



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
(secteur Santé)

Mise en oeuvre de la gouvernance issue de la réforme de la loi HPST

Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011

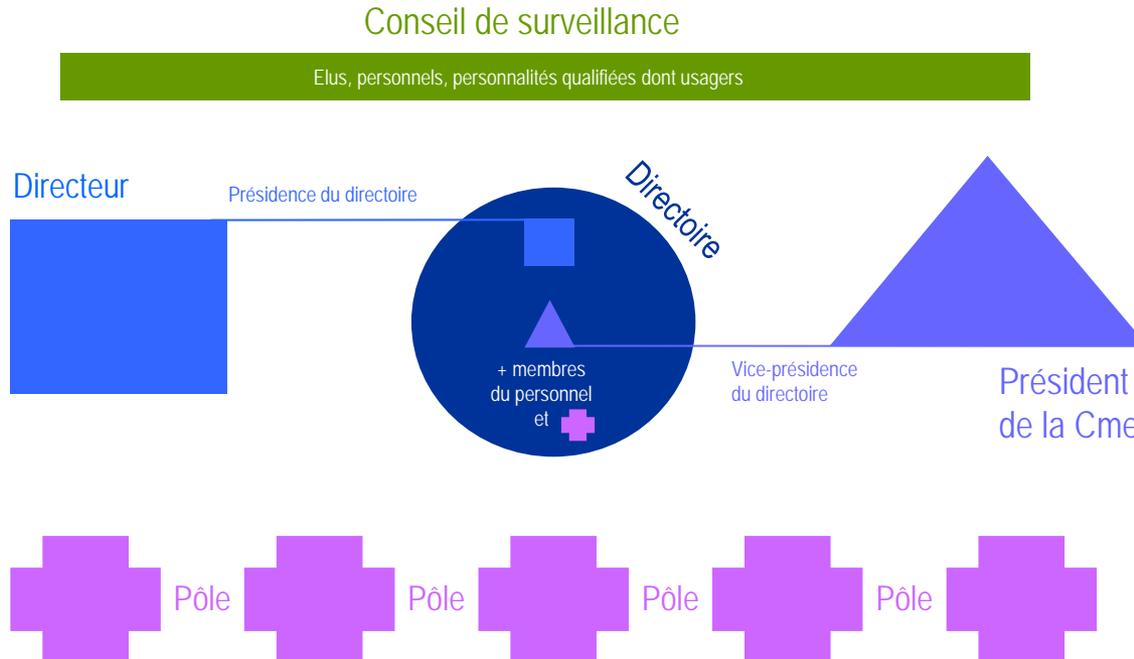
Les résultats

Juillet 2011

✓ La réforme Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) se traduit par une volonté de mieux identifier les rôles des différents acteurs hospitaliers et de simplifier les circuits de décision.

A cette fin,

- de **nouvelles instances** sont mises en place (conseil de surveillance, directoire) ;
- les **pôles** sont renforcés, notamment à travers le rôle des chefs de pôles et la contractualisation interne (contrats de pôles) assortie de délégations de gestion



- ✓ L'enquête, conduite entre juin et juillet 2011 par la DGOS a pour objectif de suivre la mise en place des nouvelles instances et des outils, notamment la délégation de gestion, prévus par la réforme HPST.
- ✓ Le questionnaire a été adressé aux établissements public de santé (EPS) par internet.

904 établissements concernés par l'enquête



709 questionnaires validés par les établissements
Taux de réponse : 78%.

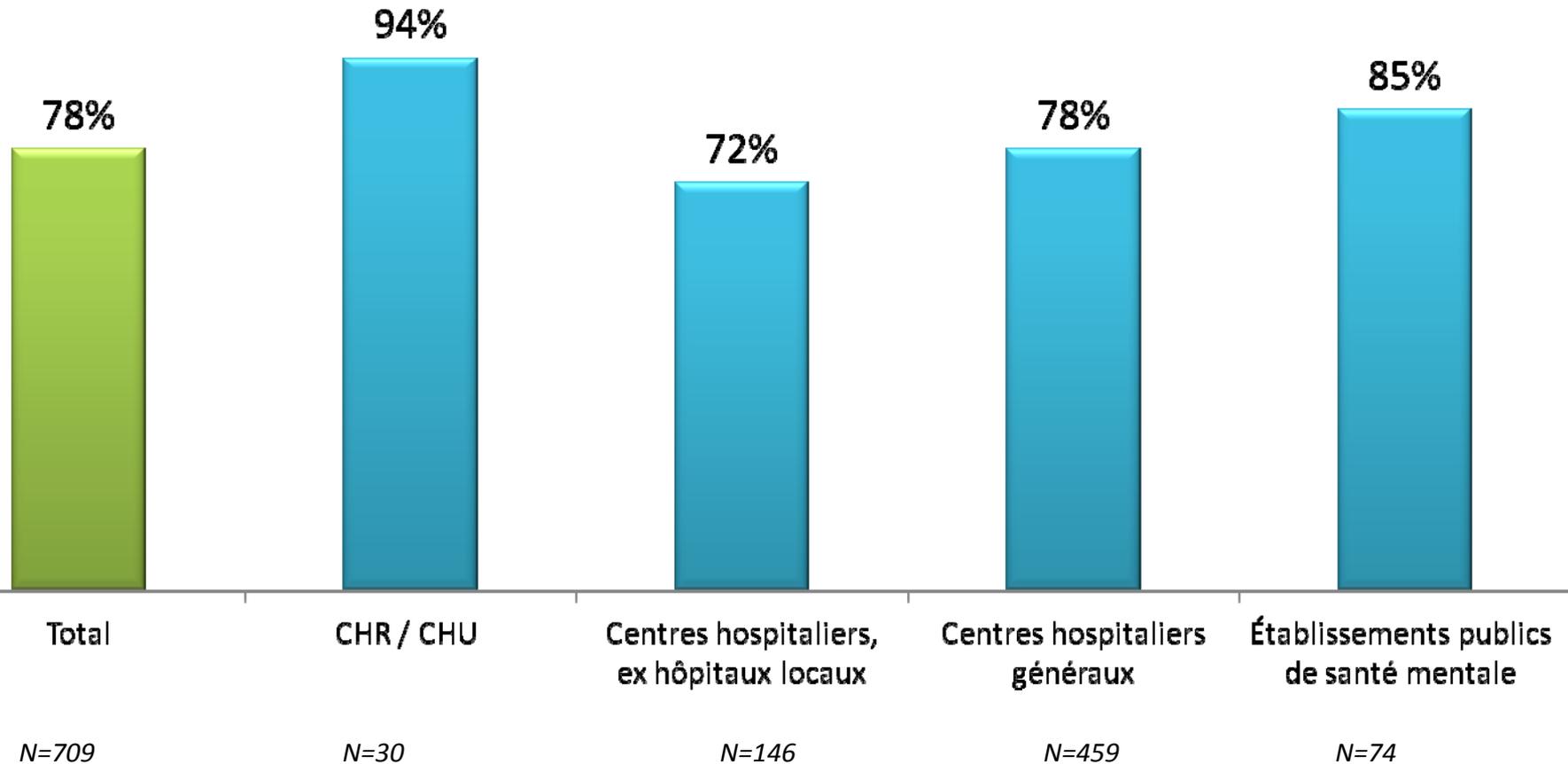


- ✓ Cette enquête intervient 3 ans après l'enquête menée en mai 2008 avant le lancement de la réforme HPST. Elle est déclarative.

Réponses par région

	Sollicités	Poids	Nombre de Questionnaires reçus	Taux de réponse	Poids
Alsace	29	3,3%	27	90,0%	3,8%
Aquitaine	39	4,3%	30	76,9%	4,2%
Auvergne	26	2,9%	22	84,6%	3,1%
Basse-Normandie	29	3,2%	20	69,0%	2,8%
Bourgogne	43	4,8%	35	79,5%	4,9%
Bretagne	46	5,2%	33	70,2%	4,7%
Centre	43	4,7%	34	79,1%	4,8%
Champagne-Ardenne	27	3,0%	20	74,1%	2,8%
Corse	6	0,7%	6	100,0%	0,8%
Franche-Comté	22	2,4%	19	86,4%	2,7%
Guadeloupe	8	0,9%	4	50,0%	0,6%
Guyane	2	0,2%	2	100,0%	0,3%
Haute-Normandie	30	3,3%	22	73,3%	3,1%
Ile de France	65	7,4%	47	70,1%	6,6%
Languedoc-Roussillon	32	3,5%	28	87,5%	3,9%
Limousin	17	1,9%	17	100,0%	2,4%
Lorraine	46	5,1%	38	82,6%	5,4%
Martinique	12	1,3%	4	33,3%	0,6%
Midi-Pyrénées	50	5,5%	44	88,0%	6,2%
Nord-Pas de Calais	46	5,2%	39	83,0%	5,5%
Océan Indien	6	0,7%	4	66,7%	0,6%
PACA	61	6,7%	49	80,3%	6,9%
Pays de la Loire	54	5,9%	39	72,2%	5,5%
Picardie	36	4,0%	27	75,0%	3,8%
Poitou-Charentes	29	3,2%	26	89,7%	3,7%
Rhône-Alpes	100	11,0%	73	73,0%	10,3%
National	904	100%	709	78 %	100%

Taux de retour (en %) par type d'établissement



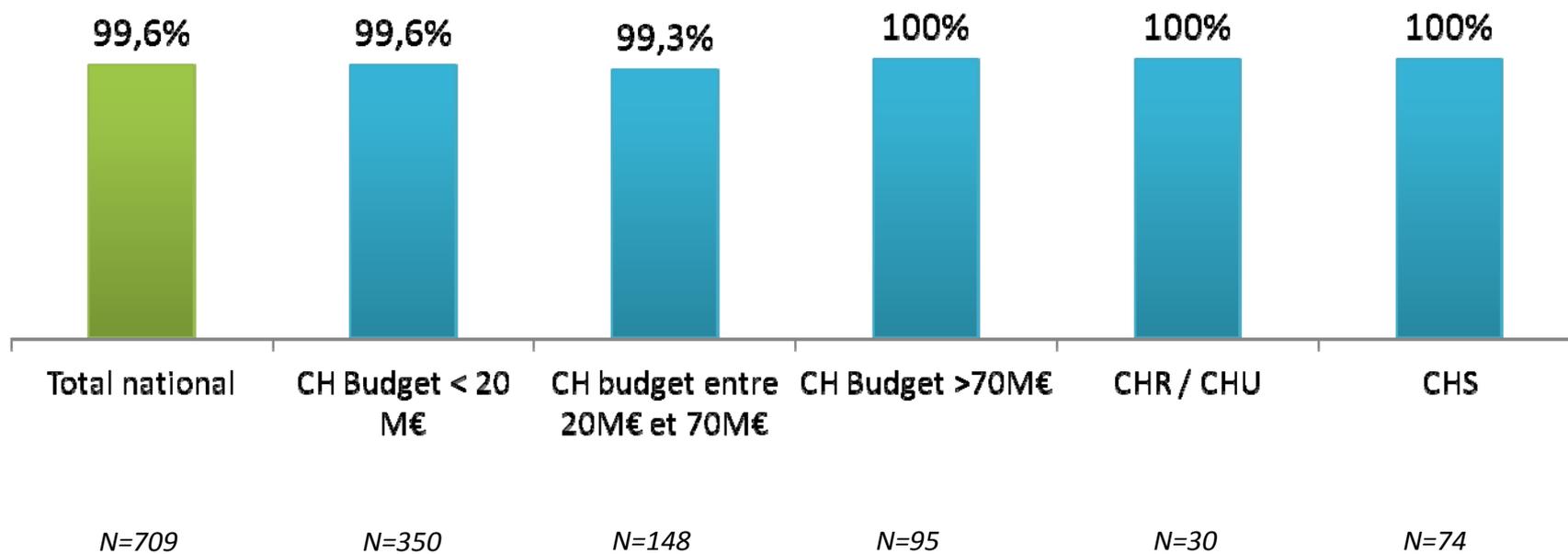
L'enquête s'articule autour de 4 thématiques :

- I. La mise en place des instances (conseils de surveillance et directoires)
- II. Les pôles et les contrats de pôles
- III. Les délégations de gestion
- IV. Le rôle de la commission médicale d'établissement (CME)



La mise en place des instances

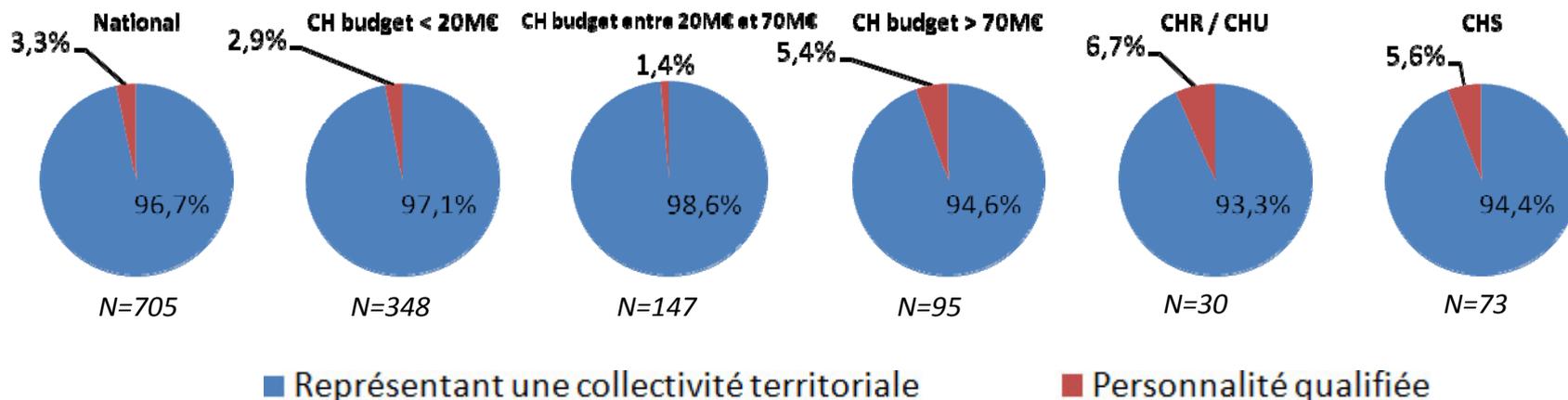
✓ Les conseils de surveillance ont été mis en place...



✓ **...Et fonctionnent** : le nombre moyen de réunions du conseil de surveillance varie entre 4 et 5,6 selon le type d'établissement (entre juin 2010 et juin 2011) :

	National	C.H.R./C.H.U.	Centre hospitaliers ex Hôpitaux locaux	Centres Hospitaliers Généraux	Établissements Publics de Santé Mentale
Minimum	1	3	1	2	2
Maximum	10	9	7	10	7
Moyenne	4,5	5,6	4,0	4,6	4,5

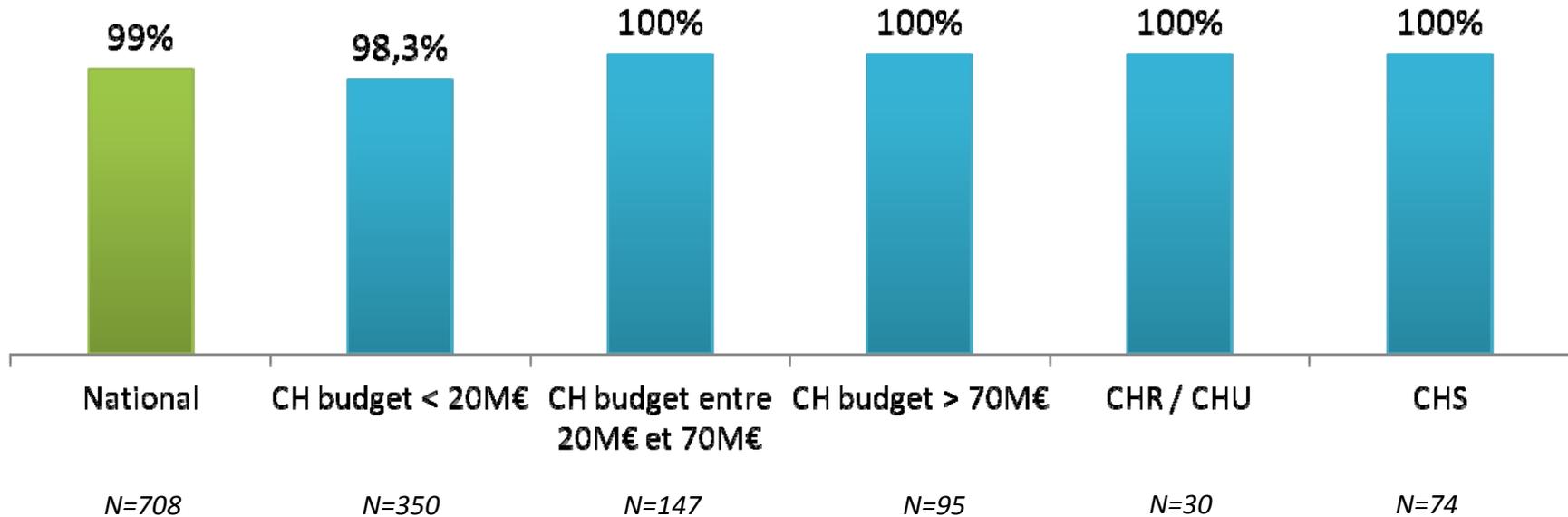
✓ Le président du conseil de surveillance est la plupart du temps un élu :



➡ ... Et le maire de la commune dans 72% des cas :

	National	CH budget < 20M€	CH Budget entre 20M€ et 70M€	CH budget > 70M€	CHR / CHU	CHS
Président du conseil régional	0,7%	0,9%			3,3%	1,4%
Président du conseil général	2,6%	2,0%	2,0%			11,3%
Maire de la commune siège de l'établissement	72,1%	78,8%	79,6%	78,0%	83,3%	12,7%
Autre représentant d'une collectivité territoriale	21,5%	15,4%	17,0%	17,6%	6,7%	69,0%
Un représentant des usagers	0,4%	0,6%		1,1%		
Une personnalité qualifiée non représentant des usagers	2,7%	2,3%	1,4%	3,3%	6,7%	5,6%

✓ Les directoires ont été mis en place

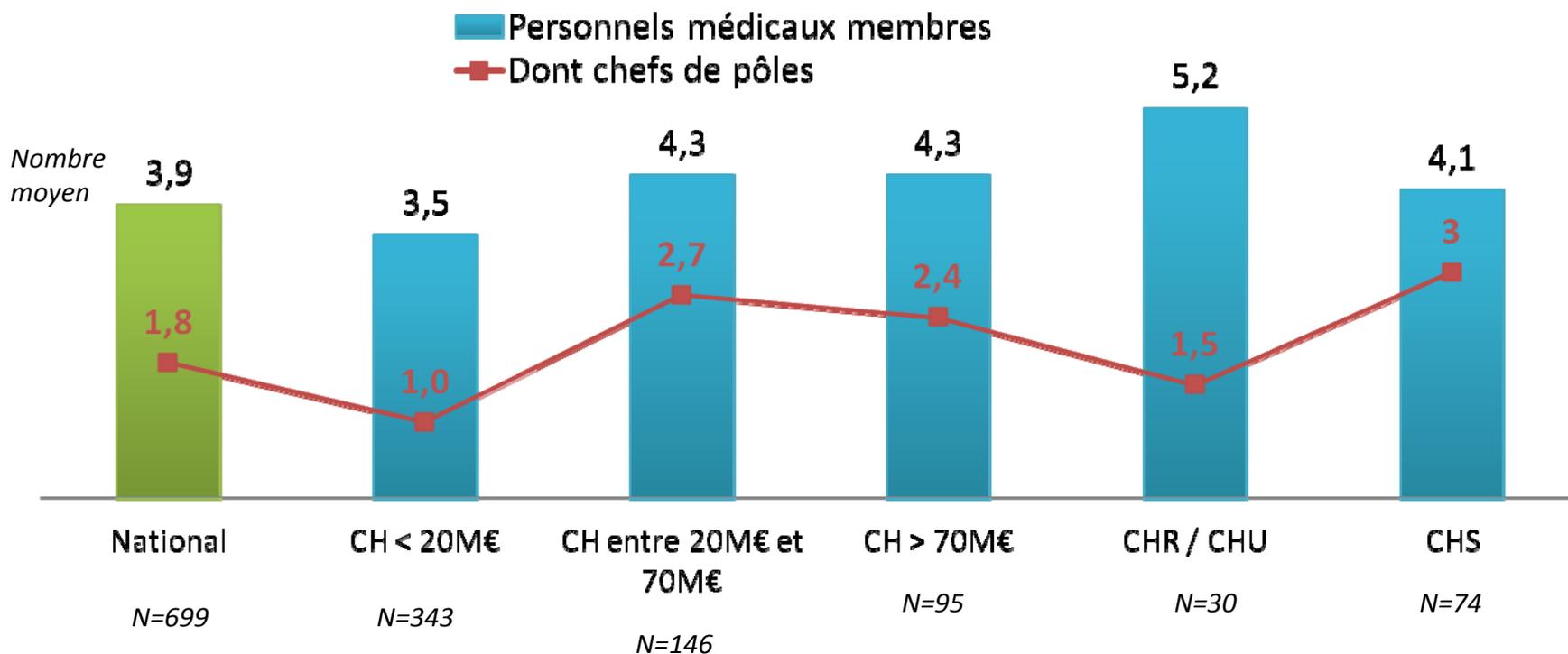


✓ Et fonctionnent : plus l'établissement est grand et plus le directoire se réunit

	National	CH < 20M€	CH entre 20M€ et 70M€	CH > 70M€	CHR / CHU	CHS
Minimum	0	0	3	4	6	2
Maximum	40	22	25	37	37	40
Moyenne	9,1	6,4	10,9	14	14,3	11

✓ **RAPPEL** : La loi HPST prévoit que le directoire est composé d'une majorité de membres appartenant au personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique (L. 6143-7-5) CSP.

✓ **4 personnels médicaux sont présents au directoire** dont **2** sont **chefs de pôles** en moyenne nationale

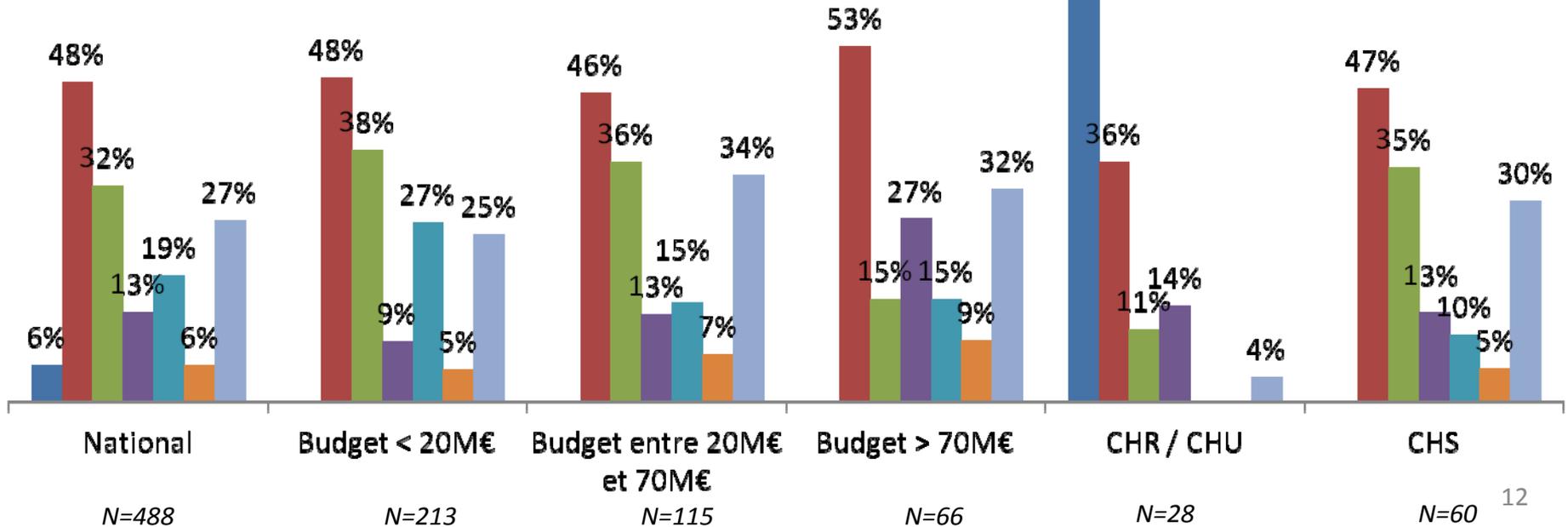


✓ Dans les CHR / CHU la majorité médicale est encore plus forte, mais la proportion de chefs de pôles est moins importante.

Les membres non médecins du directoire

- ✓ Le DAF est membre du directoire dans la moitié des établissements. Les DRH et les DIM sont ensuite les mieux représentés.
- ✓ Dans les CHR / CHU le DGA est presque toujours membre.

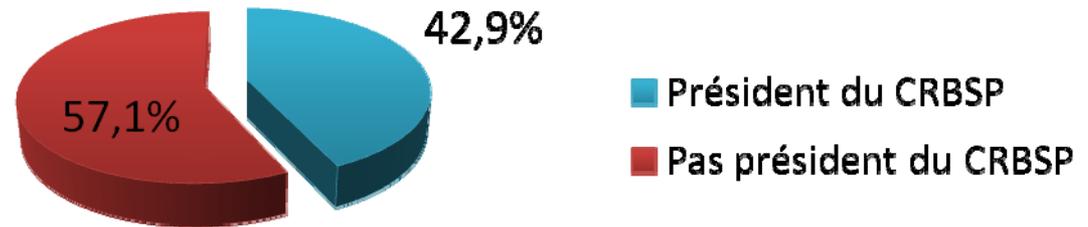
- Le directeur général adjoint (DGA)
- Le directeur des finances (DAF)
- Le directeur des ressources humaines (DRH)
- Le directeur des affaires médicales (DAM)
- Le directeur des services économiques (DSE)
- Le directeur des travaux
- Le médecin responsable de l'information médicale (DIM)



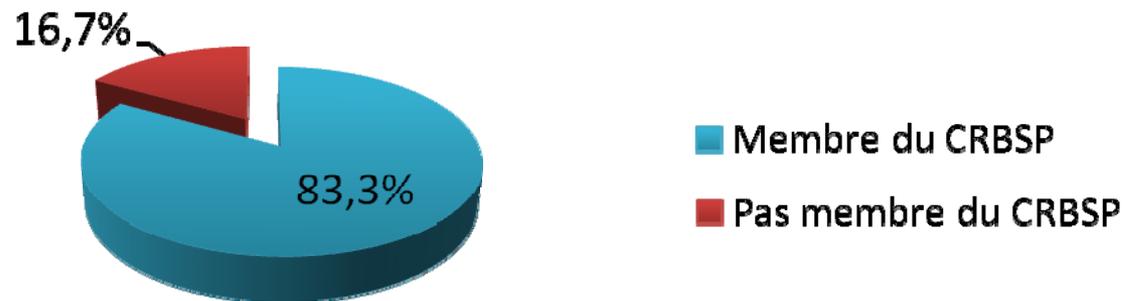
✓ **RAPPEL** : Le directoire des CHU présente une composition spécifique, afin de tenir compte de leur spécificité enseignement et recherche. Il existe en particulier un vice-président « recherche » et un vice président « doyen » (L. 6143-7-5 CSP).

✓ **Tous les vice-présidents recherche sont des hospitalo-universitaires** (personnels enseignants)

✓ **43% des vice-présidents recherche sont présidents du CRBSP***



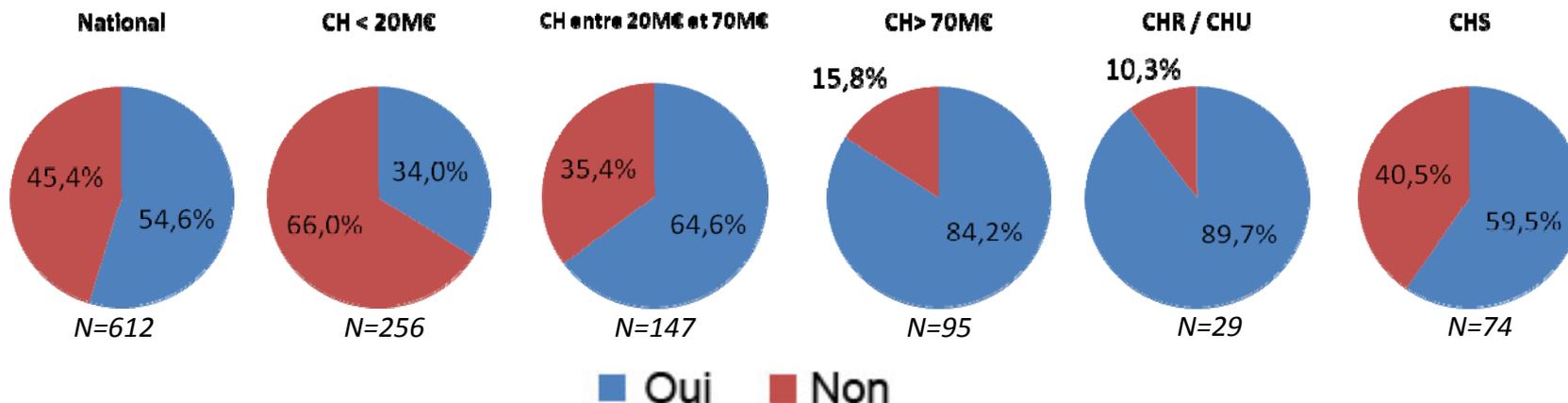
✓ **83% des vice-présidents recherche sont membres du CRBSP***



* *comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique*

Les réunions du directeur avec les chefs de pôles

✓ **RAPPEL** : il n'existe pas d'obligation réglementaire pour le directeur de réunir les chefs de pôles. Toutefois, ces réunions peuvent participer d'un bon pilotage de l'établissement.



Nombre de fois par an

4.1

4.2

4.1

4.2

3.8

3.7

✓ Le directeur organise des réunions avec l'ensemble des chefs de pôles dans un peu plus de la moitié des établissements (plus souvent dans les gros établissements)

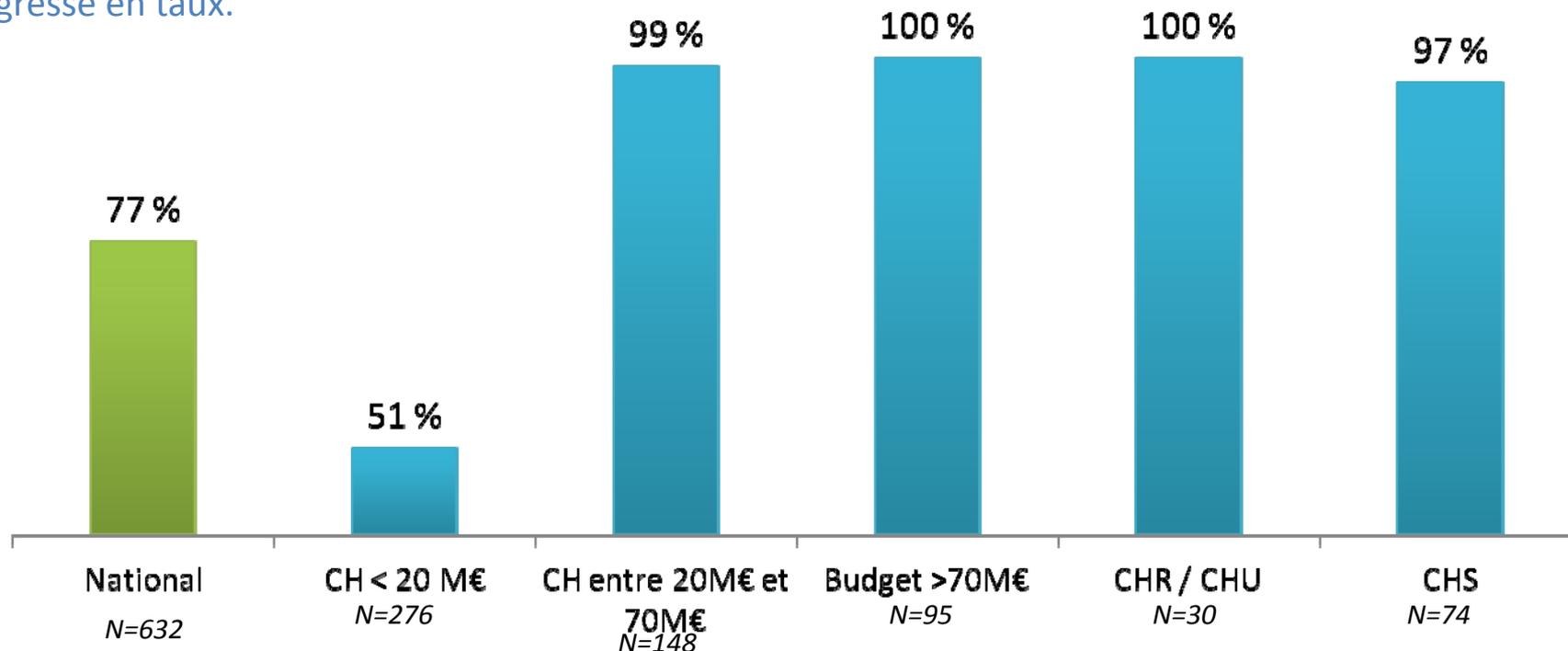
✓ Lorsque ce genre de réunion a lieu, les directeurs sont en moyenne présents à 4 réunions par an.



Les pôles, les contrats de pôles, les chefs de pôles

✓ **77% des établissements sont organisés en pôles.** Lors de l'enquête de 2008, ce taux était de 80 %

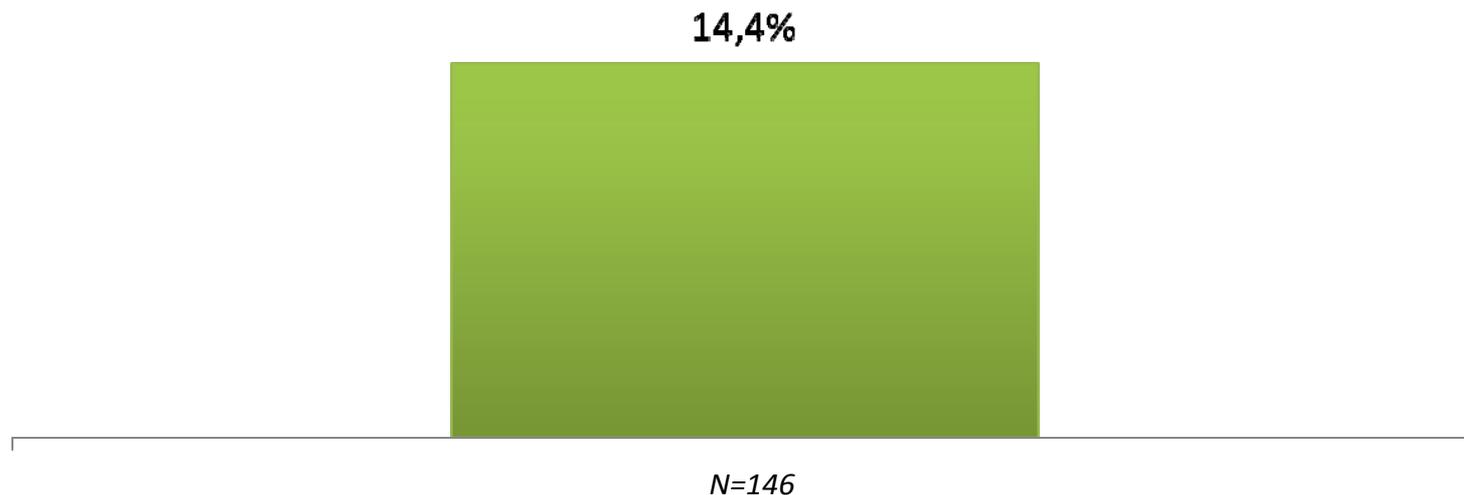
➡ La différence de taux s'explique par la réintégration des anciens hôpitaux locaux au panel de l'enquête, alors même que les plus petits établissements ayant les budgets ont des difficultés pour s'organiser en pôle. Les établissements dont le budget est supérieur à 20 M€ ont nettement progressé en taux.



✓ **RAPPEL :** la loi HPST prévoit la possibilité pour le DG de l'ARS de dispenser un établissement de créer des pôles d'activité « *lorsque l'effectif médical le justifie* » (L. 6146-1 du CSP)

- ✓ Les anciens hôpitaux locaux ne sont pas, dans leur grande majorité, organisés en pôles.

Découpage en pôles des ex-HL



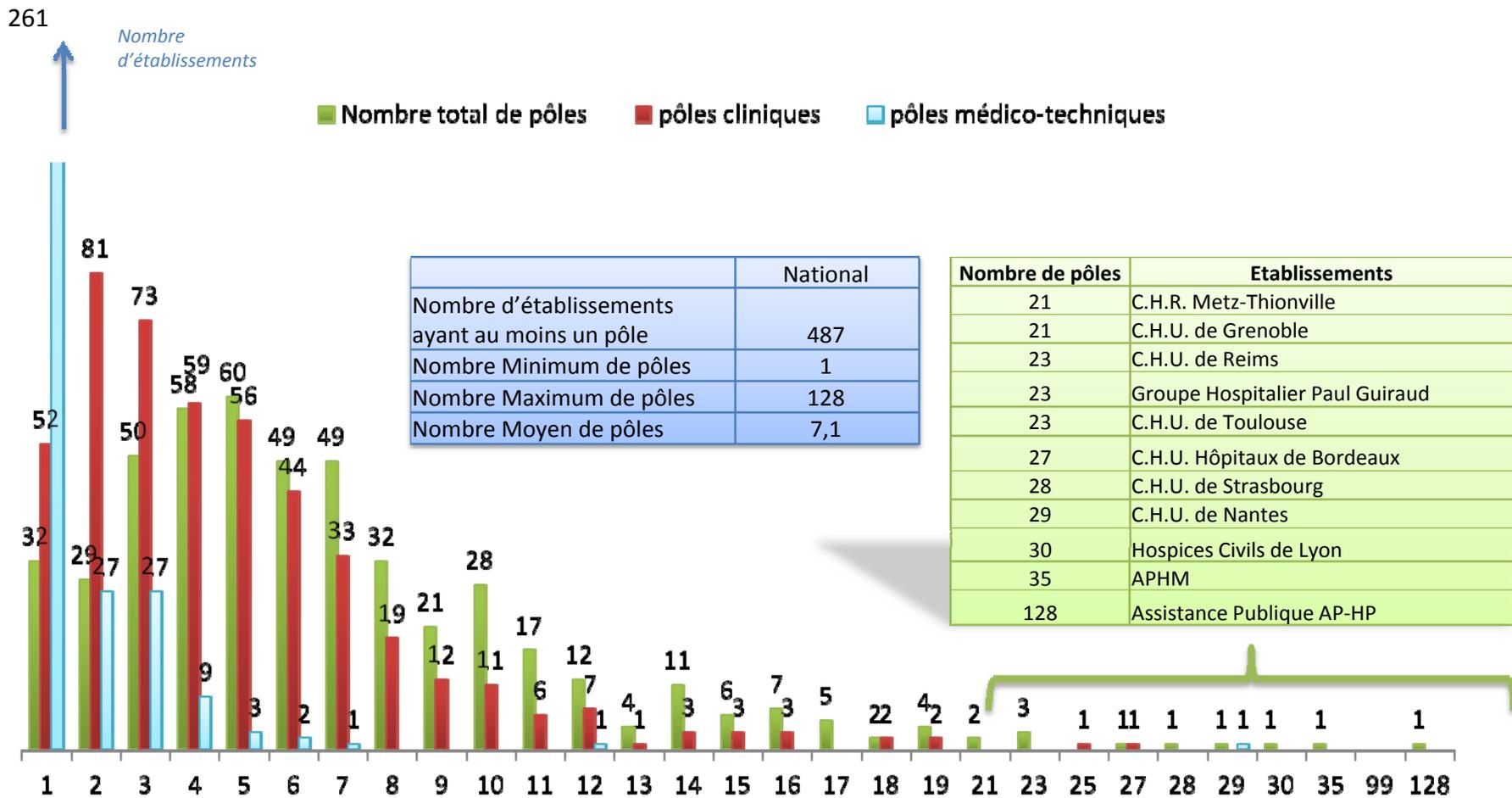
- ✓ L'enquête ne dit pas si ces établissements ont demandé une dérogation à l'ARS comme le prévoit la législation

Les pôles d'activité cliniques et médico-techniques en France



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

- ✓ Le nombre total de pôles (déclarés par les établissements enquêtés) est de **3458**
- ✓ Le nombre total moyen de pôles par établissement est de **7.1** (tous types de pôles confondus)
- ✓ 65% des pôles sont des pôles cliniques et 15% des pôles sont des pôles médico-techniques

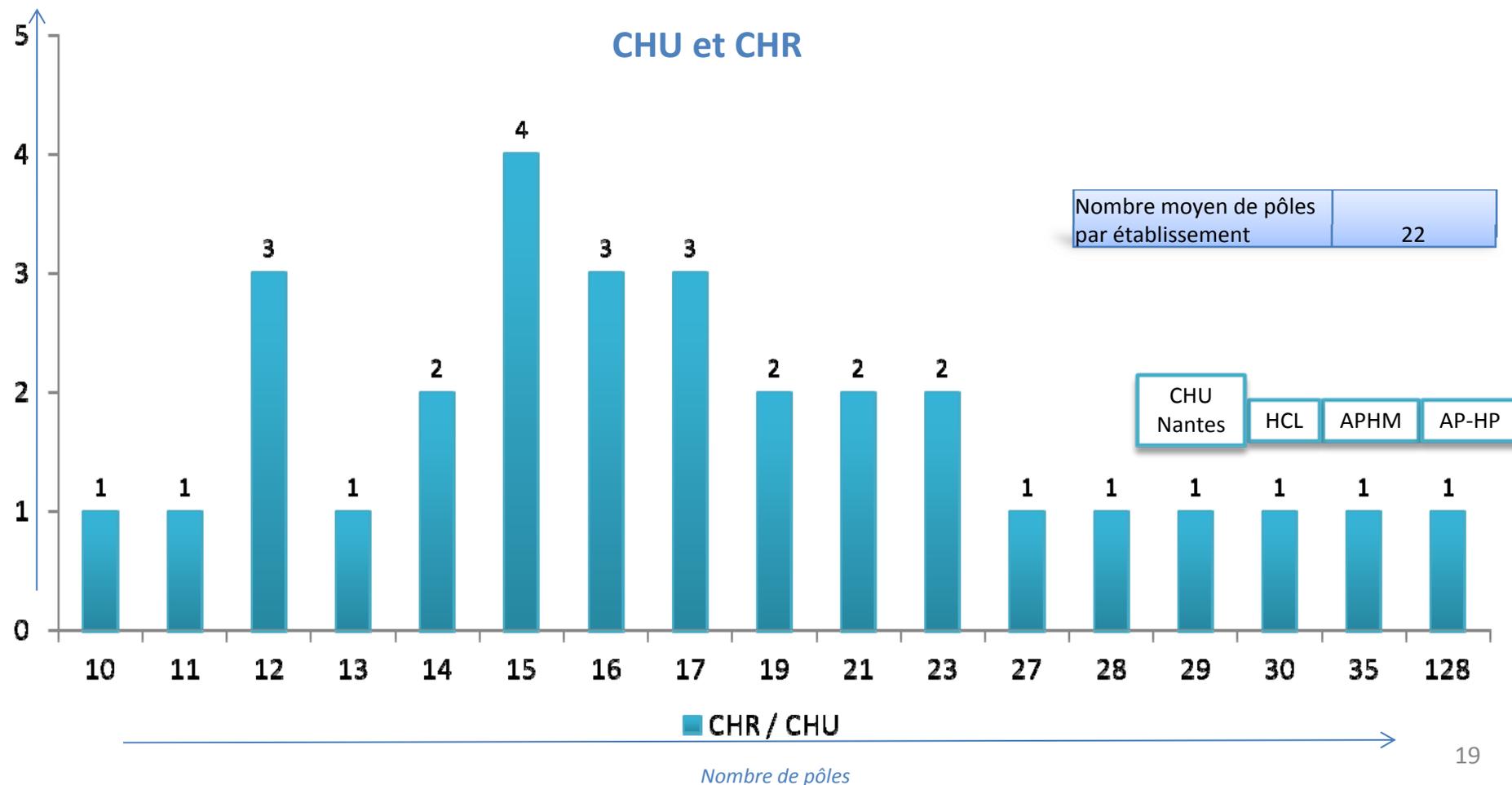


Le nombre de pôles dans les CHR / CHU

✓ Le nombre de pôles varie de 10 à 128 pôles (pour l'AP-HP)

✓ Le nombre moyen de pôles dans les CHR / CHU est de 22, en hausse par rapport à l'enquête de 2008 (où il était de 18)

Nombre
d'établissements

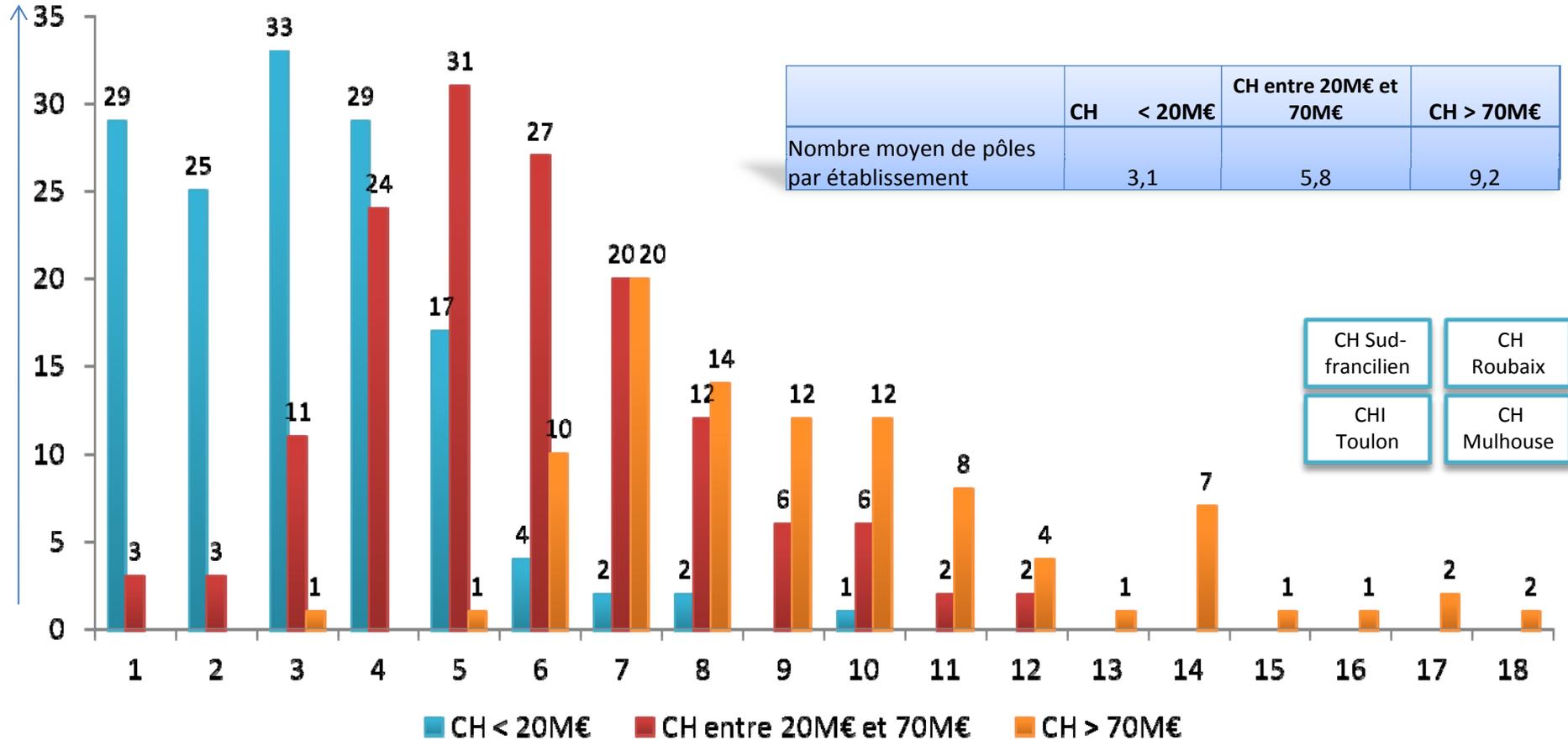


Nombre de pôles dans les centres hospitaliers

✓ Le nombre de pôles augmente avec la taille des établissements

Centres hospitaliers

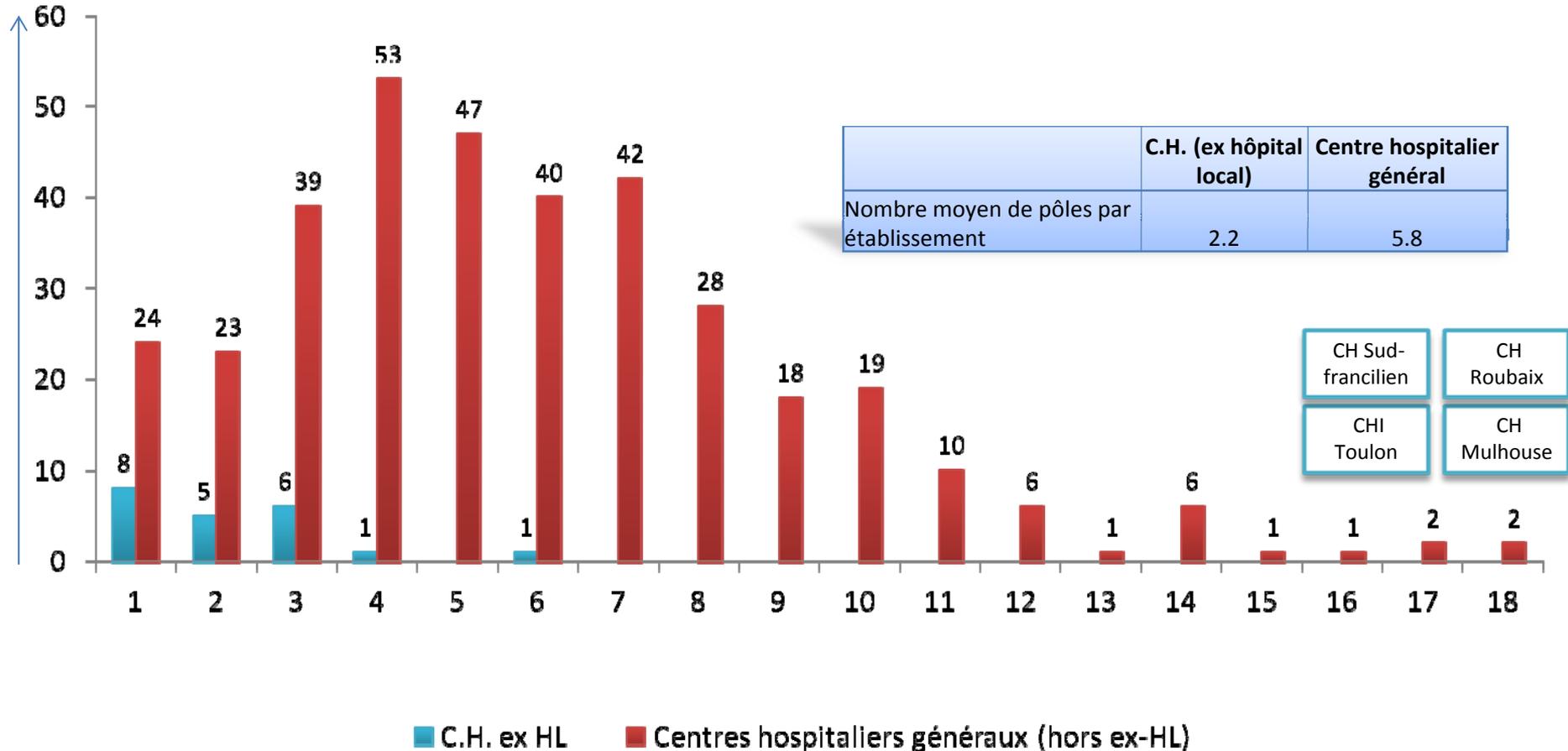
Nombre
d'établissements



Nombre de pôles

Centres hospitaliers, dont les anciens hôpitaux locaux

Nombre
d'établissements



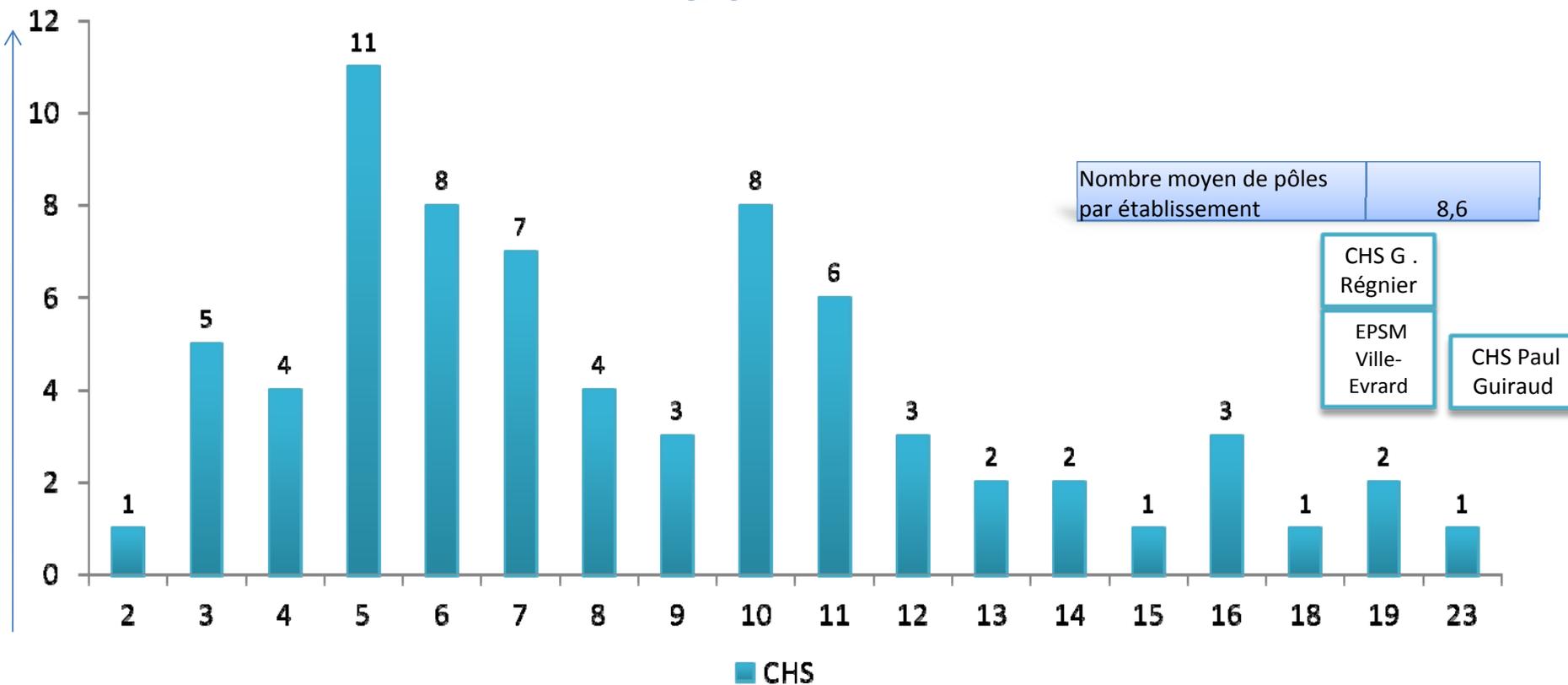
Le nombre de pôles dans les CHS

✓ **RAPPEL** : avec la réforme de l'ordonnance du 2 mai 2005 les CHS disposaient d'une dérogation explicite leur permettant de faire éventuellement correspondre un pôle et un secteur. Cette mention explicite a disparu lors de la réforme HPST

✓ Il convient, afin d'apprécier l'effort des CHS pour regrouper plusieurs secteurs dans un pôle de prendre en considération la taille de l'établissement et les projets intersectoriels

Nombre
d'établissements

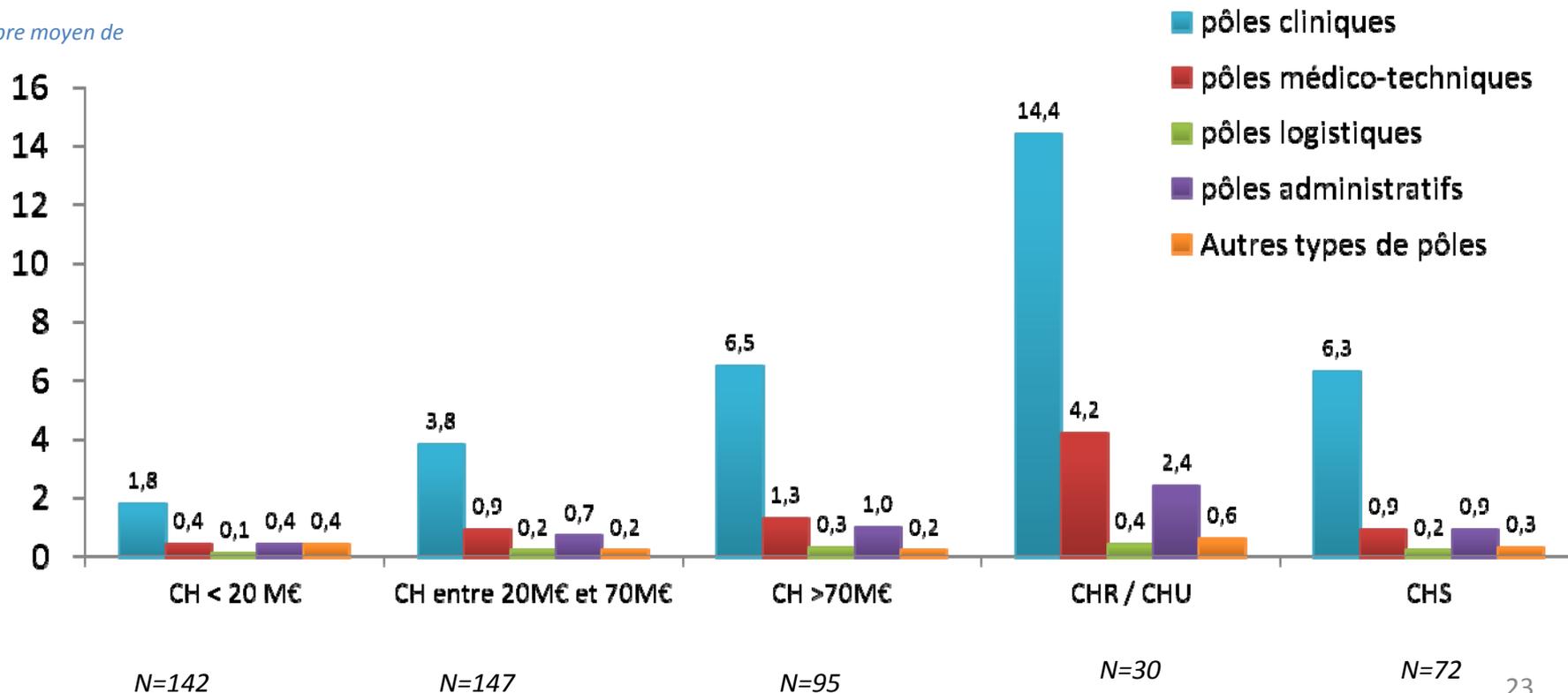
CHS



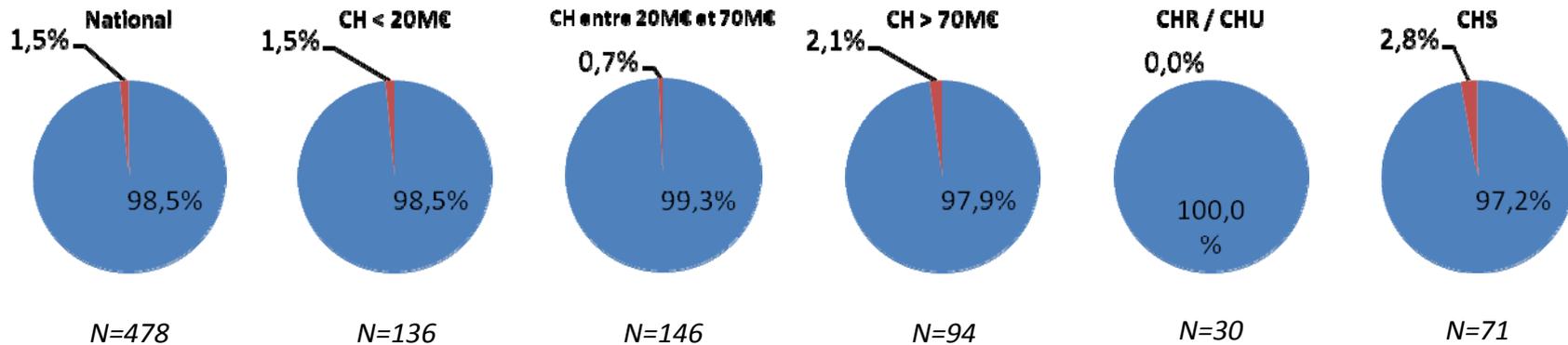
Nombre de pôles

- ✓ Les petits établissements ont en moyenne **2 pôles cliniques**
- ✓ Les centres hospitaliers moyens et grands ont en moyenne **un pôle administratif et un pôle médico-technique**
- ✓ Les CHR-CHU ont en moyenne **14 pôles cliniques, 4 pôles médico-techniques et 2 pôles administratifs**

Nombre moyen de pôles



✓ En règle générale, les directeurs ont nommé tous les chefs de pôles en accord avec le président de la CME :



■ ... tous les chefs de pôles en accord avec le président de la CME
 ■ ... une partie des chefs de pôles en désaccord avec le président de la CME

Nombre de cas problématiques déclarés

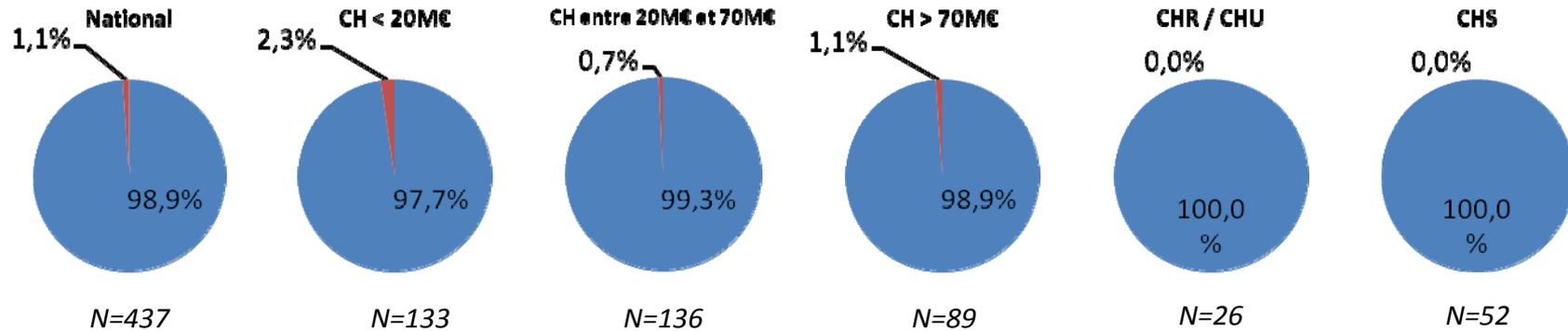


✓ Seuls 7 cas problématiques ont été signalés à travers l'enquête (sur un total de 3458 pôles)

✓ **RAPPEL** : la réforme HPST est fondée sur une très grande entente entre le directeur d'établissement (président du directoire) et le président de la CME, vice-président du directoire.

La nomination des responsables de structures internes

✓ En règle générale, le directeur a nommé tous les responsables de structures internes en accord avec le président de la CME (sur proposition des chefs de pôles) :



■ ... tous les responsables de structures internes en accord avec le président de la CME

■ ... une partie des responsables de structures internes en désaccord avec le président de la CME

Nombre de cas problématiques déclarés (Au niveau national)

5

3

1

1

0

0

Nombre de responsables à nommer (en moyenne par EPS)

20

4,3

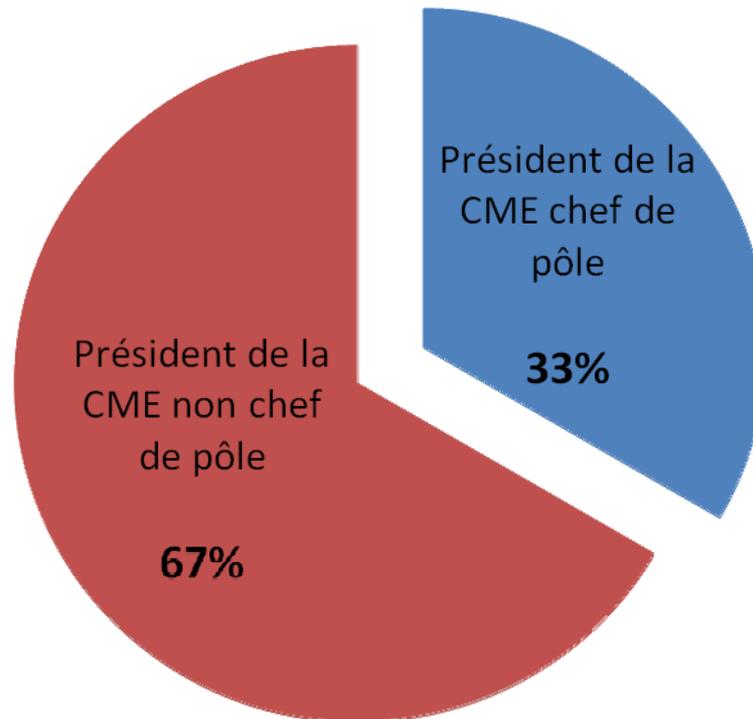
13,5

28,9

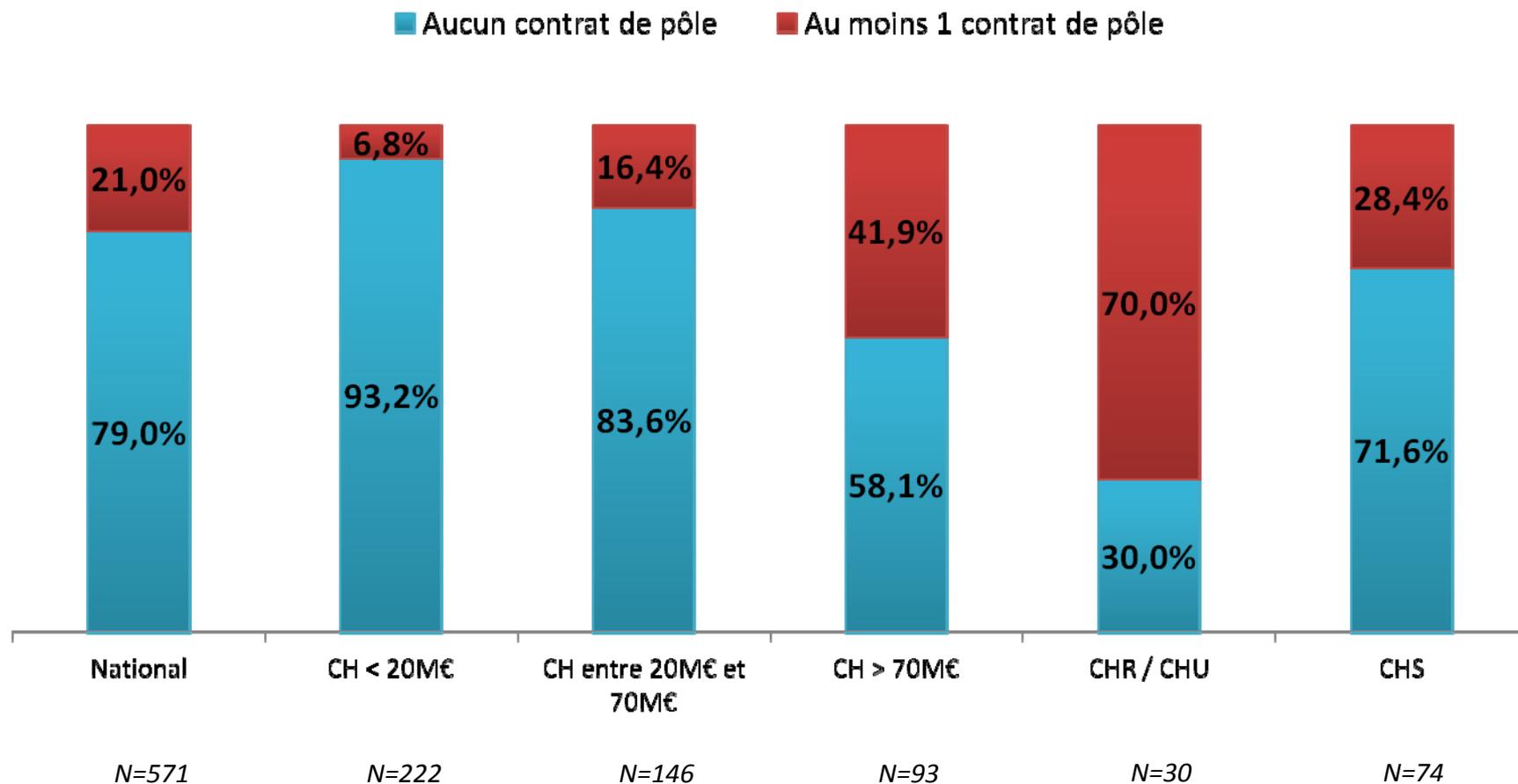
115,3

24,4

- ✓ Dans un tiers des cas, le président de la CME est aussi chef de pôle (mais seulement dans 10% des CHR / CHU)



✓ **21% des établissements ont signé au moins 1 contrat de pôle** entre le 11 Juin 2010 et le 31 décembre 2010



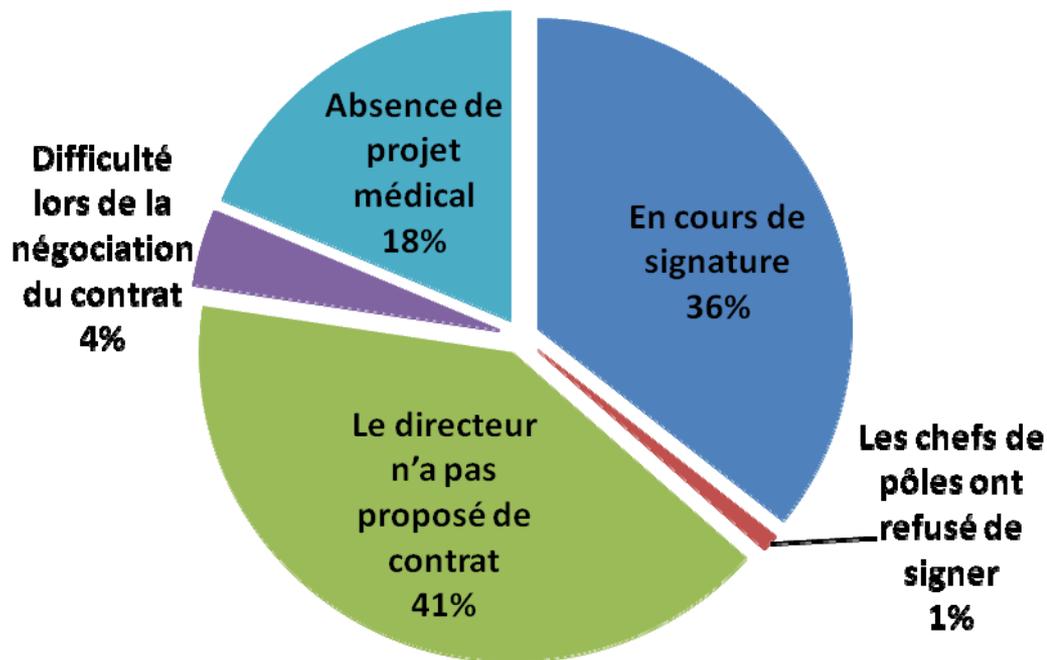
✓ **POUR MEMOIRE** : les taux de signature de contrats en 2008 étaient de 16 % pour les CH (mais ceux-ci ne comprenaient pas les ex-HL), 52 % pour les CHU et 19,6 % pour les CHS

✓ Plus de pôles et plus de contrats signés dans les CHU

Nombre moyen de contrats de pôles signés avant la fin de l'année 2010 (entre le 11 juin et le 31 décembre 2010) :



Les causes d'absence de signature :

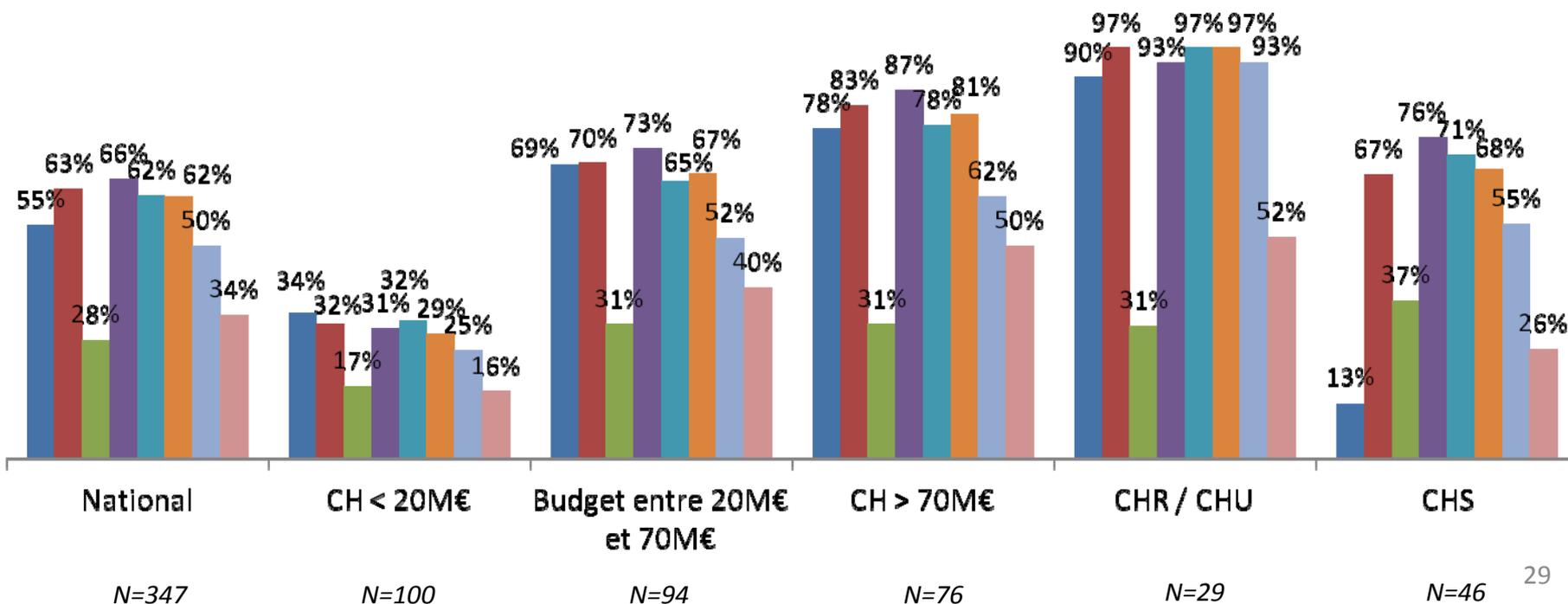


Le contenu des contrats de pôles

✓ Les des contrats traitent de la qualité et la sécurité des soins, de la maîtrise des dépenses et de contrôle de gestion, de ressources humaines et d'amélioration des organisations.

✓ Les achats sont une thématique peu reprise.

- de recettes d'activité
- de maîtrise des dépenses et de contrôle de gestion
- de contribution à la politique d'optimisation des achats
- de qualité et de sécurité des soins suivi par pôle des indicateurs de qualité opposables aux établissements
- de ressources humaines
- d'amélioration des organisations
- de mutualisations et de coopérations à l'intérieur de l'établissement
- Coopérations entre établissements « dont communautés hospitalières de territoires (CHT) »

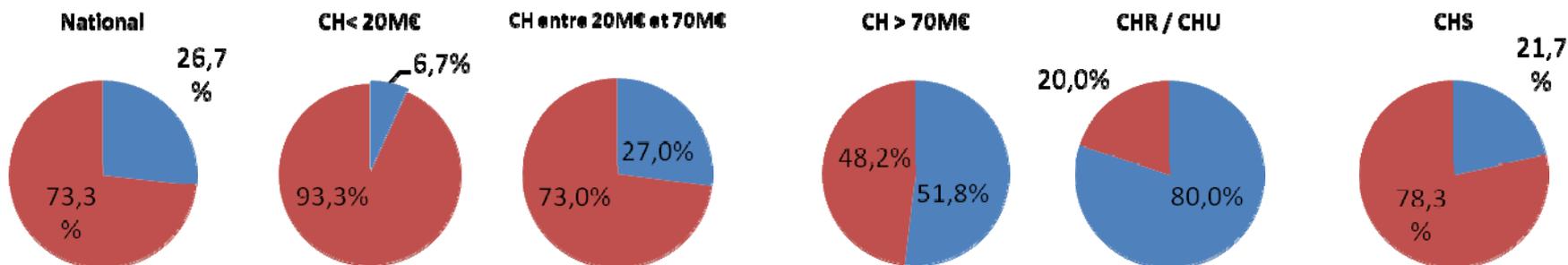


✓ **RAPPEL** : en l'état du droit, seul l'intéressement collectif est possible. Il a été expérimenté par les établissements à partir des années 2000 et consiste dans une part de dépenses librement mobilisable (petits travaux d'amélioration, abonnements, etc.) Il présente l'inconvénient de s'épuiser au fil du temps.

Un dispositif d'intéressement collectif est surtout le fait des CHR/CHU et des grands centres hospitaliers.

Intéressement collectif dans le cadre des contrats de pôles

■ Oui ■ Non

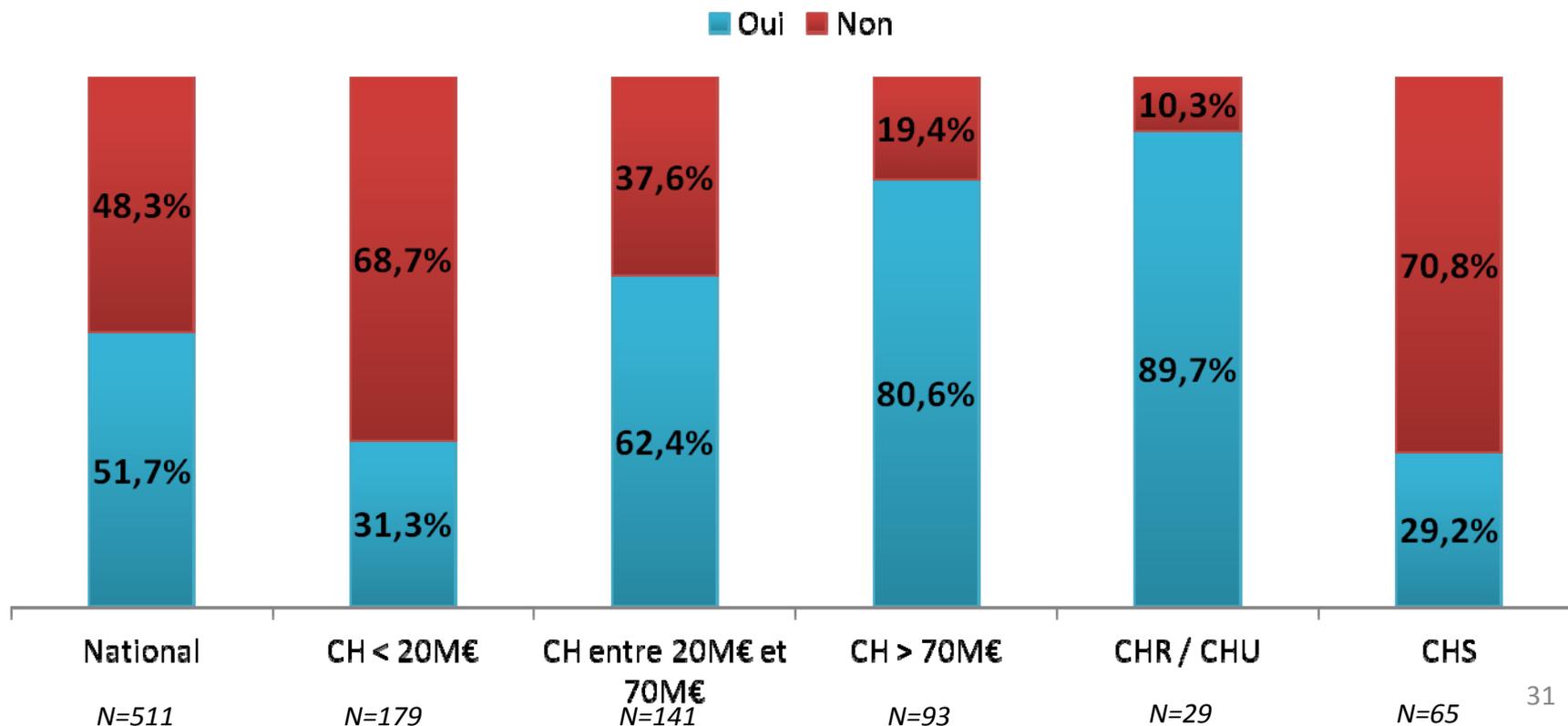


Le dialogue de gestion entre l'établissement et les pôles

✓ En moyenne, **les établissements organisent** chaque année **2.1 réunions de suivi des contrats de pôles en présence du directeur de l'établissement** (8.6 pour les CHR/CHU), tous pôles confondus.

✓ **Les comptes de résultats par pôles (CRPP) sont surtout utilisés dans le cadre du dialogue de gestion dans les CHU et les gros centres hospitaliers.**

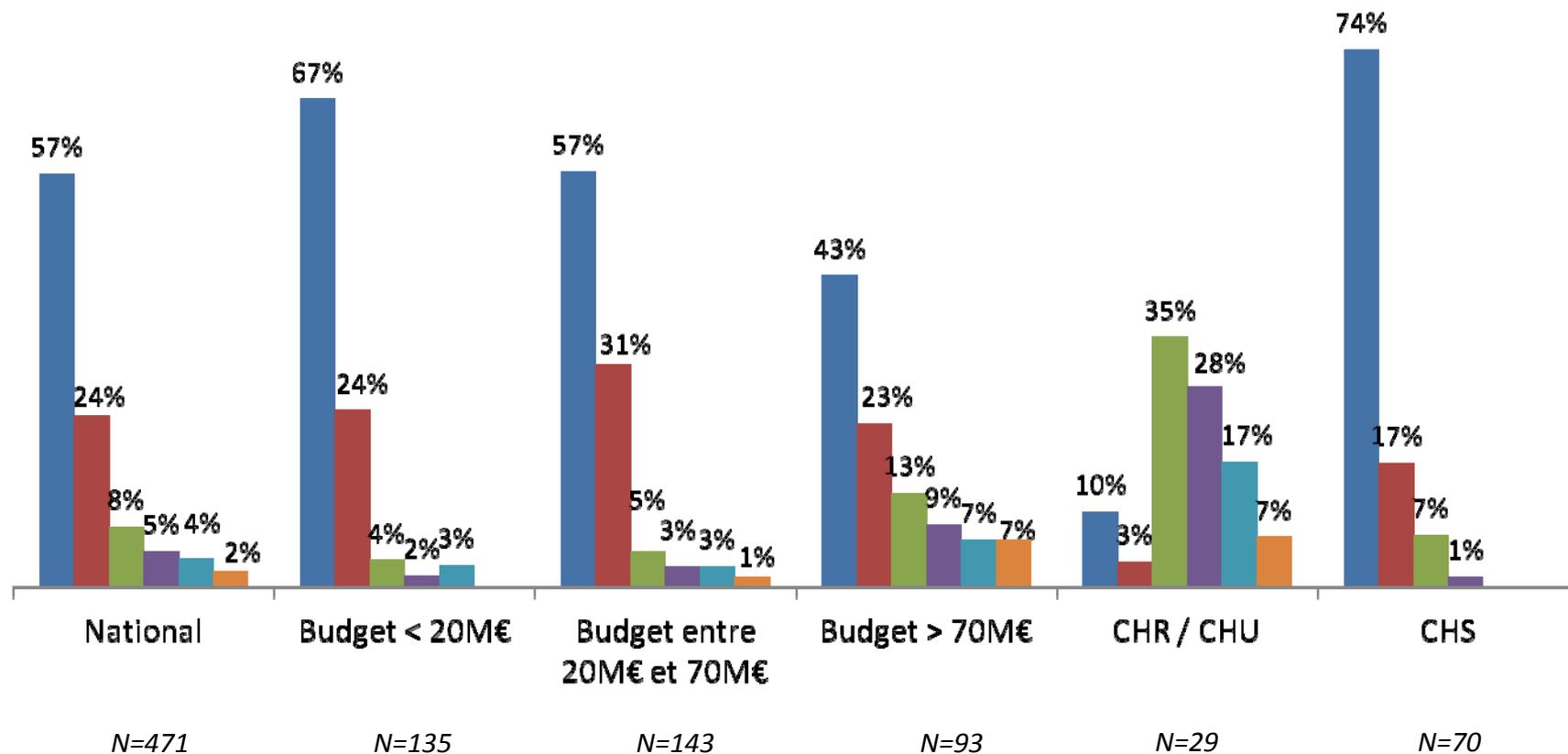
Les comptes de résultats par pôles (CRPP) sont utilisés dans le cadre du dialogue de gestion entre la direction et les pôles :



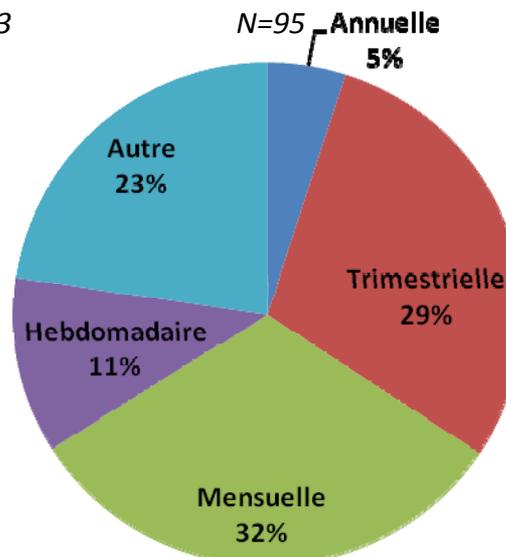
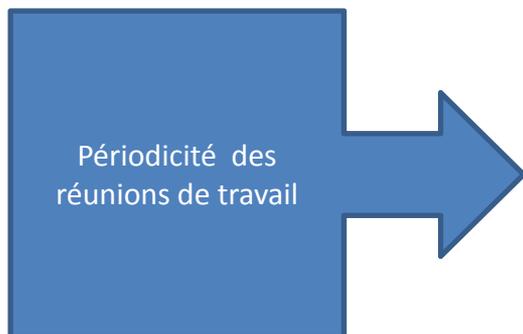
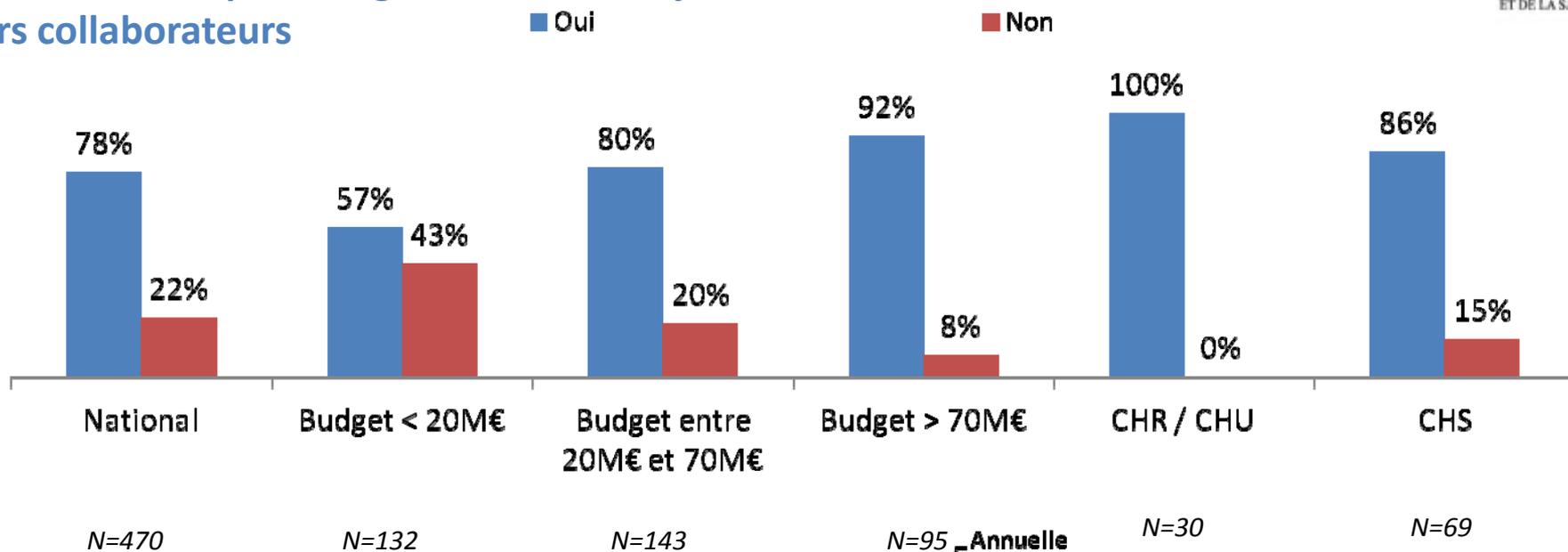
✓ Le contrôleur de gestion est soit à temps partiel dans les pôles, soit inexistant.

Temps dédié de contrôleur de gestion

■ 0 ■ de > 0 à 0,25 ETP ■ de > 0,25 à 0,5 ETP ■ de > 0,5 à 0,75 ETP ■ de > 0,75 à 1 ETP ■ > 1 ETP



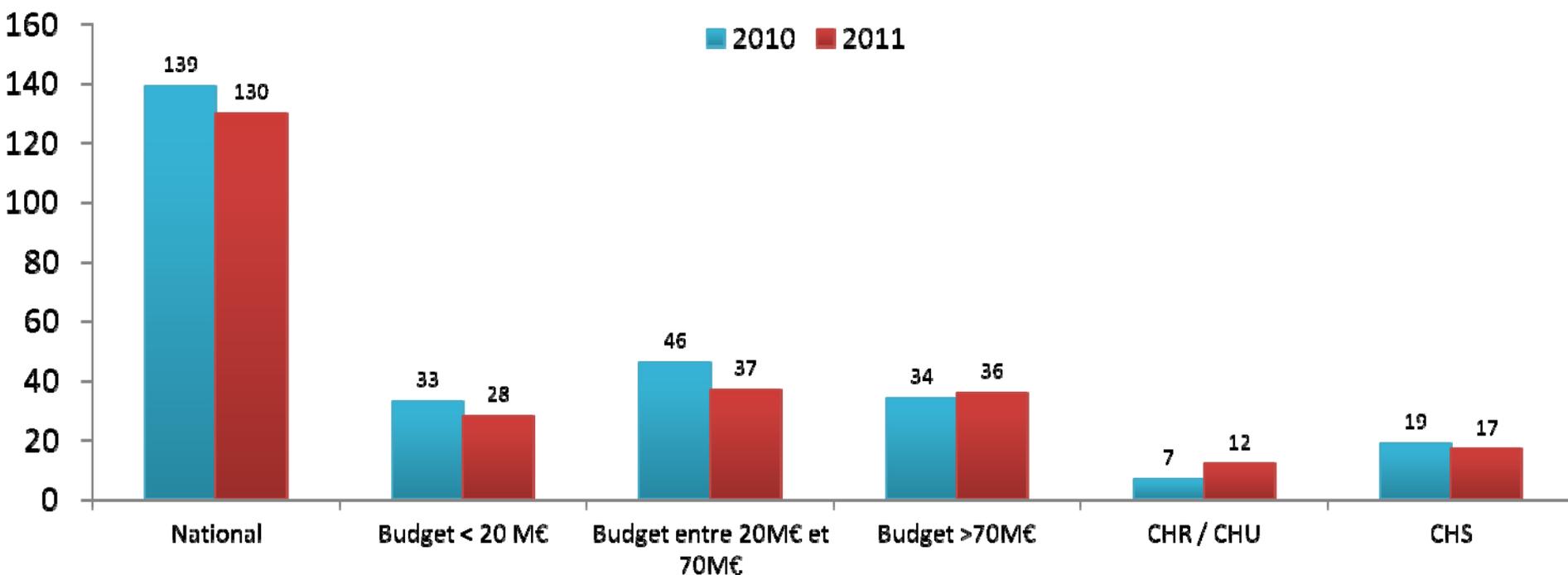
✓ Les chefs de pôles organisent très majoritairement des réunions de travail avec leurs collaborateurs



✓ **Seulement 8% des chefs de pôles ont suivi une formation en 2010.**

✓ **RAPPEL** : la formation à la prise des fonctions de chef de pôle se fait sur une base volontaire. Sa durée minimale est de 60 h 00. Les types de contenus sont précisés par l'arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique.

Nombre de chefs de pôles ayant suivi une formation :



Les délégations de gestion

✓ **Le terme de « délégations de gestion » a été introduit par la réforme de l'ordonnance du 2 mai 2005 avec les objectifs suivants :**

- ❖ **Simplifier** le pilotage le fonctionnement et la gestion des EPS
- ❖ **Responsabiliser** les acteurs et clarifier leurs responsabilités (en particulier le directeur, le président de la CME et les chefs de pôles)
- ❖ **Décloisonner** les acteurs et les fonctions

✓ **La réforme HPST sans mentionner le terme de « délégations de gestion », précise, dans la continuité des délégations déjà expérimentées dans les établissements que figurent dans le contrat de pôle :**

- 1) Des compétences en matière **de gestion des ressources humaines** du pôle ;
- 2) Des délégation de signature du directeur au chef de pôle, afin de permettre à celui-ci **d'engager des dépenses du pôle.**

✓ Le contenu des « délégations de gestion » :

1) Compétences en matière de **gestion des ressources humaines** du pôle :

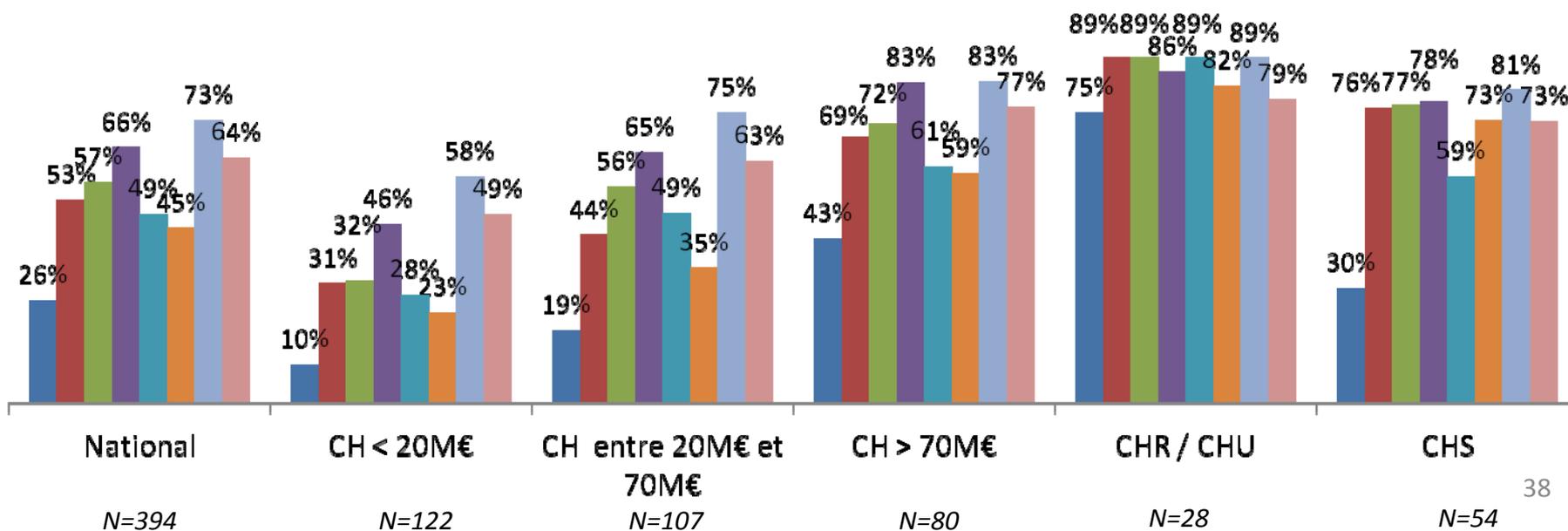
- 1° gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle
- 2° gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux
- 3° définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologique ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière
- 4° proposition au directeur de recrutement de personnel non titulaire du pôle
- 5° affectation des personnels au sein du pôle
- 6° organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique
- 7° participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologique.

2) Délégation de signature du directeur au chef de pôle pour **engager des dépenses du pôle** :

- 1° dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents
- 2° dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux
- 3° dépenses de caractère hôtelier ;
- 4° dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- 5° dépenses de formation de personnel.

✓ Les chefs de pôles organisent la continuité des soins, définissent les profils de postes des personnels et participent au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

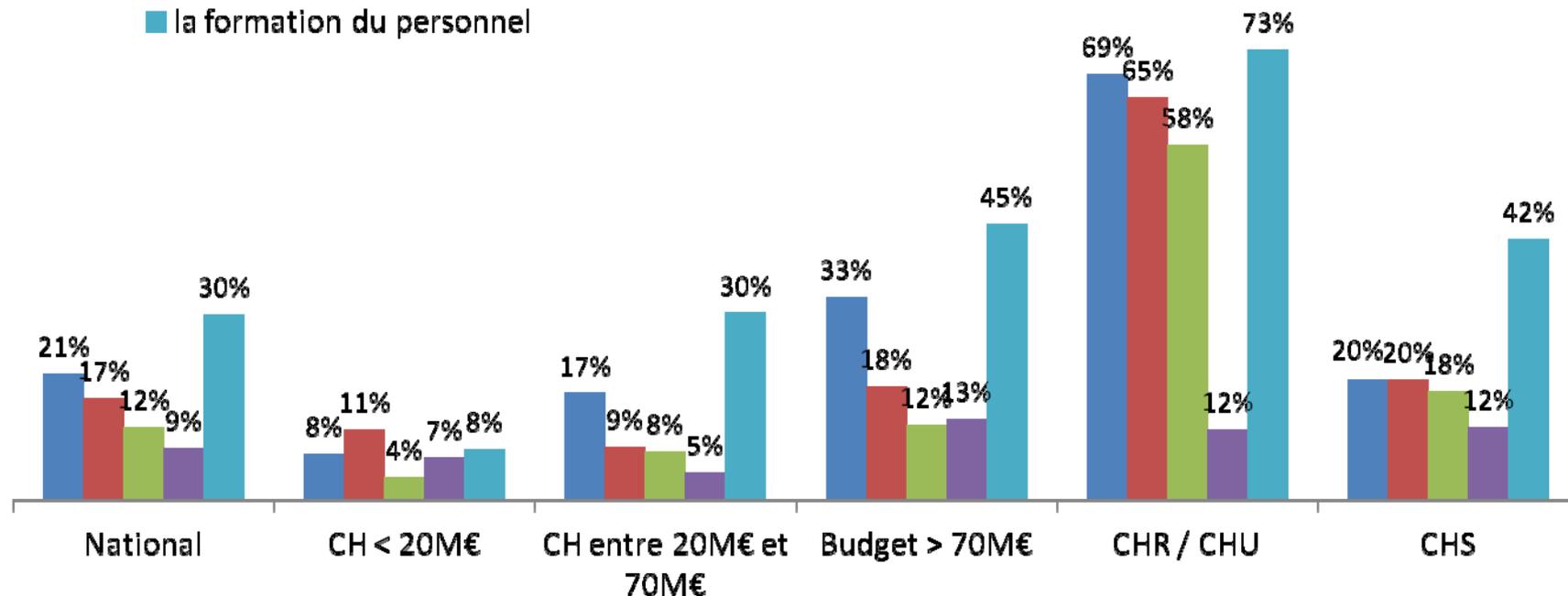
- Gérer le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés
- Répartir les moyens humains affectés entre les structures internes du pôle
- Gérer les tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux
- Définir les profils de postes des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière
- Proposer au directeur le recrutement du personnel non titulaire du pôle
- Affecter les personnels au sein du pôle



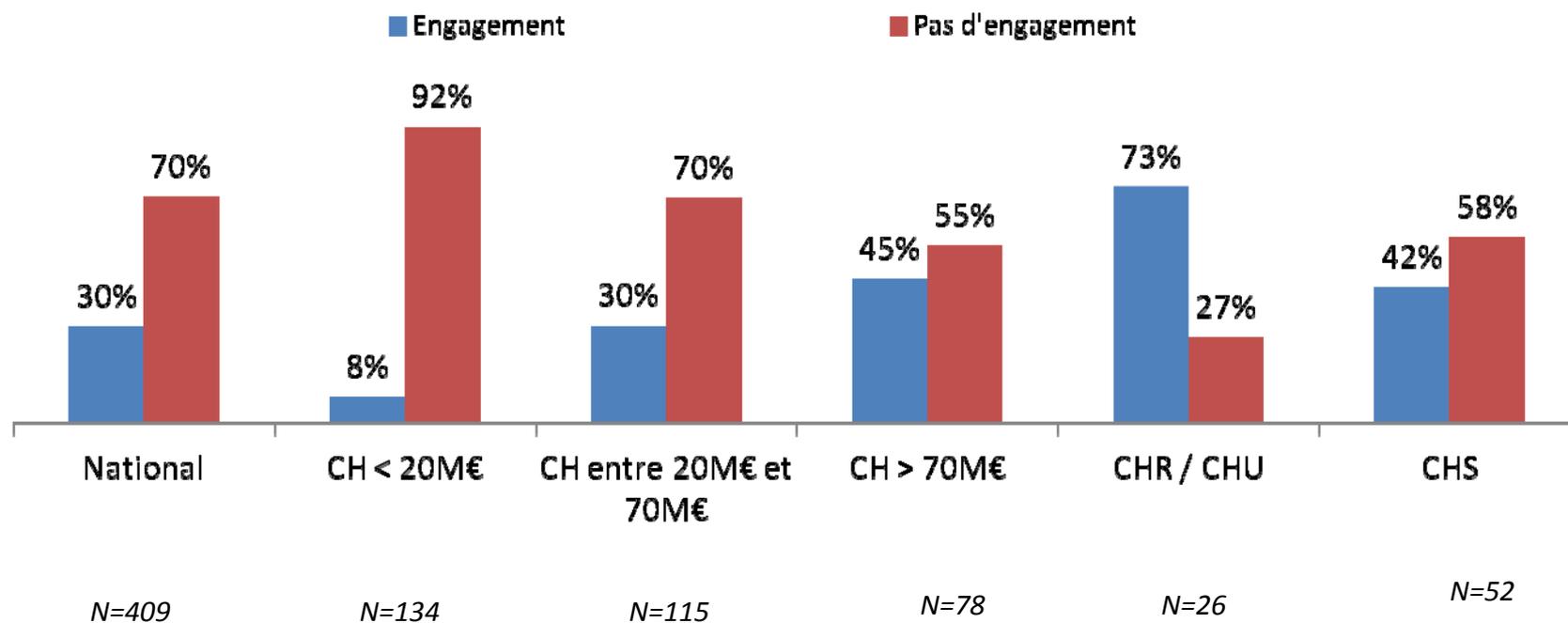
✓ La formation du personnel et le remplacement des personnels non permanents sont les domaines dans lesquels les chefs de pôles engagement le plus souvent des dépenses

Engagement de dépenses concernant :

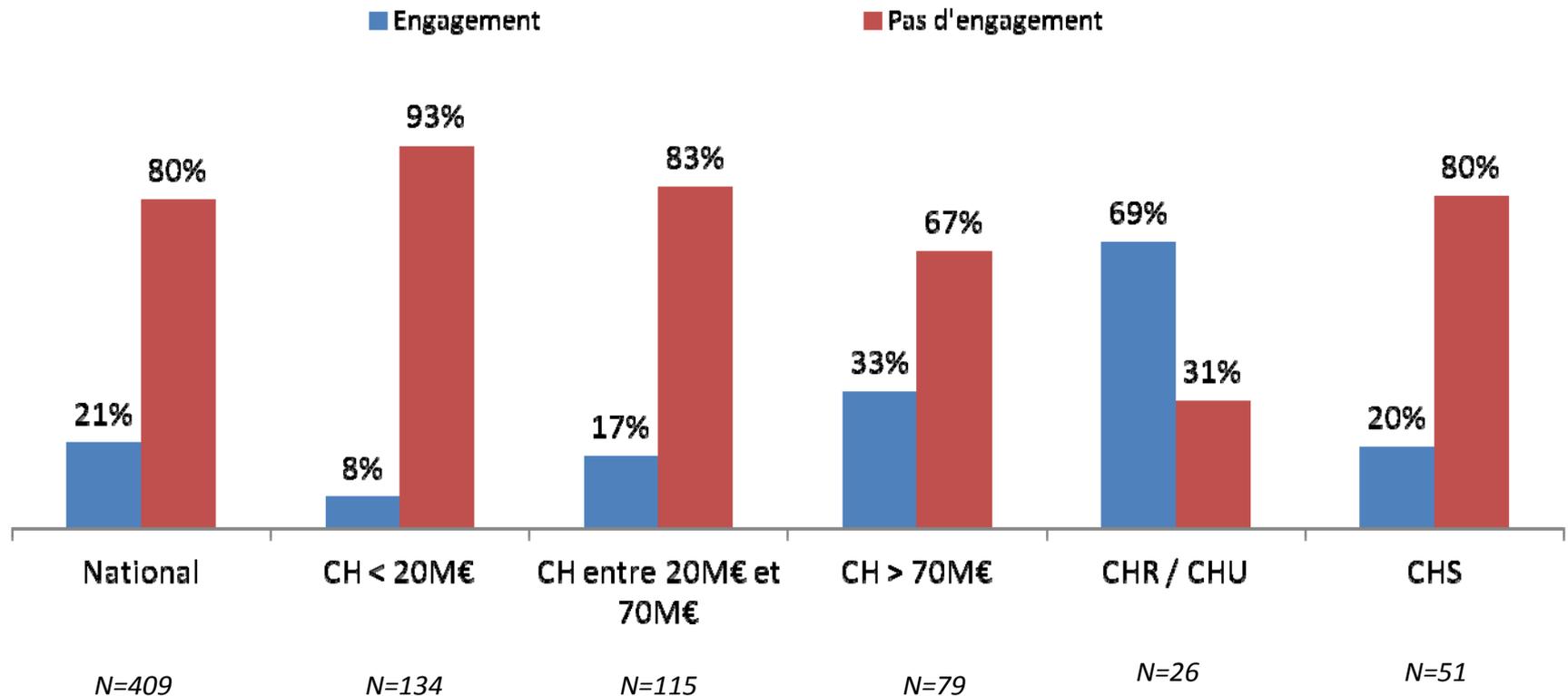
- le remplacement des personnels non permanents (médicaux et non médicaux)
- les médicaments et les dispositifs médicaux
- l'hôtellerie et la restauration
- l'entretien et la réparation des équipements à caractère médical et non médical
- la formation du personnel



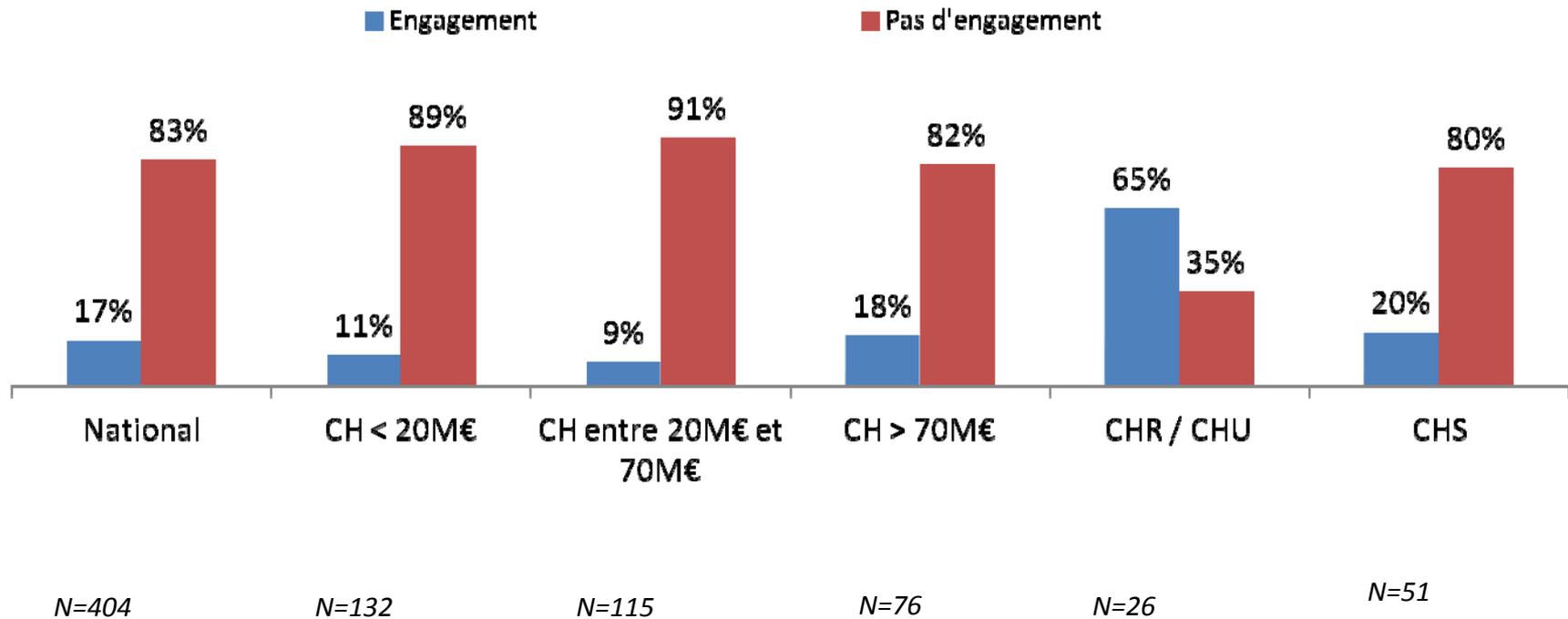
✓ La délégation pour engager des dépenses de formation est le type de délégation le plus développé, particulièrement dans les grands établissements



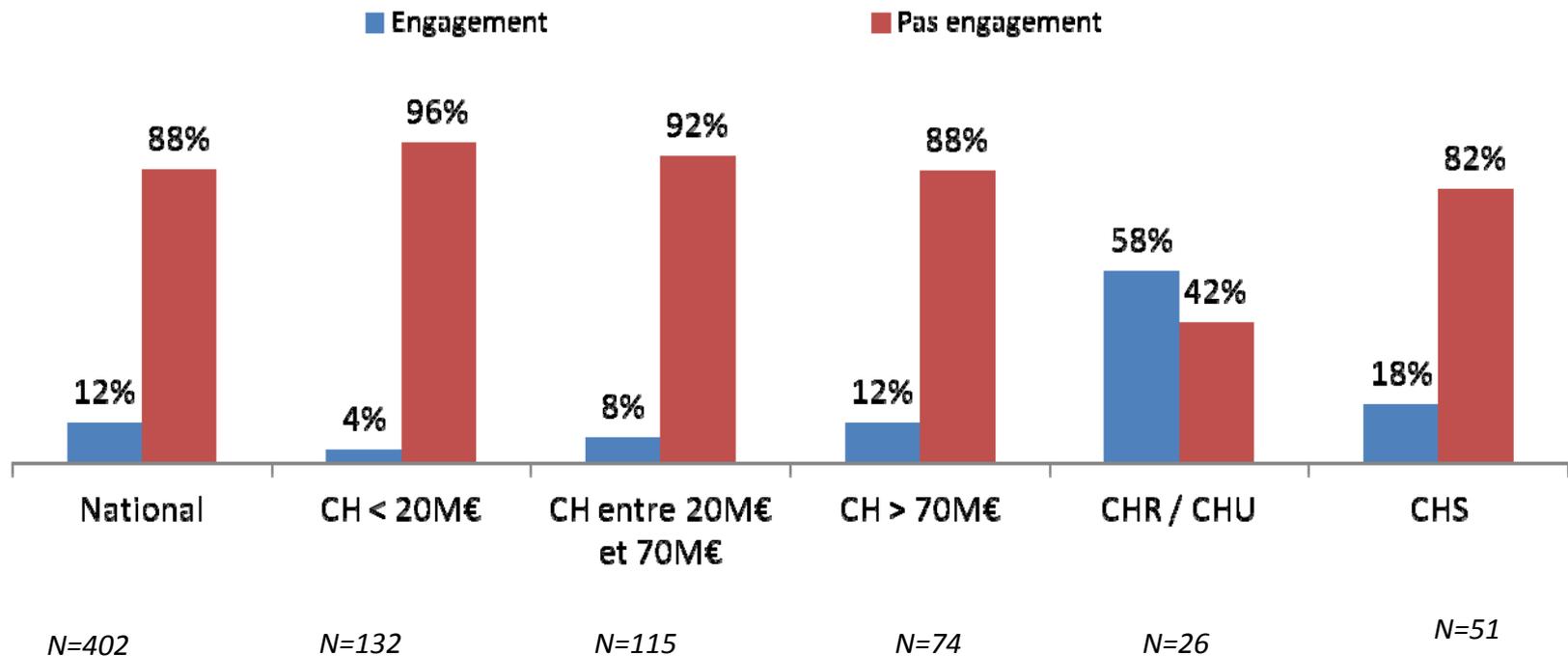
✓ La délégation pour engager des dépenses de remplacement des personnels non permanents (médicaux et non médicaux) est plus répandue dans les grosses structures



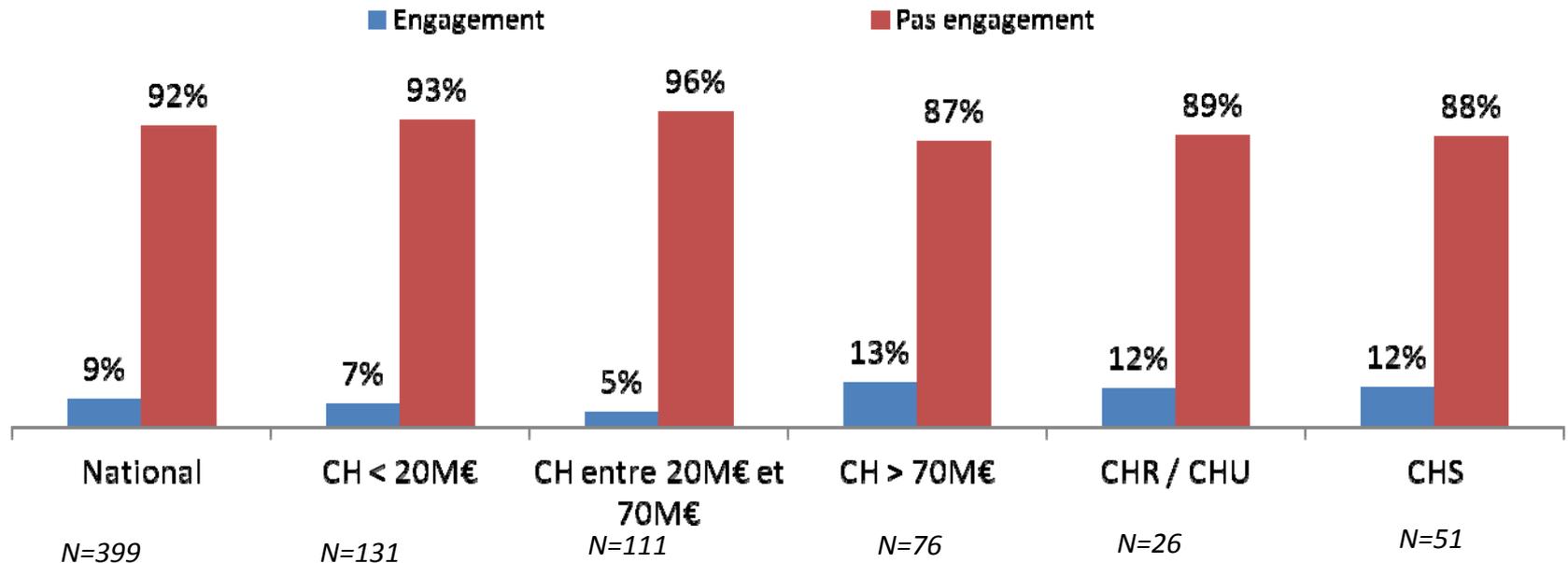
✓ La délégation pour engager des dépenses de médicaments et de DM est surtout le fait des CHR/CHU



✓ La délégation pour engager des dépenses d'hôtellerie et de restauration est surtout le fait des CHR/CHU



✓ Les délégations pour engager des dépenses d'entretien et de réparation sont très peu développées

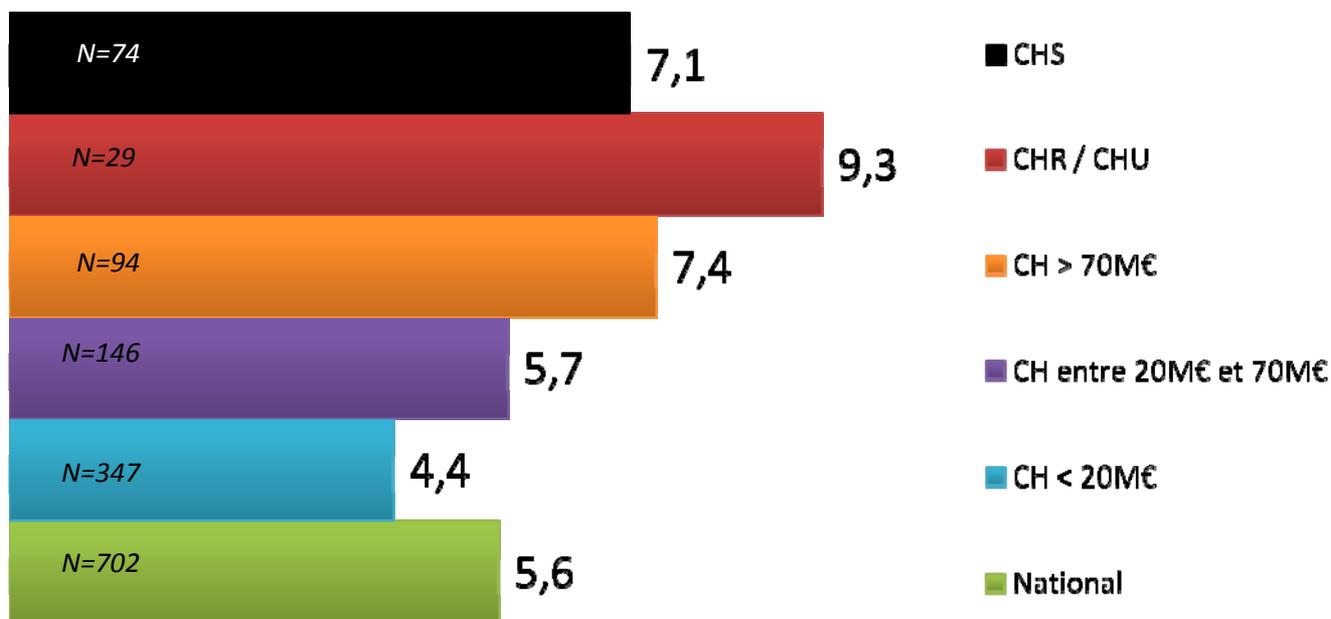




La commission médicale d'établissement

✓ La CME se réunit en moyenne 5,6 fois par an. Le nombre de réunions est plus important dans les CHU, les CHS et les grands centres hospitaliers.

Nombre moyen de réunions de la CME par an :



✓ **RAPPEL** : La réforme HPST a consacré la CME comme le lieu de suivi et d'élaboration de la politique de l'établissement en matière de **qualité et de sécurité des soins**. Le décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 a énuméré ses compétences en la matière et a créé un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi.

Ce dispositif a été complété par d'autres textes , en particulier le décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

✓ Dans 50% des établissements, la CME a proposé au directeur un **programme d'action assorti d'indicateurs de suivi** en application de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

✓ Dans 32% des établissements, la CME a élaboré un **rapport annuel relatif à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins** présentant l'évolution des indicateurs de suivi.