



L'INTÉRESSEMENT COLLECTIF DANS LA FONCTION PUBLIQUE : ATOUPS ET MISE EN ŒUVRE

Janvier 2013

Vers un retour aux sources du management
dans la fonction publique ?

« Le Statut prévoit aussi l'extension des primes de rendement individuelles et collectives qui permettront de « proportionner » la rémunération du fonctionnaire, ou d'un groupe donné de fonctionnaires, à l'intensité et à l'efficacité de l'effort »

**Maurice THOREZ, Vice-président du
Gouvernement, Secrétaire général du Parti
communiste français. Extrait de la discussion du
projet de loi créant le Statut général des fonctionnaires
en 1946**

Composition du groupe de travail

- Président : **Michel DIEFENBACHER** Conseiller maître honoraire à la Cour des Comptes, ancien député du Lot-et-Garonne, auteur du rapport sur l'Intéressement Collectif dans la fonction publique (mai 2009)
- Rapporteur : **Alain-Pierre VERRET** Directeur d'hôpital honoraire
- Rapporteur adjoint : **Damien DUMONT** Pour le compte de la Conférence des directeurs généraux des CHU
- Interventions :
- Alain RICHARD**, Sénateur du Val d'Oise, ancien ministre
- Jean-Pierre BALLIGAND**, Ancien député de l'Aisne, co-auteur du rapport Balligand-Foucauld sur l'épargne salariale
- Membres :
- Jean-Christophe AUBRY**, Attaché parlementaire
- Nadine BARBIER**, Responsable du pôle Ressources Humaines Hospitalières, Fédération des hôpitaux de France (FHF)
- Michel BON**, Président de FONDACT
- Guy COLLET**, Conseiller stratégie de la Fédération des hôpitaux de France (FHF)
- Dominique COUDERT**, Directeur général délégué Natixis Interepargne
- Bernard DAUMUR**, Directeur général CHU Rouen
- Laure DELAHOUSSE**, Directrice de l'Épargne Salariales - AFG
- Jean-Marc FOURNIE**, Responsable de l'Épargne Entreprise – AFG
- Nicole GALLAIS-FERRIER**, Adjointe au responsable du pôle Ressources Humaines Hospitalières, FHF
- Daniel GEE**, Délégué Général de FONDACT
- Gérard GRUET-MASSON**, Conseiller du Président de FONDACT
- Paul MAILLARD**, Président d'Honneur FONDACT
- Élisabeth MAZIERE**, Directeur de l'Épargne Salariale – La Banque Postale Asset Management
- Pierre-Charles PONS**, Directeur Général CHU Dijon

INTRODUCTION

Les fonctionnaires sont aujourd'hui les seuls salariés qui n'ont pas accès au dispositif d'intéressement collectif créé en 1959. Directement lié à l'atteinte de résultats chiffrés, ce dispositif a longtemps été regardé comme inadapté voire contraire au service public. Il est vrai que lors de sa création par le Général de Gaulle, il s'inscrivait dans la perspective d'une « association capital-travail » et était donc tout naturellement destiné au secteur privé.

Pour autant, les entreprises ont mis beaucoup de temps à s'y engager. A l'origine, ni les employeurs ni les salariés n'en voulaient. Le dispositif a été imaginé par la puissance publique et sa mise en œuvre nécessite un accord dans chaque entreprise entre la direction et les personnels : deux raisons pour se montrer pour le moins réservé ! En 1979, vingt ans après sa création, l'intéressement ne concernait encore que 178 000 salariés.

Ce n'est que dans les années 1980 que la logique de la négociation collective s'est imposée et que les accords d'intéressement ont commencé à prospérer. En 2010, plus de 4,6 millions de salariés privés étaient couverts, les montants bruts distribués atteignaient 7,2 milliards d'€ et la prime annuelle s'élevait en moyenne à 1 546 € par salarié. Le succès était tardif mais remarquable !

Étendu aux entreprises publiques sous le gouvernement de Jacques Chirac en 1986 et 1987, l'intéressement s'y est développé très rapidement. Au bout de vingt ans, il bénéficiait à près des deux tiers des salariés concernés, le montant moyen de la prime annuelle, entre 500 et 700 € par salarié, étant inférieur de moitié au secteur privé.

Toutes entreprises confondues, l'intéressement collectif concerne aujourd'hui un salarié sur deux. Il présente cinq avantages majeurs : il dynamise le management des entreprises, modernise les relations du travail, renforce la cohésion des équipes, fait reculer l'absentéisme et développe l'épargne salariale. C'est un dispositif « gagnant-gagnant » dont ni les employeurs ni les salariés ne contestent les mérites.

Reste la Fonction Publique.

Ou plutôt les trois Fonctions Publiques : État, collectivités territoriales et hôpitaux. L'instauration d'une rémunération variable en fonction des résultats s'y est longtemps heurtée à la fois à des résistances « culturelles » et à des obstacles juridiques et techniques. Certains de ces obstacles, de nature purement idéologique, ne sont plus guère invoqués. Les autres, bien réels, sont à présent pour la plupart levés. Rien donc ne s'oppose à une extension de l'intéressement aux trois Fonctions Publiques. C'est la conclusion du rapport qu'au terme d'une mission de six mois, j'avais remis au gouvernement en juin 2009.

La question de la compatibilité de l'intéressement avec la notion de service public n'aurait en réalité jamais dû se poser. Elle avait été clairement tranchée lors de la discussion du premier Statut Général de la Fonction Publique en 1946. Le représentant du Gouvernement avait alors déclaré : « *Le Statut prévoit aussi l'extension des primes de rendement individuelles et collectives qui permettront de proportionner la rémunération du fonctionnaire ou d'un groupe donné de fonctionnaires à l'intensité ou à l'efficacité de l'effort* ». Notons au passage que l'auteur de cette phrase était Maurice Thorez, vice-président du gouvernement et secrétaire général du Parti communiste français.

Quant aux obstacles d'ordre technique, ils sont pour l'essentiel levés :

- dans les administrations de l'État, la « LOLF », loi organique pour les finances publiques, a généralisé la mise en œuvre d'objectifs et d'indicateurs de résultats,

donnant ainsi à tous les services l'instrument permettant de mesurer l'efficacité collective des équipes ;

- en application du principe de la liberté de gestion, les collectivités territoriales ne sont pas soumises à ces règles. Mais rien de leur interdit d'y avoir recours et certaines s'y sont effectivement engagées ;
- quant aux hôpitaux, dont certains s'étaient montrés intéressés dès les années 1990, ils disposent désormais avec la « T2A » (tarification à l'activité) et la comptabilité analytique, des outils nécessaires.

A la suite de mon rapport de 2009, la base législative permettant de créer un système d'intéressement collectif a été créée par la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 (art. 40 et 41). Et le décret du 29 août 2011 en a précisé les conditions d'application à la Fonction Publique de l'État. Les textes d'application concernant les Fonctions Publiques Territoriale et Hospitalière ne sont pas encore intervenus.

L'essentiel est aujourd'hui d'engager le mouvement et de créer une dynamique. C'est dans cette perspective que l'association FONDACT s'est saisie du dossier. Je tiens à l'en remercier. Ensemble, nous avons procédé à de nombreuses auditions. Il en ressort clairement que ce sont les hôpitaux qui sont à la fois les plus intéressés par cette « aventure » et les mieux outillés pour s'y engager.

La Fonction Publique de l'État a connu de profondes réformes au cours des cinq dernières années : fusion des corps, regroupement des ministères, diminution des effectifs, refonte des structures de concertation, suppression de la notation des fonctionnaires, introduction des « primes de fonctions et de résultats »... Elle a besoin, semble-t-il, de « digérer » tous ces changements avant de s'engager dans de nouvelles évolutions.

Quant aux collectivités territoriales, elles se sont dans l'ensemble montrées peu réceptives à ces réflexions. Les préoccupations liées aux compétences juridiques et aux moyens financiers des collectivités ainsi qu'au statut des élus prennent à l'évidence le pas sur les considérations qui touchent à un meilleur « management » des ressources, qu'elles soient humaines ou budgétaires.

Les hôpitaux pour leur part mesurent clairement ce que l'intéressement peut apporter à la gouvernance. Leur nouvelle organisation interne autour de pôles regroupant chacun plusieurs services, crée de surcroît un cadre particulièrement propice à la mise en œuvre d'un tel dispositif. Les enjeux d'une telle option sont considérables : rappelons que la Fonction Publique Hospitalière regroupe plus d'un million d'agents, que la masse salariale des hôpitaux publics croît au rythme de 2,5% par an et que l'hospitalisation publique pèse pour 26,6% dans le budget de l'assurance-maladie.

Il serait évidemment souhaitable que le décret d'application intervienne rapidement. Mais si le ministère de la santé ne s'estimait pas prêt, rien ne devrait s'opposer à ce qu'à titre expérimental, les hôpitaux les plus motivés soient autorisés à engager avec les représentants du personnel les négociations nécessaires. Cette procédure, pour le moins pragmatique, permettrait d'identifier de la manière la plus concrète les points qui relèvent de la décision du pouvoir règlementaire et ceux qui peuvent être laissés à la discussion locale.

En toute hypothèse, le moment est venu de « passer à l'acte ». Si l'on partage l'appréciation selon laquelle l'intéressement collectif est un dispositif « gagnant-gagnant », rien ne saurait justifier que les premières expériences soient encore différées. La base législative a été posée il y a plus de deux ans. De nombreux acteurs locaux se montrent intéressés. Pourquoi attendre plus longtemps ?

Michel Diefenbacher

SOMMAIRE

1. Préambule.....	8
1.1. Les motifs et les enjeux de la démarche.....	8
1.2. Mise en œuvre des dispositifs.....	9
2. L'intéressement institué par les Ordonnances de 1959 et 1986 constitue un levier utile de dynamisation des Ressources Humaines et de mobilisation collective dans la Fonction Publique	10
2.1. Les motifs de la démarche.....	10
2.2. L'intéressement collectif est un sujet qui sollicite le décideur soucieux de renforcer les démarches de progrès au sein du service public dont il a la charge.....	12
2.2.1. Quelle démarche faut-il suivre?.....	12
2.2.2. Quelles objections faut-il lever ?.....	12
2.2.3. Quels pré-requis faut-il mettre en place ?.....	12
2.2.4. Quel processus adopter ?.....	13
2.3. Proposer des grilles d'aide à la décision.....	14
2.3.1. Axe management.....	14
2.3.2. Axe qualité.....	16
2.3.3. Axe financier et budgétaire.....	16
2.3.4. Axe Social.....	16
2.3.5. Axe performance.....	17
3. S'appuyer sur les réalisations les plus probantes : L'exemple de la Fonction Publique Hospitalière - Intéressement collectif et individuel comme vecteur de management hospitalier.....	18
3.1. Pourquoi la FPH est disposée à aller de l'avant sur l'intéressement, individuel et collectif	18
3.2. Un intéressement collectif déjà effectif ou en passe de l'être.....	18
3.2.1. Fondements juridiques et organisationnels / managériaux.....	19
3.2.2. Les points d'attention / difficultés: le « discours de la méthode »	21
3.2.3. Les modalités d'élaboration de la politique d'intéressement.....	25
3.3. De l'intéressement collectif aux prémices de l'intéressement individuel.....	28
3.3.1. Une piste régulièrement évoquée.....	28
3.3.2. la question de l'intéressement collectif : un nouvel enjeu.....	30
4. De l'intéressement à l'épargne salariale.....	31
4.1. L'épargne salariale comme outil complémentaire de fidélisation des fonctionnaires : créer un PEH un PESP ?.....	32
4.2. L'épargne salariale comme réponse aux problèmes des Comptes Épargne Temps.....	32
4.3. L'intéressement du personnel au versement.....	33
4.4. Que conserver encore du dispositif actuel de l'épargne salariale ?.....	33
CONCLUSION.....	34
ANNEXES.....	36
FICHE N°1- Pourquoi l'intéressement ?	36

Quels sont les objectifs attendus de l'introduction de l'intéressement dans la Fonction Publique en général et de la fonction publique hospitalière en particulier ?.....36

FICHE N°2 – Quelle démarche suivre en matière d'élaboration de la politique d'intéressement ?.....38

Sur quels textes dois-je ou puis-je m'appuyer ?.....38

Quels sont les interlocuteurs indispensables ?.....38

Quelle instance doit être consultée ?40

Sur quelle base d'appréciation élaborer la politique d'intéressement ?.....40

A qui est-elle destinée ?.....42

Pour quoi faire ?.....42

FICHE N°3 – Comment mettre en œuvre cette politique d'intéressement ?.....43

Quels sont les critères déterminants de la politique d'intéressement ?.....43

Quelles règles d'équité identifier ?.....43

Comment décider du montant de l'enveloppe d'intéressement ? Quels sont les ajustements envisageables ?
.....44

Quand verser l'intéressement ?.....45

FICHE N°4 – Quels sont les prérequis pour élaborer et mettre en œuvre cette politique d'intéressement ? . 46

Un projet d'établissement à jour46

Une politique RH dynamique et renouvelée46

Des contrats de pôle par objectifs48

Une comptabilité analytique opérationnelle49

FICHE N°5 – Quels sont les principaux écueils à éviter ?.....51

Un dispositif trop complexe et inapplicable51

Une absence d'adhésion à l'ensemble du dispositif de la délégation de gestion :.....51

Des pôles cliniques.....51

Des pôles de gestion.....51

FICHE N°6 – Autodiagnostic : suis-je prêt ?.....53

Check list - 10 critères : suis-je prêt ?.....53

1. Préambule

1.1. Les motifs et les enjeux de la démarche

Le besoin d'une dynamique nouvelle pour les services publics soumis à la pression financière, aux besoins nouveaux des populations, au développement de l'e-administration et de la dématérialisation des démarches comme des procédures administratives, stimule la réflexion pour déployer un système d'intéressement collectif distribué, valorisant l'effort collectif dans les services publics et leurs fonctions publiques.

Instauré par une ordonnance du 7 janvier 1959, l'intéressement des salariés était à l'origine strictement limité aux entreprises privées : il s'agissait, pour le Général de Gaulle, de jeter les bases d'une association « capital – travail ». Il a fallu attendre plus de 25 ans pour qu'en 1986, le gouvernement de Jacques Chirac étende ce dispositif aux entreprises publiques. La question de la fonction publique se pose : était-il justifié que les fonctionnaires de l'État, des collectivités territoriales et des hôpitaux soient les seuls salariés à ne pas bénéficier de l'intéressement ?

C'est dans un contexte marqué à la fois par une contrainte budgétaire croissante et par la volonté de renforcer le dialogue social que sont intervenus les accords salariaux de février 2008. Signés avec le Gouvernement par quatre organisations syndicales (UNSA, CFDT, CFTC, CGC) et par la Fédération Hospitalière de France (FHF), ces accords posent deux principes majeurs :

- la réduction du poids relatif des augmentations générales dans l'évolution de la rémunération des fonctionnaires (le point d'indice) ;
- l'introduction de primes variables en fonction de la performance tant des agents (primes individuelles) que des services (primes collectives).

S'agissant des rétributions collectives, le gouvernement a souhaité que soit étudiée l'extension aux trois versants de la Fonction Publique d'un dispositif d'intéressement. Il a chargé un parlementaire d'une mission à cet effet, Michel Diefenbacher, député du Lot-et-Garonne. Celui-ci a remis son rapport en juin 2009.

Les conclusions de ce rapport sont les suivantes :

- l'intéressement est conforme à l'esprit du Statut général de la Fonction Publique. Il n'est pas inutile de rappeler que lors de la discussion du projet de loi créant le premier Statut général en 1946, Maurice Thorez, vice-président du Gouvernement et Secrétaire Général du Parti Communiste Français, avait explicitement envisagé une « extension des primes de rendement individuelles et collectives qui permettront de proportionner la rémunération du fonctionnaire ou d'un groupe donné de fonctionnaires à l'intensité et à l'efficacité de l'effort. » Encore fallait-il que soit créée la base légale nécessaire, ce qui nécessite l'intervention d'une loi ;
- sur la base légale ainsi créée, un accord d'intéressement doit être passé, afin de définir les objectifs, les indicateurs de résultat et les modalités de calcul de la prime. Si pendant longtemps ces instruments de mesure n'existaient pas dans la Fonction Publique, il n'en va plus de même aujourd'hui. La loi organique pour les lois de finances (LOLF) fixe à tous les services de l'État des objectifs chiffrés et précise les modalités d'évaluation des résultats. Pour les hôpitaux, la tarification à l'activité (T2A) et la création de pôles d'activités fournissent le cadre nécessaire. Quant aux collectivités territoriales, il leur appartient d'apprécier, dans le cadre des libertés dont elles disposent, si elles souhaitent transposer les dispositions applicables à l'État. L'extension de l'intéressement à la Fonction Publique ne se heurte donc à aucune difficulté « technique » ;

Les esprits enfin y sont pour la plupart prêts. Une « culture du résultat » s'installe progressivement dans les administrations de l'État, favorisée par l'instauration de primes financées sur les économies générées par les efforts de gestion et la diminution des effectifs. Dans les hôpitaux, les principes de la nouvelle gouvernance, comme la mise en place de la tarification à l'activité ont permis le développement d'une forme d'intéressement collectif de pôle, sans pour autant qu'il aboutisse à un intéressement collectif distribué valorisation de même nature que celui prévu par le code du travail, et l'ordonnance précitée. Quant aux collectivités territoriales, d'importants progrès restent à faire, mais quelques exemples montrent que les élus prennent conscience que l'amélioration de la qualité des services rendus aux usagers dépend de la performance collective et de la productivité des services.

Au vu des conclusions de ce rapport, la loi de rénovation du dialogue social dans la Fonction Publique du 23 juin 2010 a posé les bases légales nécessaires à l'introduction de l'intéressement collectif dans les trois versants de la Fonction publique.

L'article 40 prévoit que « L'assemblée délibérante de chaque collectivité territoriale ou le conseil d'administration d'un établissement public local fixe les régimes indemnitaires dans la limite de ceux dont bénéficient les différents services de l'État et peut décider, après avis du comité technique, d'instituer une prime d'intéressement tenant compte de la performance collective des services selon les modalités et dans les limites définies par décret en Conseil d'État »;

L'article 41 prévoit quant à lui qu' «une prime d'intéressement tenant compte de la performance collective des services peut être attribuée aux agents titulaires et non titulaires des établissements mentionnés à l'article 2 (ndlr : il s'agit essentiellement des hôpitaux, maisons de retraite, établissements sociaux...), dans des conditions prévues par décret »

Pour la Fonction Publique de l'État, le décret d'application est intervenu le 29 août 2011. Les textes réglementaires concernant les Fonctions Publiques territoriale et hospitalière devraient être publiés incessamment.

1.2. Mise en œuvre des dispositifs

Restent à mettre en œuvre ces dispositifs.

Si Fondact a souhaité se saisir de ce dossier, c'est pour mettre à la disposition des collectivités et des hôpitaux un guide pratique qui soit de nature à faciliter leurs démarches et à permettre que l'intéressement s'y développe plus vite que ce ne fut le cas à l'origine dans les entreprises privées. Dans le secteur privé, l'intéressement n'a concrètement pris son essor qu'à la fin des années 1970, c'est-à-dire près de vingt ans après que les bases légales aient été posées. Comment ne pas regretter un si long délai alors que tout le monde reconnaît aujourd'hui le remarquable succès de ce dispositif ? L'intéressement bénéficie à présent à plus du quart des salariés privés ; les sommes distribuées à ce titre dépassent 6,5 milliards d'€ par an ; la prime annuelle moyenne s'établit à un peu plus de 1500 € par bénéficiaire, soit l'équivalent d'un mois de salaire médian. Le succès est réel. Mais il a demandé beaucoup de temps.

Convaincue de l'utilité du déploiement de ce dispositif dans les Fonctions Publiques et pour aider sa diffusion en évitant de si longs délais, Fondact, s'assurant du concours de la Fédération Hospitalière de France et de la conférence des directeurs généraux de CHU, a décidé de s'emparer de ce dossier et a souhaité éditer un "vade-mecum". Sa mise au point a été confiée à un groupe de travail dont la présidence a été confiée à Michel Diefenbacher, député du Lot-et-Garonne, précédemment cité, aidés d'un rapporteur Alain Verret, directeur

d'hôpital honoraire au titre de la FHF, d'un rapporteur adjoint Damien Dumont, directeur d'Hôpital au titre de la conférence des Directeurs Généraux des CHU

Des auditions auxquelles il a été procédé, trois conclusions se dégagent.

- S'agissant de la Fonction Publique de l'État, si tous les instruments techniques existent - notamment la circulaire d'application - la priorité est pour le moment ailleurs. Au cours de ces dernières années, des changements nombreux et majeurs ont été introduits dans les services administratifs du fait de la révision générale des politiques publiques (RGPP) : restructuration des services, regroupement des corps, maîtrise des budgets, évaluation des politiques et des personnels, suppression de la notation, introduction des rémunérations au mérite individuel, modification des règles de la représentativité syndicale, réforme des comités techniques paritaires... On peut comprendre que dans ce contexte, il paraisse plus important de "digérer" les réformes passées que de s'engager dans une réforme supplémentaire.

Mais on peut aussi regretter que dans les administrations qui ont été le plus profondément restructurées, là où l'intéressement collectif permettrait de contribuer à harmoniser les situations individuelles et de faciliter l'émergence d'une culture partagée, les enjeux qui s'attachent à l'introduction d'un dispositif d'intéressement soient en général peu ou pas du tout perçus. Il s'agit en particulier des services déconcentrés de l'État mais aussi des Agences Régionales de Santé où "cohabitent" désormais sous un même toit et avec les mêmes missions, des fonctionnaires qui relèvent de statuts différents, avec des échelles de traitement différentes, des rythmes d'avancement différents et des primes différentes.

- S'agissant de la Fonction Publique Territoriale, très rares sont les collectivités qui ont manifesté l'intention de s'engager dans la voie de l'intéressement collectif. Pourtant les principes de libre administration des collectivités territoriales donnaient déjà cette possibilité à l'intérieur des systèmes indemnitaires et du principe de parité avec l'État. La frilosité ou l'attentisme ont donc prévalu. Il faut y voir le signe d'obstacles plus profonds. D'une audition de l'ancien ministre et maire de St Ouen l'Aumône Monsieur Richard, initiateur d'un dispositif d'intéressement dans la commune qu'il administre, il ressort deux freins majeurs au développement de l'intéressement dans les collectivités.

Le premier consiste à présenter aux partenaires sociaux l'avantage que représente une telle réforme en termes d'amélioration pécuniaire. Cela ne saurait donc être appliqué que dans les collectivités qui ne se heurtent pas encore au principe de parité en raison d'une modération de leur régime indemnitaire. Cela suppose surtout une dynamique de renégociation de l'ensemble des équilibres propres à chaque collectivité en matière de régime indemnitaire. L'opportunité n'a pas été saisie par beaucoup lorsqu'elle s'est présentée en 2003-2004.

Le second suppose une capacité à apprécier le résultat annuel, de manière à le rapporter à l'effort de gestion réalisé par les équipes. Il est donc indispensable de faire vivre un instrument de comptabilité analytique adapté à l'objectif, ce qui n'est pas toujours réalisé et plus encore de mettre en place un système de management par objectifs qui suppose un effort de mesure du « produit » attendu. La diversité des activités des collectivités territoriales rend ce travail assez ardu.

Faut-il en conclure que ce développement ne peut guère s'imaginer ? Nous ne le pensons pas. En effet, la circulaire en préparation devrait prochainement lever la limite du principe de parité et au contraire ouvrir le champ de la négociation spécifique dans chaque collectivité d'un système d'intéressement. Ce sera une réelle opportunité d'ouverture d'un dialogue social riche sur les attentes des fonctionnaires et les enjeux de développement des réponses de Service Public. Les collectivités ont montré souvent leur capacité d'innovation sociale.

- C'est dans la Fonction Publique Hospitalière, où ce dispositif suscite un intérêt croissant, qu'apparaissent à ce jour les besoins. La circulaire d'application - qui est

en cours de rédaction - devrait être publiée prochainement et les dispositifs techniques sont en place pour un déploiement rapide.
Mesure de l'activité, valorisation par la T2A, management déconcentré par pôles constituent par ailleurs de nouvelles opportunités.

2. L'intéressement institué par les Ordonnances de 1959 et 1986 constitue un levier utile de dynamisation des Ressources Humaines et de mobilisation collective dans la Fonction Publique

2.1. Les motifs de la démarche

Les travaux du groupe de travail qui se sont déroulés durant le second semestre 2011 et le premier trimestre 2012 ont eu pour ambition de compléter à l'intention des décideurs le travail déjà entrepris afin de leur permettre de disposer d'un guide pour le développement de démarches opérationnelles visant la mise en place d'une politique d'intéressement.

Les questions posées par Michel Diefenbacher au travers des propositions faites au premier ministre restent en effet ouvertes :

- faire de l'intéressement collectif un levier de mobilisation des fonctionnaires
- utiliser ce dispositif comme levier de renforcement du dialogue social dans les Fonctions Publiques
- permettre au travers d'un ajustement réglementaire de franchir les derniers obstacles au déploiement de l'intéressement dans la Fonction Publique et d'accompagner ainsi la rénovation du Service Public

Si ce début d'année 2012 n'est pas politiquement propice à l'élaboration d'un nouveau texte, en revanche il l'est pour la réflexion et l'approfondissement.

S'appuyant sur les travaux du groupe de travail, le rapporteur propose la présentation d'un ensemble d'outils d'aide à la décision permettant d'avancer concrètement dans la mise en œuvre de l'intéressement pour qui envisage de s'engager dans son application.

Il s'agit en effet d'ouvrir l'intéressement collectif tel que pratiqué dans les logiques du code du travail au plus grand nombre et d'en garder le sens, celui de la valorisation d'une dynamique collective d'amélioration du Service Public, réservant ainsi le système indemnitaire à la valorisation des efforts individuels. Si les deux régimes sont par nature totalement distincts et ne doivent donc pas être confondus, la question se pose toutefois d'une convergence sur la base des outils d'évaluation et des dispositifs de management entre les deux approches. En effet lorsque les objectifs atteints annuellement par les directions, les pôles, fruits de la réalisation des objectifs de chacun concourent directement à la réalisation des projets collectifs, le système indemnitaire viendra renforcer la dynamique managériale soutenue par la distribution à tous de l'intéressement. De même, lorsque la gestion du système indemnitaire n'est pas discriminante des efforts individuels mais fondée sur des bases collectives quasi automatiques, l'introduction des mécanismes d'évaluation propres à l'intéressement rendra la gestion des systèmes indemnitaires plus opérante.

On est là au cœur de choix propres à chaque administration, collectivité, hôpital...et cela définit le cadre de la négociation sociale qui doit, à n'en pas douter, précéder toute mise en œuvre de la démarche d'intéressement.

2.2. L'intéressement collectif est un sujet qui sollicite le décideur soucieux de renforcer les démarches de progrès au sein du service public dont il a la charge.

2.2.1. Quelle démarche faut-il suivre?

Selon qu'il est décideur ou chargé à un niveau ou un autre de l'organisation de la mise en œuvre l'acteur devra se poser nécessairement une série de questions préalables

Selon qu'il place son action dans telle ou telle Fonction Publique et dans tel ou tel Service Public il devra aussi tenir compte des spécificités réglementaires et des caractéristiques techniques et professionnelles des services et des métiers

2.2.2. Quelles objections faut-il lever ?

La performance collective dans le Service Public doit être évaluée. Selon que l'on se situera dans une logique de marchandisation du service découlant notamment de la logique de la directive services des communautés européennes ou dans des logiques de création de valeurs plus immatérielles telles que celle de l'intérêt général, du bien collectif, on pourra considérer l'entreprise sous des jours bien différents.

Les objections ne sont pas minces et les travaux sur l'évaluation des Services Publics si foisonnants montrent la complexité du domaine. Nous pensons que la richesse de la démarche d'intéressement réside précisément dans l'incitation quelle donne à simplifier et clarifier ces questionnements.

2.2.3. Quels pré-requis faut-il mettre en place ?

L'intéressement - fondé dans le monde de l'entreprise sur la volonté politique de promouvoir une forme de pacte social assis sur l'association capital-travail aux fruits du développement des activités économiques - a doté les entreprises d'un dispositif utile de responsabilisation collective sur les résultats et la création de valeur. Comment et avec quels outils mesurer cette même création de valeur dans des services non marchands ? Le prix d'un produit et sa solvabilité sur un marché ne sont guère transposable aux grands Services Publics qui incarnent les missions « régaliennes » de l'État, pas plus qu'aux Services Publics de proximité et de santé.

Il est donc indispensable que l'intéressement fasse suite à une démarche structurée et profondément enracinée d'évaluation du résultat et du service rendu, la « performance » du service.

Comptabilité analytique de qualité et signifiante, dispositif de gestion par les objectifs et de délégation de gestion, dispositif d'évaluation des personnels, dispositifs de mesure de la qualité, projet social... sont autant de prérequis qui doivent être en place au moment où un décideur s'engage dans cette voie. Aussi bien l'intéressement pourra constituer le catalyseur de ces démarches pour les parfaire.

2.2.4. Quel processus adopter ?

L'intéressement collectif obéit à une logique de volontariat et de mobilisation collective. Il est donc nécessaire que soit engagée une démarche de consultation préalable au lancement du processus de mise en place. L'association des partenaires sociaux et des cadres est indispensable comme l'est la consultation des instances de gouvernance. Une gestion par projet permettra un déroulement logique, partagé et progressif de la démarche.

2.3. Proposer des grilles d'aide à la décision

L'intéressement a un caractère général et collectivement acquis et constitue un dispositif complémentaire du régime indemnitaire pour le manager public dans son travail de mobilisation des équipes.

Il devra, pour proposer la mise œuvre d'une politique d'intéressement, dérouler les questionnements suivants :

- Cartographier les Services Publics potentiellement concernés ;
- Décrire la plus value attendue de ces services par la mesure de la qualité et de la performance d'amélioration du bien collectif.
- Se donner les moyens de mesurer l'évolution du service rendu. Il s'intéressera par exemple à l'empreinte sociale, l'empreinte économique et écologique du service.

Nous proposons donc qu'il conduise une analyse selon au moins cinq axes :

- Un axe budgétaire et financier
- Un axe de management
- Un axe social et d'empreinte sociale
- Un axe qualité (qualité produite et qualité ressentie)
- Un axe performance

Cette démarche pouvant être déclinée sur chaque activité de Service Public, département, établissement, pôle...

2.3.1. Axe management

PARTIES PRENANTES	OBJECTIFS	PRÉREQUIS	INDICATEURS
Décideurs politiques Directeurs généraux	Renforcement de la délégation, direction par les objectifs	Existence de projets de projets annuels de performance - projets de pôles - d'établissements	
	Responsabilisation des managers	Existence de procédures de délégation	
	Clarification des procédures de décision	Chartes de la décision publique-chartes de management	
Responsables de pôles, services, directions...	Renforcement de l'autonomie et de la responsabilité des salariés	Projets de services procédures de délégation -contrôle	

Des indicateurs seront développés pour s'assurer de l'existence de processus de « maintenance » de ces projets, procédures, chartes.

2.3.2. Axe qualité

PARTIES PRENANTES	OBJECTIFS	PRÉREQUIS	INDICATEURS
Décideurs politiques -directeurs responsables de pôles-de départements-responsables qualité	Amélioration continue de la qualité globale du service rendu	Politique qualité: démarche de dynamisation axée sur la qualité	Existence d'indicateurs globaux
	Spécification des services pour lesquels l'amélioration de la qualité perçue est prioritaire	Politique ciblée définie par le projet annuel de performance-projet de pôle-de direction	Enquêtes de satisfaction-indicateurs orientés usagers (temps d'attente, nombre de réclamations.
	Spécifications des services pour lesquels l'amélioration de la qualité technique (qualité réelle) est indispensable	Politique ciblée de nature corrective	Mesure des incidents critiques
	Spécification des services pour lesquels la démarche qualité est considérée comme ancrée	Système d'auto contrôle et de reportage en place	Voir supra

Ces spécifications seront appliquées de manière évolutive pour s'ajuster aux objectifs des projets.

2.3.3. Axe financier et budgétaire

PARTIES PRENANTES	OBJECTIFS	JUSTIFICATIFS-PRÉREQUIS	INDICATEURS
Décideurs politique-directeurs responsables de services, services financiers et de contrôle de gestion	Renforcement du contrôle budgétaire	Contraintes financières -objectifs budgétaires-qualité du système d'information comptable en place	indicateurs de suivi budgétaire-déconcentration du suivi budgétaire
	Responsabilisation des services sur l'atteinte des objectifs financiers	LOLF; CPOM -comptabilité analytique et contrôle de gestion en place -procédures de délégation de gestion	Procédures d'auto contrôle sur la pertinence des données -indicateurs de contrôle de gestion existants en routine

2.3.4. Axe Social

PARTIES PRENANTES	OBJECTIFS	JUSTIFICATIFS -PRÉREQUIS	INDICATEURS
Décideurs politiques-directeurs responsables de ressources humaines-partenaires sociaux-responsables de services	Renforcement du dialogue social-développement de la logique collective de rétribution-développement des logiques de délégation et responsabilisation-réduction des risques sociaux	Dialogue interne et mobilisation des acteurs de l'ensemble de l'organisation-Mobilisation des acteurs d'une Unité d'activité, pôle. .-qualité de vie au travail	Enquêtes de satisfaction des personnels enquêtes cadres processus d'évaluation des risques absentéisme et accidentologie

2.3.5. Axe performance

PARTIES PRENANTES	OBJECTIFS	JUSTIFICATIFS-PRÉREQUIS	INDICATEURS
Décideurs politiques-directeurs généraux-directions de la performance DRH-directeurs du contrôle de gestion-responsables de pôles direction	Modernisation du service public-mesure de la progression des services en regard du service rendu-optimisation des moyens	Définition de plans d'action tournés vers la performance -mobilisation des acteurs de terrain sur la création des indicateurs de performance	Indicateurs multifactoriels ratios moyens financiers, humains engagés/actions réalisées

3. S'appuyer sur les réalisations les plus probantes : L'exemple de la Fonction Publique Hospitalière - Intéressement collectif et individuel comme vecteur de management hospitalier.

3.1. Pourquoi la FPH est disposée à aller de l'avant sur l'intéressement, individuel et collectif

Les critiques touchant la fonction publique française, y compris leurs dirigeants (élus, administrateurs, directeurs d'hôpitaux), s'inscrivent dans un environnement idéologique particulier, marqué par l'émergence du mouvement dit du « New Public Management ».

Son idée force est de considérer que les méthodes de management du secteur privé sont supérieures à celles du secteur public et qu'elles doivent donc y être transposées. Selon cette école il en va ainsi de l'évaluation et de la mise en place de l'intéressement.

Plus généralement, ce mouvement part du principe que le Secteur Public est peu efficace, bureaucratique, rigide, coûteux et peu innovant. Dès lors, l'objectif de l'État devrait être de donner plus de marges de manœuvres à ses managers pour que les services publics soient mieux en mesure de répondre aux attentes des citoyens, c'est à dire des usagers / clients. De fait, la prégnance de cette école de pensée conduit à remettre en cause un mode de fonctionnement administratif hérité du modèle wébérien. Celui-ci s'appuie sur le respect des règles, la centralisation des décisions, la parcellisation des tâches, le recrutement sur concours, la promotion à l'ancienneté, le fonctionnement sur la base d'un budget de moyen et le contrôle sur des indicateurs de suivi. Cette approche constitue le mode de fonctionnement « classique » d'un établissement de santé.

La mise en œuvre de ces orientations a été généralisée par deux grandes mesures adoptées par l'État : la Loi Organique relative aux Lois de Finances qui va conduire, en lien avec la Revue Générale des Politiques Publiques, à un changement de culture de l'administration, en y déclinant ces préconisations, et en donnant la priorité à l'amélioration des procédures et de la qualité des prestations, la performance et le pilotage par objectifs soucieux de l'efficacité de l'intervention publique. Cela s'accompagne de la création de synergies au sein de l'administration, l'appel à l'expertise du secteur privé pour détecter et apporter des améliorations aux politiques publiques (l'ANAP pour le secteur hospitalier, qui abrite une multitude de cabinets de conseils privés) et requiert pour les acteurs la capacité à impulser et accompagner la mise en œuvre de ces réformes. L'objectif attendu est, en lien avec la RGPP, l'amélioration de la qualité du service rendu, la réduction des dépenses et l'importance accrue donnée à la gestion de ressources humaines, centrales à l'hôpital.

De fait, l'hôpital a accompagné une approche de la gestion par la performance (contrats de performance, indicateurs de performance), par la satisfaction des clients (directions de la « patientèle », terme hérité de la contraction entre patient et clientèle), par l'organisation décentralisée (mise en place des pôles d'activité à l'hôpital), l'autonomie de gestion et l'attribution de budgets axés sur les objectifs.

L'implication managériale majeure de ces réformes issues des préconisations du New Public Management, notamment pour un décideur public comme le directeur d'hôpital, réside dans la séparation entre les fonctions stratégiques, de pilotage, de contrôle, et des fonctions de mise en œuvre opérationnelle.

Cette séparation se traduit par la mise en place d'une gouvernance à distance, tant au sein des hôpitaux, entre la Direction générale et les pôles (de gestion ou cliniques), qu'entre les hôpitaux et les agences régionales de santé (ARS), dont les relations sont contractualisées.

Dans cet environnement, le management par l'intéressement aux résultats apparaît comme la suite logique de cette évolution.

Ce qui est accentué par la place grandissante prise par le contrat, notamment pour assurer le recrutement d'agents public. C'est à la fois une illustration de la place prise par le droit communautaire (qui considère que les fonctionnaires sont des travailleurs comme les autres) et de l'harmonisation des pratiques entre États européens. Souvent justifiée pour permettre de recruter des agents aux compétences rares (ingénieurs, contrôleurs de gestion, acheteurs professionnels...), l'importance croissante prise par le contrat comme mode de recrutement s'accompagne par ailleurs d'une individualisation du contrat entre le fonctionnaire et sa direction¹, afin de préciser les missions et les objectifs sur la base desquels l'évaluation se déroulera, pratique également généralisée pour l'évaluation des directeurs d'hôpital.

3.2. Un intéressement collectif déjà effectif ou en passe de l'être

3.2.1. Fondements juridiques et organisationnels / managériaux

a. Les contrats de Pôles

Mise en œuvre de la nouvelle gouvernance et des contrats pôles, avec objectifs contractualisés entre les pôles d'activité médicale et la Direction générale.

Comme rappelé dans le décret 2010-656 du 11 juin 2010, dont les contrats de pôle peuvent être une modalité de mise en œuvre, « *l'atteinte des objectifs fixés donne lieu à un intéressement dans les conditions prévues par la politique institutionnelle d'intéressement qui rétribue l'amélioration de la performance globale du pôle en direction de l'ensemble des équipes du pôle* ».

Plus précisément, les dispositions législatives et réglementaires relatives à la contractualisation interne :

- loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
- décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé ;
- décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé ;
- décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé ;
- décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique dans les établissements publics de santé ;
- arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique

¹ Lemoyné de Forges (Jean-Michel), « Quelle influence communautaire sur l'avenir du modèle français de fonction publique », Revue française d'administration publique, n° 132, 2010, p. 701

b. Un levier pour atteindre des objectifs spécifiques – un outil adapté au moment où les contrats de performance deviennent la règle commune de pilotage des établissements de santé

... permettent de concevoir et mettre en œuvre des contrats de pôle accordant aux pôles d'activité médicale une mission permanente de recherche de la performance, en assurant :

- la sécurité des soins et la qualité de la prise en charge globale des patients au meilleur coût pour la collectivité,
- le développement de la recherche,
- la qualité de l'enseignement,

... dans le respect des textes en vigueur, du code de déontologie médicale et de la politique institutionnelle menée.

Ils répondent aux besoins de proximité tout en développant les activités d'excellence et en assurant les missions d'intérêt général qui leur sont dévolues.

La bonne utilisation des deniers publics correspondants doit permettre de garantir l'adaptation des moyens et des structures à l'activité et de préparer l'avenir, conditions essentielles à l'efficacité des organisations qui garantissent une amélioration de l'environnement du travail des équipes.

La recherche de la performance ainsi définie est l'objectif essentiel du projet de pôle clinique ou HU. Afin d'articuler d'une part, le projet de pôle et d'autre part, le projet médical et le projet d'établissement, un contrat est conclu entre le chef de pôle et le directeur général, en déclinaison du CPOM. Sur la base de l'organisation déterminée par le Directeur, le contrat de pôle mentionné à l'article L.6146-1 définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués.

Le chef de pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. En fonction du bilan et des objectifs atteints, et toute chose égale par ailleurs, un intéressement est versé aux pôles cliniques ou HU, sous la forme d'une enveloppe déléguée. Le chef de pôle bénéficie, par ailleurs, d'une forme d'intéressement aux résultats atteints par le pôle.

Les idées qui en ressortent sont les suivantes :

- l'atteinte des objectifs contractualisés avec les pôles doit permettre d'améliorer la performance d'un établissement de santé, et in fine, son résultat budgétaire et financier ;
- cette forme d'intéressement collectif de pôle est un moyen de s'assurer de la cohérence et de l'engagement de tous les acteurs autour des objectifs stratégiques poursuivis par l'hôpital articulés avec les objectifs et indicateurs de suivis liant l'hôpital à l'ARS, par l'intermédiaire du CPOM (cf. LFSS 2012, article 57, qui crée, à sa façon, un intéressement au niveau de l'établissement, versé par l'ARS (une contrepartie financière, selon la loi de financement))

3.2.2. Les points d'attention / difficultés: le « discours de la méthode »

Intéressement comme levier managérial, mais qui ne peut être mobilisé et efficace qu'à certaines conditions (prérequis par ordre d'importance décroissant) :

a. Un projet d'établissement, des orientations stratégiques et un pilotage par objectifs

Un projet d'établissement définissant les orientations stratégiques de l'établissement, en cohérence avec les orientations du CPOM et de l'éventuel contrat de performance : l'intéressement ne peut être envisagé qu'à partir d'une feuille de route claire

Une organisation orientée sur la performance et la mise en œuvre de ce projet d'établissement : pôles de gestion et HU, mutualisation
Les pôles cliniques se définissent ainsi comme le niveau de mise en œuvre des orientations médico-scientifiques.

b. Une comptabilité analytique adaptée à la délégation de gestion, prérequis pour un système d'information décisionnel.

La comptabilité analytique a connu un fort développement depuis la mise en place de la T2A et fait désormais l'objet d'études régulières, notamment quant à son impact sur l'organisation des activités hospitalières.

Toutefois, ce n'est pas la T2A seule qui est en mesure de faire évoluer les organisations et les performances globales des établissements de santé. En revanche, la comptabilité analytique, par les données qu'elle fait ressortir, notamment en matière de coûts et d'adéquation avec l'activité et les recettes, est un outil de gestion et de pilotage pour les établissements de santé.

Au regard des possibilités offertes par la comptabilité analytique, comme cela est rappelé par le dernier Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, cette dernière est un préalable incontournable pour toute démarche destinée à mettre en place l'intéressement collectif :

- langage commun de gestion
- connaissance des coûts des activités réalisées au sein de l'établissement
- comparaison des coûts entre les établissements de même taille et de même périmètre
- projection des coûts des nouvelles activités
- identification des leviers d'amélioration au sein d'une activité clinique, médicotechnique, logistique ou administrative
- évaluation de la contribution de chaque pôle à l'équilibre financier global
- suivi des actions de réorganisation relevant du pilotage médico-économique à l'échelle d'un pôle, d'une structure interne ou plus largement à l'échelle d'un établissement
- faciliter les analyses prospectives.

Source : guide de comptabilité analytique 2012

Il se dégage des points précédents les prérequis suivants pour assurer une mise en œuvre effective de l'intéressement :

- Un fichier structure à jour, identifiant précisément les activités exercées et les responsabilités (cf. nouveau guide de comptabilité analytique 2012)
- Une affectation optimisée des charges au regard de l'activité réalisée et des structures mobilisées afin d'aboutir à une évaluation la plus précise possible des coûts mobilisés par une activité
- Une utilisation partagée des outils du contrôle de gestion et d'appréciation / évaluation de la performance :
 - Bases de données SAE
 - BDHF
 - Hospidiag

c. Une politique de gestion des ressources humaines permettant un management équitable des équipes

Mise en œuvre du contrat de pôle ou de la feuille de route de l'unité correspondante.

Le lien entre politique d'intéressement et la gestion des ressources humaines est primordial. La publication de la circulaire N°DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la FPH permet de l'illustrer à plusieurs niveaux :

- Une politique d'évaluation renouvelée... (centrée sur l'évaluation de la performance individuelle).
Faire de l'évaluation un moment clé de l'appréciation des compétences et des objectifs fixés à chacun : importance de l'appréciation générale, qui doit être explicite. Affranchie de la note.
L'objectif est de pouvoir apprécier la valeur professionnelle des agents. Ne remet pas en cause les modalités d'avancement d'échelon ainsi que l'actuel régime indemnitaire. Mais permet d'y introduire d'autres paramètres relatifs à l'atteinte d'objectifs en cohérence avec la politique d'intéressement.
- ... avec des critères d'appréciation partagés et harmonisés ...
- ... et dont le cycle doit correspondre au cycle du dialogue interne de gestion.

La cohérence du dispositif découle aussi de son organisation dans le temps : c'est à dire en début d'année, sur la base du bilan de l'année passée. En effet, dans la mesure où le dialogue interne de gestion est amené à se structurer, tant pour le bilan que la définition des objectifs de l'année à venir, la programmation des entretiens d'évaluation, par cohérence, doit être concomitant à ce planning managérial.

Comme rappelé par la circulaire du 12 janvier 2012, cet entretien professionnel doit permettre :

- d'analyser les résultats professionnels de l'année de référence ;
- d'évaluer les compétences professionnelles ;
- tout en tenant compte du contexte professionnel et personnel de l'agent ;
- ainsi que des moyens mis à disposition pour atteindre les objectifs fixés à l'année N-1

Les objectifs (individuels et collectifs) établis pour l'année N+1 seront déterminés au cours de l'entretien, en tenant compte du poste, du contexte et des moyens mis à disposition.

Dans le cadre de cet entretien, et dans la perspective du versement d'une prime, ou d'un intéressement collectif, les objectifs sont :

- définis pour l'année à venir et opérationnels ;
- d'une part individuels afin de mieux prendre en compte la réalité des fonctions exercées par l'agent ;
- d'autre part, relatifs à la contribution de l'agent à des objectifs collectifs s'inscrivant dans les objectifs de la structure d'appartenance et être concordants avec ceux de l'établissement dans son ensemble ;
- inférieurs ou égaux à 4 au total ;
- corrélés aux moyens mis en œuvre définis pour les atteindre
- en cohérence avec le référentiel métier ou la fiche de poste de l'agent (lesquels précisent notamment les missions et activités du poste, les compétences, connaissances et savoir-faire à maîtriser. Il est tout à fait possible, pour les établissements n'ayant pas encore élaboré de fiche de poste, de le faire en référence aux fiches métiers du Répertoire des métiers de la FPH.)

Les résultats seront évalués au regard d'objectifs fixés et d'indicateurs objectifs.

3.2.3. Les modalités d'élaboration de la politique d'intéressement

Nous avons donc rappelé qu'un dispositif « d'intéressement par pôles » existe déjà dans la réglementation hospitalière .Cela rends d'autant plus aisé dans les hôpitaux le déploiement du nouveau dispositif « d'intéressement collectif distribué » qui sera développé par référence à la loi et au code du travail dès la publication de la circulaire hospitalière .En toute hypothèse la politique d'intéressement doit faire l'objet d'un échange et d'une concertation approfondis au sein de l'établissement de santé, et déboucher sur l'adoption d'un accord d'intéressement et d'une charte de fonctionnement des pôles (une « constitution »), dans lesquels sont rappelés et explicités les grands principes et les modalités pratiques de mise en œuvre de la politique d'intéressement.

a. La formalisation d'une politique d'intéressement, connue de tous

La définition des règles de fonctionnement de la politique d'intéressement est un prérequis, qui doit dépasser la « simple » et « formelle » validation par les instances. Elle doit faire l'objet d'un document écrit, connu, partagé, participant de l'appropriation des règles de la délégation de gestion :

L'élaboration d'une charte de fonctionnement des pôles, pôles HU, comme cela a été déjà réalisé dans plusieurs Hôpitaux ou CHU comporte plusieurs avantages :

- les règles sont écrites et partagées ;
- elles sont connues de tous ;
- le procès en iniquité est évité.

En outre et dès qu'un hôpital désire s'engager dans un dispositif d'intéressement collectif distribué au sens du code du travail il est fondamental que la négociation sociale soit renforcée et débouche sur un accord d'intéressement en bonne et due forme. Cette nouvelle opportunité représente alors une réelle stimulation pour un dialogue social renforcé autour de la politique globale d'intéressement d'un établissement.

b. L'équité entre pôles (pôles excédentaires – déficitaires / pôles plus touchés par certaines règles d'intéressement que d'autres, etc.)

Afin de limiter les contestations concernant le traitement inéquitable entre pôles, un certain nombre de variables doivent être prises en compte :

- intéressement en fonction du résultat brut ou de la tendance observée ?
- intéressement en fonction d'un résultat de recettes améliorées et / ou de charges maîtrisées ? définir des critères de modulation (charges pour les deux types de pôles, cliniques et MT, et les recettes pour les pôles « leader » de l'établissement ?) ;
- calcul de l'enveloppe d'intéressement en fonction de quelle clé de répartition : activité, effectifs, valorisation ?
- quelle répartition, entre pôles, des mesures conduisant à une réduction de l'enveloppe d'intéressement. ?

Il s'agit là de développer des critères compris par tous pouvant servir de base aux versements de l'intéressement aussi bien dans sa forme d'intéressement collectif de pôles, que dans sa forme nouvelle d'intéressement collectif distribué

Encore faut-il affirmer la différenciation entre performance individuelle et collective :

- la performance collective découle de la performance individuelle, mais l'absence de résultat collectif (d'un pôle) ne doit pas conduire à la non-reconnaissance du mérite des uns et des autres à partir du moment où les objectifs fixés ont été atteints.
-

Feuille de route pour mettre en place un système d'intéressement collectif dans un établissement de santé, prérequis pour aller plus avant dans la mise en œuvre d'un système d'intéressement individuel.

3.3. De l'intéressement collectif aux prémices de l'intéressement individuel

3.3.1. Une piste régulièrement évoquée

La problématique de l'intéressement, collectif de pôle et collectif distribué, recoupe celle de la juste reconnaissance des efforts réalisés par les uns et les autres dans l'atteinte des objectifs fixés. Elle conduit à une redistribution aux pôles ou aux salariés selon le cas, notamment au regard de l'activité. (1)

Elle est en cohérence avec un mode de financement à l'activité (T2A), qui doit permettre de valoriser les organisations les plus efficaces et où l'activité est la plus dynamique. Elle est également en cohérence avec les mesures de performance du service dans les activités gérées en mission de service public (MIGAC)

De fait, elle est régulièrement revendiquée par le corps médical, dans les différents rapports ou études relatives aux conditions d'exercice de la profession médicale. Il en va ainsi de la dernière mission coordonnée par Mme Toupillier Directrice Générale du CNG, relative à L'exercice médical à l'hôpital, où l'intéressement collectif mais aussi individuel est présenté comme un des prérequis pour (re)valoriser l'exercice médical à l'hôpital et rapprocher les modes de rémunération à l'hôpital. D'autre part et surtout les récentes évolutions légales et réglementaires déjà évoquées visant à diffuser les pratiques du code du travail en matière d'intéressement vont donner une nouvelle ampleur à ce déploiement

On doit une fois de plus souligner que l'utilisation polymorphe du terme « intéressement » dans différents textes peut vite être source de confusion. Il nous faut donc face aux rédactions réglementaires et réflexions de tel ou tel groupe rappeler que l'objet de notre étude reste quant à elle exclusivement celui du déploiement nouveau des mêmes droits pour les fonctionnaires que pour les autres salariés en matière d'intéressement collectif.

Cette possibilité est ouverte aujourd'hui pour les chefs de pôles d'activité médicale. La loi HPST parle d'une indemnité de fonction, qui est versée aux chefs de pôle. Cette dernière est décomposée en deux parts :

- la part fixe mensuelle (200 euros), destinée à rémunérer le médecin chef de pôle pour ses fonctions de management du pôle dont il a la charge ;
- la part variable annuelle, au montant maximum de 2400 euros, fixée par le Directeur général, au regard des objectifs atteints par le pôle, sous son impulsion.

Sont toutefois laissées de côté les questions relatives :

- à la reconnaissance de la qualité du travail effectué par les contractuels permanents (CDI ou CDD régulièrement renouvelés) comparativement aux statutaires
- à l'association effective entre versement d'une prime individuelle avec la performance collective

(1) L'orientation en matière de valorisation individuelle de l'atteinte d'objectifs collectifs se traduit déjà par la part variable de la rémunération des acteurs hospitaliers. Elle doit se faire sur un bilan d'activité, notamment « polaire », au regard des objectifs atteints comparativement aux engagements pris dans le cadre du contrat de pôle. **Le personnel non médical, relevant du**

statut de la FPH dispose ainsi en tout ou partie d'un système de valorisation individuel, qui prend la forme d'une part variable (directeur) ou d'une prime de service.

3 .3.2 la question de l'intéressement collectif : un nouvel enjeu

La question désormais posée de l'intéressement collectif distribué, et de la valorisation financière de cet intéressement sous forme non salariale, ouvre des champs beaucoup plus larges qu'il faut donc bien différencier des rémunérations et primes précitées

Ainsi sur la base de ces réflexions il nous est possible de proposer un guide méthodologique permettant à chaque décideur de clarifier ses objectifs et déployer la démarche en faisant la part dans l'ensemble des outils mis à disposition par le législateur en les trois modalités ci-dessus présentées qui représentent autant d'outils au service de la dynamisation de la gestion :

- Valorisation individuelle sous la forme de primes à taux variables tenant compte de l'atteinte des objectifs
- Valorisation collective par pôle« en nature » de la performance atteinte par une unité de production (pôle hospitalier) sous forme de l'attribution de crédits fléchés
- Valorisation sous forme d'intéressement collectif distribué au sens strict objet du présent rapport

Guide pratique de l'intéressement dans la Fonction Publique Hospitalière (annexe 1)

Nous avons voulu montrer au travers de ce développement propre à la Fonction Publique Hospitalière que le déploiement de l'intéressement collectif dans les Fonctions Publiques est désormais mûr.

Cette démarche illustre bien la problématique actuelle dans l'ensemble des Fonctions Publiques: presque tout est en place au plan réglementaire et pourtant cette démarche tarde encore.

Comme nous l'avons vu, les prérequis sont nombreux, sans doute faut-il y voir la raison première de la timidité des initiatives à ce jour ?

On peut aussi penser que l'on est à la veille d'un grand mouvement qui n'attend que la finalisation des textes des Fonctions Publiques Territoriales et Hospitalières pour se mettre en marche.

Quant à la Fonction Publique d'Etat, rien ne l'empêche désormais de déployer une politique d'intéressement sur la base du décret du 29 août 2011 et de sa circulaire d'application. Les textes en l'occurrence sont d'une grande précision et permettent au décideur de se poser l'essentiel des questions préalables que nous avons développées. En tout état de cause ne manque guère pour le pouvoir réglementaire que de faire sauter, par la définition du plafond de la prime d'intéressement individuelle le verrou jusque-là opposé par le juge au nom du principe de parité dans les Fonctions Publiques, au développement des expérimentations pour que les dispositifs d'intéressement se diffusent.

Le temps de latence que nous connaissons aujourd'hui pourrait bien se terminer alors et ouvrir sur un vaste champ de négociations sociales, préalable aux indispensables accords d'intéressement.

Un contrat type est proposé en annexe qui peut en faciliter l'installation.

Contrat type (annexe 2)

4. De l'intéressement à l'épargne salariale

La volonté originelle du législateur était d'inscrire dans la durée le lien entre les salariés et leur entreprise. La participation et l'épargne salariale constituent les outils développés par la loi. Peut-on envisager une transposition de ces règles dans le Secteur Public ?

Aller ainsi plus loin que l'intéressement sans pour autant que cela soit souhaité suppose de se poser la question du sens de cette démarche.

Rappelons que le Service Public développe par lui-même chez ses fonctionnaires un fort sentiment d'appartenance né de la commune adhésion à la réponse de Service Public, à la construction du bien collectif que constituent les réponses du Service Public. Certes ces notions vacillent parfois sous le coup de réalités sociétales plus diverses que ne le représente la notion parfois sacralisée à l'excès du Service Public: les échecs de certaines réponses de Service Public au regard des besoins appelle à la modestie; de plus le rapport au travail des nouvelles recrues du Secteur Public a bien du mal à s'inscrire dans cette logique dans une société marquée par le fonctionnement libéral des structures et des individus.

Enfin il ne faut pas négliger l'impact négatif sur les politiques de recrutement public de demain du désavantage compétitif dans lequel se trouve encore la Fonction Publique en terme de rémunération, de prévoyance, d'avantages collectifs divers au regard au moins des grandes entreprises privées.

La promesse d'une retraite meilleure et de la sécurité de l'emploi peine désormais à convaincre les jeunes générations, tant le modèle de la Fonction Publique de gestion par les carrières est actuellement discuté en France et trop souvent contesté. La crise attendue de la démographie professionnelle dans les années 2015-2020, consécutive aux baisses progressives de la natalité dans les années 1950-1970 suggère beaucoup de vigilance même si la légère contraction de l'économie la masque partiellement

On vient d'évoquer l'intérêt d'une transposition de certaines des règles de l'épargne salariale dans le Secteur Public. Encore faut-il rappeler que ne sont en aucun cas transposables celles relatives à la participation. La création de valeur dans le Secteur Public ne peut en effet être résumée au bénéfice comptable, de plus et par nature ces organisations sont sans but lucratif de manière à garantir l'intérêt public. Le mélange des genres serait une profonde régression, rappel du lointain passé de la « ferme générale ».

Pouvons-nous trouver une logique nouvelle à l'appui du développement des mécanismes de l'épargne salariale dans les Services Publics ? Consolider la relation d'appartenance des fonctionnaires avec leurs institutions devient un réel enjeu pour la gestion des ressources humaines publiques. S'appuyer pour ce faire sur des mécanismes hérités de l'entreprise peut avoir du sens.

4.1. L'épargne salariale comme outil complémentaire de fidélisation des fonctionnaires : créer un PEH un PESP ?

Nous avons montré combien le modèle de gestion par la carrière de la Fonction Publique malgré sa robustesse était actuellement fragilisé par l'évolution de la société française. La revendication des fonctionnaires à voir se rapprocher les règles de gestion publiques et le besoin des DRH publics de sécuriser leurs recrutements plaident pour l'introduction de l'épargne salariale dans la Fonction Publique. Donner aux fonctionnaires la possibilité d'une sécurisation d'une partie de leur épargne à l'instar des salariés privés c'est les faire accéder aux mêmes avantages fiscaux concédés aux salariés d'entreprise et marquer ce faisant l'intérêt de l'Etat pour le renforcement de l'épargne orientée au service du développement du pays. Pousser les fonctionnaires à capitaliser, c'est sécuriser leur parcours de vie pour les moments plus difficiles. Peut-être réduire ainsi pour les plus fragiles les risques qui conduisent même certains à vivre la précarité.

A bien des égards, il nous semble que le principe du versement des fruits de l'intéressement sur plan d'épargne, un Plan d'Epargne Hospitalier(PEH), ou un Plan d'Epargne de Service Public(PESP) , et de la jouissance différée des sommes versées représente pour les fonctionnaires comme pour l'Etat un réel intérêt.

4.2. L'épargne salariale comme réponse aux problèmes des Comptes Épargne Temps

Le compte épargne temps a été institué dans la logique de la loi sur la réduction du temps de travail pour résoudre l'inadéquation entre le temps réel travaillé - de plus de 35h00 - et le temps légal. Cette créance temps due par l'employeur a été gérée de manière très diverse. Certaines collectivités en ont fait un outil de détournement de l'esprit de la loi en octroyant massivement des temps de récupération pour conserver une durée hebdomadaire du travail identique. Les hôpitaux, quant à eux, ont suivi, en partie justifiés en cela par la rareté de la ressource humaine dans les soins, et les spécificités du travail posté. Enfin les intérêts catégoriels des cadres ont généré des niveaux de capitalisation de jours désormais difficiles à provisionner dans les comptes: tel cadre, tel praticien hospitalier se trouve parfois crédité d'une année entière de salaire au bout de 10 années de capitalisation !

Ces questions ont alourdi encore récemment le dialogue social et constituent encore malgré les dernières avancées à l'hôpital un risque financier pour l'avenir, qui s'ajoute aux autres...

Aussi la transformation immédiate pour qui le veut des dettes temps (dans la limite de 10 jours an par référence au secteur privé) d'un exercice en capital versé sur compte épargne représente pour la personne publique un exercice de sincérité comptable et pour le fonctionnaire la garantie définitive de ses acquis.

La personne publique évite aussi l'effet carrière attaché au CET qui ne fait pas la différence entre le salaire différé d'années antérieures et la récupération prise postérieurement. Elle y a donc intérêt, ce qui peut la pousser à prendre à sa charge les frais de gestion du plan d'ailleurs limités.

L'Etat quant à lui peut trouver un avantage considérable à orienter l'épargne ainsi constituée vers ses besoins de financement d'infrastructures. Ainsi les avantages fiscaux actuellement concédés dans le secteur privé peuvent utilement être étendus pour la constitution de fonds souverains.

Sur ces bases et pour autant que les sommes correspondantes soient réellement provisionnées dans les comptes publics on peut imaginer un apurement progressif de la « dette » CET.

4.3 L'intéressement du personnel au versement

Le mécanisme de l'épargne salariale apparaît aisé à transposer ; encore faudrait-il prendre garde à ne pas procéder à un simple « copier-coller ».

En effet les ressources des services publics ont une vocation d'intérêt général .Le principe souvent appliqué par les entreprises d'un abondement employeur trouve difficilement sa place et doit en tous cas être encadré avec rigueur. De même, un Plan d'Epargne de Service Public n'a pas à se substituer aux outils publics existants, tels le livret A. La fiscalité des intérêts sera alignée sur celle des PEE

La voie qui nous semble à privilégier serait celle d'une application aux sommes versées sur PEH ou PESP au titre de l'intéressement des dispositions fiscales et sociales (exonération de charges sociales l'intéressement n'étant pas un salaire, exonération d'impôt) de droit commun, et celle de l'application aux sommes versées au titre des CET des seules exonérations d'impôts puisqu'il s'agit d'un crédit temps monétarisé mais déjà imposé au titre du revenu sur la base des 35 heures. Ce puissant levier de motivation est aussi de l'intérêt de l'état, ses collectivités, ses hôpitaux qui pourront ainsi drainer une épargne nouvelle et pérenne à l'image des PEE et PEI

4.4. Que conserver encore du dispositif actuel de l'épargne salariale ?

Le caractère non imposable des sommes versées dans le PEH ou le PESP à partir des sommes constituées par l'intéressement, et par la valorisation de l'épargne temps. Le cas échéant l'alimentation par d'autres éléments constitutifs du salaire, par exemple une partie des primes et sous conditions de règles spécifiques de rémunération de l'épargne et de fiscalité réintégrant ces derniers dans des référentiels de droit commun .On ne peut en effet donner aux fonctionnaires plus d'avantages, hormis leur statut public qu'aux autres citoyens.

CONCLUSION

Le groupe de travail sur l'intéressement dans les Fonctions Publiques, animé par FONDACT de juin 2011 à novembre 2012 est parti d'une conviction partagée sur l'utilité de la diffusion dans les Services Publics des mécanismes de l'intéressement nés dans le contexte assez éloigné des entreprises française et d'une vision du juste partage des fruits de l'activité économique entre l'entreprise et ses salariés. L'accompagnement des efforts des Services Publics pour moderniser leur management et mobiliser plus largement les fonctionnaires sur les objectifs poursuivis plaide pour le déploiement de ces pratiques d'intéressement dans les Services Publics. L'ambition était pragmatique: permettre au décideur de s'engager résolument dans la démarche au travers d'un guide pratique. Ce travail s'est voulu complémentaire de l'écriture en cours des dernières circulaires sur le sujet. Aussi reste-t-il à parfaire par la production de deux autres guides à l'image du travail fait pour l'Hôpital. Le moment était plus opportun pour la Fonction Publique Hospitalière déjà engagée dans des mécanismes d'intéressement collectif depuis quelques années .Il le sera bientôt pour la Fonction Publique d'Etat et dès la parution d'un texte spécifique pour la territoriale. Nous aurons ouvert, nous l'espérons, des perspectives pratiques. Au-delà un champ encore inexploré par la production législative et réglementaire est celui de l'épargne salariale. Il nous a paru nécessaire d'en commencer l'investigation tant le sujet risque de s'ouvrir en raison des contraintes qui pèsent sur les Fonctions Publiques (recrutement; mobilisation des fonctionnaires; parité public-privé). L'élargissement est possible et riche de contreparties sociales.

Des questions restent en suspens, elles s'adressent aux décideurs politiques :

- quel dispositif de constitution des masses à répartir et quel plafond individuel fixer ?
- quelle place donner à l'épargne salariale et quelle articulation avec l'organisme de financement public ?
- quelles opportunités saisir pour lancer une dynamique de négociation sociale sur ces bases?
- quelles limites se donner dans le respect des exigences propres du Service Public et de ses valeurs ?

Enfin les efforts sont à poursuivre pour développer information et formation. La volonté politique étant désormais assumée sur le déploiement de l'intéressement dans les Fonctions Publiques, il nous semble pertinent de proposer la mise en place d'un dispositif de veille (un observatoire ?) qui permette le recensement des bonnes pratiques et leur échange au travers d'action d'information et de formation.

Aux termes de ces réflexions, et pour poursuivre le travail 10 recommandations peuvent être formulées :

1. Produire les deux circulaires d'application relatives aux fonctions publiques hospitalières et territoriales. Dans ces deux textes doit présider l'ouverture et la souplesse du cadre, laissant ainsi aux décideurs de proximité la souplesse managériale nécessaire, l'initiative, et la responsabilité de la négociation sociale
2. Diffuser, au travers de la FHF, un guide de l'intéressement à l'usage des acteurs. Les propositions du présent rapport sont destinées à servir de base à ce travail. Conduire un travail de transposition pour les collectivités lorsque celles-ci se seront emparées de la question.
3. Organiser la remontée d'information, au niveau national sur les pratiques d'intéressement dans les fonctions publiques La FHF pour la FPH (au sein de la BDHF), le CNFPT pour la FPT, le ministère de la fonction publique en dernier ressort doivent en effet disposer d'un inventaire annuel destiné à la diffusion des bonnes pratiques auprès des acteurs .Le législateur disposera ainsi, en tant que de besoin, d'une base d'analyse permettant d'ajuster son action.
4. Prévoir une évaluation régulière des dispositifs mis en place, de leur impact en termes de rémunération, de motivation des personnels, de management et de dialogue social .Une analyse des flux financiers générés et de la qualité des résultats de gestion obtenus sera aussi nécessaire .les comités de suivi d'intéressement actuellement en place dans le secteur privé peuvent être utilement mis en place dans la sphère publique.
5. Veiller à éviter toute confusion entre le système d'intéressement et le régime indemnitaire .Ce dernier rétribue l'effort personnel, l'intéressement l'effort collectif, individuellement valorisé.
6. Veiller au travers du contrôle des comptes à la réalité des résultats servant de base au versement de primes d'intéressement
7. Prévoir, en parallèle des primes d'intéressement, les dispositifs de valorisation collective des unités de gestion (pôles, département,.. ;) sous forme d'intéressement « en nature » lorsque des objectifs collectifs sont atteints .Le dispositif actuel d'« intéressement » au sens des textes hospitaliers doit ainsi perdurer.

8. Prévoir la possibilité d'une modulation, pour une part, de la prime d'intéressement annuelle en fonction des résultats obtenus par chaque unité de gestion, pôle, département...selon le découpage fonctionnel choisi, et les objectifs fixés.
9. Développer l'épargne salariale .Permettre aux fonctionnaires d'accéder au dispositif en y versant les fruits de l'intéressement et de bénéficier ainsi des exonérations fiscales et sociales actuelles. Permettre aussi la monétarisation des CET (10 jours) sur la base du traitement de l'année de constitution du droit, pour le versement des sommes correspondantes dans un plan d'épargne salariale. Engager les gestionnaires publics à prendre en charge dès lors les frais de gestion afférents.
10. Rechercher les voies permettant aux administrations, collectivités, hôpitaux d'accéder à concurrence des sommes versée par leurs salariés aux fond d'investissement correspondants.

ANNEXES

FICHE N°1- Pourquoi l'intéressement ?

Quels sont les objectifs attendus de l'introduction de l'intéressement dans la Fonction Publique en général et de la fonction publique hospitalière en particulier ?

Dans un environnement marqué par les contraintes budgétaires et l'objectif d'un retour nécessaire à l'équilibre budgétaire, la fonction publique constitue un des leviers d'action majeure à la disposition des pouvoirs publics. La loi de finances pour 2012 le confirme à nouveau, avec un objectif de maîtrise accrue de la masse salariale. Toutefois, cette orientation s'accompagne d'un intéressement des agents aux gains de productivité réalisés, en introduisant notamment une rémunération au mérite et à la performance. Ainsi, l'article 38 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique précise que désormais les indemnités perçues par les fonctionnaires peuvent « tenir compte (...) de la performance collective des services » (article 20 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires). En application de cette disposition, le décret n° 2011-1038 du 29 août 2011 a fixé les modalités de mise en œuvre d'une prime d'intéressement à la performance collective dans la fonction publique d'État.

La situation des établissements de santé, marquée par un environnement de forte maîtrise des dépenses d'assurance maladie et la généralisation d'un pilotage par la performance (Agence Nationale d'Appui à la Performance, contrats de performance sont des termes régulièrement évoqués dans le monde hospitalier) est comparable à celle rencontrée au niveau de administrations centrales. Aussi l'intéressement, qu'il soit collectif ou individuel, peut constituer un levier au service de la performance d'un établissement de santé.

Toutefois, l'intéressement ne peut se limiter à un seul objectif de performance. Il participe d'un mouvement plus général destiné à remettre la fonction « ressources humaines » au cœur du pilotage des établissements de santé. En effet, comme cela a été rappelé par le rapport « Pour une gestion responsable de l'hôpital » des sénateurs Vasselle et Cazeau, la fonction « Ressources Humaines » a été particulièrement délaissée ces dernières années alors qu'elle constitue à n'en pas douter une des clés de la réussite d'une gouvernance efficace des établissements de santé.

Outre la possibilité donnée, par l'intéressement, qu'il soit collectif (objet principal de ce guide) ou individuel (certains aspects ou dispositifs en cours de mise en œuvre semblent en préparer l'application), d'atteindre les objectifs fixés à un établissement, notamment dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, cet outil managérial peut créer l'opportunité de recréer un collectif perdu entre les équipes (qui participent d'un même objectif) et de reconstituer une certaine homogénéité dans leur composition.

La notion d'intéressement dans le présent guide est celui qui s'applique ou a vocation à s'appliquer à la fonction publique hospitalière. Elle diffère sensiblement de celle définie par le droit du travail dans la mesure où l'intéressement dans la fonction publique hospitalière

est d'abord collectif, même si certaines dispositions semblent se rapprocher d'un intéressement plus individualisé.

Défini par le droit du travail, l'intéressement est conçu comme l'avantage financier fondé sur les résultats de l'entreprise qui, lorsqu'il est prévu soit par une loi, soit par le contrat de travail, soit par une convention collective, est distribué à tout ou partie du personnel de l'entreprise. Contrairement aux gratifications, la prime d'intéressement n'est pas intégrée au salaire pour le calcul des cotisations dues aux organismes sociaux. Elle est payée après le dernier jour du septième mois qui suit la clôture de l'exercice social de l'entreprise. Son règlement peut être subordonné à une durée de présence minimum dans l'entreprise.

- L'objet de ce présent guide est de faire l'état de la réglementation en matière d'intéressement au sein de la fonction publique hospitalière, notamment dans sa dimension collective et d'accompagner les établissements dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une telle politique d'intéressement

Il s'agit notamment de faciliter la préparation de leurs établissements aux dispositions nouvelles (décret d'application de la loi n° portant) organisant la convergence des règles de l'intéressement du code du travail avec les règles propres des fonctions publiques ainsi que celles spécifiques des Hôpitaux. Ainsi, par certains aspects, et à la lumière de certaines expérimentations réussies, un approfondissement en direction d'un intéressement collectif et individualisé pourrait se dessiner

FICHE N°2 – Quelle démarche suivre en matière d'élaboration de la politique d'intéressement ?

Sur quels textes dois-je ou puis-je m'appuyer ?

Plusieurs textes d'origine législative ou réglementaire ont été adoptés ces dernières années dans le domaine de la contractualisation interne. Au regard de leur contenu, ils concernent l'intéressement et ses modalités de mise en œuvre.

En ce sens, l'intéressement est un levier de la délégation de gestion au sein des établissements de santé.

Ainsi, le décret 2010-656 du 11 juin 2010, indique les contrats de pôle, qui sont une modalité de mise en œuvre du projet d'établissement et de la délégation de gestion, indique que « l'atteinte des objectifs fixés donne lieu à un intéressement dans les conditions prévues par la politique institutionnelle d'intéressement qui rétribue l'amélioration de la performance globale du pôle en direction de l'ensemble des équipes du pôle ».

Plus précisément, les dispositions législatives et réglementaires relatives à la contractualisation interne peuvent constituer une base légale et réglementaire à l'élaboration d'une politique d'intéressement au sein d'un établissement de santé :

- loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
- décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé ;
- décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé ;
- décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé ;
- décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique dans les établissements publics de santé ;
- arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique.

Quels sont les interlocuteurs indispensables ?

En fonction de l'importance donnée à la politique d'intéressement, l'association des différents acteurs de l'établissement de santé sera plus ou moins large. Toutefois, le préalable est la définition de l'orientation qui sera donnée à cette politique d'intéressement :

- politique d'intéressement collectif
- politique d'intéressement collective et individualisée, comme semble y inviter le mode de rémunération des chefs de pôle d'activité médicale (prime versée en fonction de l'atteinte des objectifs du pôle dont il a la charge) ou bien certaines expériences conduites dans certains établissements de santé (versement collectif d'un intéressement à chaque agent en fonction des résultats atteints par l'établissement) ;

En fonction de la réponse apportée à cette première question, les modalités d'association seront plus ou moins larges :

- la Direction générale
- la Présidence de la Commission médicale d'établissement (CME)
- les chefs de pôles – pôles d'activité médicale (un ou deux représentants)
- les cadres, de santé et administratifs, de pôle
- les responsables de pôles de gestion

Cette large consultation est nécessaire afin de déterminer le champ d'application, les règles de déclenchement et les modalités de calcul et de déclenchement de la politique d'intéressement. Ces critères doivent être suffisamment discriminants pour donner du poids à son versement. Le fait d'élargir le dispositif à une politique d'intéressement individualisée rendra indispensable l'association des organisations syndicales en amont de la présentation du dispositif en Comité Technique d'Établissement (CTE).

Quelle instance doit être consultée ?

Plusieurs instances sont compétentes en matière d'intéressement :

- le Directoire doit être concerté avant définition des modalités de la politique d'intéressement par le Directeur de l'établissement ;
- la CME, qui est consultée sur les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- le CTE doit être consulté (article R 6144-40 du Code de la Santé Publique - CSP) sur les modalités de la politique d'intéressement.

Sur quelle base d'appréciation élaborer la politique d'intéressement ?

La politique d'intéressement vient en appui de la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet de pôle. Elle se fait également en lien avec les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) liant les établissements aux Agences Régionales de Santé (ARS).

Dès lors, l'élaboration de la politique d'intéressement s'élabore en fonction des objectifs poursuivis par l'établissement de santé, qui peuvent se résumer autour de deux grands axes structurants :

- activité – finances ;
- organisation et processus ;
- qualité.

En conséquence, l'élaboration et l'évaluation de la politique d'intéressement ne pourront être faites qu'avec l'appui d'indicateurs prédéfinis et inscrits dans les avenants aux contrats de pôle. Ces derniers feront l'objet d'un débat et d'un bilan contradictoire, sur la base d'un tableau de bord, dans le cadre d'une rencontre entre la direction générale et le pôle.

A qui est-elle destinée ?

La politique d'intéressement est actuellement destinée aux pôles d'activité médicale. En ce sens, il s'agit d'abord d'un intéressement collectif. Cet outil constitue d'un levier afin d'atteindre les objectifs de performance qui s'imposent aux établissements de santé. Mais c'est aussi une modalité de reconnaissance du chemin parcouru par les équipes, médicales et non médicales.

Toutefois, cet intéressement collectif pourrait également en correspondance avec les nouvelles règles propres au code du travail, avoir une traduction concrète pour chaque individu. L'atteinte des objectifs fixés à / par l'établissement donnera alors lieu au versement d'un intéressement à chaque agent de cet établissement.

Tout en tenant compte de l'implication de chacun à l'atteinte de ces objectifs, les règles d'éligibilité doivent dès lors être précisées, qui seront notamment fonctions de la durée du temps de travail, de l'assiduité, de critères qualitatifs... Des expérimentations locales sont actuellement en cours dans certains établissements de santé.

Pour quoi faire ?

La mise en place d'un intéressement collectif va donc se traduire par le versement d'une enveloppe à un pôle d'activité médicale. Traduction d'un résultat atteint, cet intéressement doit permettre au pôle d'engager certaines dépenses destinées, dans un premier temps à améliorer l'organisation quotidienne du travail (achat de petit matériel complémentaire à celui déjà acheté par exemple, inscription à des offres de formation non prévues dans le plan de formation du pôle), à réaliser de petits travaux ou bien à faire face à des situations d'absentéisme (en utilisant de l'enveloppe d'intéressement par le paiement de mensualités de remplacement) sans outrepasser les moyens humains mis à leur disposition.

La règle incontournable en matière d'utilisation de l'enveloppe d'intéressement doit être l'impossibilité d'engager des dépenses pérennes. Les seules dépenses acceptables sont des dépenses définitives. Cela exclut donc la possibilité de recruter un agent en recourant aux crédits d'intéressement.

Par ailleurs et dès la parution du décret propre à la fonction publique hospitalière étendant les dispositions arrêtées pour l'Etat relatives à l'intéressement collectif au sens du code du travail (intéressement collectivement acquis et individuellement redistribué) le dispositif pourra accentuer la mobilisation collective au service des objectifs de service public de l'établissement.

FICHE N°3 – Comment mettre en œuvre cette politique d'intéressement ?

Les modalités de mise en œuvre de la politique d'intéressement sont tout aussi importantes que la définition des objectifs attendus.

Aussi, un certain nombre de questions doivent être envisagées préalablement, et révisées de façon annuelle si nécessaire.

Quels sont les critères déterminants de la politique d'intéressement ?

Les critères devant déterminer l'intéressement collectif peuvent être de plusieurs natures. Ils dépendent prioritairement des objectifs fixés dans le cadre du projet d'établissement et des contrats de pôle, en déploiement du projet d'établissement, voire du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Ces critères peuvent donc relever :

- d'objectifs à atteindre en matière d'efficience organisationnelle
- d'objectifs en matière de maîtrise des dépenses
- d'objectifs en matière de mise en œuvre de procédures qualité
- d'objectifs à atteindre en matière d'optimisation des recettes et du codage de l'activité
- d'objectifs en matière de développement d'une activité ou d'un mode de prise en charge (ambulatoire par exemple).

Quelles règles d'équité identifier ?

Au regard des critères identifiés et donc d'évaluation, les services et pôles ne seront pas dans une situation équitable. En conséquence, l'évaluation qui pourra être faite devra pondérer les résultats obtenus de certains paramètres, comme, par exemple :

- en matière de codage : si le service ne bénéficie pas d'un codage centralisé par le DIM (Département d'information médicale), doit-il être directement impacté par les sanctions suite à un contrôle de l'assurance maladie, notamment en raison d'un codage défaillant ?
- en matière de maîtrise des dépenses, et en fonction du périmètre retenu : une forte progression de dépenses liées à un changement de protocole pourrait amener à biaiser une évaluation ;
- en matière de recettes : une progression importante de tarifs pourrait amener à penser qu'un pôle ou un service a réalisé d'importants efforts, pourtant non responsables de cette augmentation induite de recettes.

Pour tenir compte de ces facteurs, plusieurs règles d'équité peuvent être identifiées, dont :

- le raisonnement sur une « tendance » est plus pertinente que celle sur un résultat brut : un excédent en baisse est sans doute un résultat satisfaisant, mais il peut témoigner d'une mobilisation inférieure à un résultat certes déficitaire, mais en voie de réduction ;
- le respect de la feuille de route du pôle et de l'établissement, qui doit être un élément d'appréciation de l'intéressement à reverser à un pôle ou à un service ;

- l'évaluation du poids d'un pôle, notamment au regard des effectifs affectés, de la part d'activité réalisée sur l'ensemble de celle assurée par l'établissement par exemple.

Comment décider du montant de l'enveloppe d'intéressement ? Quels sont les ajustements envisageables ?

Les modalités de détermination de l'enveloppe d'intéressement, tant au niveau global qu'au niveau des pôles doivent être clairement formalisées et partagées. Elles peuvent faire l'objet d'un document inséré dans une charte de gestion des pôles cliniques / hospitalo-universitaires.

Plusieurs facteurs peuvent déterminer l'enveloppe de l'intéressement, au niveau établissement :

- le résultat d'exploitation ;
- l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs fixés aux pôles.

Au regard de la situation actuelle des établissements de santé, la détermination d'un montant d'intéressement est conditionnée à l'existence d'un résultat d'exploitation excédentaire.

Ensuite, ce montant pourra ensuite être réparti par pôles, en tenant compte :

- du niveau d'atteinte des objectifs fixés dans le cadre des contrats de pôle, et dont l'avancement fait l'objet d'une évaluation contradictoire en dialogue interne de gestion, et sur la base d'un rapport d'activité réalisé par le chef du pôle clinique / hospitalo-universitaire;
- du montant des éventuelles sanctions Assurance maladie à défalquer, à hauteur des dossiers référencés sur les services et pôles concernés ;
- du montant éventuellement non remboursé des Molécules onéreuses - Dispositifs Médicaux Implantables (MO-DMI) prescrit par pôle ; il pourrait en aller de même pour les transports.

Quand verser l'intéressement ?

Le versement de l'intéressement collectif doit pouvoir être annuel et intervenir à l'issue du dialogue interne de gestion de début d'année.

FICHE N°4 – Quels sont les prérequis pour élaborer et mettre en œuvre cette politique d'intéressement ?

La politique d'intéressement constitue un levier managérial majeur pour le pilotage des établissements de santé. En cela, l'intéressement est d'abord un outil au service d'un objectif, la mise en œuvre d'un projet d'établissement. Il suppose toutefois quelque prérequis indispensable.

Un projet d'établissement à jour

L'intéressement est destiné à accompagner les équipes dans la mise en œuvre d'un certain nombre d'objectifs. Il peut s'agir d'objectifs d'organisation, d'activité, de prise en charge ou de respect de certains processus qualité.

Ces derniers ont souvent fait l'objet d'une traduction dans le cadre d'un contrat de pôle ou d'une annexe objectifs-moyens. Mais le risque potentiel d'un pilotage par objectifs, par définition trop souvent nombreux, est le manque de lisibilité et de perspective.

Aussi, un des prérequis majeur pour donner du sens à la mise en œuvre d'une politique d'intéressement est l'existence d'un projet d'établissement à jour, en cohérence avec les projets de pôles en interne, mais aussi avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) en externe.

Dès lors les équipes, médicales et non médicales, peuvent comprendre le sens de leur action, destinée à assurer le positionnement de leur établissement sur un territoire de santé donné (SROS – CPOM) et à améliorer la performance globale de l'institution à laquelle ils appartiennent.

Les orientations stratégiques doivent être partagées mais l'existence d'outils de pilotage à jour et cohérent permettent de donner plus de poids à la démarche de politique d'intéressement d'un établissement de santé.

Une politique RH dynamique et renouvelée

Une politique d'intéressement, qu'elle soit collective ou individualisée, repose sur un indispensable temps d'évaluation. Cela signifie que l'évaluation des agents ne peut plus se résumer à la classique grille de notation reposant sur des critères inadaptés à l'évaluation de la contribution de chacun à l'atteinte des objectifs fixés à l'établissement, au pôle ou à un service.

L'accent doit dès lors être mis sur une politique de ressources humaines, notamment en matière d'évaluation, plus dynamique, et reposant sur l'application de la circulaire N°DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière.

L'objectif doit être de faire de l'évaluation un moment clé de l'appréciation des compétences et des objectifs fixés à chacun de pouvoir apprécier la valeur professionnelle des agents, permettant d'y introduire d'autres paramètres relatifs à l'atteinte d'objectifs en cohérence avec la politique d'intéressement.

La cohérence du dispositif découle aussi de son organisation dans le temps : c'est à dire en début d'année, sur la base du bilan de l'année passée. En effet, dans la mesure où le dialogue interne de gestion est amené à se structurer, tant pour le bilan que la définition des objectifs de l'année à venir, la programmation des entretiens d'évaluation, par cohérence, doivent être concomitants à ce planning managérial.

Comme rappelé par la circulaire du 12 janvier 2012, cet entretien professionnel doit permettre :

- d'analyser les résultats professionnels de l'année de référence ;
- d'évaluer les compétences professionnelles ;
- tout en tenant compte du contexte professionnel et personnel de l'agent ;
- ainsi que des moyens mis à disposition pour atteindre les objectifs fixés à l'année N-

Les objectifs (individuels et collectifs) établis pour l'année N+1 seront déterminés au cours de l'entretien, en tenant compte du poste, du contexte et des moyens mis à disposition.

Dans le cadre de cet entretien, et dans l'accompagnement de la mise en place d'un intéressement collectif, l'évaluation doit porter sur certains objectifs, qui pourraient aussi être adaptés pour la mise en place, à terme, d'un intéressement individualisé :

- définis pour l'année à venir et opérationnels ;
- d'une part individuels afin de mieux prendre en compte la réalité des fonctions exercées par l'agent ;
- d'autre part, relatifs à la contribution de l'agent à des objectifs collectifs s'inscrivant dans les objectifs de la structure d'appartenance et être concordants avec ceux de l'établissement dans son ensemble ;
- inférieurs ou égaux à 4 au total ;
- corrélés aux moyens mis en œuvre définis pour les atteindre
- en cohérence avec le référentiel métier ou la fiche de poste de l'agent, lesquels précisent notamment les missions et activités du poste, les compétences, connaissances et savoir-faire à maîtriser. Il est tout à fait possible, pour les établissements n'ayant pas encore élaboré de fiche de poste, de le faire en référence aux fiches métiers du Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

Les résultats sont évalués au regard d'objectifs fixés et d'indicateurs objectifs.

Des contrats de pôle par objectifs

Afin d'assurer la cohérence entre l'ensemble des dispositifs de pilotage stratégique (SROS-CPOM-PE), des contrats de pôle doivent être élaborés et signés. Ces derniers doivent comprendre des objectifs contractualisés entre la direction de l'établissement et le chef du pôle. Par conséquent, ils doivent être cohérents avec les orientations retenues par le projet d'établissement.

Plusieurs découpages peuvent être retenus et recouvrir le périmètre de la délégation de gestion. Ils ont été décrits en fiche 3, sur les critères de définition de l'intéressement.

Une comptabilité analytique opérationnelle

La comptabilité analytique a connu un fort développement depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et fait désormais l'objet d'études régulières, notamment quant à son impact sur l'organisation des activités hospitalières.

Toutefois, ce n'est pas la tarification à l'activité (T2A) seule qui est en mesure de faire évoluer les organisations et les performances globales des établissements de santé. En revanche, la comptabilité analytique, par les données qu'elle fait ressortir, notamment en matière de coûts et d'adéquation avec l'activité et les recettes, est un outil de gestion et de pilotage pour les établissements de santé. Elle est en ce sens indispensable pour la mise en œuvre réussie d'une politique d'intéressement dans un établissement de santé.

« Au regard des possibilités offertes par la comptabilité analytique, comme cela est rappelé par le dernier Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, cette dernière est un préalable incontournable pour toute démarche destinée à mettre en place l'intéressement collectif :

- langage commun de gestion
- connaissance des coûts des activités réalisées au sein de l'établissement
- comparaison des coûts entre les établissements de même taille et de même périmètre
- projection des coûts des nouvelles activités
- identification des leviers d'amélioration au sein d'une activité clinique, médicotechnique, logistique ou administrative
- évaluation de la contribution de chaque pôle à l'équilibre financier global
- suivi des actions de réorganisation relevant du pilotage médico-économique à l'échelle d'un pôle, d'une structure interne ou plus largement à l'échelle d'un établissement
- faciliter les analyses prospectives ».

Source : *guide de comptabilité analytique 2012*

Il se dégage des points précédents les prérequis suivants pour assurer une mise en œuvre effective de l'intéressement, notamment pour être en mesure d'évaluer précisément la « performance » des politiques menées:

- Un fichier structure à jour, identifiant précisément les activités exercées et les responsabilités (cf. nouveau guide de comptabilité analytique 2012)
- Une affectation optimisée des charges au regard de l'activité réalisée et des structures mobilisées
- Une utilisation partagée des outils du contrôle de gestion et d'appréciation / évaluation de la performance :
 - Bases de données de la Statistique Annuelle des Établissements
 - Base de Données Hospitalières de France (Fédération Hospitalière de France)
 - Hospidiag

L'utilisation de l'ensemble de ces outils, l'éventuelle participation à l'Echelle Nationale des Coûts Communes permet alors à l'établissement de disposer des leviers nécessaires de mener une politique d'intéressement s'appuyant sur la réalisation de comptes de résultats réguliers. Par cet intermédiaire, l'évaluation des objectifs atteints peut être objectivée et

déclencher, ou pas, le versement d'un intéressement en fonction des règles préalablement définies.

FICHE N°5 – Quels sont les principaux écueils à éviter ?

Un dispositif trop complexe et inapplicable

Le principal écueil à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique d'intéressement sont la mise en place d'un système opaque avec des règles particulièrement complexes. Souvent, cette complexité est le reflet d'un manque d'adhésion de l'établissement à cette démarche ou à un objectif mal défini.

En effet, pour être bien comprise et acceptée, une telle politique doit pouvoir s'appuyer sur des objectifs et des règles claires, accessibles à tous. Dans le cas contraire, la complexité engendre scepticisme et finalement désuétude d'un levier majeur de management dans les établissements de santé.

Une absence d'adhésion à l'ensemble du dispositif de la délégation de gestion :

Des pôles cliniques

La non-adhésion des pôles d'activité peut constituer un frein non négligeable. Elle peut découler d'une incompréhension devant le dispositif, d'une absence d'adhésion (en raison de sa non application) voire d'un refus pur et simple devant toute forme d'intéressement.

Ce risque est réel mais le corps médical est assez ouvert à l'idée d'une rémunération à la performance, même collective. Toutefois, cela suppose une mise en œuvre effective de la délégation de gestion, notamment au niveau des possibilités de consommation de l'enveloppe d'intéressement.

Des pôles de gestion

Comme pour les pôles d'activité, les éventuelles résistances en provenance des pôles de gestion peuvent découler d'un manque d'entrain vis-à-vis de la délégation de gestion. Ainsi, leurs règles de mise en œuvre seront complexes, difficilement mesurables et finalement peu crédibles.

La politique d'intéressement ne peut donc trouver à s'appliquer qu'à partir du moment où les objectifs sont effectivement partagés et la délégation de gestion est devenue un véritable mode de gestion.

FICHE N°6 – Autodiagnostic : suis-je prêt ?

Check list - 10 critères : suis-je prêt ?

Un simple exercice, la réponse à 10 questions, permet de déterminer si un établissement est prêt à se lancer dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique d'intéressement en appui à l'application de son projet d'établissement. Des réponses négatives à plus de la moitié des questions doivent inviter un établissement à réfléchir sur les modalités de révision de son mode de pilotage.

1. L'établissement dispose-t-il d'un projet d'établissement à jour, en cohérence avec les orientations des SROS et du CPOM ?
2. La délégation de gestion a-t-elle donnée lieu à l'élaboration de contrats de pôle par objectifs ?
3. Le dialogue interne de gestion est-il devenu un mode de gouvernance normal ?
4. Les contrats de pôle font-ils l'objet d'une évaluation régulière et contradictoire de mise en œuvre ?
5. L'établissement dispose-t-il d'un système d'information performant permettant de collecter les informations nécessaires à l'évaluation des objectifs des contrats de pôle ?
6. Le nouveau guide de comptabilité analytique fait-il l'objet d'une mise œuvre ? l'établissement participe-t-il à l'ENCC ?
7. Le fichier commun de structure est-il partagé et mis à jour au regard de l'organisation et de l'activité réalisée ?
8. Une politique d'évaluation dynamique des personnels est-elle mise en œuvre ?
9. L'établissement a-t-il formalisé l'ensemble des règles destinées à organiser le dialogue de gestion et son évaluation, notamment par l'intermédiaire d'un guide de contractualisation interne ?
10. La délégation de gestion est-elle acceptée et conçue comme une modalité d'améliorer la gestion de l'établissement de santé ?