

Rapport d'activité 2013

Rapport d'activité 2013



Édito

La responsabilité et la mobilisation de l'administration du ministère des affaires sociales et de la santé – dont j'ai l'honneur de conduire l'action et à qui je rends hommage – n'auront jamais été aussi déterminantes qu'en 2013.

Nous avons franchi avec succès les 1^{ères} étapes de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé. En matière

d'offre de soins, nous avons donné la priorité à la prévention, aux soins de proximité et au virage ambulatoire de l'hôpital.

Mon objectif est clair : nous avons le devoir de réduire les inégalités – sociales et territoriales – de santé. Nous devons innover, pour engager une transformation profonde de notre système de santé et l'ouvrir résolument aux patients et à leurs représentants.

Le projet de loi de santé, que je présenterai au parlement début 2015, intégrera ces avancées majeures. Il marquera également l'implication sans faille de la DGOS, de son directeur général et de ses 300 agents pour faire de ce projet de loi un texte fondateur pour l'offre de soins de demain.

Marisol Touraine,
ministre des affaires sociales et de la santé

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Sommaire

4	La performance d'une organisation structurée par ses missions majeures sur l'offre de soins
19	Une transformation en profondeur de notre système de santé : la stratégie nationale de santé
21	Les droits des usagers plus lisibles tout au long des parcours de santé
23	La DGOS, une direction qui veille à la prise en charge adaptée des patients
23	Des parcours de santé qui deviennent réalité
26	L'accès aux soins facilité pour les personnes en situation de précarité
27	La nécessité d'une pertinence des actes et des soins
28	La chirurgie ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation complète
30	Le repositionnement de l'hospitalisation à domicile
31	L'exigence de la qualité, de la sécurité des soins et de la satisfaction des patients
33	L'incitation financière à l'amélioration de la qualité
34	La réduction des inégalités de santé dans les outre-mer
38	Une dynamique volontariste de lutte contre les déserts médicaux : le pacte territoire santé
41	La DGOS, une direction qui encourage la coordination entre acteurs de santé
41	Des soins urgents mieux organisés et plus accessibles
43	L'implantation des praticiens territoriaux de médecine générale
44	Le déploiement de l'exercice coordonné au sein des maisons de santé et des centres de santé
46	L'essor de la télémedecine
48	La révolution de la santé numérique
50	L'ouverture de la recherche clinique aux soins de proximité
54	La DGOS, une direction qui fait confiance aux professionnels de santé
54	Un contrat d'engagement de service public élargi et assoupli
56	La modernisation des choix de stage des internes et de leur agrément
57	L'adaptation constante des conditions d'exercice des professionnels
59	La mise en œuvre d'une priorité gouvernementale : les emplois d'avenir dans la FPH
60	Des mesures fortes de justice sociale
62	Le soutien à l'attractivité des carrières médicales et pharmaceutiques hospitalières
63	La DGOS, une direction qui accompagne la modernisation des établissements de santé
63	L'évolution du financement des établissements de santé
65	Un pilotage affiné de la supervision financière des hôpitaux publics
67	L'amélioration continue de la qualité comptable via la certification des comptes
69	Une comptabilité analytique plus performante dans les établissements hospitaliers
70	Un suivi renouvelé de la masse salariale dans les hôpitaux publics
71	Des « économies intelligentes » via les achats hospitaliers
72	Le rayonnement de la coopération hospitalière internationale
76	Et demain, 2014...

La performance d'une organisation structurée par ses missions majeures sur l'offre de soins

L'offre de soins: la synergie de tous les acteurs pour une prise en charge de qualité

L'offre de soins réunit toutes les organisations, institutions et ressources intervenant en matière de santé et dispensant des soins ainsi que d'autres services comme la recherche ou l'enseignement. Organisée pour répondre aux besoins de santé de la population, elle doit assurer l'accès de tous aux soins et en garantir la qualité et la continuité.

En France, l'offre de soins et d'accompagnement est constituée:

- des soins de ville – dits aussi ambulatoires – effectués par des professionnels libéraux et salariés exerçant à titre individuel, en groupe ou en structure d'exercice coordonné (maison ou centre de santé): médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...;
- des établissements hospitaliers, répartis en 3 grandes catégories: les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et les établissements privés d'intérêt collectif;

- des structures médico-sociales, regroupant les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et pour personnes handicapées.

Jusqu'à récemment, chacun des 3 secteurs connaissait des organisations, des financements et des logiques propres répondant à des besoins de santé spécifiques: médecine de proximité, soins nécessitant une hospitalisation ou encore soins d'aval.

Aujourd'hui, l'amélioration de la prise en charge médicale passe par la détermination de véritables parcours de santé, de soins, de vie pour les patients, associant étroitement les 3 secteurs. Désormais, échange d'informations, mutualisation, coopérations entre structures et professionnels de santé et décloisonnement caractérisent l'offre de soins en France.

> Les chiffres clés de l'offre de soins



établissements de santé

soit:

947 hôpitaux publics

700 établissements privés d'intérêt collectif

1 047 cliniques privées

17,3 millions de séjours en médecine chirurgie obstétrique (MCO)
soit: 11 millions de séjours en hospitalisation et 6,3 millions de séjours ambulatoires
10,6 millions de séances (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie...)
36 millions de journées en soins de suite et de réadaptation (SSR)
26,2 millions de journées en psychiatrie
4 millions de journées en hospitalisation à domicile

370 maisons de santé
et 380 centres de santé

657 services d'urgence



ayant assuré
18,6 millions de passages

158 600 cabinets libéraux



dont:

37 000 cabinets de médecins

36 100 cabinets de chirurgiens-dentistes

2 700 cabinets de sages-femmes

22 795
officines de pharmacie

1 500
laboratoires de biologie médicale



175,4 Md€
de dépenses
d'assurance maladie

dont:

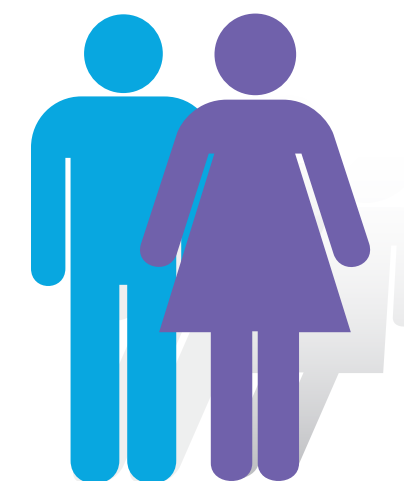
76,5 Md€
pour les établissements
hospitaliers publics et privés

353 000
professionnels médicaux

dont:

218 300 médecins
salariés, libéraux et mixtes

1 529 000
professionnels non médicaux



Sources: DGOS, ATIH, DREES

Grande direction de l'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales, la DGOS s'inscrit pleinement dans la stratégie nationale de santé, toute entière tournée vers l'égal accès de tous les Français à des soins de qualité et la mise en place d'une véritable médecine de parcours pour les patients.

La DGOS : une direction qui contribue à l'égal accès de tous à des soins continus et de qualité

Les compétences en matière d'organisation du système de santé sont essentiellement partagées entre l'État et les organismes d'assurance maladie. Dans le respect des objectifs de dépenses votés chaque année par le parlement, le ministère chargé de la santé doit garantir la meilleure adéquation entre l'offre de soins et les besoins de santé.

Dans ce cadre, les missions de la DGOS, direction jeune et dynamique du ministère chargé de la santé, sont toutes orientées vers un objectif majeur : construire l'offre de soins de demain en concertation étroite avec les décideurs institutionnels, les interlocuteurs professionnels et les représentants des patients.

La DGOS a en charge l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques à même de répondre aux défis auxquels fera face le système de santé dans les prochaines années : concrètement, **satisfaire aux besoins de soins grandissants de la population tout en assurant la pérennité d'un financement solidaire**. Mais aussi, **mettre en œuvre les grandes orientations de la stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement**. Pour cela, elle agit selon des modalités d'intervention innovantes de pilotage stratégique, de démarche projet, d'animation, d'appui et d'accompagnement, d'évaluation.

Dans un domaine de compétences s'intégrant aux problématiques des parcours de santé, de soins et de vie, elle est en lien constant avec les agences régionales de santé (ARS) et participe activement à leur conseil national de pilotage, présidé par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

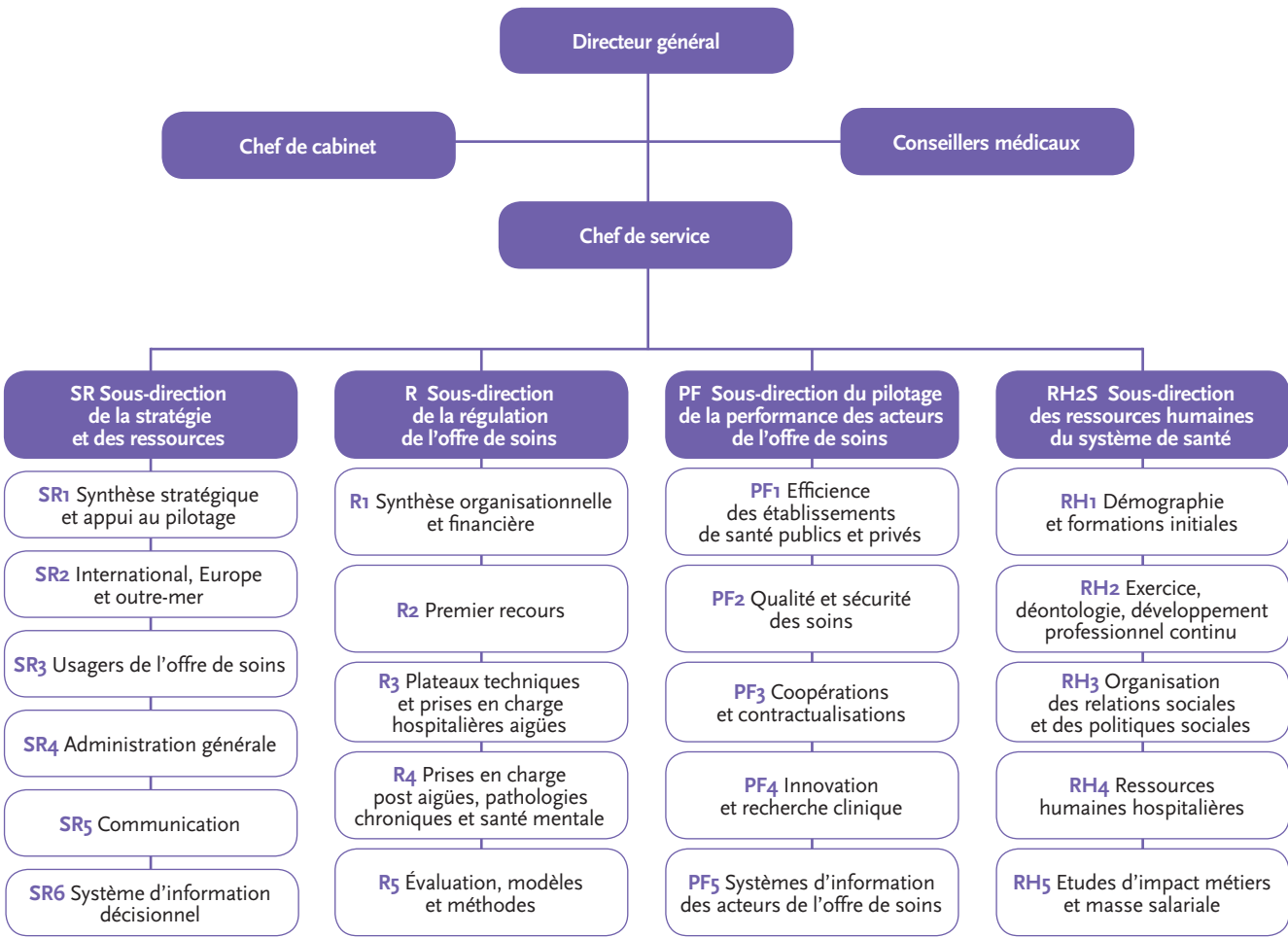
La DGOS met en œuvre des plans d'action qui visent prioritairement à la réalisation d'objectifs opérationnels :

- promouvoir une approche globale, décloisonnée, équilibrée de l'offre des soins assurés aussi bien en ville qu'à l'hôpital ou en clinique, en maison ou en centre de santé, en cabinet libéral...;
- définir la réponse sanitaire la plus adaptée aux besoins de santé, en assurant notamment les complémentarités et la coordination des offreurs de soins pour améliorer les parcours des patients ;
- renforcer encore et toujours la performance, la qualité et la sécurité de l'offre de soins, dont l'organisation et le financement s'inscrivent dans le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

La DGOS, ce sont des politiques concrètes sur...

... l'organisation des soins

- définition des **parcours de soins**
- lutte contre les **déserts médicaux** : pacte territoire santé, aides à l'installation, exercice regroupé des professionnels, coopération entre structures...
- organisation des **soins de 1^{er} recours**, de la **médecine d'urgence** et de la **permanence des soins**
- redéfinition du **service public hospitalier**
- développement des **prises en charge alternatives** : télémedecine, chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile...
- organisation de **prises en charge spécifiques** : handicap, dépendance, précarité, en milieu pénitentiaire...
- **coopération sanitaire** européenne et internationale



Organisation définie par arrêté ministériel du 7 mai 2014

... la performance et la qualité de l'offre de soins

- optimisation de la **pertinence** des soins et des actes médicaux
- renforcement de la politique de **qualité**, de **sécurité des soins** et de **satisfaction des patients hospitalisés**
- définition du cadre de la **gouvernance** et de l'organisation interne des établissements de santé
- pilotage de la **performance médico-économique** des établissements de santé et animation du comité de la performance et de la modernisation (**COPERMO**) de l'offre de soins hospitaliers
- pilotage de **programmes** nationaux (achats, numérique)
- soutien à la **recherche** et à l'**innovation**
- participation aux **plans** de santé publique

... le financement des établissements de santé et son évolution

- détermination du **financement de l'offre de soins** et pilotage du comité de réforme de la tarification hospitalière (**CORETAH**)
- cadrage de la **campagne budgétaire et tarifaire** des établissements de santé, publics et privés
- évolution des modèles de financement, notamment par la tarification à l'activité (**T2A**) et les missions d'intérêt général (**MIGAC**)
- supervision de la **situation financière** des établissements de santé

3 opérateurs pour la DGOS
L'agence nationale d'appui à la performance (ANAP),
l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH)
et le centre national de gestion (CNG)

... la formation et l'exercice des professionnels de santé

- conception des référentiels d'**activités** et des **compétences** des professionnels de santé
- définition des dispositifs, des contenus, du financement des **formations** initiales et du développement professionnel continu (**DPC**)
- définition des **statuts** des professions de santé
- pilotage de la **démographie** des professionnels et de leur répartition sur le territoire, élaboration de **mesures incitatives** à l'installation et à l'exercice
- développement de la **coopération** entre professionnels et des transferts de compétences

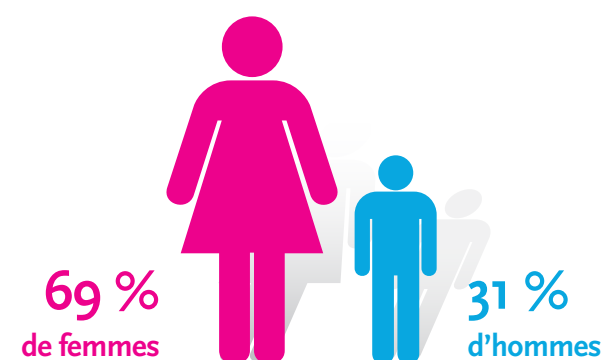
- anticipation et définition des « **métiers émergents** » en santé
- organisation du **dialogue social** hospitalier et de la **qualité de vie** au travail

... les droits des patients et des usagers de la santé

- développement de l'**information** et de la **communication** sur les droits dans le cadre du service public d'information en santé
- meilleure prise en compte de la **représentation** des usagers dans l'organisation de l'offre de soins
- identification, soutien et accompagnement de **démarches** innovantes et exemplaires sur les droits

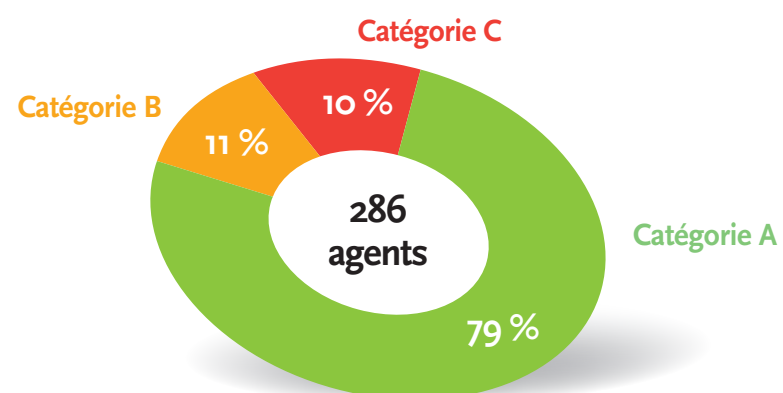
› Les chiffres clés de la DGOS en 2013

Répartition femmes/hommes



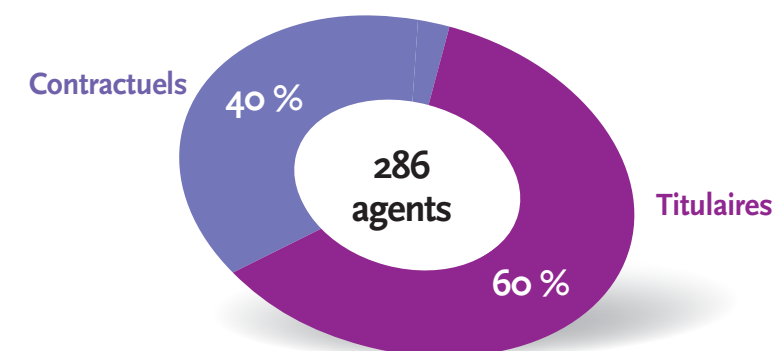
286 agents

Répartition par catégorie

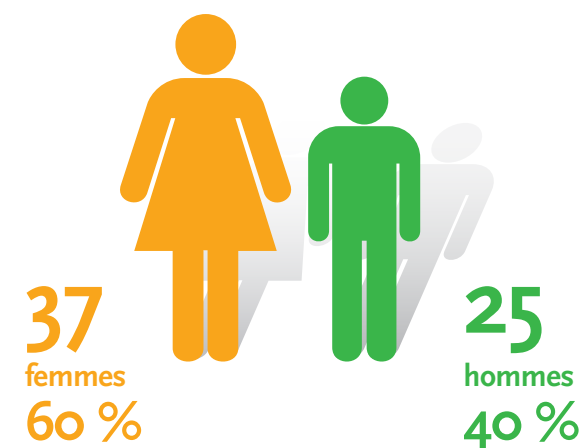


45 ans
d'âge moyen pour les agents

Répartition titulaires/contractuels



Encadrement



Formation

Un taux de
59 %
des agents ayant suivi
une formation

Textes

La participation à l'élaboration de **4 lois**

- › la loi du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale
- › la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques
- › la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance
- › la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

49 circulaires

60 instructions

45 décrets

17 décisions

L'accompagnement des acteurs dans le changement et la modernisation du système de santé

« Année de lancement et de préparation de la stratégie nationale de santé, 2013 restera marquée par la volonté de rénover en profondeur notre système de santé au bénéfice des patients, en développant la prévention, en facilitant le parcours des patients et en renforçant la démocratie sanitaire. »

Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins

Les réformes impulsées en 2013 ont l'ambition de réformer profondément et durablement notre système de santé qui, s'il reste reconnu et envié, a vieilli. Quelle a été l'implication de la DGOS en 2013 dans ce domaine ?

L'action de la DGOS est, depuis sa création, toute entière tournée vers une approche globale de l'offre de soins fondée sur la structuration du 1^{er} recours et des parcours de santé*, la recherche de l'efficience et de la meilleure qualité de la prise en charge et ce, dans le cadre contraint de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

En ce sens, les équipes de la direction ont inscrit leur action en 2013 dans le prolongement de celles menées jusqu'alors, tout en affinant leur pilotage pour le rendre toujours plus performant. L'année restera marquée par la volonté de rénover en profondeur notre système de santé au bénéfice des patients, en développant la prévention, en facilitant le parcours des patients et en renforçant la démocratie sanitaire. J'en veux pour preuve la mise en place effective des engagements du pacte territoire santé* ou les travaux de 2 instances phares : le comité performance et modernisation (COPERMO)*, qui valide les aides nationales à l'investissement proposées à la ministre et suit les établissements en difficulté et le comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH)*, qui prépare et concerte les évolutions des modèles de financement des établissements —. Mais aussi et surtout, le lancement par Marisol Touraine de la stratégie nationale de santé*, qui définit le cadre de l'action publique pour les années à venir afin d'apporter des réponses concrètes aux défis liés au vieillissement de la population, à l'explosion des maladies chroniques ou à la démographie des professionnels de santé.

Cette stratégie nationale de santé est une véritable refondation de notre système de santé. L'ambition est

forte : réduire les inégalités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et préserver le plus haut niveau d'excellence dans la qualité des soins*, dans l'enseignement, dans l'innovation et la recherche*, dans l'investissement et la modernisation des structures de prise en charge*, par des modalités nouvelles et inventives de prise en charge des patients.

C'est dire si la DGOS, la direction du ministère la plus concernée par la stratégie nationale, a dû intensifier son action pour préparer et mettre en œuvre concrètement ses 1^{ers} chantiers au titre de l'offre de soins : qu'il s'agisse de la « révolution du 1^{er} recours » avec le pacte territoire santé, de la promotion de la médecine de parcours traduite dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et des travaux autour du projet de loi santé*.

La mise en œuvre du pacte territoire santé a mobilisé l'ensemble des équipes en 2013. Quel bilan peut-on en dresser, selon vous ?

Le pacte territoire santé, dynamique qui trouve pleinement sa place au sein de la stratégie nationale, vise 3 objectifs essentiels : faire évoluer les conditions d'exercice des médecins, encourager leur installation dans les territoires isolés et réinvestir dans ces derniers.

Au terme de sa 1^{ère} année de mise en œuvre, les résultats de cette démarche pragmatique sont là : près de 600 contrats



• Armelle Abanes • Sophie Alleaume • Alban Amselli • Christophe Andreoletti • Cécile Anglade • Stéphane Archambault • Monia Arkam • Antoinette Arvoir • Gérald Astier • Michèle Audéoud-Fauris • Amandine Aurore • Julie Azard • Anne-Alexandra Babu • Sylvain Baillot • Cécile Balandier • Marie-Louise Bandecchi • Claude Barat • Hélène Baret • Nathalie Barlaud • Julie Barrois • Rolande Batschelet • Denise Bauer • Maëlla Beddou • Cécile Behaghel • Ghislaine Bellemare • Evelyne Belliard • Chantal Bénard • Jihane Bendaira • Sophie Benidjer • Alexandre Bertrand • Guillermo Bescos • David Béthoux • Bast Bidar • Sandrine Billet • Jean-Pierre Blériot • Patricia Blondel • Chrystèle Bodo • Ingrid Boinet • Marc Bouche • Aurélien Bouchet • Guy Boudet • Claire Bouinot • Nicole Bouny • Salloua Brahmi • Jean-Marc Braichet • Sylvia Breton • Odile Brisquet • Christine Bronnec • Catherine Caidis • Jean-Etienne Caire • Ansouman Camara • Stéphane Camara • Cédric Carbonneil • Philippe Carré • Yoann Carrey • Martine Cavaillé • Michel Chanélière • Michel Chapon • Aurélien Chauveau • Sylvie Chauvin • Laëtitia Chevalier • Marie Cianelli • Laurence Cluzel • Laetitia Collombet • Frédérique Collombet-Migeon • Edith Coma • Hui-Quan Cong • Clément Corriol • Isabelle Couailler • Hélène Coulonjou • Nathalie Crégut • Déborah Cvetojevic • Anne Dardel • Clara de Bort • Gilles de Kermenguy • Guyonne de Moucheron • Florence de Saint-Martin • Hervé de Trogoff • Jean Debeaupuis • Adrien Debever • Pauline Dejouany • Christiane Delahay-Billon • Laurence Delpla • Hélène Delsol • Samuel Deluze • Yves Denizot • Christiane Denner • Michelle Depinay • Michèle Desbrée • Charlotte Desprairies • Pascale Dhote-Burger • Fathia Djakliou • Sandra Doreau • Marie-Christine Douzima • Adrien Dozol • Valérie Drouvot • Claire du Merle • Eléonore Dubois-di Macario • Virginie Dubos • Pierre Duclos • Lucie Dufour • Denis Dupend • Jérôme Dupont • Christian Dupuis • Muriel Eliaszewicz • Karine Eliot • Catherine Eluud • Grégory Emery • Jean-Luc Eschemann • Sophie Esteves • Corinne Fanet • Felix Faucon • Laëtitia Faveraux • Florence Favre • Dorothee Fébi • Elisabeth Fernandes • Rachel Ferrari • Sophie Figueroa • Laurence Florentin • Arnaud Fouchard • Nathalie Fouquet • Alexandra Fourcade • Fabrice Frain • Marion Fumex • Laurent Gadot • Ariane Galaup-Paci • Christelle Gallo • Brigitte Garbi • Mireille Garcia • Violette Garcia • Christine Gardel • Dominique Gaucher • Thibault Gerdil-Margueron • Marine Gey • Béatrice Gicquère • Hugo Gilardi • Dominique Gillet • Chantal Girard • Oumou Goloko • Manuela Goncalves • Bastien Gondre • Emilie Gonzales • Gérard Gonzalez • Pierre-Benjamin Gracia • Sarah Grammatyka • Nathalie Grenet • Anne-Sophie Grobost • Stéphane Grossier • Ronan Guéheneuf • Anne-Marie Guieysse • Gilles Hebbrecht • Martine Hébrard • Emmanuelle Hédouin • Nathalie Heid • Francine Hieu • Véronique Huet • Laura Huguet • Aurélie Ingelaere • Renée Isambert • Hélène Jevdjenijevic • Franck Jolivaldt • Laëtitia Joulins • Mathieu Joyau • Edouard Julian • Sylvie Kinet • Jennifer Koch • Paule Kujas • Thierry Kurth • Anne L'Hostis • Jean-Paul Ladet • Julie Lagrave • Véronique Lallement • Catherine Larose • Dominique Lasauge • Bernard Laurent • Marie-Andrée Lautru • Yannick le Guen • Mikaël le Moal • Raymond le Moign • Anne-Marie le Roy • Elodie Lebars • Aurélie Lebourgeois • Chantal Lechevalier • Sonia Lédée • Natacha Lemaire • Michèle Lenoir-Salfati • Isabelle Lenours • Yann Lequet • Dominique Leterrier-Bonodeau • Antoine Letiers • Yann Lhomme • Guy Limeul • Agnès Lordier-Braut • Didier Lourde • Olivier Louvet • Noël Lucas • Emmanuel Luigi • Florence Lys • Anne-Noëlle Machu • Philippe Magne • Karima Mahida • Mona Mahida • Clémence Mainpin • Marie-Agnès Mamy • Jonathan Mancier • Stéphane Manton • Isabelle Manzi • Marielle Marbach • François Marchand • Dominique Mariolle • Dominique Martin • Cécilia Mateus • Isabelle Mathurin • Christine Matraglia • Odile Maurice • Laetitia May • Françoise Mégas • Jean-Philippe Mengual • Hortense Mercier • Claudine Mercier • Carole Merle • Catherine Meunier • Elodie Michaudet • Dominique Monguillon • Isabelle Monnier • Hervé Monnou • Marie-Odile Moreau • Benoît Murlat • Jean-Marc Nadal • Julie-Alexia Naudon • Rachel Nemausat • Charlotte Neuville • Stéphanie Nguebou • Ginette Niaré • Nathalie Nizan • Aurélie Olivier • Annie Ollivier • Isabelle Oriez • Christine Orsi • Dominique Osselin • Vedrana Pajevic • Marion Paufigues • Sandrine Pautot • Erell Pencreac'h • Hans-Sébastien Perez • Michèle Perrin • Sandrine Perrot • Isabelle Petit • Dominique Peton Klein • Pascal Pfister • Sophie Piveteau • Emmanuel Planchet • Nadège Poirel • Christopher Poisson • Martine Pommier • Patrick Pourias • Nathalie Poyau • Isabelle Prade • Samuel Pratmarty • France Quatremaire • Murielle Rabord • Josiane Racine • Perrine Ramé-Mathieu • Corinne Régnard • Justine Renon • Myriam Reynaud • Catherine Riegel • Edith Riou • Elise Riva • Isabelle Roux • Alain Ruud • Patricia Rucard • Carole Ruelle • Emilie Salmon • Valérie Salomon • Yasmine Sammour • Serge Sanchez • José Sanchez-Gonzalez • Chérifa Santangelo • Eric Sanzalone • Stéphanie Sarkis • Evelyne Satonnet • Marion Sauvage • Céline Schmidt • Cécile Schnebelen • Nathalie Schneider • Jean-Baptiste Seblain • Eléonore Sellier • Marie Sengelen • Zahra Serhouchni • Meryem Serji • Marie Sevin-Bourcy • Bamdad Shaban • Amandine Sibois • Johan Sinivassane • Faranhaz Soroush • Marjorie Soufflet-Carpentier • Pérola Spreux • Christine Tacon • Marie-Louise Theetten • Christel Thorel • Christian Thuillez • Odile Tillon-Fauré • Robert Touret • Eliane Toussaint • Adeline Townsend • Magali Tribodet • Eric Trottmann • Christine Tual • Ghislaine Turcan • Estelle Uzureau-Husson • Lydia Valdès • Delphine Vallet • Huguette Vallet • Martine Vassaux • Patrice Vayne • Claude-David Ventura • Anaïs Vermeille • Jocelyn Vidon-Buthion • Anne Vitoux • Catherine Voulgaris • Hiệp Vu Thanh • Chantal Vuldy • Elisabeth Wetstein • Jean-Marc Wydryck

d'engagement de service public (CESP) signés* et 180 praticiens territoriaux de médecine générale installés* à fin 2013, un référent installation identifié dans chaque région, plus de 750 structures d'exercice coordonné – maisons et centres de santé* –, le renforcement notable de l'accès aux soins urgents* pour un million supplémentaire de Français...

Je rends hommage ici à l'ensemble des équipes de la DGOS pour le travail considérable qu'elles ont accompli en relation étroite avec nos interlocuteurs, les professionnels et les établissements de santé. Je salue également toutes les équipes des agences régionales de santé (ARS) dont l'implication sans relâche a permis d'atteindre ces résultats très encourageants.

La stratégie nationale de santé va forcément accélérer la conduite de cette politique?

Elle représente indéniablement un levier puissant pour nous permettre de poursuivre et d'amplifier la dynamique engagée car pour gagner la bataille, nos efforts doivent s'inscrire dans le temps. La stratégie nationale de santé sera une réforme durable, qui confortera les parcours de santé – et donc la coordination et la complémentarité des professionnels et des structures – dans notre système de soins, grâce à une prise en charge de proximité dans la continuité. C'est une réforme structurante pour l'ensemble de notre système de santé: ses résultats se devront d'être à la hauteur des attentes placées en elle!

*Lire les fiches correspondantes



Le comité de direction en 2013-14 : Gérard Gonzalez, Samuel Pratmarty, Michèle Lenoir-Salfati, Christian Thuillez, Jean Debeaupuis, Valérie Salomon, Stéphane Grossier, Félix Faucon, Yannick le Guen, Jean-Marc Braichet

La qualité, levier indispensable de la régulation du système de santé

« Renforcer le rôle du patient – de mieux en mieux éclairé – et en faire l'un des régulateurs de l'offre de soins est aujourd'hui possible. »

Félix Faucon, chef de service, adjoint au directeur général de l'offre de soins

En quelques années, la notion de qualité des soins a notablement évolué en intégrant les points de vue des différents acteurs, en particulier celui des patients. En quoi cela peut-il impacter le système de soins?

Faire de la qualité un levier de la régulation est d'abord un enjeu de démocratie sanitaire. La liberté de choix du patient constitue en effet l'une des « mains invisibles » qui régulent l'offre de soins par le biais de la qualité. Cette liberté de choix s'exerce en général selon 2 critères déterminants: la proximité géographique de la prise en charge et – souvent de façon prépondérante – la qualité supposée de cette prise en charge. Qu'il s'agisse de la réputation d'un professionnel de santé en particulier ou d'un établissement pris dans son ensemble.

La sensibilité des usagers aux informations disponibles sur la qualité des établissements de santé se mesure à travers l'augmentation systématique du tirage des revues grand public dès lors qu'elles publient des classements sur ces sujets. Mais le moins que l'on puisse dire est qu'ils sont parfois construits sur des bases méthodologiques assez floues.

Il y a donc une vraie concurrence par la qualité sur le champ de la santé et cette concurrence, pour être vertueuse, suppose que l'information à mettre en permanence à la disposition du public soit robuste méthodologiquement et déontologiquement. Mais aussi, adaptée à ses attentes et aux différents niveaux de lecture requis. A ce titre, l'exemple de l'intégration du site Plaines dans la plateforme Scope Santé*, pilotée par la haute autorité de santé (HAS) et ouverte fin 2013, participe de la réalisation de cet objectif.

Les patients auraient donc un rôle important à jouer sur la qualité de leur propre prise en charge?

Grâce aux efforts portés par les communautés hospitalières depuis plus de 20 ans, les progrès accomplis sur le champ de la mesure de la qualité sont

considérables. Il devient faisable de franchir une nouvelle étape en diffusant vers le grand public des informations lui permettant de mieux apprécier la qualité des opérateurs de soins. Cela, tout en faisant évoluer au sein des établissements l'ingénierie de la qualité davantage pilotée par des indicateurs de résultats*.

Renforcer le rôle du patient – de mieux en mieux éclairé – et en faire l'un des régulateurs de l'offre de soins est aujourd'hui possible. Ceci ne peut qu'amplifier l'effet de levier déjà joué par la publication des résultats des indicateurs de qualité opposables, les opérateurs de soins étant extrêmement soucieux de leur réputation. Il s'agit là du levier principal mobilisé par le projet IFAQ* (Incitation financière à l'amélioration de la qualité), qui a concerné 220 établissements en 2013 et s'étendra à 500 établissements fin 2014.

En quoi ce projet est-il exemplaire des travaux menés par les pouvoirs publics pour inscrire la qualité au cœur de la régulation des soins?

Dès le départ, la DGOS a souhaité que ce projet soit co-piloté par la HAS et que le modèle soit construit par des experts reconnus – en l'occurrence, l'équipe COMPAQH de l'INSERM – et en toute transparence grâce à une association étroite d'experts mandatés par l'ensemble des fédérations. Notamment pour prévenir tout risque de favoriser, volontairement ou non, telle catégorie d'établissement plutôt que telle autre. A ce stade, le projet IFAQ apporte



la preuve qu'il est possible de travailler de façon ouverte et partagée, y compris sur des sujets très complexes !

La réduction des redondances territoriales et la spécialisation des acteurs, les coopérations nécessaires et la médecine de parcours qui exige des patients d'être mieux observants et de s'inscrire dans des processus de soins protocolisés, pourraient au fil du temps réduire l'émulation entre acteurs, nourrie notamment par la liberté de choix du patient. C'est pourquoi le projet IFAQ,

la V2014 de la certification des établissements et les évolutions du droit des autorisations à inscrire dans la future loi de santé vont concourir à développer la culture de la qualité, perçue par tous comme un processus d'amélioration continue dont les exigences ne cesseront d'être rehaussées au fil du temps. Ce faisant, sera conforté le rôle de la qualité comme l'un des leviers majeurs de la régulation de l'offre de soins.

**Lire les fiches correspondantes*

Pour les opérateurs de la DGOS, l'année 2013 fut marquée par la volonté de s'intégrer mieux encore et de façon déterminée dans le système de santé. Poursuivant les missions qui leur sont confiées, ils ont également réussi à faire reconnaître leur place et leur rôle en renforçant l'alignement stratégique de leur positionnement.

Une expertise indispensable à nos côtés, les opérateurs de la DGOS : l'ANAP, l'ATIH, le CNG



L'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux

Depuis sa création en 2009, les nombreuses réalisations de l'ANAP témoignent de la diversité

des approches et de l'ampleur des efforts accomplis par les professionnels pour contribuer à améliorer le système de santé français. En 2013, l'ANAP a poursuivi son action et confirmé son rôle de coordinateur, de facilitateur, de catalyseur auprès des établissements : cela, en diffusant largement une culture de la performance basée sur les outils constitués avec les acteurs.

Désormais, l'expertise de l'ANAP est régulièrement mobilisée par les pouvoirs publics pour l'accompagnement de programmes nationaux : Hôpital numérique*, projet PAERPA* (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), programme FIDES (Facturation individuelle

des établissements de santé), gestion des lits*. Ses travaux concourent également aux décisions d'instances nationales : comité performance et modernisation hospitalière (COPERMO)* de l'offre de soins hospitaliers ou comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH)*. Ainsi, certaines de ses expertises ont contribué au rapport 2013 de la cour des comptes.

L'amélioration de la performance du système de santé – nécessairement transversale – exige une grande coordination entre de nombreux acteurs dont le conseil d'administration de l'ANAP, dans sa pluralité, est le garant. En effet, il est composé de 5 directions d'administration centrale, des financeurs et des fédérations représentatives des établissements sanitaires et médico-sociaux. Ce mode de gouvernance et l'autonomie qu'il confère, ainsi que les responsabilités structurantes de l'ANAP dans la mise en œuvre de politiques nationales de santé, ont conduit le conseil d'État, dans son étude annuelle 2012 intitulée « Les agences : une nouvelle gestion publique ? », à classer l'ANAP parmi les 103 agences nationales qui « exercent l'État autrement ».

**Lire les fiches correspondantes*

www.anap.fr



L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Missions de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : collecter, analyser et restituer les données des établissements de santé, gérer les dispositifs techniques de financement et participer à l'élaboration des nomenclatures de santé.

En 2013, l'ATIH a affirmé sa volonté de rendre ses missions plus visibles et plus accessibles.

Gagner en visibilité est passé par la refonte du site internet, vitrine de l'agence, entièrement actualisé en termes graphique et ergonomique.

Diffuser ses informations à un public plus large a été

possible par la contribution de l'agence à la création du site Scope santé* piloté par la haute autorité de santé (HAS), qui présente les données de qualité de prise en charge des établissements.

Rendre plus lisible la restitution des données collectées s'est concrétisé par l'optimisation de la plateforme SNATIH, avec une meilleure organisation des informations en ligne. L'outil a également été enrichi par des restitutions médico-économiques en psychiatrie, qui génèrent des données structurées facilitant la connaissance de l'activité. Des informations plus fines sur un champ plus large ont été mises à disposition des agences régionales de santé (ARS).

Pour son nouveau contrat d'objectifs et de performance 2014-16, l'enjeu majeur de l'ATIH sera de produire les indicateurs nécessaires pour répondre aux orientations de la stratégie nationale de santé*. En concevant des outils souples et évolutifs, l'ATIH devra fournir à ses partenaires des informations toujours plus précises grâce à des systèmes de recueil intelligents et intégrés dans l'environnement des établissements.

**Lire les fiches correspondantes*

www.atih.sante.fr



Le centre national de gestion (CNG) des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

En 2013, le CNG a à la fois conforté son engagement institutionnel et amplifié ses activités pour moderniser, accompagner et soutenir la politique d'organisation de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale, mais aussi poursuivre la gestion statutaire de quelque 60 000 praticiens hospitaliers et personnels enseignants et universitaires – pour la partie hospitalière de leur activité – et de plus de 5 800 directeurs de la FPH.

Pour la 1^{ère} fois, il a organisé le concours national de recrutement des personnels enseignants et hospitaliers, conjointement avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR). Il a également renforcé la sécurisation de l'organisation de 20 concours nationaux médicaux et administratifs tout en lançant le chantier ambitieux des épreuves classantes nationales (ECN) informatisées en lien, notamment, avec le MESR, la DGOS et les universités.

Le dialogue social avec les 3 corps de directeurs a été intensément nourri avec l'organisation de 6 comités consultatifs nationaux. Les autorisations nationales d'exercice des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes diplômés hors union européenne ont généré une activité en augmentation de 25% par rapport à 2012. Par ailleurs, le dispositif des contrats d'engagement de service public (CESP)* en médecine s'est étendu aux étudiants en odontologie*.

La mission d'éclairage des pouvoirs publics a donné lieu à la production de nouvelles données statistiques valorisées à des fins de prospective et d'analyse des professionnels gérés.

Enfin, un colloque national a été organisé pour présenter les enjeux, le bilan et les perspectives des dispositifs d'accompagnement mis en place depuis 5 ans par le CNG.

Tous ces dossiers phares sont sous-tendus pas la poursuite d'objectifs stratégiques visant à conforter la position du CNG au cœur du pilotage national du système sanitaire, social et médico-social ainsi que la mise en œuvre des politiques de modernisation de la gestion des ressources humaines. À cet égard, il entend poursuivre sa contribution essentielle à l'adaptation nécessaire des compétences des professionnels suivis aux évolutions de leur environnement professionnel.

**Lire la fiche correspondante*

www.cng.sante.fr

L'année 2013 vue par... Gérard Gonzalez,

chef du département
stratégie ressources (DSR)



2013, année pour le DSR à la fois de chantiers arrivés à maturité et de lancement de démarches innovantes. Parce qu'ils ont fait évoluer la culture du milieu et bouger les lignes, il faut citer d'abord tous ceux relatifs à la démocratie sanitaire: la labellisation et le concours annuel «Droits des usagers de la santé» au succès toujours grandissant, mais aussi le guide pratique coédité avec le défenseur des droits* pour une meilleure information et orientation dans le système de santé. Sans oublier la montée en charge, assurée par des financements pérennisés, des espaces éthiques régionaux et interrégionaux couvrant désormais le territoire – y compris les outre-mer – et faisant progresser, par la mise en place de lieux de formation, de documentation et de dialogue, la réflexion sur les questions d'éthique en santé. Autre chantier abouti: la coopération internationale* favorisant des échanges soutenus – et réguliers – avec notamment la Chine, le Brésil et la Russie, renforçant ainsi l'influence française en matière d'organisation sanitaire. 2013 aura aussi vu confirmé le rôle essentiel joué par le DSR dans l'anticipation et l'accompagnement des évolutions, en renforçant la capacité de veille et de prospective de la DGOS. Une veille «métier» qui a fait progresser, à un moment où le système de soins va connaître des évolutions majeures, la connaissance des mutations sanitaires et des innovations en France et à l'étranger: cela, avec l'enrichissement permanent de l'infocentre «Ariane web DGOS» – qui dispose aujourd'hui de*

plus de 1500 documents – et avec l'organisation des «matins de la prospective», rencontres thématiques sur l'offre de soins de demain entre professionnels, chercheurs, industriels et administration. Cette fonction de veille a également assuré l'alignement stratégique du positionnement de l'ANAP, de l'ATIH et du CNG et renforcé leur coordination institutionnelle: leurs contrats d'objectifs et de performance – arrivant à échéance en 2013 – ont fait l'objet d'un bilan de réalisation puis de l'identification de nouveaux objectifs pour les 3 ans à venir, en congruence avec la stratégie nationale de santé. Malgré la contrainte économique, la mobilisation des fonctions supports RH, budget et logistique a garanti la capacité de performance interne de la direction: dynamisme des recrutements, recherche de compétences, formation ont permis d'atteindre un très faible taux de vacance des emplois au sein de la DGOS. Par ailleurs, le financement des stages en ambulatoire des étudiants en médecine a été maintenu à la hauteur des priorités ministérielles par la gestion optimisée des crédits d'État consacrés à l'offre de soins. Des chantiers innovants ont été lancés: une convention fixant des objectifs de gouvernance éco-responsable des établissements de santé et médico-sociaux dans le domaine du développement durable, sous l'égide de la stratégie de transition écologique, le principe des déclarations publiques d'intérêts étendu à l'encadrement de la direction ainsi qu'aux membres des commissions placées auprès de la ministre ou encore le projet PEGASE sur la dématérialisation du traitement du courrier et des documents au sein de la direction. Une activité foisonnante rendue possible par l'intensité des efforts déployés par tous les collègues du département, avec une ligne de force: favoriser la coordination et la transversalité, les meilleures conditions de fonctionnement et de travail possibles, la performance interne et la valorisation des politiques mises en œuvre par une communication adaptée. Un grand merci à toutes celles et à tous ceux qui, au quotidien, travaillent en ce sens!*

*Lire les fiches correspondantes



Une partie des équipes du département stratégie ressources (DSR)

› Les temps forts 2013

14 février



Lancement par Marisol Touraine du programme national pour la sécurité du patient*

14 mars



Célébration des 20 ans du programme hospitalier de recherche clinique*, en présence de Marisol Touraine

6 mai



6^{ème} édition de la «mission mains propres»*

28 mai



Publication du 1^{er} atlas des systèmes d'information hospitaliers* dans le cadre des salons de la santé et de l'autonomie

28 - 30 mai



Participation de la DGOS à la 1^{ère} édition des salons de la santé et de l'autonomie

29 mai



Conférence de presse de Jean Debeaupuis sur la situation financière des hôpitaux publics*

30 août



Intervention de Marisol Touraine devant les représentants de la médecine d'urgence*

3 septembre



Signature du 1^{er} des 200 contrats de praticien territorial de médecine générale*

12 septembre



Lancement de la vague 3 d'ARMEN du programme PHARE* sur les achats hospitaliers

23 septembre



Lancement de la stratégie nationale de santé* par Marisol Touraine et Geneviève Fioraso

25 - 29 novembre



3^{ème} édition de la semaine de la sécurité des patients*

27 novembre



Lancement du site Scope Santé* dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients

6 décembre



4^{ème} cérémonie de remise des prix du concours annuel «Droits des usagers de la santé»*

13 décembre



1^{er} anniversaire du pacte territoire santé*

13 décembre



Séminaire d'étape sur le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité*

30 décembre



Entrée en vigueur de la 1^{ère} vague de certification des comptes d'hôpitaux publics*

Point d'orgue de l'année 2013 : l'annonce par Marisol Touraine, le 23 septembre, de la stratégie nationale de santé, qui reconsidère l'organisation du système dans sa globalité. Prévention, «révolution du 1^{er} recours», innovation, démocratie sanitaire... Le point sur cette feuille de route de la santé à 10 ans.

Une transformation en profondeur de notre système de santé : la stratégie nationale de santé

« Dans 10 ans, les progrès technologiques auront révolutionné les soins, l'hôpital sera numérique, les soins centrés sur l'ambulatoire et la médecine de parcours aura été généralisée. »

Valérie Salomon, conseillère technique du directeur général de l'offre de soins

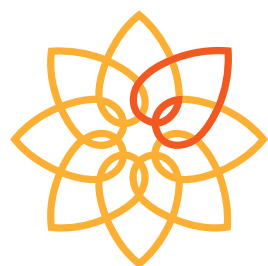


En septembre 2013, Marisol Touraine a lancé officiellement la stratégie nationale de santé, qui dote pour la 1^{ère} fois la France d'une dynamique globale mobilisant tous les acteurs pour prévenir et faire reculer la maladie, accompagner et soigner, éduquer et informer, organiser et financer. Pourquoi une démarche d'une telle ampleur ?

L'allongement de l'espérance de vie constitue le changement majeur auquel notre système de santé aura à faire face : en 2050, un Français sur 3 aura plus de 60 ans. Ce défi, de même que la forte expansion du nombre de maladies chroniques, exigent une organisation des soins adaptée. Par ailleurs, les professionnels de santé ont changé, eux aussi : leurs aspirations, leurs attentes quant à la qualité et aux modalités de leur exercice – qu'ils soient médicaux ou non, hospitaliers ou libéraux – doivent être entendues et prises en compte.

De fait, notre système de santé – qui demeure reconnu pour sa qualité – présente des limites : trop peu préventif, cloisonné, disparate en termes de pertinence des actes médicaux*. L'enjeu est donc de refonder notre système de santé pour améliorer concrètement l'état de santé des Français, notamment des plus défavorisés. Cette refondation s'inscrit dans la durée : d'ici 2025, nous devons avoir supprimé les inégalités de santé et les barrières entre prévention, soins de ville, soins hospitaliers, accompagnement médico-social. La réforme nécessite la

*Lire les fiches correspondantes



STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

coordination de tous ! Et cela, dans un seul objectif : la mise en place progressive des parcours de santé*, garantissant une approche globale, la convergence des moyens et des organisations, la continuité de la prise en charge. Dans cette optique, la DGOS a également travaillé à l'évolution des organisations et des financements pour optimiser les hospitalisations et faciliter la mise en place concrète des parcours.

La stratégie nationale repose sur 3 piliers : la priorité donnée à la prévention et à l'action sur les déterminants de santé, l'organisation des soins autour des usagers et la garantie de son égalité d'accès par les parcours de santé et, enfin, le renforcement de l'information et des droits des patients. La DGOS étant plus particulièrement concernée par les 2 derniers axes.

Comment la DGOS s'est-elle saisie de cette stratégie nationale de santé ?

Préalable indispensable : faire connaître la stratégie nationale pour faire clairement émerger aux yeux de tous les enjeux et les objectifs et pouvoir travailler en mode « SNS ». Ensuite, des chantiers ont été ouverts par le cabinet de la ministre et les pilotes, identifiés. Ainsi, la DGOS assure le pilotage d'une majorité de chantiers et a défini les actions à conduire pour accompagner la transformation de l'offre et de l'organisation des soins. La préparation du projet de loi santé* découle de ces travaux, actuellement en cours.

S'agissant du 2^{ème} pilier de la stratégie, Marisol Touraine évoque une « révolution du 1^{er} recours » : comment cela se traduit-il dans les faits ?

Des dynamiques préexistantes à la stratégie – également portées par Marisol Touraine – ont été intégrées à cette dernière. C'est le cas par exemple du pacte territoire santé*, dont les 12 engagements autour des conditions d'exercice des médecins et de leur installation dans les territoires isolés contribuent, de manière pragmatique, à la lutte contre les « déserts médicaux » et à l'amélioration de l'accès aux soins. Les résultats sont là !

Autre dynamique intégrée à la stratégie : le programme national de sécurité des patients*, qui permet de veiller à la qualité des prises en charge grâce à l'implication des patients ainsi qu'à l'évolution des formations et des modes de travail des professionnels.

Ce dernier axe autour des professionnels est capital pour définir une organisation des soins plus attractive et plus souple à leur égard : c'est tout le sens des mesures de la stratégie liées à l'évolution et au décloisonnement de la formation, à la promotion du travail en équipe et aux transferts de compétences, à la pratique de stages auprès des acteurs du 1^{er} recours... Capital aussi pour une organisation des soins plus efficace et adaptée aux exigences de la médecine moderne. Cela passe par des échanges facilités entre professionnels : la stratégie prend ainsi à son compte les avancées permises par la e-santé, notamment dans le domaine de la télémedecine*. Capital, enfin, pour une organisation des soins tournée vers l'innovation, avec une 1^{ère} étape franchie : désormais, les maisons et les centres de santé pourront porter en propre des projets de recherche*.

Qu'en est-il du 3^{ème} pilier de la stratégie nationale de santé, consacré au renforcement de la démocratie sanitaire et des droits des patients ?

De novembre 2013 à février 2014, plus de 200 « forums régionaux de santé » se sont tenus sur tout le territoire, au cours desquels la stratégie nationale y fut présentée, débattue et enrichie des contributions de chacun. Autant de contributions qui s'ajouteront aux travaux menés par le ministère et alimenteront le futur projet de loi de santé, dont certains articles devraient faire progresser la représentation des usagers et, ainsi, l'effectivité de leurs droits* – notamment en établissement de santé –. Sans oublier l'accès plus ouvert aux données de santé. Par ailleurs, Marisol Touraine a confirmé son souhait de voir créé le service public d'information en santé, « GPS santé » facilitant l'accès, territoire par territoire, à l'offre de soins proposée.

La dynamique de la stratégie nationale de santé est toute entière tournée vers l'avenir. Dans 10 ans, les progrès technologiques auront révolutionné les soins, l'hôpital sera numérique et les soins centrés sur l'ambulatorio. La médecine de parcours aura été généralisée. Autant de challenges à relever pour la DGOS dès maintenant !

**Lire les fiches correspondantes*

Le renforcement de la connaissance de leurs droits par les patients et, au-delà, celui de la démocratie sanitaire – c'est-à-dire l'association de l'ensemble des usagers à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé – est un volet à part entière de la stratégie nationale de santé, sur lequel la DGOS a intensifié son action depuis quelques années déjà.

Les droits des usagers plus lisibles tout au long des parcours de santé

« En santé comme ailleurs, le 1^{er} droit, c'est de connaître ses droits : la DGOS y contribue ! »

Alexandra Fourcade, cheffe de la mission usagers de l'offre de soins, Sandrine Perrot et Sandra Doreau, chargées de mission, Mireille Garcia, rédactrice



Alexandra Fourcade

La stratégie nationale de santé comporte un volet entier consacré à l'implication des citoyens et au renforcement de l'information et des droits des usagers. En quoi l'action de la DGOS s'inscrit-elle dans cet élan ?

Lors du lancement de la stratégie nationale en septembre 2013, Marisol Touraine a annoncé la tenue sur tout le territoire de « forums régionaux de santé », au cours desquels chacun a pu participer et apporter sa contribution aux débats pour alimenter les réflexions. A compter de cette annonce et à l'appui de l'expérience des espaces de réflexion éthique régionaux, la DGOS s'est elle-même mise en ordre de marche fin 2013 pour organiser, en collaboration avec la direction générale de la santé (DGS), un séminaire d'information et de formation sur le débat public en santé. Celui-ci s'est tenu le 4 mars 2014, jour anniversaire de la loi de 2002 sur les droits des malades. En présence d'une centaine de représentants institutionnels et professionnels – dont ceux du comité consultatif national d'éthique (CCNE) et de la commission nationale du débat public (CNDP) –, il a permis de clarifier la notion de débat public et de proposer des repères méthodologiques et pratiques.

Associer les patients, c'est leur permettre de mieux se repérer dans l'offre de soins. Dans le cadre de la stratégie nationale, la ministre a également



Sandrine Perrot et Nadège Poiriel



confirmé le principe d'un service public d'information en santé. À cet égard, la DGOS a d'ores et déjà posé l'une des « briques » de ce dispositif par le biais de Scope Santé*, piloté par la haute autorité de santé (HAS). Mais elle a également enrichi son espace internet consacré aux droits des usagers de la santé** – autre brique

de ce dispositif – notamment par la publication d'un guide pratique à destination du grand public.

En quoi ce guide pratique peut-il contribuer à renforcer concrètement les droits des usagers de la santé ?

Plusieurs sondages et rapports récents confirment le déficit de connaissance du grand public et des professionnels de santé sur les droits en santé : en 2011, 70% des personnes interrogées déclaraient ne pas savoir ce qu'étaient ces droits et 44% pensaient devoir obligatoirement demander l'autorisation de leur médecin pour accéder à leur dossier médical. Les professionnels de santé, s'ils sont favorables à l'exercice de ces droits, restent très démunis pour leur application dans la pratique quotidienne, faute de temps ou de formation.

C'est sur la base de ce constat que la DGOS a engagé, en étroite collaboration avec les services du défenseur des droits, la rédaction d'un guide pratique intitulé « Usagers : votre santé, vos droits », qui répond aux questions les plus fréquemment soulevées en apportant une information claire et précise. Structuré autour de 5 thématiques – l'accès aux soins, le patient acteur de sa santé, l'information sur la qualité des soins, l'information sur la fin de vie, l'exercice des droits –, le guide se compose de 26 fiches pratiques et pédagogiques, résumant les points clés à retenir ainsi que les contacts à prendre. Entièrement disponibles en ligne, les fiches ont également été conçues pour orienter l'internaute vers les principales sources d'information existantes, y compris en région.

Le guide a bénéficié, au sein du ministère, des apports de la DGS et de la direction des affaires juridiques (DAJ) et de l'appui de la délégation à l'information et à la communication (DICOM). Mais aussi, de la relecture de différents partenaires – conférence nationale de santé (CNS), collectif interassociatif sur la santé (CISS), HAS, office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Il sera complété progressivement pour s'ouvrir au

secteur médico-social, afin de couvrir l'ensemble du champ des parcours de santé, de soins, de vie.

En santé comme ailleurs, le 1^{er} droit, c'est de connaître ses droits : la DGOS y contribue !

Un mot sur l'édition 2013 du dispositif de labellisation et du concours national « Droits des usagers de la santé » portés par la DGOS ?

Ces opérations connaissent depuis 2011 un réel engouement de la part de nos partenaires – institutionnels, professionnels, associatifs – et nous nous en félicitons car elles apportent un coup de projecteur important sur les droits des usagers ! Tout au long de l'année, les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les commissions spécialisées « droits des usagers » des conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA), labellent des démarches innovantes ou des projets exemplaires dans le domaine des droits, sur la base d'un cahier des charges national. En 2013, plus de 60 projets ont ainsi été repérés : tous sont modélisables, à l'identique de ceux labellisés les années précédentes. D'ailleurs, depuis 2011, certaines équipes sont régulièrement contactées pour échanger sur l'extension de leurs projets à d'autres structures. Parmi les 60 projets labellisés en 2013, le jury du concours national en a retenu 5, récompensés lors de la remise de prix annuelle au ministère et visibles sur l'espace internet du ministère.



Le dispositif de labellisation et le concours national déclinent l'esprit de la stratégie nationale de santé : s'appuyer sur des initiatives locales et mobiliser chacun autour d'une ambition partagée. Elles soulignent d'autant l'efficacité et la pertinence d'une collaboration

régulière entre les usagers et leurs représentants, les professionnels et les pouvoirs publics.

*Lire la fiche correspondante

**www.sante.gouv.fr/espace-droits-des-usagers

60 projets labellisés
5 lauréats pour le concours national
1 guide de 26 fiches pratiques

Axe central de la stratégie nationale de santé : la mise en place d'une véritable médecine de parcours au plus près des usagers, des personnes malades ou en situation de perte d'autonomie. Elle constitue le cadre de l'action publique pour préserver le niveau de qualité et de sécurité dans les soins, l'enseignement, l'innovation et la recherche...

La DGOS, une direction qui veille à la prise en charge adaptée des patients

Des parcours de santé qui deviennent réalité

« Aujourd'hui, on peut entendre un parcours comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de leurs territoires de santé. »

Dominique Peton Klein, directrice de projet maladies rares et Parkinson, **Laetitia Chevalier** et **Dominique Martin**, adjointes à la cheffe du bureau R4, **Cécile Balandier**, **Pascale Dhote-Burger** et **Erell Pencreac'h**, chargées de mission, **Déborah Cvetojevic**, cheffe du bureau R3, **Grégory Emery**, conseiller médical, **Catherine Larose** et **Murielle Rabord**, chargées de mission, **Christel Dindorf**, bureau R5

En 2012, le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) fut l'un des 1^{ers} à apporter sa contribution aux réflexions – alors émergentes – sur la notion de « médecine de parcours. Comment la qualifier exactement ?

En effet, le HCAAM posait la question de l'organisation de la santé en France, pointant en particulier des approches par secteur – soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux... – trop segmentées, insuffisamment perméables les unes par rapport aux autres et, surtout, ne favorisant en rien une prise en charge globale. Déjà à l'époque, le haut conseil citait comme pistes d'évolution le rôle plus actif des patients, la nécessaire articulation des professionnels, la juste hospitalisation*, l'émergence d'un professionnel de référence, l'amélioration des systèmes d'information*, la nécessité d'une approche globale, notamment pour les pathologies chroniques.



Laetitia Chevalier, Dominique Peton Klein et Dominique Martin

Dès lors, les réflexions se font plus précises : aujourd'hui, on peut entendre un parcours comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de leurs territoires de santé. Cela nécessite une évolution de notre système de santé – jusqu'alors centré sur les soins – vers une prise en charge plus complète des individus. De fait, le parcours englobe ainsi la prévention, les soins, l'accompagnement médico-social – en clair, pour les personnes les plus dépendantes ou âgées – voire social. Il suppose l'intervention coordonnée et concertée de professionnels de santé – tant en ville qu'en établissement de santé, médico-sociaux et sociaux, en maison de santé ou en centre de santé – mais aussi de collectivités locales, d'autres services de l'État et d'organismes de protection sociale.

Pour construire les parcours et répondre aux besoins de proximité, les agences régionales de santé (ARS) sont les véritables promoteurs des dynamiques constatées sur le terrain, que ce soit à leur initiative propre ou à celles des acteurs locaux. Sans compter les priorités impulsées par le niveau national, dont le ministère attend une déclinaison tangible sur le terrain.



Cécile Balandier
et Erell Pencreac'h

Précisément, parmi ces priorités, quelles sont celles qui font l'objet de parcours d'ores et déjà en place ?



Du fait de sa complexité, la prise en charge du cancer a fait l'objet très tôt de travaux préfigurant la mise en place tangible de parcours de santé, avec la nécessité d'évoluer vers un accompagnement prenant en compte l'ensemble des besoins du malade et de ses proches. Les différents plans cancer qui se sont succédé portaient en germe des

mesures ayant largement fait leurs preuves depuis, pour l'accompagnement des patients et leur compréhension des traitements : le dispositif d'annonce pour informer, écouter et soutenir le malade, le parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer pour coordonner l'action des multiples acteurs intervenant dans la prise en charge du malade et le dossier communicant de cancérologie pour faciliter le partage des données médicales entre ces acteurs.

Depuis quelques années, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux a elle aussi fait l'objet d'une mobilisation des acteurs autour d'une structuration de l'offre de soins s'apparentant à un parcours. Aujourd'hui, le maillage de 140 unités neuro-vasculaires (UNV) sur tout le territoire contribue à fluidifier la prise en charge des patients dans des délais impérativement courts, soutenu en cela par la télémédecine*, dont les projets dans ce domaine sont croissants.

Depuis, il n'est pas de priorité nationale qui ne fasse l'objet de travaux ou de réflexion pour envisager sa traduction sous la forme d'un parcours. C'est le cas par exemple des maladies rares, qui se caractérisent souvent par une méconnaissance de la part des professionnels de santé de proximité – notamment les médecins traitants – et suscitent « l'errance thérapeutique » des patients et de leurs familles de structure en structure. Désormais, les 1^{ers} comme les 2^{nds} peuvent s'appuyer sur les filières de maladies rares, qui coordonnent l'action de tous les acteurs concernés, comme par exemple les centres de référence maladies rares, les centres de compétence, les associations de patients ou les équipes de recherche.

Autre sujet emblématique : l'accès aux soins des personnes obèses, parfois en butte à des équipements médicaux inadaptés à leur état ou dans l'incapacité de se déplacer vers une structure de prise en charge. Là aussi, un maillage

s'est progressivement opéré jusqu'à constituer une filière de soins spécifique, principalement autour de 37 centres spécialisés et de 5 centres intégrés. Mais aussi, autour du développement du transport bariatrique, c'est-à-dire adapté aux personnes obèses.

Ne sont pas oubliées les personnes handicapées, dont l'accès aux soins est une priorité constante pour la DGOS : accessibilité des cabinets médicaux, accueil et prise en charge en établissement hospitalier, accès équitable à la prévention... Dans le domaine du handicap – comme dans beaucoup d'autres –, la stratégie nationale de santé sera déterminante, sa méthodologie et son déploiement s'appuyant en grande partie sur la remontée d'expériences probantes mises en place dans les territoires.

Dernières priorités soutenues par la DGOS : l'insuffisance rénale chronique (IRC) pour laquelle la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit d'autoriser l'expérimentation de parcours en soins de suite et de réadaptation, ou encore le traitement du cancer par radiothérapie pour prendre en compte toutes les composantes du parcours de soins lors du traitement et accompagner l'évolution des techniques et des prises en charge.

Qu'en est-il pour les personnes âgées ?

C'est un sujet autour duquel se mobilisent plusieurs directions du ministère des affaires sociales et de la santé ! En l'occurrence, dans le cadre du projet PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), piloté par la direction de la sécurité sociale (DSS), dans l'idée de structurer de véritables parcours pour ces populations. Trop souvent, l'hospitalisation des personnes âgées, si tant est qu'elle soit nécessaire et adaptée, aggrave leur perte d'autonomie. Le projet PAERPA vise donc à éviter le recours trop systématique à l'hospitalisation, à améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale et à faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment. Pour ce faire, les plans personnalisés de santé (PPS) sont en cours de déploiement sous l'égide des ARS. À terme, le projet devra avoir amélioré la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants, adapté les pratiques professionnelles au parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, créé les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs. En 2060, la France comptera 12 millions de personnes âgées de 75 ans et plus : il est urgent de l'anticiper dès maintenant !

*Lire les fiches correspondantes



Catherine Larose, Murielle Rabord et Christelle Dindorf



15 millions de malades chroniques
140 UNV
37 centres spécialisés obésité
131 centres de référence maladies rares

Le point sur... l'accès aux soins facilité pour les personnes en situation de précarité

Denise Bauer,
chargée de mission au bureau R4

Plus que d'autres, les personnes défavorisées se heurtent à de nombreux obstacles pour accéder aux soins. Sur quoi porte l'action de la DGOS pour y remédier?

Plusieurs paramètres expliquent ce constat : plus encore que d'autres, les personnes en situation de précarité ignorent ou méconnaissent leurs droits, se trouvent démunies pour effectuer une démarche administrative, butent face à la complexité de certaines procédures. Leurs difficultés financières les conduisent à renoncer à certains soins – dentaires, notamment – comportant un « reste-à-charge » trop important. C'est bien pour apporter des solutions concrètes que la DGOS mène dans ce domaine une politique volontariste ! Pour cela, elle s'appuie principalement sur 2 réseaux : les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP).

Les PASS se situent très majoritairement dans les établissements de santé : elles offrent un accès aux soins ainsi qu'un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Les équipes interviennent à l'intérieur comme à l'extérieur des établissements pour faciliter le repérage et la prise en charge des patients, dans le cadre notamment d'un partenariat construit et élargi à l'ensemble des acteurs concernés. À ce jour, près de 430 PASS sont implantées et leur développement se poursuit : on recense 368 PASS généralistes, 18 PASS dentaires et 41 PASS en milieu psychiatrique. En outre, 24 PASS – contre 14 en 2009 – ont bénéficié d'un financement complémentaire pour assurer une fonction d'expertise et d'animation au niveau régional : elles fédèrent ainsi les dynamiques propres à chaque permanence du territoire. Par ailleurs, un référentiel a été produit pour clarifier et harmoniser les missions et les fonctions des PASS : il permet, avec le complément d'une enquête auprès des agences régionales de santé (ARS), d'évaluer l'ensemble du dispositif et de définir les évolutions nécessaires.

Les EMPP sont, elles, plus spécifiquement tournées vers l'extérieur : elles interviennent au plus près des lieux de vie des personnes démunies et des acteurs sociaux qui les suivent. Elles peuvent ainsi accompagner ces personnes dans leurs parcours de soins mais également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale. Près de 110 EMPP sont comptabilisées : une procédure d'amélioration des connaissances de fonctionnement des équipes est en cours, de même que des réflexions sur leur partenariat avec les services d'urgence hospitaliers et les PASS à vocation psychiatrique.

D'ici les prochaines années, la DGOS mettra tout en œuvre pour adapter l'implantation des PASS et des EMPP à leur géographie sociale et locale. Mais surtout, pour atteindre un objectif essentiel : faire que toutes les personnes démunies puissent accéder aux soins de droit commun. Dans cette optique, une étude a été lancée en 2013 pour reconstituer les parcours de soins et identifier les points de blocage, de rupture ou de difficulté rencontrés par les personnes en situation de précarité et par les professionnels intervenant dans le domaine de la santé.

368 PASS
110 EMPP



La nécessité d'une pertinence des actes et des soins

« Les actes dit non pertinents sont à la fois dangereux pour les patients, inefficients pour les organisations et engendrent des coûts importants pour l'assurance maladie donc à la charge de toute la collectivité. »

Cécile Behaghel, cheffe du bureau R5, **Odile Tillon-Fauré,** chargée de mission et **Arnaud Fouchard,** conseiller médical

La réponse aux besoins de santé de la population impose une démarche exigeante de qualité des pratiques et des organisations. En quoi ce que l'on appelle la pertinence des actes et des soins peut-elle être une réponse ?

Les taux de recours aux soins hospitaliers – c'est-à-dire le nombre d'actes ou d'hospitalisations rapportés au nombre d'habitants d'une zone donnée – font apparaître des variations très fortes entre les territoires de santé et entre les régions. Ces taux de recours sont standardisés pour que les zones considérées soient comparables du point de vue de l'âge et du sexe des patients. Et des différences importantes persistent. Pour les pouvoirs publics, il est important de s'interroger pour savoir si ces écarts sont dus à l'état de santé de la population locale ou bien à une proportion importante d'actes réalisés inutilement, dits « non pertinents ». Ces actes sont à la fois dangereux pour les patients – refaire une radio irradiant une nouvelle fois, par exemple –, inefficients pour les organisations – le temps d'IRM ou de scanner étant trop précieux pour le consacrer à la réalisation d'actes redondants – et engendrent des coûts importants pour l'assurance maladie à la charge de toute la collectivité. Améliorer la pertinence des soins, c'est agir non seulement sur la qualité des soins mais aussi sur la maîtrise des dépenses de santé. C'est une forme de régulation des volumes d'activité, au plus proche des pratiques professionnelles.

Fort de ces constats, sur quelles activités l'action du ministère et de ses partenaires a-t-elle porté prioritairement ?

En 2011, l'observation des taux de recours avait conduit à retenir 32 activités dont la pertinence pouvait être interrogée. En 2013, il a été décidé de mettre l'accent sur les césariennes programmées à terme. La DGOS et la haute autorité de santé (HAS) ont lancé une expérimentation sur les bases du guide produit par cette dernière, soutenue par la fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP),

les agences régionales de santé (ARS), les professionnels et les représentants des patientes. Concrètement, les équipes d'obstétrique étaient invitées à mettre en œuvre un programme d'optimisation de la pertinence des soins à partir d'une analyse de leurs pratiques pour identifier un



Cécile Behaghel et Arnaud Fouchard

objectif concret de qualité. Lors de l'appel à candidatures lancé en 2012, 120 équipes – ce qui représente 20% des maternités ! – se sont portées volontaires. Tous les statuts et types de structures étaient représentés, selon une répartition très proche de celle de l'ensemble des maternités de France. Les 1^{ers} résultats montrent que les équipes restent mobilisées : à ce jour, 112 équipes ont transmis un rapport d'étape de leurs démarches. Cette expérimentation doit aussi permettre aux institutions de mieux comprendre comment les professionnels s'approprient les recommandations.

Pour 2014, d'autres thématiques seront investiguées par le niveau national. Parmi elles, la chirurgie du syndrome du canal carpien, qui ne doit être entreprise – sauf signe de gravité – qu'après avoir tenté un traitement médical. Ou encore, les cholécystectomies pour calculs, qui ne doivent pas être systématiques puisque seuls 20% des calculs se manifestent cliniquement. À moyen terme, d'autres travaux devront être lancés sur la pertinence des examens d'imagerie pour éviter les actes redondants voire inutiles – comme les radiographies du crâne ! – ainsi que sur les séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour s'assurer que le patient est bien au bon endroit au bon moment et qu'il reçoit les soins appropriés.

La chirurgie ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation complète

« Pour les patients, la chirurgie ambulatoire représente des bénéfices indéniables : pour les hospitaliers, une opportunité pour faire des choix stratégiques et repenser l'organisation interne. »

Thierry Kurth et Lydia Valdès, adjoints à la cheffe du bureau R3, Christelle Gallo et Zahra Serhouchni, chargées de mission

En France, la pratique de la chirurgie ambulatoire est encore trop peu répandue, contrairement à certains pays comparables : comment l'expliquer, selon vous ?

Même si notre pays accuse encore un retard certain, cette pratique évolue positivement : elle représente 42,7% des actes en 2013, contre 37,8% en 2010 et 32,3% en 2007. Mieux encore, son taux de recours augmente désormais plus rapidement – 6% de mieux sur la période 2007-12 – que celui de la chirurgie classique, qui n'a évolué

Sous l'impulsion du niveau national, toutes les ARS ont réalisé un diagnostic sur leurs territoires pour déterminer les thématiques prioritaires. Elles doivent désormais concerter ces éléments avec les professionnels et, pour les plus avancées, mettre en œuvre leur plan d'action dans les établissements de santé.

Toujours avec les mêmes objectifs ?

Oui car le sujet de la pertinence des actes ou des soins évolue : un soin jugé pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui, du fait de l'évolution des techniques et des modalités de prise en charge. C'est pourquoi la formation initiale et le développement professionnel continu (DPC) sont des axes très importants pour agir sur la pertinence des soins et améliorer les pratiques des professionnels... d'aujourd'hui et de demain !

*« Césarienne programmée à terme : optimiser la pertinence du parcours à la patiente »

32 activités ciblées
200 candidats à l'appel à projets national

dans le même temps que de 1%. Malgré ces résultats encourageants, la pratique ambulatoire reste inégalement implantée selon les secteurs – plutôt en faveur du privé même si le public marque depuis quelques années une progression plus rapide – atteignant jusqu'à 10 points d'écart dans certaines régions.

Des freins – psychologiques ou organisationnels – peuvent entraver l'essor de la chirurgie ambulatoire, à commencer chez les patients eux-mêmes : peur de subir une intervention

« au rabais », de faire face seul à d'éventuels événements indésirables ou douleurs... Parmi les professionnels – et outre certains praticiens hospitaliers parfois réticents –, les médecins libéraux ont parfois le sentiment de ne pas trouver leur place et d'être cantonnés au seul suivi des patients après leur intervention. Ils sont au contraire un maillon essentiel de la chaîne !

En quoi la chirurgie ambulatoire présente-t-elle un intérêt à la fois pour les patients qui se la voient proposée et pour les équipes professionnelles qui s'impliquent dans son essor ?

Pour certains patients – car tous ne sont pas éligibles au terme de l'évaluation pré-opératoire réalisée autour du rapport avantages/risques et des conditions du retour au domicile –, les avantages sont indéniables. Tous les actes chirurgicaux et tous les examens sont programmés pour que le séjour à l'hôpital ou à la clinique n'excède pas 12 heures. Ce qui conduit à des prises en charge souvent moins lourdes pour les patients et permet de réduire le risque d'infections associées aux soins augmentant avec la durée de l'hospitalisation. Mais aussi, pour les patients les plus âgés, de limiter la perte de repères habituellement liée aux séjours prolongés. Une fois passée l'intervention – de qualité équivalente à celle pratiquée en hospitalisation classique –, les patients bénéficient d'un suivi assuré par leur unité de chirurgie ambulatoire (UCA), grâce au bulletin de sortie qui indique toutes les étapes à suivre ainsi qu'à l'appel du lendemain qui permet de maintenir un contact direct.

Ce suivi post-opératoire assuré prioritairement par l'UCA soulage les médecins traitants de responsabilités trop imposantes, mêmes s'ils peuvent eux aussi contribuer au rétablissement ou signaler tout événement indésirable. En amont de l'intervention, ils jouent pleinement leur rôle en informant leurs patients voire en apportant la caution attendue par ceux d'entre eux qui se sont vu proposer cette prise en charge. Quant aux professionnels hospitaliers – qu'ils soient décideurs ou praticiens –, la chirurgie ambulatoire représente une belle opportunité pour faire des choix stratégiques en matière d'activité, structurer celle-ci autour des patients, repenser l'organisation interne et regrouper les ressources dans des structures dédiées pour dégager tous les gains d'efficacité possibles. Sans compter sur l'image moderne et attractive de la chirurgie ambulatoire, qui peut contribuer à attirer une patientèle plus nombreuse vers les établissements !

Quelles mesures la DGOS a-t-elle prises pour favoriser concrètement l'essor de la chirurgie ambulatoire ?

Pour amplifier cet essor, une politique volontariste a été poursuivie par les pouvoirs publics et l'assurance maladie, en concertation avec l'ensemble des acteurs : information

des patients, mise sous accord préalable et adaptation des conditions techniques de fonctionnement des UCA, appui aux équipes et aux établissements par le biais d'outils élaborés par la haute autorité de santé (HAS) et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), désignation de professionnels référents et actions de formation ciblées... Mais surtout, renforcement de la politique tarifaire incitative dans les établissements de santé : nos travaux ont permis de faire figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 la mise en place d'un tarif unique* pour les séjours ambulatoires et les hospitalisations similaires de niveau 1.

Année après année, cette politique devra permettre d'atteindre l'objectif affiché par Marisol Touraine en 2013 : 50% des actes de chirurgie réalisés en ambulatoire d'ici 2016.

*Lire la fiche correspondante



Thierry Kurth et Lydia Valdès

un objectif de 50% des actes d'ici 2017
une prise en charge en 12 heures



Françoise Mégas

Le repositionnement de l'hospitalisation à domicile

« La prise en charge en HAD évite le recours à l'hospitalisation classique et en limite également la durée : c'est pourquoi elle doit être confortée. »

Isabelle Prade, cheffe du bureau R4 et Françoise Mégas, chargée de mission

Associer hospitalisation et domicile est un concept qui peut susciter encore des interrogations, que ce soit de la part des patients ou des professionnels de santé. Quel bilan peut-on dresser de l'hospitalisation à domicile à ce jour ?

Depuis quelques années, une dynamique volontariste de généralisation de l'offre d'HAD sur le territoire national a été encouragée par les pouvoirs publics – dont la DGOS – et mise en œuvre sur le terrain. En effet, il est possible de concilier qualité des soins hospitaliers et confort de sa maison : sous certaines conditions liées à l'état de santé du patient, elle est même bénéfique à ce dernier, notamment pour pallier la perte de repères en cas de séjour en établissement, pour éviter le recours à l'hospitalisation avec hébergement et en limiter également la durée.

Une étape importante pour le développement de ce mode de prise en charge a été franchie en 2009, lorsque les établissements d'HAD se sont vus reconnaître comme établissements de santé. Cela, pour répondre à l'époque à la demande déjà croissante de la population d'être soignée au domicile. Depuis, l'HAD s'est révélée particulièrement adaptée à des prises en charge de populations plus âgées et souvent atteintes de pathologies chroniques.

De fait, les efforts conjugués de l'ensemble des acteurs concernés ont donné lieu à un développement très significatif. Aujourd'hui, plus de 300 établissements prennent en charge environ 11 000 patients par jour et réalisent près de 4 millions de journées. Ces chiffres sont éloquentes : depuis 2005, 140% d'établissements créés, 160% de patients supplémentaires pris en charge et 185% de journées réalisées en plus !

Quels pourraient être les axes d'amélioration ?

En septembre 2013, la cour des comptes préconisait, dans son rapport annuel sur la sécurité sociale, 2 axes d'amélioration pour réduire la part de l'hospitalisation conventionnelle

dans le système de soins : la chirurgie ambulatoire et... l'hospitalisation à domicile. Pour cette dernière, elle suggérait notamment d'élaborer des référentiels d'activité, de réaliser des évaluations médico-économiques et de mener à bien une réforme de sa tarification. Consciente du potentiel de ce mode de prise en charge, la cour recommandait alors un changement de paradigme pour ce secteur au positionnement mal connu des prescripteurs eux-mêmes.

Comment ont été mises en œuvre ces recommandations ?

Par circulaire diffusée en décembre 2013, Marisol Touraine a annoncé le doublement de la part de l'hospitalisation à domicile d'ici 2018, soulignant l'intérêt de l'HAD pour réduire le recours à l'hospitalisation traditionnelle. Avec un impératif : consolider l'offre d'HAD – encore trop inégale selon les territoires – pour en garantir l'accessibilité à l'ensemble de la population.

La circulaire, dernier texte fondateur en la matière, inclut bien d'autres mesures : elle est donc une feuille de route importante. Elle vise à améliorer l'efficacité du dispositif en rendant solidaires, pour la 1^{ère} fois, divers acteurs hospitaliers – qu'ils proposent ou non un hébergement – par le biais d'objectifs qui lient étroitement leurs activités.

La DGOS s'attache aussi à susciter les travaux qui garantiront l'amélioration constante de la pertinence de l'HAD : cela, avec l'aide de la haute autorité de santé (HAS), de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)... et de tous les autres acteurs concernés !

300 établissements d'HAD
100 000 patients
4 millions de journées



Isabelle Prade

L'exigence de la qualité, de la sécurité des soins et de la satisfaction des patients

« Chacun d'entre nous a droit à une prise en charge de qualité, sécurisée et assurée par des professionnels sensibilisés à la prévention des événements indésirables. »

Muriel Eliazewicz, cheffe du bureau PF2, Anne Vitoux et Paule Kujas, adjointes à la cheffe du bureau, Michèle Perrin, Sophie Alleaume, Anne Bellanger, Violette Garcia et Philippe Magne, chargés de mission, Etienne Dubourdieu, interne en pharmacie

La qualité et la sécurité des soins constituent depuis quelques années un axe fort pour la DGOS et rejoignent les attentes des patients sur la question de la transparence. Comment intensifier encore l'implication des établissements ?

En effet, d'importantes avancées ont été réalisées au fil des années en matière de sécurité des patients : lutte contre les infections associées aux soins, amélioration de la prise en charge médicamenteuse, généralisation et diffusion publique d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins... Chacun d'entre nous a droit à une prise en charge de qualité, sécurisée et assurée par des professionnels sensibilisés à la prévention des événements indésirables. Ainsi qu'à leur gestion dans les meilleures conditions possibles si ceux-ci surviennent. Placer le patient au cœur du système de santé, c'est aussi agir quotidiennement pour la qualité et la sécurité des soins qui lui sont dispensés.

C'est pour aller plus loin encore dans son action que la DGOS a proposé une nouvelle étape à Marisol Touraine, avec le lancement officiel du 1^{er} programme national pour la sécurité des patients (PNSP), lors des états généraux des infections nosocomiales qui se sont tenus en février 2013.

Raison d'être de ce programme pluriannuel 2013-17 : mettre en place une politique de sécurité des soins partagée par l'ensemble des acteurs, dimension indispensable à l'heure où les parcours de soins s'organisent autour de multiples interfaces et de collaborations de plus en plus étroites entre professionnels.

Le PNSP est conçu dans cet objectif de transversalité. Il fédère dans une même dynamique toutes les actions des pouvoirs publics et focalise l'action des professionnels sur

Muriel Eliazewicz et Anne Bellanger



4 priorités : une meilleure information du patient co-acteur de sa sécurité, une déclaration renforcée des événements indésirables associés aux soins dans un objectif d'alerte et de retour d'expérience, une culture de la sécurité développée à travers la formation et l'appui aux professionnels, sans oublier des mesures en matière de recherche et d'innovation.

Vous évoquiez la diffusion publique d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins : après la nouvelle génération publiée en 2012, quelles ont été les avancées dans ce domaine en 2013 ?

2013 a marqué un pas important dans le renforcement de l'information des patients et des usagers avec le lancement de Scope Santé, nouveau site d'information qui succède au site Platines sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Conçu par la haute autorité de santé (HAS) en lien avec la DGOS et avec l'appui de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Scope Santé propose au grand public des données adaptées et mises en forme pour être comprises par tous autour des

résultats du tableau de bord des infections nosocomiales piloté par la DGOS et ceux des indicateurs de qualité et de sécurité pilotés par la HAS. À terme, les résultats de l'indicateur de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS), dont la généralisation est programmée pour 2014, ont également vocation à figurer en ligne sur le site.

Concrètement, Scope Santé permet à un usager de consulter toutes les données d'activité d'un établissement sur la qualité et la sécurité des soins qu'il délivre. L'idée étant de lui permettre de faire le choix éclairé d'un hôpital ou d'une clinique en le mettant en position d'évaluer la qualité de la prise en charge proposée. Il s'agit d'une partie de la réponse au besoin – légitime – d'information et de transparence lors de l'hospitalisation.



**Qui dit « indicateurs » dit... « semaine de la sécurité des patients » et « mission mains propres » !
Quel bilan tirez-vous de ces opérations pour 2013 ?**



Violette Garcia
et Sophie Alleaume

Les opérations annuelles portées par la DGOS sont maintenant bien connues des professionnels, qui y participent de manière croissante pour marquer leur engagement dans la qualité et la sécurité des soins.

La « mission mains propres » (MPP), qui relaie la journée internationale de l'organisation mondiale de la santé (OMS) consacrée à l'hygiène des mains, a permis à la France de maintenir son rang de 1^{er} pays contributeur avec plus de 2 700 structures de santé inscrites.

Quelques mois plus tard, la semaine de la sécurité des patients (SSP) a suscité une très forte mobilisation avec environ 2 500 structures de santé engagées dans l'opération, dont 2 tiers des établissements de santé.

Point commun de ces 2 opérations fédératrices : la volonté de rassembler patients et professionnels et d'améliorer la communication entre soignants et soignés par le biais d'actions d'information et de sensibilisation. Rendez-vous en 2014 !

**1 programme national et 4 priorités
22 indicateurs de qualité et de sécurité
2 700 inscrits à la MMP
et 2 500 à la SSP**

Etienne Dubourdieu, Michèle Perrin et Philippe Magne

L'incitation financière à l'amélioration de la qualité

« Cette approche encourage fortement les efforts fournis par les établissements de santé dans le cadre de leur démarche qualité et impacte positivement le niveau de prise en charge de leurs patients. »

Aurélien Bouchet, adjoint à la cheffe du bureau R5, Adrien Dozol, conseiller médical, Sylvain Baillot, chargé de mission

Dans de nombreux autres pays, les pouvoirs publics se sont penchés sur la question de la prise en compte de la qualité dans le mode de financement de leurs établissements de santé : qu'en est-il pour la France ?

Il est indéniable que cette approche encourage les efforts fournis par les établissements de santé dans le cadre de leur démarche qualité et impacte positivement le niveau de prise en charge de leurs patients. En France, les réflexions menées depuis plusieurs années se sont traduites en juillet 2012 par le lancement du programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité, dit « IFAQ ». Il s'agit d'un projet original de « paiement à la qualité », basé non sur l'unique valorisation de résultats déjà constatés au sein des établissements mais bien sur la prise en compte des efforts menés par ces derniers pour renforcer les procédures de prise en charge de leurs patients, leur démarche qualité, leur politique de lutte contre les risques associés aux soins... Prise en compte et reconnaissance mais aussi absence de sanction, en l'occurrence financière : la logique reposant uniquement sur l'incitation, aucune pénalité n'est prévue pour les établissements qui s'engagent dans la démarche, quel que soit leur niveau de qualité des soins. C'est précisément ce caractère incitatif qui a séduit les équipes hospitalières et constitué un levier de mobilisation fédérateur en permettant la collaboration des directions d'établissement, des responsables qualité, des cadres hygiénistes, des communautés médicales et soignantes, des directions des affaires financières...

Peut-on tirer un 1^{er} bilan de cette dynamique depuis son lancement en 2012 ?

Oui et ce bilan est très positif ! Concrètement, le lancement du programme IFAQ, piloté par la DGOS et la haute autorité de santé (HAS), s'est matérialisé par un appel à candidatures en direction de tous les hôpitaux et de toutes les cliniques disposant d'une activité de médecine chirurgie obstétrique (MCO). Objectif : constituer

– durant une phase d'expérimentation de novembre 2012 à décembre 2014 – un échantillon d'établissements expérimentateurs de la démarche afin de la tester voire de l'adapter en continu pour tenir compte des propres évolutions des indicateurs retenus pour l'évaluation. Parmi ces indicateurs, ceux du tableau de bord des infections nosocomiales pilotés par la DGOS ou encore les indicateurs de qualité et les indicateurs de la certification des établissements suivis par la HAS.



Sylvain Baillot



Adrien Dozol

L'appel à candidatures a connu un succès important puisque 450 établissements de santé se sont manifestés : initialement, le projet prévoyait d'en retenir une centaine. Compte tenu de cet engouement, la DGOS a saisi l'opportunité d'augmenter le nombre d'établissements expérimentateurs dont le panel a été porté de 100 à 222, soit la moitié des candidats initiaux. De facto, l'enveloppe financière soutenant le projet a été doublée pour se situer à 14M€ : concrètement, les établissements les mieux classés devraient percevoir des rémunérations pouvant aller de 50 000€ minimum à 500 000€ maximum. Fin 2013, la DGOS a organisé un séminaire qui a permis à l'ensemble des établissements expérimentateurs d'échanger sur le modèle et son utilisation par les équipes.

Quelles perspectives envisagez-vous pour maintenir la dynamique suscitée par le programme IFAQ et – donc – les efforts fournis par les établissements de santé ?

Après la phase d'expérimentation ouverte en novembre 2012, la DGOS et la HAS ont souhaité poursuivre la

montée en charge du programme en lançant un nouvel appel à candidatures, cette fois dans l'optique d'une phase qui se déroulera entre juin 2014 et décembre 2015, préfigurant – à terme – la généralisation du dispositif. 500 établissements pourraient être retenus, sachant que les expérimentateurs sont invités à candidater et à poursuivre leur action. De nouvelles composantes seront intégrées dans le modèle d'incitation, notamment l'indicateur de satisfaction (I-SATIS) des patients hospitalisés, les indicateurs de spécialités – accident vasculaire cérébral (AVC), infarctus du myocarde, hémorragie du post-partum, patients hémodialysés chroniques – ainsi que ceux de la nouvelle version V2014 de la certification. Cette nouvelle phase permettra de vérifier le caractère incitatif et la faisabilité du modèle, d'en contrôler les impacts et, ainsi, de mesurer la persistance des effets de l'incitation dans le temps.

Aurélien Bouchet

**222 établissements expérimentateurs
14M€ pour le soutien au programme**



La réduction des inégalités de santé dans les outre-mer

« Même de manière très contrastée, les outre-mer françaises sont globalement engagées dans un mouvement de rattrapage avec la métropole. »

Eric Trottmann, chef de la MOEI et Claire Deschamps, interne de santé publique

En matière d'accès aux soins, les départements et collectivités des outre-mer sont en butte aux mêmes problématiques que les régions métropolitaines. Quelles spécificités peuvent-elles accroître encore le sentiment d'une dégradation plus marquée ?

L'offre sanitaire des départements des outre-mer est fortement contrainte par la géographie : insularité et éloignement, climat tropical – excepté pour Saint-Pierre-et-Miquelon –, vieillissement de la population... En termes de

santé publique, les indicateurs sont souvent moins bons que pour la moyenne nationale : c'est le cas pour la mortalité materno-infantile, les maladies chroniques, l'obésité et le diabète, les maladies infectieuses... Sans compter les arboviroses – du type chikungunya ou dengue – ou encore les pathologies dues aux migrations ou à un environnement dégradé – comme l'exposition au chlordécone aux Antilles ou au mercure en Guyane –.

Malgré tout, les outre-mer françaises se trouvent dans une situation sanitaire incomparablement meilleure que

beaucoup des pays qui les entourent : même de manière très contrastée, elles sont globalement engagées dans un mouvement de rattrapage avec la métropole. Par exemple, les taux de recours aux services d'urgence sont équivalents à la moyenne nationale pour la Martinique et la Guyane – voire même inférieurs pour la Réunion – et le taux de journées en hospitalisation à domicile (HAD) est double par rapport à la métropole. Les dispositifs d'incitation à l'installation – comme le contrat d'engagement de service public (CESP)* ou le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG)* – connaissent un beau succès aux Antilles et en Guyane : 12 CESP – tous signés – proposés aux Antilles et 23 postes de PTMG ouverts dans les outre-mer. Résultat : l'attractivité médicale s'améliore et la densité des professionnels est en augmentation. Entre 2007 et 2013, le nombre de médecins implantés outre-mer s'est accru de 16% : c'est encourageant !

Comment la DGOS soutient-elle cette amélioration et contribue-t-elle à la réduction des inégalités ?

L'action de la DGOS s'articule autour de 3 axes : apporter un appui financier aux établissements de santé en difficulté, faciliter l'installation des médecins de 1^{er} recours en déployant le pacte territoire santé* et améliorer l'attractivité des établissements de santé en matière de recrutement.

En matière d'investissements hospitaliers, le comité performance et modernisation (COPERMO)* a apporté un appui à 2 projets outre-mer d'envergure : la reconstruction à hauteur de 50M€ du pôle médecine chirurgie obstétrique de l'hôpital Gabriel-Martin au sein du pôle sanitaire ouest de la Réunion – pour un investissement global de 131M€ – ainsi que la mise aux normes parasismiques du plateau technique du centre hospitalier universitaire (CHU) de la Martinique par le biais d'une contribution nationale de 93M€ – pour un investissement global de 169M€ –.

Le pacte territoire santé s'est déployé efficacement dans les outre-mer : en appui des CESP proposés et des postes de PTMG ouverts, un référent installation a été installé dans chacun des DOM, en vue de faciliter les démarches de formation et d'installation des professionnels de santé – notamment les plus jeunes –. Par ailleurs, la télémedecine* poursuit son essor outre-mer : 37 projets ont été recensés sur les 331 projets en cours de déploiement sur le territoire national. À noter par exemple le projet remarquable de plateforme AVC mise en place en océan indien par les établissements de santé de la Réunion et de Mayotte, qui permettra de désenclaver les zones fragiles en neurologues et en radiologues et de prendre en charge des patients atteints d'accidents vasculaires cérébraux de manière rapide et coordonnée.

Qu'en est-il du renforcement de l'attractivité des recrutements au sein des établissements de santé des outre-mer ?

Les CHU des outre-mer attirent les jeunes médecins : ainsi, le CHU de la Réunion s'est classé 11^{ème} sur 28 dans le choix des internes en 2013 !

Renforcer l'attractivité des hôpitaux outre-mer auprès des professionnels de santé passe par des améliorations statutaires : ainsi, 2 décrets parus en 2013 ont permis de créer une « indemnité de sujétion géographique » pour les professionnels exerçant dans la fonction publique hospitalière de Guyane, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Mayotte.

*Lire les fiches correspondantes



Claire Deschamps et Eric Trottmann

**dans les outre-mer, 12 CESP,
23 postes de PTMG,
37 projets de télémedecine**

L'année 2013 vue par...

Samuel Prاتمarty, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins (R), **Christine Bronnec**, adjointe au sous-directeur et **Bernard Laurent**, chargé de mission

A bien des égards, 2013 s'est inscrite dans le prolongement d'une année 2012 marquée par le lancement de nombreux chantiers structurants, fortement mobilisateurs pour la sous-direction R. La préparation des feuilles de route de la stratégie nationale de santé en a constitué le fil rouge et a été l'occasion d'illustrer la richesse du travail de réflexion et de conception animé par les différents bureaux de la sous-direction, dont nous saluons à cette occasion l'ampleur et la qualité de l'investissement.*

Au-delà de cette approche globale de la stratégie nationale, certains chantiers emblématiques ont

connus des avancées visibles, tant vis-à-vis des professionnels de santé que des patients. Dans le cadre du comité de réforme de la tarification hospitalière, la concertation a permis de faire émerger un programme de travail pluriannuel ambitieux et consensuel, qui a d'ores et déjà connu un début de mise en œuvre dans le cadre de la campagne 2014. Le pacte territoire santé* s'est progressivement déployé avec des 1^{ers} résultats encourageants dans les territoires les plus fragiles. Une réflexion d'ensemble autour des services d'urgence* – dans leurs différentes composantes – a été engagée et devrait permettre de procéder aux adaptations nécessaires pour assurer une meilleure réponse aux besoins.*

La mise en cohérence des actions des différents acteurs autour des politiques publiques prioritaires s'est matérialisée, par exemple, par la préparation d'un nouveau plan global de développement de la chirurgie ambulatoire afin d'en amplifier le développement.*

*Enfin, la préparation du projet de loi santé*a également constitué un temps fort fin 2013, notamment au moment de la concertation autour du rétablissement du service public hospitalier ou de la création du service territorial de santé.*

Ces quelques exemples – qui ne résument bien évidemment pas à eux seuls l'année 2013 – témoignent de ce que l'engagement des équipes de la sous-direction, dans un contexte parfois difficile, n'a pas été vain.

La fin de l'année 2013 aura également été marquée par le départ de Natacha Lemaire, qui avait contribué à créer la sous-direction R puis à lui donner la place qu'elle occupe aujourd'hui et à laquelle nous rendons un hommage particulier.

**Lire les fiches correspondantes*

Samuel Prاتمarty, Christine Bronnec et Bernard Laurent



Une partie des équipes de la sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R)

Dans l'optique de réduire les inégalités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, 12 engagements forts ont été pris par Marisol Touraine pour lutter contre les déserts médicaux et, parallèlement, favoriser les conditions préalables à la mise en place d'une médecine de parcours efficace et coordonnée.

Une dynamique volontariste de lutte contre les déserts médicaux: le pacte territoire santé

«Les résultats sont là: des médecins s'installent de plus en plus nombreux dans des territoires fragiles, les nouvelles technologies permettent un gain de temps pour les patients, la réponse aux situations d'urgence est mieux assurée.»

Perrine Ramé-Mathieu, cheffe du bureau R2, Nathalie Schneider et Christine Matraglia, chargées de mission

Le pacte territoire santé fait partie des grandes réformes lancées par Marisol Touraine et trouve d'ailleurs pleinement sa place dans la stratégie nationale de santé portée par la ministre. Que recouvre-t-il exactement?

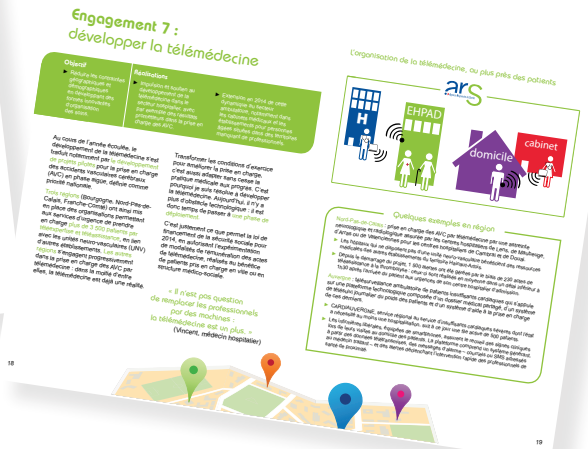
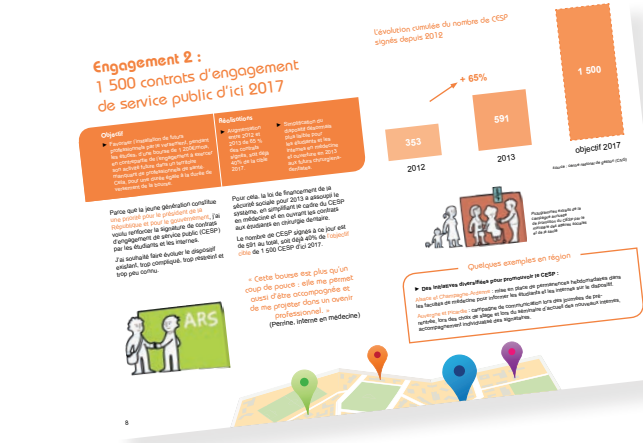
Ce pacte territoire santé traduit dans les faits la priorité absolue donnée par le gouvernement à l'accès de tous les Français à des soins de qualité, cela sur l'ensemble du territoire national.

Face à l'enjeu crucial de lutter contre ce que l'on qualifie communément de «déserts médicaux», la ministre s'est engagée de manière volontariste sur un «pacte territoire santé» fédérant dans une même dynamique 12 engagements concrets, interagissant les uns avec les autres. Ces 12 engagements s'articulent autour de 3 grandes priorités: changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, faire évoluer les conditions d'exercice des professionnels de santé et investir dans les territoires isolés.

La vraie question, ce n'est pas le nombre de médecins mais le lieu de leur installation et donc leur répartition sur le territoire. Aujourd'hui, notre pays compte près de 300 médecins libéraux pour 100 000 habitants contre 214 en 1990, soit 1,4 fois plus par habitant qu'il y a 20 ans. Néanmoins, les disparités liées à l'installation des médecins à l'intérieur des départements sont elles aussi plus élevées. Pour pallier cela, toute la logique et toute la cohérence du pacte territoire santé reposent sur l'incitation. Celle-ci ne



Nathalie Schneider et Perrine Ramé-Mathieu



Visuel extraits de la brochure « Bilan 2013 et perspectives 2014 »

consiste pas à actionner le levier financier: il s'agit plutôt de créer un environnement professionnel favorable, attractif, pour répondre aux attentes des médecins, notamment des plus jeunes d'entre eux. En cela, le pacte territoire santé est l'un des socles de la stratégie nationale de santé: parce qu'il change la manière de se former, d'exercer et de coopérer mais aussi parce qu'il est en adéquation avec l'évolution des besoins des patients, la nécessité d'accompagner les malades chroniques et l'organisation d'un suivi coordonné au long cours. Les résultats sont là.

Précisément, pouvez-vous nous donner un aperçu de ces résultats?

Sur le 1^{er} axe du pacte, l'enjeu consiste – pour continuer à susciter des vocations – à mieux former à l'exercice en terrain ambulatoire. Avec un levier puissant: permettre à tous les étudiants d'effectuer un stage en médecine générale au cours de leurs études, en cabinet de ville, dans une maison ou un centre de santé. Au moment du lancement du pacte, c'était le cas de moins de 50% des étudiants: en 2013, ils étaient 60%. Dans 8 régions, 100% des étudiants accèdent à ce type de stage! Par ailleurs, les étudiants peuvent désormais compter, sous certaines conditions, sur une indemnité de transport dans le cadre de leurs stages.

Autre point clé pour inciter les étudiants à exercer dans les territoires qui en ont besoin: l'accompagnement pendant leurs études. C'est la raison d'être des contrats d'engagement de service public (CESP)*, dont moins

de la moitié d'entre eux trouvait preneur avant le pacte. Le dispositif a été simplifié et étendu aux étudiants en chirurgie dentaire, permettant au nombre de contrats signés d'augmenter de 65% en un an! L'accompagnement s'est également traduit par la mise en place, dans chaque agence régionale de santé (ARS), d'un «référé installation»,

interlocuteur unique pouvant être contacté directement pour s'informer, être orienté dans ses choix et accompagné dans son installation. Au moment décisif qu'est l'installation, il est essentiel de sécuriser les jeunes médecins choisissant de s'implanter dans des zones isolées. Pour ça, le statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG)* a été créé: il offre une garantie de revenus et une protection sociale améliorée, notamment en matière de congé

maternité ou maladie. 200 contrats ont été ouverts en 2013: devant le succès rencontré par le dispositif, 200 sont à nouveau proposés en 2014!

Qu'en est-il du 2^{ème} axe du pacte, dédié à l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé?

Sur cet axe, les mesures prennent en compte les attentes des médecins – notamment des plus jeunes – de travailler ensemble, de partager leurs expériences avec d'autres professionnels et de mutualiser les charges qui sont sans rapport direct avec leur cœur de métier. Cela passe notamment par la généralisation du travail en équipe. Tout au long de l'année 2013, le déploiement des structures qui permettent l'exercice pluri-professionnel a été fortement



Engagement 9 : garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015

Objectifs

- Garantir l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.
- Favoriser l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.

Solutions

- Développer des services de soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.
- Favoriser l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.

Pour le président de la République et le gouvernement, l'accès aux soins urgents est un enjeu majeur. C'est pourquoi, à l'occasion du 100^e anniversaire de la République, le gouvernement s'engage à garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.

Quelques exemples en région

- Dans la région Île-de-France, le service de soins urgents en moins de 30 minutes est disponible dans 150 communes.
- Dans la région Rhône-Alpes, le service de soins urgents en moins de 30 minutes est disponible dans 100 communes.

L'impact des médecins correspondants du SAMU en Savoie, Haute-Savoie et Isère



Les territoires à plus de 20 minutes d'ici 2015

- 150 communes
- 100 communes
- 50 communes
- 25 communes
- 10 communes
- 5 communes
- 1 commune

La population concernée par les MCS

- 150 000 personnes
- 300 000 personnes
- 600 000 personnes
- 1 000 000 personnes

Engagement 4 : un référent installation dans chaque région

Objectifs

- Garantir l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.
- Favoriser l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.

Solutions

- Développer des services de soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.
- Favoriser l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.

Quelques exemples en région

- Dans la région Île-de-France, le service de soins urgents en moins de 30 minutes est disponible dans 150 communes.
- Dans la région Rhône-Alpes, le service de soins urgents en moins de 30 minutes est disponible dans 100 communes.

Exemple d'une future page d'accueil régionale de PRS

Quelques exemples en région

- Dans la région Île-de-France, le service de soins urgents en moins de 30 minutes est disponible dans 150 communes.
- Dans la région Rhône-Alpes, le service de soins urgents en moins de 30 minutes est disponible dans 100 communes.

Visuel extraits de la brochure « Bilan 2013 et perspectives 2014 »

soutenu, notamment celui des maisons de santé* : en 2012, on en recensait à peine 170 contre 370 en 2013 et 600 prévues d'ici fin 2014.

Ces nouvelles structures s'implantent partout en France, grâce à la mobilisation des professionnels et des élus. Mais aussi parce qu'un dispositif de financement nouveau a été étendu à 150 nouvelles équipes, à hauteur de 50 000€ en moyenne par structure. À noter : les maisons et les centres de santé peuvent à présent porter directement des projets de recherche*, de manière à ce que le rapprochement des lieux de formation – les universités – et des lieux de soins puisse s'amorcer. En parallèle, d'autres leviers sont activés pour libérer du temps médical et améliorer l'accès aux soins : qu'il s'agisse d'accélérer les transferts de compétences – entre infirmiers et médecins ou entre orthoptistes et ophtalmologistes, par exemple – ou encore de développer la télé-médecine*. Dans ce domaine, les nouvelles technologies sont décisives : en 2013, nous sommes passés à une phase de déploiement intensif de la télé-médecine, rendu possible par un nouveau dispositif de financement qui sera lui aussi expérimenté dès 2014.

Le pacte territoire santé porte également en germe le réinvestissement de territoires dits « isolés » ?

Oui, il s'agit de son 3^{ème} axe, qui contient des mesures spécifiques aux territoires en difficulté. Le pacte fixe ainsi l'objectif de garantir un accès aux soins urgents* en moins de 30 minutes pour tous et sur tout le territoire d'ici 2015, grâce notamment au déploiement des médecins correspondants du SAMU. Sur ce point et grâce aux actions déployées, le dispositif des médecins correspondants du SAMU (MCS) améliorera de manière tangible l'accès aux

soins urgents en moins de 30 minutes pour un million de Français. C'est un progrès considérable !

Au-delà du sujet des soins urgents, les territoires isolés bénéficieront prochainement des mesures découlant des engagements du pacte : consultations avancées de médecins hospitaliers au sein de maisons de santé, renforcement de la collaboration de proximité entre établissements de santé, avec l'idée de ne plus raisonner par structure mais par bassin de vie. Ou encore le soutien appuyé aux centres de santé, dont les équipes sont également concernées par les expérimentations sur les rémunérations d'équipes pluri-professionnelles.

Le pacte territoire santé amène progressivement à une transformation en profondeur de notre système dans ses différents volets : formation, modes d'exercice, organisation de nos territoires. Des médecins s'installent plus nombreux dans des zones fragiles, les nouvelles technologies permettent un gain de temps pour les patients et améliorent leur qualité de vie, la réponse aux situations d'urgence est mieux assurée. Tout cela, ce sont des changements de vie concrets pour les Français !

*Lire les fiches correspondantes

12 engagements
3 priorités
des avancées : 865 CESP,
2 fois plus de maisons de santé,
200 contrats de PTMG

Favoriser la médecine de parcours, c'est encourager les professionnels de santé à travailler ensemble, à coordonner leur action, à communiquer et à échanger de manière fluide, à mettre en œuvre des modes de prise en charge alternatifs, innovants et adaptés aux spécificités locales de leurs territoires. Autant d'évolutions contenues en germe dans la stratégie nationale de santé.

La DGOS, une direction qui encourage la coordination entre acteurs de santé

Des soins urgents mieux organisés et plus accessibles

« Il faut raisonner en termes de parcours, au sein desquels les urgences sont un point d'entrée. »

Perrine Ramé-Mathieu, cheffe du bureau R2, Nathalie Crégut, adjointe à la cheffe du bureau R2, Anaïs Vermeille, Céline Schnebelen, Amandine Aurore, Ingrid Boinet et Laurent Gadot, chargés de mission

L'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes fait partie des priorités présidentielles et figure comme l'un des engagements du pacte territoire santé. Un peu plus d'un an après l'annonce du pacte, où en est-on ?

Cette priorité du président a en effet trouvé une traduction très concrète grâce au pacte territoire santé* annoncé par Marisol Touraine en décembre 2012. La ministre a souhaité que les mesures liées à la médecine d'urgence dans sa globalité fassent l'objet de plans d'action précis, en lien avec les représentants des élus locaux et des professionnels de santé. C'est bien au niveau local que les solutions aux difficultés rencontrées doivent être identifiées et mises en œuvre, sous le pilotage des agences régionales de santé (ARS). Après concertation, l'application des mesures a rapidement débouché sur des résultats encourageants et bénéfiques pour la population : parmi les mesures les plus emblématiques, la

mise en place de nouvelles antennes de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et le renforcement des antennes existantes, ou encore une coopération renforcée entre acteurs pour maintenir un maillage satisfaisant du territoire. Et surtout, la rénovation du statut de « médecin correspondant du SAMU » pour inciter les médecins généralistes – environ 250 actuellement – à rejoindre le réseau de prise en charge en urgence. Ceux-ci, médecins de 1^{er} recours formés à l'urgence, interviennent – sur demande de la régulation médicale – en avant-poste des SMUR, ce qui représente un gain de temps et de chances pour les patients. Preuve que médecine libérale, SAMU/SMUR, urgences hospitalières, sapeurs-pompiers peuvent – et doivent – fonctionner en complémentarité et favoriser leur rapprochement dans un même bassin de population.

Les médias se font parfois l'écho de tensions au sein de services d'urgence : sur quoi porte l'action de la DGOS pour contribuer à leur désengorgement et à l'amélioration de leurs conditions de prise en charge ?

La saturation des services d'urgence est liée à de nombreux facteurs, que ce soit des phénomènes épidémiques saisonniers ou des questions d'organisation de l'ensemble d'un établissement – voire son propre positionnement au sein d'un territoire de santé –. Le renforcement des effectifs peut être l'une des solutions qui pourrait être apportée mais pas la seule réponse. Il faut raisonner en termes de parcours, au sein desquels les urgences sont un point d'entrée.

Traiter la question de la saturation des urgences, c'est d'abord agir en amont de l'arrivée à l'hôpital. Avant de se rendre aux urgences, la consultation d'un médecin de ville par les patients doit être facilitée. L'exercice regroupé remodèle en profondeur l'organisation des soins de 1^{er} recours : lorsque les médecins se rassemblent, ils sont davantage en capacité de s'organiser pour répondre dans la journée à une demande de soins non programmés et d'éviter ainsi tout passage inutile aux urgences. En cela, la valorisation du travail en équipe dans la rémunération des médecins – en cours de négociation conventionnelle – constitue une étape clé.

Traiter la question de la saturation, c'est aussi agir en aval du passage à l'hôpital et, pour cela, mobiliser l'ensemble de la

communauté hospitalière. Une fois les patients arrivés aux urgences, ils doivent bénéficier d'une prise en charge rapide et de qualité. Sur ce point, Marisol Touraine a annoncé la priorité donnée à la gestion de lits au sein des hôpitaux, axe de travail central de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) pour 2013, laquelle a déjà mis en place des outils à disposition de 150 établissements expérimentateurs. Amélioration attendue : la fluidification de « l'embolie » constatée dans certains services. Réorganiser l'hôpital pour mieux mobiliser les lits nécessaires aux patients venant des services d'urgence est donc un chantier majeur.

Sur le champ médico-social, un travail spécifique est mené sur l'accueil des personnes âgées en lien avec le projet PAERPA*, afin que leur admission dans un service d'urgence soit limitée au strict nécessaire.

Parmi les préoccupations constantes de Marisol Touraine, figure également la concertation permanente avec les professionnels de l'urgence ?

Oui, avec l'idée que les fonctions occupées par ces professionnels, le cadre de leur exercice ainsi que la diversité de leurs parcours doivent être valorisés. C'est dans cet objectif que la DGOS travaille en lien avec les représentants des professionnels sur les métiers et les qualifications, afin que des perspectives nouvelles soient offertes à celles et ceux souhaitant évoluer sur le plan professionnel.

Le métier d'urgentiste est récent : il doit évoluer, s'ouvrir davantage et offrir une meilleure diversité des parcours professionnels. Les autres métiers de l'urgence doivent aussi continuer à se professionnaliser : en cela, la promotion interne sera un puissant levier de mobilisation.

**Lire la fiche correspondante*

657 services d'urgence
98 SAMU et 428 SMUR
250 MCS
150 établissements expérimentant la gestion des lits

Amandine Aurore, Céline Schnebelen,
Ingrid Boinet et Laurent Gadot

Le point sur... l'implantation des praticiens territoriaux de médecine générale

Isabelle Couailler,
adjointe à la cheffe du bureau RH4



Lors de l'annonce du pacte territoire santé*, Marisol Touraine a réaffirmé la volonté du gouvernement de ne pas activer le levier de la coercition mais au contraire d'inciter les professionnels à s'installer en zone médicalement fragile. En quoi le statut de praticien territorial de médecine générale est-il révélateur de cette volonté ?

Aujourd'hui, la jeune génération de professionnels s'apprête massivement à assurer la relève des médecins généralistes en exercice : répondre à ce défi est donc impératif.

Pour favoriser cette transition dans les zones fragiles, le statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG) apporte une solution, en sécurisant – notamment sur le plan financier – les 2 premières années d'installation des jeunes médecins qui s'installent en zone sous-dense.

Conditions, en retour : s'installer dans un territoire où l'offre médicale est insuffisante, pratiquer les tarifs du secteur 1 de la sécurité sociale et justifier d'une activité minimale de 165 actes par mois. Le contrat prévoit aussi des engagements individualisés pouvant porter sur la permanence des soins ambulatoires.

Atout appréciable du dispositif, le statut de PTMG assure des avancées notables en matière de protection sociale : un complément de rémunération forfaitisé en cas d'arrêt maladie ou pendant toute la durée d'un congé de maternité.

Entre septembre et décembre 2013, 200 postes ont été proposés et pourvus : devant le succès du dispositif, Marisol Touraine a décidé d'ouvrir 200 postes supplémentaires pour 2014. Le gouvernement met donc tout en œuvre pour aider les jeunes médecins à trouver leur juste place dans l'offre de soins de tout le territoire. Cela, au bénéfice de tous : patients comme professionnels !

**Lire la fiche correspondante*

200 postes ouverts en 2013
et 200 en 2014
une sécurisation pendant les 2 premières années d'installation

Le déploiement de l'exercice coordonné au sein des maisons de santé et des centres de santé

« L'exercice coordonné est encouragé à travers 2 engagements du pacte territoire santé et son importance, réaffirmée dans la stratégie nationale de santé, qui entend renforcer sa place dans la médecine de 1^{er} recours. »

Stéphane Fisch, chef du bureau PF3 et Isabelle Manzi, chargée de mission



Stéphane Fisch et Isabelle Manzi

Les maisons de santé et les centres de santé sont mis – voire remis – à l'honneur depuis quelques années et ont connu un essor considérable en 2013. Quelles en sont les raisons ?

À cela, 2 raisons essentielles : d'une part, la volonté déterminée du ministère de favoriser le développement

du travail pluri-professionnel – ou exercice coordonné – pour structurer sur le terrain, de manière tangible, une véritable offre de soins de 1^{er} recours facilitant le parcours des patients. D'autre part, le caractère extrêmement attractif de ce mode d'exercice vis-à-vis des professionnels de santé eux-mêmes – notamment dans les territoires caractérisés par une faible densité médicale – qui permet en outre de garantir une meilleure accessibilité aux soins.

Les chiffres sont parlants : fin 2013, on recensait 370 maisons de santé pluri-professionnelles et 380 centres de santé polyvalents, soit 750 structures d'exercice collectif. D'ici fin 2014, 600 maisons seront en fonctionnement.

La dynamique est bien engagée : il faut maintenant l'intensifier. C'est la raison pour laquelle le déploiement de l'exercice coordonné est encouragé à travers 2 engagements du pacte territoire santé* lancé par Marisol Touraine fin 2012, pour lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins. Son importance est également réaffirmée dans la stratégie nationale de santé*, qui entend renforcer sa place dans la médecine de 1^{er} recours.

Comment encourager le regroupement des professionnels de santé ?

Il faut rappeler que le travail en équipe constitue un mode d'exercice particulièrement plébiscité par les professionnels de santé, spécialement par la jeune génération. Il suppose toutefois des modes d'organisation spécifiques et ouvre la voie à des pratiques innovantes qui justifient des modes de rémunération également spécifiques. Afin de prendre en compte ces éléments, une expérimentation de nouveaux modes de rémunération a été mise en place depuis 2008 et sera étendue en 2014 à plus de 160 nouvelles structures par la loi de financement de la sécurité sociale. Cette extension facilitera les conditions d'exercice de ces structures dans l'attente de

la généralisation de nouveaux modes de rémunération, qui devrait intervenir prochainement. En effet, des négociations conventionnelles sur les soins de proximité sont en cours dans cet objectif entre les représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.

Les agences régionales de santé (ARS) accompagnent également les promoteurs de projets de services de santé – maisons, centres et pôles de santé –. Tout comme la haute autorité de santé (HAS), qui a mis à disposition de leurs équipes un guide simplifié, un référentiel d'analyse et de progression ainsi qu'un centre de ressources en soins primaires dédié. Ces outils, qui permettent aux structures de s'auto-évaluer, tendent à favoriser les démarches qualité.

Des réflexions plus poussées sont également menées sur les centres de santé eux-mêmes ?

Oui, au sens où ils représentent une alternative intéressante à la médecine libérale et répondent aux attentes des patients. En 2013, Marisol Touraine a sollicité une mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour reconsidérer la place des centres de santé dans l'offre de soins ainsi que leur situation économique. Le rapport de mission mettant en évidence l'utilité des centres et la nécessité de remédier à leur fragilité financière structurelle, un groupe de travail a été mis en place par le ministère, associant les représentants des centres de santé – gestionnaires et professionnels de santé –. Objectif : déployer les actions confortant la place des centres et lever les obstacles réglementaires éventuels, en ce qui concerne par exemple la participation à la permanence des soins ou à la formation des étudiants.

Par ailleurs, les négociations conventionnelles sur la rémunération d'équipe impacteront directement les centres de santé qui, en parallèle, négocient un avenant à l'accord national régissant leurs rapports avec l'assurance maladie.

Le partage entre professionnels des informations liées aux patients de santé fait-il toujours l'objet d'une attention de la DGOS ?

Absolument ! Dès 2010, il est apparu indispensable de prendre des mesures afin de pouvoir offrir aux structures concernées des outils leur permettant un véritable exercice coordonné. Dans ce contexte, la DGOS et la direction de la sécurité sociale (DSS) ont missionné l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) en santé en vue de la création d'un référentiel sur le sujet à destination des structures d'exercice coordonné. Une expérimentation



sur la faisabilité, dans les structures, du déploiement de logiciels conformes à ce référentiel s'est achevée en décembre 2013. Sur la base de ses enseignements, une réflexion est menée pour améliorer encore la mise en place de systèmes d'information adaptés à l'exercice coordonné. Cette question devrait d'ailleurs figurer dans le cadre des négociations conventionnelles sur les soins de proximité et la rémunération d'équipe.

*Lire les fiches correspondantes

370 maisons de santé
380 centres de santé
une expérimentation de rémunération
étendue à 160 équipes

L'essor de la télémédecine

«Aujourd'hui, il n'y a plus d'obstacle technologique: il est donc temps – et possible – de passer à une phase intensive de déploiement.»

Clémence Mainpin, adjointe au chef du bureau PF3, Marion Fumex et Bamdad Shaban, chargés de mission

Aujourd'hui, la télémédecine connaît une véritable effervescence et apparaît comme un véritable sujet d'intérêt, notamment médiatique. De quoi parle-t-on exactement?

Il est exact que la télémédecine, qui repose sur de nouvelles technologies de l'information et de la communication, est véritablement en plein développement car elle contribue

à répondre à des défis comme le vieillissement de la population, le suivi régulier – et exigeant – de maladies chroniques, les inégalités d'accès aux soins ou encore une certaine désertification médicale localisée. En aucun cas, elle ne se substitue aux actes médicaux habituels: elle leur est complémentaire et permet d'apporter des solutions. La télémédecine regroupe sous un même vocable 5 types de prise en charge: la téléconsultation – ou consultation à distance –, la téléexpertise pour un avis à distance entre plusieurs professionnels médicaux, la télésurveillance médicale permettant d'interpréter à distance les paramètres d'un patient, la téléassistance médicale au cours de laquelle un professionnel est guidé à distance par un autre professionnel dans la réalisation d'un acte et la régulation médicale avec uniquement la pose d'un 1^{er} diagnostic en urgence par téléphone. Contrairement à ce que l'on peut lire parfois, il ne suffit pas de s'installer devant une webcam et d'attendre! D'ailleurs, le ministère lancera prochainement, en partenariat avec le collectif interassociatif sur la santé (CISS), un dispositif vidéo de promotion à destination du grand public et des professionnels de santé, pour montrer ce qu'est la télémédecine... et ce qu'elle n'est pas.

Précisément, pouvez-vous donner quelques exemples particulièrement emblématiques?

La vidéo de la DGOS et du CISS met en avant 3 projets qui ont fait leurs preuves: le suivi des patients insuffisants cardiaques par le centre hospitalier universitaire de Caen, l'accès



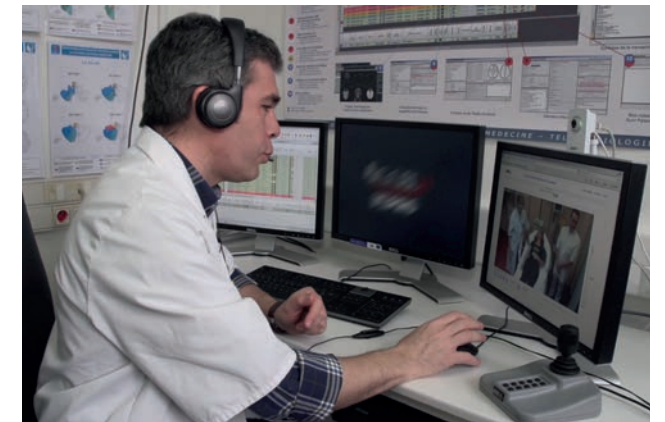
Visuels extraits de la vidéo du ministère et du CISS

aux soins des patients détenus au sein de l'unité dédiée des hôpitaux de Lannemezan et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) coordonnée par le centre hospitalier de Lens. Pour ce dernier projet, une astreinte de «télé-AVC», mobilisant des neurologues et des radiologues, est assurée par un hôpital pour le compte des autres établissements du territoire Hainaut-Artois ne disposant pas des ressources médicales nécessaires. Bilan pour les patients: une prise en charge à distance, rapide et sécurisée, 1 500 alertes neurologiques gérées et 230 actes de téléassistance à la thrombolyse réalisés dans les 90 minutes suivant l'arrivée des patients aux urgences de leur centre hospitalier d'admission. Ce ne sont que 3 projets parmi tant d'autres: fin décembre 2012, on en recensait 331, soit 48% de plus qu'en 2011!

La télémédecine connaît donc une phase charnière de déploiement: quelles sont les mesures proposées pour l'accompagner?

Marisol Touraine a choisi de consacrer l'un des engagements du pacte territoire santé* à la télémédecine, au sein du volet dédié à l'exercice des professionnels. Transformer les conditions d'exercice pour améliorer la prise en charge, c'est aussi adapter sans cesse la pratique médicale aux progrès. Aujourd'hui, il n'y a plus d'obstacle technologique: il est donc temps – et possible – de passer à une phase intensive de déploiement.

C'est justement ce que permet la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, en autorisant l'expérimentation de modalités de rémunération de certains actes de télémédecine, réalisés au bénéfice de patients pris en charge en ville – domicile, cabinet, maison ou centre de santé* – ou en structure médico-sociale – établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), maison d'accueil spécialisée (MAS)... –.



**La TÉLÉMEDECINE
TOUT SE JOUE
maintenant**

Cela, pour sortir la télémédecine des murs de l'hôpital, 53% des projets existants étant exclusivement hospitaliers. L'idée est de maintenir – voire d'amplifier – l'accès par télémédecine à des consultations ambulatoires de médecins spécialistes, dont la répartition est parfois inégale sur le territoire. Pour certains patients aux pathologies complexes comme les personnes âgées résidant en institution, la télémédecine peut offrir une prise en charge gériatrique et psychiatrique par des médecins exerçant dans des centres hospitaliers, parfois éloignés. Jusqu'à présent, il n'existait pas de tarif adapté – et donc incitatif – pour facturer les activités de télémédecine: aujourd'hui, des projets pilotes sont en cours dans certaines régions pour ce faire.

*Lire les fiches correspondantes

**5 types de prise en charge
331 projets recensés
53% de projets hospitaliers**



Clémence Mainpin, Marion Fumex et Bamdad Shaban

La révolution de la santé numérique

«Hôpital numérique et Territoire de soins numérique sont 2 programmes qui se complètent pour une prise en charge globale des patients.»

Franck Jolivaldt, chef du bureau PF5, Caroline le Gloan, adjointe au chef de la mission, Anne-Alexandra Babu, Sarah Grammatika et Pierre Duclos, chargés de mission



Dans le domaine de la santé numérique, la DGOS assure le pilotage et la coordination d'une stratégie nationale forte à travers le programme Hôpital numérique. 3 ans après son lancement, que doit-on en retenir?



Franck Jolivaldt et Caroline le Gloan

Clairement, le programme Hôpital numérique constitue la politique nationale à 5 ans sur les systèmes d'information hospitaliers (SIH), qui se focalise sur le cœur de métier des établissements de santé: la production de soins. Sur ce point, l'ensemble des établissements – publics comme privés – devra être parvenu à un palier satisfaisant de maturité au terme du programme. D'une part, pour favoriser le partage et l'échange d'informations autour d'une prise en charge coordonnée des patients: d'autre part, pour améliorer significativement la qualité et la sécurité des soins, la performance liée à la production de soins et la sécurité des données.

En mars 2013, Marisol Touraine a annoncé le lancement du volet «financement» du programme, levier essentiel très attendu des équipes hospitalières pour le démarrage de leurs projets. Ce financement de 400M€ sur la période 2013-17 fait l'objet d'un appel à projets, en vue d'une attribution forfaitaire de crédits conditionnée à différents critères: tout d'abord, l'atteinte d'objectifs connus et partagés, les financements étant versés a posteriori – et non plus a priori – aux seuls établissements pouvant justifier de l'atteinte de cibles précises. Ensuite, la limitation des coûts des projets, indépendamment du montant engagé par les établissements pour leur réalisation: les montants des forfaits accordés sont connus à l'avance – entre 37 000€ et 3,4M€ – et les modalités de calcul, transparentes. Enfin, une répartition équitable sur tout le territoire, les régions disposant d'une enveloppe déterminée en fonction de l'activité des établissements de leurs territoires. Toutes les conditions sont maintenant réunies pour passer à la phase de déploiement opérationnel des projets!

Par ailleurs, 27 indicateurs «Hôpital numérique» ont été officiellement intégrés aux critères de la certification des établissements de santé, pilotée par la haute autorité de santé (HAS). Désormais reconnus comme des indicateurs de mesure, de qualité et d'usage des systèmes d'information dans les établissements, ils sont rapidement devenus des critères de référence très utiles aux experts-visiteurs.

Depuis 2013, Hôpital numérique se complète d'un autre programme, «Territoire de soins numérique», qui s'inscrit quant à lui dans le cadre des «investissements d'avenir» portés par le gouvernement. Quelle est l'articulation entre ces 2 démarches?

Effectivement, cette démarche gouvernementale des investissements d'avenir intègre dans ses priorités – et son financement – le sujet de la santé numérique. Lancé en 2013, le programme Territoire de soins numérique devra faire émerger des projets innovants au sein de territoires pilotes «d'excellence». L'articulation de ce programme avec Hôpital numérique repose sur leur périmètre respectif: le champ hospitalier stricto sensu pour l'un, la coordination et la coopération entre les secteurs hospitalier et ambulatoire pour l'autre. De fait, Territoire de soins numérique associe tous les acteurs du parcours de soins et les patients au service d'une offre de soins optimisée et coordonnée à l'échelle d'un territoire dans une logique de parcours et de prise en charge coordonnée des patients. Concrètement, il favorise des modalités d'organisation nouvelles – pour la prévention, l'offre de soins, la prise en charge... – et un appui à la transversalité entre les différents professionnels impliqués dans les parcours de soins. Sans oublier des services nouveaux reposant sur les nouvelles technologies. Territoire de soins numérique est un catalyseur de l'innovation organisationnelle et numérique, au service de la stratégie nationale de santé* dont on peut dire qu'il a anticipé les enjeux!

Le programme s'achèvera en 2017: les projets qui en découleront, sélectionnés à l'issue d'un appel à projets, doivent être généralisables et se poursuivre au-delà de cette date pour s'inscrire de façon pérenne dans l'offre de soins des territoires concernés. Pour cela, les investissements d'avenir prévoient un financement à hauteur de 80M€.



Un mot sur la 1^{ère} édition de l'atlas des SIH, publiée en 2013?

Cette 1^{ère} édition reflète le suivi constant qu'assure la DGOS sur l'évolution des systèmes d'information. L'atlas rassemble et analyse l'ensemble des données disponibles en la matière, recueillies via l'observatoire des systèmes d'informations de santé (oSIS), l'observatoire du référencement des éditeurs de logiciels et des intégrateurs du monde de la santé (RELIMS) et le dispositif de suivi des charges et ressources SIH dont la mise en œuvre est assurée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Il constitue une base d'information exceptionnelle sur les systèmes d'information de plus de 1 400 établissements!



Anne-Alexandra Babu et Pierre Duclos

Principaux enseignements de l'atlas: l'évolution de l'informatisation du processus de soins devient significative. C'est par exemple le cas pour l'informatisation du dossier patient, achevée ou en cours dans plus de 75% des établissements. Les charges d'exploitation SIH s'élèvent à 852M€, soit 1,5% des charges totales hospitalières: les emplois SIH, qui correspondent quant à eux aux acquisitions de matériels et de programmes, représentent 298M€, soit 4,3% du total des emplois en établissement. En ce qui concerne l'offre, le secteur présente une forte diversité, avec près de 227 sociétés et 544 logiciels déclarés.

L'objectif des prochaines versions de l'atlas sera de prolonger l'analyse sur plusieurs années pour mesurer les évolutions du déploiement des SIH. Mais aussi, de renseigner l'oSIS de manière exhaustive pour analyser plus finement la qualité des systèmes d'information.

*Lire la fiche correspondante

2 programmes nationaux
400M€ pour HN
80M€ pour TSN
27 indicateurs pour la certification

L'ouverture de la recherche clinique aux soins de proximité

«**Concrètement, les maisons et les centres de santé pourront eux aussi porter et mettre en œuvre des projets de recherche en leur nom, avec l'appui d'un établissement de santé.**»

Olivier Louvet, chef du bureau PF4, Hélène Coulonjou, adjointe au chef du bureau, Dominique Mariolle, Ariane Galaup-Paci, Louisa Stuwe, Cédric Carbonneil et Noël Lucas, chargés de mission



Dominique Mariolle, Olivier Louvet et Hélène Coulonjou

Des travaux sont actuellement en cours pour rapprocher les maisons de santé et les centres de santé des universités. Pourquoi privilégier la recherche dans ce que l'on appelle les «soins primaires» ?

L'introduction puis l'utilisation de technologies de santé innovantes et pertinentes, bénéfiques pour la prise en charge des patients dans leurs parcours de soins, sont le résultat

de recherches s'inscrivant dans un continuum, depuis la recherche fondamentale jusqu'à l'application au malade. Or les «soins primaires» – ou soins de 1^{er} recours dispensés en cabinet de ville ou en structure ambulatoire – constituent la porte d'entrée dans le système en termes de proximité, de continuité, d'accessibilité. S'ils sont le 1^{er} contact des patients avec le système de soins, les professionnels de santé dispensant des soins primaires structurent également la suite des parcours des patients.

Il ne faut pas non plus négliger le fait que les maisons et les centres de santé sont des lieux de recherche privilégiés en soins primaires, grâce aux possibilités d'inter-professionnalité qu'elles offrent et aux bases de données qu'elles constituent.

C'est pour l'ensemble de ces raisons que la recherche ne peut plus être le seul apanage des centres hospitaliers universitaires. Marisol Touraine a annoncé en septembre 2013, dans le cadre de la stratégie nationale de santé*, l'ouverture de la recherche en soins primaires. Ce volet «recherche en maison et centre de santé» permettra aux professionnels à la fois de mieux connaître l'offre de 1^{er} recours tout en conférant à ces structures un attrait nouveau de nature à attirer les jeunes – ou moins jeunes – médecins soucieux de compléter leur exercice par des travaux de recherche.

Ce volet «recherche en maison et centre de santé» fait aussi l'objet d'un engagement du pacte territoire santé*: quel en est l'objectif?

Avant tout, il s'agit de renforcer l'attractivité de la médecine de 1^{er} recours, qui innove, cherche, et invente au quotidien. Créer des terrains d'enseignement et de recherche pour la médecine générale est de nature à attirer des professionnels engagés dans leurs missions de soins mais tout autant motivés par l'enjeu et l'environnement de la recherche clinique. Ainsi, les quotas d'années-recherche ont été doublés en 2014 pour les internes, permettant ainsi à davantage d'entre eux – dont les futurs médecins généralistes – d'obtenir une formation de qualité à la recherche.

Concrètement, l'appel à projets dans le cadre des programmes de recherche ministériels – dont le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) – a été élargi : cela signifie que, désormais, les maisons et les centres de santé* pourront eux aussi porter des projets de recherche en leur nom, avec l'appui méthodologique d'un établissement de santé. À qualité équivalente, les projets portant sur les soins primaires seront prioritaires lors des processus de sélection du programme, dont l'intitulé pourrait d'ailleurs être adapté et se décliner sous la forme d'un «programme de recherche clinique». Ces nouvelles orientations seront détaillées par la prochaine instruction dédiée à l'appel à projets annuel, qui précisera les axes et les priorités de la nouvelle campagne.

Quels domaines en particulier pourraient être concernés par cette ouverture de la recherche?

D'une manière générale, en reconnaissant le lieu d'exercice des médecins généralistes comme un lieu de recherche en plus d'être un lieu de soins et d'enseignement, l'ouverture des programmes de recherche aux soins primaires est un signe fort donné à l'ensemble de la spécialité de médecine générale.



Ariane Galaup-Paci et Louisa Stuwe



Cédric Carbonneil et Noël Lucas

Et des projets de recherche existent déjà ! Dès avant les annonces faites dans le cadre de la stratégie nationale de santé et du pacte territoire santé, un projet précurseur a été monté dans la région Rhône-Alpes : le projet «PRiSM» (pluri-professionnalité et gestion des risques par un programme multi-facettes en soins primaires). Le projet illustre très bien le sens de l'ouverture de la recherche aux soins primaires : il se concentre sur une meilleure détection des événements indésirables – tels que les infections associées aux soins ou encore les erreurs médicamenteuses – dans les cabinets de ville, ainsi qu'une diminution de leur survenue. Ce projet est à lui seul très emblématique de l'inflexion donnée à la recherche clinique en France !

*Lire les fiches correspondantes

9 programmes de recherche suivis par la DGOS

L'année 2013 vue par...

Michèle Lenoir-Salfati,
sous-directrice des ressources
humaines du système de santé
(RH2S), **Christine Gardel**,
adjointe à la sous-directrice,
Marie-Andrée Lautru,
cheffe de projet et
Agnès Lordier-Brault,
conseillère médicale

En 2013, la sous-direction RH2S s'est fortement mobilisée pour accompagner les engagements de la ministre et du gouvernement en faveur de l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé, indispensable à la qualité de la prise en charge de nos concitoyens. Les nombreuses concertations menées ont permis d'aboutir à plusieurs mesures fortes : tout d'abord, en faveur de l'accès aux soins sur l'ensemble des territoires et en appui du pacte territoire santé pour faciliter l'installation de jeunes professionnels*

– élargissement et assouplissement du contrat d'engagement de service public, création du statut de praticien territorial de médecine générale* –. Ensuite, des mesures en faveur de l'amélioration des conditions d'emploi, de rémunération et de travail des personnels de la fonction publique hospitalière : citons la mise en œuvre de la loi de mars 2012 dite loi ANT* et les mesures de revalorisation des agents de catégorie C*, sans compter le soutien apporté par la sous-direction au dispositif « emplois d'avenir »* en lien avec l'ANFH. Un important travail a également été mené autour de la prévention des risques psychosociaux avec le concours des agences régionales de santé (ARS), d'établissements et des partenaires sociaux permettant le suivi de projets pilotes en région sur lesquels il sera possible de capitaliser. Enfin, des mesures en*



Christine Gardel, Marie-Andrée Lautru et Agnès Lordier-Brault

faveur des compétences des professionnels : finalisation des référentiels d'activités et de compétences, formation d'adaptation à l'emploi, développement de la VAE – et notamment son ouverture au diplômé d'IBODE –, accompagnement de la montée en charge du développement professionnel continu.

Toutes ces réalisations ont été rendues possibles par la qualité du dialogue conduit avec l'ensemble des acteurs et des partenaires au sein des instances – CSFPH, HCPP – et des groupes de concertation – internes et jeunes médecins, praticiens hospitaliers, personnels de direction, groupes professionnels... –.

Elles sont aussi le fruit de l'engagement constant et sans faille, personnel et collectif des équipes de la sous-direction : que chacune et chacun en soit remercié !

**Lire les fiches correspondantes*



Michèle Lenoir-Salfati

L'année 2013 vue par...



Une partie des équipes de la sous-direction des ressources humaines du système de santé (RH2S)

L'année 2013 vue par...

L'implication, la reconnaissance du rôle essentiel joué par les professionnels, l'évolution de leur formation et de leurs conditions d'exercice, la réponse à des attentes nouvelles de leur part en vue d'une coordination mieux assurée sont autant de facteurs clés pour assurer la réussite de la stratégie nationale de santé.

La DGOS, une direction qui fait confiance aux professionnels de santé

Un contrat d'engagement de service public élargi et assoupli

« La montée en charge des signatures de contrat est désormais encourageante. »

Evelyne Belliard, cheffe du bureau RH1,
Pérola Spreux, adjointe à la cheffe du bureau,
Amandine Sibois, Eléonore Sellier et
Alexandre Bertrand, chargés de mission

Le déploiement des contrats d'engagement de service public (CESP) semble connaître une inflexion positive: où en est-on aujourd'hui?

L'enjeu lié au dispositif – inciter les jeunes médecins à s'installer dans des territoires isolés en échange du versement d'une aide financière de 1200€ par mois pendant leurs études – a conduit Marisol Touraine à en faire un engagement spécifique du pacte territoire santé* lancé fin 2012. Celui-ci est en corrélation directe avec un autre engagement du pacte: l'identification, dans chaque agence régionale de santé (ARS), d'un « référent installation », en charge tout particulièrement d'informer les jeunes médecins en formation sur l'ensemble des dispositifs d'installation, y compris le CESP. Cette synergie, couplée aux actions mises en place par la DGOS sur le champ de la communication – notamment un clip vidéo de promotion – a permis de donner un nouveau souffle au dispositif. La montée en charge des signatures de contrat est désormais encourageante: dans le cadre de la campagne 2013-14, 317 CESP ont été signés et viennent s'ajouter aux 548 contrats souscrits précédemment. En tout, 865 CESP ont été signés

Evelyne Belliard
et Amandine Sibois



depuis l'entrée en vigueur du dispositif, soit près de 60% de l'objectif porté par Marisol Touraine dans le cadre du pacte territoire santé: la signature d'ici 2017 de 1 500 contrats d'engagement.

Pour autant, il était nécessaire de compléter et de renforcer le dispositif dans ses aspects réglementaires et organisationnels pour lever certains freins à son développement, identifiés par les ARS et les syndicats d'étudiants et d'internes en médecine.

Quelles ont été les modifications essentielles apportées au dispositif?

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a permis d'étendre le dispositif initial à la chirurgie dentaire. Les grands principes du CESP en médecine ont été adaptés au cursus de formation en odontologie ainsi qu'à l'exercice du métier de chirurgien-dentiste. Ainsi, le CESP en odontologie est désormais ouvert aux étudiants dès la 2^{ème} année de leur cursus, hors internes.

Et qu'en est-il des mesures proposées pour lever un frein essentiel au développement du CESP, lié aux zones d'installation des signataires?

Sur ce point majeur, il a été prioritairement décidé d'étendre les zones dans lesquelles les ARS peuvent proposer des lieux d'exercice aux signataires, caractérisées par une offre médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Ensuite, les signataires s'engagent à consacrer non plus leur exercice professionnel mais leur activité de soins dans un ou plusieurs lieux d'exercice déterminés par les ARS: cet assouplissement favorise des activités de recherche ou d'enseignement là où ils le souhaitent. Enfin, lorsqu'un signataire voit son projet professionnel bouleversé – en raison notamment de la modification, par une ARS, des zones identifiées comme fragiles dans une région –, la résiliation du contrat n'entraîne plus le versement de la pénalité de rupture. Cette modification vise à rassurer les signataires ayant un projet professionnel très précis.

2 nouveaux cas de suspension possible de contrat ont été ajoutés. Le 1^{er} concerne les étudiants ayant signé un CESP pendant le 1^{er} ou le 2^{ème} cycle des études de médecine, qui peuvent demander à suspendre le versement de l'aide pendant leur 3^{ème} cycle, jusqu'à leur installation ou leur prise de fonctions dans le cadre de leur engagement de service public. Sachant que pour les étudiants en chirurgie dentaire signataires d'un CESP, la suspension du contrat est automatique pendant la durée de leur 3^{ème} cycle long.



Eléonore Sellier
et Alexandre Bertrand



Le 2nd cas de suspension concerne les médecins et les chirurgiens-dentistes en exercice dans le cadre du CESP: ceux-ci peuvent demander à suspendre temporairement leur engagement à exercer en zone fragile en vue de la réalisation d'un projet professionnel,

comme une mission humanitaire par exemple.

L'ensemble de ces mesures d'assouplissement du dispositif devrait faciliter l'atteinte de l'objectif fixé par la ministre.

*Lire la fiche correspondante

865 CESP signés
un objectif de 1 500 contrats d'ici 2017

Le point sur... la modernisation des choix de stage des internes et de leur agrément



Corinne Régnard,
cheffe de projet au
bureau RH1

Actuellement, les agences régionales de santé (ARS) recourent à l'application informatique SIRIUS pour délivrer les affectations semestrielles des internes et l'agrément de leurs terrains de stage. Pourquoi une réforme de cette application était-elle nécessaire ?

La décision de réformer l'application existante s'est justifiée par la nécessité de disposer d'une interface véritablement collaborative entre tous les acteurs concernés – ARS mais aussi unités de formation et de recherche (UFR) des universités, centres hospitaliers universitaires (CHU) de rattachement des internes –, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Par ailleurs, SIRIUS fait face à des limitations techniques qui ne permettent plus de répondre à tous les impératifs actuels. Plus encore, des opérations traitées à titre exceptionnel, comme le choix d'une 2nde affectation ou le « droit au remord » exercé par un interne ne sont pas envisageables avec SIRIUS.

Objectif de la réforme : optimiser le temps de travail des gestionnaires et repositionner ces derniers sur des tâches à forte valeur ajoutée, comme par exemple l'évaluation des besoins et des attentes des internes en formation et leur convergence avec les besoins de santé des régions.

Baptisée IMOTeP – pour « Internes de médecine, d'odontologie et de pharmacie » –, la nouvelle application prendra la forme d'un système d'information modernisé, évolutif et pratique. Reposant sur un infocentre sécurisé accessible à toutes les ARS, elle devrait disposer d'un certain nombre de fonctionnalités visant à faciliter le travail des acteurs. Parmi elles, la dématérialisation à la fois des choix des internes pour leurs stages ainsi que celle des agréments délivrés pour les terrains de stage. Par ailleurs, l'organisation « d'amphis de choix » durant lesquels les candidats énoncent leurs lieux de stage, est apparue comme une tâche très chronophage et coûteuse pour les ARS. Sur ce dernier aspect, la dématérialisation des choix passerait par la mise en place de « pré-choix » en 3 phases : 1^{ère} déclaration, sélection affinée puis choix définitif.

Prochaine étape pour IMOTeP : la reprise – automatisée – de l'historique des données issues de SIRIUS ces 10 dernières années, afin d'alimenter l'application dès son démarrage !



L'adaptation constante des conditions d'exercice des professionnels

« S'il reste excellent, notre système de santé a vieilli. Les professionnels de santé, eux aussi, ont changé. »

Guy Boudet, chef du bureau RH2, Carole Merle et Martine Vassaux, adjointes au chef du bureau, Sophie Figueroa, Isabelle Roux, Sylvie Chauvin, Laétitia Faveraux et Marion Sauvage, chargées de mission

Parmi ses missions essentielles, il incombe à la DGOS de veiller en permanence aux conditions optimales d'exercice des professionnels de santé, que ceux-ci soient médicaux ou non médicaux, hospitaliers ou libéraux. Dans quel cadre plus global ces missions s'intègrent-elles ?

La DGOS a en effet pour mission d'apporter des réponses aux besoins en professionnels de santé, d'organiser leurs formations et de déterminer leurs conditions d'exercice. Mais aussi, en lien avec les agences régionales de santé (ARS), de les mobiliser là où ils sont nécessaires tout en répondant à leurs aspirations !

La grande qualité de notre système de santé – qui demeure reconnue – repose en très grande partie sur l'implication et la mobilisation de tous les professionnels qui, au quotidien, soignent, accompagnent, gèrent et innovent. S'il reste excellent, notre système de santé a vieilli. Les professionnels de santé, eux aussi, ont changé : ils aspirent à exercer différemment et rencontrent des patients toujours mieux informés, qui veulent être de plus en plus impliqués.

En cela, de grandes dynamiques comme la stratégie nationale de santé* ou le pacte territoire santé* apportent des solutions à cette nécessité de faire évoluer en permanence les conditions d'exercice et de les adapter à de nouveaux enjeux : vieillissement de la population et accompagnement de la dépendance, explosion des maladies chroniques, répartition démographique des professionnels sur le territoire...

Précisément, le pacte territoire santé comporte des engagements directement liés aux nouvelles conditions d'exercice des médecins ?

Tout à fait, dans l'idée de faciliter leur installation dans des territoires dont l'offre médicale et fragile

et, en filigrane, d'assurer dans certains cas une transition générationnelle entre médecins en fin de carrière et médecins débutants. C'est la raison pour laquelle la jeune génération – en l'occurrence, les internes en médecine – a fait particulièrement l'objet de réflexions en 2013 sur l'évolution de ses conditions d'exercice. Outre des



Carole Merle,
Martine Vassaux
et Guy Boudet

avancées sur leur conditions de travail, leur rémunération et leur système indemnitaire*, les internes se verront davantage encore responsabilisés et reconnus comme professionnels de santé à part entière. Pour faciliter le remplacement de médecins par des internes – que ce soit en établissement hospitalier ou en cabinet libéral –, les conditions de niveaux de formation requis sont en cours d'évolution, en lien avec les représentants des internes, des enseignants et du conseil national de l'ordre des médecins : cela, pour attester de la délivrance de la licence de remplacement par les conseils départementaux de l'ordre. Ce dispositif est vivement encouragé par les internes, l'ordre national et les médecins eux-mêmes, notamment pour répondre aux demandes urgentes de remplacement non prévues à ce jour dans certaines spécialités médicales et chirurgicales : c'est le cas par exemple de la réanimation médicale.

Quelle autre mesure emblématique de cette adaptation des conditions d'exercice pour les professionnels non médicaux ?

Laëtitia Faveraux
et Marion Sauvage

Sans aucun doute, l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire par VAE ! Cette mesure témoigne de la préoccupation constante de la DGOS de prendre en compte les attentes des professionnels et de les traduire dans les faits. En l'espèce, il s'agit de faciliter l'accès au métier d'infirmier de bloc opératoire par validation des acquis de l'expérience (VAE), droit individuel qui permet l'obtention de tout ou partie d'un diplôme quels que soient l'âge du candidat, sa nationalité, son statut et son niveau de formation, sous réserve de justifier de 3 ans d'expérience. Cette avancée répond à une demande forte des infirmiers exerçant en bloc opératoire et de leurs employeurs – hôpitaux ou cliniques – pour requalifier les intéressés. Simultanément, le chantier de l'élargissement du champ des actes des infirmiers de bloc opératoire a été ouvert en concertation avec toutes les parties prenantes : cette mesure concrétise l'engagement pris par Marisol Touraine devant les représentants des professionnels lors de son intervention inaugurale du salon infirmier 2013.

*Lire les fiches correspondantes

**32 000 internes en médecine,
odontologie et pharmacie
9 300 IBODE**

Sophie Figueroa,
Isabelle Roux
et Sylvie Chauvin

La mise en œuvre d'une priorité gouvernementale : les emplois d'avenir dans la FPH

« Le dispositif s'insère dans un engagement plus global du gouvernement en faveur de l'emploi, en complément des contrats de génération et de la sécurisation de l'emploi. »

Alban Amselli, chef du bureau RH3, Marianne Franier, adjointe au chef du bureau et Eléonore Dubois-di Macario, chargée de mission

Le gouvernement se mobilise fortement autour du dispositif des emplois d'avenir : pouvez-vous en rappeler la vocation et le périmètre ?

Le dispositif des emplois d'avenir ouvre les portes du marché du travail aux jeunes de 16 à 25 ans – jusqu'à 30 ans pour les travailleurs handicapés – confrontés à des difficultés particulières d'insertion professionnelle, n'ayant pas de diplôme ou disposant d'un faible niveau de qualification. Il fait partie d'une démarche plus globale du gouvernement en faveur de l'emploi : il répond à l'urgence vis-à-vis des jeunes sans emploi ou qualification, en complément des contrats de génération et de la sécurisation de l'emploi.

Sur la base de CDI ou de CDD de un à 3 ans à temps plein, l'objectif est de permettre à ces jeunes d'accéder à une 1^{ère} expérience ou d'acquérir des compétences en vue d'évoluer vers un autre emploi. Les employeurs potentiels sont principalement des associations, des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements publics et, parmi eux... les établissements de santé. Pour le secteur hospitalier, un chantier spécifique a été ouvert par les pouvoirs publics pour étendre le dispositif aux structures privées, également mobilisées et en demande de recrutement. Côté rémunération, l'État apporte aux employeurs une aide pour 3 ans à hauteur de 75% du SMIC.

Dans les secteurs sanitaire, social et médico-social, le ministère s'est engagé à financer la formation des jeunes en emplois d'avenir : « tutorat mutualisé » expérimenté dans le secteur public d'une part, formations qualifiantes et de remise à niveau ouvertes aussi au secteur privé non lucratif d'autre part, ouvertes. À partir de la rentrée de septembre 2014, les formations diplômantes – à savoir le coût des frais pédagogiques ainsi que les 25% du salaire du jeune qui auraient dû être à la charge de l'employeur – seront également prises en charge par une enveloppe

dédiée. Cette avancée résulte d'une expertise menée conjointement avec la fédération hospitalière de France (FHF) et l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), après concertation des partenaires sociaux : elle nécessite la modification par avenant des conventions cadres et financières prises pour le secteur public.

Des objectifs chiffrés ont-ils été définis pour le secteur hospitalier ?

Oui et aussi pour le secteur médico-social – notamment les maisons de retraite ou les structures pour personnes handicapées –, secteur non négligeable d'emplois ! Concrètement, les objectifs 2013 portent à 3 240 les signatures attendues pour les hôpitaux – 2 140 pour le champ sanitaire et 1 100 pour le champ médico-social – auxquelles s'ajoutent 860 signatures pour les hôpitaux privés à but non lucratif – dont 500 pour l'aide à domicile –. Ces objectifs chiffrés ont été atteints : l'année 2013 s'est caractérisée par une montée en charge importante du dispositif. Outre la motivation des employeurs, celle-ci est certainement due en partie aux moyens qui leur ont été accordés : les crédits ciblés à cet effet se sont élevés au total à 13M€, dont 11,7M€ pour les hôpitaux publics. Par ailleurs, Marisol Touraine a annoncé une enveloppe de 3M€ pour accompagner le recrutement de 1 000 emplois d'avenir au sein des cliniques.

Alban Amselli



Marianne Franier

Dans quelle mesure la DGOS a-t-elle pris sa part dans le déploiement du dispositif en milieu hospitalier ?

Une circulaire a été publiée en avril 2013 et diffusée à tous les acteurs susceptibles de concourir au déploiement du dispositif des emplois d'avenir : agences régionales de santé (ARS), établissements de santé, sociaux et médico-sociaux publics mais aussi directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), préfets de département et directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP). Outre le rappel général de la réglementation, la circulaire explicite les points clés du dispositif : modalités de recrutement, exemples de fiches de poste sur les emplois possibles en milieu hospitalier et médico-social – d'aide administratif à aide-archiviste en passant par aide à l'accompagnement du patient



d'un contrat, de la sortie du dispositif et des perspectives offertes, alimentation des indicateurs de suivi du dispositif centralisés par les ARS...

En lien avec le ministère du travail et les acteurs concernés, la DGOS a en outre rédigé des conventions cadres et des conventions financières associant l'État et ses principaux partenaires : enfin, un suivi des emplois d'avenir recrutés dans les secteurs public et privé non lucratif est mené par la DGOS, la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). La dynamique est en marche !

**3 240 emplois prévus dans les hôpitaux,
860 dans les ESPIC
et 1 000 dans les cliniques**

ou aide-animateur, par exemple –, formation et accompagnement des jeunes bénéficiaires, contractualisation avec les missions locales et les agences Pôle emploi/ Cap emploi, suivi de la fin

Des mesures fortes de justice sociale

«Le gouvernement a réaffirmé que la contrainte budgétaire ne doit pas être un obstacle à l'évolution de la fonction publique.»

Odile Brisquet, cheffe du bureau RH4, **Patricia Rucard**, adjointe à la cheffe du bureau, **Claude-David Ventura** et **Yoann Carrey**, chargés de mission

Malgré un contexte économique difficile, il semblerait que le gouvernement n'ait pas renoncé à des actions fortes en direction des catégories les plus défavorisées de la fonction publique. Qu'en est-il ?

Le contexte est difficile : pour autant, le gouvernement a réaffirmé que cette contrainte budgétaire ne doit pas être un obstacle à l'évolution de la fonction publique. Le cap fixé par

Marisol Touraine et par Marylise Lebranchu, ministre de la décentralisation et de la fonction publique, s'est fixé sur la volonté de renforcer les droits des agents, de leur redonner des perspectives de carrière et de moderniser leurs modes de gestion.

Cela est d'autant plus essentiel pour 2 types de personnels : les agents de catégorie C – la plus basse de la fonction

publique – et les agents contractuels, c'est-à-dire non titulaires. C'est en priorité à eux que les pouvoirs publics doivent une certaine justice sociale au sein de la fonction publique.

S'agissant de la catégorie C, quelles sont les avancées obtenues par les agents concernés ?

Ces dernières années, la grille indiciaire des agents de catégorie C – c'est-à-dire le barème de leur rémunération – a été déstructurée par l'effet combiné des hausses successives du SMIC et du gel du point. Aujourd'hui, beaucoup d'agents – et ceux de la fonction publique hospitalière ne sont pas épargnés – ont un traitement proche du salaire minimum.

Pour améliorer la situation sociale de ces agents, un ensemble de mesures applicables au 1^{er} janvier 2014 a été pris autour, d'une part, de la progression indiciaire en début de carrière et, d'autre part, de la fluidification des progressions de carrière.

Première mesure : la suppression du contingentement de l'accès au 8^{ème} échelon pour l'ensemble des corps de catégorie C n'y ouvrant pas droit directement. Seconde mesure : la rénovation de la grille indiciaire de la catégorie C dans toutes ses composantes – administrative, technique et soignante – : pour la seule fonction publique hospitalière, cette mesure a concerné 419 000 agents. La revalorisation s'opérera en 2 temps : à compter du 1^{er} février 2014, les agents bénéficieront de nouvelles durées et de nouveaux échelons permettant une meilleure perspective de carrière et au 1^{er} janvier 2015, l'ensemble des échelons sera revalorisé uniformément de 5 points d'indice majoré. Concrètement, sur l'ensemble de la réforme, la revalorisation représentera en moyenne 480€ nets par agent et par an – sans compter l'impact sur la part indemnitaire – ce qui confirme l'engagement du gouvernement dans la préservation du pouvoir d'achat des fonctionnaires.

Autre mesure à venir : l'harmonisation de l'organisation statutaire entre les 3 fonctions publiques, dont le cloisonnement freine les mobilités et les parcours professionnels.

Autre aspect de l'emploi dit « précaire » : la situation des agents contractuels donc non fonctionnaires. Que peuvent attendre ces derniers de l'action de l'État ?

La sécurisation des parcours professionnels des agents contractuels de la fonction publique découle d'un objectif fort : répondre aux situations de précarité dans les 3 fonctions publiques en favorisant l'accès de ces agents à l'emploi titulaire, en améliorant leurs conditions d'emploi ainsi que leurs droits individuels et collectifs.

En application de la loi de mars 2012, les établissements de santé relevant de la fonction publique hospitalière devront



Odile Brisquet
et Yoann Carrey

organiser, d'ici mars 2016 et sur la base de la valorisation des acquis professionnels, des recrutements directs ou par voie de concours ou d'examens professionnalisés réservés à leurs agents contractuels. Cette loi prévoit par ailleurs que la transformation des contrats à durée déterminée en contrat à durée indéterminée doit obligatoirement être proposée aux agents présentant les conditions requises en mars 2012. Une vigilance particulière est portée aux attachés d'administration hospitalière (AAH), à certains grades de la catégorie C et aux agents contractuels rencontrant des problèmes de santé ou de handicap. Afin d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre de ces dispositions, la DGOS a diffusé plusieurs instructions explicitant l'organisation et les modalités de suivi du dispositif.

Un suivi régulier, au plus près de la mise en œuvre des mesures, est essentiel. Pour cela, les établissements ont été invités à renseigner la plateforme dédiée de l'observatoire national des ressources humaines du système de santé (oNRH) – quel que soit le nombre de leurs recrutements ouverts et celui de leurs agents concernés – en vue de la publication d'un 1^{er} bilan national en 2014.

419 000 agents de catégorie C revalorisés

Le soutien à l'attractivité des carrières médicales et pharmaceutiques hospitalières

«Les pouvoirs publics peuvent agir sur les leviers classiques comme les niveaux et les modalités de rémunération, ou encore sur l'amélioration des conditions d'exercice des praticiens, dont le temps de travail.»

Isabelle Couailler, adjointe à la cheffe du bureau RH4, **Martine Hébrard** et **Estelle Uzureau-Husson**, chargées de mission



Martine Hébrard
et Estelle Uzureau-Husson

L'année 2013 a été ponctuée par un dialogue régulier et nourri avec les internes et Marisol Touraine s'est engagée dans un programme d'actions pour améliorer leurs conditions de travail. Pouvez-vous nous en préciser le contenu ?

Repos de sécurité, rémunération et indemnités... La ministre s'était en effet engagée à améliorer les conditions de travail des internes. Elle a demandé à tous les directeurs d'établissement de veiller au respect de la réglementation, notamment sur le temps de repos après une garde – impératif indispensable pour la sécurité des internes et

donc des patients – et sur les 2 demi-journées consacrées à leur formation universitaire, qui seront dorénavant intégrées aux obligations de service et, ainsi, sanctuarisées. La DGOS travaille actuellement au bilan des modes de financement des postes d'internes et à leur impact éventuel sur les conditions de formation.

La question de la protection sociale des internes a également été au cœur des réflexions : à ce titre, un guide complet élaboré en lien avec les organisations représentatives sera prochainement publié, répondant aux questions de prise en charge les plus fréquemment rencontrées par les internes. Par ailleurs, un travail sera engagé sur les conditions de travail et la prévention des risques psychosociaux, auxquels les internes sont autant exposés que les autres professionnels.

Sur la rémunération, le montant de l'indemnité versée aux internes en début de cursus a été augmenté à la faveur d'un arrêté paru en décembre 2013, avec effet rétroactif au 1^{er} novembre. En outre, une prime de responsabilité pendant le stage autonome de soins primaires (SASPAS) des internes de médecine générale a été créée. De nouvelles mesures seront prises courant 2014, autour notamment d'une indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants en médecine effectuant leur stage hors de leur centre hospitalo-universitaire de rattachement.

Plus globalement, comment «fidéliser» les internes une fois diplômés et les inciter à exercer à l'hôpital ?

C'est un point clé ! L'attractivité des carrières hospitalières dépend de plusieurs facteurs sur lesquels les pouvoirs publics peuvent agir. Et évidemment, des leviers traditionnels que sont les niveaux et les modalités de rémunération dont la modernisation des régimes indemnitaires des personnels médicaux. Mais il faut prêter une attention accrue à l'amélioration des conditions d'exercice des praticiens, notamment par les travaux menés

sur le temps de travail. De nouveaux champs sont aussi explorés, sur lesquels se focalisent de fortes attentes : prévention des risques psychosociaux, équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle ou diversification des modes d'exercice.

Enfin, grâce au renouvellement des commissions régionales paritaires (CRP), chaque région est dotée d'une instance de dialogue social au sein de laquelle la question de l'attractivité est un enjeu prioritaire.

Concrètement, quelles mesures ont été prises sur l'attractivité ?

Parmi les mesures phares, l'attribution d'une indemnité d'engagement de service public exclusif à des catégories de médecins – praticiens des hôpitaux à temps partiel et praticiens attachés – qui n'en bénéficiaient pas jusque-là. L'extension de cette prime aux jeunes médecins que sont les

assistants des hôpitaux est en cours. Il faut également citer la création – et l'amélioration récente de ses modalités – d'une retraite sur-complémentaire pour les personnels enseignants et hospitaliers, qui met fin à l'iniquité pesant sur ces praticiens en matière de retraite.

Les autres mesures concernent les modalités d'utilisation du compte épargne temps (CET) spécifiques aux médecins hospitaliers ou encore la gouvernance interne des hôpitaux : la publication en septembre 2013 d'un décret modifiant les attributions de la commission médicale d'établissement (CME) conforte la place du corps médical au sein de l'institution hospitalière, ce qui contribuera à fluidifier les rapports entre les acteurs au sein des établissements.

32 000 internes en médecine, odontologie et pharmacie

La stratégie nationale de santé restaure le service public hospitalier et responsabilise davantage encore les hôpitaux au sein de leurs territoires de santé. Pour cela, elle encourage les établissements à se moderniser, à innover, à investir, à évoluer vers de nouvelles organisations, de nouveaux processus internes et un nouveau pilotage de leurs ressources.

La DGOS, une direction qui accompagne la modernisation des établissements de santé

L'évolution du financement des établissements de santé

«Les pouvoirs publics marquent nettement leur volonté de préserver les capacités financières des établissements de santé, malgré un contexte économique et budgétaire difficile.»

Sandrine Billet, cheffe du bureau R1, **Marie Sevin-Bourcy** et **Antoine Letiers**, adjoints à la cheffe du bureau, **Vedrana Pajevic**, **Virginie Dubos**, **Isabelle Petit**, **Christine Tacon**, **David Béthoux** et **Bastien Gondre**, chargés de mission, **Edith Riou**, chargée de mission au bureau R5

Comment évolue le mode de financement actuel des établissements de santé, publics comme privés ?

Pour mener à bien ces réflexions et assurer leur coordination ainsi que leur cohérence, le comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) a été installé en décembre 2012 par Marisol Touraine.

Sa mission : proposer des solutions concrètes pour répondre aux limites de la T2A pour les soins de court séjour et préparer l'évolution du financement des autres secteurs de prise en charge, en l'occurrence dès 2016 pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) et, à terme, pour la psychiatrie et l'hospitalisation à domicile (HAD)*.

Par ailleurs, le financement des hôpitaux doit prendre en compte – et anticiper – les défis de l'avenir : pour cette raison, il constitue l'une des réflexions majeures engagées dans le cadre de la stratégie nationale de santé*. Pour cela, il doit être adapté à une prise en charge véritablement coordonnée entre tous les professionnels, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques ou de poly-pathologies, dont la qualité des soins dépend beaucoup de cette coopération. Il s'agit aussi d'intégrer des objectifs de qualité de la prise en charge ou une meilleure

évaluation de la pertinence des actes effectués ou des soins délivrés. Enfin, pour lutter contre les déserts médicaux, il faut soutenir nos hôpitaux de proximité et leur accorder une juste place dans les territoires. Le CORETAH a également son rôle à jouer sur ces sujets et doit donc réfléchir au mode de financement de ces structures, isolées ou de taille modeste.

Dans ce contexte d'évolution prévisible du mode de financier hospitalier et – surtout – de forte contrainte économique, quelles ont été les grandes orientations pour la campagne budgétaire et tarifaire des établissements de santé pour 2013 ?

Cette campagne, qui constitue la feuille de route annuelle de tous les établissements – qu'ils soient publics ou privés – marque nettement la volonté des pouvoirs publics de préserver les capacités financières de ces derniers, malgré un contexte économique et budgétaire difficile. Preuve en est : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie

Marie Sevin-Bourcy



Vedrana Pajevic et Christine Tacon

(ONDAM) fixé pour les établissements de santé pour 2013 est porté à 76,2Md€, en progression de 2,6% par rapport à 2012, soit 1,9Md€ supplémentaire. Une telle progression dans ce contexte économique difficile représente un effort très important en faveur du secteur de l'hospitalisation.

Un point sur les mesures phares de la campagne ?

La tarification hospitalière se devant d'être au plus près des coûts, la campagne 2013 a vu l'amorce du principe de neutralité tarifaire, dont l'objectif est de réduire les écarts entre les tarifs officiels et les tarifs issus des coûts (TIC) pour activités ou séjours manifestement sur ou sous-financés. Pour les professionnels, cela renforce le sentiment que les actes de soins sont rémunérés à leur juste coût et assure une plus grande visibilité dans les prises de décisions. La campagne 2013 a également permis l'amplification de mesures incitatives en faveur des alternatives à l'hospitalisation complète – chirurgie ambulatoire* ou hospitalisation à domicile* – et à la dialyse en centre spécialisé. Celles-ci seront poursuivies en 2014 notamment pour la chirurgie ambulatoire, avec par exemple la mise en place d'un tarif unique entre les séjours ambulatoires et les hospitalisations « classiques » de niveau 1 pratiquées dans les mêmes conditions.

Enfin, après concertation avec les fédérations hospitalières, certaines activités entrant dans le champ du programme de gestion du risque « pertinence des soins* » vont être ciblées pour une 1^{ère} application modérée du dispositif en 2014. Avec en ligne de mire l'idée que le financement ne prenne plus seulement en compte le volume de l'activité hospitalière mais aussi la qualité et la pertinence* de la prise en charge médicale. C'est sur ce principe que repose la dégressivité tarifaire, inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 : ce dispositif, destiné à réguler les recettes liées aux séjours hospitaliers, s'appliquera à un établissement dès lors que son activité dépassera le seuil fixé au niveau national.

Tout ceci est prometteur d'évolutions complémentaires qui viendront nourrir les projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) à venir, au fur et à mesure de la montée en charge de la transformation du modèle hospitalier.

*Lire les fiches correspondantes

un ONDAM hospitalier à
76,2Md€ soit 1,9Md€
supplémentaire



Bastien Gondre, David Béthoux et Edith Riou

Un pilotage affiné de la supervision financière des hôpitaux publics

« La restauration des grands équilibres financiers du secteur hospitalier se confirme : il faut dans le même temps saluer l'effort remarquable que les hôpitaux ont consenti. »

Hélène Cart-Grandjean, cheffe du bureau PF1, Yann Lhomme, adjoint à la cheffe du bureau, Claire Bouinot, Claire du Merle et Yann Lequet, chargés de mission

L'idée est – trop communément – admise que les hôpitaux publics seraient très majoritairement en déficit financier. Pourtant, selon les 1^{ères} données disponibles, les comptes 2013 s'inscrivent dans une trajectoire de retour à l'équilibre engagée depuis 2008. Qu'en est-il vraiment ?

En fait, selon les données – provisoires – recueillies et analysées par la DGOS, la tendance sur la période 2008-13 est au redressement ! Cela mérite d'être souligné car dans un contexte de ressources contraintes, les économies demandées aux hôpitaux ont été quasiment absorbées, le résultat global



Hélène Cart-Grandjean et Yann Lequet

et la capacité d'autofinancement des établissements n'enregistrant qu'un recul léger par rapport à 2012.

Sur la base des données, le résultat global – tous budgets confondus – des établissements publics montrerait un déficit de 70M€ – contre un excédent de 30M€ en 2012 – soit 0,1% du budget hospitalier. Autrement dit, les comptes hospitaliers peuvent être considérés à l'équilibre en 2012 et en 2013 : les données financières qui seront disponibles dans le courant de l'été 2014 devraient permettre de confirmer cette tendance positive.

Principaux constats : le déficit reste concentré sur une petite quarantaine d'établissements qui, à eux seuls, concentreraient 50% du déficit. La capacité d'autofinancement (CAF) des hôpitaux – 3,7Md€ en 2013 – se maintient à un bon niveau : il faut rappeler qu'en 2012, les résultats avaient été favorablement impactés par des opérations menées autour des travaux préalables

à la certification des comptes* et par des cessions d'actifs. Cette CAF continue de couvrir largement le remboursement en capital des emprunts – environ 2Md€ – ce qui explique que les hôpitaux ont eu un recours à l'endettement de moins de 1Md€, contre 3Md€ en 2008. Autre point positif concernant l'emprunt : son accès a connu une amélioration notable en raison, d'une part, d'une détente du marché bancaire et, d'autre part, de la mise en place d'enveloppes de financement à long terme par la banque européenne d'investissement (BEI) et par la caisse des dépôts et consignations (CDC). Enfin, la trésorerie des hôpitaux s'est consolidée fin 2013 à un haut niveau.

Peut-on vraiment parler d'amélioration ?

Indéniablement : la restauration des grands équilibres financiers du secteur hospitalier se confirme, d'année en année. Il faut dans le même temps saluer l'effort remarquable que les hôpitaux ont consenti et qui leur a permis d'absorber la décélération des ressources versées



Claire Bouinot et Claire du Merle



Yann Lhomme

par l'assurance maladie, dans le cadre du ralentissement du taux de croissance de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Le tendanciel de charges est mieux maîtrisé.

Dans quelle mesure cette dynamique positive est-elle imputable à la supervision nationale de la situation financière des hôpitaux, pilotée par la DGOS ?

Cette supervision de la situation financière des hôpitaux a été profondément renouvelée en 2013, avec la mise en place du comité performance et modernisation (COPERMO) de l'offre de soins hospitaliers, instance interministérielle pilotée par la DGOS qui se réunit tous les mois. En agissant dans le champ des investissements et de la performance des établissements de santé, le COPERMO, en lien

avec les agences régionales de santé (ARS), impulse une réelle politique d'amélioration de l'efficacité hospitalière. Dans le cadre de sa mission de coordination des politiques de soutien à la performance, il a su trouver sa place aux côtés des décideurs institutionnels et professionnels, tout en démontrant son utilité et la pertinence de son action. Notamment lorsqu'il s'agit, en lien notamment avec l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), d'appuyer les établissements en grande difficulté financière.

Transformer l'hôpital, le moderniser, l'ancrer dans son territoire de santé, c'est investir et préparer l'avenir. Pour cela, il est impératif que son endettement soit maîtrisé et que sa capacité financière soit préservée. C'est bien l'objectif que s'est assigné la DGOS dans ce domaine !

**Lire la fiche correspondante*

3,7Md€ de CAF
un recours à l'endettement de moins de 1Md€
37 établissements examinés en COPERMO

L'amélioration continue de la qualité comptable via la certification des comptes

« Il s'agit d'un projet à forte valeur ajoutée pour les établissements qui s'y engagent, qui dépasse de très loin le seul cadre des directions financières ! »

Julie Lagrave, adjointe à la cheffe du bureau PF1, **Sandrine Pautot**, cheffe de projet et **Monia Arkam**, chargée de mission

Un consensus s'établit pour reconnaître la certification des comptes comme un gage de transparence sur la situation financière des hôpitaux publics : pouvez-vous expliquer en quoi ?

À l'heure d'une modernisation en profondeur du système de santé et d'un contexte économique tendu, la qualité des comptes hospitaliers publics constitue un atout en termes de pilotage, de performance de la gestion et de maîtrise des risques financiers. L'entrée en vigueur de la certification

des comptes s'inscrit dans une démarche d'assurance qualité que doit conduire tout responsable de gestion de fonds publics dans le champ de la santé. Concrètement, les comptes financiers des établissements seront certifiés – c'est-à-dire jugés réguliers et sincères puis approuvés – par la cour des comptes ou par des commissaires aux comptes, selon le niveau de leurs recettes.

Cette réforme est en cohérence avec les autres programmes « performance » conduits actuellement par la DGOS sur



Julie Lagrave

le champ de la facturation (FIDES), des achats (PHARE)* et de la comptabilité analytique*. En clair, la certification apportera une garantie supplémentaire de sincérité et de régularité des comptes, gage de transparence sur la situation financière des hôpitaux publics vis-à-vis de leurs partenaires économiques et institutionnels, ainsi que des représentants d'usagers.

De manière tangible, comment cela s'est-il traduit en 2013 ?

L'année 2013 a été marquée par une étape décisive pour la certification des comptes hospitaliers : celle de l'entrée en vigueur officielle de la démarche via la publication, en décembre, de 2 décrets et d'un arrêté officialisant la 1^{ère} vague de certification des comptes d'hôpitaux. Cette étape fondatrice vient couronner un processus d'amélioration continue de la qualité comptable piloté depuis 2011 par les ministères chargés de l'économie et des finances, du budget et de la santé par l'intermédiaire des agences régionales de santé (ARS) et des directions régionales et départementales des finances publiques (DRFIP/DDFIP).

Ainsi, dès 2014, 31 hôpitaux volontaires – listés par l'arrêté – s'engageront concrètement dans la certification de leurs comptes : en 2015 et en 2016, tous les hôpitaux publics dont les recettes dépassent les 100M€ les rejoindront. Au total, ce sont les comptes de près de 160 établissements qui seront certifiés.

Quels moyens la DGOS a-t-elle proposés aux hôpitaux pour les accompagner dans cette démarche ?

Un dispositif d'accompagnement national a été mis en place pour épauler les hôpitaux dans cet exercice exigeant. Il repose sur une implication forte de l'administration centrale autour de 2 maîtres-mots : faciliter et soutenir la tâche des établissements et de leurs équipes. Cela, en mettant à leur disposition des outils, des bonnes pratiques, des recommandations méthodologiques et de la documentation sur le renforcement du contrôle interne comptable et financier, l'amélioration de la qualité des comptes, l'adaptation des systèmes d'information... Ce thésaurus, qui s'appuie sur des travaux nationaux impliquant les principaux acteurs – juridictions financières, DGOS et direction générale des finances publiques (DGFIP), compagnie nationale des commissaires aux comptes (CNCC), directeurs d'hôpital, médecins DIM, comptables hospitaliers – sera enrichi au fil du temps et des besoins des acteurs tout en bénéficiant de l'expérience des « précurseurs ». Il se complète d'un programme de formation ambitieux proposé par l'école des hautes études en santé publique (EHESP) et l'école nationale des finances publiques (ENFIP) permettant aux établissements de se doter des compétences nécessaires dans un contexte de conduite du changement. À ce jour, près de 2 000 professionnels ont bénéficié de ce programme, qui sera conforté en 2014. En effet, la certification des comptes emporte des enjeux de nature managériale : elle ne se réduit pas à une réforme technique à dimension comptable et financière ou encore à des débats d'experts. Il s'agit, à travers les questionnements sur les organisations et la réingénierie des processus qui en résulte, d'un projet à forte valeur ajoutée pour les établissements qui s'y engagent, qui dépasse de très loin le seul cadre des directions financières !

*Lire les fiches correspondantes

**31 établissements expérimentateurs
une certification pour 160 établissements
d'ici 2015-16**

Le point sur... une comptabilité analytique plus performante dans les établissements hospitaliers

Michelle Dépinay,
chargée de mission au bureau PF1



La comptabilité analytique permet de décomposer le coût des biens et des services, de calculer le coût des activités cliniques et des supports – blanchisserie, restauration, imagerie médicale... – et de comparer ces coûts à ceux d'autres établissements ainsi qu'aux prix en vigueur. Quelles mesures la DGOS a-t-elle mises en place pour assurer son déploiement en milieu hospitalier ?

Les directions d'établissement ont tout à gagner au déploiement généralisé de la comptabilité analytique, en ce sens où les analyses qui en sont issues alimentent le dialogue de gestion, favorisent le pilotage efficient des activités et permettent de bâtir une stratégie adaptée. Au même titre que l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) pour un hôpital, la comptabilité analytique marque le passage de la dotation globale vers la tarification à l'activité (T2A), d'une culture de la gestion publique essentiellement orientée par la dépense vers une culture où la recette doit être conquise pour équilibrer les dépenses. Enfin, si les enjeux sont d'abord internes aux établissements, les exigences communautaires rendent aujourd'hui la comptabilité analytique plus que jamais indispensable.

Dès lors, son déploiement – prioritaire pour la DGOS – doit amener les hôpitaux à franchir un seuil qualitatif important dans sa mise en œuvre, donner des leviers d'action pour accélérer leur redressement financier et promouvoir le dialogue de gestion sur des bases fiables et partagées.

En 2013, cela s'est traduit par 2 actions majeures menées au niveau national : 1^{ère} d'entre elles, la diffusion d'une instruction en mars fixant le cadre du dispositif d'accompagnement piloté par la DGOS, en lien avec l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Celui-ci prévoit des moyens pour suivre la montée en compétences des professionnels hospitaliers autour du contrôle de gestion : concrètement, des outils de conduite de projet et des outils techniques conçus conjointement par la DGOS et l'ANAP, ainsi qu'un appui opérationnel, technique et méthodologique assuré par cette dernière auprès des réseaux de professionnels et des agences régionales de santé (ARS). Sans oublier la constitution – dans chaque région – d'un réseau de professionnels hospitaliers structuré autour de l'analyse et du contrôle de gestion, avec un leitmotiv : promouvoir les échanges, la mutualisation des expériences et toute initiative de nature à faciliter le déploiement de la comptabilité analytique, son exploitation par les établissements et, plus largement, le renforcement des compétences de gestion.

2nde action majeure : le travail important mené par la DGOS, l'ANAP, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et les ARS pour adapter et simplifier la structure du retraitement comptable (RTC) et diffuser l'utilisation des outils d'aide à la saisie et au contrôle des données.

À présent, la DGOS souhaite promouvoir l'exploitation, par les ARS et les établissements, des données issues de la comptabilité analytique. Objectif : identifier les éventuels leviers d'efficience grâce aux analyses comparatives de coûts et, ainsi, dégager de nouvelles marges de manœuvre financière.

Un suivi rénové de la masse salariale dans les hôpitaux publics

« Les personnels représentent une charge pour les établissements : il ne faut pas oublier qu'ils sont aussi une ressource et une source de création de valeur ! »

Anne Dardel, cheffe du bureau RH5, Clément Corriol, adjoint à la cheffe de la mission, Meryem Serji et Edith Coma, chargées de mission

Concrètement, la masse salariale correspond aux dépenses liées aux personnels d'un établissement. Quels sont les enjeux d'une bonne connaissance de ce sujet pour les décideurs ?

Dans les hôpitaux, la masse salariale des agents représente entre 60 et 85 % des dépenses totales. Sa bonne gestion – corrélée à celle des effectifs – est une nécessité absolue pour les décideurs : bien menée, elle est l'un des indicateurs incontournables d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) optimale. En revanche, une gestion défaillante peut entraîner une hausse importante des charges de personnel et un déficit d'exploitation, plaçant ainsi un établissement en situation très difficile. Sachant que la gestion des effectifs et de la masse salariale est marquée par une grande complexité technique et s'appuie sur des représentations budgétaires et comptables parfois difficiles à appréhender pour les non-spécialistes, avec de nombreux aléas inhérents à la gestion des personnels.

Si ces derniers représentent une charge pour les établissements, il ne faut pas oublier qu'ils sont aussi une ressource et une source de création de valeur ! C'est pourquoi il est apparu essentiel à la DGOS de mettre à la disposition des gestionnaires hospitaliers un outil permettant une lecture dynamique de la masse salariale.

Comment cet accompagnement national s'est-il traduit dans les faits ?

Une 1^{ère} version d'un guide méthodologique de suivi de la masse salariale a été publiée en 2000. Depuis cette date, le passage à l'euro ainsi que la mise en œuvre de la T2A

et d'un état prévisionnel de recette et de dépense (EPRD) dans chaque hôpital ont simultanément rendu caduc le tableau des emplois permanents, renforcé la dimension économique de la GPMC et mis en avant la nécessité d'actualiser ce guide. En 2013, un comité de pilotage, chargé de la validation et du portage du projet ainsi qu'un groupe de travail, mandaté pour la mise en œuvre opérationnelle de l'actualisation, ont été mis en place.



Clément Corriol, Edith Coma et Meryem Serji

Une version actualisée du guide sera disponible courant 2014 : elle intégrera une définition partagée des composantes de la masse salariale et une méthode commune d'évaluation de ses évolutions. Son objectif : faciliter le dialogue et assurer la transparence entre les établissements et les tutelles budgétaires.

De quels outils complémentaires les hôpitaux doivent-ils se doter pour améliorer leurs connaissances et le pilotage de leurs masses salariales ?

En parallèle et de façon complémentaire, la DGOS est dans une phase de conception et de test d'un outil d'extraction de données en ressources humaines, à partir des systèmes d'information de ressources humaines (SIRH) des hôpitaux. Cet outil devrait leur permettre une restitution rétrospective

de données, de nature à éclairer une démarche prospective comme cela sera préconisé dans le guide de pilotage de la masse salariale. L'outil d'extraction est actuellement en test, notamment l'illustration de chacune des étapes décrites dans le guide de pilotage par des données issues des SIRH d'établissements.

Ainsi, les hôpitaux pourront bientôt se doter d'un outil efficace, adapté... et précieux quel que soit le contexte budgétaire.

**1,1 million d'agents dans la FPH
entre 60 et 85% des dépenses par hôpital**

Des « économies intelligentes » via les achats hospitaliers

« 72 recommandations opérationnelles ont été identifiées pour un potentiel d'économie de l'ordre de 900M€ en 3 ans. »

Hervé de Trogoff, chef de projet au bureau PF1, Marc Bouche et Eric Graindorge, chargés de mission

En 2012, les 1^{ers} résultats confirmaient le potentiel de gains du programme PHARE : qu'en est-il pour 2013 ?



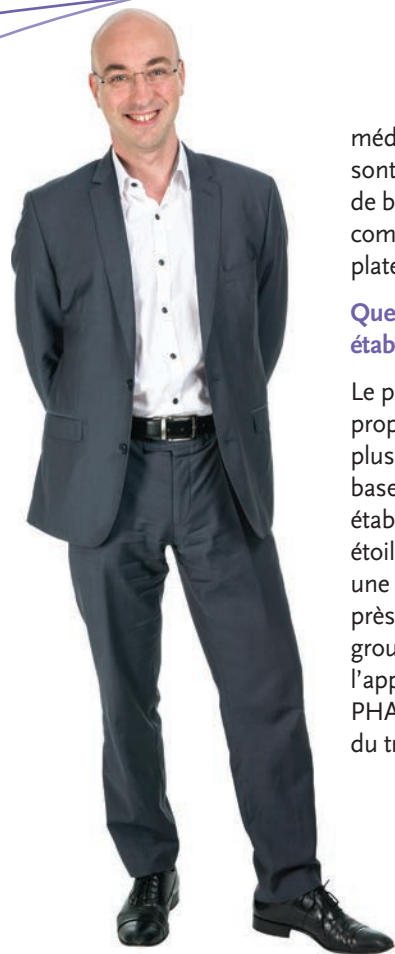
Grâce à l'adhésion et à la forte mobilisation de la communauté hospitalière, les résultats du programme PHARE sont encore très encourageants : plus d'une centaine d'établissements et l'ensemble des groupements de commande participent

activement à la démarche ! Avec 172M€ de gains comptabilisés en 2012, ce sont près de 300M€ de gains engrangés par les établissements en 2013. Par ailleurs, le plan d'actions achat (PAA) est aujourd'hui devenu l'outil majeur de captation des gains par les établissements : 127 d'entre eux sont impliqués dans une démarche de PAA, soit le double par rapport à l'année précédente. En 2014, l'un des objectifs principaux sera de convaincre ceux qui ne l'ont pas encore fait à se lancer dans l'aventure !

Qu'en est-il du projet ARMEN, un des axes majeurs du programme, qui vise à identifier des actions concrètes de gains achats ?

Après le succès des 2 premières vagues, la vague 3 du projet ARMEN a été lancée officiellement en septembre 2013 au ministère. À l'issue de 3 mois de travaux qui ont réuni plus d'une centaine d'acheteurs et de prescripteurs hospitaliers – et grâce à un travail collaboratif de grande qualité –, 72 recommandations opérationnelles ont été identifiées pour un potentiel d'économie de l'ordre de 500M€ en 3 ans, soit plus de 16% des dépenses sur les 10 segments de cette 3^{ème} vague. Les 10 groupes de travail constitués ont identifié les meilleures pratiques sur des sujets parfois réputés inaccessibles, comme les dispositifs médicaux innovants (DMI) ou encore l'intérim

Hervé de Trogoff



Marc Bouche

médical et paramédical. Les autres segments étudiés sont les prestations intellectuelles, les équipements de bloc, les équipements logistiques, les PC en coût complet, les fournitures d'atelier et les équipements de plateau technique de consultation.

Quels sont les outils proposés pour accompagner les établissements et leurs responsables achats ?

Le programme PHARE continue à enrichir ses outils et propose une base de données des actions achats les plus notables mises en place par les établissements. La base recense 709 actions menées dans 7 régions par 29 établissements : une sélection des principales « actions étoiles » (85 actions) est aussi disponible pour permettre une recherche simplifiée. La 2nde vague de la base recense près de 2 000 actions menées dans 46 établissements et groupements. Tout ceci avec un objectif constant : favoriser l'appropriation des recommandations du programme PHARE par les directions achats ainsi que le renforcement du travail en réseau pour les acheteurs hospitaliers !

900M€ d'économies attendus sur 3 ans
3 vagues ARMEN
72 recommandations et 85 « actions étoiles »



Eric Graindorge

Le point sur... le rayonnement de la coopération hospitalière internationale

Isabelle Mathurin, Michèle Audéoud-Fauris et Hui-Quan Cong, chargés de mission à la MOEI, **Amélie Vandermesch**, étudiante en master d'ingénierie de la santé

Au cœur de relations internationales et géopolitiques parfois complexes ou tendues, le domaine de la santé parvient à rassembler les peuples et à faire émerger des projets souvent exemplaires. Comment la DGOS contribue-t-elle à faire rayonner l'action de la France dans ce domaine ?

Le soutien optimal du rayonnement des hôpitaux français et de leurs équipes médicales à l'étranger revêt plusieurs facettes : tout d'abord, l'identification d'une mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) « Coopération hospitalière internationale » à hauteur de 1,5M€ environ par an, mise en place depuis 2011 et qui permet actuellement des partenariats avec 32 établissements de santé

dans 41 pays. Mais aussi, en lien avec la fédération hospitalière de France (FHF), le suivi d'un fonds « Réseaux et partenariats hospitaliers » doté de 2M€ par an par l'agence française de développement (AFD) pour promouvoir la qualité des soins et de la gestion dans les pays en voie de développement.

S'agissant des échanges internationaux, le partenariat – emblématique – de la France et de la Chine est une grande réussite : il s'est concrétisé à nouveau en mai 2013 par la signature à Paris d'un « arrangement administratif » pour la coopération dans le domaine de la santé entre le ministère des affaires sociales et de la santé et la commission nationale de la santé et du planning familial de la république populaire de Chine. Plus globalement, ce partenariat se développe depuis 2010 grâce notamment à des jumelages établis entre 17 centres hospitaliers universitaires (CHU) français et hôpitaux chinois dans le cadre de la réforme hospitalière de ce pays. Par ailleurs, des filières de formation médicale francophone (FFMF) sont mises en place dans 4 facultés de médecine chinoises – Shanghai, Wuhan, Chongqing et Kunming – et intègrent des enseignements par des praticiens français ainsi que des cursus de formation en France pour des médecins chinois. À noter qu'il existe aussi à Pékin, depuis 2004, un centre franco-chinois de formation à la médecine d'urgence et de catastrophe et à Shanghai, depuis 2005, un institut Pasteur.

Autre échange international, avec l'Espagne cette fois : le projet d'ouverture courant 2014 de l'hôpital franco-catalan de Puigcerdà, symbole d'une Europe au service des citoyens. Il s'agit d'un projet sans précédent : ce sera le 1^{er} hôpital binational en Europe – et sans doute aussi au monde – fonctionnant avec des personnels de nos 2 pays. Cet établissement dernier cri de 70 lits bénéficiera directement aux populations françaises et catalanes espagnoles de Cerdagne et du Capcir, régions très isolées et difficiles d'accès. Sans oublier les quelque 150 000 touristes séjournant chaque année dans la zone.

Enfin, en lien avec la direction générale de la santé (DGS) et la direction de la sécurité sociale (DSS), la DGOS participe activement aux travaux de l'union européenne, de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en vue de mieux réguler les besoins en ressources humaines de santé, de conforter la qualité et l'efficacité de l'offre de soins et à diffuser les bonnes pratiques, en particulier celles ayant fait leurs preuves pour le système hospitalier français... lequel continue à bénéficier d'un grand prestige au niveau international !

une MIGAC de 1,5M€
un partenariat avec 32 établissements
dans 41 pays



Amélie Vandermesch, Isabelle Mathurin et Michèle Audéoud-Fauris



L'année 2013 vue par...

Yannick le Guen, sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF) et **Gaël Rimbault**, adjoint au sous-directeur

L'année 2013 aura marqué un tournant avec l'élaboration progressive de la stratégie nationale de santé : l'ensemble des politiques portées par la sous-direction PF – efficience économique, qualité des prises en charge, nouveaux modes de coordination et de coopération, innovation – a vocation à y contribuer. À travers la notion de parcours de soins, tous les leviers sont désormais mobilisés dans une logique de complémentarité, au service de la performance des offreurs de soins et, plus globalement, du système de santé et des citoyens.*

La convergence de nos politiques se manifeste également par d'autres aspects. Un dossier emblématique à cet égard, dont

la préparation a mobilisé l'ensemble de la sous-direction : le contrat de filière santé élaboré dans le cadre du conseil stratégique des industries de santé. Sous l'impulsion de la transformation numérique en cours dans notre secteur, ce dispositif a permis de mettre en valeur toutes les actions de la direction liées à la détection et à la diffusion de l'innovation, dans toutes ses composantes : recherche clinique, évaluation, achats*, produits de santé, télémédecine*, systèmes d'information*... Il s'agit d'un excellent exemple de la manière dont les divers leviers de la performance peuvent converger au service d'une optimisation de la qualité et du coût des prises en charge, mutuellement bénéfique aux établissements, aux acteurs de l'innovation en santé... et aux patients.*

Il faut également saluer la manière dont les établissements de santé parviennent à évoluer rapidement face à une nouvelle donne économique et budgétaire. Globalement, ceux-ci ont maintenu en 2013 leur équilibre économique et leur niveau d'investissement et poursuivi leurs démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge. Cette capacité à s'adapter sans sacrifier l'avenir est trop rarement soulignée.

**Lire les fiches correspondantes*



Une partie des équipes de la sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)

En juin 2014, Marisol Touraine a présenté les grandes orientations du futur projet de loi santé, issues des travaux de la stratégie nationale de santé. La ministre a rappelé qu'il y aura un «avant» et un «après» loi de santé: parce que ce sera une réforme durable, parce que ce texte mobilisera des leviers nouveaux pour les patients comme pour les professionnels, parce qu'il fondera la médecine de parcours dans notre système de santé.

Et demain, 2014...

«La future loi de santé permettra aux Français de changer leur rapport à la santé, grâce notamment à une prise en charge mieux coordonnée, plus fluide, lisible et compréhensible de tous.»

Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins

Comment voyez-vous l'année 2014?

La stratégie nationale de santé a trouvé une 1^{ère} traduction concrète dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, avec notamment la prolongation des expérimentations des nouveaux modes de rémunération d'équipe et le lancement des 1^{ères} démarches de parcours de soins autour de l'insuffisance rénale chronique et des principaux cancers – rein et prostate – traités par radiothérapie.

L'ensemble des chantiers de la stratégie nationale progresse, en concertation avec les acteurs: les nouvelles dispositions législatives seront incorporées au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 puis au projet de loi santé, qui sera débattu au parlement début 2015. Celui-ci donnera les outils nécessaires pour mettre en œuvre 4 objectifs clairement énoncés: inscrire la prévention comme l'un des socles de notre politique de santé, promouvoir le parcours du patient et une meilleure coopération entre professionnels grâce notamment au service territorial de santé au public, faire le pari de l'innovation – que ce soit dans le domaine des technologies ou dans celui des ressources humaines en santé – et moderniser la démocratie sanitaire.

Ce texte de loi doit permettre aux Français de changer leur rapport à la santé. Il leur apportera les moyens de



se prémunir, de se protéger et leur donnera, lorsque survient la maladie, les armes pour y faire face: en particulier, une prise en charge mieux coordonnée, plus fluide, lisible et compréhensible de tous. C'est ce dernier axe consacré à l'organisation de la prise en charge des patients et à la structuration de véritables parcours de santé qui mobilise l'engagement de la DGOS et autour duquel nous concentrerons en priorité nos efforts, nos analyses et nos contributions.

Que recouvre cette notion de «service territorial de santé au public», précisément?

Ce service territorial de santé au public concernera notamment les soins de proximité – dits aussi de 1^{er} recours –, la permanence des soins, la prévention, la santé mentale et l'accès aux soins des personnes handicapées. Il consistera en une réponse de proximité mieux coordonnée entre acteurs, organisée en fonction des besoins des patients: par exemple, le week-end ou encore le soir, après la fermeture des cabinets de ville. Ce qui changera avec cette loi, c'est qu'elle proposera des instruments concrets pour mettre en œuvre ce service territorial et, à travers lui, les parcours de santé.

Dans ce domaine, ce sont bien souvent les acteurs eux-mêmes – médecins et autres professionnels libéraux, hospitaliers et médico-sociaux – qui proposent

aux agences régionales de santé (ARS) des organisations innovantes et pertinentes prenant en compte les réalités locales. Il faut donc donner à ces acteurs – qu'ils soient publics ou privés – des outils pour agir et pour organiser eux-mêmes la proximité: c'est pour cela que les ARS verront leur rôle renforcé. Et qu'elles nous trouveront toujours à leurs côtés en tant que force d'expertise et de propositions sur l'ensemble des thématiques.

Quelle place pour l'hôpital dans ce système de soins refondé?

L'hôpital ne sera pas oublié, loin de là. En effet, il ne peut y avoir de 1^{er} recours efficace sans que celui-ci ne s'adosse à un établissement de santé. Le texte de loi consacrera un service public hospitalier rénové et indivisible, conçu comme un «bloc d'obligations» auquel les établissements privés à but non lucratif – et sous conditions, à but lucratif – seront évidemment appelés à participer. Dans le même temps, les

hôpitaux seront dotés d'une responsabilité nouvelle vis-à-vis de leurs territoires: la loi rendra obligatoires les groupements hospitaliers de territoire pour mutualiser certaines activités supports comme les systèmes d'information ou les achats, par exemple. Surtout, sur un même territoire, les établissements porteront de façon plus intégrée un projet médical commun. Sur ce point, la cohérence de l'exécutif des hôpitaux sera renforcée avec la volonté claire de mieux traduire, dans le respect des attributions du chef d'établissement, le caractère – nécessairement partagé – avec les professionnels de santé de la gouvernance hospitalière.

Tous les acteurs de l'offre de soins se mobiliseront pour mettre en œuvre le nouveau dispositif. Au 1^{er} rang desquels la DGOS qui, comme l'exigent ses missions et l'y porte naturellement son enthousiasme, saura déployer ses compétences et ses talents au service des professionnels, des patients et des usagers.



Une partie de assistantes de la DGOS

Des actions de communication marquantes en 2013

3 vidéos

CESP, semaine de la sécurité des patients, télémédecine



Michel Chapon

150 dossiers thématiques en ligne sur l'espace offre de soins



2 cérémonies de remise de prix



Lucie Dufour

1^{ère} édition de la fête de la DGOS



+ de 200 retombées médiatiques presse et web



France Quatremarre

9 événements salons, colloques, séminaires



Stéphane Grossier

50 publications guides, brochures, affiches, flyers, cart'com



+ de 2 000 followers sur notre compte twitter ouvert en 2013 @dgos_minsante



Document édité par la direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Responsable de la publication : **Jean Debeaupuis**, directeur général de l'offre de soins

Coordination : **Stéphane Grossier**, **Lucie Dufour**, **France Quatremarre**, **Aurélien Chauveau**, **Michel Chapon** | bureau de la communication de la DGOS

Remerciements à tous les « modèles » de la DGOS ainsi qu'au chef de service, aux 3 sous-directeurs et au chef du DSR

Remerciements chaleureux à toutes les assistantes, au chauffeur et aux informaticiens de la DGOS pour leur appui quotidien

Remerciements à **Stéphanie Joullié**, responsable communication de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), à **Séverine Parkouda-Boisfer**, responsable communication du centre national de gestion (CNG) et à **Amah Kouevi**, responsable communication de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

Remerciements à **Emmanuelle Bara**, déléguée à l'information et à la communication, à **Bernard Liduena**, chef du bureau de la communication interne et de l'animation,

à **Solène Grelot**, chargée de mission et à **Manon Duma**, stagiaire, pour leur aide à la réalisation de ce document

Remerciements appuyés à **Jean-Charles Mégias**, chef du bureau de l'accueil et de la sécurité du ministère des affaires sociales et de la santé

Remerciements nourris à **Geoffroy Lasne** et **Igor Lubinetsky** de l'agence **PhotoProEvent**

Clichés pris au ministère des affaires sociales et de la santé | 14, avenue Duquesne, Paris 7^{ème}

Crédits photographiques : portrait de Marisol Touraine par **Elodie Grégoire**®, portraits des équipes de la DGOS et de couverture par **Geoffroy Lasne**® et **Igor Lubinetsky**®, photos des temps forts et des actions de communication **Jacky-D. Frénoy**®, **Fotolia**®, **Thinkstock**®, captures de la vidéo télémédecine réalisée par l'atelier **Marge Design**®, capture de la vidéo CESP réalisée par **Tchavolo Productions**®, pictos CESP par l'agence **Ipsos Facto**®

Mise en page : **Élise Julienne Grosberg**
Impression : **ICL**

