité et de qualité. Les objectifs définis sont exclusifs de l'activité libérale.

- **Critères d'activité**

- Le nombre d'interventions par praticien,
- La part d'activité ambulatoire pour un ou plusieurs actes traceurs,
- L'activité de consultations externes par praticien.

Les objectifs d'activité pour l'année 2007 sont construits à partir :

- des niveaux d'activité observés en 2006,
- des éventuelles modifications des modalités d'exercice intervenues entre les deux années (répartition du temps entre plages opératoires et consultations, exercice d'une activité libérale).
- des hypothèses de croissance d'activité retenues dans l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et des objectifs du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

#### - Critères de qualité

- La qualité du codage de l'information médicale (ce critère remplace celui relatif à la démarche d'accréditation non activé pour 2007),
- La mise en œuvre d'un protocole de prévention des risques d'erreur de côté ou de patient,
- L'analyse selon trois items de trois actes traceurs choisis localement.

Les objectifs de qualité pour l'année 2007 sont fixés par rapport aux niveaux observés au Centre hospitalier de Mâcon en 2006 et/ou par rapport à des valeurs nationales.

### Article 3

La réalisation des objectifs de qualité et d'activité est évaluée annuellement conformément aux articles 4 et 5 du présent contrat.

### Article 4 : Modalités d'évaluation de l'engagement

L'engagement est évalué à partir des données issues du PMSI pour les indicateurs d'activité et d'un rapport établi par la direction de la qualité et de l'évaluation pour les indicateurs qualité.

L'ensemble des éléments d'évaluation est transmis par le Directeur à la Commission médicale d'établissement et au Conseil exécutif pour information.

### Article 5 : Modalités d'attribution de la part complémentaire variable

#### ▪ Modalités de notation de chaque critère

Le support de notation « Grille de notation à appliquer » est à l'annexe 2 du présent contrat.

#### - Critères d'activité

*Les critères d'activité sont évalués sur un total de points égal à 10.*

- Nombre d'interventions :

La formule suivante est appliquée pour déterminer la notation :

$$\text{Notation} = \text{notation maximale} \times [\text{pourcentage du volume cible atteint}]^3$$

- Part d'activité réalisée en ambulatoire pour certains actes
- Nombre de consultations

En cas d'absence pour maladie, pose de congés pris sur le Compte Epargne Temps, mise en disponibilité d'un praticien, les objectifs d'activité sont minorés à raison du temps d'absence du praticien concerné.

## - Critères de qualité

Les critères de qualité sont évalués sur un total de points égal à 10.

La notation de la qualité du codage est progressive par paliers avec obtention de la note maximale si 95% des dossiers sont correctement codés.

La notation des autres critères de qualité est binaire. Une atteinte partielle de l'objectif équivaut à une notation égale à 0. Une réalisation complète de l'objectif donne le nombre maximum de points.

### ▪ Calcul du taux d'application du contrat

Le score général permet d'apprécier le niveau de réalisation des objectifs fixés au contrat. C'est une note établie sur un total de 20 points.

Ce score est calculé à partir des informations recueillies dans le Tableau à l'annexe 2 du présent contrat.

Sa formule est :

$$\text{Score général} = \text{Total « activité »} + [\text{Total « qualité »} \times \text{Total « activité »}] / 10$$

Cas particulier :

Si le Total « activité » est inférieur ou égal à 6 ou si le Total « qualité » est inférieur ou égal à 4, le score général est égal à 0 conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 mars 2007.

### ▪ Calcul de la part complémentaire variable de rémunération

Le montant de la part complémentaire variable est donné par la formule suivante :

$$\text{Montant} = \text{Emoluments annuels} \times 15 \% \times [\text{Score général}/20]^3$$

Le montant calculé selon les modalités ci-dessus est soumis à l'avis de Monsieur le Directeur de l'ARH après avis de la Commission paritaire régionale.

### ▪ Versement de la part complémentaire variable de rémunération

La part complémentaire variable de rémunération est versée entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 mars de l'année qui suit l'application du présent contrat.

## **Article 6 : Caducité / révision / réalisation partielle**

a) Le présent contrat est automatiquement caduc si :

- l'un des prérequis figurant au tableau de l'annexe 1 n'est plus rempli au cours de l'année,
- il entre en contradiction avec l'EPRD ou le CPOM.

b) Le présent contrat est réexaminé si :

- le praticien quitte l'établissement, augmente ou réduit son taux d'activité, initie ou arrête une activité libérale,
- les contrats des pôles prévoient des objectifs différents ou contradictoires de ceux prévus au présent contrat.

c) Si le contrat est caduc ou réexaminé en cours d'année, une réalisation partielle est appliquée prorata temporis à la date de caducité ou de réexamen.

## Article 7 : Modalités de renouvellement

Le présent contrat est renouvelé annuellement de manière explicite à partir des résultats de l'évaluation visée à l'article 4.

## Article 8 : Règlement des différends

Les contestations portant sur l'engagement contractuel et le montant de la part complémentaire variable sont examinées par la commission régionale paritaire. Le présent contrat est renouvelé annuellement de manière explicite à partir des résultats de l'évaluation visée à l'article 4.

## Article 9 : Communication du contrat

Le présent contrat est communiqué Conseil départemental de l'Ordre des Médecins conformément aux dispositions de l'article L. 4113-9 du Code de santé publique.

A Mâcon, le.....

Le Directeur.

Le Responsable du pôle hospitalisation  
de courte durée.

Le Praticien.

Le Responsable du pôle ambulatoire.

- B) Annexe B : Contrat relatif à la part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers (Annexe 1 sur les prérequis).

### Annexe 1

#### Liste des prérequis

CRITERES	Viscérale		Orthopédie	
	Existence		Existence	
Activité chirurgicale globale de l'établissement (source = CCAM)				
Nombre d'interventions réalisées par an > 2000	oui	non	oui	non
<i>Sauf dérogation exceptionnelle accordée par le DARH après avis du CNC</i>				
Organisation du temps de travail médical :				
Existence d'un tableau de service mensuel				
* Prévisionnel	oui	non	oui	non
* Réalisé	oui	non	oui	non
Le repos quotidien est assuré (sauf circonstances exceptionnelles)	oui	non	oui	non
Lutte contre les infections nosocomiales :				
Mise en œuvre des éléments suivants :				
* Protocole antibioprofylaxie	oui	non	oui	non
* Protocole de préparation opérés	oui	non	oui	non
* Protocole de surveillance des BMR	oui	non	oui	non
* Surveillance des postes de lavage des mains	oui	non	oui	non
* Surveillance traitement de l'air	oui	non	oui	non
* Protocole AES (accidents d'exposition au sang)	oui	non	oui	non
* Surveillance des infections du site opératoire	oui	non	oui	non
* Déclaration des infections nosocomiales	oui	non	oui	non



- C) Annexe C : Contrat relatif à la part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers (Annexe 2 sur la grille de cotation à appliquer à la spécialité orthopédie).

### Annexe 2 : Grille de cotation à appliquer

#### Spécialité : Orthopédie

CRITERES	Objectif à réaliser	Réalisé	Notation maximale	Nombre de points obtenus	Type de notation
<b>ACTIVITE</b>					
<b>Activité opératoire publique</b> Nombre d'interventions faisant l'objet d'au moins un code CCAM sous réserve de leur validation par le contrôle externe de l'assurance maladie lors du contrôle PMSI	Niveau observé en 2006 majoré selon les hypothèses de l'EPRD et du CPOM et modulé selon les modalités d'exercice du praticien		5		Progressif
<b>Activité ambulatoire</b> Acte 1 : Arthroscopie thérapeutique du genou Nombre d'actes	Niveau observé en 2006 majoré selon les hypothèses de l'EPRD et du CPOM et modulé selon les modalités d'exercice du praticien		3		Binaire
% ambulatoire	75 %		0,75		Binaire
Acte 2 : Décompression du canal carpien Nombre d'actes	Niveau observé en 2006 majoré selon les hypothèses de l'EPRD et du CPOM et modulé selon les modalités d'exercice du praticien		0,75		Binaire
% ambulatoire	90 %		0,75		Binaire
<b>Activité de consultations</b> Nombre total de consultations	Niveau observé en 2006 majoré selon les hypothèses de l'EPRD et du CPOM et modulé selon les modalités d'exercice du praticien		2		Linéaire
<b>TOTAL ACTIVITE (1)</b>			<b>/10</b>		

CRITERES	Objectif à réaliser	Réalisé	Notation maximale	Nombre de points obtenus	Type de notation
<b>QUALITE</b>					
Qualité de codage	Conformité du codage au dossier sur un tirage aléatoire de 30 dossiers	50% = 1 pt 70% = 2 pts 80% = 3 pts 90 % = 4 pts 95% = 5 pts	5		Progressif
Prévention des risques	Rédaction et mise en œuvre d'un protocole de prévention des risques d'erreur de coté ou de patient		0,5		Binaire
Acte traceur 1 : Fracture extrémité supérieure du fémur	Item 1 - DMS = à 2006 Item 2 - DMS < à 2006 Item 3 - Néant		1 0,5		Binaire Binaire
Acte traceur 2 : Réparation en urgence des plaies tendineuses de la main	Item 1 - DMS = 2006 Item 2 - DMS < à 2006 Item 3 - Néant		1 0,5		Binaire Binaire
Acte traceur 3 : Prothèse totale de hanche	Item 1 - DMS ≤ 2006 ou Item 2 Infections nosocomiales ≤ 2% si étude EOH l'année concernée Item 3 - Néant		1,5		Binaire
<b>TOTAL QUALITE (2)</b>			<b>/10</b>		
<b>SCORE GENERAL = (1) + [(1) x (2) /10]</b> A la double condition que : <b>(1) &gt; = 6 points</b> <b>(2) &gt; = 4 points jusqu'au 01/07/08</b> <b>5 points jusqu'au 30/06/09</b> <b>6 points à compter du 01/07/09</b>			<b>20</b>		

Activité : pour les spécialités où l'activité ambulatoire n'existe pas, il convient de coter l'activité opératoire sur 7 points et l'activité de consultation sur 3 points

D) Annexe D : Contrat relatif à la part complémentaire variable de rémunération des praticiens hospitaliers (Annexe 2 sur la grille de cotation à appliquer à la spécialité viscérale).

### Annexe 2 : Grille de cotation à appliquer

Spécialité : Viscéral

CRITERES	Objectif à réaliser	Réalisé	Notation maximale	Nombre de points obtenus	Type de notation
<b>ACTIVITE</b>					
<b>Activité opératoire publique</b> Nombre d'interventions faisant l'objet d'au moins un code CCAM sous réserve de leur validation par le contrôle externe de l'assurance maladie lors du contrôle PMSI	Niveau observé en 2006 majoré selon les hypothèses de l'EPRD et du CPOM et modulé selon les modalités d'exercice du praticien		7		Progressif
<b>Activité de consultations</b> Nombre total de consultations	Niveau observé en 2006 majoré selon les hypothèses de l'EPRD et du CPOM et modulé selon les modalités d'exercice du praticien		3		Linéaire
<b>TOTAL ACTIVITE (1)</b>			<b>/10</b>		
CRITERES	Objectif à réaliser	Réalisé	Notation maximale	Nombre de points obtenus	Type de notation
<b>QUALITE</b>					
Qualité de codage	Conformité du codage au dossier sur un tirage aléatoire de 30 dossiers	50% = 1 pt 70% = 2 pts 80% = 3 pts 90 % = 4 pts 95% = 5 pts	5		Progressif
Prévention des risques	Rédaction et mise en œuvre d'un protocole de prévention des risques d'erreur de coté ou de patient		0,5		Binaire
Acte traceur 1 : Cholécystectomie programmée	Item 1 - DMS ≤ à 2006 Item 2 - Transfusions réalisées < à 2006 Item 3 - Néant		1 0,5		Binaire Binaire
Acte traceur 2 : Chirurgie herniaire	Item 1 - DMS = 2006 Item 2 - DMS < à 2006 Item 3 - Néant		1 0,5		Binaire Binaire
Acte traceur 3 : Chirurgie hémorroïdaire	Item 1 - DMS = 2006 Item 2 - DMS < à 2006 Item 3 - Néant		1 0,5		Binaire
<b>TOTAL QUALITE (2)</b>			<b>/10</b>		
<b>SCORE GENERAL = (1) + [(1) x (2) /10]</b>			<b>20</b>		
A la double condition que :					
<b>(1) &gt; = 6 points</b>		<b>(2) &gt; = 4 points jusqu'au 01/07/08 5 points jusqu'au 30/06/09 6 points à compter du 01/07/09</b>			