



**EHESP**

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2009-2011**

Date du Jury : **Décembre 2010**

---

**La politique d'intéressement dans les  
contrats de pôle : levier de nouvelles  
pratiques managériales et outil de  
mesure de la performance**

**Critères et indicateurs pour initier une politique  
d'intéressement au Centre Hospitalier**

**Jacques Lacarin de Vichy**

---

**Laëtitia JEHANNO**

---

# Remerciements

---

J'adresse mes sincères remerciements à Claude ROTH, Directeur Général du Centre Hospitalier de Vichy, pour sa disponibilité et son accompagnement pendant ce stage.

Ma reconnaissance s'adresse également à l'ensemble des professionnels de santé de l'Hôpital de Vichy, à la fois pour leur accueil chaleureux lors de mon premier stage et pour le temps qu'ils ont bien voulu me consacrer dans la réalisation de mes dossiers et de ce mémoire au cours de mon second stage.

J'exprime également ma gratitude à l'ensemble des membres de l'équipe de direction, notamment Michel AUDIBERT, mon maître de stage, pour leur accompagnement dans la réalisation de mes dossiers et leur aide précieuse.

Je tiens à remercier M. Philippe PEYRET pour les recommandations qu'il m'a données tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Que toutes les personnes qui ont accepté un entretien pour alimenter la réflexion de ce mémoire soient pareillement remerciées pour la richesse de leur analyse.

Merci enfin aux personnes qui ont pris le temps de relire ce mémoire pour leurs conseils avisés.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>1 L'élaboration d'une politique d'intéressement dans les contrats de pôle s'inscrit dans le cadre de la nouvelle gouvernance et d'un mode de management à la performance</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Largement répandu dans le secteur privé et les entreprises publiques, l'intéressement progresse dans la fonction publique</b>	<b>5</b>
1.1.1 Les origines de l'intéressement	5
A) Une expansion rapide dans le secteur privé et les entreprises publiques	5
B) Une mise en œuvre plus chaotique dans la fonction publique	5
1.1.2 Un contexte actuel favorable au développement de l'intéressement qu'il soit individuel ou collectif dans la fonction publique	7
A) Les raisons de la relance de la question dans la fonction publique	7
B) Une forte attente de la part des gestionnaires hospitaliers dans le cadre de la nouvelle gouvernance	8
<b>1.2 La politique d'intéressement vise à approcher la mesure de la performance d'un pôle en instaurant une nouvelle pratique managériale</b>	<b>11</b>
1.2.1 Rémunérer la performance dans le secteur public : comprendre les sources de la motivation et l'évaluer	11
A) Les enseignements sur la rémunération à la performance individuelle	11
B) La performance, une notion en vogue dans le monde hospitalier, complexe à appréhender	13
1.2.2 La politique d'intéressement, dernière étape de la nouvelle gouvernance, est le pendant obligatoire de la contractualisation et de la délégation de gestion	15
A) L'intéressement comme retour sur investissement des efforts consentis	15
B) L'intéressement comme outil de nouvelles pratiques de management et de conduite du changement	18
<b>2 Les modalités de définition de la politique d'intéressement conditionnent son appropriation par les acteurs de terrain : propositions pour le CHV</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Définir des critères et un montant en concordance avec les objectifs donnés à l'intéressement</b>	<b>21</b>
2.1.1 Le choix de critères d'intéressement aptes à mesurer la performance du pôle	21
A) Des critères multifactoriels pour concilier logique polaire et logique institutionnelle	21
B) La combinaison proposée pour enclencher une politique d'intéressement au CHV	26

2.1.2	Le succès de cette politique dépend de la somme mise en jeu et de la latitude donnée aux pôles pour utiliser cette prime	32
A)	Fixer un montant d'intéressement en lien avec la situation financière de l'établissement	32
B)	Le périmètre d'utilisation et de répartition de la prime : une marge de manœuvre pour les pôles	38
<b>2.2</b>	<b>Prévoir des indicateurs d'évaluation et de suivi pertinents pour affiner cette combinaison</b>	<b>41</b>
2.2.1	Le processus d'évaluation est au cœur du système d'intéressement	41
A)	Définir des indicateurs fiables et des outils de suivi de l'atteinte des objectifs	41
B)	Accompagner et dialoguer avec les pôles pour limiter la concurrence	44
2.2.2	Des critères évolutifs en fonction des priorités et selon un calendrier clair	46
A)	Anticiper les modifications des critères selon l'avancée des pôles et des projets de l'établissement	46
B)	Envisager l'extension du dispositif aux pôles médico-techniques et administratifs	47
	<b>Conclusion</b>	<b>51</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>53</b>
	<b>Liste des annexes</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance  
**CHV** : Centre Hospitalier de Vichy  
**CME** : Commission Médicale d'Etablissement  
**CREA** : Compte de REsultat Analytique  
**CREO** : Compte de REsultats par Objectifs  
**CSP** : Code la Santé Publique  
**CTE** : Comité Technique d'Etablissement  
**DAF** : Direction (et/ou Directrice) des Affaires Financières  
**DAF** : Dotation Annuelle de Fonctionnement  
**DAFIS** : DIM, Admissions, Finances, Informatique, Service social  
**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (Devenue DGOS)  
**DIM** : Département de l'Information Médicale  
**DMS** : Durée Moyenne de Séjour  
**EPIC** : Etablissement Public Industriel et Commercial  
**EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles  
**EPRD** : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses  
**EPS** : Etablissement Public de Santé  
**ETP** : Equivalent Temps Plein  
**FMC** : Formation Médicale Continue  
**FPH** : Fonction Publique Hospitalière  
**HAD** : Hospitalisation A Domicile  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**ICR** : Indice de Consommation de Ressources  
**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales  
**IPAQSS** : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins  
**MCO** : Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
**PCME** : Président de la Commission Médicale d'Etablissement  
**PSPH** : Etablissement Participant au Service Public Hospitalier (devenu ESPIC)  
**RLP** : Rémunération à La Performance  
**RUM** : Résumé d'Unité Médicale  
**SHA** : Solution Hydro-Alcoolique  
**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation  
**T2A** : Tarification à l'Activité

## Introduction

Le décret n°2010-656 du 11 juin 2010<sup>1</sup> relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les Etablissements Publics de Santé (EPS) renforce le pouvoir des chefs de pôles en approfondissant les champs de la délégation de gestion contenus dans le contrat de pôle. En contrepartie, l'arrêté du 11 juin 2010<sup>2</sup> fixe le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôles en distinguant une part fixe et une part variable selon l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat de pôle, consacrant sans le dire un intéressement individuel.

On le voit, la nouvelle gouvernance, mise en place par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005<sup>3</sup> simplifiant le régime juridique des établissements de santé, substitue une logique de contractualisation à une logique de statut. La contractualisation interne entre la direction et les pôles sur des objectifs précis, couplée à la réforme du mode de financement avec la tarification à l'activité, a pour objectif de responsabiliser les acteurs et de rapprocher la gestion du terrain. La réussite de cette politique est ainsi intrinsèquement liée à l'amplitude donnée à la délégation de gestion.

Dans ce cadre, l'intéressement dans les contrats de pôle, entendu comme « *un dispositif permettant à des entités organisationnelles d'acquérir une rétribution supplémentaire traduisant la prise en compte d'une évolution ou d'un résultat positif* »<sup>4</sup>, constitue l'aboutissement de la démarche de la nouvelle gouvernance avant l'entrée dans la phase d'approfondissement des outils mis en place. Dans le monde hospitalier, cet instrument, au service d'une politique managériale, répond à la nécessité d'approcher la mesure de la performance globale du pôle, c'est-à-dire la recherche de l'optimisation entre les résultats et les moyens selon un objectif fixé. La raison d'être de l'intéressement est de constituer un vecteur de motivation et donc un outil de management participatif de la direction vers les pôles par la fixation d'objectifs, et des pôles vers leurs équipes pour faire comprendre que la somme des efforts individuels produit un intéressement collectif.

Toutefois, l'intéressement dans les établissements de santé n'est pas une question nouvelle. La loi du 31 juillet 1991<sup>5</sup> a introduit la possibilité d'instaurer une politique

---

<sup>1</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé. JO n°136 du 15 juin 2010.

<sup>2</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôles. JO n°136 du 15 juin 2010.

<sup>3</sup> MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. JO, n°102 du 3 mai 2005.

<sup>4</sup> GUIDE de la politique d'intéressement au CHU de Nancy, novembre 2007, 19 p.

<sup>5</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JO, n°179 du 2 août 1991.

d'intéressement. Des initiatives ponctuelles avaient alors été prises dans certains hôpitaux, sans pour autant devenir une politique largement répandue.

C'est la mise en œuvre des contrats de pôle dont un article porte sur les modalités d'intéressement qui relance le sujet. Or, aujourd'hui, les EPS progressent à des rythmes différents dans la mise en place de l'ensemble des aspects de la démarche de la nouvelle gouvernance<sup>6</sup>. Certains ont été précurseurs en la matière et expérimentent la politique d'intéressement des pôles depuis plusieurs années, dont les diverses modalités présentent toutes des avantages et des inconvénients. D'autres, en revanche, sont encore à la phase de rédaction des projets de pôles.

Le Centre Hospitalier de Vichy (CHV) est, quant à lui, structuré en 12 pôles<sup>7</sup> : 7 pôles cliniques, 2 pôles médico-techniques et 3 pôles administratifs. A l'heure actuelle, un pôle clinique et un pôle médico-technique sont encore en phase de rédaction de leur projet de pôle, tandis que deux des trois pôles administratifs n'ont pas entamé de réflexion en la matière. En revanche, tous les autres pôles ont validé leur projet. Par ailleurs, deux contrats de pôle ont été signés en juin 2010 et trois autres contrats devraient l'être d'ici la fin de l'année. La mise en place d'une politique d'intéressement constitue une nouvelle étape.

Quelques questions préalables se posent pour s'assurer de la maturité de l'établissement à s'inscrire dans cette démarche. Enracinée dans le temps, cette politique doit, d'une part, reposer sur une base objective en s'appuyant sur des indicateurs fiables et transparents, d'autre part, apparaître légitime à tous, ce qui implique qu'elle soit élaborée en concertation (définition de la performance, modalités de répartition). Enfin, elle doit s'avérer significative pour les équipes des pôles les plus performants. Par ailleurs, il ne peut y avoir intéressement qu'à partir du moment où il existe un contrat signé et des outils qui permettent de suivre les objectifs contractualisés.

Il convient donc pour démarrer une politique d'intéressement, ce qui est le cas au CHV, d'élaborer une grille de critères simples, compréhensibles et pédagogiques, avant une montée en charge progressive. Ces critères doivent mesurer à la fois la dynamique du pôle, ses résultats en matière de maîtrise budgétaire et surtout l'amélioration de la qualité du service rendu au patient. Cela nécessite de s'interroger sur ce qui est le plus à même de motiver les pôles. A ce titre, une attention particulière doit être portée sur la définition d'indicateurs clairs et précis pour évaluer les résultats.

A cet égard, il est légitime de se demander si l'argent est le seul moteur de l'action dans un secteur hospitalier marqué par la notion de service public. En effet, la pratique de l'intéressement est un mode de management privé. Or, les objectifs assignés à ce même outil divergent. Dans le secteur privé, l'intéressement rémunère les performances indivi-

---

<sup>6</sup> EHESPlus, 2008, « Etude qualitative relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements de santé », *Enquête nationale 2008 sur la gouvernance*, Paris : DHOS, 33 p.

<sup>7</sup> Annexe 2

duelles. Appliqué au secteur hospitalier, l'intéressement collectif est un outil au service d'une politique managériale : motiver pour conduire à une modification des pratiques et récompenser les efforts accomplis sur la qualité de prise en charge du patient. La portée de l'intéressement dépend donc de l'utilisation possible des sommes acquises à ce titre et du montant qui y est consacré. Par ailleurs, le mécanisme de l'intéressement ne peut faire oublier que l'objectif d'un établissement de santé n'est pas de faire du bénéfice mais d'atteindre l'équilibre général au niveau de l'institution, acceptant de ce fait que des pôles excédentaires compensent le déficit de certaines activités non rentables, dans un souci de péréquation et de solidarité.

De fait, la définition des modalités d'intéressement des pôles soulève de multiples questions sur l'articulation entre logique polaire et solidarité institutionnelle. Une réponse est claire, l'intéressement ne peut conduire à une vision parcellaire de l'établissement en instaurant une concurrence entre les pôles, le projet d'établissement demeurant le fil conducteur. Chaque étape du processus d'élaboration de la politique d'intéressement est importante pour la réussite de l'ensemble de la démarche, mais soulève en soi un certain nombre d'interrogations. Un établissement en déficit peut-il intéresser les pôles alors même que cela contribue à l'accroître ? Dans quelle mesure les économies réalisées par un pôle lui reviennent-elles ? Une partie ne doit-elle pas alimenter un fonds pour l'établissement ? Quels sont les critères les plus pertinents pour motiver les équipes des pôles à atteindre leurs objectifs ? Comment choisir des indicateurs suffisamment robustes pour évaluer les actions entreprises par les pôles ? Enfin, un pôle en déficit ou n'exécutant pas son contrat doit-il être pénalisé ?

L'enjeu final est donc de parvenir à concilier cohérence institutionnelle et mécanisme d'intéressement polaire tout en contribuant à la diffusion de la culture médico-économique et de la performance. Une tension fondamentale existe entre l'introduction de la récompense selon la performance des pôles dans un secteur où la qualité du service rendu est le fondement de l'activité et, où le maintien de la solidarité entre les pôles, est une nécessité pour une prise en charge adéquate des patients. Si la politique d'intéressement s'explique par la pertinence d'avoir des instruments de management permettant la réorganisation des processus internes et des modes de prise en charge, elle ne doit pas fragiliser et diviser l'institution.

Le choix de ce sujet de mémoire s'est fait en début de stage long à un moment où les premiers contrats de pôle étaient en cours de finition. Un article concernant les modalités d'intéressement était prévu mais les critères n'avaient pas été définis, pour déterminer les éléments d'évaluation de l'exécution des objectifs fixés aux pôles. L'opportunité a donc été saisie pour mener une réflexion sur cette question dans un contexte où la

contractualisation interne est l'un des aspects incontournables du métier de Directeur d'hôpital, métier appelé à de nombreuses évolutions en termes de positionnement au vu des implications de la nouvelle gouvernance. Ce sujet m'a ainsi permis d'approcher le contenu de cette démarche et de saisir les tenants et les aboutissants de ce processus.

Concernant la **méthodologie**, les principales questions initiales ont porté sur la nature et l'utilisation de la prime d'intéressement, le montant de l'enveloppe globale, les modalités de définition de critères d'évaluation justes et transparents, les modes de répartition de l'enveloppe globale d'intéressement entre les pôles et la place à accorder aux pôles administratifs et médico-techniques dans cette politique.

Si la réflexion de ce mémoire porte principalement sur les pôles cliniques, en particulier pour les critères d'intéressement proposés, la question des pôles médico-techniques et administratifs n'a pas été éludée, en raison de l'attachement de certains chefs de ces pôles à pouvoir bénéficier également de cette marge de manœuvre.

Pour ce faire, sept trios de pôle du CHV et différents directeurs adjoints d'autres Etablissements de santé ont été sollicités afin d'échanger sur la politique d'intéressement et ses modalités de mise en œuvre.

L'élaboration d'une politique d'intéressement dans les contrats de pôle s'inscrit dans le cadre de la nouvelle gouvernance et d'un mode de management à la performance (I). Dès lors, les modalités de définition de la politique d'intéressement conditionnent son appropriation par les acteurs de terrain : propositions pour le CHV (II).

# **1 L'élaboration d'une politique d'intéressement dans les contrats de pôle s'inscrit dans le cadre de la nouvelle gouvernance et d'un mode de management à la performance**

## **1.1 Largement répandu dans le secteur privé et les entreprises publiques, l'intéressement progresse dans la fonction publique**

### **1.1.1 Les origines de l'intéressement**

#### A) Une expansion rapide dans le secteur privé et les entreprises publiques

L'ordonnance du 7 janvier 1959 instaure un mécanisme d'intéressement des salariés dans le secteur privé. Cet intéressement facultatif repose sur un accord entre l'employeur et les représentants du personnel et conduit à une rémunération complémentaire. Cette politique, souhaitée par le Général De Gaulle, s'inscrit dans « *la perspective d'une association du capital et du travail* »<sup>8</sup>. Aujourd'hui, l'intéressement est largement répandu dans les entreprises : un quart des salariés de ce secteur en bénéficie pour un montant annuel moyen de 1500€.

L'ordonnance n°86-1134 du 21 octobre 1986 relative à l'intéressement et à la participation des salariés aux résultats de l'entreprise et à l'actionnariat des salariés étend ce mécanisme aux entreprises publiques et aux Etablissements Publics Industriels et Commerciaux (EPIC). Le développement de l'intéressement est encore plus rapide que dans le privé. En 2008, 65% des salariés des entreprises publiques et des EPIC en bénéficient pour un montant annuel moyen situé entre 500 et 700€.

Que ce soient dans les entreprises privées ou publiques, l'enveloppe de l'intéressement est principalement liée aux résultats et en particulier à l'atteinte de résultats excédentaires.

#### B) Une mise en œuvre plus chaotique dans la fonction publique

Les premières réflexions sur la question datent de 1987, et du rapport de Jean Arthuis, alors secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'économie, portant sur le développement de la participation et de l'intéressement dans le secteur public et l'administration. Il envisage l'extension du dispositif d'intéressement collectif pour moderniser la gestion de l'administration et valoriser son potentiel humain.

La circulaire de Michel Rocard du 23 février 1989 qui préconise un « *renouveau du service public* », s'inscrit dans cette démarche en identifiant quatre axes d'action : la

---

<sup>8</sup> DIEFENBACHER M., 2009, *L'intéressement collectif dans la fonction publique*, Paris : Rapport de l'Assemblée Nationale, 90 p.

rénovation des relations de travail, le développement des responsabilités, l'évaluation des politiques publiques et l'amélioration de l'accueil des usagers et des services rendus.

Quelques initiatives ponctuelles, dans la fonction publique, ont été prises, mais, en l'absence de base légale et d'une vraie volonté politique, ces dernières sont restées rares et éphémères. Dans la fonction publique d'Etat, les ministères de l'intérieur (pour la police), des finances et de la défense (pour la gendarmerie) entament une politique d'intéressement au début des années 2000. Dans la fonction publique territoriale, les initiatives sont plus précoces, mais n'ont pas prospéré.

Enfin, dans le secteur hospitalier, la politique d'intéressement a connu une ébauche inaboutie. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière permet l'instauration de mesures d'intéressement collectif. Mais, face à l'imprécision des textes, dans un avis du 21 mars 1995, le Conseil d'Etat estime qu'elles ne peuvent donner lieu à versement d'un avantage pécuniaire. Cet intéressement ne peut porter que sur l'amélioration des conditions de travail. La circulaire du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements de santé relance le débat, sans que finalement l'intéressement ne prenne son envol dans le secteur hospitalier.

Jusque là, la volonté politique de généraliser l'intéressement à l'ensemble du secteur public a donc été lacunaire et s'est heurtée à des résistances culturelles. La « *dynamique que peut susciter la définition d'objectifs communs, la recherche d'une mobilisation des personnels et la rétribution collective d'efforts partagés n'ont pas été mesurées par les partenaires de la fonction publique*<sup>9</sup> ». Parler de performance et de rémunération variable fondée sur la notion de productivité reste un sujet tabou. Les réserves à l'égard de l'intéressement sont nombreuses : crainte de l'arbitraire, risque d'une précarisation des agents et méfiance à l'encontre des modes de gestion inspirés du privé.

Par ailleurs, les propositions pour développer l'intéressement individuel des médecins afin de renforcer l'attractivité de l'hôpital public, connaissent les mêmes échecs que l'intéressement collectif. L'arrêté du 28 mars 2007 définit les modalités de versement de la part complémentaire variable, rémunération supplémentaire pouvant atteindre 15%, en cas de respect des objectifs d'activité et de qualité déterminés de manière contractuelle entre le médecin et le directeur d'établissement. Concernant dans un premier temps les chirurgiens et les psychiatres, professions les plus sinistrées à l'hôpital public, sa mise en œuvre s'est heurtée à la complexité du dispositif. Rares sont les établissements qui ont adopté ce système. Suite au rapport Aboud<sup>10</sup>, la loi HPST, dans son article 19, crée le contrat de clinicien hospitalier, là-aussi, pour renforcer l'attractivité des établissements à recrutements difficiles. Ce contrat comprend une part de rémunération fixe et une part variable, selon l'atteinte d'objectifs définis dans le contrat. Les décrets d'application ne

---

<sup>9</sup> *ibid.*, p 7.

<sup>10</sup> ABOUD E. et alii, 2009, *Mission concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public*, Paris, 40 p.

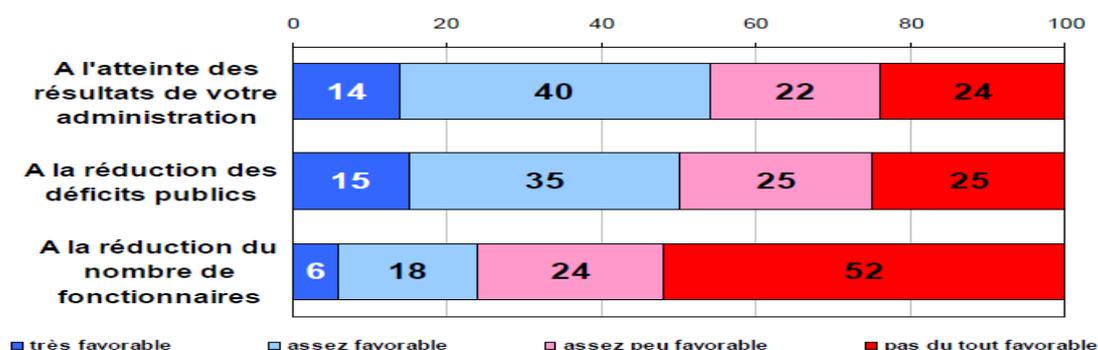
sont pas encore parus, mais il semble peu probable que ce type de mesure soit la solution pour résoudre le problème des recrutements à l'hôpital. Vouloir introduire l'intéressement dans le secteur hospitalier est donc un pari loin d'être gagné.

### 1.1.2 Un contexte actuel favorable au développement de l'intéressement qu'il soit individuel ou collectif dans la fonction publique

#### A) Les raisons de la relance de la question dans la fonction publique

La Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF), votée en 2001, réforme profondément les conditions de gestion de l'Etat en y introduisant les notions de performance et de résultat. Elle constitue une révolution budgétaire, organisationnelle et managériale. Elle offre une liberté de gestion aux managers publics pour atteindre les objectifs votés par le Parlement en contrepartie d'un engagement sur des objectifs de performance. Pour chaque objectif, des indicateurs concrets mesurent les résultats des actions menées, responsabilisant ainsi les acteurs.

Par ailleurs, il semble que les résistances culturelles autrefois invoquées contre l'intéressement s'estompent. Les fonctionnaires demandent une meilleure prise en compte de la contribution de chacun à l'effort collectif. En témoigne la réponse à cette question : « *Etes-vous personnellement favorable à la mise en place d'un intéressement financier des fonctionnaires ? (En %)* »<sup>11</sup>



« *La nécessité de la connaissance de la performance est aujourd'hui communément admise, de même que l'établissement d'un lien entre les résultats et la rémunération* <sup>12</sup> », souligne le rapport Diefenbacher. De plus en plus nombreux sont donc les personnels qui se disent favorables à la mise en place d'un mécanisme d'intéressement, à condition qu'il repose sur des critères objectifs et visant non pas la seule rentabilité financière mais la qualité du service rendu. Le principe de l'intéressement est ainsi conforme aux valeurs du service public car il permet de mobiliser collectivement les agents d'une structure autour d'un projet de service. Il constitue l'un des leviers

<sup>11</sup> ibid. p 36.

<sup>12</sup> ibid, p 39.

d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers et participe à la réalisation des politiques publiques.

Restent que certaines expériences montrent les limites de l'exercice. La police nationale s'engage en 2004 dans une réforme dite « *des corps et carrières* <sup>13</sup> » visant à rénover les modes de fonctionnement. Chaque année, la Direction Générale de la Police Nationale négocie avec les syndicats de police les objectifs qui font l'objet d'une prime d'intéressement collectif (20% des personnes éligibles à la prime reçoivent en moyenne 600€). Toutefois, un récent bilan fait apparaître qu'« *il n'y a jamais eu de révolution du management policier dans la culture hiérarchique de la police nationale en regard de l'introduction d'une part variable de rémunération. Au plan managérial, on pourrait même parler de régression.* <sup>14</sup> ». Cela s'explique par le fait que les commissaires bénéficient d'une prime d'intéressement au vu des résultats de leur service, tandis que les policiers moins gradés bénéficient de primes au mérite réparties entre une minorité, qui sont donc loin de pouvoir constituer une source de motivation. Le système de l'intéressement aux résultats dans la police nationale demeure donc éloigné d'une « *révolution du management* » et n'a eu aucun effet positif sur l'activité globale des services.

Pourtant, l'Assemblée nationale a adopté en avril dernier<sup>15</sup>, le projet de loi sur le dialogue social dans la fonction publique, qui inclut des mesures visant à instaurer l'intéressement collectif dans les trois fonctions publiques. Il a vocation à rénover profondément les pratiques de gestion, à renforcer la motivation des personnels, à améliorer la qualité du service public et à approfondir le dialogue social. L'enjeu qui s'y attache est important. Réservée jusque là aux cadres dirigeants, la porte est donc ouverte à une généralisation de la politique d'intéressement dans la fonction publique.

B) Une forte attente de la part des gestionnaires hospitaliers dans le cadre de la nouvelle gouvernance

Comme le souligne le rapport Diefenbacher, « *c'est dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH) que les gestionnaires attendent l'intéressement avec le plus d'impatience. Avec la Tarification A l'Activité (T2A), ils disposent désormais de l'instrument nécessaire à la mesure de la performance de chaque service. L'intéressement permettrait de donner davantage de responsabilités aux pôles. Enfin, l'activité hospitalière est fondamentalement collective, puisqu'elle engage par nature même des équipes. Les agents qui les composent relevant de statuts parfois très différents, l'instauration d'une rémunération*

---

<sup>13</sup> LE MONDE, « *La police nationale entre culture du « chiffre » et faiblesse du management – La politique d'intéressement aux résultats est contre-productive* », 22 octobre 2009.

<sup>14</sup> *ibid.*

<sup>15</sup> LE QUOTIDIEN DU MEDECIN, « *Intéressement collectif des fonctionnaires* », n°8726, 11 mars 2010

commune à tous devrait permettre de renforcer la cohésion et la motivation de ces équipes<sup>16</sup> ».

### **Principes de la nouvelle gouvernance**

La Nouvelle Gouvernance, issue des ordonnances du 2 mai 2005 et du 1<sup>er</sup> septembre 2005, prises en vertu de l'article 73 de la loi n°2004-1343 du 9 décembre 2004, repose sur différents principes :

- La responsabilisation des acteurs médico-soignants par la diffusion de la culture médico-économique et la « *médicalisation du regard gestionnaire*<sup>17</sup> » ;
- L'introduction d'un principe de subsidiarité, ayant pour objectif une meilleure adéquation des moyens aux besoins, dans un contexte de passage à la T2A qui modifie la gestion des EPS, jusque là axée sur le contrôle des dépenses.

Les pôles d'activité rapprochent la gestion du terrain, permettent aux médecins de mieux organiser la prise en charge des patients, et de mieux maîtriser les dépenses dans un mouvement de décloisonnement des logiques médicales, administratives et soignantes. Pour un chef de pôle du CHV interrogé, l'unique but de la nouvelle gouvernance est en fait de « *supprimer les féodalités et les chefferies de service* » sans le dire.

### **Bilan en demi-teinte de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance**

D'une part, l'IGAS conclut à la permanence d'un décalage entre « *les efforts d'acculturation de la communauté médicale aux enjeux de gestion* » et « *la portée opérationnelle réelle de la subsidiarité*<sup>18</sup>. » La nouvelle gouvernance a permis la construction d'une plus grande confiance entre équipes médicales, administratives et soignantes, l'articulation entre les différents projets qui structurent l'établissement, notamment l'insertion des projets de pôle dans le cadre du projet d'établissement et la construction de systèmes d'information et de la comptabilité analytique. Cependant, la délégation de moyens de gestion est restée lacunaire avec un risque certain de « *découragement* » des chefs de pôle et de leurs équipes. Le trio de pôle est, en réalité, très souvent un binôme entre le médecin et le cadre supérieur de santé. La T2A a eu un impact fort sur « *l'innovation des instruments de gestion, soulignant une recherche d'efficacité accrue, qui ne s'est toutefois pas accompagné de changements organisationnels de grande ampleur*<sup>19</sup> ». De nombreux trios n'ont pas les moyens de piloter leur pôle pour atteindre les objectifs fixés, tandis que le partage de l'information reste un enjeu de pouvoir entre les directions fonctionnelles et les équipes des pôles. En résumé, « *le faible investisse-*

---

<sup>16</sup> DIEFENBACHER M., op.cit, p 41.

<sup>17</sup> PEPIN M., MOISDON J-C., « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé ». DREES, *Solidarité et santé*, n°16, 24 p

<sup>18</sup> ZEGGAR H., VALLET G., 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Rapport de l'IGAS, 124 p

<sup>19</sup> PEPIN M., MOISDON J-C., op.cit, p 1.

*ment des établissements dans les moyens de gestion délégués aux pôles est, en effet, le principal handicap des équipes de pôle.*<sup>20</sup>»

Par ailleurs, les trios de pôle sont confrontés à plusieurs défis de management : d'une part, créer un sentiment d'appartenance collective au pôle quand les services ou les sites représentent, pour les personnels, les lieux d'identification professionnelle, et d'autre part, faire face au difficile positionnement de l'encadrement soignant de proximité, attaché aux services et à une implication lacunaire des médecins. Un chef de pôle du CHV rappelle que « *l'identification aux pôles est plus difficile pour les médecins à cause des cloisonnements et des rivalités*<sup>21</sup> ». De sorte que les trios de pôle sont en attente de délégations de gestion dans le champ des ressources humaines, d'outils de pilotage financier, notamment d'un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) de pôle, de moyens humains qualifiés pour exercer ces délégations, et « *d'un retour collectif, même symbolique pour le pôle*<sup>22</sup> » sous la forme d'un intéressement, toujours selon l'IGAS.

D'autre part, la géométrie traditionnelle de l'hôpital nécessite d'être repensée pour favoriser les changements organisationnels. Les médecins sont invités à se positionner dans un rapport hiérarchique vertical vis-à-vis de la direction de l'établissement, alors que les professions soignantes doivent inscrire leurs actions dans une ligne horizontale. Par ailleurs, les interventions des directions fonctionnelles sont à concevoir comme celles de services supports aux producteurs de soins que sont les pôles médicaux et médico-techniques. Dans un tel contexte de changement, la nécessité d'une clarification de la ligne managériale et la réaffirmation de l'unité institutionnelle sont manifestes. C'est dans cette perspective que l'IGAS considère que les efforts collectifs doivent bénéficier d'un retour sur investissement car l'intéressement collectif peut jouer un rôle majeur comme moteur de l'activité et facteur de cohésion au sein des pôles.

Concernant les modalités pratiques d'adoption d'un intéressement au sein des EPS, l'article L. 6143-7 du Code de la Santé Publique (CSP) prévoit qu'« *après concertation avec le directoire, le Directeur définit les modalités d'une politique d'intéressement* », modalités qui font ensuite l'objet d'un avis de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et du Comité Technique d'Etablissement (CTE). Sans conteste, le directoire joue de facto un rôle important dans la définition de cette politique en associant les chefs de pôle. Le CHV a prévu la réunion d'un directoire élargi toutes les six semaines à l'ensemble des chefs de pôle. Ces réunions seront l'occasion en particulier de fixer, en concertation, les modalités de la politique d'intéressement, de dresser un bilan annuel des réalisations et de déterminer le montant de la prime distribuée à chacun des pôles en fonction de ses résultats.

---

<sup>20</sup> ZEGGAR H., VALLET G., op.cit., p 5

<sup>21</sup> Annexe 4

<sup>22</sup> ZEGGAR H., VALLET G., op.cit., p 5

## 1.2 La politique d'intéressement vise à approcher la mesure de la performance d'un pôle en instaurant une nouvelle pratique managériale

### 1.2.1 Rémunérer la performance dans le secteur public : comprendre les sources de la motivation et l'évaluer

#### A) Les enseignements sur la rémunération à la performance individuelle

Dans les années 80, certains pays de l'OCDE (Royaume-Uni, Suède, Etats-Unis, Canada...) ont mis en place une rémunération variant en fonction des performances individuelles pour revoir le mode de rémunération des fonctionnaires publics uniquement fondé sur l'ancienneté. Depuis, la gestion des performances, présentée comme l'ensemble des procédures mises en œuvre pour définir et mesurer les résultats, s'est installée, liée à un mouvement d'individualisation de la gestion des fonctionnaires. L'objectif est de mesurer les résultats individuels et de les valoriser en récompensant les meilleurs et en sanctionnant les moins bons.

Dans cette perspective, l'OCDE<sup>23</sup> a mené une étude pour évaluer les effets des dispositifs de Rémunération à La Performance (RLP). Les résultats sont contrastés. Certains agents voient leur motivation croître avec de telles modulations de salaires, mais ce n'est pas toujours le cas. *« Les théories de la motivation les plus connues ne permettent pas d'identifier de manière univoque les facteurs de motivation et il reste difficile de faire apparaître un lien de cause à effet entre la motivation au travail et les récompenses financières<sup>24</sup> »*. En revanche, ces résultats font apparaître *« les effets positifs des dispositifs qui accompagnent la mise en place de ces systèmes de rémunération : l'affichage des objectifs stratégiques, l'évaluation individuelle et l'attribution d'objectifs individuels donnent du sens à l'action, et cette clarification a des effets positifs sur la performance. Là où les procédures d'évaluation sont acceptées et accompagnées d'un management engagé, la reconnaissance des efforts de chacun par une récompense différenciée peut porter ses fruits<sup>25</sup> »*.

En général, la RLP représente une part modeste du salaire de base, mais montre l'influence de la *« culture d'incitations et de responsabilisation individuelle<sup>26</sup> »* à l'œuvre dans le secteur privé. Ces nouvelles formes de rémunération ont clairement apporté des marges de manœuvre managériales à l'encadrement supérieur avec une individualisation

---

<sup>23</sup> « Formules de gestion de la haute fonction publique axées sur les performances », OCDE/GOV, 2007

<sup>24</sup> IGPDE, 2009, « La rémunération à la performance est-elle efficace ? ». *Perspective Gestions Publiques*, n°30, 8 p.

<sup>25</sup> ibid

<sup>26</sup> ibid

des conditions d'emploi des membres de leurs équipes et une responsabilité individuelle accrue pour l'atteinte des résultats.

Toutefois, les expériences étrangères montrent qu'il y a eu surestimation des effets potentiels de la RLP en particulier des effets directs sur la motivation individuelle. Car la mise en œuvre de ce système est exigeante, nécessitant de disposer d'une évaluation solide des tâches réalisées et d'avoir un encadrement supérieur transparent et doté de capacités managériales. Or, très peu d'études examinent la RLP comme un instrument visant à améliorer les processus de gestion plutôt que la motivation des personnels.

Ainsi en Finlande, les résultats de l'étude de l'OCDE montrent que pour les cadres, la RLP rend le management plus efficace car plus concret, d'autant plus que les agents acceptent volontiers ce système de motivation. Au Royaume-Uni, pourtant un des premiers pays à mettre en place la RLP, le système est critiqué : manque de formation des cadres aux techniques de l'évaluation, frein à la solidarité collective. De même, en Australie, les agents se montrent critiques des conditions de mises en œuvre de la RLP : caractère subjectif de la prime, atteinte à l'esprit d'équipe et manque de courage des cadres.

Ces expériences témoignent de la divergence dans l'appréciation des sources de la motivation des agents publics. Parmi les théoriciens traditionnels des facteurs de motivation, E. Mayo<sup>27</sup> (1932) met en évidence l'importance de la dynamique de groupe comme facteur de motivation : la motivation individuelle est soutenue par le sentiment d'appartenance à une équipe soudée. Frédéric Herzberg<sup>28</sup> (1971) répertorie, quant à lui, huit facteurs d'insatisfaction (politique de l'entreprise, encadrement, conditions de travail, relations interpersonnelles, statut, insécurité de l'emploi, salaire et difficultés personnelles) et six facteurs de motivation (accomplissement de soi, considération obtenue, mission, responsabilité, promotion et possibilité de développement). Les premiers peuvent être facilement éliminés alors que les seconds sont plus difficiles à obtenir. Si les salaires augmentent, l'insatisfaction des salariés baisse, pour autant, la satisfaction n'augmente pas. Les divergences théoriques et empiriques restent donc nombreuses quant aux facteurs qui font qu'un individu fait preuve, ou non, de motivation au travail. D'autant plus qu'il semblerait qu'il existe des motivations spécifiques aux agents publics.

En effet, la RLP n'est pas la seule source de motivation au travail, la qualité du service rendu apparaît essentielle comme mode d'adhésion des agents publics<sup>29</sup>. Ce résultat des études des années 90 se pose en réaction à l'école du New Public Management qui présente comme souhaitable le transfert d'outils de gestion de type marchand au sein de la sphère publique pour accroître son efficacité. Pour Gene A. Brewer et Sally

---

<sup>27</sup> E Mayo (1933), *The Human Problems of an Industrial Civilization*, Harvard UP, Cambridge Mass

<sup>28</sup> F Herzberg et Charles Voraz (1971), *Le travail et la nature de l'homme*, Entreprise moderne d'édition, Paris

<sup>29</sup> cf également l'analyse de N. MOTTIS, 09/03/2010, « Fonctionnaires : l'intéressement contre la performance », *Les Echos*.

Coleman Selden<sup>30</sup> (1998), « *une forme de motivation altruiste dirigée envers une communauté de personnes, un État ou encore une nation* » anime les agents des services publics. Christoph Demmke<sup>31</sup> montre, quant à lui, que les fonctionnaires sont, plus que les salariés du privé, motivés surtout par le contenu de leurs tâches et la possibilité de « *contribuer au bien commun* ». Ceci est perçu comme un « *élément de motivation immatériel* ».

Dès lors, quels enseignements et facteurs-clés de succès de la RLP peut-on retirer pour la mise en place de l'intéressement dans les contrats de pôle? Il est certain que le contrôle et la mesure des performances ne sont pas sans poser des difficultés. L'évaluation des performances est intrinsèquement difficile dans le secteur public, faute d'indicateurs quantifiables appropriés. « *La probabilité de voir la RLP influencer de façon positive sur le personnel est fortement corrélée à la qualité du processus d'évaluation, et en particulier, à la qualité de l'identification des objectifs individuels et collectifs ainsi qu'à la mesure de la réalisation de ces objectifs. La réunion de certaines conditions comme la transparence, l'existence de mécanismes de promotion clairs et la confiance dans le personnel d'encadrement intermédiaire et supérieur est indispensable lorsque l'on souhaite développer une culture axée sur les performances*<sup>32</sup> ».

Ces exemples fournissent des éléments en matière d'utilisation de l'intéressement comme outil managérial. Mais, il convient de ne pas oublier une divergence fondamentale entre cet intéressement collectif avec une rémunération individuelle des agents et l'intéressement collectif tel que prévu dans les contrats de pôle qui s'entend comme une somme versée à une équipe mais ne donnant pas lieu à une rémunération directe du personnel.

B) La performance, une notion en vogue dans le monde hospitalier, complexe à appréhender

La notion de performance trouve aujourd'hui un écho particulier dans le monde hospitalier. En effet, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), dans son article 18, créé un nouvel organisme l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), issue de la fusion de la MEAH<sup>33</sup>, de la MAINH et du GIP-SIH. Cette dernière est chargée « *d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimi-*

---

<sup>30</sup> GA Brewer et SC Selden (1998), *Whistle Blowers in the Federal Civil Service : New Evidence of the Public Service Ethic, Why Elephants Gallop : Assessing and Predicting Organizational Performance in Federal Agencies*, Journal of Public Administration Research and Theory

<sup>31</sup> C. Demmke, *Les fonctionnaires sont-ils différents parce-que fonctionnaires ?* - Rapport pour la 45ème conférence du réseau EUPAN (juin 2005).

<sup>32</sup> OCDE, 2005, *La rémunération liée aux performances dans l'administration*, OCDE, 8 p.

<sup>33</sup> MEAH = Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier

MAINH = Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier

GIP-SIH = Groupement d'Intérêt Public – Systèmes d'Information Hospitaliers

*ser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses*». Dans ce cadre, vingt projets performance ont dernièrement été lancés, dont fait partie le Centre Hospitalier de Vichy.

Par ailleurs, le lancement récent d'Hospi Diag, outil de mesure de la performance des établissements MCO s'inscrit dans cette optique. Cet outil automatisé repose sur une analyse tendancielle de la performance de l'établissement, mesurée selon cinq domaines (activité, qualité, organisation, ressources humaines et finances) regroupant 67 indicateurs. L'outil permet d'élaborer un diagnostic de l'établissement et de pouvoir se comparer avec des établissements au niveau régional, national, mais également avec des établissements ayant un profil d'activité similaire. Il s'agit d'obtenir un « *support de dialogue pour amorcer une réflexion sur les forces et les faiblesses de l'établissement, les marges de progrès et performance qu'il est possible de dégager*<sup>34</sup> ». Même s'il existe un relatif consensus sur les indicateurs retenus, il n'en demeure pas moins que la mesure de la performance dans le secteur hospitalier reste complexe.

Le début des travaux sur ce thème date des années 80-90, dans un contexte de ressources publiques limitées où les pouvoirs publics cherchent à savoir si les dépenses engagées sont bien employées. La notion de performance associe trois critères : efficacité, satisfaction et efficience. Appliquée au secteur de la santé, il s'agit d'évaluer l'adéquation entre la pathologie et les soins donnés et reçus (efficacité), la satisfaction du patient et l'utilisation adaptée des moyens (efficience) en personnel, en matériel et financiers<sup>35</sup>. A cet égard, Sicotte et Champagne<sup>36</sup> distinguent quatre fonctions fondamentales à la notion de performance hospitalière :

- **l'atteinte des buts** : « *capacité de l'hôpital à participer à l'amélioration de l'état de santé de la population tout en satisfaisant les attentes des différents groupes d'intérêts* »
- **l'adaptation**, qui traduit la capacité de l'hôpital « *dans le moyen terme, à se procurer les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités* », et à plus long terme, « *à se transformer pour s'adapter aux changements technologiques, de la population qu'il sert, politiques, sociaux* »
- **la production** : « *c'est à ce niveau que l'on retrouve la majorité des indicateurs qui sont utilisés pour mesurer la performance des établissements de santé* »
- **le maintien des valeurs**, qui « *construit la représentation de l'action commune, partagée par les différents groupes de professionnels, et qui assure la cohésion au sein de l'organisation autour de ses missions ou objectifs* ».

---

<sup>34</sup> DEPECHE APM. « *Lancement d'Hospi Diag, outil de mesure de la performance des Etablissements MCO* », 30 juin 2010.

<sup>35</sup> RAVELO DE TOVAR A., GUIDT M., 2006, « *Le pilotage des établissements publics de santé. Un nouveau paradigme* », *Gestions Hospitalières*, n°452, pp12-17.

<sup>36</sup> Ibid.

Donabedian<sup>37</sup> (1980), souligne, quant à lui, le caractère multi-dimensionnel de la performance en distinguant :

- les **indicateurs de structure** qui représentent les moyens humains, les équipements, les ressources financières nécessaires à la prise en charge des patients ;
- les **indicateurs de processus** qui renseignent sur les pratiques professionnelles, les modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activités ;
- les **indicateurs de résultats intermédiaires** qui mesurent l'activité et la qualité des différentes étapes du processus de soins ;
- les **indicateurs de résultats finaux** en termes de santé qui traduisent un changement de l'état de santé des patients ;
- les **indicateurs de satisfaction** des patients.

Une des difficultés de mesure de la performance du système de soins est donc de comparer les ressources engagées et les résultats de santé obtenus. Il est ainsi difficile voire impossible de juger de l'efficacité du système hospitalier car en dehors de quelques indicateurs spécifiques reposant sur des pathologies uniquement prises en charge dans un hôpital, le reste est dépendant des interactions avec la médecine de ville.

La politique d'intéressement dans les contrats de pôle, qui vise à rapprocher la mesure de la performance du pôle, doit tirer profit de ces constats et de ces enseignements pour répondre aux attentes légitimes d'une telle démarche.

### **1.2.2 La politique d'intéressement, dernière étape de la nouvelle gouvernance, est le pendant obligatoire de la contractualisation et de la délégation de gestion**

#### A) L'intéressement comme retour sur investissement des efforts consentis

Le dispositif d'intéressement constitue l'un des volets de la démarche de contractualisation interne. L'article L.6145-16 du CSP précise que « *le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le Président de CME, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, définit les objectifs d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat* ». D'ailleurs, le CHV a posé comme condition à la distribution d'un intéressement, l'existence d'un contrat de pôle signé. Un des cadres administratifs le justifie par le fait que « *cela demande un effort* ».

Les entretiens avec les trios de pôle ont révélé que, pour la plupart des interlocuteurs, la mise en place d'une politique d'intéressement aujourd'hui au CHV est fondée. Comme le souligne un cadre supérieure de pôle, la signature d'un contrat est « *contraignante* », et cela peut s'avérer « *décevant s'il n'y a pas de retour de l'engagement en la matière* ».

---

<sup>37</sup> BAUBEAU D., PEREIRA C., 2004, « Mesure de la performance dans le domaine de la santé ». DREES, *Solidarité et santé*, n°3, pp. 47-56.

*L'intéressement est un moyen comme un autre d'incitation*<sup>38</sup>. » Une autre cadre justifie le bien-fondé de la politique d'intéressement comme étant un « *juste retour de l'implication des personnels. Sinon, c'est démobilisateur et déresponsabilisant* ». Quelques réticences sont toutefois apparues, soulignant que « *la politique d'intéressement peut heurter l'éthique et la déontologie médicale car c'est la carotte ou l'épée* ». Un chef de pôle s'interroge également sur le « *postulat de départ, à savoir que l'intéressement est de nature à motiver les soignants alors que l'on est dans un système différent du système commercial de l'intéressement individuel* ». Cette nouveauté est de nature à heurter car elle questionne le rapport entre médecine et commerce. Il n'en demeure pas moins que ces réticences sont restées marginales.

La politique d'intéressement présente donc un double intérêt. Elle est d'abord perçue comme un retour sur investissement de l'implication du pôle et la reconnaissance des efforts accomplis. C'est un encouragement résultant des économies réalisées devant permettre d'enclencher une véritable culture d'entreprise privée en responsabilisant l'ensemble du personnel. L'IGAS, dans son rapport, recommande de « *prévoir un intéressement des pôles...car les efforts collectifs doivent bénéficier d'un retour sur investissement, même faible*<sup>39</sup> ».

Par ailleurs, il est entendu que l'intéressement d'un pôle serait de nature à motiver les acteurs pour atteindre les objectifs fixés et ainsi s'assurer de leur contribution effective aux objectifs de l'établissement. L'intéressement a alors pour objet de renforcer la responsabilisation des acteurs en vue d'une plus grande efficacité de la gestion, puis de développer et de maintenir leur motivation. Comme le résume le rapport de l'IGAS, « *cet outil de management peut être un facteur puissant de cohésion et de dynamisme au sein des pôles en récompensant les efforts parfois non négligeables consentis par l'ensemble des personnels et des équipes pour réaliser des économies, mener une restructuration difficile, ou assurer la continuité des activités de soin dans des périodes de gestion à flux tendu*<sup>40</sup> ». Ce caractère mobilisateur de l'intéressement collectif est d'autant plus prégnant qu'il concerne la réalisation d'un projet proposé et partagé par les équipes. Enfin, « *l'intéressement collectif est également un des outils qui favoriserait l'émulation et la cohésion dans l'activité de l'ensemble des membres du pôle. Pour les chefs de pôle, il représenterait aussi un renforcement de leur positionnement dans la mesure où il viendrait sanctionner la réussite et la validité du projet global d'activité développé pour le pôle*<sup>41</sup> ». A cet égard, la Directrice des Affaires Financières (DAF) rappelle qu'il faut également « *lier l'intéressement au management par projet* ».

---

<sup>38</sup> Annexe 4 pour les citations de ce paragraphe

<sup>39</sup> ZEGGAR H., VALLET G., op.cit, p 28.

<sup>40</sup> ibid. p 28

<sup>41</sup> ibid., p 32

Le décret du 11 juin 2010 oblige à un approfondissement de la délégation de gestion car sans cette délégation, l'intéressement n'a pas lieu d'être puisqu'il mesure et récompense l'exécution des objectifs fixés au contrat de pôle. Cependant, il convient de bien distinguer qui est concerné par cette politique car c'est majoritairement le trio de pôle qui est responsabilisé. Il reste difficile de mobiliser les acteurs de terrain et en particulier les médecins. Comme le rappelle un trio de pôle, la nouvelle gouvernance a permis la « *responsabilisation des agents avec les bureaux et conseils de pôle avec un fort intérêt de ceux qui sont présents. Mais, cela serait encore mieux s'il y avait plus de présents*<sup>42</sup> ».

Si l'intéressement constitue une carotte, il peut aussi être appréhendé sous l'angle du bâton. Faut-il pénaliser un pôle ne faisant pas d'effort pour améliorer sa gestion, et à l'intérieur d'un pôle, même excédentaire, certains services ? Envisager l'intéressement négatif n'est pas sans conséquence et cela ne peut aboutir à sanctionner les patients ou à accroître les difficultés du pôle. Il peut prendre la forme d'une baisse du budget de l'année suivante ou d'une pénalisation financière du pôle. Les entretiens avec les trios de pôle ont révélé la nécessité d'user avec précaution de cette pénalisation. « *Les pôles excédentaires ont vertu d'exemplarité* », et « *les pôles déficitaires doivent être sanctionnés en cas de mauvaise gestion* », nous dit un chef de pôle. Un autre précise que « *c'est le delta de progression du résultat qui compte. Les pôles qui ont un résultat positif ne doivent pas se reposer sur leurs lauriers* ». « *C'est un mode de management* ». Pour ce trio, « *un pôle déficitaire peut bénéficier de l'intéressement, mais cela dépend de la nature du déficit. Si c'est un déficit conjoncturel, il ne doit pas y avoir de pénalisation. Par contre, si le déficit est structurel, il doit être pénalisé. Tout dépend de la dynamique du pôle* ». Tous sont en revanche d'accord pour dire qu'il faut analyser de manière approfondie les causes du déficit et la dynamique au sein du pôle. La MEAH rappelle que s'il est relativement facile d'intéresser un pôle à ses résultats positifs, il est plus difficile de le sanctionner car la contractualisation implique une relation de confiance entre l'ensemble des acteurs. « *La mise en place de sanctions financières réelles (absence de renouvellement d'équipements, réduction des crédits de formation, absence de travaux...) serait de nature à compromettre cette relation de confiance...Il vaut mieux envisager des procédures d'accompagnement du pôle plutôt que des sanctions qui ne peuvent s'imaginer que dans le cadre d'erreurs manifestes de gestion*<sup>43</sup> ». Cela fut le cas au CHU de Montpellier. Certains praticiens d'un pôle ne codaient pas les séjours, laissant le soin au Département de l'Information Médicale (DIM) de le faire. Le pôle a alors dû supporter l'équivalent des charges supplémentaires qu'il avait déportées sur le DIM, soit 130K€<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> Annexe 4 pour toutes les citations des trios de pôle

<sup>43</sup> MEAH, 2006, *Nouvelle Gouvernance et comptabilité analytique par pôle. Contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case-Mix (TCCM) et des Comptes de Résultats analytiques (CREA)*. Paris : Berger-Levrault, p 78.

<sup>44</sup> CREER. *CHU Montpellier : l'intéressement ; le bonus-malus des pôles*.

L'intéressement est une question sensible car il doit permettre de motiver sans entraîner la division de l'établissement. Il constitue donc une récompense pour les pôles mais l'enjeu est bien plus crucial : il s'agit d'en faire un levier de nouvelles pratiques managériales et de pilotage du pôle pour favoriser la réorganisation des processus.

B) L'intéressement comme outil de nouvelles pratiques de management et de conduite du changement

« *L'intéressement est un mode de management de la Direction vers les trios de pôles et des trios vers les équipes du pôle*<sup>45</sup> ». En effet, les attentes de la politique d'intéressement, en termes de management, sont multiples tant au niveau de la direction que des trios de pôle. Couplée à la T2A, elle doit favoriser la conduite du changement organisationnel dans le monde hospitalier.

Or, la conduite du changement dans un EPS n'est pas chose aisée. Selon MINTZBERG<sup>46</sup>, l'hôpital est un prototype d'une « *organisation professionnelle très qualifiée* », dans laquelle les mécanismes de régulation s'opèrent davantage par la « *standardisation des qualifications* » que par une « *standardisation des processus* ». C'est un lieu où coexistent différentes logiques d'acteurs dont le décloisonnement est toujours difficile. Par ailleurs, d'un point de vue organisationnel, « *la qualité et l'efficacité des processus de prise en charge des patients nécessitent la coordination, dans le temps et dans l'espace, d'une pluralité d'intervenants, de nombreuses catégories professionnelles, sur des trajectoires de patients d'une grande variabilité, malgré les efforts de protocolisation* ». Cette coordination est donc techniquement complexe, et nécessite toujours des compromis délicats.

Dès lors, pour la direction, la politique d'intéressement a l'avantage de mettre en lumière les priorités de l'établissement et ce sur quoi des efforts particuliers doivent être portés, dans le respect des objectifs institutionnels. C'est un moyen de peser sur les priorités développées par le pôle. Avec ce type d'outil, la Direction entend mettre en place un nouveau mode de management pour responsabiliser les acteurs sur les notions de performance et de management par projets et créer une identité collective et une communauté d'intérêts centrées sur la réalisation d'objectifs communs.

Cela est d'autant plus essentiel que comme le signale la MEAH, il est nécessaire de développer « *la gestion des opérations*<sup>47</sup> », entendue comme l'organisation de la production de soins au sein du pôle<sup>48</sup>. La plus-value de la mise en place des pôles est de renforcer la gestion des opérations, de par les possibilités de mutualisation (des ressources,

---

<sup>45</sup> Annexe 4

<sup>46</sup> MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Editions d'organisation, 434p

<sup>47</sup> MEAH, 2009, *Pilotage opérationnel des pôles : l'étape d'après...*, Paris : Berger-Levrault, p 7.

<sup>48</sup> Exemples de processus : programmation au bloc opératoire, production des comptes-rendus d'hospitalisation, programmation des rendez-vous de consultations ou d'une admission en hospitalisation.

des processus de travail) et la proximité avec le soin et les professionnels de première ligne. « *Les acteurs du pôle doivent donc se positionner comme des responsables de production ou des directeurs des opérations et non pas comme des directeurs financiers ou des directeurs stratégiques* ». Cela implique que le trio de pôle soit apte à faire émerger un projet collectif, un sentiment d'appartenance au pôle et donc à faire partager une vision et des objectifs. L'intéressement peut aider les pôles à y parvenir.

Pourtant, à l'heure actuelle, il semble que les effets bénéfiques de l'intéressement comme levier de nouvelles pratiques managériales ne soient pas prouvés. M. PEPIN et J-C. MOISDON, dans leur étude pour le Comité d'évaluation de la T2A, mettent en lumière les faibles changements en matière d'organisation des processus de soins, induits par la T2A, alors que ce sont là où se trouvent les gisements d'efficience et de qualité. « *Il n'apparaît pas une tendance forte de réorganisation des processus de travail dans les services et les pôles, qui soit directement liée à la T2A... Les améliorations de performance sont de ce fait lentes à se manifester et peu visibles à court terme*<sup>49</sup> ». En effet, les nouveaux outils de gestion des pôles, dont fait partie l'intéressement « *embrayent* » difficilement sur les organisations. Ils sont rarement des facteurs déclenchant des projets de changement. Une vraie complexité apparaît pour les pôles lorsqu'il s'agit de « *construire un lien contrôlable entre leur organisation, l'efficacité économique, et la recherche des leviers d'action opérationnels*<sup>50</sup> ».

Pourtant, les discussions avec les trios de pôle montrent que les attentes en matière d'intéressement sont nombreuses. C'est un outil pour fédérer les équipes – un des chefs de pôle nous dit que « *le corps médical et le personnel non médical doivent se sentir liés et concernés*<sup>51</sup> » – sur l'atteinte d'objectifs communs, en particulier centrés sur l'amélioration continue de la qualité des soins et des bonnes pratiques. Il est également attendu que l'intéressement aide les réorganisations d'activités et soutienne les projets en développement, en étant un « *levier pour motiver les gens et remettre en cause les processus pour atteindre l'efficience, c'est une contrepartie* », nous dit une cadre supérieure.

C'est pourquoi l'intéressement ne peut porter que sur les domaines où les pôles disposent de marges de manœuvre. Mais pour y arriver, il est nécessaire « *d'être transparent et de s'assurer que ce soit incitatif ; si les gens voient les bénéfices une fois, ils seront bien plus motivés pour modifier leurs pratiques* ».

Toutefois, comme nous l'enseignent les théories de la RLP, l'argent n'est pas le seul moteur de l'action surtout dans le domaine du soin. On aperçoit d'ores et déjà les limites de cette politique surtout que l'intéressement n'a pas d'impact direct sur la rémunération du personnel. Il n'en reste pas moins que ce type d'outil est intéressant par

---

<sup>49</sup> PEPIN M., MOISDON J-C., op.cit., p 20.

<sup>50</sup> ibid.

<sup>51</sup> Annexe 4

l'ambition dont il témoigne en termes de gestion : déterminer des objectifs d'activité, financiers, qualitatifs, consacrant de fait le rôle incontournable des pôles hospitaliers dans la gestion de l'établissement. Un chef de pôle rappelle d'ailleurs que dans le système de la fonction publique, il est difficile de motiver les gens sur des notions de performance et d'efficience : « *c'est le défi du management des pôles* ».

En définitive, comme nous le dit un directeur adjoint d'un CH développant ce type de politique depuis plusieurs années, « *l'intéressement améliore le quotidien mais n'impacte pas profondément les résultats, cela reste symbolique* ». Pour un autre directeur adjoint, « *la politique d'intéressement ne suffit pas en elle-même à influencer les pratiques managériales. Ce qui a une vraie influence, c'est la maturité du dialogue de gestion qui implique maturité des pôles et maturité de la direction* ».

Au vu des échanges avec d'autres établissements de santé, il semble que l'intéressement reste une « carotte » qui récompense les efforts fournis mais qui n'est pas encore parvenu à favoriser des modifications durables des processus de soins et des comportements si ce n'est, peut-être, au niveau des tris de pôle.

L'intéressement constitue un outil de management tout autant qu'un mécanisme de récompense. Mais, c'est dans l'amélioration de la qualité du management que se situe l'avantage majeur de l'intéressement, nécessitant un important travail préalable sur la pertinence et la transparence des critères et des indicateurs. De la définition des modalités d'intéressement et du processus d'évaluation dépend le succès de la démarche. C'est l'objet de cette seconde partie.

## **2 Les modalités de définition de la politique d'intéressement conditionnent son appropriation par les acteurs de terrain : propositions pour le CHV**

### **2.1 Définir des critères et un montant en concordance avec les objectifs donnés à l'intéressement**

#### **2.1.1 Le choix de critères d'intéressement aptes à mesurer la performance du pôle**

A) Des critères multifactoriels pour concilier logique polaire et logique institutionnelle

Mettre en place une politique d'intéressement suppose de construire une architecture cohérente entre les objectifs, les enveloppes, les critères et leur pondération, et les indicateurs, en sachant que l'ensemble doit permettre d'approcher la mesure de la performance du pôle et ce, sans créer de biais dans la prise en charge des patients.

Pour être efficaces, les critères doivent donc être :

- En nombre limité pour garantir leur lisibilité ;
- Objectivement mesurables : l'atteinte des critères fait l'objet de règles de calcul claires et transparentes pour prévenir toute suspicion d'arbitraire ;
- Compréhensibles par tous : il est souhaitable d'établir une fiche à destination des pôles explicitant les règles essentielles de calcul et de répartition de l'intéressement ;
- Constamment suivis et évalués. (cf 2.2.1)

#### **Le nombre de critères**

Le nombre de critères d'intéressement doit être limité surtout au démarrage afin de rester lisible et transparent sur les objectifs affichés. Il est certain que plus les critères sont nombreux, plus la mesure de la performance du pôle est juste en abordant de nombreux aspects. Mais, cette précision fait perdre en lisibilité et en capacité d'évaluation : plus il y a de critères, plus le suivi est lourd pour le pôle. A trop mettre de critères, qui sont autant d'objectifs, il y a un risque de dispersion des efforts du pôle voire à un certain découragement par la multitude des efforts demandés. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que plus il y a de critères, plus le montant d'argent consacré à chacun d'entre eux est faible et donc moins incitatif. Il convient donc de monter progressivement en charge sur le nombre de critères. Il semble que quatre à sept critères soit une bonne moyenne. Le CH de Toulon a ainsi défini sept critères : un sur la maîtrise des dépenses, un sur le développement des recettes et cinq critères sur des objectifs qualité. A contrario, le CH de Blois a fait le choix de ne définir qu'un unique critère d'intéressement : le résultat financier. Un pôle excédentaire peut prétendre à intéressement, un pôle déficitaire, non.

La grande variété des choix entre ces deux exemples montre d'une part que les critères retenus dépendent du consensus obtenu en interne, et d'autre part, questionne la nature des critères.

### **La nature des critères**

L'important n'est finalement pas tant le nombre de critères fixés que leur nature en se posant toujours la question de savoir ce qui est le plus susceptible de motiver les équipes du pôle. Sont-ce les objectifs institutionnels ou les objectifs propres à chaque pôle ? Sont-ce les objectifs financiers ou les objectifs qualité ? Avant tout, les critères doivent donc porter sur les domaines où des progrès sont à réaliser. « *Les objectifs ne doivent pas être trop faciles à atteindre, ni trop complexes ou irréalistes. Ils ne doivent pas être centrés sur des aspects secondaires en laissant de côté des fonctions essentielles à accomplir*<sup>52</sup> », nous rappelle l'OCDE. Les pôles ne doivent pas non plus se focaliser sur les seuls objectifs donnant lieu à intéressement et ne pas se préoccuper du reste. Toute la difficulté dans le choix des critères est donc de trouver un équilibre entre les objectifs trop facilement atteignables et ceux qui demandent trop d'efforts sur une année. C'est de cet équilibre que dépend le succès de la politique d'intéressement, en particulier au moment de son lancement.

Aussi, à la première question de savoir si ce sont les objectifs institutionnels ou les objectifs propres à chaque pôle qui les motivent le plus, la réponse est claire. Ce sont ces derniers. Mais encore faut-il savoir de quoi il est question. En effet, par objectifs propres aux pôles, on peut envisager de mettre des critères d'intéressement sur les projets de chaque pôle et ne les concernant qu'eux car in fine, le vrai objectif de l'intéressement est d'aboutir à un management par projets. Or, il reste difficile, et d'autant plus la première année de l'exécution d'un tel dispositif, d'intéresser sur les projets, car comment évaluer l'atteinte de leur mise en œuvre. La mise en place d'un projet peut être retardée par la non-obtention d'une autorisation d'activité ou encore par l'absence de personnels. Ainsi est-ce le cas du développement de l'antenne HAD avec le CH de Thiers, un des projets pourtant important du pôle médico-chirurgical au CHV. Il est alors sûr qu'au moment de l'évaluation pour répartir l'intéressement, les débats sont sans fin, en particulier par l'absence d'indicateurs réellement évaluables. Aussi, même si cela est plus réducteur, il n'est possible de fonder l'intéressement que sur certaines facettes de certains projets. Évaluer les projets, c'est évaluer la dynamique du pôle, il faut donc trouver le moyen de le faire autrement. Quoiqu'il en soit, même si les critères d'intéressement ne portent pas directement sur les projets, leur mise en œuvre est nécessaire pour améliorer le résultat par exemple, constituant dès lors une évaluation indirecte.

---

<sup>52</sup> OCDE, 2005, *La rémunération liée aux performances dans l'administration*, OCDE, p 5.

Par ailleurs, sur la préférence de critères au plus proche des préoccupations des pôles, il ne faut pas oublier que la plupart des objectifs d'un pôle est commun à l'ensemble des pôles en étant la déclinaison d'objectifs institutionnels. Aussi, un des moyens d'intéresser les pôles sur leurs propres objectifs sans omettre la dimension institutionnelle, est la fixation de critères identiques pour tous, mais avec des cibles différentes à atteindre. C'est le choix qu'a opéré le CHU de Toulouse sur les critères qualité concernant les infections nosocomiales. Les deux critères retenus sont communs à tous les pôles – taux de prévalence des infections nosocomiales et consommation de Solutions Hydro-Alcooliques – mais les cibles à atteindre varient selon les pôles.

La deuxième question relative à la nature des critères, et non des moindres, porte sur la place à donner aux objectifs financiers et aux objectifs qualité. Tous les trios de pôle interrogés s'accordent à dire qu'il ne faut pas uniquement fonder l'intéressement sur des critères budgétaires.

Certes, l'hôpital public doit maîtriser ses dépenses et développer ses activités dans un contexte de concurrence entre le public et le privé, le tout dans une enveloppe fermée (l'ONDAM). Toutefois, ses activités ne doivent pas être détournées au profit des seules prestations rentables, car une des missions de l'hôpital est avant tout d'assurer la continuité des soins et de rendre un service de qualité. L'intéressement à la qualité serait même pour un chef de pôle « *le seul justifié car congruent à la motivation des soignants* ». Les critères d'intéressement à retenir doivent en fait concilier les deux attentes actuelles du système hospitalier : la maîtrise budgétaire (relativement aisée à mesurer) et l'amélioration de la qualité du service rendu au patient (difficile à évaluer objectivement). A cet égard, le contrat d'objectifs signé entre les pôles et la direction ne peut se réduire à une simple maîtrise budgétaire des coûts. Au CHV, le choix a été fait de distinguer des objectifs dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques, des ressources humaines et de la recherche de l'équilibre médico-économique. De ce fait, les critères d'intéressement ont l'obligation de refléter l'ensemble de cette réalité.

Toutefois, certains établissements prennent des options différentes. Ainsi, le CH de Blois a préféré fonder l'intéressement uniquement sur le résultat du pôle. Ce choix, qui a l'avantage d'être simple et lisible, n'a été possible que parce qu'il existe, en contrepartie, des tableaux de bords équilibrés qui permettent de suivre attentivement les indicateurs qualité, et, qui font l'objet de réunions semestrielles entre les pôles et les directions fonctionnelles. A l'inverse, le CH de Saint-Dizier<sup>53</sup> a déconnecté l'intéressement des résultats comptables et ne fixe que des objectifs en matière de qualité ou d'amélioration des processus, comme la gestion des identités. Toutefois, ces scénarii ne sont pas considérés

---

<sup>53</sup> MARASCHIN J., 2009, « L'intéressement à l'hôpital, une émergence timide », *Objectif soins*, n°174, pp 29-32.

comme recevables au niveau du CHV, à l'heure actuelle, d'autant plus qu'ils ont le désavantage d'oublier que finances et qualité sont aujourd'hui indissociables, et qu'il n'est pas possible de faire l'impasse sur l'un de ces aspects. L'étude de la DHOS<sup>54</sup> en 2008 montrait que parmi les 18% d'établissements visités qui avaient mis en place un intéressement, 79% disposaient de critères médico-économiques, 71% de critères d'activité, 61% des critères en termes de qualité et 34% des critères en matière de réorganisation.

A l'issue des entretiens avec les trios, des comparaisons avec les autres CH et des lectures sur ce sujet, il est possible de lister quelques critères les plus souvent cités ou envisageables dans les différents domaines. Le choix final est arbitré selon les priorités de l'établissement et le consensus obtenu avec les chefs de pôles.

#### ▪ **Critères financiers et médico-économiques**

##### - *L'activité*

Un biais est à noter : l'activité se heurte très vite à des « effets cliquets », on rémunère une augmentation, mais non une stabilisation qui peut représenter un effort plus grand.

##### - *Le résultat*

Ce critère est à utiliser avec précaution pour ne pas pénaliser artificiellement les pôles déficitaires ou récompenser des pôles qui, de par leur structure d'activité, sont bénéficiaires des tarifs de la T2A. Par ailleurs, le résultat, tel que présenté dans les CREA est dépendant du coût des charges indirectes des pôles prestataires, qui ne sont pas sous le contrôle des pôles cliniques.

En outre, l'activité et le résultat sont très sensibles aux changements de règles de financement mais il n'est pas possible dans le contexte actuel d'en faire l'impasse.

- *La maîtrise des dépenses* : réduction des dépenses de consommations de B de laboratoire, de pharmacie et d'ICR d'imagerie
- *La hausse des recettes* liées au développement de l'activité
- *L'exhaustivité des RUM*
- *Le délai de production des RUM.*

#### ▪ **Critères qualité**

- *Le taux de réhospitalisation*
- *Le délai d'admission dans un service* (en particulier pour les SSR ou EHPAD)
- *Le taux de conformité prescription/administration du médicament* dans le cadre du Contrat de bon usage des médicaments
- *Le taux de prévalence des infections nosocomiales*
- *La consommation de Solutions Hydro-Alcooliques*, indicateur assez controversé

---

<sup>54</sup> EHESPlus, 2008, op.cit.

- *La politique d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)*
- *La gestion des identités*
- *Les indicateurs IPAQSS<sup>55</sup> (tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels, traçabilité de l'évaluation de la douleur) ;*
- *Certains items issus des questionnaires de satisfaction (hospitalisés et consultations externes).*

▪ **Critères ressources humaines**

- *Le taux d'absentéisme*
- *La réduction de la dette du temps de travail.*

En revanche, quelques critères sont à bannir au vu des biais importants qu'ils renferment :

- Nombre d'événements indésirables en raison des risques de sous-déclaration ;
- Certains items des questionnaires de satisfaction comme le bruit ou les repas sur lesquels le pôle n'a pas de marges de manœuvre ;
- Nombre de plaintes, pas nécessairement représentatif des vrais problèmes.

**Les systèmes de répartition et de pondération des enveloppes**

Enfin, dans la mécanique de construction de l'intéressement, les possibilités de faire varier le nombre d'enveloppes et les pondérations sont infinies. Une fois encore, le choix opéré dépendra de l'importance qui est accordée aux critères retenus les uns par rapport aux autres et de ce sur quoi l'établissement veut faire porter les efforts des pôles. Prenons deux exemples en guise d'illustration.

Le CHU de Nancy<sup>56</sup> a déterminé trois enveloppes, réparties selon les critères et la pondération suivants :

- Deux objectifs qualité, pour une enveloppe de 40% de la somme globale, et comprenant comme critères : la qualité de la tenue du dossier patient et la lettre de sortie ;
- Des objectifs d'activité, pour une enveloppe de 30%, comprenant la DMS, le taux d'occupation, l'exhaustivité des RUM ;
- Des objectifs financiers, pour une enveloppe de 30%, sur le respect des objectifs en matière de dépenses de personnel (titre 1), à caractère médical (titre 2) et à caractère hôtelier et général (titre 3).

<sup>55</sup> Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

<sup>56</sup> GUIDE de la politique d'intéressement au CHU de Nancy, novembre 2007, 19 p

Le CHU de Toulouse a, quant à lui, choisi quatre domaines d'intéressement:

- Le résultat pour un tiers de la somme globale consacrée à l'intéressement (soit 400K€) ;
- La maîtrise budgétaire et le respect de l'enveloppe budgétaire allouée, pour un tiers de la somme globale ;
- Les indicateurs de qualité en lien avec la certification, pour un quart de la somme globale (soit 300K€), et comprenant la conformité des prescriptions médicamenteuses, la traçabilité de l'évaluation bénéfices/risques, le taux de prévalence des infections nosocomiales et la consommation de SHA ;
- Un objectif plus spécifique pour tous les pôles pour 100K€ : la facturation des chambres individuelles.

En conséquence, les modalités de combinaison des critères sont infinies, et toutes présentent des avantages et des inconvénients. Chaque établissement est totalement libre d'imaginer ce qui correspond le mieux à sa situation, et c'est bien là toute la plus-value de la politique d'intéressement.

B) La combinaison proposée pour enclencher une politique d'intéressement au CHV

Au vu de l'ensemble des éléments expliqués, et de la situation actuelle du CHV, une proposition a été élaborée pour mettre en place la politique d'intéressement en 2011. Elle sera d'ailleurs soumise au Directoire pour discussion avec les chefs de pôle. Cette proposition reflète la situation de l'établissement. Ce qui est vrai en 2010 pour 2011 au CHV, ne le sera sûrement plus en 2012 ou dans un autre établissement. L'avantage de la politique d'intéressement réside justement dans la souplesse et l'imagination laissées aux établissements, permettant de s'adapter à ses priorités.

Rappelons simplement qu'au moment de l'élaboration des deux premiers contrats de pôle du CHV, un article avait été écrit sur les modalités d'intéressement en reprenant l'exemple du CH de Rambouillet<sup>57</sup>, qui distingue trois enveloppes : résultat, progrès et qualité. Les critères n'avaient par contre pas été déterminés. Suite aux discussions et au travail de ce mémoire, ce système a évolué, notamment pour limiter la part liée au résultat. L'objectif est bien celui de mesurer la performance mais également la dynamique du pôle. Le résultat final s'éloigne donc quelque peu de l'hypothèse de travail de départ.

La proposition, présentée dans le tableau ci-dessous, pour initier une politique d'intéressement au CHV, ne concerne que les pôles cliniques. Elle combine les critères d'intéressement, les enveloppes et les pondérations, en distinguant :

- Une enveloppe qualité à hauteur de 60% de la somme globale allouée ;
- Une enveloppe médico-économique représentant 40% de la somme.

---

<sup>57</sup> C2R Santé Île-de-France. *Fiche de partage d'expériences – CH de Rambouillet.*

## Justification de ces options

### ❖ **Enveloppe qualité (60%)**

La priorité est donnée aux objectifs qualité, qui se déclinent en objectifs institutionnels et en objectifs propres aux pôles, en leur octroyant une pondération de 60% de l'enveloppe globale, au motif que l'objectif final de l'intéressement est d'aboutir à une amélioration de la qualité du service rendu aux patients. Il convient cependant de rester conscient que le soin, cœur de métier de l'hôpital, échappe à une évaluation objective.

### ▪ **Amélioration des indicateurs IPAQSS (40%)**

Lors de la dernière enquête IPAQSS, les résultats de l'établissement se sont dégradés et se situent en deçà des moyennes nationales. Estimant que cela est préjudiciable aux patients et à l'établissement, il a été décidé d'y mettre l'accent pour la première année d'existence de l'intéressement. Les deux pôles, ayant signé leur contrat de pôle, ont réalisé leur propre enquête IPAQSS en analysant 60 dossiers. Les résultats sont connus et permettent de fixer des cibles, propres à chaque pôle, pour chacun des quatre indicateurs IPAQSS. Pour ce faire, il convient de trouver des cibles incitatives, mais réalistes à atteindre au vu de l'état d'avancement des pôles sur la question.

Concernant l'item sur la tenue du dossier patient qui recouvre de multiples sous-critères, il semble pertinent de se concentrer sur deux sous-critères fortement défaillants : la présence du nom du prescripteur et de sa signature. Il est probable que ce choix porte à discussion, les réserves sont d'ores et déjà connues : le paraphe n'équivaut pas à une signature, la case pour signer est trop petite sur les feuilles de prescription, le problème sera réglé avec l'informatisation du dossier patient. Il n'en demeure pas moins que la Haute Autorité de Santé (HAS), depuis sa première visite, émet des réserves sur la tenue du dossier patient au CHV, et qu'il convient dès à présent de s'améliorer sur cet élément de traçabilité, en vue de sécuriser la prescription médicamenteuse.

Concernant les trois autres items – délai d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation inférieur à 8 jours, traçabilité de l'évaluation de la douleur et dépistage des troubles nutritionnels – les enquêtes font apparaître des résultats différents entre les deux pôles, des marges de progression ou de maintien selon les items peuvent légitimement être récompensées par l'intéressement.

### ▪ **La poursuite de la politique d'EPP (10%)**

Le manque d'implication des médecins sur la politique d'EPP est certain, ce qu'a mis en lumière la dernière visite de la HAS en mai 2010. En particulier, il est constaté un désintérêt pour ce sujet entre les visites de certification, l'intérêt ne revenant qu'avec le retour d'une visite. Aussi, est-il nécessaire de maintenir la dynamique en en faisant un critère d'intéressement.

▪ **Les objectifs spécifiques à chaque pôle (10%)**

Il semble pertinent d'intéresser les pôles sur des objectifs qui leur sont spécifiques afin d'accroître la motivation, en favorisant les critères qui sont mesurables le plus objectivement possible.

❖ **Enveloppe médico-économique (40%)**

▪ **Résultat du CREA (10%)**

Volontairement, l'importance donnée au résultat issu du CREA est relativement faible, et ce pour plusieurs raisons. D'une part, il s'agit de ne pas pénaliser ni stigmatiser des pôles qui de par la nature de leur activité ou par l'inégalité face aux tarifs de la T2A et/ou de la DAF (Dotation Annuelle de Fonctionnement pour la psychiatrie et le SSR) sont déficitaires.

D'autre part, un pôle peut voir son déficit aggravé ou son excédent artificiellement surestimé en raison du coût des charges indirectes des prestations de logistique générale (restauration, blanchisserie, gestion générale), de logistique médicale (pharmacie, biomédical, stérilisation), du plateau technique (Bloc, imagerie, laboratoire, anesthésie..) et des frais de structure. Le pôle Femme-enfant est aujourd'hui pénalisé par le nombre de m<sup>2</sup> dont il dispose et qui aggrave son déficit. A cet égard, les unités d'œuvre de répartition des charges indirectes dans le CREA sont parfois encore contestées par certains chefs de pôle. L'idéal aurait été de déterminer un résultat (recettes directes – charges directes) attendu et de le comparer avec le résultat réalisé. Mais, cela est impossible à l'heure actuelle car les charges de personnel sont inscrites en Equivalent Temps Plein (ETP) dans les contrats de pôle et non valorisées financièrement.

▪ **Progression du compte de résultat (10%)**

Le souhait avec la politique d'intéressement est de mettre l'accent sur la dynamique des pôles. L'objectif n'est pas l'excédent pour tous, mais d'atteindre l'équilibre général au niveau de l'établissement, au sein duquel certaines activités rentables en financent d'autres qui le sont moins ou pas. L'intéressement étant source de motivation, il est important de distribuer une prime à un pôle qui réduit son déficit, même si ses coûts de production demeurent supérieurs aux moyennes nationales. De même, le maintien des résultats d'un pôle doit également être récompensé car cela peut demander des efforts importants.

▪ **Atteinte des objectifs contractualisés en termes d'activité, de recettes et de maîtrise des dépenses (20%)**

Ces objectifs sont contractualisés entre la direction et les pôles. Il s'agit de vérifier le respect des engagements.

### ▪ **Le système de bonus-malus**

Considérant que certains critères demandent des efforts particuliers ou au contraire qu'un socle de base doit être respecté, il est souhaité la création d'un système de bonus-malus. Le malus s'explique par la nécessité que l'ensemble des séjours soit codé à la clôture de l'exercice en janvier n+1. De fait, un pôle qui ne respecte pas cet élément se pénalise lui-même puisque cela signifie une moins-value de recettes.

Le bonus s'inscrit dans le cadre de la facturation au fil de l'eau, projet pour lequel le CHV est site expérimentateur. Le but est de tout coder le plus rapidement possible. L'objectif final sera ensuite que le séjour soit codé à J+15 après la sortie du patient.

En revanche, le parti a été pris de ne pas intéresser les pôles pour la première année sur des critères en matière de ressources humaines.

### **Atteinte des objectifs et calcul des primes : modèle binaire et modèle progressif**

Là-encore, une grande diversité des solutions s'offre aux établissements :

- *Un modèle binaire* : la cible atteinte, le pôle obtient la totalité du montant affecté à ce critère. La cible n'est pas atteinte, le pôle n'obtient rien. Une variante possible est de verser un montant plus élevé, plus le nombre de critères atteints est important.
- *Une appréciation graduelle de l'atteinte des objectifs* prenant en compte les progrès. Un objectif atteint, le pôle obtient la totalité de la somme. Un objectif partiellement atteint, le pôle obtient la moitié de ce qui devait être attribué. Un objectif non atteint, le pôle n'obtient rien.

Dans la combinaison proposée, le modèle retenu varie selon le critère concerné.

Type d'enveloppe	Critère	Indicateur de suivi	Modalités d'évaluation	Taux à atteindre	% d'intéressement
<b>Enveloppe qualité = 60%</b>	<b>Amélioration des résultats IPAQSS<sup>58</sup> (40%)</b>	<p>1) <i>Tenue du dossier patient avec un ciblage sur les prescriptions médicamenteuses</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- signature du prescripteur</li> <li>- nom du prescripteur</li> </ul> <p>2) <i>Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation</i></p> <p>3) <i>Traçabilité de l'évaluation de la douleur</i></p> <p>4) <i>Dépistage des troubles nutritionnels</i> qui comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recueil du poids et de la taille</li> <li>- calcul de l'IMC</li> <li>- mention de la notion de variation de poids</li> </ul>	Outre l'évaluation au niveau de l'établissement, cela nécessite de réaliser une évaluation au niveau du pôle, ce qui est d'ores et déjà réalisé par les pôles de médecine et médico-chirurgical	<p>Cible différente à atteindre selon les pôles au vu des enquêtes IPAQSS pour chaque pôle.</p> <p>Au niveau national, l'objectif est d'atteindre 80% pour chacun des 4 critères.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si atteinte de l'ensemble des objectifs = 40%</li> <li>▪ Si atteinte de 3 sur 4 = 30%</li> <li>▪ Si atteinte de 2 sur 4 = 20%</li> <li>▪ Si atteinte de 1 sur 4 = 10%</li> <li>▪ Si aucun objectif atteint = 0</li> </ul>
	<b>Poursuite de la politique d'EPP (10%)</b>	L'atteinte des objectifs fixés l'année passée devant la Commission FMC-EPP, comme la définition d'une méthode, la fixation d'un plan d'actions, la mise en place de ce plan d'actions...	Un calendrier EPP est proposé par le pôle à la Commission FMC-EPP <sup>59</sup> , qui évalue l'année suivante la réalisation. Emet un avis donné au Directeur.	L'objectif donné devant la commission FMC-EPP	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si atteint = 10%</li> <li>▪ Si non atteint = 0</li> </ul>
	<b>Objectif spécifique à chaque pôle (10%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pôle médico-chirurgical : Augmenter les sorties le matin</li> </ul>	Taux de sorties le matin		Fixer (pour les 2 pôles) une cible chiffrée au vu des

<sup>58</sup> Pour le SSR, il existe un item concernant la traçabilité du dépistage des escarres

<sup>59</sup> Formation Médicale Continue – Evaluation des Pratiques Professionnelles (FMC-EPP)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>pôle de médecine : Diminuer le nombre d'escarres stade 2</li> </ul>	Nombre d'escarres stade 2		résultats sur les années précédentes	
<b>Enveloppe médico-économique = 40%</b>	<b>Résultat du CREA (10%)</b>	CREA	Présentation du CREA en juin de l'année n+1		<ul style="list-style-type: none"> <li>Si excédentaire = 10%</li> <li>Si déficitaire = 0</li> </ul>
	<b>Progression du compte résultat (10%)</b>	Marge sur coûts directs du CREA qui analyse la différence entre les recettes directes et les charges directes	Présentation du CREA en juin de l'année n+1	Cibles différentes selon les pôles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si amélioration du résultat ou réduction du déficit = 10%</li> <li>Si détérioration du résultat, qu'il soit excédentaire ou déficitaire = 0</li> </ul>
	<b>Atteinte des objectifs contractualisés en termes d'activité, de recettes et de maîtrise des dépenses (20%)</b>	Objectifs de recettes Objectifs de dépenses Objectifs d'activité	Par le pôle DAFIS	Cibles propres à chaque pôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si atteinte des objectifs dans les 3 domaines = 20%</li> <li>Si atteinte des objectifs dans 2 des 3 domaines = 10%</li> <li>Si atteinte des objectifs dans un des 3 domaines = 5%</li> <li>Si aucun objectif atteint = 0%</li> </ul>
<b>Malus</b>	<b>Perte de l'enveloppe médico-économique</b>	Taux d'exhaustivité des RUM	Suivi sur Orbis décision	100% des séjours doivent être codés à la clôture de l'exercice en janvier n+1	Pénalisation du pôle par la perte du montant reçu au titre de l'enveloppe médico-économique
<b>Bonus</b>	<b>Gain supplémentaire sur l'enveloppe médico-économique</b>	Taux d'exhaustivité des RUM	Suivi sur Orbis décision	9 mois sur 12 le taux d'exhaustivité atteint 100% au 15 du mois suivant la sortie du patient	10% du montant de l'enveloppe médico-économique obtenue, en plus

## 2.1.2 Le succès de cette politique dépend de la somme mise en jeu et de la latitude donnée aux pôles pour utiliser cette prime

- A) Fixer un montant d'intéressement en lien avec la situation financière de l'établissement

### Situation financière de l'établissement

Mettre en place une politique d'intéressement suppose l'existence d'une marge de manœuvre financière à y consacrer. Or, jusqu'à aujourd'hui, la situation financière dégradée des établissements a été un frein à la diffusion de l'intéressement, comme le souligne l'étude de la DHOS<sup>60</sup> en 2008. Aussi, même si le rapport de l'IGAS recommande de « *prévoir un intéressement des pôles, même si l'établissement est en déficit et que son montant peut apparaître symbolique*<sup>61</sup> », la chose n'est pas aisée. Parmi les EPS contactés, les pratiques en la matière sont diverses. Ainsi, le CH de Blois justifie le fait de ne pas intéresser en cas de déficit de l'établissement par « *l'aspect pédagogique*<sup>62</sup> » que cela représente, tandis que le CH de Toulon a distribué une prime d'intéressement en 2008 bien que l'établissement soit déficitaire. Quant au CH de Périgueux, il existe deux enveloppes, une liée au résultat de l'établissement et l'autre qui en est déconnectée. Il existe donc une contradiction entre une vision purement économique qui consiste à assujettir tout intéressement au résultat positif de l'établissement, et une vision plus managériale qui encourage les pôles qui ont fait des efforts et atteint leurs objectifs, et pour lesquels l'intéressement doit être distribué quelle que soit la situation financière de l'établissement. Les divergences les plus importantes, au sein des trios de pôles, sont apparues sur cet aspect. Pour certains, en cas de déficit de l'établissement, l'intéressement ne se justifie pas, c'est une question « *d'esprit collectif et de service public* ». Un cadre supérieur s'interroge : « *Une entreprise privée verse-t-elle un intéressement si elle est en déficit ?* ». Au contraire, pour un chef de pôle, il est primordial de prévoir un intéressement car « *il faut valoriser les efforts et faire que chacun retrouve ses manches* ». Par ailleurs, cela permet de ne « *pas casser la dynamique, même si cela dépend du plan de redressement* ».

A l'heure actuelle, le CHV dispose d'un léger excédent (150K€ en 2009, pour le budget H, 250K€ de résultat consolidé), lui permettant d'envisager la distribution d'un intéressement. Plus globalement, il n'apparaît pas souhaitable de lier l'intéressement au résultat de l'établissement car le risque est de ne pas inciter les pôles excédentaires ou déficitaires à agir durablement si les perspectives de long terme deviennent négatives. Bien entendu, dans un établissement avec un contrat de retour à l'équilibre financier

<sup>60</sup> EHESPlus, 2008, op.cit., p 14.

<sup>61</sup> ZEGGAR H., VALLET G., 2010, op.cit, p 28.

<sup>62</sup> Annexe 6

imposant des mesures drastiques, la question se pose différemment, excepté si l'instrument est déjà maîtrisé en interne. Cet aspect de l'articulation de l'intéressement avec la situation financière de l'établissement est loin d'être anodin. Comme le rappelle l'IGAS, « *la faiblesse des retombées de ces nouveaux dispositifs et leur fragilité même ne sont pas sans avoir de conséquences sur l'engagement des acteurs. Ceux qui ont le souci de la performance économique et gestionnaire se sentent lésés par rapport à ceux qui n'ont pas modifié leur pratique*<sup>63</sup>. » Enfin, concernant l'anticipation de la somme à y consacrer, certains établissements font le choix de provisionner cette somme en n-1. Mais, dans la mesure où ce n'est pas une provision réglementée, elle peut conduire à afficher un résultat déficitaire de l'établissement.

### **Le montant de l'intéressement**

La question du montant de l'intéressement est également cruciale. Un cadre supérieur précise que « *la carotte doit être en proportion de l'effort à consentir. Si l'effort est trop élevé, c'est inutile* ». Tandis qu'un autre trio prévient que « *la somme allouée va être déterminante. C'est un changement radical dans le secteur public.* ». Toute la difficulté réside donc dans la capacité de l'établissement à définir une somme jugée satisfaisante par tous et qui pousse chaque pôle à agir en conséquence. Or, s'il y a une question restée sans réponse lors des entretiens avec les trios, c'est celle portant sur le montant à consacrer à l'intéressement, argumentant que ce qui motive un pôle peut ne pas en motiver un autre. Une seule cadre supérieure s'est avancée dans une estimation chiffrée d'un montant en fonction de l'utilisation qu'elle souhaite en faire :

- une mensualité de remplacement pour chaque catégorie professionnelle (au nombre de 5) de son pôle à raison de 3000€ pour chaque mensualité, soit 15K€ ;
- une formation complète prise en charge (soit 2,6 journées) à raison de 350€/journée, soit environ 1000€.

Au vu des informations concernant les politiques menées dans d'autres établissements et des entretiens avec les Directeurs adjoints contactés, différentes solutions sont possibles pour définir le montant de la prime d'intéressement :

- soit un pourcentage des économies réalisées par le pôle, qui peut alors être reversé en totalité ou en partie au pôle. Une part peut être destinée à alimenter un fonds au niveau de l'établissement

C'est la solution retenue par le CH d'Avignon au début de la mise en place de cette politique : 50% de la somme retourne à l'établissement, 25% de la somme est donnée au pôle et les 25% restant alimentent un fonds d'innovation au niveau de l'établissement<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> ZEGGAR H., VALLET G., 2010, op.cit.

<sup>64</sup> MEAH, 2006, *Nouvelle Gouvernance et comptabilité analytique par pôle. Contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case-Mix (TCCM) et des Comptes de Résultats analytiques (CREA)*. Paris : Berger-Levrault, 94 p.

Dans ce cas, il est difficile de connaître précisément à l'avance la somme exacte qui sera distribuée.

- soit, le reversement d'un pourcentage de l'excédent de l'établissement aux pôles au prorata de leur contribution à ces résultats (exemple de du CH de Saint-Nazaire<sup>65</sup>).
- soit une somme est provisionnée en n-1, totalement répartie ou non entre les pôles ayant atteint les objectifs donnés en n, prenant en compte ou pas le poids économique du pôle.
- soit une prime atteignable fixée par pôle, pondérée par le poids économique du pôle, le reliquat étant provisionné pour l'année suivante.

Sur les montants à proprement parler, le CH de Blois a distribué en 2009 de 5K€ à 100K€ de prime d'intéressement pour 4 des 6 pôles qui ont pu en bénéficier, pour un montant total de 200K€. A Toulon, c'est 573K€ qui ont été distribués en 2009 pour des sommes allant de 71€ à 98K€. Les modalités de versement sont fixées de la façon suivante : 50% est versé sans condition et 50% est versé après constat du respect des indicateurs qualité. Le CHU de Toulouse, quant à lui, a distribué 1,2 millions d'euros au titre de l'intéressement pour 2009. Deux pôles ont eu des sommes supérieures à 100K€ (la plus haute somme atteignant 112K€), la plus faible somme était de 13K€. Les 24 pôles ont reçu une prime. D'ailleurs, le Directeur adjoint précise que ces sommes sont de plus en plus importantes et constituent une vraie marge de manœuvre. De ce fait, « *les médecins autrefois attentistes commencent à en prendre conscience*<sup>66</sup> ».

On le voit, les montants sont extrêmement variables entre les établissements, tout comme les conditions de répartition entre les pôles. Ce qui est sûr, c'est que le montant de la prime la première année, doit être incitatif pour motiver les autres à rédiger leur contrat de pôle. Il s'agit également de montrer la ferme volonté de l'établissement de ne pas simplement récompenser les pôles atteignant leurs objectifs, mais d'en faire un outil de management interne aux pôles. Concernant le CHV, il est dans la situation où en 2011, ne pourront prétendre à l'intéressement que les pôles qui ont signé leur contrat, à savoir les pôles de médecine et médico-chirurgical en juin dernier, et vraisemblablement les pôles femme-enfant, de chirurgie et de réadaptation et gériatrie qui sont en cours de rédaction de leur contrat.

Deux solutions sont donc possibles pour déterminer la somme consacrée à l'intéressement et ont été examinées tour à tour avec la DAF.

1) Fixer un montant de 30K€ de prime atteignable, pour le pôle économiquement le plus important. Reste ensuite à spécifier la base de pondération du poids économique du pôle : selon la marge sur coûts directs, les dépenses directes ou les recettes directes.

---

<sup>65</sup> CREER. *Les outils de la délégation de gestion et l'intéressement au Centre hospitalier de Saint-Nazaire*. Disponible sur internet : [http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles\\_id=200](http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=200)

<sup>66</sup> Annexe 6

- 2) Prévoir un montant global pour tous les pôles de 200K€, pondéré là-aussi selon le poids économique du pôle calculé en fonction d'une clé mixte : recettes du CREA (pour 70%) et nombre d'ETP (30%)

Dans les deux cas, le reliquat non attribué aux pôles est provisionné pour l'année suivante.

**1) Montant de 30K€ de prime atteignable pour le pôle économiquement le plus important**

*a) Prime pondérée selon la marge sur coûts directs du CREA du pôle*

Le calcul est réalisé à partir des données du CREA 2009, en y intégrant le bonus tel que présenté dans les critères retenus (cf §2.1.1).

Pôle	Marge sur coûts directs du CREA (2009)	Montant potentielle de la prime	Bonus 10% sur enveloppe médico-économique
Pôle médico-chirurgical	10 300 705€	30 000€	1200
Pôle médecine	8 358 361€	24 300€	972
Pôle chirurgical	7 284 007€	21 200€	848
Pôle réadaptation et gériatrie	5 092 372€	14 800€	592
Pôle femme-enfant	4 444 439€	12 900€	516
Pôle urgences-anesthésie	2 710 024€	7 900€	316
Pôle de psychiatrie	1 083 353€	3 200€	128
<b>TOTAL</b>	<b>39 273 261€</b>	<b>114 300€</b>	<b>4576€</b>

**Montant de la prime d'intéressement à répartir entre**

**les pôles**

**118 876€**

▪ **Avantage** : Ce système de pondération se base sur le « chiffre d'affaire » brut du pôle.

▪ **Inconvénients**

- Les écarts de marge directe sont plus grands entre le meilleur et le moins bon. Dès lors, le montant de la prime est peu attractif pour certains pôles, en particulier la psychiatrie, alors que c'est justement un pôle déficitaire.

- Le montant total consacré à la prime au niveau de l'établissement est faible ;

- Par ailleurs, et c'est ce qui explique la place défavorable de la psychiatrie et le bon positionnement du pôle chirurgical, le recours aux plateaux techniques fait partie des charges indirectes non intégrées dans la marge sur coûts directs. De sorte que le pôle de chirurgie qui recourt au bloc opératoire et a moins de charges de personnel, qui sont elles directement imputées, se trouve largement favorisé, par rapport au pôle de psychiatrie par exemple.

⇒ En conclusion, la pondération en fonction de la marge directe n'est pas pertinente car les sommes en jeu risquent d'être peu motivantes pour l'ensemble des pôles.

b) Prime pondérée selon les dépenses directes du CREA du pôle

Pôle	Dépenses du CREA (2009)	Montant potentielle de la prime	Bonus 10% sur enveloppe médico-économique
Pôle médico-chirurgical	13 042 703€	30 000€	1 200
Pôle médecine	11 798 361€	27 100	1084
Pôle femme-enfant	9 945 749€	22 900	916
Pôle gériatrie	9 820 147€	22 600	904
Pôle de psychiatrie	9 755 809€	22 400	896
Pôle chirurgical	6 580 246€	15 100	604
Pôle urgences-anesthésie	6 363 582€	14 600	584
<b>TOTAL</b>	<b>67 306 597€</b>	<b>154 700</b>	<b>6188</b>

**Montant de la prime d'intéressement à répartir entre**

**les pôles**

**160 888€**

▪ **Avantages**

- Chaque pôle ayant des dépenses importantes, la somme finale est conséquente.
- Les pôles ayant des charges de personnel importantes sont favorisés, car directement imputées, donc augmentant leur poids économique.

▪ **Inconvénients**

- Pondérer le poids économique du pôle en fonction de ses dépenses est un non-sens tant en matière de gestion que d'économie.

Un des critères pour obtenir la prime d'intéressement est la maîtrise des dépenses. Or, avec ce système, celui qui dépense le plus peut prétendre à une prime plus élevée, même s'il perdra une partie de cette somme sur les critères consacrés à la maîtrise budgétaire. C'est une incohérence par rapport aux objectifs de la politique d'intéressement.

c) Prime pondérée selon les recettes directes du CREA du pôle

Pôle	Recettes du CREA (2009)	Montant potentielle de la prime	Bonus 10% sur enveloppe médico-économique
Pôle médico-chirurgical	23 343 408€	30 000€	1 200
Pôle médecine	20 156 497€	25 900€	1 036
Pôle gériatrie	14 912 519€	19 200€	768
Pôle femme-enfant	14 390 188€	18 500	740
Pôle chirurgical	13 864 253€	17 800€	712
Pôle de psychiatrie	10 839 162€	13 900€	556
Pôle urgences-anesthésie	9 073 606€	11 700€	468
<b>TOTAL</b>	<b>106 579 633€</b>	<b>137 000€</b>	<b>5480€</b>

**Montant de la prime d'intéressement à répartir**

**entre les pôles**

**Soit 142 480€**

▪ **Avantages**

- Les sommes sont correctes et motivantes pour tous les pôles ;
- Ce système de pondération est le plus cohérent en lien avec les objectifs dans le contrat de pôle : la hausse des recettes d'activités.

⇒ **C'est donc ce système de pondération qu'il convient de retenir dans le cas où une prime de 30K€ est donnée au pôle économiquement le plus important. La somme totale distribuée est alors de 142 480€.**

**2) Prévoir un montant global d'environ 200K€, pour tous les pôles, pondéré selon une clé mixte de répartition**

Le CHV pourrait potentiellement consacrer environ 200K€ à l'intéressement (bonus d'environ 8K€ compris), à répartir selon les pôles selon une clé mixte :

- a) *Clé 1 : les recettes directes du pôle, issues du CREA, à raison de 70% de la somme globale (134 400€) ;*

Pôle	Recettes	% par rapport aux recettes totales	Prime potentielle
Pôle médico-chirurgical	23 343 408€	21,90	29 434
Pôle médecine	20 156 497€	18,90	25 402
Pôle gériatrie	14 912 519€	14,00	18 816
Pôle femme-enfant	14 390 188€	13,50	18 144
Pôle chirurgical	13 864 253€	13,00	17 472
Pôle de psychiatrie	10 839 162€	10,20	13 708
Pôle urgences-anesthésie	9 073 606€	8,50	11 424
<b>TOTAL</b>	<b>106 579 633€</b>	<b>100</b>	<b>134 400</b>

- b) *Clé 2 : le nombre d'ETP du pôle, à raison de 30% de la somme globale (57 600€)*

Pôle	Nombre d'ETP	% par rapport au nombre d'ETP	Prime potentielle
Pôle médico-chirurgical	171	14,5	8 352
Pôle médecine	208	17,6	10 138
Pôle gériatrie	204	17,3	9 965
Pôle femme-enfant	199	16,8	9 677
Pôle chirurgical	114	9,7	5 587
Pôle de psychiatrie	167	14,1	8 121
Pôle urgences-anesthésie	118	10	5 760
<b>TOTAL</b>	<b>1181</b>	<b>100</b>	<b>57 600</b>

c) *Somme totale potentielle*

Pôle	Sous-total (clé 1 et 2)	Enveloppe médico- économique (40%)	Bonus 10% sur enveloppe médico- économique <sup>67</sup>	Prime potentielle
Pôle médico-chirurgical	37 786	15 114	1 511	39 297
Pôle médecine	35 540	14 216	1 422	36 962
Pôle gériatrie	28 781	11 512	1 151	29 932
Pôle femme-enfant	27 821	11 128	1 113	28 934
Pôle chirurgical	23 059	9 224	922	23 981
Pôle de psychiatrie	21 829	8 732	873	22 702
Pôle urgences- anesthésie	17 184	6 874	688	17 872
<b>TOTAL</b>	<b>192 000</b>	<b>76 800</b>	<b>7 680</b>	<b>199 680</b>

Cette solution présente l'avantage de procéder à une évaluation mixte du poids économique du pôle, qui n'est pas uniquement axé sur les recettes, mais également sur les effectifs, revalorisant ainsi la place du pôle de psychiatrie, qui étant en DAF ne peut prétendre améliorer ses recettes.

Les deux solutions présentées ont chacune des avantages, le choix sera donc celui du directoire.

Enfin, il est également possible d'envisager des formes d'intéressement non monétaires notamment pour des établissements en difficultés financières : une priorité dans les choix d'investissements ou dans les choix de formation, par exemple.

B) Le périmètre d'utilisation et de répartition de la prime : une marge de manœuvre pour les pôles

La portée de la politique d'intéressement dépend du montant alloué, mais surtout des possibilités d'utilisation de la prime. Si la direction souhaite que l'intéressement joue à plein son rôle de moteur pour modifier les organisations, elle doit laisser une grande latitude aux pôles à ce niveau. Seule la nécessaire cohérence institutionnelle peut conduire à une limitation de certains emplois.

Sur cet aspect, se posent alors deux questions : quelles utilisations de la prime et, au préalable, qui est chargé de déterminer les emplois et les modalités de répartition de la prime au sein du pôle ? De fait, tout l'enjeu managérial de l'intéressement, et sa capacité à répondre aux attentes d'une telle politique, se jouent à ce niveau.

<sup>67</sup> Bonus de 10% sur les 40% de la somme globale (clé 1 et clé 2)

## Répartition de la prime au sein du pôle

Le souhait des trios interrogés est de faire de l'intéressement un juste retour des efforts, quitte à récompenser différemment les services au sein du même pôle, selon leur contribution à l'atteinte des objectifs du pôle. Un chef de pôle nous dit qu'il faut voir qui est responsable « *du meilleur bénéfice* » et que cela doit être « *spectaculaire et démonstratif* ». Cela nécessite un suivi fin, au niveau du service, de la réalisation des objectifs.

Dès lors, la problématique des critères de répartition de l'intéressement au niveau de l'établissement se retrouve dans les mêmes termes au sein de chaque pôle entre les services. Cela peut ressembler à un casse-tête pour les trios, mais c'est surtout l'opportunité d'influer sur les pratiques. Dès lors, qui est responsable de déterminer les utilisations de la prime d'intéressement ? Les réponses sont variées et plus ou moins participatives selon les trios. Pour certains, seul le trio de pôle est en charge de la répartition de la prime, en précisant qu'il doit être transparent par rapport aux critères de répartition de l'enveloppe. D'autres y associent le bureau de pôle comme instance de concertation avant validation définitive par le trio. Enfin, certains prônent la participation des équipes à la définition de l'emploi de cette prime.

Ce qui est certain pour tous, c'est qu'il ne doit pas exister de maquette prédéfinie au niveau institutionnel. La prime d'intéressement est une vraie marge de manœuvre pour les pôles. Cette affirmation peut être nuancée afin de garantir l'unité institutionnelle en encadrant certaines utilisations. Les deux contrats de pôles, signés en juin dernier, contiennent un article relatif aux modalités d'intéressement, qui fixe les principes généraux en attendant la définition de critères précis. Sur les modalités d'engagement de l'enveloppe d'intéressement, il est ainsi précisé que l'intéressement attribué au pôle ne peut gager que des dépenses non pérennes, dans le respect des règles et procédures en vigueur dans le secteur hospitalier (Code des Marchés Publics, Statut de la Fonction Publique Hospitalière ...). L'enveloppe d'intéressement peut être, en partie ou totalement, provisionnée ou affectée en réserve de compensation, en vue de futurs déficits (affectation à la réserve de compensation peu probable).

## Utilisation de la prime d'intéressement

Deux grands domaines se distinguent : soit l'amélioration des conditions de travail des agents, soit l'amélioration de la qualité de l'offre de soins. Au préalable, une crainte légitime existe, celle que la prime d'intéressement pallie la pénurie, ou finance ce que l'institution faisait auparavant. Il revient à la direction et au directoire de prendre garde à ce que l'intéressement ne soit pas détourné de sa finalité.

C'est majoritairement sur l'amélioration des conditions de travail des agents que les trios souhaitent faire porter la prime. Un cadre administratif rappelle toutefois que « *l'intéressement n'est pas là que pour satisfaire les besoins de l'équipe, mais c'est un*

*plus pour le malade* ». Il n'en demeure pas moins que l'intéressement est d'abord vu comme une récompense pour le travail des agents, palliant de facto l'interdiction d'un intéressement individuel dans la FPH. Les agents doivent ressentir individuellement les fruits de leurs efforts et les effets de l'intéressement. A ce titre, il est à noter que les souhaits d'utilisation exprimés, par les trios, recourent les pratiques observées dans d'autres établissements de santé où la politique d'intéressement est déjà en fonctionnement.

Dans chacun de ces deux domaines, différentes possibilités peuvent être envisagées.

#### ▪ **L'amélioration de la qualité de l'offre de soins**

- Améliorer les aspects hôteliers : locaux d'hospitalisation et chambres.

Le risque est grand de voir l'établissement sortir de son budget certaines dépenses pour les laisser aux pôles dans le cadre de l'intéressement. Ou, au contraire, une trop grande autonomie des pôles sur cette question peut donner l'impression de constituer des mini-hôpitaux qui fixent leur propre programme de travaux, même si le risque est contenu au vu des sommes en jeu.

- Financer une activité pour les patients : une sortie en long séjour, une activité d'animation pour le CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique A Temps Partiel)...

- Financer un temps agent pour une activité ponctuelle. Un pôle du CH de Blois a par exemple eu recours à un CDD de 6 mois d'une socio-esthéticienne. Il peut également s'agir d'anticiper le recrutement d'un agent de quelques mois.

- Financer un audit pour améliorer la performance du pôle...

Dans ce domaine, les possibilités sont abondantes, et c'est à ce niveau que la gestion de proximité des pôles apporte toute sa plus-value.

#### ▪ **L'amélioration des conditions de travail des agents**

C'est bien entendu dans ce deuxième domaine que la prime d'intéressement est principalement utilisée.

##### ➤ En exploitation

- Des mensualités de remplacement : une pour chaque catégorie professionnelle, permettre aux agents de prendre leur Compte Epargne Temps (CET).

- Le paiement d'heures supplémentaires ;

- Le financement de formation...

Le risque bien mesuré par les trios est celui de la dispersion des sommes distribuées rendant peu visibles les effets de l'intéressement. C'est la raison pour laquelle, un trio insiste sur le côté spectaculaire que doit représenter l'utilisation de la prime, suggérant de donner un jour de CET à tous les agents du service, par moitié d'effectifs, sur deux jours précis dans l'année, en faisant appel à l'équipe de remplacement.

➤ En investissement

- L'achat de matériel médical pour développer de nouvelles activités ;
- L'achat de matériel non-médical, de matériels informatiques ;
- La réalisation de travaux : rénovation salle de repos, mise à disposition d'équipements de confort ...

Pour tous ces achats en investissement, il convient de prendre en compte leur impact futur sur les dépenses de fonctionnement (amortissement, consommables médicaux, entretien et maintenance ...). En général, les établissements interdisent l'achat de matériels générant des coûts d'exploitation. L'autre solution pour ne pas limiter les pôles est de faire comme le CHU de Toulouse qui prélève 1,4 fois le montant de l'investissement pour tenir compte des conséquences de celui-ci. Certains précisent d'ailleurs que rien ne doit aller au personnel médical, raison pour laquelle tous ne sont pas d'accord sur la pertinence de procéder à des achats de matériels médicaux avec cette prime, car cela est beaucoup moins mobilisateur et source de motivation pour les agents.

A noter qu'une forme d'intéressement a déjà existé au CHV, il y a une dizaine d'années, dans le service de cardiologie. Cela avait donné lieu à l'achat de tableaux pour décorer le service (toujours présents), ce qui, à l'époque, avait créé une émulation.

Dans tous les cas, que cette prime soit utilisée en direction des personnels ou des patients, cet emploi ne peut être contraire aux objectifs stratégiques arrêtés par les instances de l'établissement. En outre, des limites existent, celle de l'« *essoufflement à long terme*<sup>68</sup> », les marges d'économies se réduisent et les efforts consentis pour y parvenir sont plus importants. L'autre limite pourrait être celle de ne plus savoir à quoi utiliser la prime. Comme le dit une cadre supérieure de santé, « *il faut être créatif dans l'utilisation de la prime* ».

## **2.2 Prévoir des indicateurs d'évaluation et de suivi pertinents pour affiner cette combinaison**

### **2.2.1 Le processus d'évaluation est au cœur du système d'intéressement**

#### A) Définir des indicateurs fiables et des outils de suivi de l'atteinte des objectifs

Afin de garantir la distribution de la prime d'intéressement, il ne suffit pas de déterminer des critères, encore faut-il avoir les moyens d'évaluer l'atteinte des objectifs contractualisés. Il n'y a pas de politique d'intéressement viable sans une définition préalable et robuste des modalités d'évaluation des pôles, et ce, afin d'éviter toute contestation. D'autant plus que le processus annuel d'évaluation de l'exécution des contrats de pôle revêt un caractère sensible en sanctionnant ou récompensant financièrement les acteurs pour leur gestion. Dès lors, et surtout au démarrage d'une politique d'intéressement, où la

---

<sup>68</sup> Annexe 6 (Avignon)

pédagogie est une condition de la réussite, il n'est pas envisageable de prendre le risque de choisir des indicateurs facilement contestables par les acteurs, sous peine de remettre en cause l'ensemble de la démarche. Les différents critères, retenus et présentés juste avant, ont été choisis en raison de la congruence entre les priorités actuelles de l'établissement et la possibilité de disposer d'un indicateur apte à évaluer l'atteinte de l'objectif.

La sélection d'un indicateur dépend de ses principales qualités techniques, qui sont définies de la façon suivante :

- « **la pertinence** : l'indicateur porte sur les bons enjeux, cohérents avec les objectifs poursuivis ;
- **la fidélité** : l'indicateur retrace bien le sens et l'importance du phénomène qu'il est appelé à décrire ;
- **l'économie** : le coût d'accès aux informations nécessaires pour l'établir doit être raisonnable, en relation avec son utilité ;
- **la fiabilité** : l'indicateur ne peut pas être aisément manipulé, il est le produit de procédures documentées, contrôlables et contrôlées ;
- **la ponctualité** : l'indicateur doit pouvoir être disponible en temps voulu pour les besoins auxquels il est destiné ;
- **la lisibilité** : l'indicateur doit être facile à comprendre et à interpréter ;
- **la finalisation** : une cible chiffrée ou un niveau de référence moyen lui est attaché, ce qui permet de voir rapidement si la situation est normale ;
- **la comparabilité et la pérennité** : l'indicateur permet d'effectuer des comparaisons dans l'espace et dans le temps ;
- **la contrôlabilité** : l'indicateur porte sur des éléments auxquels le destinataire de l'indicateur a une réelle possibilité d'action ou de réaction ;
- **le caractère anticipateur** : l'indicateur permet d'anticiper les performances futures et donc d'en tirer des conséquences en termes d'action...

*Un indicateur aura rarement toutes ces qualités. L'arbitrage entre celles-ci dépend alors de l'usage souhaité de l'indicateur en question*<sup>69</sup>».

La performance du système d'information, la bonne structuration du contrôle de gestion et de la direction de la qualité sont donc autant de conditions préalables pour la réussite d'une politique d'intéressement. C'est à ce prix que les indicateurs conféreront aux pôles les moyens de suivre l'état d'avancement des projets du pôle, et contribueront à l'évaluation et à la constatation des résultats dudit pôle. De ce fait, il convient d'envisager, dès la phase de définition de la politique d'intéressement, le mode de recueil de

---

<sup>69</sup> DEMEESTERE R., 2005, *Le contrôle de gestion dans le secteur public*, cité dans le rapport de SOULIERS M.P., 2009, *Les tableaux de bord de pôle, un préalable indispensable en vue de d'une contractualisation cohérente et concertée. La démarche originale d'appropriation de ces outils par des projets de gestion de pôle au Centre Hospitalier de Montélimar*, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 89 p.

l'information en n+1. Une partie des outils d'évaluation et de suivi de l'intéressement sont ceux issus de la délégation de gestion, avec l'avantage d'être connus des acteurs. Il s'agit pour le CHV des CREA, qui existent depuis deux ans, des réunions de présentation des tableaux de bords élargies à tous les médecins et cadres du pôle, et du système d'ORBIS Décision<sup>70</sup>, qui permet un suivi en temps réel d'un certain nombre d'indicateurs pour le pilotage du pôle. Toutefois, les trios de pôle pour une grande partie sont encore en phase d'apprentissage de ces outils et des incompréhensions demeurent.

En revanche, tous les indicateurs relatifs aux critères définis peuvent ne pas être à disposition dans le système d'information, en particulier pour les critères relatifs à la qualité qui sont les plus difficiles à évaluer. A cet égard, il convient d'envisager un mode de recueil particulier de l'information en vue de l'évaluation, en prenant en compte le temps que cela peut nécessiter. Ainsi, en est-il des indicateurs IPAQSS, produits au niveau de l'établissement, une fois par an, par une analyse d'un échantillon de dossiers. Les pôles ont inscrit dans leur contrat de pôle la réalisation de leur propre enquête (cf 2.1.2).

Dans tous les cas, il semble opportun de réaliser une fiche technique pour chaque critère, présentant l'indicateur et identifiant ses possibles biais, ainsi que les outils permettant d'assurer son suivi, selon un modèle traditionnel de tableau de bord.

#### **Exemple : le critère spécifique au pôle médico-chirurgical**

<b>Objectif général</b>	<b>Augmenter le nombre de sorties le matin dans les services du pôle médico-chirurgical</b>
<b>Intitulé de l'Indicateur</b>	Taux de sorties le matin
<b>Champ</b>	Indicateur de résultat
<b>Critères</b>	Nombre de sorties le matin rapporté au nombre de sorties totales réalisées dans les services d'hospitalisation du pôle (excepté l'HAD)
<b>Population</b>	Service maladies métaboliques (hors dialyse) Service de chirurgie urologique Service de gastroentérologie Service de rhumatologie (hors hôpital de jour oncologie)
<b>Période de recueil et fréquence</b>	En janvier n+1 - Annuel
<b>Niveau de performance</b>	Taux à atteindre à déterminer en fonction de l'historique des années précédentes <sup>71</sup>

<sup>70</sup> Annexe 7 : exemples d'indicateurs, actualisés chaque nuit, à disposition de la direction générale et des trios des pôles de médecine, médico-chirurgical, femme-enfant et chirurgie.

<sup>71</sup> Le système d'information permet d'obtenir ces données

### Anticipation des biais

- Sorties de la veille au soir qui attendent le lendemain matin (hausse de la DMS).
- Sortie trop tôt sans que le patient dispose de l'ensemble des informations (derniers résultats de laboratoire...). Il est alors obligé d'attendre mais en n'occupant plus un lit.

### Anticipation des effets

- Lit restant vacant jusqu'au soir, par un manque de coordination avec les urgences ou par absence de diffusion de l'information
- Hausse ou baisse de la DMS

La vocation de cette fiche est de s'assurer que les pôles acceptent en connaissance de cause les critères et les indicateurs sur lesquels ils sont évalués pour éviter toutes contestations par la suite, qui malgré toutes ces précautions ne manqueront pas de surgir. L'intéressement est une question sensible, il convient de prendre en amont toutes les dispositions nécessaires pour encadrer au maximum cet outil et l'expliquer aux pôles.

#### B) Accompagner et dialoguer avec les pôles pour limiter la concurrence

Le dialogue est une phase essentielle dans la réussite d'une politique d'intéressement, mais, il ne faut pas faire l'impasse sur l'accompagnement continu des pôles tout au long du processus. Le trio de pôle a un rôle pédagogique auprès des équipes du pôle, mais il a également besoin d'être guidé. C'est d'ailleurs, une demande qui est apparue lors des entretiens. En effet, la mise en œuvre de l'intéressement peut modifier en profondeur les méthodes et la culture de l'hôpital, de sorte que des mesures d'accompagnement et de suivi doivent impérativement être organisées. Dialoguer, informer et former sont donc les maîtres-mots car il s'agit également de se prémunir contre les risques connus et maintes fois rappelés de l'intéressement et plus généralement de la nouvelle gouvernance.

En fédérant les équipes autour des projets du pôle, en mettant en avant le sentiment d'appartenance au pôle, les dérives sont toujours possibles, et elles constituent tout autant de limites à la politique d'intéressement. La constitution de mini-PME rivales, se livrant une concurrence entre bons et mauvais élèves, peut conduire à une balkanisation de l'hôpital, tant redoutée par tous les acteurs, conduisant à une « *perte de la notion de bien commun* » et de « *la complémentarité entre les pôles* », à « *une jalousie entre les pôles* », et à « *oublier le service public à l'échelle de l'établissement*<sup>72</sup> ». Or, de par la nature de l'activité hospitalière, l'absence de coordination et de dialogue entre les pôles, peut préjudicier gravement la prise en charge des patients. Comme le dit un cadre administratif, « *le problème est quand on sort de chez soi* ». Le CHV en fait à l'heure actuelle

<sup>72</sup> Annexe 6

l'expérience avec la mise en place d'un hôpital de jour et de semaine à vocation pluridisciplinaire. Rattaché au pôle médico-chirurgical, de nombreuses questions restent en suspens : fonctionnement de la structure, modalités de répartition des recettes alors que le pôle de médecine a vocation à y adresser des patients. L'enjeu pour chacun des pôles est de ne pas être perdant avec cette structure, qui de l'avis de tous, va apporter une meilleure prise en charge des patients et faciliter le travail des services d'hospitalisation.

Toutes ces craintes exprimées lors des entretiens avec les trios de pôle sont légitimes, car les effets pervers, même connus à l'avance, sont toujours possibles. Dès lors, comment organiser la nécessaire solidarité entre des activités structurellement déficitaires et celles qui sont rentables sans balkaniser l'hôpital en composantes concurrentes individualistes ? Le dialogue et la création d'espaces communs de discussion semblent les meilleurs moyens pour s'en prémunir. A cet égard, si l'intéressement oscille toujours entre intérêt collectif et intérêt polaire, il n'en demeure pas moins que le projet d'établissement demeure la ligne de conduite et le point de départ de la définition des objectifs contenus dans le contrat de pôle, et donc des critères d'intéressement qui en découlent. Une attention particulière doit donc porter sur la concertation et le dialogue à toutes les étapes de la définition de la politique d'intéressement. A cet effet, le directeur général, la DAF et le directoire détiennent un rôle essentiel comme garant de l'unité institutionnelle et acteurs de la nécessaire pédagogie qui accompagne ce type de démarche pour une opérationnalité des outils à disposition. Comme pour les CREA, les pôles vont avoir besoin de temps pour s'approprier ce nouvel outil qu'est l'intéressement.

Si à ce jour, les risques sont maîtrisés par l'existence de garde-fous jouant pleinement leur rôle, à plus long terme, les craintes maintes fois répétées peuvent se réaliser. Parce que les pôles vont avoir de plus en plus de moyens délégués et que donc la cohérence institutionnelle risque d'en pâtir, des zones d'échanges et de concertation entre les pôles doivent être systématisées. Un trio de pôle rencontré a fait une proposition pertinente. Arguant de l'intérêt de commencer par se comparer entre pôles d'un même établissement avant d'aller voir ce qui se fait ailleurs, ce trio a proposé la création d'un « forum » annuel de restitutions d'expériences. Chaque pôle présenterait un ou deux projets de son contrat et les actions concrètes qu'il a mis en œuvre pour y parvenir, l'intérêt étant également de favoriser les coopérations inter-pôles lorsque celles-ci sont nécessaires. Dans le futur, parce que les directions fonctionnelles sont appelées à se repositionner, le rôle de coordination des cadres administratifs référents de pôles, entre les différents projets menés par l'établissement, sera essentiel.

## 2.2.2 Des critères évolutifs en fonction des priorités et selon un calendrier clair

- A) Anticiper les modifications des critères selon l'avancée des pôles et des projets de l'établissement

Etablir un bilan détaillé chaque année est primordial pour réviser le dispositif, car de l'adaptabilité des critères d'intéressement dépend la durabilité de cette politique. On l'a dit, le système instauré lors du démarrage de la politique d'intéressement doit être lisible et pédagogique pour favoriser l'appropriation de la démarche par les acteurs. Une fois celle-ci comprise et acceptée par tous, il est alors concevable de progressivement complexifier le système pour le rendre plus juste et précis.

Les critères doivent en effet suivre l'évolution des priorités de l'établissement et l'avancée des pôles dans la réalisation des projets contenus dans le contrat de pôle. L'objectif in fine de cet outil est bien celui de développer un intéressement sur des critères spécifiques à chaque pôle et évaluant la mise en œuvre des projets. Dans cette perspective, plus le système sera précis, mais de ce fait moins transparent, plus le dialogue entre la DAF et les pôles devra être approfondi afin que les critères ainsi fixés et les cibles négociées soient partagés par tous les acteurs et en particulier, par les premiers d'entre eux, cadre supérieur et chef de pôle. Chaque année, une discussion doit porter sur les critères d'intéressement car il est peu probable que ces derniers restent identiques deux années de suite, sauf si les pôles n'ont pas réalisé de progrès. Par exemple, concernant les indicateurs IPAQSS, le parti-pris pour 2011 est d'intéresser fortement les pôles sur cet aspect considérant que les mauvais résultats de l'établissement en la matière ne sont pas tolérables. Il est probable qu'en 2012 pour 2013, le poids accordé à ces indicateurs ne sera plus le même en fonction de l'amélioration des pôles sur la tenue du dossier patient ou la traçabilité de l'évaluation de la douleur. Les critères ont vocation à évoluer en fonction des priorités sur lesquelles l'établissement veut faire porter les efforts des pôles. Le choix pris cette année d'accorder 10% d'intéressement à la poursuite de la politique d'EPP, suite à la réalisation de la visite de certification V2010 en mai 2010, s'inscrit dans la volonté de maintenir une dynamique sur la question. Plus la prochaine visite de certification se rapprochera, plus le poids accordé à ce critère augmentera. C'est bien à ce niveau que se mesure toute la dimension managériale de l'intéressement.

A cet égard, un aspect ne doit pas être minoré : la définition d'un calendrier clair et suffisamment anticipé. Les pôles, pour atteindre les objectifs qui leur sont fixés, doivent les connaître suffisamment tôt. Le CHU de Toulouse qui souhaitait fixer un critère portant sur le développement de la chirurgie ambulatoire à son pôle de chirurgie, s'est rendu compte qu'il ne pouvait le faire qu'à la fin de l'année 2010 et non au moment de l'évaluation de l'exécution du contrat en juillet 2010. Il est en effet trop tard pour mettre un tel critère alors que la moitié de l'année était écoulée.

Un calendrier a donc été réfléchi pour le CHV de la façon suivante :

<b>Fin février n+1</b>	Evaluer la réalisation du contrat de l'année n-1 pour la partie concernant les objectifs d'activité, de recettes et de dépenses
<b>Courant mars</b>	Connaissance des tarifs, réalisation de l'EPRD
<b>Fin mars</b>	Réaliser l'enquête IPAQSS pour chaque pôle pour des résultats en avril
<b>1er trimestre</b>	Prévoir une réunion de la Commission EPP pour évaluer l'exécution de l'objectif EPP
<b>Avril</b>	Actualiser les contrats avec les nouveaux objectifs d'activité, de dépenses et de recettes. Fixer ou ajuster les critères d'intéressement
<b>Juin</b>	Connaissance des CREA Déterminer la prime d'intéressement au titre de n-1
<b>Octobre</b>	Rencontre avec les pôles pour réaliser un suivi de l'exécution du contrat de pôle

B) Envisager l'extension du dispositif aux pôles médico-techniques et administratifs

Jusque là, la question des pôles médico-techniques et administratifs a été volontairement omise car leurs spécificités impliquent une adaptation de la règle commune déterminée pour les pôles cliniques.

### **Les pôles médico-techniques**

Les CREA ne concernent que les pôles cliniques avec des recettes réelles et facturables. Il n'en demeure pas moins que les activités médico-techniques ne doivent pas rester en dehors de la réflexion, et ce d'autant plus qu'il existe une attente forte de la part des trios de ces pôles. Il convient d'avoir recours à d'autres critères de mesure de la performance que la simple comparaison des charges et des produits. De par leur composition hétéroclite, il est parfois compliqué de trouver des objectifs transversaux aux services composant ces pôles, leur seul point commun étant d'être des services prestataires aux pôles cliniques. L'exemple du CHV, qui dispose de deux pôles médico-techniques, est à cet égard représentatif. Ils sont composés de la façon suivante :

- **Pour le pôle médico-technique** : laboratoire, imagerie médicale, pharmacie et stérilisation ;
- **Pour le pôle des transversalités** : bloc opératoire, hygiène, hémovigilance, direction de la qualité.

Concernant le pôle médico-technique, il est tout à fait envisageable de déterminer des objectifs d'activité et de qualité, et des cibles d'amélioration du coût des unités d'œuvre, pour les services d'imagerie, de pharmacie et de laboratoire. Au CH de Toulon, les trois pôles médico-techniques (laboratoire, imagerie, pharmacie) disposent d'un contrat depuis

2008. Le laboratoire et l'imagerie ont des objectifs de même type que les pôles cliniques, à savoir la hausse de l'activité (seulement sur l'activité externe) et la baisse des dépenses. Pour la pharmacie, ses objectifs sont la baisse des stocks et la hausse de la marge sur les Molécules Onéreuses (MO) et les Dispositifs Médicaux Implantables (DMI).

Actuellement, la difficulté au CHV pour intéresser ce pôle est l'absence d'outils de suivi. Les Comptes de REsultats par Objectifs (CREO) sont en préparation, mais ne seront pas opérationnels rapidement. L'interrogation principale porte sur la fixation d'une « valeur d'échange<sup>73</sup> » de la prestation des services médico-techniques qui ne pénalise ni les SAC<sup>74</sup>, ni les SAMT<sup>75</sup> et qui permet de calculer un résultat économique du pôle médico-technique et d'envisager un intéressement au résultat. La définition de ce « *tarif librement négocié et contractualisé* » reste un acte de gestion interne qui pour l'instant n'a pas été abordé. En outre, le pôle n'a pas connaissance de ses charges directes, raison pour laquelle il est prévu de leur installer des tableaux de bord sur Orbis décision au moins pour cette partie. La base d'Angers constitue donc leur seul point de repère. Par ailleurs, a contrario des pôles cliniques régulièrement rencontrés par la Direction, aucune réunion n'est programmée dans l'année, avec le pôle médico-technique, pour réaliser un suivi des activités de ce pôle. Seules les activités faisant l'objet d'un micro-contrat sont suivies et donnent lieu à échange avec le chef de pôle. C'est d'ailleurs dans ce cadre que s'est posée la question de savoir s'il fallait intéresser les pôles n'ayant pas encore de contrat, mais ayant signé des micro-contrats. Il a finalement été décidé que les micro-contrats ne peuvent donner lieu à intéressement, dans la mesure où la règle commune est celle de disposer d'un contrat de pôle signé, et que ceux-ci ne sont que transitoires dans l'attente de la rédaction du projet de pôle (d'ailleurs en cours pour le pôle médico-technique) et de la signature du contrat. La seule vocation de ces micro-contrats est de permettre à un service qui a des projets de ne pas être bloqué.

Concernant le pôle des transversalités, le problème est encore plus ardu. En effet, pôle médico-technique avec le bloc opératoire, il renferme en son sein le service administratif de la direction de la qualité. Aussi, seul le bloc opératoire pourrait potentiellement disposer de critères d'intéressement portant sur le nombre d'ICR par exemple. Mais, alors, la prime potentiellement obtenue profiterait-elle à l'ensemble du pôle ?

Dans tous les cas, il est toujours possible pour ces deux pôles de fixer des critères spécifiques, en particulier sur leurs capacités à être des services prestataires efficaces et offrant une prestation de qualité : temps d'attente pour un examen de laboratoire, mesure de l'impact des actions menées par l'hygiène ou l'hémovigilance... L'obstacle reste que ces indicateurs sont plus subjectifs et surtout demandent un investissement en temps

---

<sup>73</sup> MEAH, 2009, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles : CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion*, Paris : Berger-Levrault, p 72.

<sup>74</sup> Section d'Analyse Clinique

<sup>75</sup> Section d'Analyse Médico-Technique

important pour les obtenir. Même si la tâche est plus complexe, une fois les outils en place, il conviendra de trouver un moyen d'intéresser ses pôles, car il n'est pas souhaitable de les laisser durablement en dehors de cette dynamique, les attentes sont aussi fortes que pour les pôles cliniques.

### **Les pôles administratifs**

Les pôles administratifs ont cela de commun avec les pôles médico-techniques, qu'ils sont également prestataires de services aux pôles cliniques. Il est tout à fait concevable, dans le cadre d'un contrat de pôle, de déterminer des critères d'intéressement spécifiques aux pôles administratifs, en particulier sur :

- la qualité de la prestation offerte aux pôles cliniques : délai d'intervention des services informatique, techniques ou biomédical par exemple ;
- la gestion des effectifs : absentéisme, dette du temps de travail ;
- la participation à la mise en œuvre de certains projets d'établissement tel que le développement durable : consommation de papier par exemple.

Ces données peuvent être assez facilement obtenues. Reste à savoir s'il est pertinent de prévoir une prime d'intéressement. Le CH de Toulon comme celui de Blois n'ont prévu aucun intéressement pour les pôles administratifs. Et, en effet, il paraît difficile d'envisager de verser une prime d'intéressement au service des finances pour bonne gestion financière. Par ailleurs, l'utilisation de la prime d'intéressement ne pourrait bénéficier de facto que directement aux agents, et non aux patients. Le débat n'est cependant pas tranché. Dans tous les cas, cela suppose au préalable que les deux pôles administratifs, qui ne l'ont pas encore fait, écrivent leur projet de pôle.

## Conclusion

En définitive, le thème de l'intéressement dans la fonction publique n'est à ce jour plus une question tabou. Ancrée dans les pratiques du secteur privé et des entreprises publiques, la politique d'intéressement individuel des fonctionnaires est appelée à prospérer, malgré les incertitudes sur les sources de la motivation dans la sphère publique.

Dans le secteur hospitalier, elle revêt une forme particulière, celle de l'intéressement des pôles d'activité dans le cadre de l'exécution des objectifs et des projets contenus dans le contrat signé entre le Directeur et le chef de pôle. Bénéficiant en théorie de moyens délégués, le pôle est jugé sur sa capacité à modifier les organisations et les processus de prise en charge des patients dans une optique d'amélioration de sa performance. Dans cette perspective, l'intéressement constitue à la fois une récompense pour le travail accompli mais également une source de motivation et un outil de management envers les équipes du pôle pour conduire le changement car concilier performance et service public de qualité ne va pas de soi.

Pour atteindre ces objectifs, chaque étape du processus de définition d'une politique d'intéressement doit être soigneusement étudiée, et faire l'objet in fine d'une large discussion avec les acteurs des pôles. A cet égard, il importe d'opter pour des critères d'intéressement adéquats pour mesurer la performance d'un pôle. Cette mesure est par nature difficile puisque le soin et la qualité du service rendu restent difficiles à appréhender objectivement. Il n'en demeure pas moins que des indicateurs fiables existent pour y parvenir. Les tris de pôle sont les moteurs de cette politique car de leur inventivité dans l'emploi de cette prime reçue dépend la pérennité de la démarche. Mais, il ne faut pas omettre le rôle de la direction, garant de l'unité institutionnelle face aux logiques polaires, qui doit accompagner les pôles, favoriser le dialogue sur les critères à adopter et faire preuve de pédagogie. En particulier, le montant consacré à l'intéressement ne peut être anecdotique, sous peine d'en faire un simple gadget insuffisamment attractif pour les pôles. Parce que tout nouvel outil est par nature complexe à appréhender, lors du démarrage d'une telle politique, les critères retenus doivent être simples, sans pour autant dénaturer le principe, à savoir mesurer la performance du pôle.

A terme, la transformation de l'intéressement collectif des pôles en intéressement individuel des agents hospitaliers est-elle une issue inéluctable ? Comme l'indique un chef de pôle, « *l'intéressement individuel dans le monde du soin ne doit pas être en opposition avec les intérêts du patient* ». La mesure de la performance individuelle d'un soignant est toute subjective et n'est peut-être pas souhaitable dans une institution où l'exercice du métier est par nature collectif et où introduire trop d'individualisme peut conduire à une fragilisation du système. Car comme le disait Flaubert, « *ce ne sont pas les perles qui font le collier, mais le fil* ».

---

## Bibliographie

---

### ✚ Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DE LA SANTE. Circulaire n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements de santé. Journal officiel, n° 18, 117-124 [visité le 10.05.2010] disponible sur Internet : <http://adiph.org/TO/circ210497.html>

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005, 7620-7626. [visité le 15.04.2010], disponible sur Internet : <http://www.droit.org/jo/20050503/SANX0500026R.html>.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE. Arrêté du 28 mars 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération. Journal officiel du 29 mars 2007. [visité le 20/09/10], disponible sur internet : <http://admi.net/jo/20070329/SANH0721410A.html>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 6 octobre 2008 relatif à la part complémentaire variable de rémunération. Journal officiel du 15 octobre 2008. [visité le 20/09/10], disponible sur internet : <http://textes.droit.org/JORF/2008/10/15/0241/0021>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010- 656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé. Journal officiel n°136 du 15 juin 2010, 10942. [visité le 15/06/10], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022346630&dateTexte=&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique. Journal officiel n°136 du 15 juin 2010, 10948. [visité le 15/06/10], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022346715&dateTexte=&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôles. Journal officiel n°136 du 15 juin 2010, 10948. [visité le 15/06/10], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022346709&dateTexte=&categorieLien=id>

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel, n°179 du 2 août 1991. [visité le 15.04.2010], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006077871&dateTexte=20100827>

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n° 167 du 22 juillet 2009, 12184. [visité le 15.04.2010], disponible sur Internet : <http://textes.droit.org/JORF/2009/07/22/0167/0001/>

### **Articles de périodiques**

ANGELE-HALGAND N., COLOMBEL P., LEROUX P., 2009, « Vers l'émergence de cultures polaires? », *Revue Hospitalière de France*, n°531, pp 47-51.

BAUBEAU D., PEREIRA C., 2004, « Mesure de la performance dans le domaine de la santé ». DREES, *Solidarité et santé*, n°3, pp. 47-56.

GUICHETEAU J., MAESTRE-LEFEVRE A., 2009, « Un tableau de bord équilibré au service du pilotage médico-économique », *Revue Hospitalière de France*, n°531, pp 44-46.

GUIHENEUF R., 2009, « Contractualisation interne : la valorisation des prestations inter-pôles, un outil au service de la gestion ». *Gestions Hospitalières*, n°483, pp. 115-119.

IGPDE, 2010, « 30 ans de réformes de la gestion publique, synthèse et bilan », *Perspective Gestions Publiques*, n°34, 8 p.

IGPDE, 2009, « La rémunération à la performance est-elle efficace ? ». *Perspective Gestions Publiques*, n°30, 8 p.

JAHAN P., 2010, « L'expérience du centre hospitalier de Valenciennes », *Journal de l'Association des Directeurs d'Hôpitaux*, n°26, pp 15-19.

JAHAN P., GUICHETEAU J. et al., 1997, « Une expérience d'intéressement du personnel hospitalier », *Gestions Hospitalières*, pp 123-127.

KAUFFMANN V., 2008, « Intéressement des pôles d'activité : un intérêt suffisant à agir ? », *Revue Hospitalière de France*, n°521, pp 14-16.

LAUNAY G., 2009, « Réforme de la gouvernance et pilotage des pôles », *Revue Hospitalière de France*, n°531, pp 57-60.

MABROUK J., 2010, « Nouvelle gouvernance et mise en place des pôles au centre hospitalier de Saint-Quentin », *Journal de l'Association des Directeurs d'Hôpitaux*, n°26, pp 29-30.

MANTZ T., 2009, « L'hôpital de Söder (Suède) expérimente l'intéressement individuel », *Revue Hospitalière de France*, n°528, pp 24-27.

MARASCHIN J., 2009, « L'intéressement à l'hôpital, une émergence timide », *Objectif soins*, n°174, pp 29-32.

MOTTIS N., 2010, « Fonctionnaires : l'intéressement contre la performance », *Les Echos*. <http://www.lesechos.fr/info/analyses/020402845151-fonctionnaires-l-interessement-contre-la-performance.html>

PEPIN M., MOISDON J.-C., 2010, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé ». DREES, *Solidarité et santé*, n°16, 24 p.

SCHWEYER F.X., 2010, « Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes », *Revue française d'administration publique*, n° 132, pp 727-744.

### **Ouvrages et Rapports**

ABOUD E. et alii, 2009, *Mission concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public*, Paris, 40 p.

C2R Santé, Ile de France, 2008, « Nouvelle Gouvernance Hospitalière, analyse des résultats », *5ème édition du tableau de bord régional*, Paris, 8 p.

DIEFENBACHER M., 2009, *L'intéressement collectif dans la fonction publique*, Paris : Rapport de l'Assemblée Nationale, 90 p.

EHESPlus, 2008, « Etude qualitative relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements de santé », *Enquête nationale 2008 sur la gouvernance*, Paris : DHOS, 33 p.

MEAH, 2006, *Nouvelle Gouvernance et comptabilité analytique par pôle. Contribution méthodologique à la construction des Tableaux Coûts Case-Mix (TCCM) et des Comptes de Résultats analytiques (CREA)*. Paris : Berger-Levrault, 94 p.

MEAH, 2009, *Pilotage opérationnel des pôles : l'étape d'après...*, Paris : Berger-Levrault, 19 p.

MEAH, 2009, *Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles : CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion*, Paris : Berger-Levrault, 141 p.

OCDE, 2005, *La rémunération liée aux performances dans l'administration*, OCDE, 8 p.

ZEGGAR H., VALLET G., 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Paris : Rapport de l'IGAS, 124 p.

### **Mémoires**

GILARDI H., 1999, *Contractualisation interne et outils de gestion au CHU de Rennes : enjeux techniques et stratégiques. Réflexions sur la pratique du changement à l'hôpital*, Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de Santé Publique, 86 p.

GRANERO A., 2009, *La délégation de gestion aux pôles d'activité médicale dans les établissements publics de santé : enjeux et modalités de mises en œuvre*, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 136 p.

IDRISSI Y., 2008, *De la contractualisation à la délégation de gestion : mise en œuvre effective de la Charte Nouvelle gouvernance au Centre Hospitalier de Périgueux*,

Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 77 p.

LHOMME Y., 2006, *De l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la Nouvelle Gouvernance : l'exemple de Gonesse*, Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de Santé Publique, 77 p.

SOULIERS M.P., 2009, *Les tableaux de bord de pôle, un préalable indispensable en vue d'une contractualisation cohérente et concertée. La démarche originale d'appropriation de ces outils par des projets de gestion de pôle au Centre Hospitalier de Montélimar*, Mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 89 p.

THUAL Régis, 1997, *Elaboration d'une politique d'intéressement : l'exemple du Centre Hospitalier Intercommunal de Montreuil*, Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de Santé Publique, 72 p.

### Sites internet

C2R Santé Île-de-France. *Fiche de partage d'expériences – CH de Rambouillet*. [14.04.2010], disponible sur internet : [http://www.c2rsante.fr/docs/677\\_Fiche\\_interessement.pdf](http://www.c2rsante.fr/docs/677_Fiche_interessement.pdf)

CREER. *Une démarche client-fournisseur entre pôle médico-technique et pôles cliniques*. [14.04.2010], disponible sur internet : [http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles\\_id=569](http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=569)

CREER. *CHU Montpellier : l'intéressement ; le bonus-malus des pôles*. [14.04.2010], disponible sur internet : [http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles\\_id=487](http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=487)

CREER. *Délégation de gestion et intéressement au CH de Saint-Dizier*. [14.04.2010], disponible sur internet : [http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles\\_id=483](http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=483)

CREER. *Dispositif et bilan de la NG au CHU de Montpellier*. [14.04.2010], disponible sur internet : [http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles\\_id=503](http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=503)

CREER. *Les outils de la délégation de gestion et l'intéressement au Centre hospitalier de Saint-Nazaire*. [14.04.2010], disponible sur internet : [http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles\\_id=200](http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/les-reformes/tous-les-articles/?articles_id=200)

### Autres

Cours de P. MEDEE, Février 2010, « *La contractualisation interne au CH de Périgueux* », EHESP.

DEPECHES APM :

- « *Les CH de Toulon et de Grasse se lancent dans la contractualisation et l'intéressement des pôles* », 29 mai 2008 ;
- « *Recrutements à l'hôpital : un premier modèle de contrat de clinicien hospitalier disponible début 2010* », 24 juillet 2009 ;
- « *Hôpital : les sénateurs approuvent l'intéressement collectif* », 2 juin 2010.
- « *Lancement d'Hospi Diag, outil de mesure de la performance des Etablissements MCO* », 30 juin 2010.
- « *Les 67 indicateurs d'Hospi Diag* », 30 juin 2010.

GUIDE de la contractualisation interne et de la délégation de gestion au Centre Hospitalier de Vichy, juin 2007, 44 p.

GUIDE de la politique d'intéressement au CHU de Nancy, novembre 2007, 19 p.

LE MONDE, « *La police nationale entre culture du « chiffre » et faiblesse du management – La politique d'intéressement aux résultats est contre-productive* », 22 octobre 2009.

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN, « *Intéressement collectif des fonctionnaires* », n°8726, 11 mars 2010.

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE 1** : Méthodologie du mémoire

**ANNEXE 2** : Présentation du Centre Hospitalier Jacques LACARIN de Vichy

**ANNEXE 3** : Questionnaire servant de base de discussion lors des rencontres avec les trios de pôle

**ANNEXE 4** : Synthèse des entretiens avec les trios de pôle

**ANNEXE 5** : Questionnaire servant de base de discussion lors de rendez-vous avec des Directeurs Adjointes

**ANNEXE 6** : Synthèse sur les expériences des établissements contactés

**ANNEXE 7** : Extraits de Tableaux de bord issus d'« Orbis Décision »

## **ANNEXE 1 : Méthodologie du mémoire**

Le choix du sujet de mémoire a été déterminé au début du stage long suite aux propositions de dossiers de la part de la direction générale. L'un des thèmes portait sur la détermination des critères d'intéressement. Au vu des enjeux de la question et du souhait de la Direction d'y porter une attention particulière, une réflexion s'est alors engagée sur la possibilité d'en faire mon sujet du mémoire.

La méthodologie de construction du mémoire s'est déroulée de la façon suivante :

### **Recherche bibliographique**

L'objectif était de faire l'état des connaissances sur la question en menant une analyse approfondie de la littérature existante portant sur l'intéressement, mais également sur les thèmes liés à ce sujet : la contractualisation des pôles, la délégation de gestion, les indicateurs et la mesure de la performance d'un pôle.

De ces informations et des échanges avec mon encadrant mémoire, P. PEYRET, et la Directrice des Finances du CHV, S. CITRON, un certain nombre de questions structurantes ont émergé définissant les grands axes de réflexion du mémoire. Ces éléments ont permis l'élaboration des questionnaires à destination des trios de pôles et des Directeurs adjoints de d'autres établissements.

### **Observation directe**

Lorsque le sujet de l'intéressement était abordé en réunions ou instances, le Directeur Général a toujours pris soin de préciser que je menais une réflexion sur la question dans le cadre de mon mémoire. Cela a facilité par la suite la réalisation des entretiens.

J'ai donc mis à profit ces réunions pour observer les réactions face à l'évocation de la politique d'intéressement :

- Lors de la présentation pour avis des contrats de pôles de médecine et médico-chirurgical devant la CME et le CTE ;
- Lors de la signature des deux premiers contrats de pôles – médecine et médico-chirurgical – fin juin 2010 ;
- Lors des réunions de préparation entre la DAF et les trios de pôles des prochains contrats de pôle : chirurgie, réadaptation et gériatrie.
- Au moment de la présentation des CREA des pôles de médecine, médico-chirurgical et femme-enfant.

## **Entretiens avec des personnes externes**

Très rapidement, mes recherches bibliographiques m'ont conduite à prendre connaissance des expériences menées dans d'autres centres hospitaliers, toute taille confondue. Il s'est révélé nécessaire de prendre contact avec certains d'entre eux pour avoir un complément d'information sur les critères retenus, la méthodologie utilisée pour mener cette politique et enfin aborder les impacts en termes de gestion et de management. Ces entretiens ont également permis de tirer les enseignements de cette politique en mettant en avant ses réussites et ses lacunes. (Annexe 6)

Le choix des établissements contactés s'est porté sur des EPS représentatifs en panachant leur taille et l'ancienneté de la politique. Ces contacts ont pris la forme de l'envoi d'un questionnaire, donnant lieu à une réponse par mail pour le CH de Toulon (M. BOURGINE) et des entretiens téléphoniques pour les CH de Blois (M. P. EXPERT), Toulouse (M. D. MARIAGE) et Avignon (Mme S. LASCOLS, aujourd'hui directrice adjointe d'un PSPH à Marseille).

Par ailleurs, j'ai également obtenu des informations détaillées sur la politique d'intéressement des Hospices Civils de Lyon, du CH de Rambouillet et du CHU de Nancy.

## **Entretiens avec les trios de pôle**

En parallèle, j'ai fait le choix de rencontrer les trios de pôles de 7 des 12 pôles du CHV afin de connaître leurs attentes, mais également de les sensibiliser à ce nouvel outil.

### **▪ Pôles et personnes rencontrés :**

- Pôle de médecine : le trio de pôle
- Pôle médico-chirurgical : le trio de pôle
- Pôle DAFIS : l'ensemble des cadres
- Pôle de chirurgie : le trio de pôle
- Pôle de réadaptation et de gériatrie : le trio de pôle
- Pôle de psychiatrie : le chef de pôle et le cadre supérieur de pôle
- Pôle médico-technique : le chef de pôle et la cadre supérieure de pôle

Un entretien programmé avec le pôle femme-enfant a été annulé et n'a pu être réalisé.

Plusieurs rencontres ont également eu lieu avec le Directeur Général, la DAF et la direction de la qualité pour affiner les critères et les indicateurs.

### **▪ La *démarche* s'est déroulée de la manière suivante :**

- Envoi du questionnaire, en amont de l'entretien, pour laisser les trios de pôle réfléchir à la question (Annexe 3).

Certains trios de pôle avaient pris le temps d'y réfléchir ensemble dans une réunion préparatoire, d'autres s'y étaient préparés individuellement. En tout cas, tous se sont montrés sensibles à la démarche et demandeurs d'informations sur le sujet.

- Entretiens de groupe en se basant sur le questionnaire, même si très régulièrement, l'entretien se détachait de la trame et devenait un échange extrêmement riche entre chacun des acteurs. Des discussions importantes et des divergences de vue sont alors apparues au sein des trios de pôle, alimentant ainsi les argumentations.

Une analyse thématique de ces entretiens est présentée en annexe 4.

## **Bilan**

Les trios de pôle se sont emparés du sujet et se sont montrés très attentifs à la question. Ils ont sincèrement réfléchi sur le thème et apporté des réponses à chacune des questions posées en argumentant, ce qui a alimenté la richesse du contenu des entretiens. Pour preuve de cet intérêt, les entretiens, initialement prévus pour durer 30 minutes, ont tous duré entre 1h et 2h.

Ces rencontres ont été l'occasion de sensibiliser les acteurs sur la question et d'entamer l'œuvre de pédagogie qui doit accompagner toute politique d'intéressement en explicitant le sens de la notion d'intéressement et son étendue.

Par ailleurs, ces entretiens m'ont également permis de mieux cibler les attentes, mais aussi, les logiques d'acteurs à l'œuvre. Tout l'intérêt de ces entretiens de groupes a été de montrer aux trios de pôle qu'il n'y avait pas une bonne réponse à une question, mais autant de réponses que de personnes. Il s'agissait de leur faire prendre conscience que les critères retenus seront le fruit d'un compromis entre l'ensemble des personnes concernées, et nécessiteront l'acceptation d'un certain nombre de conventions.

Des présentations en Comité de Direction, devant le directoire et aux cadres supérieurs sont prévues pour restituer les conclusions de ce mémoire.

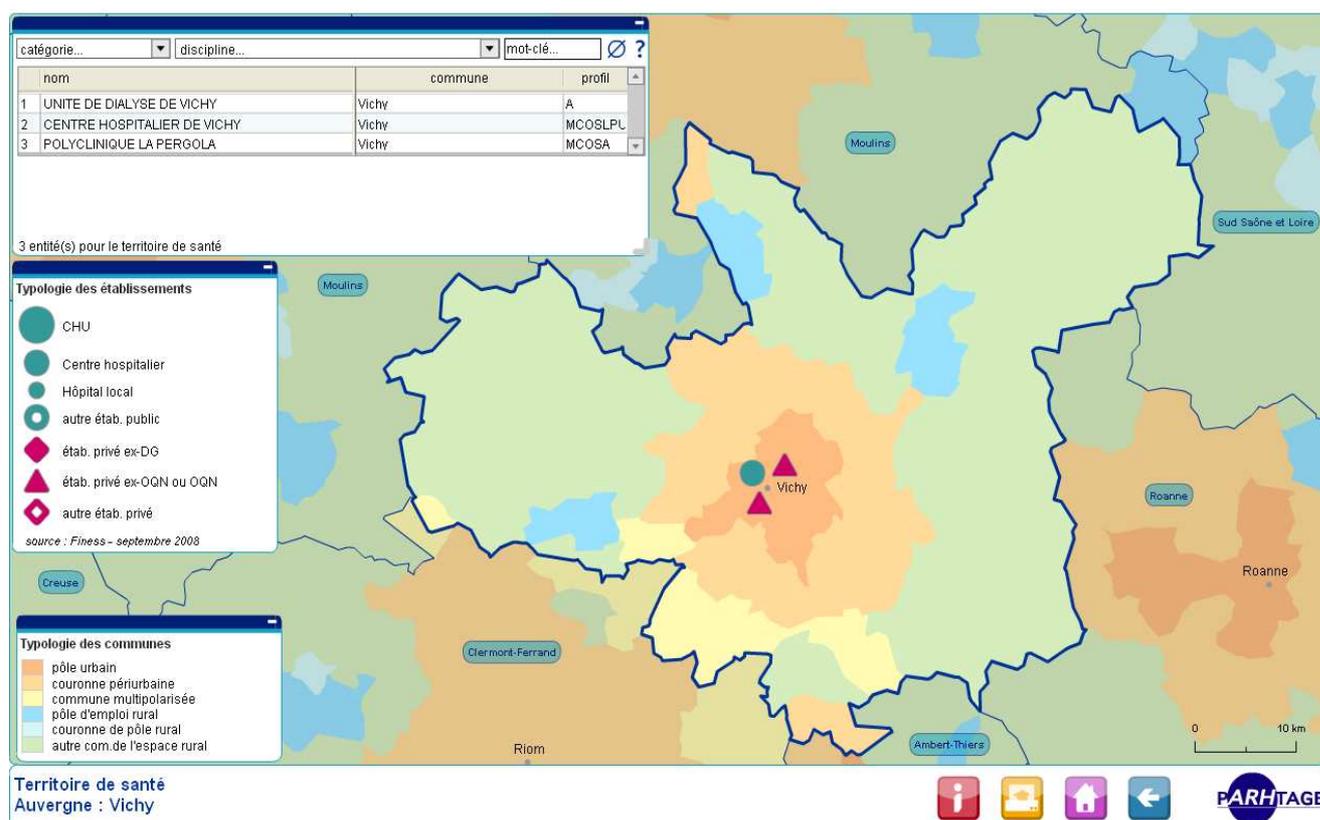
## ANNEXE 2 : Présentation du Centre Hospitalier de Vichy

### LE TERRITOIRE DE SANTE

Le **Centre Hospitalier de Vichy** est l'établissement de référence de l'un des neuf territoires de santé que compte l'Auvergne. Situé au sud-est du département de l'Allier, ce territoire, qui dessert 136 000 habitants, compte deux établissements de santé : le CH de Vichy et la polyclinique La Pergola, établissement de santé privé à but lucratif.

L'agglomération de Vichy comporte également de nombreuses structures médico-sociales pour personnes âgées, et une concentration de la médecine de ville encore marquée par l'activité de thermalisme. En revanche, le territoire de santé ne compte aucun hôpital local.

En outre, le département de l'Allier comporte deux autres territoires de santé : Moulins et Montluçon.

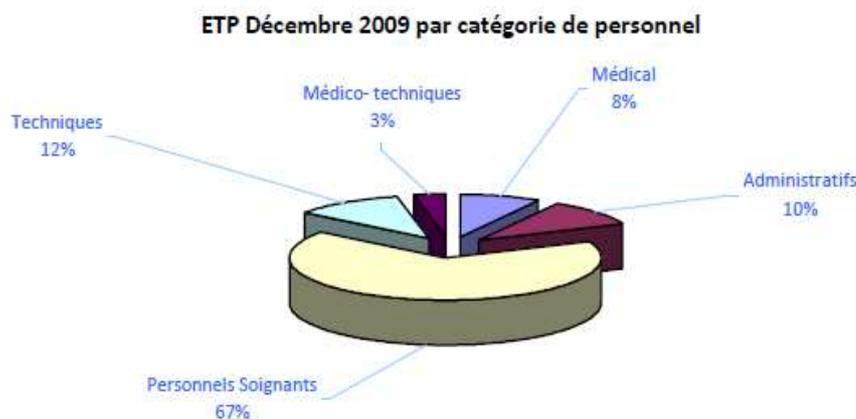


### PRESENTATION GENERALE DU CHV

Centre hospitalier général (MCO, SSR, USLD, psychiatrie) disposant de 775 lits, c'est un établissement à taille humaine ayant des projets tant médicaux qu'architecturaux importants. Dirigé par Claude ROTH, l'équipe de direction comprend 7 personnes dont le Directeur des soins.

	MCO		Rééducation	EHPAD – SLD		Autres		
	Hosp. Complète	Hosp. Jour	Chir. Ambulatoire	Rééducation - Moyen Séjour	EHPAD	SLD		
Nombre de lits ou places	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Médecine : 174</li> <li>•Chirurgie : 93</li> <li>•Gynéco-obstétrique : 41</li> <li>•Réanimation polyvalente : 16</li> <li>•Lits portes : 10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Médecine : 22</li> <li>•Psychiatrie : 35</li> <li>•MPRF : 5</li> </ul>	5	93	45	115	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Psychiatrie : 107</li> <li>•HAD : 25</li> </ul>	
<b>TOTAL</b>	<b>334</b>	<b>62</b>	<b>5</b>	<b>93</b>	<b>45</b>	<b>115</b>	<b>132</b>	<b>786</b>

Avec un budget d'exploitation de 124 millions d'euros (budget H, USLD, CAMSP, IFSI) et 20 millions d'euros de budget d'investissement, le CHV emploie 1612 ETP personnel non médical et 146 ETP personnel médical.



## LA MISE EN PLACE DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE

▪ Mise en place du **Conseil Exécutif** le 5 juillet 2004 remplacé par le **Directoire** le 5 juillet 2010.

### Composition :

- Le Directeur Général ;
- Le Président de CME ;
- Le président de la CSIRMT<sup>76</sup>,
- Les chefs des pôles de réadaptation-gériatrie et de psychiatrie ;
- Un praticien hospitalier du service d'orthopédie ;
- La directrice des affaires médicales, générales et juridiques.

<sup>76</sup> Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique.

▪ Date de **mise en place des pôles** : 28 janvier 2005 (soit avant l'ordonnance du 2 mai 2005 car le CHV était un site expérimentateur pour la mise en place de la nouvelle gouvernance).

Le CHV comprend **12 pôles**, dont les principes de construction ont été variables : logique de filières, de spécialités, de bâtiments ou de compatibilité de personnes.

<b><u>7 Pôles cliniques</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médico-chirurgical</li> <li>▪ Chirurgie</li> <li>▪ Médecine</li> <li>▪ Femme-Enfant</li> <li>▪ Urgences-SMUR-anesthésie</li> <li>▪ Psychiatrie</li> <li>▪ Réadaptation et gériatrie</li> </ul>
<b><u>2 Pôles médico-techniques</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médico-technique (laboratoire, imagerie médicale, pharmacie et stérilisation)</li> <li>▪ Transversalités (bloc opératoire, hygiène, hémovigilance, direction de la qualité)</li> </ul>
<b><u>3 Pôles administratifs</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DAFIS (DIM, Admissions, Finances, Informatique, Service social)</li> <li>▪ Ressources humaines</li> <li>▪ Logistique et Technique</li> </ul>

## PROJET D'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement 2008-2012 comprend trois axes prioritaires :

- **Adapter l'offre de soins aux besoins de la population** : création d'un hôpital de jour et de semaine, d'une unité de chirurgie ambulatoire, d'une unité neuro-vasculaire, d'une unité de prise en charge de la douleur, d'une unité d'éducation thérapeutique ...
- **Optimiser l'organisation, les outils et les structures** : développer les complémentarités, adapter les locaux, développer les alternatives à l'hospitalisation...
- **Améliorer la qualité et développer la communication** : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences, contrat de bon usage des médicaments, dossier patient, relation avec les médecins libéraux...

La visite de certification V2010 a eu lieu en mai 2010. Les résultats ne sont pas encore connus.

## **ANNEXE 3 : Questionnaire servant de base de discussion lors des rencontres avec les trios de pôle**

Maintenant que la plupart des pôles ont écrit leur projet et alors que les premiers contrats de pôle vont être prochainement signés, il convient de se pencher sur un article de ces contrats : **les modalités d'intéressement des pôles**.

Cette étape est considérée comme l'aboutissement de la mise en place de la démarche de la nouvelle gouvernance, avant l'entrée dans la phase d'approfondissement des outils mis en place.

Au-delà de l'outil proprement dit, il convient également de s'interroger sur les implications notamment managériales de la mise en place d'une politique d'intéressement. L'un des objectifs de l'intéressement est d'approcher la **mesure de la performance globale du pôle** dans un cadre où les efforts entrepris par les pôles ne doivent pas rester vains.

De ce fait, la mise en place d'une politique d'intéressement signifie la nécessité de s'appuyer sur des indicateurs fiables et ayant le moins de biais possibles pour mesurer cette performance. La réussite d'une telle politique repose donc sur l'acceptation des choix méthodologiques qui seront opérés.

A travers cet entretien, l'objectif est de connaître vos attentes et vos souhaits sur la mise en place d'une politique d'intéressement. Pour ce faire, le questionnaire est construit en deux temps :

- dans un premier temps, il s'agit de faire un bilan général de la mise en place de la nouvelle gouvernance au CHV ;
- avant d'aborder la mise en place d'une politique d'intéressement.

### **Sur la nouvelle gouvernance au CHV**

- 1) Quel bilan faites-vous de la mise en place de la Nouvelle Gouvernance au CHV ?  
Points forts  
Points faibles
- 2) Quel bilan faites-vous de la politique de délégation de gestion au sein des pôles ?  
Points forts  
Points faibles
- 3) Les outils à votre disposition (CREA, tableau de bord) répondent-ils à votre besoin pour gérer votre pôle ?
- 4) Avez-vous des suggestions d'amélioration du dispositif ?

### **Sur la politique d'intéressement à mettre en place**

- 1) Est-ce fondé de mettre en place, à l'heure actuelle, une politique d'intéressement des pôles ?
- 2) Doit-il y avoir intéressement des pôles même si l'établissement est en déficit ?
- 3) Dans ce cadre, selon vous, sur quoi est-il possible d'évaluer la performance de votre pôle ?
- 4) L'intéressement du pôle doit-il majoritairement reposer sur son résultat budgétaire ?
- 5) Faut-il pénaliser un pôle en déficit ?
- 6) Les économies réalisées sur les dépenses doivent-elles donner lieu à intéressement ?
- 7) Quel montant l'intéressement doit-il au minimum atteindre pour être attractif et avoir un impact sur les pratiques managériales ?
- 8) Si votre pôle est éligible à une prime d'intéressement, dans quels domaines souhaitez-vous pouvoir utiliser cette somme ?
- 9) Considérez-vous que l'intéressement puisse être un instrument de motivation pour atteindre les objectifs du pôle ?
- 10) Quelles limites voyez-vous à la politique d'intéressement ?

## ANNEXE 4 : Synthèse des entretiens avec les trios de pôles

Pôle	Bilan Nouvelle Gouvernance	Objectifs de l'intéressement	Lien entre intéressement et résultat budgétaire	Critères d'intéressement	Utilisation de la prime	Limites de l'intéressement
<b>Pôle médico-chirurgical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (-) Retard pris par rapport au calendrier : « <i>On perd du crédit</i> ». « <i>On n'a rien vu aboutir ou presque pas</i> ».</li> <li>▪ (+) plus d'indépendance dans le choix : pas de contrôle d'opportunité de la dépense.</li> </ul> <p>Mais, « on n'a pas simplifié la <i>lourdeur administrative</i> ». Il manque la délégation de signature.</p> <p>Le montant des enveloppes de petits équipements et formation n'est pas suffisant.</p>	<p>Le contrat de pôle est un outil de pilotage.</p> <p>Donne une réflexion cohérente au sein du pôle.</p> <p>Mais inquiet sur le suivi : nécessité rigueur et c'est contraignant car signature d'un contrat</p> <p>Décevant si pas de retour de l'engagement en la matière.</p> <p>L'intéressement est un moyen comme un autre d'incitation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un établissement en déficit peut intéresser, dépend du niveau de déficit.</li> <li>Idem pour un pôle : « <i>c'est le delta</i> » de progression qui compte.</li> <li>Les pôles qui ont un résultat positif ne doivent pas se reposer sur leurs lauriers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Critères de répartition de la prime dans les pôles</b> : être transparent et s'assurer que ce soit incitatif.</li> <li>Ces critères de répartition déterminés chaque année par les trios de pôle selon les objectifs à mettre en valeur : revient à fixer une stratégie.</li> <li>Le bureau de pôle n'émet qu'un avis.</li> <li>« <i>le corps médical et le personnel non médical doivent se sentir liés et concernés</i> ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ « <i>Utiliser la prime d'intéressement à quelque chose que les agents vont ressentir individuellement</i> ».</li> <li>- des crédits de remplacement</li> <li>- Achat de matériel pour « <i>faciliter la vie au quotidien</i> ».</li> <li>▪ Voir qui est responsable « <i>du meilleur bénéfice</i> ». « <i>Il faut que ce soit spectaculaire et démonstratif</i> ».</li> <li>▪ « <i>il faut être créatif dans l'utilisation de la prime</i> ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- financière</li> <li>- faire de l'intéressement un moyen de pallier ce que l'établissement ne veut pas faire</li> <li>- « <i>si les gens voient les bénéfices une fois, seront bien plus motivés pour modifier les pratiques</i> ». Il faut que ce soit significatif</li> </ul>
<b>Pôle de médecine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(+) - responsabilisation des médecins par rapport à l'activité réalisée et la maîtrise des dépenses</li> <li>- responsabilisation des agents avec les bu-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il est fondé de mettre en place une politique d'intéressement.</li> <li>C'est un mode de management de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intéressement même si établissement en déficit, si cela est une situation temporaire. Il ne faut pas casser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il ne faut pas uniquement fondé l'intéressement sur les résultats budgétaires.</li> <li>▪ Les objectifs propres aux pôles motivent plus que les</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- formation, paiement d'heures supplémentaires</li> <li>- achat de matériels médicaux pour développer des</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ risque d'un manque de partenariat et d'une balkanisation de l'hôpital.</li> <li>▪ <b>Suggestions</b></li> <li>- Faire une res-</li> </ul>

	<p>reaux et conseil de pôle : fort intérêt de ceux qui sont présents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilisation avec les contrats de pôle notamment des cadres car rédaction en commun.</li> </ul> <p>(-) :- Concernant les pôles, « <i>on est à un tournant, mais également dans l'apprentissage et la pédagogie</i> ».</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la NG a permis d'être au plus près et d'être plus transparent, avec un meilleur suivi des dossiers.</li> <li>- le problème est « <i>quand on sort de chez soi</i> », c'est-à-dire les coopérations avec les autres pôles. Sur un dossier, avoir le souci des impacts sur les autres pôles.</li> </ul>	<p>direction vers les pôles et des pôles vers les équipes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rôle important du trio de pôle en matière pédagogique. Le trio de pôle a un rôle pédagogique auprès des cadres, mais il faut également accompagner les trios de pôle.</li> <li>▪ La somme allouée va être déterminante. C'est un changement radical dans le secteur public.</li> </ul>	<p>la dynamique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un pôle déficitaire peut bénéficier de l'intéressement, mais cela dépend de la dynamique du pôle et de la nature du déficit.</li> </ul> <p>Si c'est un déficit conjoncturel = pas de pénalisation. Si déficit structurel = pénalisation.</p>	<p>objectifs communs.</p> <p>Ex :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stabiliser la dette du temps de travail. Mais il peut y avoir des causes extérieures à la non-stabilisation.</li> <li>- 0 escarre stade 2 : c'est évaluable avec une fiche de déclaration spécifique. Le biais : le sous-remplissage</li> <li>▪ Les critères sur la qualité sont plus difficiles car on entre dans la pratique.</li> </ul> <p>▪ Autre solution :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un objectif RH</li> <li>- un objectif qualité</li> <li>- un objectif médico-économique</li> </ul>	<p>activités nouvelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des MR pour permettre aux personnes de prendre leur CET</li> </ul> <p>Ce sera au bureau de pôle de déterminer l'utilisation de la prime.</p> <p>« <i>Il faut être dans une dynamique positive avec le développement d'activités nouvelles.</i> ». Il faut récompenser les personnes qui ont travaillé.</p>	<p>titution d'expériences des contrats de pôle.</p> <p>Chaque trio de pôle retient deux objectifs et fait un retour d'expériences.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réduire le nombre de pôles pour pouvoir dégager du temps pour que les chefs de pôles exercent réellement leurs missions. Le décret du 11/06/2010 est une « <i>mauvaise réponse à une bonne question</i> ».</li> </ul>
<b>Pôle de chirurgie</b>	<p>(+) : - responsabilisation des acteurs du pôle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise de conscience des enjeux financiers</li> <li>- être raisonnable sur les choix opérés</li> </ul> <p>(-) : concurrence entre les pôles.</p>	<p>Bien-fondé de la politique d'intéressement : juste retour de l'implication des personnels.</p> <p>Sinon, c'est « <i>démobilisateur</i> » et « <i>déresponsabilisant</i> ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ne pas distribuer d'intéressement en cas de déficit de l'établissement : « <i>esprit collectif et de service public</i> »</li> </ul> <p>Les pôles déficitaires doivent être sanctionnés en cas de mauvaise ges-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voir où mettre l'intérêt à agir pour le pôle. Il y a des paramètres où il n'y a pas besoin d'intéressement. « <i>Il faut mettre l'intéressement là où cela demande des efforts</i> ».</li> <li>▪ Il est légitime d'avoir le retour des économies deman-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration des conditions de travail : rénovation salle de repos, mise à disposition d'équipements de confort</li> <li>- Amélioration des locaux d'hospitalisation,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La perte du « <i>sens du travail</i> » : les gens ne travaillent pas que pour l'argent. C'est réducteur.</li> <li>▪ Qui doit déterminer à quoi utiliser l'intéressement ? le trio de pôle.</li> </ul>

			<p>tion.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distribuer une prime même en cas de déficit de l'établissement. La problématique : « <i>connaissance de nos coûts et de leur maîtrise.</i> ». Il faut pénaliser les pôles qui ne font pas d'efforts pour réduire leurs coûts.</li> </ul>	<p>dées : <b>prime de bonne gestion. Intéressement est un critère d'évaluation de la bonne gestion.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ceux qui ont fait des efforts doivent être récompensés.</li> </ul>	<p>chambres : aspects hôteliers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crédits de formation : hausse de l'enveloppe et du budget journée</li> </ul> <p>Rien pour le personnel médical</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des mensualités de remplacement pour donner des CET/RTT</li> </ul>	<p>Nécessité d'argumenter et d'être transparent par rapport aux critères de répartition de l'enveloppe. En revanche, il ne doit pas y avoir de maquette pré-définie au niveau institutionnel, c'est une marge de manœuvre pour les pôles.</p>
<p><b>Pôle de réadaptation et de gériatrie</b></p>	<p>(+) - projet de pôle permet de fédérer les équipes autour d'un projet. C'est une feuille de route.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'une dynamique collective. Permet de faire un « <i>avancement et un suivi des projets</i> ». avec des objectifs formalisés.</li> <li>- Identification au pôle des agents</li> </ul> <p>(-) - l'identification aux pôles est plus difficile pour les médecins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cloisonnement des pôles/rivalité entre eux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la politique d'intéressement est une récompense.</li> <li>▪ Mais, il ne faut pas créer un déséquilibre au sein de l'hôpital. Il faut pouvoir piloter le bateau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intéressement même si l'établissement est en déficit, pour pousser les gens à améliorer leur gestion.</li> <li>▪ Il ne faut pas intéresser les pôles qui n'ont pas de contrat car cela demande un effort.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'intéressement doit reposer sur le résultat budgétaire et prendre en compte la qualité, et les progrès.</li> </ul> <p><b>Indicateurs de qualité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rehospitalisation à 60 jours en CSG</li> <li>- Nb d'événement indésirables : biais importants</li> <li>- UMG : nb de passages aux urgences</li> <li>- améliorer la traçabilité de la douleur</li> <li>- maladies nosocomiales</li> <li>- plaintes/réclamations</li> <li>- tenue des dossiers, et prescriptions médicales</li> <li>- baisse des délais d'admission en SSR.</li> </ul> <p>Les critères doivent être éva-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'intéressement n'est pas que « <i>pour satisfaire les besoins de l'équipe, mais c'est un plus pour le malade</i> ».</li> </ul> <p><b>Utilisation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mensualités de remplacement. L'utilisation « <i>doit être travaillé avec les équipes</i> ». « <i>Faire remonter de la base, et être inventif</i> ».</li> <li>- accorder un CET ou deux aux agents.</li> </ul>	<p>« <i>La carotte doit être en proportion de l'effort à consentir</i> ». Si l'effort est trop élevé : inutile. C'est le petit plus.</p> <p>« <i>L'intéressement ne doit pas conduire à gérer la pénurie</i> ». Doit « <i>être une carotte</i> ». Les équipes doivent avoir envie d'y travailler.</p>

				luables, acceptés, et en particulier leurs biais.		
<b>Pôle de psychiatrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La NG a changé peu de chose pour le pôle de psychiatrie. Le conseil de pôles a remplacé la fédération de secteur.</li> <li>Le pôle a permis de définir des objectifs communs et donné une identité à la psychiatrie et une consistance par rapport à l'ensemble de l'établissement.</li> <li>Concernant les médecins, selon les moments, ils se sentent appartenir au pôle, parfois plus au secteur. Le secteur a une dimension fonctionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Postulat de départ :</b> l'intéressement est de nature à motiver les soignants. On est dans un système différent du système commercial de l'intéressement individuel.</li> <li><b>Rémunérer la performance et créer un intéressement individuel pour les soignants seraient une « erreur d'appréciation et de jugement ».</b></li> </ul>	<p>En psychiatrie : 80% des dépenses sont des dépenses de personnel, les marges de manœuvre de réduction des dépenses sont réduites.</p> <p><b><u>Intéressement si établissement en déficit</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Non car l'établissement est prioritaire. « <i>Une entreprise verse-t-elle un intéressement si elle est en déficit ?</i> »</li> <li>Oui car il faut « <i>valoriser les efforts et faire que chacun retrousses ses manches</i> ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« <i>Intéressement à la qualité est le seul justifié et congruent à la motivation des soignants.</i> »</li> <li>Des critères justes doivent se baser essentiellement sur la qualité des soins.</li> </ul> <p>L'évaluation de la qualité en psychiatrie est difficile : demande une <b>évaluation d'un faisceau d'indices</b>. Dans les services de soins somatiques, on peut cerner un idéal à atteindre, un standard vers lequel tendre. En psychiatrie, chaque patient est unique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Autre indicateur : le respect des droits et des lois. Évaluable en termes de 100% pour hospitalisation sous contrainte.</li> </ul>	<p>Non pérenne. Doit être consacré à quelque chose d'accessoire et de secondaire. Il y a peu de matériels.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>activité de CATTP en direction du patient</li> <li>un temps partiel pour une activité ponctuelle</li> <li>formation pour les agents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne doit pas y avoir un hiatus entre l'intéressement et le sentiment personnel des soignants.</li> <li>Ne pas oublier « <i>le service public à l'échelle de l'établissement</i> »</li> <li>l'intéressement est une dimension empruntée au monde commerciale devant s'appliquer au monde du soin. Nouveauté qui peut heurter car questionne le rapport entre médecine et commerce.</li> </ul> <p>L'intéressement individuel dans le monde du soin : compliqué, car ne doit pas être en opposition avec les intérêts du patient.</p>

<p><b>Pôle médico-technique</b></p>	<p>▪ <b>But des pôles :</b> « <i>supprimer les féodalités locales et les chefferies de services.</i> » Avec la loi HPST : hypercentralisation et balkanisation &gt; atténuation des contre-pouvoirs. ▪ Pb du pôle médico-technique : pôle hétéroclite, difficulté d'avoir un projet commun entre l'imagerie, le laboratoire, la stérilisation et la pharmacie. Le seul point commun : être prestataire de service. ▪ La NG est une bonne idée. Principe de subsidiarité pour les prises de décision.</p>	<p>L'intéressement est un « <i>levier pour motiver les gens et remettre en cause leur processus pour atteindre l'efficacité, c'est une contrepartie</i> ». ▪ Dans le système de la fonction publique, difficile de motiver les gens sur des notions de performance et d'efficacité. « <i>C'est le défi du management des pôles</i> ».</p>	<p>Si l'établissement est en déficit, il faut maintenir la politique d'intéressement car sinon, les déficients ne vont pas travailler.</p>	<p>▪ <b>Montant :</b> - une mensualité de remplacement pour chaque catégorie professionnelle : 3000€ X5 = 15K€ - une formation complète prise en charge : 300€/journée. Pour 2.6 journée, 1000€.</p>	<p>- mensualités de remplacement - formation du personnel - équipement non médical - bonus sur le plan d'équipement médical. Mais, c'est moins mobilisateur auprès du personnel. ▪ L'intéressement permet d'accroître les marges de manœuvre et les conditions de travail.</p>	<p>▪ <b>Risques :</b> - balkanisation - sentiment exacerbé d'appartenance à un pôle qui impacte la solidarité entre les pôles : « perte de la notion de bien commun ». - difficulté de gérer un pôle aussi divers avec tant de métiers différents. - absence de CREO avec des indicateurs.</p>
<p><b>Pôle DAFIS</b></p>	<p>Ne pas créer des biais dans la prise en charge des patients et sur l'activité des pôles avec une orientation trop centrée sur les recettes. On reste dans un hôpital public avec une activité diversifiée.</p>	<p>L'intéressement doit être lié à un contrat et à l'atteinte des objectifs fixés. Il faut lier l'intéressement au management par projet</p>		<p>- qualité du dossier patient – IPAQSS - un critère lié à la qualité - vérifier la qualité du codage. - Le CRH doit être conforme et envoyé dans un délai &lt; à 8 jours - exhaustivité du codage</p>		<p>« <i>La politique d'intéressement peut heurter l'éthique et la déontologie médicale</i> » : « <i>la carotte ou l'épée</i> »</p>

## **ANNEXE 5 : Questionnaire servant de base de discussion lors de rendez-vous avec des Directeurs Adjoint**

1. Depuis combien de temps avez-vous mis en place une politique d'intéressement dans votre établissement ?
2. Quel a été l'élément déclencheur d'une telle politique : une demande des médecins, souhait de la direction ?

### **Aspects techniques**

3. Quelle est l'amplitude donnée à la délégation de gestion ? à quoi l'intéressement peut-il être utilisé ?
4. Quels sont les critères retenus au titre desquels les pôles peuvent prétendre à l'intéressement ? ces critères ont-ils évolué depuis la mise en place de l'intéressement ?
5. Avez-vous défini différentes enveloppes ?

Si oui, quels indicateurs ont été utilisés pour répartir ces enveloppes ? Un pôle peut-il prétendre à toutes les enveloppes ou en partie ? Sinon, quelle distinction est opérée ?

6. Y-a-t-il pénalisation des pôles déficitaires ?
7. L'intéressement est-il lié au résultat de l'établissement ? est-il prévu un intéressement même en cas de déficit de l'établissement ?
8. Un mécanisme d'intéressement a-t-il été prévu pour les pôles administratifs ou médico-techniques ?

Si oui, Les critères d'intéressements, en particulier des pôles médico-techniques sont-ils les mêmes entre pôles cliniques ?

9. Comment l'atteinte des objectifs est-elle évaluée ?
10. Quel rôle a joué le conseil exécutif dans la détermination des critères d'intéressements ? les trios de pôles ont-ils été parties prenantes ?

### **Aspects portant sur la gouvernance et l'organisation du dialogue de gestion**

10. La mise en œuvre d'une politique d'intéressement a-t-elle modifié le dialogue de gestion ? en d'autres termes, l'intéressement a-t-il un rôle incitatif dans l'atteinte des objectifs du pôle ?
11. Les responsables de pôles et plus généralement les trios de pôle se sont-ils emparés de cette démarche ?
12. Est-ce suffisamment incitatif pour influencer les pratiques managériales ou cela reste-t-il de l'ordre du symbolique et un simple gadget ?
13. Cela impacte-t-il la cohérence institutionnelle ?

## ANNEXE 6 : Synthèse sur les expériences des établissements contactés

EPS	Origine de la politique d'intéressement - Lien entre intéressement et résultat budgétaire	Critères d'intéressement et leurs évolutions	Montant de la prime et utilisation	Modalités d'évaluation	Autres éléments sur la politique d'intéressement
<b><u>Etablissements contactés</u></b>					
<b>Avignon (S.LASCOLS, 26 mai 2010)</b>	Date des années 90	Respect de l'enveloppe allouée et de l'objectif de dépenses. Peuvent y prétendre les services qui ont fait des économies sur l'enveloppe allouée, réalisé des gains de productivité et diminué leur recours au plateau technique.  Un bon critère de mesure de la performance : €/ETP	Ces crédits peuvent être utilisés librement par le service pour toutes opérations qui améliorent le confort, les conditions de travail et l'efficacité au travail, sans toutefois générer des surcoûts d'exploitation. Un % des économies réalisées alimente un fonds d'innovation.	Etre vigilant sur : - Garantir le caractère collectif de l'intéressement : se méfier d'un achat trop régulier de petits équipements médicaux, sans concertation avec les soignants. - Définir des critères d'attribution clairs et encadrer l'utilisation des crédits d'investissement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La politique d'intéressement est une condition de réussite de la contractualisation interne.</li> <li>Il faut un bon système d'information. Chaque indicateur a son biais : les identifier.</li> <li>▪ Limité car les possibilités d'utiliser ces crédits s'amenuisent.</li> </ul>
<b>Blois (P. EXPERT – 4 juin 2010)</b>	Intéressement depuis une 10aine d'années. 2 acceptions de la délégation de gestion : - budgétaire ; optique de la loi HPST - gestion des projets avec un affichage des moyens.  ▪ si l'établissement est déficitaire : pas	<b>Critère exclusivement financier</b> : recette – dépense = excédent = intéressement. Un pôle déficitaire ne peut prétendre à intéressement. Possible car existence de tableaux de bord équilibrés robustes permettant de garder un œil sur la qualité. L'excédent est pondéré par le chiffre d'affaire du pôle. ▪ Pas d'évolution prévue des critères. Pas d'intéressement sur les projets car il faut nécessairement mettre en place des	200 000€ en 2009  ▪ <b>Utilisation de l'intéressement</b> : - CDD - anticiper le recrutement de personnels - formation, consommables ▪ Utilisation déterminée en bureau de pôle, validée par le conseil	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Travail d'évaluation à partir des tableaux de bord pour établir un <b>diagnostic partagé</b> &gt; 2 fois/an.</li> <li>4 axes de mesure de la performance : - efficacité financière - organisation - qualité - ressources</li> </ul>	Les pôles déficitaires ont un plan de retour à l'équilibre. ▪ « <i>L'intéressement améliore le quotidien mais n'impacte pas profondément les résultats</i> ». Cela reste symbolique. ▪ Concernent les pôles cliniques et médico-technique. Rien n'est prévu pour les pôles ad-

	d'intéressement pour un aspect pédagogique.	projets pour améliorer le résultat.	de pôle. ▪ sur les 6 pôles, 4 ont eu un intéressement allant de 5000€ à 100 000€.	fixation de priorités par pôle. ▪ Le plus difficile est la mesure de la qualité.	ministratifs ▪ Le conseil exécutif valide les règles du jeu. Une charte soumise à la CME
<b>Toulon (P. Bourguine – 4 juin 2010)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1<sup>er</sup> contrat signé en 2008, avenants en 2009 et 2010 ont modifié les modalités de versement</li> <li>▪ l'intéressement n'est pas lié au résultat de l'établissement &gt; versement en 2008 bien que l'établissement soit déficitaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>objectifs d'activité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3% si objectif d'activité est atteint entre 0 et 40%</li> <li>- 5% entre 40% et 70%</li> <li>- 10% entre 70 et 100%</li> </ul> </li> <li>▪ <b>optimisation des dépenses</b> Réduction des dépenses de consommations de B de laboratoire, de pharmacie et d'ICR d'imagerie</li> <li>▪ <b>respect des indicateurs qualité</b> <i>Dossier patient</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- délai d'envoi du Courrier de fin d'hospitalisation</li> <li>- dépistage des troubles nutritionnels</li> <li>- traçabilité de la douleur</li> </ul> </li> <li><i>CBU</i> Taux de conformité prescription/administration du médicament</li> <li><i>DIM</i> Taux d'exhaustivité des RUM saisis</li> <li>▪ aucun intéressement pour les pôles administratifs</li> <li>▪ Les trois pôles médico-techniques (laboratoire, imagerie, pharmacie) ont un contrat depuis 2008</li> <li><i>Labo et imagerie</i> : objectifs de même type que les pôles cliniques : hausse de l'activité (seulement sur l'activité externe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Montant</b> 573k€ avec des enveloppes allant de 71€ à 98000€.</li> <li>▪ <b>Versement de l'intéressement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50% est versé sans condition</li> <li>- 50% est versé après constat du respect des indicateurs qualité</li> </ul> </li> <li>▪ <b>utilisation</b> pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>- achats de matériels</li> <li>- améliorer le confort du personnel et des patients</li> <li>- Paiement d'heures supplémentaires</li> <li>- Un pôle a opté pour le financement d'un audit pour améliorer sa performance.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Suivi de l'atteinte des objectifs par les contrôleurs de gestion, également assistants de gestion des pôles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le dialogue de gestion est plus ou moins développé selon les pôles. « <i>L'intéressement n'a pas un réel effet moteur dans cette démarche.</i> »</li> <li>Les trios de pôle se sont plus ou moins emparés de la démarche.</li> <li>« <i>La politique d'intéressement ne suffit pas en elle-même à influencer les pratiques managériales. ce qui a une vraie influence, c'est la maturité du dialogue de gestion qui implique maturité des pôles et maturité de la direction.</i> »</li> <li>▪ pas d'impact sur la cohérence institutionnelle car le directoire y veille pour une certaine uniformité des règles de traitement. mais, « <i>le risque est toujours présent</i> ».</li> </ul>	

		et baisse des dépenses. <b>Pharmacie</b> : baisse des stocks et hausse de la marge sur MO et DMI.			
<b>Toulouse (D. Mariage, 3 août 2010)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place en 2004. mais, certaines années le dispositif n'est pas mis en œuvre par absence d'accord sur les critères.</li> <li>▪ L'intéressement est dépendant de la situation financière de l'établissement. DAF fait une provision.</li> <li>▪ il existe des CREA pour les pôles logistiques et administratifs avec des cibles d'amélioration des coûts de revient des unités d'œuvre.</li> </ul>	<p><b>4 domaines :</b></p> <p>1) <b>Résultat</b> (1/4 = 400K€ sur 120K€)  - Si le résultat est excédentaire : intéressement. Si déficitaire : rien.  - Poids de l'amélioration du résultat : un pôle qui réduit son déficit peut y prétendre.</p> <p>2) <b>Maîtrise budgétaire</b> : respect de l'enveloppe budgétaire (400K€)  Le pôle est responsable de la gestion de la masse salariale. Les crédits du T2 et du T3 sont délégués pour ce qui relève des charges directes dans le CREA.</p> <p>3) <b>Indicateurs de qualité</b> : 300 000€. En lien avec la certification. Critères transversaux aux pôles cliniques. Ne concerne pas les pôles médico-techniques : pose problème.  - <i>Dossier patients</i> (2 critères): conformité des prescriptions médicamenteuses ET traçabilité de l'évaluation bénéfices/risques  - <i>Infections nosocomiales</i> (2 critères): taux de prévalence d'IN ET consommation de SHA avec des cibles différentes selon les pôles</p> <p>4) <b>Objectif plus spécifique</b>: 100K€  Pour 2009 reconduit en 2010 : facturation des chambres individuelles</p> <p><b>L'objectif : développer au fur et à me-</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1,2 millions d'euros pour 2009</li> <li>2 pôles ont eu des sommes supérieures à 100K€ (la plus haute somme = 112K€). Les 24 pôles ont eu quelque chose. La plus faible somme = 13K€.</li> <li>Il est globalement prévu 50K€/pôles.</li> </ul> <p><b>Utilisation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En exploitation : dépenses non reconductibles, intérim, consommables. Elle est utilisée pour le personnel.</li> <li>- En investissement : il est prélevé 1,4 fois le montant de l'investissement pour tenir compte des conséquences de l'investissement.</li> </ul> <p>L'utilisation de la somme est déterminée en bureau de pôle, Tout l'enjeu est de trouver le juste niveau</p>	<p>Les indicateurs ne sont pas dans le système d'information de manière systématique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Audits sur échantillon pour les dossiers réalisés par la direction de la qualité</li> <li>- Modalités d'évaluation : si cible atteinte = 1, sinon 0. Pas de réussite intermédiaire</li> </ul> <p>Existence d'un intéressement négatif sur certains critères sur lesquels on veut particulièrement mettre l'accent :  Ex : conformité des prescriptions médicamenteuses dans le cadre du CBUM</p>	<p><b>Calendrier :</b>  Pr 2009, répartition de l'enveloppe en juin 2010 en directoire.  Problème car tardif et difficile de modifier les critères à cette époque car la moitié de l'année est écoulée. Nécessité d'anticiper avant la fin de l'année.</p> <p>L'intéressement n'est pas directement responsable du renouvellement des pratiques, c'est la volonté d'améliorer le résultat. C'est également une récompense des efforts qui sont fournis.  L'intéressement n'est pas une fin en soi mais un outil comme les CREA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lorsque les sommes deviennent importantes, cela <b>devient une vraie marge de manœuvre</b> &gt; les médecins sont attentistes et commencent à en prendre conscience.</li> </ul>

		<b>sure les cibles spécifiques selon la nature des pôles.</b> Il est nécessaire d'être lisible au début et ca doit être progressif. Par ailleurs, plus on est précis, plus le dialogue doit être approfondi pour déterminer les critères et faire que la cible soit partagée.	entre ce que peut se permettre l'institution et ce qui est suffisamment intéressant pour les pôles.		Si la prime était symbolique au début, aujourd'hui, ce n'est plus le cas > il faut savoir communiquer autour.
<b>Autres expériences intéressantes</b>					
<b>Nancy</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Objectifs qualité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue du dossier patient</li> <li>- Lettre de sortie</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Objectifs d'activité</b> Développement et maîtrise de l'activité du pôle : DMS, taux d'occupation, exhaustivité des RUM.</li> <li>▪ <b>Objectifs financiers</b> Assurer la maîtrise des moyens de fonctionnement du pôle. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépenses de personnel</li> <li>- Dépenses à caractère médical</li> <li>- Dépenses à caractère hôtelier et général</li> </ul> </li> </ul> <p>Un nombre maximum de 5 indicateurs d'intéressement pour chaque type d'objectifs, avec un indicateur de suivi.</p>	<p>Détermination annuelle du montant de l'enveloppe par le Conseil exécutif. Chaque type d'objectif a un poids relatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qualité : 40%</li> <li>- activité : 30%</li> <li>- financier : 30%</li> </ul> <p>Un objectif atteint : totalité Objectif partiellement atteint : la moitié de ce qui devait être attribuée Objectif non atteint : aucune attribution</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiche technique pour chaque objectif, indiquant l'indicateur et les outils permettant d'assurer le suivi de l'objectif.</li> <li>▪ Bilan annuel de la politique d'intéressement &gt; le conseil exécutif rend un avis. Réunion de synthèse entre le Directeur, le PCME et le responsable de pôle. Donne lieu à la rédaction d'un avenant annuel au contrat de pôle.</li> </ul>	
<b>Périgueux</b>	Même si l'établissement est en déficit, il faut un intéressement. L'intéressement annuel est déconnecté du résultat de l'établissement.	<p>1) <b>intéressement annuel</b> : analyse des résultats par référence à l'enveloppe attribuée Les résultats du pôle sont analysés sur la base :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- écart budget attribué/budget constaté</li> <li>- écart de productivité constaté par</li> </ul>	<p>150K€ pour tous les services. : entre 0 et 40K€ par pôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilisation définie par le conseil de pôle. destinée à : <ul style="list-style-type: none"> <li>- améliorer les</li> </ul> </li> </ul>	<p>Pénalisation : baisse du budget suivant, baisse des crédits d'investissement pour le matériel non « stratégique » pour ne pas pénaliser l'utilisateur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modalités de répartition : pondérer le résultat par rapport au budget du pôle et du CH.</li> </ul> <p><b>Calcul d'un coefficient de pondération</b> (résultat pôle/budget</p>

		<p>rapport à l'objectif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- écart de consommation médico-technique réalisée et prévue</li> <li>- indicateurs de qualité</li> </ul> <p>▪ <b>Répartition en sous-enveloppe :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 30% respect des crédits</li> <li>- 40% : respect des objectifs de productivité</li> <li>- 30% : respect des consommations médico-techniques</li> <li>- majoration de 10% au titre des objectifs qualité</li> </ul> <p><b>2) Intéressement pérenne</b></p> <p>▪ <u>Hypothèse 1 : résultat positif du CH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche au sein du résultat d'une marge disponible structurelle et reductible</li> <li>- Définition des possibilités d'utilisation de cette disponibilité</li> </ul> <p>▪ <u>Hypothèse 2 : résultat négatif du CH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse des CREA et TCCM pour dégager des marges de redéploiement</li> <li>- définition des possibilités d'utilisation de cette somme</li> </ul> <p>Ex : 2009 : gain structurel = 600K€.  Choix d'utilisation : 75% pour le personnel médical (car déficit au vu du TCCM) et 25% pour le personnel non médical.  ⇒ attribution aux seuls pôles excédentaires en tenant compte du résultat du pôle et des écarts constatés par rapport au TCCM</p>	<p>conditions de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les conditions d'hébergement ou le confort des patients</li> <li>- l'équipement du pôle</li> <li>- les locaux</li> </ul> <p>Cette utilisation ne peut être contraire aux objectifs stratégiques arrêtés par les instances de l'établissement.</p>	<p>L'intéressement ne peut être supérieur au résultat économique et à l'économie réalisée</p>	<p>pôle) + (résultat pôle/résultat de l'ensemble des pôles de l'établissement))/2</p> <p><b>Calcul de l'enveloppe</b>  Enveloppe x (coefficient du pôle/total coefficient)</p>
--	--	---	---	---	--

## ANNEXE 7 : Extraits de Tableaux de bord issus d'« Orbis Décision »

### Tableaux de bord à disposition de la Direction

Accueil Orbis Décision

[Activité](#)
[Dépenses](#)
[Personnel](#)
[Economat](#)
[Mes dossiers](#)

#### Analyse des Prises en charge

Type de Catégorie	Cumulé 07/2009	Cumulé 07/2010	Evolution
Hospitalisations Complètes MCO	11 599	11 692	1% ↗
- en nombre de jours	60 405	59 341	-2% ↘
Ambulatoire MCO	4 465	4 412	-1% ↘
Dialyse	3 359	3 475	3% ↗
IVG	124	165	33% ↗
Naissances	759	764	1% ↗
Consultations Publiques	60 608	64 281	6% ↗
- dont Consultations itératives	2 003	1 618	-19% ↘
Consultations Privées	11 432	10 846	-5% ↘
Passages Urgences	18 123	17 893	-1% ↘
- dont Hospitalisations MCO	5 462	5 073	-7% ↘
HAD	474	454	-4% ↘

Valorisations	Cumulé 07/2009	Cumulé 07/2010	Evolution
Consultations Publiques	4 679 084	4 997 689	7% ↗
GHS	35 414 740	34 462 540	-3% ↘

Valorisations en euros	Cumulé 07/2009	Cumulé 07/2010	Evolution
Dispositifs médicaux implantables	269 755	378 532	40% ↗
Spécialités Pharmaceutiques	1 664 206	1 722 760	4% ↗
Rétrocessions	748 838	951 255	27% ↗

#### Evolution des dépenses

Cumul à fin Juillet	2009	2010	Ecart en €	Ecart en %
Total Charges de Personnel	43 911 728,47	45 341 636,55	1 429 908,08	3,26% ↗
Total Charges d'Exploitation à Caractère Médical	9 135 761,24	10 283 105,05	1 147 343,81	12,56% ↗
Total Charges d'Exploitation à Caractère Hotelier et Général	5 681 602,32	5 758 405,57	76 803,25	1,35% ↗
<b>Total Général</b>	<b>58 729 092,03</b>	<b>61 383 147,17</b>	<b>2 654 055,14</b>	<b>4,52%</b>

#### ETP Rémunéré

	Catégorie	Effectif Rémunéré à fin 07/2009	Effectif Rémunéré à fin 07/2010	Ecart	Ecart en %
Personnel Non Médical	Administratifs	190,09	189,28	-0,81	-0,43%
	AS-AP	378,65	384,1	5,45	1,44%
	ASHQ	170,06	166,49	-3,57	-2,10%
	Cadres	45,22	47,42	2,2	4,87%
	Cadres sup	8	8	0	0,00%
	IDE	436,61	442,86	6,25	1,43%
	IDE spé(IBODE-IADE-Puéricultrice)	37,85	44	6,15	16,25%
	Médico-techniques	60,42	58,87	-1,55	-2,57%
	Pers. de rééducation	24,36	25,09	0,73	3,00%
	Pers. éducatif et socio-éducatif	24,7	26,06	1,36	5,51%
	Pers. techniques	218,53	222,95	4,42	2,02%
	Psychologues	18,42	20,53	2,11	11,45%
	Sage femmes	35,62	31,47	-4,15	-11,65%
<b>Personnel Non Médical</b>		<b>1 648,53</b>	<b>1 667,12</b>	<b>18,59</b>	<b>1,13%</b>
Personnel Médical	Assistants	13	8,5	-4,5	-34,62%
	Attachés	7,67	4,9	-2,77	-36,11%
	Contractuels	6,11	6,83	0,72	11,78%
	Internes	27	39	12	44,44%
	Praticiens temps partiel	18,34	17,52	-0,82	-4,47%
	Praticiens temps plein	82,32	88,34	6,02	7,31%
<b>Personnel Médical</b>		<b>154,44</b>	<b>165,09</b>	<b>10,65</b>	<b>6,90%</b>
<b>Total</b>		<b>1 802,97</b>	<b>1 832,21</b>	<b>29,24</b>	<b>1,62%</b>

#### Taux d'absentéisme Personnel Non Médical

<b>Taux d'Absentéisme à fin 08/2009 :</b>	<b>6,95%</b>
<b>Taux d'Absentéisme à fin 08/2010 :</b>	<b>7,21%</b>



Dépenses cumulées



Dépenses cumulées

<i>Cumul à fin Juillet</i>	2009	2010	Ecart en €	Ecart en %	
<b>CHARGES DE PERSONNEL</b>					
Personnel Médical	7 437 294,17	7 820 460,04	383 165,87	5,15%	↗
Permanence des soins	1 167 937,18	1 019 720,44	-148 216,74	-12,69%	↘
Personnel Non Médical	35 306 497,12	36 426 769,3	1 120 272,18	3,17%	↗
Personnel extérieur	0	74 686,77	74 686,77	100,00%	↗
<b>TOTAL CHARGES DE PERSONNEL</b>	<b>43 911 728,47</b>	<b>45 341 636,55</b>	<b>1 429 908,08</b>	<b>3,26%</b>	
<b>CHARGES D'EXPLOITATION A CARACTERE MEDICAL</b>					
Produits pharmaceutiques	4 337 949,35	4 882 431,71	544 482,36	12,55%	↗
Dispositifs médicaux	652 611,04	871 636,59	219 025,55	33,56%	↗
Matériel à usage unique	999 931,13	1 037 381,23	37 450,1	3,75%	↗
Imagerie réalisée à l'extérieur	38 500,85	36 313,3	-2 187,55	-5,68%	↘
Biologie réalisée à l'extérieur	241 813,81	288 290,48	46 476,67	19,22%	↗
Autres sous-traitances hors Imagerie et Laboratoire	241 359,47	350 434,7	109 075,23	45,19%	↗
Produits sanguins labiles	428 704,22	417 464,88	-11 239,34	-2,62%	↘
Fluides et Gaz médicaux	90 081,79	80 967,19	-9 114,6	-10,12%	↘
Fournitures , produits, matériels divers	1 507 894,47	1 548 444,77	40 550,3	2,69%	↗
Entretien et Maintenance Biomédical	596 915,11	769 740,2	172 825,09	28,95%	↗
<b>TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION A CARACTERE MEDICAL</b>	<b>9 135 761,24</b>	<b>10 283 105,05</b>	<b>1 147 343,81</b>	<b>12,56%</b>	
<b>CHARGES D'EXPLOITATION A CARACTERE HOTELIER ET GENERAL</b>					
Alimentation	815 423,13	736 259,46	-79 163,67	-9,71%	↘
Produits diététiques et régime	22 570,77	22 639,85	69,08	0,31%	↗
Couches, Alèses et Produits absorbants	64 050,95	64 366,86	315,91	0,49%	↗
Produits d'entretien	154 644,1	155 570,39	926,29	0,60%	↗
Bureautique	155 633,89	175 669,31	20 035,42	12,87%	↗
Autres sous-traitances hors Imagerie et Laboratoire	34 543,38	0	-34 543,38	-100,00%	↘
Carburant pour véhicule	47 101,65	45 478,36	-1 623,29	-3,45%	↘
Services Extérieurs (Entretien,maintenance...)	1 393 485,84	1 811 229,4	417 743,56	29,98%	↗
Fournitures , produits, matériels divers	2 834 966,01	2 609 389,25	-225 576,76	-7,96%	↘
Transport usagers	159 182,6	137 802,69	-21 379,91	-13,43%	↘
<b>TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION A CARACTERE HOTELIER ET GENERAL</b>	<b>5 681 602,32</b>	<b>5 758 405,57</b>	<b>76 803,25</b>	<b>1,35%</b>	
<b>Total général</b>	<b>58 729 092,03</b>	<b>61 383 147,17</b>	<b>2 654 055,14</b>	<b>4,52%</b>	

Charges hors GHS	2009	2010	Ecart en €	Ecart en %
Spécialités Pharmaceutiques	1 653 537,76	1 720 337,3	66 799,54	4,04%

## Tableaux de bord à disposition des pôles : l'exemple du pôle médico-chirurgical

Accueil Orbis Décision    **Activité**    Dépenses    Personnel    Mes dossiers

---

### Analyse des Prises en charge

Taux d'Exhaustivité Hospitalisation : **99,77%**

Type de Catégorie	Cumulé 07/2009	Cumulé 07/2010	Evolution
Hospitalisations Complètes MCO	2 998	3 433	15% ↗
- en nombre de jours	14 970	14 867	-1% ↘
Ambulatoire MCO	2 633	2 661	1% ↗
Dialyse	3 359	3 475	3% ↗
Consultations Publiques	6 919	8 187	18% ↗
- dont Consultations itératives	44	0	100% ↘
Consultations Privées	1 338	1 224	-9% ↘
HAD	474	454	-4% ↘

Valorisations	Cumulé 07/2009	Cumulé 07/2010	Evolution
Consultations Publiques	316 975	372 354	17% ↗
GHS	9 564 885	10 090 084	5% ↗

Valorisations en euros	Cumulé 07/2009	Cumulé 07/2010	Evolution
Dispositifs médicaux implantables	17 883	41 497	132% ↗
Spécialités Pharmaceutiques	1 320 883	1 416 627	7% ↗

### Evolution des Dépenses

Cumul à fin Juillet	2009	2010	Ecart en €	Ecart en %
Total Charges de Personnel	4 813 031,28	5 216 040,87	403 009,59	8,37% ↗
Total Charges d'Exploitation à Caractère Médical	2 720 906,5	2 894 869,15	173 962,65	6,39% ↗
Total Charges d'Exploitation à Caractère Hotelier et Général	145 146,4	174 867,68	29 721,28	20,48% ↗
<b>Total Général</b>	<b>7 679 084,18</b>	<b>8 285 777,7</b>	<b>606 693,52</b>	<b>7,90%</b>

### ETP Rémunéré

Catégorie	Effectif Rémunéré à fin 07/2009	Effectif Rémunéré à fin 07/2010	Ecart	Ecart en %
Administratifs	13,99	16,22	2,23	15,94%
AS-AP	47,51	55,72	8,21	17,28%
ASHQ	8	6,06	-1,94	-24,25%
Cadres	4	5,5	1,5	37,50%
IDE	65,79	77,87	12,08	18,36%
Pers. de rééducation	1,06	1,06	0	0,00%
Pers. éducatif et socio-éducatif	0,09	0,09	0	0,00%
Psychologues	0,55	0,55	0	0,00%
<b>Personnel Non Médical</b>	<b>140,99</b>	<b>163,07</b>	<b>22,08</b>	<b>15,66%</b>
Assistants	4,7	3,9	-0,8	-17,02%
Attachés	1,56	0,91	-0,65	-41,67%
Contractuels	0	2	2	0,00%
Internes	5	6	1	20,00%
Praticiens temps partiel	0,83	0	-0,83	-100,00%
Praticiens temps plein	10,48	10,83	0,35	3,34%
<b>Personnel Médical</b>	<b>22,57</b>	<b>23,64</b>	<b>1,07</b>	<b>4,74%</b>
<b>Total</b>	<b>163,56</b>	<b>186,71</b>	<b>23,15</b>	<b>14,15%</b>

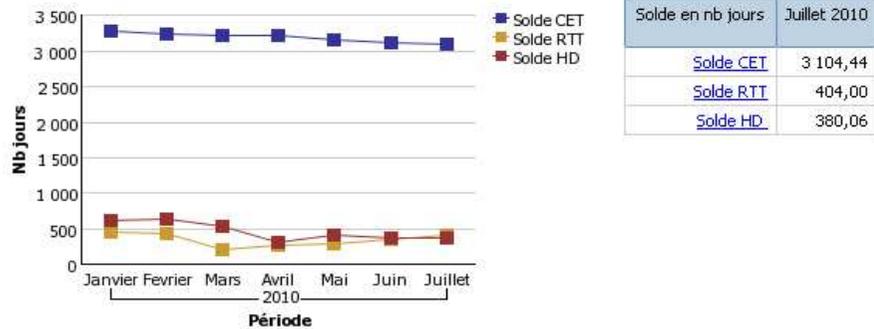
### Taux d'absentéisme Personnel Non Médical

Taux d'Absentéisme à fin 08/2009 : **7,60%**

Taux d'Absentéisme à fin 08/2010 : **8,38%**

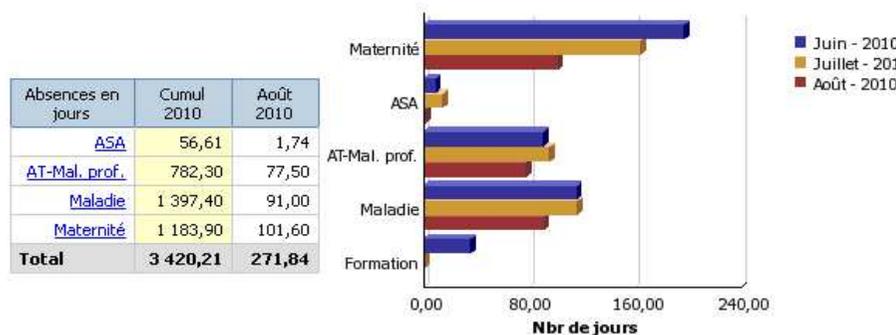
Solde CET, RTT et Heures dues

Détail du solde de CET, RTT et Heures dues



Absentéisme en jours

Détail des Absences



ETP Rémunéré

	Catégorie	Effectif Rémunéré à fin 07/2009	Effectif Rémunéré à fin 07/2010	Ecart	Ecart en %
Personnel Non Médical	Administratifs	13,99	16,22	2,23	15,94%
	AS-AP	47,51	55,72	8,21	17,28%
	ASHQ	8	6,06	-1,94	-24,25%
	Cadres	4	5,5	1,5	37,50%
	IDE	65,79	77,87	12,08	18,36%
	Pers. de rééducation	1,06	1,06	0	0,00%
	Pers. éducatif et socio-éducatif	0,09	0,09	0	0,00%
	Psychologues	0,55	0,55	0	0,00%
<b>Personnel Non Médical</b>		<b>140,99</b>	<b>163,07</b>	<b>22,08</b>	<b>15,66%</b>
Personnel Médical	Assistants	4,7	3,9	-0,8	-17,02%
	Attachés	1,56	0,91	-0,65	-41,67%
	Contractuels	0	2	2	0,00%
	Internes	5	6	1	20,00%
	Praticiens temps partiel	0,83	0	-0,83	-100,00%
Praticiens temps plein	10,48	10,83	0,35	3,34%	
<b>Personnel Médical</b>		<b>22,57</b>	<b>23,64</b>	<b>1,07</b>	<b>4,74%</b>
<b>Total</b>		<b>163,56</b>	<b>186,71</b>	<b>23,15</b>	<b>14,15%</b>

Cognos Viewer

Personnel Médical Effectifs et Absences en E . T . P .

Effectifs et Absences en ETP du personnel médical

Catégorie	ETP Rémunéré	ETP Absent	Nb jours 2010	Nb jours 08/2010	2009	2010	08/2010
Assistants	3,90	0,00	0	0,00	0,00%	0,00%	0,00%
Attachés	0,91	0,00	0	0,00	0,84%	0,00%	0,00%
Contractuels	2,00	0,00	0	0,00	0,00%	0,00%	0,00%
Internes	6,00	0,00	80	0,00	9,29%	5,44%	0,00%
Praticiens temps partiel	0,00	0,00	0	0,00	0,00%	0,00%	0
Praticiens temps plein	10,83	0,00	0	0,00	0,13%	0,00%	0,00%