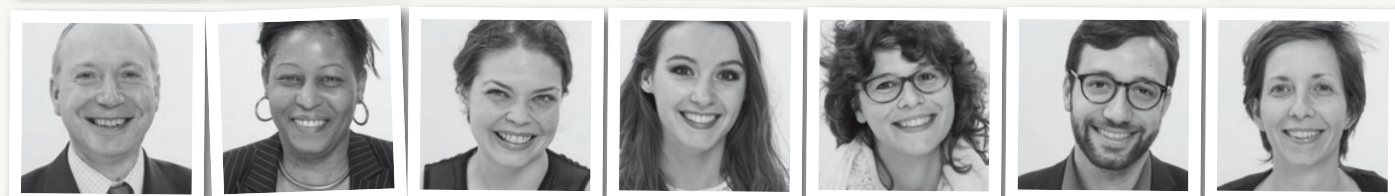
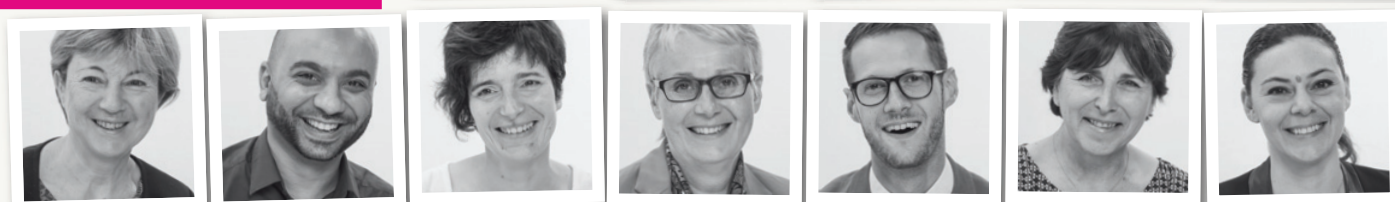


DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS





MARISOL TOURAINE
ministre des affaires sociales,
de la santé et des droits des femmes

L'année 2015 est marquée par le 70^{ème} anniversaire de la sécurité sociale. Depuis sa création, tous les Français sont protégés face aux aléas de la vie grâce à un système de santé performant, des professionnels de santé excellemment formés et une recherche de pointe.

La modernisation de notre système de santé est indispensable pour faire face aux défis que connaît notre société: le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et la persistance de fortes inégalités en matière de santé.

C'est pour permettre à notre système de santé de rester performant que j'ai présenté cette année, devant le parlement, le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Ce projet de loi met l'accent sur la prévention, renforce la place des soins de proximité dans notre système de santé et crée de nouveaux droits pour les patients.

Pour garantir la mise en œuvre de ces réformes et, ainsi, l'égal accès de tous à des soins de qualité, je sais pouvoir compter sur la mobilisation de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). L'implication de son directeur général et des 280 agents rattachés à cette direction me seront indispensables pour mener à bien ce projet de loi et réussir à engager le « virage ambulatoire » tant attendu. Ensemble, nous réussirons à rapprocher le patient de son médecin traitant et à développer de nouveaux modes de prise en charge grâce à la télé médecine et à la chirurgie ambulatoire. Nous repositionnerons l'hôpital public autour de ses missions premières et permettrons une meilleure reconnaissance des compétences des professionnels de santé. Enfin, nous renforcerons les droits des malades et des usagers, notamment en leur permettant d'être mieux représentés au sein des instances hospitalières.

Ce rapport d'activité illustre la richesse et la diversité des actions menées par la DGOS pour cette année écoulée. Les défis de l'année à venir seront également nombreux et je sais qu'elle sera au rendez-vous pour les relever.

EN 2014, DES CHANTIERS NOMBREUX AUTOUR DU PROJET DE LOI DE SANTÉ	2
LA DGOS : UNE CONTRIBUTION À L'ÉGAL ACCÈS DE TOUS À DES SOINS CONTINUS ET DE QUALITÉ	4
UNE PRIORITÉ : DES DROITS RENFORCÉS ET PLUS LISIBLES POUR LES USAGERS TOUT AU LONG DES PARCOURS DE SANTÉ	18
UNE PRIORITÉ : LA RECHERCHE D'UNE CONTINUITÉ ENTRE LES SOINS DE VILLE, HOSPITALIERS ET MÉDICO-SOCIAUX	20
- La prise du « virage ambulatoire »	20
- L'alternative de la chirurgie ambulatoire	22
- Le repositionnement de l'hospitalisation à domicile	23
- Le développement nécessaire de la télé médecine	24
- Le maillage territorial des parcours	26
- L'accélération de la coopération professionnelle	28
- Les avancées du pacte territoire santé	30
- La répartition des officines de pharmacie	32
UNE PRIORITÉ : DES PROFESSIONS DE SANTÉ RECONNUES ET VALORISÉES	34
- L'amélioration de la formation et des conditions de travail des internes	34
- La reconnaissance d'un statut médical pour les sages-femmes	36
- De nouvelles compétences pour les professionnels dans l'offre des soins	38
- La réforme de l'agrément des écoles et de la formation en ostéopathie	40
- Un dialogue social renouvelé avec les élections professionnelles	42
- Le renouvelé des bilans sociaux des hôpitaux	44
UNE PRIORITÉ : L'ÉVOLUTION DES ORGANISATIONS ET DES PRATIQUES POUR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ	46
- La recherche d'une meilleure pertinence des actes	46
- La garantie de la sécurité et de la qualité des soins	48
- L'incitation financière à la qualité des soins	50
- Des communautés aux groupements hospitaliers de territoire	52
- La professionnalisation de la fonction achat à l'hôpital	54
- L'appui par la santé numérique	56
- Le pilotage de grands programmes de recherche	58
- Le soutien à l'innovation	60
UNE PRIORITÉ : L'ADAPTATION DES FINANCEMENTS HOSPITALIERS	62
- L'évolution du financement des établissements de santé	62
- La réforme du financement des soins de suite et de réadaptation	64
- L'assainissement de la situation financière des hôpitaux	66
- La dématérialisation de la comptabilité hospitalière	68
- La certification des comptes hospitaliers	70
- La réduction des inégalités de santé dans les outre mers	71
ET DEMAIN, 2015...	73

En 2014, des chantiers nombreux autour du projet de loi de santé



JEAN DEBEAUPUIS
directeur général de l'offre de soins

Adapter notre système de santé pour le rendre plus juste et plus accessible, faire émerger une véritable médecine de parcours* pour répondre à la fois aux besoins des patients –dont la durée de vie mais aussi les maladies chroniques s'accroissent– aux attentes des usagers et aux aspirations des professionnels, prendre à temps le «virage ambulatoire»* qui repositionne clairement les acteurs –sanitaires, médico-sociaux et sociaux– dans la prise en charge et recentre l'hôpital sur sa mission première de soins, mieux prendre en compte les innovations technologiques et numériques*... Les enjeux d'aujourd'hui obligent à repenser en profondeur la santé des Français de demain. Ce constat est largement partagé, y compris par les professionnels de santé. Il est urgent d'y répondre : c'est l'ambition du projet de loi de modernisation de notre système de santé, porté par Marisol Touraine et actuellement débattu au parlement, en vue de sa promulgation fin 2015.

Ce projet de loi a été conçu pour que chaque Français, dans sa vie quotidienne, pour lui-même ou pour un proche, soit informé et accompagné. Et pour que chaque professionnel de santé travaille dans des conditions de coopération* et de motivation qui lui

« Dès début 2014, les équipes de la DGOS ont particulièrement travaillé à la préparation du projet de loi et aux actions concrètes d'accompagnement : le rapport d'activité de notre direction en témoigne »

permettent de répondre aux besoins des patients. Cela, autour de 4 exigences : renforcer la prévention, faciliter la santé au quotidien, innover pour garantir l'excellence*, renforcer les droits des usagers*.

UN ESPRIT CONSTRUCTIF, UNE APPROCHE PRAGMATIQUE

Dès début 2014, les équipes de la DGOS ont particulièrement travaillé à la préparation du projet de loi et aux actions concrètes d'accompagnement : le rapport d'activité de notre direction en témoigne. Par ailleurs, des propositions de missions et de groupes de travail thématiques, demandées par la ministre, ont permis d'amender et d'enrichir le projet de loi. Sur l'organisation des soins dans les territoires, avec l'émergence de « communautés professionnelles territoriales de santé », qui seront

directement à l'origine de l'organisation des parcours de santé. Sur la refondation du service public hospitalier, dont la spécificité sera réaffirmée, sans lien avec les autorisations d'activités de soins, que ce soit pour les hôpitaux ou les cliniques. Sur les coopérations renforcées entre établissements publics de santé dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire*. Sur l'évolution des compétences qui nécessitera de transformer certains modèles, d'accélérer les protocoles de coopération et de créer des pratiques avancées* pour les professionnels paramédicaux.

Sur l'ensemble de ces sujets, les représentants des professionnels, des patients et des usagers ont été entendus : c'est dans un esprit constructif et avec une approche pragmatique que les équipes de la DGOS ont traduit concrètement leurs propositions dans le projet de loi et dans les actions parallèles de la stratégie nationale de santé. Au bénéfice des patients et des professionnels, tous attachés à notre système de santé parce qu'il est l'emblème de notre pacte social.

***Lire les fiches correspondantes**

Une transformation en profondeur : la démarche de simplification



FÉLIX FAUCON
chef de service, adjoint au directeur général

Dans la droite ligne du « choc de simplification » annoncé par le président de la république et décliné par chaque ministre sur son champ de compétence, la DGOS a poursuivi ses travaux en la matière afin de transmettre des propositions concrètes à Marisol Touraine. Objectif : identifier de potentiels allègements dans les règles et les procédures régissant la vie des acteurs de l'offre de soins, selon un mode collaboratif et pragmatique, associant –dans le cadre d'un groupe de travail ad hoc– concertation et engagement participatif. Assez rapidement, 4 thèmes de simplification ont été identifiés : l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé, les procédures administratives et budgétaires, les normes en personnels, les échanges d'information. En 2014, 5 réunions ont été tenues et le groupe poursuit actuellement ses travaux. De nombreuses propositions de simplification –de grande qualité– ont émergé, émanant directement des membres du groupe ou d'autres acteurs. Certains sujets comme la dialyse ou la psychiatrie ont débouché sur des textes réglementaires d'allègement à paraître prochainement. D'autres, très structurants –et de niveau législatif– ont fait l'objet de débats au sein du groupe de travail à partir de travaux présentés par la DGOS, notamment sur le régime des autorisations d'activité et les coopérations. Gageons que 2015 sera propice à la mise en œuvre des arbitrages de la ministre sur les 70 propositions produites par le groupe pour lever certains verrous, desserrer quelques carcans et –car la vraie finalité est là– faciliter concrètement et quotidiennement l'action essentielle des acteurs.

LES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION 2014-15



JEAN DEBEAUPUIS

JEAN-MARC BRAICHET

VALÉRIE SALOMON

THIERRY DEBORD

CHRISTIAN THUILLEZ

MICHEL VARROUD-VIAL



FÉLIX FAUCON

MARTINE LABORDE-CHIOCCHIA

SAMUEL PRATMARTY

YANNICK LE GUEN

MICHÈLE LENOIR-SALFATI

STÉPHANE GROSSIER

LA DGOS : UNE CONTRIBUTION À L'ÉGAL ACCÈS DE TOUS À DES SOINS CONTINUS ET DE QUALITÉ

L'offre de soins réunit toutes les organisations, institutions et ressources intervenant en matière de santé, de recherche ou de formation. Structurée pour répondre aux besoins de santé de la population, elle doit assurer l'égal accès de tous aux soins et en garantir la continuité et la qualité.



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

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 de manière coordonnée en maison ou centre de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues...
- 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 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 accueil 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, coopération entre structures et professionnels de santé et décloisonnement caractérisent l'offre de soins en France. La DGOS intervient sur ces secteurs sous la coordination du secrétariat général des ministères sociaux, en lien avec les autres directions du ministère et la caisse nationale d'assurance maladie, dont les compétences sont spécifiques. Elle s'attache notamment aux questions de formation – initiale et continue – et d'exercice de tous les professionnels et dispose de leviers d'action en matière de coopération, d'innovation et de recherche clinique, entre autre.

Les chiffres clés de l'offre de soins en 2014

353 000
PROFESSIONNELS
MÉDICAUX

DONT 218 300

MÉDECINS

1 529 000
PROFESSIONNELS NON MÉDICAUX

655 SERVICES D'URGENCE
AYANT ASSURÉ 18,6 MILLIONS
DE PASSAGES



600 MAISONS DE SANTÉ,
1 750 CENTRES DE SANTÉ
& 632 RÉSEAUX DE SANTÉ

102 SERVICES
D'AIDE
MÉDICALE
URGENTE

AYANT REÇU 31
MILLIONS
D'APPELS



2 694 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
SOIT 947 HÔPITAUX PUBLICS,
700 ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS D'INTÉRÊT
COLLECTIF & 1 047 CLINQUES PRIVÉES

27,9 MILLIONS
DE SÉJOURS EN MÉDECINE
CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE (MCO),
36 MILLIONS DE JOURNÉES EN SOINS
DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR),
26,2 MILLIONS EN PSYCHIATRIE
& 4,1 MILLIONS DE JOURNÉES
EN HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

158 600 CABINETS LIBÉRAUX
DONT 37 000 CABINETS MÉDICAUX,
36 100 CABINETS DENTAIRES,
2 700 CABINETS DE MAÏEUTIQUE
& 34 100 CABINETS DE KINÉSITHÉRAPIE

182,3 M€ DE DÉPENSES
D'ASSURANCE MALADIE
DONT
76,9 M€ POUR LES ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS



Sources : DGOS, DREES

Une organisation lisible & des objectifs forts pour garantir l'accès aux soins des Français

Au sein de l'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales, la DGOS inscrit pleinement son action dans les réformes impulsées par le gouvernement et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Dans ce cadre, ses missions sont toutes orientées vers un objectif majeur : penser et construire l'offre de soins de demain en concertation étroite avec les décideurs institutionnels, les interlocuteurs professionnels, les représentants des patients et des usagers de la santé.

À ce titre, la DGOS élabore et s'assure de 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, visant la mise en place d'une véritable médecine de parcours pour les patients, les mesures de la future loi de modernisation de notre système de santé portée par la ministre, favorisant notamment la coopération des acteurs et la mutualisation des ressources, le « virage ambulatoire » qui en découle, recentrant les établissements hospitaliers sur leur mission première, les soins.

Pour cela, la DGOS se place en situation de pilotage stratégique et agit de manière innovante en démarche projet, en animation et en appui de réseaux d'acteurs, ainsi qu'en évaluation de ses politiques.

Dans un domaine de compétences s'intégrant aux problématiques des parcours de santé, de soins et de vie des patients, elle est en lien constant avec les agences régionales de santé (ARS) – qui s'approprient et déclinent ses politiques – et participe activement à leur conseil national de pilotage, présidé par le secrétaire général des ministères sociaux.

La DGOS met en œuvre des plans d'action opérationnels autour de 4 axes forts :

- promouvoir une approche globale, décloisonnée, équilibrée de l'offre des soins délivrés aussi bien à l'hôpital qu'en clinique, en maison ou en centre de santé, en cabinet libéral...
- définir la réponse sanitaire la plus adaptée aux besoins de prise en charge, notamment en identifiant les complémentarités et en encourageant la coordination des acteurs 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)
- développer l'information sur les droits en matière de santé et mieux prendre en compte la place des usagers au sein de l'offre de soins.

3 OPÉRATEURS POUR LA DGOS

ANAP – l'agence nationale d'appui à la performance
ATIH – l'agence technique d'information sur l'hospitalisation
CNG – le centre national de gestion

DIRECTEUR GÉNÉRAL

CHEF DE CABINET

CHEF DE SERVICE

CONSEILLERS MÉDICAUX

SR SOUS-DIRECTION DE LA STRATÉGIE ET DES RESSOURCES

SR1
SYNTHÈSE STRATÉGIQUE
ET APPUI AU PILOTAGE

SR2
INTERNATIONAL,
EUROPE ET OUTRE-MER

SR3
USAGERS DE L'OFFRE
DE SOINS

SR4
ADMINISTRATION
GÉNÉRALE

SR5
COMMUNICATION

SR6
SYSTÈME D'INFORMATION
DÉCISIONNEL

R SOUS-DIRECTION DE LA RÉGULATION DE L'OFFRE DE SOINS

R1
SYNTHÈSE
ORGANISATIONNELLE
ET FINANCIÈRE

R2
PREMIER RECOURS

R3
PLATEAUX TECHNIQUES
ET PRISES EN CHARGE
HOSPITALIÈRES AIGÜES

R4
PRISES EN CHARGE POST
AIGÜES, PATHOLOGIES
CHRONIQUES ET SANTÉ
MENTALE

R5
ÉVALUATION, MODÈLES
ET MÉTHODES

PF SOUS-DIRECTION DU PILOTAGE DE LA PERFORMANCE DES ACTEURS DE L'OFFRE DE SOINS

PF1
EFFICIENCE DES
ÉTABLISSEMENTS DE
SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS

PF2
QUALITÉ ET SÉCURITÉ
DES SOINS

PF3
COOPÉRATIONS ET
CONTRACTUALISATIONS

PF4
INNOVATION ET
RECHERCHE CLINIQUE

PF5
SYSTÈMES D'INFORMATION
DES ACTEURS DE L'OFFRE
DE SOINS

RH2S SOUS- DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DU SYSTÈME DE SANTÉ

RH1
DÉMOGRAPHIE ET
FORMATIONS INITIALES

RH2
EXERCICE, DÉONTOLOGIE,
DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU

RH3
ORGANISATION DES
RELATIONS SOCIALES
ET DES POLITIQUES
SOCIALES

RH4
RESSOURCES HUMAINES
HOSPITALIÈRES

RH5
ÉTUDES D'IMPACT MÉTIERS
ET MASSE SALARIALE

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, pilotage de la **démographie des professionnels** et de leur **répartition** sur le territoire, élaboration de **mesures incitatives** à l'installation et à l'exercice, **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** et cadrage des futurs **groupements hospitaliers de territoire**
- développement du « **virage ambulatoire** » et de **prises en charge alternatives** : télémedecine, chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour, équipes mobiles hospitalières intra et extra muros...
- appui à des **prises en charge spécifiques** : handicap, cancer, précarité, en milieu pénitentiaire, dépendance, fin de vie...
- **coopération sanitaire** européenne et internationale



... LA FORMATION ET L'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

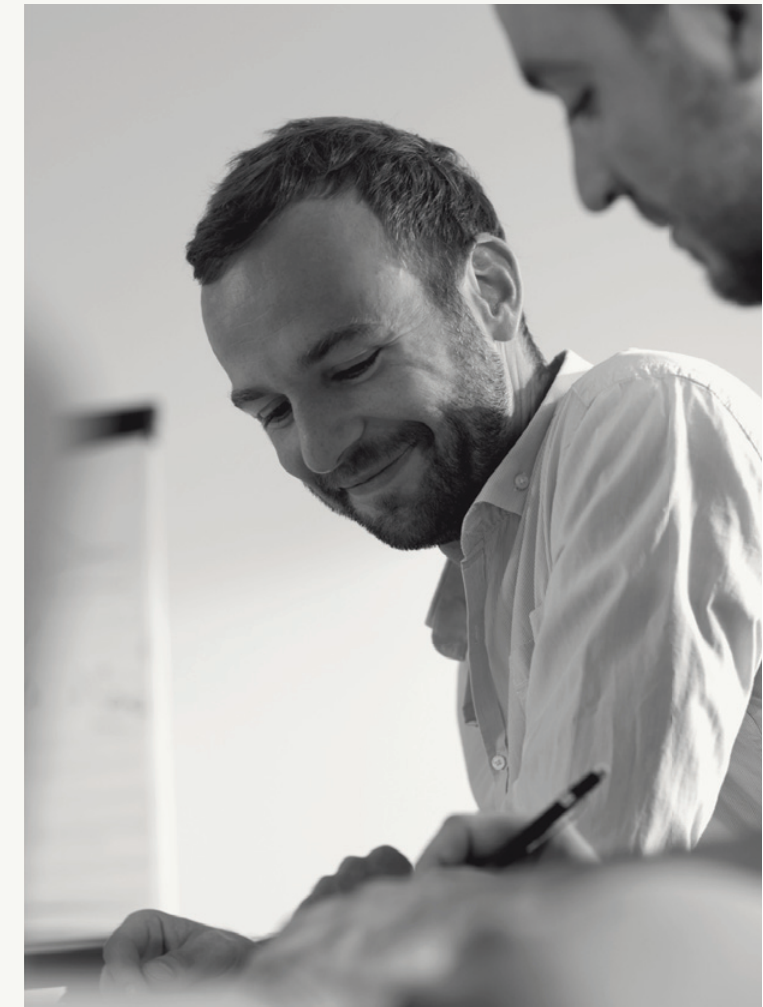
- conception des référentiels d'**activités** et de **compétences** des professionnels de santé
- définition des dispositifs, des contenus, du financement des **formations** initiales et du développement professionnel continu (DPC)
- définition des **statuts** des professions de santé
- développement 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**

... LA PERFORMANCE ET LA QUALITÉ DE L'OFFRE DE SOINS

- promotion de la **pertinence** des soins et des actes médicaux
- renforcement de la politique de **qualité** et de **sécurité des soins** grâce à la conception d'indicateurs de moyens
- définition du cadre de la **gouvernance** et de l'organisation interne des hôpitaux
- 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 des soins hospitaliers
- pilotage de **programmes nationaux** (achats, facturation, dématérialisation, patrimoine immobilier, 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



... 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 2014

280 AGENTS 44,5 ANS D'ÂGE MOYEN

LA RÉPARTITION PAR CATÉGORIE



LA RÉPARTITION FEMMES / HOMMES



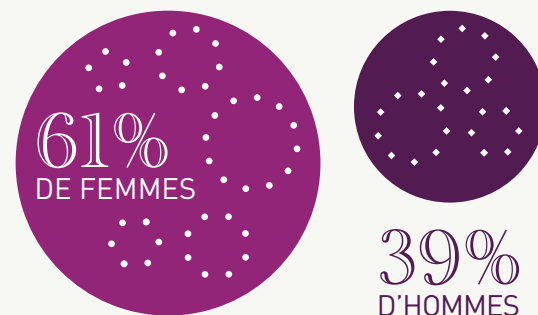
LA RÉPARTITION TITULAIRES / CONTRACTUELS



LES TEXTES

- 5 LOIS ÉLABORÉES AVEC LA PARTICIPATION DE LA DGOS :
- la loi du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'union européenne dans le domaine de la santé
 - la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation
 - la loi du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014
 - la loi du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015
 - la loi du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour 2014-19
- 57 DÉCRETS
214 ARRÊTÉS
74 CIRCULAIRES & INSTRUCTIONS

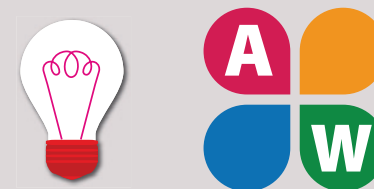
L'ENCADREMENT



LA FORMATION



Source : bureau de l'administration générale (SR4)



Une spécificité : le système d'information décisionnel de la DGOS

90 TABLEAUX DE BORD
& 7 OBSERVATOIRES
& THÉMATIQUES

UNE PERSPECTIVE
UNE OFFRE ÉTOFFÉE DE FICHES
SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



JÉRÔME DUPONT
chef du bureau SR6

CHRISTOPHE ANDRÉOLETTI
adjoint au chef du bureau SR6

Dès sa création en 2010, la DGOS a mis en place un dispositif innovant en se dotant d'un système d'information décisionnel. Objectif : permettre aux équipes de bénéficier à la fois de données et d'indicateurs facilitant l'aide à la décision et de modalités de travail collaboratives rendant possibles les approches transverses. Le portail ArianeWeb constitue la clé de voûte de ce dispositif grâce à l'accès à l'infocentre Ariane et aux observatoires thématiques mis en place pour illustrer des domaines spécifiques, souvent peu renseignés.

L'infocentre Ariane est alimenté en routine depuis 2008 par des flux continus de données émis par les principaux fournisseurs institutionnels de la DGOS. L'intégration des données dans l'infocentre - c'est-à-dire leur mise à disposition - comporte 2 processus préalables de contrôle qualité pour garantir la cohérence du référentiel utilisé par chaque fournisseur avec le répertoire FINESS ainsi que le respect des nomenclatures de référence. Les données accessibles peuvent facilement être restituées sous forme de tableaux de bord, de graphes et de cartes, avec un appui possible pour leur traitement et leur analyse statistique sur des thématiques propres au périmètre d'action de la DGOS. Une offre d'enquête en ligne complète le dispositif pour les données indisponibles en routine. De plus, afin de permettre aux chefs de projet de structurer le travail transversal tant avec leurs interlocuteurs internes qu'avec leurs partenaires externes, des espaces collaboratifs sont proposés pour favoriser les échanges et le partage de ressources documentaires.

L'offre ArianeWeb s'est sensiblement enrichie au cours de l'année 2014 - tant pour les grands domaines que pour les activités spécifiques - avec l'apport de nouveaux flux et tableaux de bord issus des données de la statistique annuelle des établissements (SAE), des déclarations annuelles des données sociales (DADS) et des programmes médicalisés (PMSI) en médecine chirurgie obstétrique (MCO), en hospitalisation à domicile (HAD)* et en soins de suite et de réadaptation (SSR)*. Les données collectées et qualifiées aboutiront en 2015 à une production couvrant la quasi-totalité des missions de la DGOS. Concrètement, elles prendront la forme de fiches recensant l'ensemble des données disponibles sur un établissement de santé donné : activités, effectifs, équipements, budget...

* Lire les fiches correspondantes

Une perspective: le projet stratégique 2015-17 de la DGOS



4 AXES FORTS POUR LES 3 PROCHAINES ANNÉES

UNE PERSPECTIVE UN PROGRAMME DE TRAVAIL DÉCOULANT DU PROJET STRATÉGIQUE D'ICI L'AUTOMNE 2015



FLORENCE LYS
adjointe au chef du bureau SR1

MIKAEL AZOULAY
chargé de mission au bureau SR1

En 2011, la DGOS s'est dotée d'un plan stratégique triennal intitulé « Construire ensemble l'offre de soins de demain ». Fruit d'une dynamique collective, ce document évolutif a constitué le socle du positionnement stratégique de la direction jusqu'à ce jour, afin de répondre aux enjeux de gouvernance du système de santé. Forte du bilan réalisé, la DGOS s'est engagée depuis le dernier trimestre 2014 dans l'élaboration d'un nouveau projet stratégique 2015-17. Véritable feuille de route, celui-ci fixe les axes d'action de la DGOS pour les 3 prochaines années, en intégrant de nouvelles orientations découlant de la stratégie nationale de santé, du projet de loi de modernisation de notre système de santé*, du pacte territoire santé*, du plan triennal d'efficience et de performance du système de santé, de la loi NOTRe portant la réforme territoriale, de la dynamique de simplification administrative*... L'élaboration du projet stratégique s'appuie sur une méthodologie et des travaux de concertation interne: séminaires de direction et de sous-direction, séances du comité de direction élargi, groupes de travail transversaux œuvrant à sa finalisation d'ici juillet 2015.

Fondé sur les valeurs de la DGOS, le projet constitue un outil de pilotage interne à la direction autant qu'un support de valorisation externe et de discussion avec ses partenaires. Il s'articule autour de 4 axes coordonnés par les sous-directions de la direction: un axe 1 autour des soins primaires*, des parcours* et du financement de l'offre de soins*, un axe 2 autour de l'innovation* et de la performance* des offreurs de soins, un axe 3 autour des compétences des professionnels* et du dialogue social*, un axe 4 autour de l'appui au pilotage stratégique et de la performance interne. Le programme de travail annuel de la DGOS, déclinaison opérationnelle des axes stratégiques ainsi que des missions et des objectifs de chaque sous-direction, sera arrêté à l'automne 2015.

***Lire les fiches correspondantes**

L'ANNÉE 2014 VUE PAR...



MARTINE LABORDE-CHIOCCHIA
sous-directrice de la stratégie
et des ressources (SR)

En se dotant d'une 4^{ème} sous-direction chargée de la stratégie et des ressources, la DGOS a clarifié son organisation en l'inscrivant dans une ligne hiérarchique plus lisible: 3 bureaux confortent une approche transversale de la conduite des politiques de l'offre de soins et 3 sont plus orientés sur des fonctions d'appui à l'ensemble de la direction - affaires générales, communication* et système d'information décisionnel* -. Cette configuration renouvelée a permis à la sous-direction SR de réunir toutes les conditions pour coordonner l'élaboration et le suivi du projet de loi de modernisation de notre système de santé, à l'approche des débats au parlement. Elle a aussi contribué à renforcer le pilotage stratégique des 3 opérateurs* dont la DGOS assure la tutelle: ainsi, les contrats d'objectifs et de performance (COP) 2014-16 de l'ATIH - qui a par ailleurs vu sa gouvernance évoluer - et du CNG ont été signés et celui de l'ANAP pour la période 2015-17 devrait l'être d'ici fin 2015.

Le rayonnement européen et international de l'offre de soins ainsi que le plan de santé outremer a mobilisé fortement les équipes, que ce soit lors de l'ouverture de l'hôpital franco-hispano-catalan de Puigcerdá ou dans le cadre de l'appel à projets de coopération hospitalière internationale*, pour lequel 90 dossiers ont été réceptionnés, succès sans précédent depuis 2011.

De nouvelles actions ont été initiées à l'automne 2014, dont la préparation du projet stratégique 2015-17 de la DGOS*, outil de pilotage et de management interne fixant les grandes orientations de notre action tout en donnant de la visibilité sur celle-ci à nos partenaires. Mais aussi l'élaboration du 1^{er} baromètre social de la direction, pour lequel les agents se sont fortement mobilisés avec 69% de répondants. Il témoigne d'une attention renouvelée au dialogue social interne et devrait déboucher sur un plan d'action de nature à répondre aux attentes exprimées.



PHILIPPE CHIESA
adjoint à la sous-directrice
et chef par intérim du bureau SR1

ÉRIC TROTTMANN
adjoint à la sous-directrice
et responsable du bureau SR2

Merci à toutes celles et ceux qui, au long de ces mois écoulés, ont relevé de véritables défis et conforté l'offre de service de la sous-direction en termes d'écoute, de qualité et d'exigence.

***Lire les fiches correspondantes**

L'expertise indispensable des opérateurs de la DGOS

L'AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE (ANAP) DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

ANAP En 2014, l'ANAP a poursuivi son action en accompagnant les établissements engagés dans des démarches de transformation et d'adaptation de leur organisation et en diffusant largement ses publications et outils conçus avec les professionnels. L'ANAP a ainsi apporté sa contribution à l'amélioration du système de santé par le biais de projets emblématiques tels que le programme national d'amélioration de la gestion des lits – et ses 160 établissements volontaires – la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social – avec 3300 structures engagées – l'accompagnement du programme Hôpital numérique* et la mise en ligne de la plateforme monhopitalnumerique.fr ou encore le soutien au programme Territoire de soins numérique*. Par ailleurs, les travaux de l'agence sur les parcours de santé – en particulier sur le programme PAERPA* – se sont également étendus au secteur de la psychiatrie et de la santé mentale.

www.anap.fr

L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)

atih L'ATIH collecte, analyse et restitue les données des établissements de santé. Elle gère les dispositifs techniques de financement et participe à l'élaboration des nomenclatures de santé. En 2014, ses travaux ont notamment permis d'optimiser la qualité des outils tarifaires, en perfectionnant la méthodologie de l'étude nationale de coûts (ENC) pour améliorer la connaissance des coûts de l'hôpital et en élargissant l'échantillon des établissements de l'étude. Ces travaux ont été étendus au secteur médico-social : les résultats de l'enquête de coûts pour 2012 ont été restitués, une enquête pour 2013 a été réalisée et une étude pour 2015, préparée. L'agence a accompagné les ARS dans leur maîtrise de l'offre de soins, par la diffusion régulière d'une lettre d'information et l'initiation d'un projet sur l'amélioration de la fiabilité des prévisions financières. Enfin, elle a contribué à la garantie de la sécurité et de l'intégrité des données diffusées : un accès sécurisé aux données PMSI pour les ARS via un serveur ATIH a été expérimenté dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé, qui modifie le circuit de transmission des données.

www.atih.sante.fr

LE CENTRE NATIONAL DE GESTION (CNG) DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET DES PERSONNELS DE DIRECTION DE LA FPH

CNG Acteur de la modernisation des ressources humaines dans les champs sanitaire, social et médico-social, le CNG a vu l'année 2014 notamment marquée par la signature de son 2^{ème} contrat d'objectifs et de performance 2014-16. Dans ce cadre, il a engagé de nombreux projets innovants sur l'ensemble de ses missions et accentué sa démarche partenariale avec des représentants institutionnels de l'État et des professionnels relevant de ses domaines d'action. En résumé, quelques chiffres clés : 58 447 professionnels gérés dont 52 718 praticiens et 5 729 directeurs, 303 professionnels – soit 11% de plus qu'en 2013 et plus de 1 000 depuis 2008 – accompagnés en recherche d'affectation (RA) ou hors recherche d'affectation (HRA), 1 562 dossiers de médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens diplômés hors union européenne examinés en commission nationale d'autorisation d'exercice, ou encore 20 concours nationaux administratifs et médicaux organisés, mobilisant 22 214 candidats et 1 504 membres de jury. Sans oublier, 773 contrats d'engagement de service public* rémunérés par le CNG : 697 en médecine et 76 en odontologie.

www.cng.sante.fr

*Lire les fiches correspondantes

L'année 2014 en dates

10 février

Déplacement de Marisol Touraine pour dresser le bilan à un an du pacte territoire santé*



3 mars

Lancement d'un appel à candidatures sur le traitement du cancer par radiothérapie pour moderniser le modèle de financement*

4 mars

Annnonce par Marisol Touraine de la création du statut de sage-femme des hôpitaux*



4 mars

Séminaire organisé par la DGOS sur la méthodologie du débat public en santé*

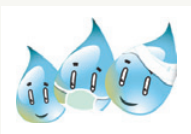


4 mars

Publication de la synthèse des bilans sociaux des hôpitaux*

31 mars

1^{ère} circulaire de la campagne budgétaire et tarifaire 2014 des établissements de santé*



5 mai

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

27 - 29 mai

Participation de la DGOS aux salons de la santé et de l'autonomie

30 mai

Déploiement du projet FIDES et de la démarche de dématérialisation de la comptabilité des hôpitaux*

10 juin

Lancement du nouvel appel à candidatures du programme IFAQ*



19 juin

Présentation par Marisol Touraine des orientations du projet de loi de modernisation de notre système de santé*



7 octobre

Lancement du programme

Territoire de soins numérique*

13 novembre

Bilan de l'expérimentation sur la pertinence des césariennes programmées à terme*

13 novembre

1^{er} point presse hebdomadaire du ministère consacré à l'épisode épidémique à virus Ebola*



24 - 28 novembre

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

4 décembre

Élections professionnelles simultanées dans les 3 fonctions publiques*



4 décembre

Remise des prix du concours national « Droits des usagers de la santé »*

17 décembre

Bilan de la vague ARMEN 4 du programme PHARE sur les achats hospitaliers*

*Lire les fiches correspondantes

Un temps marquant : la gestion de l'épisode épidémique à virus Ebola



855 SIGNALEMENTS DE CAS
EN FRANCE

28 CAS POSSIBLES
& AUCUN CAS CONFIRMÉ

12 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
DE RÉFÉRENCE HABILITÉS

UNE MOBILISATION À TOUS LES NIVEAUX :
HOSPITALIER, LIBÉRAL, URGENCES

L'ensemble du système de santé français a été mis en alerte dès avril 2014 pour faire face à une épidémie d'une ampleur inhabituelle de maladie à virus Ebola en Afrique de l'ouest. L'une des caractéristiques de ce virus – outre un taux de mortalité important, entre 50% et 90% – étant son caractère hautement contagieux, la France a pris très tôt ses dispositions pour anticiper l'arrivée éventuelle de personnes infectées sur son sol. Cela, par une information ciblée des voyageurs complétée de contrôles sanitaires dans les aéroports et les principaux ports. Une « task force » interministérielle – santé, intérieur, affaires étrangères et recherche – a été mise en place sous l'autorité du Premier ministre pour coordonner l'ensemble du dispositif de préparation. Au niveau du ministère chargé de la santé, celui-ci a été piloté par la direction générale de la santé (DGS), dont le département des urgences sanitaires est rompu à ce type d'alerte et de gestion de crise.

UNE STRATÉGIE, CELLE DU « PATIENT ISOLÉ »

Dès le début, la DGOS a naturellement mis ses compétences au service de ce dispositif. En lien avec la DGS et l'institut de veille sanitaire (InVS), un protocole très rigoureux a été défini et rapidement diffusé aux professionnels de santé pour garantir toutes les conditions de sécurité dans la prise en charge des personnes potentiellement infectées et la préservation de la population. Le schéma d'organisation retenu par la France s'est focalisé sur la stratégie du « patient isolé » – au sein des cabinets de ville ou des services d'urgence – afin de limiter les possibilités de propagation du virus, avec une régulation assurée par les centres 15 et un acheminement sécurisé des cas possibles effectué par les services d'aide médicale urgente (SAMU) vers les structures appropriées.



« Cet épisode aura été d'une rare intensité : le système de santé français s'est mobilisé avec une force et une qualité extraordinaires »

En l'occurrence, 12 établissements de santé de référence habilités (ESRH) répartis en métropole et dans les DOM ont été préparés, leurs locaux aménagés, leurs équipes médicales et paramédicales spécialement formées à l'accueil, à l'habillage / déshabillage avec les tenues de protection, à la prise en charge des patients et mobilisés par des retours d'expérience animés par la DGOS. Par ailleurs, à l'initiative de Marisol Touraine, tous les autres établissements hospitaliers non ESRH ont mis en place des exercices grandeur nature pour parer à toute éventualité de prise en charge réelle de patients. Cet épisode aura été d'une rare intensité : le système de santé français s'est mobilisé avec une force et une qualité extraordinaires.

Fort heureusement, ni transmission ni décès ne fut à déplorer durant cette période. Au total, 855 signalements ont été recensés entre mars 2014 et avril 2015, avec 825 cas exclus d'emblée et 28 cas classés possibles : tous ont été testés et finalement infirmés. La France a également pris en charge avec succès 2 cas confirmés, diagnostiqués au Libéria et en Sierra Leone, rapatriés conformément aux accords internationaux en vigueur.

Actuellement, l'épidémie à virus Ebola se poursuit en Guinée et en Sierra Leone, à un niveau cependant plus faible. La préparation des professionnels et des structures ainsi que le dispositif de réponse mis en place dans notre pays confirment leur robustesse même s'ils ne sont plus sous le feu de l'actualité. Autre aspect positif : la transparence avec laquelle les pouvoirs publics ont communiqué sur la situation française, avec la tenue de points presse hebdomadaires permettant de suivre quasiment en continu l'évolution de la situation sur le territoire ainsi que la mise en ligne sur le site internet du ministère.



VALÉRIE SALOMON
past conseillère technique
du directeur général



THIERRY DEBORD
conseiller médical
du directeur général et membre
de la « Task Force » Ebola



JEAN-MARC BRAICHET
chef de cabinet

UNE PRIORITÉ : DES DROITS RENFORCÉS ET PLUS LISIBLES POUR LES USAGERS TOUT AU LONG DES PARCOURS DE SANTÉ

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 du projet de loi de modernisation de notre système de santé, sur lequel la DGOS a intensifié son action depuis quelques années déjà.



145 PROJETS EXAMINÉS PAR 23 ARS
POUR PLUS DE 40 LABELS

21 ESPACES DE RÉFLEXION ÉTHIQUE
RÉGIONAUX ET INTERRÉGIONAUX

**UNE PERSPECTIVE
LA REPRÉSENTATIVITÉ RENFORCÉE
DES USAGERS DANS LES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

En présentant les orientations du projet de loi de modernisation de notre système de santé en juin 2014, Marisol Touraine a confirmé sa volonté de renforcer les droits des patients et des usagers ainsi que leur représentation au sein de différentes instances de santé publique, y compris des établissements hospitaliers. Le rôle des associations sera accru et leurs initiatives, valorisées. C'est bien pour encourager cette dynamique que la DGOS a défini une méthodologie d'organisation de débats publics en santé, outils d'une démarche participative propices à l'émergence de propositions concrètes. D'ailleurs, la préparation même du projet de loi s'est appuyée sur la tenue de plus de 120 débats publics en région, ce qui témoigne de la vivacité du tissu associatif et des représentants des pouvoirs publics sur le terrain. Objectif d'un débat public en santé ? Confronter les points de vue pour répondre à une question précise de santé ou de société, dans le cadre d'un échange mettant experts et citoyens sur un même pied d'égalité. Et ainsi, participer à l'élaboration d'une loi, d'un plan de santé publique...

MIREILLE GARCIA
responsable plaintes et réclamations
au bureau SR3



ALEXANDRA FOURCADE
cheffe du bureau SR3



SANDRINE PERROT
chargée de mission au bureau SR3



NADÈGE POIREL
assistante du bureau SR3

« La DGOS propose des approches à la fois innovantes – pour un ministère – et opérationnelles pour accompagner les acteurs dans la mise en mouvement concrète des droits »

Il faut rappeler que le débat public s'inscrit dans un processus de décision et engage les décideurs à prendre en compte ses conclusions : à ce titre, il se distingue d'autres méthodes de participation, allant de la simple information à la concertation. Afin d'éclairer les organisateurs de débats, la DGOS a co-organisé avec la direction générale de la santé (DGS) un séminaire de travail en mars 2014. De cet échange très nourri – grâce notamment à la parole portée par le comité consultatif national d'éthique (CCNE) et par la commission nationale du débat public (CNDP) – a résulté la publication d'une brochure opérationnelle, « Débat public en santé : repères et méthodologie ». Cela, pour se poser les bonnes questions : un débat public, à quel titre, dans quel but, selon quelles caractéristiques, avec quels moyens ?

**LA MISE EN LUMIÈRE D'INITIATIVES
DE TERRAIN EXEMPLAIRES**

Les débats publics constituent indéniablement un levier puissant pour donner un éclairage sur les droits des usagers de la santé. Dans ce domaine, la DGOS a elle-même initié une démarche de labellisation de projets exemplaires par les agences régionales de santé (ARS), entamée dès 2010 et qui se poursuit depuis avec succès. Il s'agit de mettre en lumière – voire de transposer à d'autres structures – des initiatives exemplaires autour de l'accueil, de l'information, de l'orientation ou de la prise en charge non médicale des patients, de leurs proches ou de leurs représentants. Chaque année, grâce aux ARS – en lien avec

les commissions spécialisées « droits des usagers » (CSDU) des conférences régionales santé et autonomie (CRSA) – les initiatives labellisées les plus marquantes en région sont signalées et un jury national retient les 5 plus emblématiques, récompensées lors d'une remise de prix organisée au ministère. En 2014, une problématique forte s'est dégagée autour du handicap et de la dépendance. Sous l'égide bienveillante de Jean-Paul Delevoye, président du conseil économique, social et environnemental (CESE), ont été récompensés le centre hospitalier privé de Saint-Brieuc pour son dispositif « La Passerelle » d'accompagnement dans le parcours de soins, le CODERPA Essonne pour son réseau d'élus de conseil de vie sociale autour des personnes âgées en établissement, le groupe hospitalier mutualiste de Grenoble pour son « rallye » ludique sur les droits, l'ADAPEI 04 pour sa démarche favorisant l'autoreprésentation des personnes déficientes intellectuelles et le centre hospitalier d'Annecy-Genevois pour sa plateforme « Handiconsult ».

À noter également en 2014 : le développement de la réflexion éthique et la poursuite de la structuration du réseau des 21 espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux. Promotion des débats publics, labellisation d'initiatives de terrain et remise de prix, essor de la réflexion éthique... Autant d'approches à la fois innovantes – pour un ministère – et opérationnelles pour accompagner les acteurs dans la mise en mouvement concrète des droits !

UNE PRIORITÉ : LA RECHERCHE D'UNE CONTINUITÉ ENTRE LES SOINS DE VILLE, HOSPITALIERS ET MÉDICO-SOCIAUX

Axe central du projet de loi de modernisation de notre système de santé : la mise en place d'une véritable médecine de parcours au plus près des usagers, des personnes malades, handicapées 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 la prise en charge, les soins, l'enseignement et la formation, l'innovation et la recherche...



La prise du « virage ambulatoire »

L'ACTEUR PIVOT : LE MÉDECIN TRAITANT, COORDINATEUR DE LA PRISE EN CHARGE

LE RECENTRAGE DE L'HÔPITAL SUR SA MISSION PREMIÈRE, LE SOIN

UNE PERSPECTIVE LE VOTE DE LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Depuis quelques années, un consensus émerge sur les défis auxquels notre système de santé doit faire face : l'allongement de la durée de la vie et l'augmentation des maladies chroniques, qui constituent un bouleversement considérable, ou encore les inégalités sociales et les disparités territoriales, qui sont une réalité pour encore trop de Français. Notre système, organisé principalement autour de l'hôpital, est remarquable pour traiter les épisodes aigus d'une pathologie : en revanche, il devient trop cloisonné au moment de soigner dans la durée des personnes vieillissantes ou atteintes de maladies chroniques, par exemple. D'où la nécessité d'investir sur les



MICHEL VARROUD-VIAL
conseiller auprès du directeur
général sur les soins primaires et les
professionnels libéraux



DÉBORAH CVETOJEVIC
cheffe du bureau R3



ISABELLE PRADE
cheffe du bureau R4

« soins primaires » et d'accompagner le « virage ambulatoire » annoncé en 2014 par Marisol Touraine, dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Ce virage ambulatoire, l'un des piliers du projet de loi et,

« Ce virage ambulatoire, c'est l'organisation de la proximité autour du patient, l'évolution des prises en charge au sein et hors de l'hôpital, le passage d'un système axé sur l'hôpital à un système centré sur le malade »

plus globalement, de la stratégie nationale de santé, c'est l'organisation de la proximité autour du patient. C'est l'évolution des prises en charge au sein et hors de l'hôpital, selon des modalités diverses : hospitalisations à temps partiel, de jour et à domicile d'une part, consultations en ville ou hospitalières d'autre part. C'est le passage d'un système axé sur l'hôpital à un système centré sur le malade, qui fait du médecin et des équipes de soins constituées autour de lui le pivot et le coordinateur des soins primaires entre les structures de ville, les établissements de santé et médico-sociaux, voire sociaux. Cela, pour fluidifier les parcours de santé* des patients et éviter toute rupture potentielle liée à l'hospitalisation – encore trop souvent recommandée – en garantissant une qualité de soins équivalente ainsi qu'un retour à domicile en toute sécurité. Pour y parvenir, l'hôpital devra se recentrer sur sa mission première – les soins et non l'hébergement – avec des hospitalisations plus adéquates*, des durées de séjours plus conformes aux besoins des patients et une offre de soins plus graduée. Sur ce dernier point, les équipes de soins pourront agir

sur plusieurs niveaux. Intra muros tout d'abord, en renforçant leurs hôpitaux de jour, leurs consultations et leurs unités de chirurgie ambulatoire*. Extra muros ensuite, en développant des structures extérieures – de dialyse notamment – ou un service d'hospitalisation à domicile (HAD)*. Hors les murs de l'hôpital enfin, en direction des professionnels de ville et autour d'alternatives à l'hospitalisation comme la télémédecine*.

DES LEVIERS EXISTANTS OU À VENIR

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé contient en germe une partie des leviers pour la mise en œuvre concrète du virage ambulatoire. Les régimes d'autorisation des activités de soins vont évoluer pour mieux prendre en compte cet enjeu. Les professionnels pourront bénéficier de mesures favorisant leur coopération, que ce soit dans leur exercice quotidien – via les « pratiques avancées »* – ou le recours plus massif au numérique*. De même, le pacte territoire santé*, lancé fin 2012 par Marisol Touraine, sera inscrit dans la loi et pérennisé pour intensifier l'installation de professionnels de santé dans les territoires fragiles. Toutes les conditions – et les volontés ! – sont donc réunies pour « prendre » résolument le virage ambulatoire et moderniser notre système de santé, avec les professionnels et dans l'intérêt des patients.

* Lire les fiches correspondantes

Une alternative: la chirurgie ambulatoire



UNE PRISE EN CHARGE SÉCURISÉE
ET DE QUALITÉ, ÉQUIVALENTE
À LA CHIRURGIE CONVENTIONNELLE

UNE PERSPECTIVE
6 INTERVENTIONS SUR 10
EN AMBULATOIRE D'ICI 2020

La chirurgie ambulatoire – qui recouvre des hospitalisations de moins de 12 heures avec intervention chirurgicale, sans hébergement de nuit – va connaître un tournant dans les prochaines années grâce au « virage ambulatoire »*, axe fort du projet de loi de modernisation de notre système de santé. En 2014, 4 interventions sur 10 étaient réalisées en ambulatoire, avec un taux variant de 37,8% à 45,7% selon les régions. D'ici 2020, ce sont plus de 6 interventions sur 10 réalisées en ambulatoire qui sont attendues. Cette volonté des pouvoirs publics, qui rejoint l'un des objectifs du virage ambulatoire – recentrer l'hôpital sur les soins – présente avant tout des bénéfices pour les patients. À savoir, des interventions intégrant le même niveau de qualité et de sécurité des soins que ceux pratiqués en hospitalisation conventionnelle, une limitation du risque infectieux et de la perte de repères – surtout chez les personnes âgées – et un retour plus rapide au domicile, accompagné d'un suivi systématique par l'unité de



LYDIA VALDES
adjointe à la cheffe du bureau R3



CHRISTELLE GALLO
chargée de mission au bureau R3

chirurgie ambulatoire. Mais aussi, des bénéfices pour les équipes hospitalières, avec une optimisation des temps d'utilisation des infrastructures et des blocs, l'opportunité d'améliorer la qualité des prises en charge et de développer de nouvelles pratiques tant techniques qu'organisationnelles – le temps de prise en charge étant ramené à 12 heures maximum –. Et, en outre, une synergie d'action autour d'un projet médical commun ainsi qu'une image modernisée et attractive de l'établissement, contribuant à attirer une patientèle plus nombreuse.

En parallèle, les activités de chirurgie conventionnelle se recentrent sur les interventions qui le nécessitent : des choix stratégiques peuvent ainsi être pris en matière d'activité et de nouveaux modes de prise en charge. Pour cela, le virage ambulatoire nécessite de réinterroger en profondeur l'organisation de la chirurgie en hospitalisation complète et en ambulatoire (accueil, consultations de pré-intervention, blocs, capacités en lits et en places), l'organisation de l'ensemble de la structure (urgences, plateaux d'imagerie, consultations) ainsi que l'interface avec la médecine de ville. En particulier dans l'optique de fédérer les parcours* autour du médecin, pivot de la prise en charge.

*Lire les fiches correspondantes

Un repositionnement: l'hospitalisation à domicile

311 ÉTABLISSEMENTS
AYANT ACCUEILLI 105 000 PATIENTS
SOIT 4,3 MILLIONS DE JOURNÉES

UNE PERSPECTIVE
LE DOUBLEMENT DE L'HAD D'ICI 2018

Le « virage ambulatoire »* donne un 2nd souffle à la politique volontariste portée par la DGOS pour encourager la généralisation de l'offre d'hospitalisation à domicile (HAD) sur le territoire. 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 ainsi qu'à son environnement, elle est même bénéfique à ce dernier, notamment pour pallier la perte de repères fréquente en cas de séjour en établissement. L'HAD fait intervenir des soins complexes, techniques, intensifs, évite certains déplacements au patient et maintient les actes de sa vie quotidienne. Elle est particulièrement adaptée à des prises en charge de populations plus âgées et souvent atteintes de pathologies chroniques : dans certaines situations cliniques particulières – ante et post partum pathologique, rééducation spécialisée... – elle peut aussi apporter des solutions véritablement originales. L'hospitalisation à domicile offre ainsi une

réponse à la demande croissante de la population d'être soignée chez elle, de réduire les durées des séjours en établissement – a minima, de raccourcir voire d'éviter une hospitalisation avec hébergement – et de favoriser un projet de soins individualisé, multidimensionnel et interdisciplinaire totalement intégré. Pour ces raisons, l'objectif est que l'activité d'HAD ait doublé d'ici 2018, que l'offre soit restructurée si nécessaire, que la polyvalence soit développée en faveur de prises en charge spécialisées et les interventions, intensifiées auprès des personnes âgées et handicapées, en établissement médico-social et social. En quelques années, des efforts conjugués ont permis l'expansion de l'HAD : pour autant, il reste encore du chemin à parcourir, avec une moyenne établie en 2014 à 18,5 patients par jour pour 100 000 habitants. Un constat pour expliquer ce retard : le positionnement et les possibilités de l'HAD restent insuffisamment connus des prescripteurs eux-mêmes. L'exemple de la chimiothérapie à domicile est frappant : actuellement, cette activité d'HAD – qui représente moins de 0,7% des chimiothérapies en hospitalisation conventionnelle – est très inégalement répartie sur le territoire national. Des leviers concrets – référentiels d'activité spécifiques et réforme de la tarification – font l'objet de travaux par la DGOS. Dans cette attente et malgré un contexte contraint, les moyens financiers dédiés à l'HAD ont été préservés, avec un tarif moyen journalier porté à 201€ et une hausse de +0,4% des tarifs d'HAD prévue en 2015. Par ailleurs, l'annonce d'un plan soins palliatifs par le président de la république converge avec le soutien apporté à l'HAD. En effet, le doublement d'activité d'ici 2018 constitue une réelle opportunité pour les soins palliatifs, qui représentaient 1/4 de l'HAD en 2013. En outre, l'extension du champ d'intervention de l'HAD doit permettre aux personnes vieillissantes de bénéficier d'un parcours de soins* sans rupture d'accompagnement.

*Lire les fiches correspondantes



THIERRY KURTH
adjoint à la cheffe du bureau R4



TYPHAINE MOGUEROU
chargée de mission au bureau R4

Un développement nécessaire : la télémédecine



**5 ACTIVITÉS POSSIBLES :
TÉLÉCONSULTATION,
TÉLÉEXPERTISE,
TÉLÉSURVEILLANCE,
TÉLÉASSISTANCE
& RÉGULATION MÉDICALE**

**UNE PERSPECTIVE
PLUSIEURS DIZAINES DE MILLIERS
D'ACTES ATTENDUS SUR LES PLAIES
CHRONIQUES ET COMPLEXES**

Pleinement intégrée au « virage ambulatoire »*, la télémédecine est une autre manière de soigner, avec les mêmes exigences de qualité et de sécurité. Grâce aux nouvelles techniques d'information et de communication (NTIC), elle 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*. Chaque jour, des initiatives prennent forme sur le terrain. En 2014, la DGOS a donc donné un signal fort sur les priorités de santé publique autour desquelles la télémédecine doit se déployer : prise en charge des plaies chroniques et complexes, psychiatrie, gériatrie, insuffisance cardiaque ou rénale et diabète. La DGOS fait en sorte – devant le constat de projets très majoritairement hospitaliers – que la télémédecine se déploie en ville ainsi qu'en structure médico-sociale. En cela, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 permet d'expérimenter des prototypes tarifaires pour ces prises en charge dans 9 régions, pour une durée de 4 ans et sur la base de cahiers des charges détaillés. Grâce à ces expérimentations,



MARION FUMEX
chargée de mission au bureau PF3

BAMDAD SHABAN
chargé de mission au bureau PF3



Image extraite de la vidéo de promotion de la télémédecine conçue par la DGOS en partenariat avec le collectif interassociatif sur la santé (CISS)

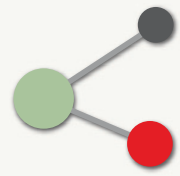
les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, pourront bénéficier d'une rémunération de leur activité réalisée à distance, avec un paiement au fil de l'eau comme cela existe pour les activités de médecine. Rien que sur la prise en charge des plaies chroniques et complexes – dont le cahier des charges a été publié en 1^{er} – les 9 régions pilotes projettent plusieurs dizaines de milliers d'actes de télémédecine dès 2015. D'autres cahiers des charges permettant d'étendre les actes de téléconsultation et téléexpertise, a minima pour la prise en charge psychiatrique et gériatrique, seront produits dès 2015. Il en sera de même pour la télésurveillance, afin que les patients atteints d'insuffisance cardiaque, rénale ou de diabète puissent bénéficier d'un suivi médical et d'un accompagnement global depuis leurs lieux de vie.

Objectif de ces expérimentations : faciliter l'accès à l'offre de soins dans des délais raisonnables, mais aussi réduire les déplacements des patients et pallier d'éventuels renoncements aux soins, améliorer l'organisation des soins – et donc la qualité de la prise en charge – dans les territoires concernés, sans oublier d'objectiver l'impact de la télémédecine sur les dépenses de l'assurance maladie.

D'ores et déjà, des modalités d'évaluation des expérimentations ont été mises en place afin d'appuyer la décision des pouvoirs publics en vue d'une généralisation éventuelle du dispositif. Pour la télémédecine, plus que jamais, tout se joue maintenant !

*** Lire les fiches correspondantes**

Le maillage territorial des parcours



15 MILLIONS
DE MALADES CHRONIQUES

« LES BONS SOINS PAR LES BONS
PROFESSIONNELS DANS LES BONNES
STRUCTURES, AU BON MOMENT »

2 NOUVELLES PRIORITÉS EN 2014

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé pose à nouveau la question de l'organisation des soins en France et d'une véritable médecine de parcours, tangible, pour les patients. Il faut en effet cesser de raisonner selon des épisodes de soins cloisonnés et par secteur : soins de ville, établissements hospitaliers, structures médico-sociales... Aujourd'hui, un parcours s'entend comme la prise en charge globale, coordonnée et continue des patients, au plus près de chez eux, en garantissant l'accessibilité aux soins, la continuité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de leur prise en charge. Avec la nécessité d'une évolution assez majeure de notre système de santé : concrètement, cela suppose l'intervention – concertée dans la durée – des professionnels de santé, tant en ville, en maison ou en centre de santé qu'en établissement de santé, médico-social et social.

Mesures phares du projet de loi pour soutenir cette évolution : la reconnaissance des équipes de soins primaires, la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé par les acteurs eux-mêmes, la mise en place d'un numéro d'appel national de garde pour un accès permanent à une offre médicale, la création de plateformes territoriales d'appui* pour aider aux prises en charge complexes, l'obligation d'une lettre de liaison* adressée par l'hôpital au médecin traitant le jour même de la sortie d'hospitalisation...

C'est avant tout aux professionnels de santé que revient la responsabilité d'organiser, territoire par territoire, les parcours de leurs patients. Les agences régionales de santé (ARS) sont chargées de les accompagner, de soutenir leurs actions et d'assurer la cohésion avec les projets de santé locaux.

LES BONS SOINS PAR LES BONS PROFESSIONNELS DANS LES BONNES STRUCTURES, AU BON MOMENT

Pour certaines priorités nationales, le ministère attend une déclinaison opérationnelle sur le terrain. Parmi elles, on peut citer le cancer et les accidents vasculaires cérébraux, qui ont fait l'objet très tôt de travaux préfigurant la mise en place de parcours de santé. À ce jour, 140 unités neuro-vasculaires (UNV) fluidifient la prise en charge dans des délais impérativement courts, parfois soutenues par des dispositifs de télémédecine*.

« Aujourd'hui, un parcours s'entend comme la prise en charge globale, coordonnée et continue des patients, au plus près de chez eux »

Ou encore, la dépendance : sur ce champ, le projet PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie), piloté par la direction de la sécurité sociale (DSS), vise à éviter le recours trop systématique à l'hospitalisation grâce à une meilleure coordination en soins primaires, formalisée par un plan personnalisé de santé. L'objectif est que les personnes reçoivent « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment ». Sans oublier les maladies rares, qui sont souvent méconnues par les professionnels de proximité et suscitent « l'errance thérapeutique » des patients et de leurs familles de structure en structure. Désormais, 23 filières de maladies rares coordonnent l'action des centres de référence et de compétences, des associations de patients ou des équipes de recherche.



MICHEL VARROUD-VIAL
conseiller auprès du directeur
général sur les soins primaires et les
professionnels libéraux



DOMINIQUE PETON KLEIN
directrice de projet
sur les maladies rares et Parkinson

En 2014, la DGOS a investi de nouveaux champs. D'une part, la maladie rénale chronique (MRC) avec le lancement, début 2015, d'expérimentations dans 6 régions pilotes pour prévenir ou ralentir la dégradation de la fonction rénale, lutter contre les inégalités d'accès à la greffe, optimiser les alternatives à la dialyse en centre et mieux orienter les patients. D'autre part, le traitement du cancer par radiothérapie avec un appel à candidatures pour contribuer à un nouveau modèle de financement, plus intégré et plus lisible, prenant en compte toutes les composantes du parcours de soins ainsi que l'évolution des techniques.

La dynamique est en marche : désormais, il n'est pas de priorité nationale qui ne fasse l'objet de travaux ou de réflexions pour envisager sa traduction sous la forme d'un parcours.

* Lire les fiches correspondantes

L'accélération de la coopération professionnelle



ENVIRON **50** PROTOCOLES
DE COOPÉRATION VALIDÉS PAR LA HAS

600 MAISONS DE SANTÉ
& 1 750 CENTRES DE SANTÉ

UNE PERSPECTIVE
LA CRÉATION DE « PRATIQUES
AVANCÉES » POUR CERTAINS
PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX

Construire des parcours de santé pour les patients dans un contexte de ressources contraintes – y compris humaines – incite à revoir les pratiques des professionnels, leur mode de relation, leur organisation, aussi bien en secteur hospitalier que libéral et ambulatoire. À ce titre, la coopération est une réponse intéressante aux problèmes d'organisation et d'optimisation du temps médical. Pour les médecins, elle peut permettre de rompre avec un exercice individuel et isolé et de dégager du temps pour des activités purement médicales. Pour les autres professionnels de santé, la coopération offre des perspectives de carrière autres que les seuls postes d'encadrement : les compétences évoluent et les missions, plus variées, sont reconnues.

« La médecine de parcours permet d'adapter la prise en charge, les relations entre acteurs, les structures et les moyens autour du patient... et non plus l'inverse »

Il y a nécessité de s'interroger sur les métiers actuels pour anticiper les compétences par rapport aux besoins de santé, rendre les activités cohérentes, faciliter les passerelles... Le chantier est encore vaste ! Pour autant, la coopération entre professionnels de santé a ouvert la voie à des transferts d'activité et constitue une piste encourageante. À ce jour, la haute autorité de santé (HAS) a donné un avis favorable à une cinquantaine de protocoles, lesquels ont fait l'objet de plus de 180 arrêtés de duplication par les agences régionales de santé (ARS).



MARIE-ANDRÉE LAUTRU
cheffe de projet à la
sous-direction RH2S

CAROLE MERLE
adjointe au chef du bureau RH2

ISABELLE MANZI
chargée de mission au bureau PF3

LUCIE DUFOUR
chargée de mission au bureau PF3

Ces nouvelles pratiques se rencontrent essentiellement dans le suivi de maladies chroniques : diabète, hépatites, hémodialyse, anticancéreux oraux à domicile, mélanomes... Mais aussi, de plus en plus, dans le cadre de consultations – vaccination, addictologie, plaies aiguës et chroniques – ou d'actes techniques comme le bilan uro-dynamique, le prélèvement de cornée, la kinésithérapie respiratoire... L'ophtalmologie a fait l'objet de nombreux protocoles de coopération : dépistage de la rétinopathie diabétique, adaptation de lentilles, réalisation d'actes d'orthoptie sans prescription préalable...

DES EXPÉRIMENTATIONS À LA GÉNÉRALISATION

L'exercice coordonné et pluri-professionnel – associant médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, masseurs-kinés, pédicures-podologues... – trouve un terrain privilégié au sein de structures ambulatoires comme les maisons et les centres de santé. Le ministère mène une politique déterminée pour leur développement massif et les chiffres sont parlants : fin 2014, on recensait 600 maisons de santé et 1 750 centres de santé polyvalents, soit près de 2 400 structures d'exercice collectif. D'ici fin 2015, 800 maisons sont attendues. En 2014, Marisol Touraine a étendu les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération (ENMR) à 160 nouvelles équipes, afin de soutenir l'essor des structures par un financement adapté. Avec les 147 sites déjà participants, ce sont ainsi plus de 300 structures qui ont bénéficié de ces ENMR ! Depuis, la généralisation de ces nouveaux modes de rémunération s'est opérée à travers le règlement arbitral et la révision de l'accord national avec les centres de santé, dont les négociations sont en cours de finalisation.

Marisol Touraine veut aller plus loin : le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit que les professionnels paramédicaux puissent s'engager dans des « pratiques avancées ». En clair, élargir leurs compétences cliniques et leur pratique de soins pour prendre des décisions plus complexes qu'actuellement, au sein d'une équipe coordonnée par un médecin. Le projet de loi intègre également la création de plateformes territoriales d'appui (PTA) qui matérialiseront un changement de paradigme profond rendu possible par la médecine de parcours* : l'adaptation de la prise en charge, des relations entre acteurs, des structures et des moyens autour du patient et de ses besoins... et non plus l'inverse. De manière lisible et intégrée, les PTA apporteront un véritable appui aux professionnels de santé de 1^{er} recours, pour des situations complexes de patients qui, au-delà de leur pathologie, peuvent rencontrer des difficultés d'ordre social ou psycho-social et nécessitent une prise en charge plurielle. La finalité des PTA est de passer d'une approche par structure à une logique de missions partagées. Un pas supplémentaire au bénéfice des patients, quels que soient leur âge ou leur situation médicale.

*Lire la fiche correspondante

Les avancées du pacte territoire santé



12 ENGAGEMENTS CONCRETS AUTOUR DE 3 AXES FORTS

L'INCITATION À L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN ZONE FRAGILE

UNE PERSPECTIVE L'EXTENSION DE CERTAINS ENGAGEMENTS DU PACTE

L'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire est une priorité absolue du gouvernement : celle-ci se traduit notamment depuis fin 2012 par le pacte territoire santé lancé par Marisol Touraine pour lutter contre ce que l'on qualifie communément de « déserts médicaux ». Un pacte, 12 engagements concrets s'articulant 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.

L'INCITATION PLUTÔT QUE LA COERCITION

La vraie question n'est pas le nombre de médecins mais bien leur répartition sur le territoire. Aujourd'hui, notre pays compte près de 300 médecins libéraux pour 100 000 habitants, contre 214 en 1990. C'est pourquoi la logique et la cohérence d'action du pacte reposent sur l'incitation et la garantie d'un environnement professionnel favorable, attractif, pour répondre aux attentes des médecins, notamment des plus jeunes d'entre eux. En cela, le pacte s'articule avec les objectifs du projet de loi de modernisation de notre système de santé : parce qu'il fait évoluer 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 d'organiser un suivi coordonné au long cours.

Les résultats sont là : les stages en médecine générale – dont on sait qu'ils favorisent l'installation ultérieure des jeunes médecins une fois diplômés – sont en augmentation et ont concerné plus de 60% des étudiants en 2014. Les contrats d'engagement de service public (CESP) ont été étendus à l'odontologie et leur nombre cumulé – 881 depuis 2011 – représente 60% de l'objectif de 1 500 CESP signés d'ici 2017. Entre 340 et 350 contrats ont été souscrits – soit plus de 90% de l'objectif initial – pour implanter des praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). Par ailleurs, le référent installation est désormais bien identifié dans chaque région et les plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) ont été entièrement revisitées pour proposer des contenus plus concrets et mieux répondre aux attentes des étudiants et des professionnels en exercice.

« Des médecins s'installent plus nombreux dans les zones fragiles, de nouvelles organisations améliorent la qualité de vie des patients, la réponse aux situations d'urgence est mieux assurée »

Des expérimentations ont été mises en place pour « booster » l'exercice coordonné* – via une rémunération adaptée – ou encore l'essor de la télé médecine* hors des murs hospitaliers. Tout au long de l'année 2014, le déploiement des structures qui permettent l'exercice coordonné a été fortement soutenu, notamment celui des maisons de santé : en 2012, on en recensait à peine 170 contre un peu plus de 600 fin 2014. En parallèle, d'autres leviers sont activés pour libérer du temps médical et améliorer l'accès aux soins, en particulier les transferts de compétences* – entre infirmiers et médecins ou entre orthoptistes et ophtalmologistes, par exemple -. Enfin, sur la question de l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes – par ailleurs engagement présidentiel –



PERRINE RAMÉ-MATHIEU
cheffe du bureau R2

NATHALIE SCHNEIDER
chargée de mission au bureau R2

le maillage de 434 médecins correspondants du SAMU (MCS), qui interviennent en avant-poste des secours, a amélioré la situation d'un million de Français. C'est un progrès considérable ! La forte dynamique constatée sur les 12 engagements a nourri des propositions pour un « an II » du pacte, dont certaines sont déjà inscrites dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 : contrat de praticien de médecine ambulatoire (PTMA) inspiré de celui de PTMG et ouvert aux spécialistes, contrat de praticien isolé à activité fluctuante (PIAF) pour les médecins de montagne ou littoraux, notamment.

En inscrivant le pacte dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé, ses engagements ont été confirmés comme stratégiques. Ils amènent progressivement à une transformation en profondeur : aujourd'hui, des médecins s'installent plus nombreux dans les zones fragiles, de nouvelles organisations 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

La répartition des officines de pharmacie



22 795 OFFICINES
DE PHARMACIE

UNE PERSPECTIVE
UN CORPUS LÉGISLATIF SIMPLIFIÉ
ET RÉNOVÉ POUR UN MEILLEUR
MAILLAGE OFFICINAL

Sur notre territoire, la densité officinale est globalement élevée, avec plus de 22 700 pharmacies recensées : pour autant, leur répartition présente des disparités, notamment entre les zones fortement urbanisées et rurales. Or, le régime d'autorisation de l'activité officinale – géré sur le terrain par les agences régionales de santé (ARS) – ainsi que les règles de quotas permettant l'ouverture ou le transfert de pharmacies doivent favoriser l'accès de la population aux médicaments sur tout le territoire.

Plusieurs travaux ont été lancés par la DGOS pour optimiser le maillage officinal : tout d'abord, l'élaboration d'une instruction portant sur les conditions d'autorisation d'ouverture des pharmacies, en vue de préciser et d'harmoniser l'application des règles de création, de transfert et de regroupement des structures. Ensuite, un état des lieux effectué par les ARS afin d'identifier les territoires en difficulté d'accès aux officines – ou risquant de l'être – et d'engager une réflexion sur les causes de ces difficultés. Enfin, des travaux de simplification et d'évolution des dispositions législatives encadrant les transferts et les regroupements de pharmacies engagés dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Par voie d'ordonnance, la DGOS portera des mesures après une concertation préalable de l'ensemble des représentants de la profession.

L'ANNÉE 2014 VUE PAR...



SAMUEL PRATZMARTY
sous-directeur de la régulation
de l'offre de soins (R)

Dans la continuité des années précédentes, la sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R) s'est fortement mobilisée pour préparer et mettre en œuvre les engagements de la ministre en matière d'organisation et de financement de l'offre de soins. Ainsi, 2014 a été tout particulièrement marquée par la préparation du projet de loi de modernisation de notre système de santé* et du projet de plan d'économie ONDAM 2015-17. Ces 2 exemples témoignent de ce que le travail d'une sous-direction d'administration centrale doit être permanent – dans une logique d'anticipation des besoins d'évolution du système de santé – et nourri par des échanges poussés avec l'ensemble des acteurs concernés.

Ces différents chantiers ont également été l'occasion d'approfondir la réflexion sur les voies et moyens d'accélérer la mise en œuvre du « virage ambulatoire »* au cœur de la stratégie nationale de santé. Ce dernier n'est plus l'apanage d'un bureau ou d'un champ en particulier mais a constitué au contraire l'une des lignes directrices de l'ensemble des travaux de la sous-direction, dans le cadre d'une approche globale ville/hôpital.

De même, ces chantiers ont contribué à la diffusion et au renforcement d'une culture médico-économique au sein-même de la sous-direction, indispensable compte-tenu d'un contexte budgétaire contraint.

Pour révélateurs qu'ils soient, ces 2 dossiers emblématiques ne doivent bien évidemment pas occulter la très grande diversité et richesse de l'ensemble des projets traités par la sous-direction avec, pour point commun, une utilité sociale et une dimension opérationnelle qui sont à l'honneur de tous ceux qui les portent au quotidien. Nous souhaitons les en remercier sincèrement et les assurer de notre reconnaissance.

* Lire les fiches correspondantes



CHRISTINE BRONNEC
adjointe au sous-directeur



SANDRINE BILLET
adjointe au sous-directeur



ÉLISE RIVA
adjointe à la cheffe du bureau R2



VÉRONIQUE LALLEMENT
chargée de mission au bureau R2



STÉPHANE CAMARA
chargé de mission au bureau R2

UNE PRIORITÉ: DES PROFESSIONS DE SANTÉ RECONNUES ET VALORISÉES

L'implication, la reconnaissance du rôle essentiel joué par les professionnels, l'évolution de leurs compétences 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 mesures fortes du projet de loi de modernisation de notre système de santé.

**32 000 INTERNES
EN MÉDECINE,
PHARMACIE ET ODONTOLOGIE**

**L'OUVERTURE DES STAGES EN
AMBULATOIRE À TOUTES LES SPÉCIALITÉS**

**UNE PERSPECTIVE
LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME
DU TEMPS DE TRAVAIL DES INTERNES**



L'amélioration de la formation & des conditions de travail des internes

Formation clinique et stages, repos de sécurité, rémunération et indemnités... Depuis 2012, Marisol Touraine s'est engagée à améliorer les conditions de travail des internes, dont le nombre a fortement augmenté durant ces dernières années pour accompagner la progression du numerus clausus. Ainsi, l'année 2014 a été mise à profit pour moderniser la formation des internes, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés. Mesure emblématique : l'ouverture à toutes les spécialités des stages en ambulatoire, alors que ceux-ci étaient jusqu'alors réservés aux seuls médecins généralistes. Les futurs professionnels de santé doivent en effet être davantage formés dans les conditions de leur futur exercice : l'exemple de la médecine générale doit essaimer car il est un bon modèle. Afin d'augmenter les capacités de formation en milieu ambulatoire, la ministre a tranché en faveur d'un taux d'inadéquation de 7% entre le nombre d'internes et le nombre de postes – offrant un choix véritable entre



ODILE BRISQUET
cheffe du bureau RH4



ISABELLE COUAILLIER
adjointe à la cheffe du bureau RH4



ÉLÉONORE DUBOIS-DI MACARIO
chargée de mission au bureau RH3

plusieurs terrains de stage – ainsi que d'une réorganisation des modalités de financement des postes d'internes par le regroupement de l'ensemble des crédits sur une seule ligne budgétaire, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Les conditions de réalisation des stages ont été renforcées par la sanctuarisation de la formation des maîtres de stage et revalorisées par la mise en place d'indemnités de transport. À savoir, 130€ par mois pour les internes effectuant un stage ambulatoire éloigné de leur domicile et de leur établissement et 125€ par mois pour les internes de médecine générale réalisant leur stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS). Enfin, le nombre d'années de recherche pour les internes a été doublé. Celles-ci peuvent désormais être suivies en fin d'internat : sans cette mesure, il était difficile pour les internes de médecine générale de bénéficier de cette formation à la recherche.

UNE MEILLEURE ATTRACTIVITÉ DE L'EXERCICE À L'HÔPITAL

Autre point clé : la « fidélisation » des internes une fois diplômés et l'incitation à exercer à l'hôpital. L'attractivité des carrières hospitalières dépend de plusieurs facteurs sur lesquels les pouvoirs publics peuvent agir. En plus des leviers traditionnels que sont les niveaux et les modalités de rémunération, une attention accrue doit être prêtée à l'amélioration des conditions d'exercice. De nouveaux champs ont été explorés, sur lesquels se focalisaient de fortes attentes : prévention des risques psychosociaux, équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, diversification des modes d'exercice, protection sociale...

Sur ce dernier point, un guide complet a été élaboré en lien avec les organisations représentatives et publié, en réponse aux questions de prise en charge les plus fréquemment soulevées par les internes.

« De nouveaux champs ont été explorés : prévention des risques psychosociaux, équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, diversification des modes d'exercice, protection sociale... »

En termes de perspectives, le prochain chantier consistera à évaluer la réforme du temps de travail des internes, entrée en vigueur le 1^{er} mai 2015. Cette évaluation régulière sera faite dans le cadre d'un comité national de suivi sur les conditions de travail des étudiants, des internes et des assistants, afin d'accompagner le processus dans les meilleures conditions possibles. Cela, avec une finalité forte : considérer les jeunes comme des professionnels à part entière et leur redonner la juste place qui leur revient au sein des établissements de santé, en garantissant l'équilibre nécessaire entre la formation reçue en stage et hors stage.

La reconnaissance d'un statut médical pour les sages-femmes



20 200 SAGES-FEMMES
HOSPITALIÈRES ET LIBÉRALES

DES COMPÉTENCES VARIÉES :
PRÉVENTION, CONTRACEPTION,
VACCINATION, SUIVI DE GROSSESSE,
ACCOUCHEMENT...

UNE PERSPECTIVE
LA CAMPAGNE MINISTÉRIELLE
DE COMMUNICATION SUR LA PROFESSION

Fin 2013, les sages-femmes se sont mobilisées pour une meilleure reconnaissance et une plus grande visibilité de leur profession. En effet, au quotidien, le travail des sages-femmes ne se limite pas uniquement aux soins liés aux grossesses et aux accouchements : en ville, elles peuvent également être consultées pour la délivrance et le suivi d'une contraception, un suivi gynécologique de prévention ou une vaccination et orienter vers les médecins en cas de situation pathologique.

Marisol Touraine s'est montrée particulièrement attentive aux demandes des sages-femmes en mettant en place 4 groupes de travail consacrés à leur statut, à leur place dans l'offre de soins de 1^{er} recours, aux décrets encadrant l'obstétrique, à la formation et à la recherche en maïeutique. Ceci, autour de 3 principes : l'amélioration de la santé des femmes tout au long de leur vie, la réduction des inégalités sociales de santé et la reconnaissance du caractère médical des compétences des sages-femmes, que ce soit en ville ou à l'hôpital.

DES REVENDICATIONS FORTES,
DES RÉPONSES ADAPTÉES

La DGOS a piloté 3 des groupes, qui ont étroitement associé durant 4 mois les représentants des sages-femmes et débouché sur des propositions concrètes. Ainsi, en mars 2014, la ministre a pu annoncer des mesures sans précédent pour la profession. Première d'entre elles, la création d'un statut médical de « sage-femme des hôpitaux », au sein de la fonction publique hospitalière.

JULIE BARROIS
chargée de mission au bureau R3



DÉBORAH CVETOJEVIC
cheffe du bureau R3



GUY BOUDET
chef du bureau RH2



ISABELLE ROUX
chargée de mission au bureau RH2

Désormais, les sages-femmes bénéficient d'un statut renoué et, dans chaque hôpital, leur gestion relèvera de la direction en charge des personnels médicaux. Autres mesures : de nouvelles responsabilités confiées aux sages-femmes, qui participeront systématiquement à l'élaboration du projet médical de leur établissement sur le volet de la prise en charge des mères et des nouveau-nés.

« Alors que les revendications des sages-femmes étaient plurielles, les mesures prises ont concrétisé les engagements pris vis-à-vis de cette profession chère aux Français »

Lorsque ce projet médical intégrera la création d'unités fonctionnelles, la responsabilité pourra en être confiée à une sage-femme, en lien avec les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes-réanimateurs et les pédiatres. C'est une première ! Par ailleurs, les sages-femmes seront davantage associées aux programmes de recherche clinique ou médico-économique* dans leur champ de compétence.

Nouveauté majeure : les sages-femmes exerçant à temps plein à l'hôpital pourront exercer des missions d'intérêt général corrélées au projet médical de leur établissement, au sein par exemple de réseaux de santé en périnatalité ou de services de protection maternelle et infantile (PMI). Pendant leur temps de travail, elles aussi pourront donc contribuer à la prévention des femmes, à leur santé et à leur accompagnement de proximité : jusqu'alors, seuls les médecins y étaient autorisés dans ce cadre.

Des propositions pour étendre les compétences des sages-femmes sont par ailleurs proposées au vote de la représentation nationale dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé : réalisation d'IVG par méthode médicamenteuse, vaccination et prescription de substituts nicotiniques pour les personnes vivant dans l'entourage de la femme enceinte ou du nouveau-né.

Dans le domaine de la formation, la qualité de maître de stage en maternité pour les sages-femmes participant à l'encadrement des étudiants sera consolidée. Et surtout, le statut des étudiants en maïeutique, leur protection sociale et leur niveau de rémunération – aligné sur celui des étudiants en médecine – seront notablement améliorés.

Alors que les revendications des sages-femmes étaient plurielles, les mesures adoptées ont permis de concrétiser, au bénéfice des sages-femmes et des femmes elles-mêmes, les engagements pris vis-à-vis de cette profession chère aux Français.

* Lire la fiche correspondante

De nouvelles compétences pour les professionnels dans l'offre des soins



9 300 INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE

UN DOUBLEMENT DU NOMBRE DE RADIOPHYSICIENS DEPUIS 2007

UNE PERSPECTIVE LA FORMATION INITIALE RÉNOVÉE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES À PARTIR DE 2016

Plusieurs points prioritaires sont mis en exergue par le projet de loi de modernisation de notre système de santé : parmi eux, des modalités nouvelles de formation et d'exercice pour certains professionnels. Ainsi, l'année 2014 s'est caractérisée par l'aboutissement de plusieurs chantiers de longue haleine et convergents avec cette priorité.

LA CRÉATION OU L'ÉVOLUTION DE CERTAINS MÉTIERS

C'est par exemple le cas pour les infirmiers de bloc opératoire (IBODE), pour lesquels des actes exclusifs ont été reconnus à la suite des travaux entamés en 2013, en concertation avec les professionnels. En janvier dernier, 2 textes ont été publiés : un décret identifiant les activités et actes concernés et posant les conditions dans lesquelles ils seront effectués, complété d'un arrêté organisant précisément la formation complémentaire – théorique et pratique – qui accompagne cette évolution. Désormais et sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment, l'IBODE pourra notamment procéder à l'installation chirurgicale du patient, à la fixation de drains, à la fermeture sous-cutanée et cutanée ou, lors d'une intervention, apporter une aide à l'aspiration. Par ailleurs, dans la continuité des travaux de réingénierie, le diplôme d'IBODE a été ouvert à la validation des acquis de l'expérience (VAE) par un arrêté publié en février 2014. Ces 2 réformes répondent à des attentes fortes et marquent avec succès l'achèvement de démarches constructives – en particulier avec les chirurgiens –.



LAËTITIA FAVERAUX
chargée de mission au bureau RH2



PILAR VERDONCQ
chargée de mission au bureau RH2



MARION SAUVAGE
chargée de mission au bureau RH2



LAURA HUGUET
chargée de mission au bureau RH2



MANUELA GONCALVES
chargée de mission au bureau RH1



ÉDOUARD JULIAN
chargé de mission au bureau RH1

Dans un autre domaine, des besoins spécifiques ont émergé quant à la création ou à l'évolution de certains métiers de la cancérologie. Dès lors, en droite ligne avec le plan cancer 2014-19, des travaux ont débuté pour mieux reconnaître 2 métiers déterminants dans la prise en charge des patients : celui de radiophysicien – ou « physicien médical » – qui sera reconnu comme une profession de santé et celui de « dosimétriste » qui sera créé comme une spécialisation du métier de manipulateur radio. Cette démarche traduit la volonté – mais aussi la capacité – de réinterroger régulièrement la place des professionnels et de définir de nouvelles conditions de formation et d'exercice pour adapter l'offre de soins à l'évolution des besoins de santé.

« Les avancées obtenues traduisent la volonté – mais aussi la capacité – de réinterroger régulièrement la place des professionnels pour adapter l'offre de soins à l'évolution des besoins de santé »

Cette volonté a également impacté les professions de la filière visuelle, soumises à une nécessité de réforme pour fluidifier l'accès aux soins ophtalmologiques. Pour ce faire, la DGOS a contribué à l'élaboration de la loi consommation promulguée en mars 2014 et préparé les textes d'application sur l'optique-lunetterie, en réponse au droit européen. Par ailleurs, des propositions ont été soumises à Marisol Touraine pour développer le partage des tâches au sein de la filière visuelle et, ainsi, réduire les délais d'attente pour les consultations ou les soins.

Objectif : dégager du temps médical pour les ophtalmologistes afin de leur permettre de prendre en charge des affections plus complexes et de favoriser le suivi de certaines pathologies chroniques par d'autres acteurs – orthoptistes ou opticiens-lunetiers –.

Dernier chantier d'importance : la refonte de la formation des masseurs-kinésithérapeutes. Dès la rentrée 2015, celle-ci se fera dorénavant sur 4 ans, grâce aux travaux de réingénierie menés au cours du 1^{er} semestre 2015. À compter de la rentrée 2016, la fixation de nouvelles modalités d'admission en institut de kinésithérapie supprimera le concours « physique chimie biologie » (PCB) : seront admis les étudiants ayant validé la première année commune aux études de santé (PACES) ou une 1^{ère} année de licence en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) ou encore dans le domaine sciences, technologie, santé. Toutes ces avancées pour la seule année 2014 témoignent de l'engagement constant de la DGOS pour favoriser les parcours professionnels dans le champ de la santé !

La réforme de l'agrément des écoles & de la formation en ostéopathie

JOHAN SINIVASSANE
chargé de mission au bureau RH1



ÉVELYNE BELLIARD
cheffe du bureau RH1



SONIA LÉDÉE
adjointe à la cheffe du bureau RH1



22 000 OSTÉOPATHES
& 700 CHIROPRACTEURS

UN DOUBLEMENT DU NOMBRE
D'OSTÉOPATHES DEPUIS 5 ANS

UNE PERSPECTIVE
10 ORGANISATIONS REPRÉSENTATIVES
AU NIVEAU NATIONAL

Comme toutes les activités apparentées à la réadaptation et la rééducation du corps, l'ostéopathie voit sa formation initiale réglementée. Dans un rapport rendu public en mai 2012, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) mettait en évidence un encadrement insuffisant des conditions d'agrément des écoles d'ostéopathie ainsi qu'une qualité très hétérogène des formations dispensées.

DES CRITÈRES PRÉCIS ET EXIGEANTS POUR L'AGRÈMENT DES ÉCOLES

C'est pour apporter toutes les garanties nécessaires sur le niveau de formation des étudiants ostéopathes et, à terme, sur la sécurité de la prise en charge des patients qu'un nouveau cadre réglementaire a été arrêté en 2014, au terme d'une concertation avec l'ensemble des représentants de la profession. Ce cadre rénové définit notamment des critères précis et exigeants sur la base desquels toutes les écoles d'ostéopathie, quels que soient les élèves accueillis, ont dû solliciter un nouvel agrément pour se mettre en conformité, dès la rentrée 2015, avec les nouvelles dispositions. Étaient concernés les établissements disposant déjà un agrément ministériel ou déposant une 1^{ère} demande d'agrément pour se mettre en conformité avec les nouveaux critères.

« Objectif: remédier à l'encadrement insuffisant des conditions d'agrément des écoles d'ostéopathie ainsi qu'à la qualité très hétérogène des formations dispensées »

Les demandes des écoles se sont appuyées sur un décret publié en septembre 2014 pour fixer les nouveaux critères permettant aux établissements de dispenser une formation officielle en ostéopathie. Mais aussi sur un arrêté publié en octobre pour indiquer la procédure de dépôt et la composition des dossiers de demande d'agrément. La DGOS a réceptionné et validé les dossiers déposés par les écoles en vue de leur examen par une commission consultative nationale d'agrément. Une fois délivrés par le ministère chargé de la santé, les agréments sont valides 5 ans. Il faut saluer le fait que, désormais, la procédure de dépôt est entièrement dématérialisée et effectuée en ligne. C'est un effort de simplification important pour les intéressés ! Par ailleurs, un nouveau référentiel activités-compétences-formation en ostéopathie, élaboré conjointement par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et les ministères de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, a été conçu pour une mise en œuvre dans l'ensemble des écoles à compter de la rentrée 2015.

Dorénavant, la formation en ostéopathie est fixée à 4 860 heures sur 5 ans, réparties en 7 grands domaines d'enseignement. Une procédure de dispense de suivi et de validation de certains enseignements est également prévue afin de prendre en compte le parcours antérieur des étudiants.

Parce que le champ de l'ostéopathie a connu une évolution significative et compte tenu de l'augmentation sensible du nombre des ostéopathes et des chiropracteurs, la liste des organisations professionnelles à même de représenter les professionnels au niveau national devait être actualisée. Un appel à candidatures – qui n'avait pas été reconduit depuis 2003 – a été lancé par la DGOS : ainsi, depuis 2014, 9 organisations pour l'ostéopathie – contre 5 précédemment – et une pour la chiropractie sont reconnues représentatives pour participer aux négociations avec le ministère sur l'évolution de la formation et de l'exercice. Une avancée supplémentaire pour ces professions !

Un dialogue social renouvelé avec les élections professionnelles



512 692 SUFFRAGES
DÉCOMPTÉS DANS 2 447 ÉTABLISSEMENTS

50,19% DE TAUX
DE PARTICIPATION

UNE PERSPECTIVE
DES INSTANCES LOCALES ET UN CONSEIL
SUPÉRIEUR DE LA FPH RENOUVELÉS

Les élections professionnelles dans la fonction publique constituent toujours un grand moment de démocratie, qui conforte la légitimité de lieux privilégiés de dialogue social. Le moment fut d’autant plus grand que le dernier scrutin, organisé le 4 décembre 2014, a constitué un rendez-vous sans précédent dans l’histoire de la fonction publique : pour la 1^{ère} fois, les quelque 5 millions d’agents des 3 versants – État, territoriale et hospitalière – ont désigné leurs représentants le même jour !

UNE DÉMARCHE RESPONSABLE, UN ACTE DÉMOCRATIQUE

Pour ce qui concerne la fonction publique hospitalière (FPH), le scrutin a débouché sur le renouvellement, pour 4 ans, d’instances essentielles au sein des hôpitaux : les commissions administratives paritaires locales et départementales (CAPL/D) ainsi que les comités techniques des établissements (CTE) de santé, sociaux et médico-sociaux. Au total, plus d’un million de votants étaient appelés à exprimer leurs choix localement dans près de 2 440 établissements. La mobilisation de tous était l’une des conditions de réussite du scrutin : c’est pourquoi la DGOS – via une « cellule élections » – mais aussi les agences régionales de santé (ARS), les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), les directeurs des ressources humaines des établissements et les organisations syndicales se sont collectivement impliqués durant des mois dans la préparation des élections.



DIMITER PETROVITCH chef du bureau RH3
NATHALIE FOUQUET chargée de mission au bureau RH3
JENNIFER KOCH gestionnaire au bureau RH3

Élire ses représentants à la CAPL ou à la CAPD est une démarche responsable : ces instances sont consultées sur les parcours professionnels, les déroulements de carrière des agents – notamment les titularisations et les avancements – et sur les sanctions disciplinaires. Désigner ses représentants au CTE est un acte démocratique : c’est en son sein que les débats et les échanges ont lieu sur l’organisation du travail, les conditions de travail, la politique sociale et la politique de formation de l’établissement et, plus globalement, les nombreuses problématiques de la vie collective. Les agents hospitaliers sont également représentés au niveau national : les résultats des votes pour les représentants aux CTE de tous les établissements de la FPH ont été additionnés afin de répartir, entre organisations syndicales, les sièges au conseil supérieur de la FPH (CSFPH) renouvelé, obligatoirement consulté sur l’ensemble des projets de texte d’ordre statutaire.

« Les élections constituent toujours un grand moment de démocratie, qui conforte la légitimité de lieux privilégiés de dialogue social »

La remontée fiable et sécurisée des résultats électoraux est cruciale : c’est la raison pour laquelle la DGOS a remis en place, pour la 2^{ème} fois depuis 2011, le système automatisé baptisé « Hosp-e-Elections », basé sur 3 principes clés :

simplicité, fonctionnalité et sécurisation des process. En amont et afin de faciliter l’information et la mobilisation de chacun des électeurs, la DGOS a mis à disposition plusieurs outils méthodologiques et juridiques, une foire aux questions enrichie régulièrement ainsi qu’une hot line, de manière à répondre en temps réel aux questions juridiques ou organisationnelles posées par les ARS et les établissements. Sans compter des guides pratiques d’utilisation et des supports de communication, en ligne dès septembre à l’usage de tous.

La mobilisation a été importante : le taux de participation a atteint 50,19%, ce qui le situe au-dessus du taux de 2011. Au-delà des chiffres, il faut rappeler que chaque renouvellement d’instance participative constitue un événement majeur pour la vie des établissements et la carrière de leurs agents... et reflète également la vitalité du dialogue social !



Un renouveau: les bilans sociaux des hôpitaux

**350 HÔPITAUX RÉPONDANTS
SOIT 62,6% POUR LESQUELS
L'ENQUÊTE ÉTAIT OBLIGATOIRE**

**UNE PERSPECTIVE
L'EXHAUSTIVITÉ DES DONNÉES EN 2015**

Les bilans sociaux offrent un éclairage inédit sur les relations socio-professionnelles au sein des hôpitaux: ils rendent compte, en un document unique, des principales données de l'année écoulée et des 2 années précédentes sur l'emploi, les rémunérations – y compris les différences entre hommes et femmes – les conditions de santé et de sécurité au travail, la formation, l'absentéisme, les heures supplémentaires, les parcours professionnels, l'émergence de métiers dits «sensibles»... Sous l'impulsion de la DGOS, les bilans sociaux ont été considérablement allégés et simplifiés afin de répondre à leur vocation initiale: constituer, à l'échelon local, le levier privilégié du dialogue entre l'administration et les organisations syndicales au sein des établissements et, à l'échelon national, un outil potentiel de concertation et d'élaboration des politiques publiques.

En 2014, la DGOS et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ont rendu publique la 1^{ère} synthèse nationale des bilans sociaux, sur la base des éléments remontés sur la plateforme dédiée par 350 établissements pour les 2 années écoulées. En complément de la synthèse, une concertation a été menée avec les agences régionales de santé (ARS), les fédérations et les conférences hospitalières en vue d'élaborer un outil de restitution homogène des données au niveau de chaque établissement. L'objectif étant de parvenir en 2015 à l'exhaustivité de tous les hôpitaux. Pour ce faire, ceux-ci bénéficieront d'un mois supplémentaire pour renseigner la plateforme de l'ATIH et pourront ensuite y retrouver leurs données sous une forme comparative. Cette exhaustivité devrait permettre de disposer d'un outil majeur en matière d'information et de dialogue social, reconnus de tous comme tel.



MARIANNE FRANIER
adjointe au chef du bureau RH3

ANNE DARDEL
cheffe du bureau RH5

MERYEM SERJI
chargée de mission au bureau RH5

MARION MAZIÈRE
chargée de mission au bureau RH3

L'ANNÉE 2014 VUE PAR...



MICHÈLE LENOIR-SALFATI
sous-directrice des ressources
humaines du système de santé (RH2S)

L'année 2014 a été marquée par plusieurs travaux anticipant les orientations du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Tout d'abord, la poursuite des travaux sur l'évolution des métiers de la santé et de leur périmètre d'intervention: nouveaux actes pour les IBODE*, valorisation des sages-femmes* avec un nouveau statut hospitalier et la reconnaissance de la diversité de leurs missions, référentiels métiers des dosimétristes et des médecins médicaux*. Est également à saluer la réforme exigeante des textes concernant l'agrément des écoles et le programme de formation en ostéopathie*.

Ensuite, un engagement fort envers les internes* et les étudiants en médecine, odontologie et pharmacie, autant pour moderniser leur formation que pour améliorer leurs conditions de travail: réforme du temps de travail, prévention des risques psychosociaux et protection sociale.

Enfin, un dialogue social structuré autour du CSFPH, qui a trouvé son point d'orgue lors de l'organisation, pour la 1^{ère} fois le même jour, des élections professionnelles* dans les 3 versants de la fonction publique.

L'ensemble des équipes de la sous-direction des ressources humaines du système de santé (RH2S) a su se mobiliser autour de ces enjeux. Je tiens à toutes les remercier pour leur engagement et leur mobilisation. Je tiens à remercier également l'ensemble de nos partenaires syndicaux, professionnels et institutionnels qui, jour après jour, partagent notre action.

***Lire les fiches correspondantes**



HERVÉ AMIOT-CHANAL
adjoint à la sous-directrice

MATHIAS ALBERTONE
adjoint à la sous-directrice

AGNÈS LORDIER-BRAULT
conseillère médicale
à la sous-direction RH2S

UNE PRIORITÉ : L'ÉVOLUTION DES ORGANISATIONS & DES PRATIQUES POUR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ

Dans le même esprit que celui de la politique d'indicateurs de qualité et de sécurité, l'exigence pour les patients et pour les pouvoirs publics se polarise également sur une meilleure pertinence des actes médicaux et des organisations. C'est une condition essentielle au maintien du consensus sur l'excellence de notre système de santé... mais aussi l'un des leviers de la diffusion progressive de la culture de la transparence et de l'innovation chez les professionnels.



La recherche d'une meilleure pertinence des actes

33 ACTIVITÉS CIBLÉES
AU NIVEAU NATIONAL

100% DE DIAGNOSTICS RÉALISÉS
EN RÉGION PAR LES ARS

**UNE PERSPECTIVE
LA PUBLICATION D'UN ATLAS DES
VARIATIONS MÉDICALES POUR
SENSIBILISER LE GRAND PUBLIC**

Interventions non indiquées, examens de biologie et d'imagerie déjà réalisés, prescriptions médicamenteuses inutiles, admissions en soins de suite et de réadaptation (SSR) non justifiées, hospitalisations inadéquates par rapport à une prise en charge ambulatoire... Autant d'actes ou de soins parfois dispensés alors même qu'ils ne sont pas les plus adaptés, compte tenu des caractéristiques médicales des patients et des données actuelles de la science. Ainsi, les taux de recours aux soins hospitaliers – c'est-à-dire le nombre d'actes ou d'hospitalisations



MORGANE LE BAIL
conseillère médicale au bureau R5



XAVIER POULAIN
chargé d'études statistiques
au bureau R5



ODILE TILLON-FAURÉ
chargée de mission au bureau R3

rapportés au nombre d'habitants d'une zone donnée – font apparaître des variations très fortes entre les territoires de santé et entre les régions. Et ces 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 ». Ceux-ci sont à la fois dangereux pour les patients – irradiation, anesthésie ou ablation inutiles, par exemple – inefficients pour les organisations – le temps d'imagerie 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 actes, c'est agir non seulement sur la qualité des soins, mais aussi sur la maîtrise des dépenses de santé : c'est pourquoi tous les acteurs de la santé doivent se mobiliser. Tout comme est indispensable l'information des patients.

UNE MOBILISATION AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL

Depuis 2010, la DGOS pilote un groupe technique sur la pertinence, composé de la haute autorité de santé (HAS), qui conçoit des recommandations, de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui produit et actualise des données – les taux de recours, notamment – permettant la sélection des activités les plus problématiques et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) qui définit des indicateurs de ciblage et diffuse des référentiels de bonne pratique. Ce groupe fait part de ses avancées à un comité de pilotage national composé des fédérations et des conférences hospitalières, de représentants de professionnels, d'usagers et d'autres institutions partenaires. En accord avec le comité de pilotage, la DGOS a retenu 33 activités présentant de fortes variations : parmi elles, la césarienne, l'opération de la cataracte, l'appendicectomie, l'opération du syndrome du canal carpien, la pose de prothèse de hanche et de genou, la chirurgie bariatrique...

Ou encore les cholécystectomies, qui ne doivent pas être systématiques puisque seuls 20% des calculs se manifestent cliniquement. Demain, de nouveaux champs seront investigués, qu'il s'agisse de l'imagerie médicale ou des médicaments.

« Les actes ou soins non pertinents sont à la fois dangereux pour les patients, inefficients pour les organisations et engendrent des coûts importants à la charge de toute la collectivité »

Sur la base des priorités nationales et grâce aux outils fournis par le groupe technique, les agences régionales de santé (ARS) élaborent leurs plans régionaux d'amélioration de la pertinence des actes et travaillent avec les professionnels pour modifier les pratiques. En janvier 2014, toutes avaient réalisé un diagnostic sur leurs territoires : en 2015, chaque ARS contractualisera avec les établissements dont les pratiques s'écarteront de ce qui aura été défini comme norme régionale. Des actions seront attendues de la part des établissements ciblés.

En termes de résultats, certaines améliorations sont déjà mesurées pour les césariennes programmées à terme, qui ont fait l'objet d'une expérimentation nationale et sont maintenant réalisées de manière plus pertinente. De son côté, le nombre d'appendicectomies continue à décroître. Le sujet de la pertinence 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 améliorer les pratiques des professionnels... d'aujourd'hui et de demain !

La garantie de la sécurité & de la qualité des soins



20 INDICATEURS NATIONAUX DONT 5 POUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

2 OPÉRATIONS ANNUELLES POUR RENFORCER LA RELATION SOIGNANTS/SOIGNÉS ET LA COMMUNICATION

UNE PERSPECTIVE LE PROPIAS, DÈS 2015



MURIEL ELIASZEWICZ
cheffe du bureau PF2

ANNE VITOUX
adjointe à la cheffe du bureau

D'importantes avancées ont été réalisées au fil des années en matière de qualité et de sécurité des patients : lutte contre les infections associées aux soins, amélioration de la prise en charge médicamenteuse, généralisation d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans tous les établissements de santé et diffusion de leurs résultats au grand public... Chaque patient a droit à une prise en charge de qualité et sécurisée assurée par des professionnels sensibilisés à la prévention des événements indésirables. Si ceux-ci surviennent, ils doivent être gérés dans les meilleures conditions possibles. Le parcours optimal du patient* doit mêler à chaque moment qualité et sécurité des soins : c'est pour aller plus loin encore dans son action que la DGOS, en étroite collaboration avec la haute autorité de santé (HAS), actualise et renforce sa politique d'indicateurs.

« Assurer aux patients des soins sûrs et de qualité doit être un engagement quotidien des professionnels de santé »

En 2014, les résultats nationaux de 10 indicateurs de qualité et de sécurité des soins – 3 pour le tableau de bord des infections nosocomiales et 7 de spécialités et transversaux – ont été diffusés. Ils ont notamment montré une nette progression sur la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes – le score étant passé de 79% à 90% d'établissements de santé en classe A et B, les meilleures – ainsi que l'atteinte d'objectifs de performance sur la tenue du dossier patient et du dossier anesthésique ou sur l'évaluation de la douleur. Des efforts restent toutefois à faire, en particulier sur l'envoi des courriers de fin d'hospitalisation et l'informatisation des dossiers. Pour la 1^{ère} fois, l'indicateur du bon usage



ANNE BELLANGER
chargée de mission au bureau PF2

MICHÈLE PERRIN
chargée de mission au bureau PF2

SOPHIE ALLEAUME
chargée de mission au bureau PF2

ANNE BERGER-CARBONNE
chargée de mission au bureau PF2

des antibiotiques a été rendu public dans sa version 2, qui renforce les exigences sur la mise en place d'un référent antibiotiques ou la réévaluation des prescriptions à 48/72 heures. Par ailleurs, l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés a été généralisé et les résultats, établissement par établissement, seront diffusés dès 2015. D'ores et déjà, la DGOS réfléchit au déploiement de nouveaux indicateurs sur l'hygiène des mains pour étudier l'observance des professionnels et sur les bactériémies nosocomiales à SARM pour maîtriser la propagation des microbes – notamment les bactéries multi-résistantes –.

L'ÉMERGENCE D'UNE CULTURE DE LA TRANSPARENCE

L'ensemble des résultats nationaux des indicateurs a été restitué dans le cadre de la 4^{ème} édition de la semaine de la sécurité des patients (SSP). Avec la « mission mains propres » (MMP), ces 2 opérations fédératrices, organisées chaque année par la DGOS, sont maintenant bien connues des professionnels qui s'y engagent de plus en plus activement – 2 400 structures inscrites pour la SSP et 2 600 pour la MMP –. Principe de ces 2 opérations : améliorer la communication entre soignants et soignés par le biais d'actions d'information et de sensibilisation. Parmi les axes de la SSP, la lettre de liaison ville/hôpital, emblématique du thème général retenu pour l'édition 2014 autour de la coordination. C'est également une mesure forte du projet de loi de modernisation de notre système de santé, qui rendra obligatoire l'envoi, par l'établissement de santé au médecin traitant, d'un courrier comportant les éléments nécessaires à la sécurité et à la continuité des soins du patient, le jour même de sa sortie d'hospitalisation.

Autre démarche d'importance : la préparation du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS), en articulation – notamment – avec le programme national pour la sécurité du patient (PNSP) lancé en 2013 et le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-16. Ses futures actions couvriront les 3 secteurs des soins de ville, sanitaire et médico-social. Elles impliqueront davantage les usagers en ciblant 3 objectifs : la prévention des infections tout au long du parcours de santé, la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs et la réduction des risques infectieux associés aux actes invasifs. Dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins, la coordination et la transversalité deviennent une réalité ! La pratique du retour d'expérience et celle de la simulation en santé, l'une et l'autre ciblées par le PNSP, contribuent efficacement à accompagner les acteurs de santé dans ces nouvelles pratiques.

[*Lire la fiche correspondante](#)

L'incitation financière à la qualité des soins



222 ÉTABLISSEMENTS
EXPÉRIMENTATEURS
POUR LA 1^{ÈRE} PHASE & 490 POUR LA 2^{ÈME}

50 000 À 500 000 €
DE RÉMUNÉRATION PAR STRUCTURE

UNE PERSPECTIVE
LA GÉNÉRALISATION DU PROGRAMME
EN 2016

La qualité est une préoccupation de plus en plus prégnante des acteurs du monde de la santé. Pourtant, malgré son rayonnement incontestable, notre système prenait peu en compte cette dimension jusqu'ici dans le financement du secteur hospitalier, alors même que le paiement à la performance tend à se généraliser au niveau international. En effet, cette approche encourage fortement les efforts fournis par les établissements de santé et impacte donc positivement le niveau de prise en charge de leurs patients.

« LE PAIEMENT À LA QUALITÉ », UN LEVIER FÉDÉRATEUR

En France, un programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité – dit « IFAQ » – a été lancé en 2012 : il est co-piloté par la DGOS et la haute autorité de santé (HAS) en lien avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), les fédérations hospitalières et le projet COMPAQH, en charge des travaux scientifiques. Ce projet original de « paiement pour l'amélioration de la qualité » est basé non seulement sur la valorisation du niveau déjà atteint par les établissements mais également sur l'évolution de leurs résultats, reflet des efforts menés pour renforcer les modes de prise en charge de leurs patients, leur démarche qualité, leur gestion des 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.



ADRIEN DOZOL
conseiller médical au bureau R5



SIMON GAUGUIER
chargé de mission au bureau R5



AGNÈS SOLOMIAC
chargée de mission au bureau R5

C'est précisément ce caractère incitatif qui a séduit les équipes hospitalières et constitué un levier de mobilisation extrêmement 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...

« L'amélioration de la qualité constitue un cercle vertueux et mobilisateur : dès aujourd'hui, il appartient à tous les établissements de concentrer leurs efforts sur l'évolution de leurs résultats »

Grâce aux efforts continus portés par les communautés hospitalières, les progrès considérables accomplis sur le champ de la mesure de la qualité et de la sécurité des soins ont permis de bâtir des indicateurs, mis notamment à la disposition des établissements de santé pour se comparer entre eux. Aujourd'hui, ces indicateurs permettent de franchir une nouvelle étape en créant, dans le modèle de financement hospitalier, un compartiment dédié à l'amélioration de la qualité. Et seulement un compartiment : cela ne signifie pas que les établissements seront rémunérés uniquement à la qualité ! Un 1^{er} appel à candidatures en direction de tous les hôpitaux et de toutes les cliniques ayant une activité de médecine chirurgie obstétrique (MCO) a débouché sur une phase d'expérimentation de novembre 2012 à décembre 2014. Un panel de 222 établissements a permis de tester le

modèle économique et de le faire évoluer. Tout en s'inspirant de l'expérience nord-américaine, les enseignements nécessaires ont été tirés de cette expérimentation pour mettre en place un système adapté aux spécificités françaises. En juin 2014, un 2^{ème} appel à candidatures a été lancé : 490 établissements volontaires participent actuellement à la 2^{ème} phase du dispositif, préparatoire à la généralisation en 2016 du programme d'incitation financière. Une très large majorité des établissements expérimentateurs a de nouveau candidaté, ce qui prouve l'intérêt de la démarche et les bénéfices tirés par les acteurs en termes d'organisation et de pratiques.

L'amélioration de la qualité constitue un cercle vertueux et mobilisateur : dès aujourd'hui, il appartient à tous les établissements de concentrer leurs efforts sur l'évolution de leurs résultats. Cela, sur l'ensemble des indicateurs de qualité et de sécurité des soins* !

*Lire la fiche correspondante

Des communautés aux groupements hospitaliers de territoire



1 MISSION MINISTÉRIELLE DE CONCERTATION ET DE PROPOSITION

DES PRIORITÉS DE CONVERGENCE : LES SIH, LES ACHATS, LES DIM, LA FORMATION

UNE PERSPECTIVE LA CONSTITUTION DE TOUS LES GHT AVANT 2016

Aujourd'hui, la mise en place d'une médecine de parcours*, évitant les points de rupture dans la prise en charge des patients, impose de dépasser les logiques de concurrence entre secteurs – public/privé, ville/hôpital, sanitaire/médico-social – et de favoriser les complémentarités entre professionnels, établissements ou structures. C'est bien l'une des finalités affichées dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé : elle passe par la recherche d'une meilleure allocation des ressources, la coordination de tous les acteurs d'un même territoire et une meilleure performance des établissements. C'est l'ambition du groupement hospitalier de territoire (GHT), innovation phare du projet de loi et outil de coopération pour une offre de soins pérenne et équitable. Avec un objectif : permettre un accès aux meilleurs soins au meilleur moment et au meilleur endroit.

L'OUVERTURE DE L'HÔPITAL À SON ENVIRONNEMENT

Le dispositif exploré en 2014 vise à aller au-delà des communautés hospitalières de territoire (CHT) existantes : rendus obligatoires, les GHT permettront une gradation des soins hospitaliers selon les besoins de santé de la population, dans tous les territoires. Les projets médicaux partagés couvriront l'ensemble des activités et favoriseront l'ouverture des futurs groupements à leur environnement, en intégrant de nouveaux modes de prise en charge – médecine ambulatoire et chirurgie ambulatoire*, télémedecine*, hospitalisation à domicile*...-. Un principe fondateur est d'ores et déjà posé : chaque GHT reposera

sur un projet médical partagé par tous et sur une stratégie de groupe, dans un territoire de projet dont la taille correspondra à une distance acceptable pour les patients et les professionnels.

« Chaque GHT reposera sur un projet médical partagé, dans un territoire de projet dont la taille correspondra à une distance acceptable pour les patients et les professionnels »

Dès 2014, en vue de la constitution de tous les GHT d'ici 2016, la DGOS a réfléchi à des leviers concrets de mise en œuvre : par exemple, à des outils de travail harmonisés passant par la convergence des systèmes d'information* et la mutualisation des équipements au moyen d'achats mutualisés*, au traitement et à l'analyse commune des données de santé grâce à des départements d'information médicale territoriaux – et non plus propres à chaque établissement – ainsi qu'à une diffusion des compétences au moyen d'une stratégie de formation commune et de l'homogénéisation des protocoles de prise en charge. Ou encore, à la mise en place d'équipes médicales de territoire via la constitution de pôles inter-établissements et à la définition d'une solidarité budgétaire et financière afin de limiter les stratégies concurrentielles des établissements d'un même GHT. Enfin, à des modalités de gouvernance souples mais permettant une prise de décision efficiente, grâce à la désignation d'un établissement de santé support, à la constitution d'une instance stratégique et d'un comité territorial des élus.



CLÉMENCE MAINPIN
cheffe du bureau PF3

CHARLOTTE HAMMEL
chargée de mission au bureau PF3

Début 2015, Marisol Touraine a confié une mission de concertation et de proposition sur le dispositif cible à Jacqueline Hubert, directrice générale du CHU de Grenoble et au dr Frédéric Martineau, président de la CME du CH de Bayonne et par ailleurs président de la conférence des présidents de CME de CH. La DGOS a été largement associée aux travaux : ainsi, plus d'une soixantaine d'auditions a été menée auprès des associations d'usagers, des associations de collectivités territoriales, des fédérations hospitalières et des représentants des directeurs d'hôpital, des représentants des hôpitaux locaux, des établissements spécialisés en santé mentale et des CHU, des représentants des professions médicales et paramédicales, des organisations syndicales, des représentants des universités et auprès de personnalités qualifiées. En outre, plus d'une vingtaine de contributions écrites a été reçue et 14 déplacements ont été effectués en région, selon la nouvelle carte territoriale en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2016. La dynamique est en marche !

*Lire les fiches correspondantes

La professionnalisation de la fonction achat à l'hôpital



850 M€ « D'ÉCONOMIES INTELLIGENTES » RÉALISÉES ENTRE 2012 ET 2014

300 HÔPITAUX ENGAGÉS

UNE PERSPECTIVE L'AMPLIFICATION DU PROGRAMME AVEC LA MISE EN PLACE DES GHT D'ICI 2016

Les pouvoirs publics ont pris conscience du fait que les achats hospitaliers sont stratégiques : aujourd'hui, ils constituent le 2^{ème} poste de dépense des établissements après celui de la masse salariale et, plus globalement, représentent au total 18Md€ en dépenses annuelles d'exploitation, dont 60% d'achats de produits de santé. Ils sont supérieurs aux achats de l'État, qui s'élèvent à 17Md€, hors armement. C'est pour cette raison que la fonction achat a été identifiée très tôt comme priorité de convergence des futurs groupements hospitaliers de territoire (GHT)*, afin d'encourager les établissements à mutualiser leurs process et leurs ressources. En cela, le programme national PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables), piloté depuis 2011 par la DGOS, permet aux hôpitaux qui s'y engagent de dégager des « économies intelligentes », c'est-à-dire de mieux acheter et de retrouver des marges de manœuvre supplémentaires – dans un contexte de contrainte budgétaire – tout en conservant la qualité de prise en charge de leurs patients.

« Le programme PHARE s'installe durablement : la maturité de la fonction achat s'est accrue et son positionnement stratégique est largement reconnu dans les hôpitaux »

En moyenne, c'est une économie de 2 à 3% de gains achats qui est réalisée par les établissements les plus avancés dans la démarche. Par ailleurs, le programme favorise la professionnalisation de la fonction achat en réinterrogeant les pratiques dans ce domaine, en incitant à la nomination de responsables uniques, en rendant cohérent le dialogue



RAPHAËL RUANO
chef du programme PHARE
au bureau PF1

MARC BOUCHE
adjoint au chef
du programme PHARE

LORRAINE FRANÇOIS
chargée de mission
pour le programme PHARE

CAPUCINE GUYOT
stagiaire au bureau PF1

interne prescripteur / acheteur, en raisonnant en coût complet, en outillant pour un suivi plus rigoureux des marchés... À ce jour, plus de 300 établissements ont mis en place leur plan d'action achat (PAA) ! En 2014, la 1^{ère} phase du programme s'est achevée sur des résultats très encourageants, avec 378M€ de gains dégagés pour un objectif initial de 380M€. Ceci témoigne du très fort dynamisme des hôpitaux et des groupements territoriaux – respectivement +81% et +121% par rapport à 2013 – : depuis 2012, ce sont plus de 850M€ de gains cumulés qui ont été réalisés.

PHARE s'installe durablement : la maturité de la fonction achat s'est accrue et son positionnement stratégique est largement reconnu dans les hôpitaux grâce à la mobilisation des acteurs. Plus de 300 acheteurs ont été formés sur les 6 derniers mois à la méthodologie « gains achat ». Le contrôle de gestion achat se développe et la performance des groupements d'achat s'accroît : les coordonnateurs ont créé une véritable dynamique de réseau et d'échange autour de bonnes pratiques et sont mobilisés sur 15 catégories d'achat prioritaires.

ARMEN : UNE DÉMARCHE INNOVANTE

La DGOS multiplie les leviers de performance du programme, notamment grâce à ARMEN : depuis 2013, ce projet – qui représente à lui seul un potentiel de gains de 4Md€ – permet d'identifier, par le biais de vagues annuelles successives de 3 mois sur 10 segments d'activités, de produits ou de services, les bonnes pratiques

recensées sur le terrain pour les mettre à la disposition des décideurs et envisager, le cas échéant, leur généralisation. En 2014, grâce à un travail collaboratif de grande qualité, la 4^{ème} vague d'ARMEN a débouché sur 90 recommandations opérationnelles pour un potentiel d'économies d'environ 2Md€ sur 3 ans. Depuis janvier 2015, des restitutions sont organisées par les agences régionales de santé (ARS) pour faire partager ces recommandations à l'ensemble des acheteurs hospitaliers.

Le programme PHARE se poursuit avec des ambitions fortes et renouvelées : la 2^{nde} phase – ambitieuse – vise 1,4Md€ de gains achats entre 2015 et 2017. La mise en place des GHT constitue une opportunité majeure d'optimiser la fonction achat entre les établissements d'un même territoire, en coordonnant les processus d'achat, en partageant les bonnes pratiques et en s'appuyant sur des systèmes d'information dédiés, un pilotage simplifié, une synergie achats / approvisionnements renforcée... Une nouvelle étape à franchir pour les acheteurs hospitaliers !

[*Lire la fiche correspondante](#)

L'appui par la santé numérique



2 PROGRAMMES NATIONAUX,
HN (400M€) & TSN (80M€)

UN APPUI À LA COORDINATION AU SEIN
ET HORS DE L'HÔPITAL

UNE PERSPECTIVE
L'ESSOR DES SIH AVEC LA MISE EN PLACE
DES GHT D'ICI 2016

Coordination des parcours de santé, entrée dans le «virage ambulatoire», égalité d'accès aux soins pour tous... La transformation de notre système de santé pour les années à venir dépend d'enjeux importants, auxquels nous pourrions répondre – en partie – grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ! Avant tout, le numérique doit être au bénéfice direct à la fois des professionnels de santé dans leur pratique quotidienne et, naturellement, des usagers pour une continuité réelle des parcours* – plus complexes et multidisciplinaires – notamment pour les malades chroniques ou les personnes âgées. La coordination est au cœur du projet de loi de modernisation de notre système de santé, dans lequel s'inscrit parfaitement le programme Territoire de soins numérique (TSN).

L'ÉMERGENCE D'INNOVATIONS FORTES EN E-SANTÉ AVEC TSN

Depuis 2013, le programme TSN complète le programme Hôpital numérique lancé en 2011 – tous 2 étant pilotés par la DGOS – centré sur la montée en puissance des systèmes d'information hospitaliers (SIH). Avec TSN, financé à hauteur de 80M€ au titre des investissements d'avenir, c'est l'émergence d'innovations fortes en e-santé, de prototypes technologiques accessibles à tous et généralisables qui est encouragée, au-delà des murs de l'hôpital. Pour cela, il est nécessaire d'ouvrir les SIH pour favoriser les échanges non plus seulement intra-muros mais à l'échelle d'un territoire de santé. Concrètement, via des dispositifs permettant à la fois de dématérialiser les relations entre professionnels de santé, mais aussi



SARAH TOUSSAINT
chargée de mission au bureau PF5

MARY LATOUILLE
chargée de mission au bureau PF5

PIERRE DUCLOS
chargé de mission au bureau PF5

d'échanger les données de manière interactive – et dans le respect de la confidentialité des données – pour que la prise en charge des patients soit véritablement transversale. En 2014, 5 régions pilotes ont vu leurs projets financés dans le cadre du programme TSN : co-construits avec les professionnels et testés en conditions réelles, ils aboutiront à l'avènement de nouvelles organisations qui, à leur tour, généreront de nouveaux services et de nouvelles filières de prise en charge. C'est pour cela que TSN constituera vraisemblablement le levier d'action privilégié de démarches existantes comme par exemple PAERPA* (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) ou à venir, notamment les groupements hospitaliers de territoire (GHT)* et les plateformes territoriales d'appui (PTA)* prévus dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

«Aujourd'hui, il est nécessaire d'ouvrir les systèmes d'information des hôpitaux pour favoriser les échanges non plus seulement intra-muros mais à l'échelle d'un territoire de santé»

Avant d'intégrer pleinement cette coopération numérique, les établissements de santé doivent avoir accompli leur transition interne. À mi-parcours du programme Hôpital numérique, les avancées sont encourageantes : environ 800 établissements, de toute nature et de toute taille, ont atteint les 3 pré-requis indispensables – identification du patient, fiabilité des SIH et confidentialité des données –. Ce nombre a plus que doublé entre 2013 et 2014 !

Plus de 61M€ – sur les 400 que compte le programme – ont été délégués à 248 établissements, ce qui représente un effort notable dans le contexte actuel. L'année 2014 aura aussi vu l'intégration des indicateurs Hôpital numérique dans la certification v2010 des établissements de santé par la haute autorité de santé (HAS), également pris en compte dans la certification v2014 mise en œuvre depuis janvier 2015.

Un saut technologique et organisationnel sans précédent a été franchi : le 1^{er} atlas des SIH, conçu en 2014 avec le concours de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), montre que 79% des établissements ont mis en place une architecture virtualisée. L'informatisation du processus de soins – en progression de 10% depuis 2013 – se poursuit, de même que celle du dossier patient, finalisée ou en cours dans plus de 75% des établissements. L'informatisation des services d'urgence a également progressé, avec 90% des structures équipées. Prochain enjeu majeur pour la DGOS : canaliser l'innovation – au sein et hors de l'hôpital – afin que les solutions aient une véritable valeur ajoutée pour les professionnels de santé et les patients... ce qui en garantira l'usage !

*Lire les fiches correspondantes



FRANCK JOLIVALDT
chef du bureau PF5

CAROLINE LE GLOAN
adjointe au chef du bureau PF5

Le pilotage de grands programmes de recherche



5 PROGRAMMES DE RECHERCHE CLINIQUE

+ DE 136 M€
DE FINANCEMENT EN 2014

UNE PERSPECTIVE
LA MONTÉE EN CHARGE DU CONTRAT
UNIQUE POUR RENFORCER
L'ATTRACTIVITÉ DE LA FRANCE DANS
LE DOMAINE DE LA RECHERCHE

Pour répondre aux défis sanitaires et sociaux actuels et à venir – notamment le vieillissement de la population et l'explosion des maladies chroniques et neuro-dégénératives – il est essentiel que le ministère chargé de la santé puisse maintenir son action dans le domaine de la recherche, engagée depuis plusieurs années. Que ce soit pour la recherche clinique – qui enrichit les connaissances du corps humain et des maladies en vue d'expérimenter de nouveaux traitements – ou pour la recherche translationnelle, passerelle qui permet d'appliquer concrètement les découvertes issues de la recherche fondamentale à la recherche clinique.

« Recherche appliquée et recherche médico-économique sont compatibles : leur combinaison cible tous les niveaux d'intervention auprès du patient et l'envisage dans sa globalité »

Pour cela, la DGOS assure le pilotage de grands programmes de recherche pour, année après année, financer les équipes via des appels à projets nationaux. Aujourd'hui, ces équipes sont très majoritairement hospitalières : demain, elles pourront également être issues de maisons ou de centres de santé, grâce à l'un des engagements du pacte territoire santé* qui favorise l'émergence d'une réelle filière de recherche en soins primaires.



CHRISTIAN THUILLEZ
conseiller médical
du directeur général



HÉLÈNE COULONJOU
adjointe au chef du bureau PF4

ARIANE GALAUP-PACI
chargée de mission au bureau PF4

LOUISA STUWE
chargée de mission au bureau PF4

NOËL LUCAS
chargé de mission au bureau PF4

Parmi ces programmes, on peut citer l'emblématique – et historique ! – programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), qui a posé depuis 20 ans les jalons de la recherche appliquée en France. Mais aussi les 4 autres programmes qui, avec le PHRC – national (PHRC-N), interrégional (PHRC-I) et en cancérologie (PHRC-K) – se déclinent au total en 9 appels à projets : le programme de recherche translationnelle en santé (PRT-S) et en cancérologie (PRT-K), le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), le programme de recherche médico-économique national (PRME-N) et en cancérologie (PRME-K) et le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS). Dans un contexte économique contraint, l'engagement du ministère en faveur de ces 5 programmes est conséquent, à hauteur en 2014 de 136M€.

Pour le PHRC et le PRT – à visée directement « thérapeutique » – 2014 fut une année charnière avec la création du contrat unique, très attendu des acteurs. Jusqu'alors, pour conduire des essais cliniques, les industriels devaient signer une convention spécifique avec chaque établissement de santé partenaire : cette procédure complexe allongeait les délais de contractualisation – de 8 mois en moyenne jusqu'à parfois plus de 1 000 jours ! – et retardait les travaux de recherche. Objectif du contrat unique : simplifier la procédure en créant une convention unique co-pilotée par le promoteur de la recherche et l'établissement coordonnateur et en limitant les délais

de signature à 60 jours. C'est une avancée majeure, qui lève un frein important au développement de la recherche clinique en France et renforce l'attractivité de notre pays sur ce terrain, ainsi que le rayonnement et la compétitivité de nos centres hospitaliers universitaires. Surtout, le dispositif permettra aux patients un accès plus précoce aux dernières innovations thérapeutiques*.

UNE MONTÉE EN CHARGE SIGNIFICATIVE DES PROJETS DÉPOSÉS ET FINANCÉS

En ce qui concerne le PHRIP, le PRT et le PREPS – dont les travaux s'appuient sur des expérimentations autour de l'organisation de travail des équipes médicales et soignantes ou de leur performance médico-économique – 2014 aura vu une montée en charge significative des projets déposés et financés. Ce qui témoigne de l'investissement croissant des professionnels sur ces sujets encore un peu méconnus. Pour autant, cet investissement est la preuve que recherche appliquée et recherche médico-économique sont compatibles : leur combinaison cible tous les niveaux d'intervention auprès du patient et l'envisage dans sa globalité.

*Lire les fiches correspondantes

Un leitmotiv: le soutien à l'innovation



UN LEVIER : LE FORFAIT INNOVATION

UNE PERSPECTIVE LE DÉVELOPPEMENT DE FONDATIONS HOSPITALIÈRES POUR ENCOURAGER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION



CÉDRIC CARBONNEIL
chargé de mission au bureau PF4

L'innovation en santé n'est possible qu'avec une recherche disposant des ressources et des structures nécessaires. C'est pour cela que Marisol Touraine a donné son feu vert en 2014 à la création de fondations hospitalières par les établissements de santé. Avec un objectif fort : garantir la transparence de gestion des crédits qui y sont affectés et collecter – pour le compte des hôpitaux auxquels elles sont rattachées – des fonds issus de dons, de legs ou de mécénats pour financer des actions de recherche. Demain, ces fondations seront un levier supplémentaire et incontournable pour renforcer l'attractivité hospitalière en matière de recherche* – notamment industrielle – et permettre à davantage de patients d'accéder aux dernières innovations thérapeutiques.

Dans ce domaine, l'année 2014 a vu le recours pour la 1^{ère} fois au « forfait innovation » qui a permis à certains patients atteints de rétinopathie pigmentaire l'implant d'une prothèse épirétinienne – c'est-à-dire compensant partiellement le handicap lié à la perte de vision induite par la dégénérescence de la rétine – et à d'autres le traitement du cancer de la prostate par ultrasons, technique prometteuse. Ce forfait innovation, relancé par la ministre et porté depuis par la DGOS, est un système de prise en charge dérogatoire conçu pour encourager le développement et accélérer l'accès de certains patients à des technologies particulièrement innovantes dans le champ de la santé. Les coûts des dispositifs médicaux, de l'acte de pose et de l'hospitalisation étant intégralement couverts, la prise en charge par l'assurance maladie est intégrale. Ainsi, grâce au forfait innovation, les patients sélectionnés selon des critères validés par la haute autorité de santé (HAS) bénéficieront gratuitement – et pour 5 ans – de leurs traitements.

[*Lire la fiche correspondante](#)

L'ANNÉE 2014 VUE PAR...



YANNICK LE GUEN
sous-directeur du pilotage
de la performance des acteurs
de l'offre de soins (PF)

2014 a évidemment été, pour les équipes de la sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF), consacrée en grande partie à la préparation du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Au-delà des sujets d'organisation des soins – plateformes territoriales d'appui*, groupements hospitaliers de territoire* – ce texte changera la vie des patients au quotidien. Par exemple, à échéance 2020, chaque personne hospitalisée se verra remettre à la sortie un courrier* expliquant en une page les modalités de prise en charge nécessaires à la continuité des soins, ainsi qu'une estimation du coût de sa prise en charge. Mais il n'y a pas que la loi : dans quelques mois, au sein des 5 « territoires de soins numériques »* retenus, seront expérimentés des dispositifs de coordination digitales, par exemple pour gérer les rendez-vous des patients, transférer leurs résultats d'analyse ou suivre leurs vaccins.

La performance se décline sur tous les aspects de la prise en charge des patients et constitue un appui aux professionnels. Qualité des soins* – politique d'indicateurs, sécurité médicamenteuse – « révolution numérique »*, télémedecine*, accès à l'innovation*, structuration de la recherche clinique*, coopération des acteurs*, programmes nationaux de performance, supervision financière*... Chacun peut mesurer les bouleversements en cours ! Car à côté des sujets très techniques – que détaille par ailleurs ce rapport – c'est bien l'intérêt des patients qui anime au quotidien les équipes de la sous-direction.

[*Lire les fiches correspondantes](#)



GAËL RAIMBAULT
adjoint au sous-directeur

UNE PRIORITÉ : L'ADAPTATION DES FINANCEMENTS HOSPITALIERS

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé restaure le service public hospitalier, repositionne et responsabilise davantage encore les hôpitaux au sein de leurs territoires de santé. Pour cela, il 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.

**75,5 MD€ EN FAVEUR
DES ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ, PUBLICS ET PRIVÉS**

UNE INSTANCE STRATÉGIQUE, LE CORETAH

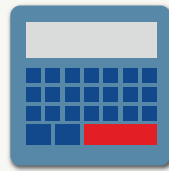
**UNE PERSPECTIVE
LA RÉDUCTION DE L'ACTIVITÉ
HOSPITALIÈRE AVEC HÉBERGEMENT**



CÉLINE FAYE
cheffe du bureau R1



ERWAN SAMYN
chef du bureau R5



L'évolution du financement des établissements de santé

Avec la création du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) dès 2012 par Marisol Touraine, l'évolution du financement des établissements de santé est au cœur du programme de travail de la DGOS. Si les apports de la tarification à l'activité (T2A) sont bien réels, certaines limites ou lacunes subsistaient : il était donc indispensable de repenser globalement le modèle de financement. Après 2 ans de travaux, le bilan des évolutions conçues et mises en œuvre par la DGOS dans le cadre du CORETAH est substantiel et se structure autour de 4 axes. Premier d'entre eux : garantir l'accessibilité territoriale aux soins et maintenir l'offre de proximité. Pour y parvenir, de nouvelles modalités de financement ont été mises en place et des activités isolées ou de proximité, identifiées. Ceci pour réduire la part tarifée au profit de certaines catégories d'établissements de santé, pour lesquels un financement à 100% de T2A n'était objectivement pas adapté. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a eu pour objectif de contrebalancer les limites de la T2A pour les établissements dont l'activité, bien qu'indispensable, est insuffisante pour équilibrer leur financement. Le dispositif est totalement opérationnel depuis la campagne tarifaire 2015 : il se traduit par la fixation de critères objectifs d'isolement et la création d'un forfait « activités isolées », calculé à partir d'un niveau



ANTOINE LETIERS
adjoint à la cheffe du bureau R1



ADRIEN DEBEVER
adjoint à la cheffe du bureau R1



ISABELLE PETIT
chargée de mission au bureau R1



ÉDITH RIOU
chargée de mission au bureau R5

d'activité manquant pour atteindre cet équilibre. De plus, la spécificité et le rôle des hôpitaux dits « de proximité » ont été reconnus à travers la LFSS pour 2015 : les établissements concernés se verront, à compter de la campagne 2016, accorder un financement mixte applicable à leur activité de médecine, par dérogation à la T2A.

« Après 2 ans de travaux, le bilan des évolutions conçues et mises en œuvre par la DGOS dans le cadre du CORETAH est substantiel »

Prendre en compte la qualité et la pertinence des soins dans le modèle de financement constitue le 2^{ème} axe d'action. Ainsi, la LFSS pour 2015 a complété la T2A d'une démarche basée sur l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)*, initiée à titre expérimental dès 2014 en vue d'une généralisation à tous les établissements du champ médecine chirurgie obstétrique (MCO). Cette généralisation, prévue en 2016, fera de la qualité l'un des critères d'allocation de la ressource budgétaire aux établissements de santé, en rupture avec le modèle antérieur dans lequel elle n'était pas directement prise en compte. À cette démarche s'ajoute la mise en place de contrats d'amélioration de la pertinence des soins à l'hôpital*, conditionnant une allocation de ressource budgétaire sous forme d'un dispositif de prévention et de sanction des actes et des soins non adéquats.

3^{ème} axe : accompagner la transformation structurelle de l'offre de soins. La réforme du financement est au service du « virage ambulatoire* », qui entraînera une réduction de l'activité hospitalière avec hébergement au bénéfice de toutes les activités sans hébergement, en ville ou en établissement, en chirurgie ou en médecine. Les freins à cette mutation indispensable – bénéfique en 1^{er} lieu aux

patients – commencent à être levés et la tarification, adaptée en conséquence. C'est le cas ces dernières années, tout particulièrement sur le champ de la chirurgie ambulatoire*. Par ailleurs, l'évolution du modèle de financement de certaines activités pour le rendre compatible avec une logique de parcours* a également été engagée. Deux grandes expérimentations de financement au parcours ont été introduites dans la LFSS pour 2014 sur 2 champs d'activité : la maladie rénale chronique et les affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe.

Enfin, le 4^{ème} et dernier axe assure une répartition équitable et objective des financements dans le respect d'un objectif national de dépenses (ONDAM) contraint, via notamment la régulation du caractère potentiellement inflationniste de la T2A. Des mécanismes de mise en réserve prudentielle ont été mis en place pour réguler de manière ciblée les enveloppes les plus susceptibles de générer des dépassements de l'ONDAM. Ainsi, la mise en œuvre de ce coefficient sur les tarifs MCO depuis 2013 et d'une dotation prudentielle sur l'enveloppe de l'objectif quantifié national (OQN) à compter de 2015 répartit la contrainte des gels de manière plus équitable entre toutes les enveloppes de l'ONDAM « établissements de santé ». Pour finir, la mise en œuvre d'un mécanisme de dégressivité tarifaire prévu par la LFSS pour 2014 minore les tarifs des établissements connaissant une activité particulièrement dynamique, en particulier dans des champs intégrés à la démarche de pertinence des actes. Ce mécanisme a été appliqué pour la 1^{ère} fois lors de la campagne 2015, sur une liste de 24 activités ciblées.

Autant de dispositifs qui, bien que budgétaires, renforcent aussi la logique de parcours de santé !

*** Lire les fiches correspondantes**

La réforme du financement des soins de suite & de réadaptation



35,3 MILLIONS DE JOURNÉES
DANS 1 813 STRUCTURES
SOIT 895 PUBLIQUES,
472 PRIVÉES NON LUCRATIVES
& 446 PRIVÉES LUCRATIVES

4 COMPARTIMENTS REFLÉTANT
L'ACTIVITÉ RÉELLE EN SSR

UNE PERSPECTIVE
UN FINANCEMENT RÉNOVÉ EN 2016

Au cœur des parcours de santé, de soin et de vie*, les soins de suite et de réadaptation (SSR) trouvent naturellement leur place entre phases aiguës et lieu de vie. Ils conditionnent la fluidité du parcours en assurant leurs missions de réadaptation des patients à l'autonomie, à travers des prises en charge soit polyvalentes soit spécialisées – en cardiologie, gériatrie, endocrinologie, addictologie, par exemple – pédiatriques ou adultes, avec ou sans hébergement.

UN POINT D'ENTRÉE, LES CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT LUI-MÊME

Aujourd'hui, le secteur des SSR a besoin de se moderniser, d'investir, d'innover, de professionnaliser ses filières. Depuis plusieurs années, des travaux sont menés en concertation avec l'ensemble des fédérations hospitalières pour réformer le modèle de financement actuel, en se fondant sur une description et une classification des séjours qui reflèteraient davantage la complexité des prises en charge et la lourdeur des cas traités. Le point d'entrée du financement ne serait pas la pathologie mais les caractéristiques du patient lui-même, combinant degré de dépendance, pathologie et comorbidités, intensité et complexité de la réadaptation.

Ces travaux, aujourd'hui aboutis, proposent la mise en œuvre d'un mode de financement innovant, qui ne serait ni une tarification à l'activité ni une dotation limitative ni un prix de journée mais une dotation modulée à l'activité. Les structures de SSR étant souvent petites – et assez fragiles – elles nécessitent un financement



HÉLÈNE DE FAVERGES
cheffe de la mission SSR



ANTOINE ERMAKOFF
chargé de mission à la mission SSR



SOPHIE DURANTEAU
stagiaire à la mission SSR



LÉA CAMUS
chargée de mission au bureau R1

sécurisé, étanche aux aléas liés aux variations d'activité. Il est donc nécessaire de garantir un revenu minimum aux structures pour leur permettre d'envisager leur trajectoire pluriannuelle : c'est l'objectif de cette dotation modulée à l'activité qui valorisera également, en tenant compte de l'année en cours, les établissements dynamiques développant leur activité tout en optimisant leurs coûts.

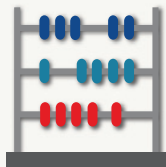
« Aujourd'hui, le secteur des SSR a besoin de se moderniser, d'investir, d'innover, de professionnaliser ses filières »

Cette dotation modulée à l'activité s'accompagne de 3 dotations complémentaires : « plateaux techniques spécialisés », « molécules onéreuses » et « MIGAC/MERRI » (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation/missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation). Ces compartiments, qui reconnaissent le rôle d'intérêt général des SSR, sont indispensables pour tenir compte de l'évolution des missions dévolues aux structures depuis la réforme de leurs conditions techniques de fonctionnement en 2008. Il s'agit de traiter de manière équitable tous les secteurs, dès lors qu'ils remplissent les mêmes missions. Mais aussi, de répondre aux besoins spécifiques des structures de SSR qui ne pourront être couverts par des tarifs : par exemple, des activités de recours exceptionnel, la scolarisation des enfants

hospitalisés pour une durée plus ou moins longue en SSR... Ce modèle de financement ouvrira également la possibilité de mener une politique de réorientation des prises en charges en faveur de l'ambulatoire. Enfin, comme dans les autres champs de l'offre de soins, des réflexions plus générales sont engagées sur les seuils d'efficience des structures, qui doivent être en capacité d'intégrer des exigences croissantes en matière d'équipement et de qualité des soins pour supporter les effets de la réforme de financement à venir – développement de systèmes d'information robustes et nouvelles logiques d'organisation interne, notamment-. À terme, les SSR s'intégreront dans la démarche d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)*, sur la base d'indicateurs cliniques qui leur seront propres.

*Lire les fiches correspondantes

L'assainissement de la situation financière des hôpitaux



UN DÉFICIT DE 170M€ SOIT 0,3%
DU BUDGET HOSPITALIER TOTAL

UNE INSTANCE NATIONALE
DE SUPERVISION, LE COPERMO

UNE PERSPECTIVE
400M€ SUR 10 ANS POUR RÉSORBER
LES EMPRUNTS « TOXIQUES »

Selon les 1^{ères} données disponibles, les comptes 2014 des hôpitaux publics s'inscrivent dans la trajectoire pluriannuelle de redressement financier engagée depuis 2008. Dans un contexte de ressources contraintes, les efforts de productivité demandés aux établissements ont été atteints et le résultat global n'enregistre qu'un recul de 170M€ par rapport à 2013. Autrement dit, les comptes hospitaliers peuvent être considérés comme étant quasiment à l'équilibre en 2014, tout comme en 2012 et en 2013.

Ce déficit de 170M€, qui ne représente que 0,3% du budget hospitalier total, traduit la contribution importante des hôpitaux publics l'an passé à l'effort national de maîtrise des finances publiques, notamment par la non délégation de 250M€ fin 2014 pour couvrir les dépenses de soins de ville au titre de la lutte contre le virus de l'hépatite C. Cela mérite d'être souligné dans un contexte de ressources contraintes. Ces résultats 2014, ainsi que la très forte concentration du déficit sur une quarantaine d'établissements seulement, confirment le caractère durable du retour à l'équilibre des hôpitaux publics. Les comptes financiers définitifs, qui seront disponibles dans le courant de l'été 2015, devraient permettre d'accréditer cette tendance positive.

YANN LHOMME
adjoint à la cheffe du bureau PF1



HÉLÈNE CART-GRANDJEAN
cheffe du bureau PF1



CLAIRE BOUINOT
chargée de mission au bureau PF1



YANN LEQUET
chargé de mission au bureau PF1

Malgré un léger infléchissement en 2014, la capacité d'autofinancement (CAF) des hôpitaux se maintient à un niveau très élevé comparé aux dépenses d'investissement, puisqu'elle en couvre une part de 75%, en 2014 comme en 2013.

DES MESURES POUR L'INVESTISSEMENT ET LA RÉDUCTION DES EMPRUNTS STRUCTURÉS

Cette CAF continue de couvrir largement le remboursement en capital des emprunts – environ 3,5Md€ – ce qui explique que les hôpitaux ont eu un recours marginal à l'endettement : environ 50M€ en 2014 contre 1Md€ en 2013. Pour la 1^{ère} fois depuis 2008, les établissements ont mobilisé leur fonds de roulement, tout en conservant une situation de trésorerie solide à hauteur de 4,2 Md€. Par ailleurs, un dispositif d'accompagnement des hôpitaux les plus exposés au risque des emprunts structurés – dit aussi « toxiques » – a été mis en place en décembre 2014. En effet, la plupart de ces crédits étant indexés sur le taux de change avec des devises étrangères – dont le franc suisse – le coût de ces derniers s'est encore accru du fait du décrochage de l'euro face à certaines d'entre elles. C'est pourquoi Marisol Touraine a décidé de porter les capacités d'intervention du dispositif à 400M€ sur 10 ans, dont 300M€ seront intégralement apportés par une contribution des banques.

Autre tendance encourageante : la certification des comptes hospitaliers* monte en charge avec succès. À terme, les 158 établissements publics les plus importants verront leurs comptes certifiés d'ici 2016, soit 70% des produits des hôpitaux.

« Le rééquilibrage financier du secteur hospitalier se confirme : cela, grâce à l'effort remarquable consenti par les établissements mais aussi à la supervision assurée par le niveau national »

Indéniablement, le rééquilibrage financier du secteur hospitalier se confirme. Cela, grâce à l'effort remarquable consenti par les établissements, année après année : mais aussi, grâce à la supervision assurée par le niveau national, profondément renouvelée depuis la mise en place du comité performance et modernisation (COPERMO) de l'offre de soins hospitaliers. Cette instance, pilotée par la DGOS, a su trouver sa place tout en démontrant son utilité et la pertinence de son action. Notamment lorsqu'il s'agit d'appuyer les établissements en 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

La dématérialisation de la comptabilité hospitalière



UN LEVIER MAJEUR DE MODERNISATION, DE SIMPLIFICATION ET DE FIABILISATION

17 MILLIONS DE FACTURES DÉMATÉRIALISÉES POUR LES HÔPITAUX À COMPTER DE 2020

UNE PERSPECTIVE LA GÉNÉRALISATION COMPLÈTE DU PESV2 EN 2016

La dématérialisation est un réflexe systématiquement embarqué dans les projets d'efficience des établissements de santé. Aujourd'hui, les équipes hospitalières s'engagent résolument dans la démarche pour renforcer le service rendu par leurs établissements aux patients, pour moderniser et simplifier les modalités d'échange – internes ou externes, avec leurs agents comptables ou leurs fournisseurs – pour automatiser et accélérer les processus internes et générer des gains d'efficience tangibles par la diminution des coûts de gestion.

DES ÉCHANGES FACILITÉS ENTRE L'HÔPITAL ET SON COMPTABLE PUBLIC

Parmi les projets en cours dans le domaine de la dématérialisation de la chaîne des dépenses : la mise en place du protocole d'échange standard (PESV2), avec en ligne de mire la dématérialisation de bout en bout des échanges entre l'hôpital et son comptable sur l'ensemble des budgets, quelle que soit la nature de l'activité concernée – soins, achats, paye... -. Depuis le 1^{er} janvier 2016, le PESV2 est généralisé à tous les hôpitaux sur les secteurs médecine chirurgie obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. Du protocole, sont attendus des échanges d'information facilités entre l'hôpital et son comptable public par le biais d'un vecteur unique, une meilleure qualité comptable, une auditabilité et une traçabilité renforcées... Sans oublier, une contribution aux problématiques actuelles de développement durable, avec l'objectif fort du «zéro papier» !

«Les équipes hospitalières s'engagent résolument dans la démarche pour renforcer le service rendu par leurs établissements à leurs patients, proposer de nouvelles modalités d'échange et identifier des gains d'efficience tangibles»

La mise en place du protocole PESV2 est également un préalable nécessaire au passage à la facturation individuelle (FIDES) pour les établissements ne disposant pas de solution de dématérialisation des pièces comptables.

Autre projet à préparer sans tarder : l'obligation faite aux entreprises de transmettre des factures dématérialisées aux hôpitaux à compter du 1^{er} janvier 2017. À cette date, les établissements devront être en capacité de recevoir et de traiter les factures électroniques émises par leurs fournisseurs. La facturation électronique sera mise en œuvre de façon progressive jusqu'en 2020 : à compter de cette date, 17 millions de factures dématérialisées seront reçues annuellement par les hôpitaux. Pour la sphère publique, le gain escompté dans les coûts de traitement est estimé en moyenne à 3€ par facture. L'obligation de facturation électronique au 1^{er} janvier 2017 s'impose également aux établissements de santé, eux-mêmes émetteurs de factures.

La mise en place de la facturation électronique, en lien avec le programme PHARE* sur les achats hospitaliers, est une 1^{ère} étape vers l'optimisation des circuits d'approvisionnement : automatisation du traitement de la facture, dématérialisation des pièces justificatives de marchés...



JULIE LAGRAVE
adjointe à la cheffe du bureau PF1



KARINE ÉLIOT
chargée de mission au bureau PF1

Dans le domaine des recettes, plusieurs projets de dématérialisation des échanges sont en cours de déploiement comme FIDES sur la part obligatoire, PESV2 sur les échanges entre les hôpitaux et leurs comptables et TIPI sur le paiement en ligne des factures par les patients. D'autres projets tels que la dématérialisation des titres émis aux organismes complémentaires (ROC) seront déployés jusqu'en 2020.

La dématérialisation comptable et financière aborde beaucoup d'aspects, ce qui n'est en effet pas sans conséquence sur les organisations internes. D'où l'accompagnement constant mené par la DGOS dans ce domaine !

*Lire la fiche correspondante



Un gage de transparence : la certification des comptes hospitaliers

160 HÔPITAUX CONCERNÉS PAR LE DISPOSITIF DE CERTIFICATION

**UNE PERSPECTIVE
LA 2^{ÈME} VAGUE DE CERTIFICATION EN 2016
ET LA 3^{ÈME} EN 2017**

SANDRINE PAUTOT
cheffe de projet
à la sous-direction PF

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 pour les établissements en termes de pilotage, de performance de la gestion et de maîtrise des risques financiers. La certification des comptes est entrée en vigueur depuis décembre 2013 : elle s'inscrit dans une démarche de transparence des comptes publics empruntée par nombre d'administrations et, demain, de collectivités locales. Par vagues successives jusqu'en 2016, les comptes financiers des hôpitaux les plus importants seront certifiés – c'est-à-dire jugés réguliers, fidèles et sincères – par la cour des comptes ou par des commissaires aux comptes, selon le montant de leurs recettes. Cette réforme s'inscrit en synergie avec les autres programmes « performance » conduits actuellement par la DGOS sur le champ de la facturation (FIDES), des achats (PHARE)*, de la comptabilité analytique et de la dématérialisation de la chaîne des recettes et des dépenses*. En clair, la certification apporte 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 usagers.

En 2014, 31 hôpitaux volontaires – listés par arrêté – se sont engagés 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 examinés par un auditeur externe. Au terme de ce 1^{er} exercice de certification très exigeant, les comptes de 16 hôpitaux – soit plus de la moitié des établissements engagés – ont été certifiés sans réserve. Ces résultats très positifs permettent de franchir une étape importante en faveur de la fiabilité des comptes publics et de la modernisation des modes de gestion ! Plus globalement, ils viennent également couronner un processus d'amélioration continue de la qualité comptable et des dispositifs de contrôle interne 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). Rendez-vous en 2016 pour la 2^{ème} vague de certification !

[*Lire les fiches correspondantes](#)

Une vigilance : la réduction des inégalités de santé dans les outremer

5 DÉPARTEMENTS / RÉGIONS & 4 COLLECTIVITÉS

**UNE PERSPECTIVE
LA FEUILLE DE ROUTE DU COMITÉ DE PILOTAGE
STRATÉGIQUE SUR LA SANTÉ OUTREMER**

Les outremer ont fait l'objet en 2014 d'un intérêt marqué des plus hautes autorités de l'État dans le champ de la santé. Ainsi, à Mayotte, le président Hollande a confirmé la rénovation des blocs opératoires du centre hospitalier de Mamoudzou (CHM) et annoncé le renforcement de l'offre de soins sur cet archipel en inaugurant le nouvel hôpital François-Dunan. Marisol Touraine a pu échanger avec les acteurs de santé de la Réunion et évaluer la gestion de l'épidémie de chikungunya aux Antilles. Cet intérêt s'est traduit par des efforts budgétaires notables : les effectifs de

santé de Saint-Pierre-et-Miquelon ont été augmentés de 10% tandis que l'agence de santé de Wallis-et-Futuna a bénéficié d'un abondement de crédits de 3,5M€. En outre, une majoration de traitement des fonctionnaires hospitaliers a été étendue à Mayotte pour renforcer l'attractivité des carrières : 5% en 2013 et 2014 puis 10% par an d'ici 2017, soit un total de 13,8M€. Tandis qu'une « indemnité particulière d'exercice » a été instituée au profit des praticiens hospitaliers du CHM à hauteur de 3,8M€ annuels. Afin de déployer la télémedecine*, des efforts financiers importants – plus de 2,2M€ – ont aussi été consentis, en particulier pour améliorer l'accès aux soins de spécialistes dans ces territoires et prévenir le nombre d'évacuations sanitaires. À ce jour, une quarantaine de projets est recensée dans l'océan indien, à Saint-Pierre-et-Miquelon, en Guyane, Guadeloupe et Martinique – celle-ci faisant partie des 9 régions retenues pour l'expérimentation de tarifs et d'organisations novatrices pour les 4 ans à venir –. Afin de renforcer la sécurité sanitaire de nos outremer et de mieux y faire rayonner l'excellence de notre système de santé, la DGOS assure un soutien dans le cadre de la MIGAC « actions de coopération internationale ». Des projets sont ainsi engagés avec Madagascar – et en particulier l'union des Comores – l'Afrique du Sud, le Mozambique et l'union indienne. De même, sur le continent américain, entre la Guyane, le Brésil et le Surinam ou entre Saint-Pierre-et-Miquelon et certaines provinces canadiennes. Ces coopérations sont également encouragées entre nos outremer elles-mêmes : par exemple, entre la Réunion et Mayotte ou encore Wallis-et-Futuna et la Nouvelle-Calédonie. Plus globalement, la DGOS a contribué au rapport de la cour des comptes publié en juin sur la santé outremer ainsi qu'à son suivi. Ce travail a fortement mobilisé les équipes de la direction, qui disposent à présent d'une feuille de route actualisée, mise en œuvre au sein d'un comité de pilotage stratégique, en lien étroit avec la direction générale de l'outremer (DGOM).

[*Lire la fiche correspondante](#)



ISABELLE MATHURIN
chargée de mission au bureau SR2



MICHÈLE AUDEOUD-FAURIS
chargée de mission au bureau SR2



DAMIEN SAINTE-CROIX
stagiaire au bureau SR2

Quelques chiffres clés pour la communication en 2014



STÉPHANE GROSSIER
chef du bureau de la communication

ALEXANDRA BÉCHARD
adjointe au chef du bureau de la communication

+ DE **5 500** FOLLOWERS
SUR LE COMPTE TWITTER MINIST_SANTÉ_DGOS
CRÉÉ EN JANVIER 2013

+ DE **40** PUBLICATIONS
(guides, brochures, affiches, flyers, cart'com)

UNE CAMPAGNE VIDÉO DE PROMOTION
DE LA TÉLÉMÉDECINE & 5 CLIPS
DE PRÉSENTATION DES LAURÉATS
DU CONCOURS « DROITS DES USAGERS » 2015

@ **± 150** DOSSIERS THÉMATIQUES
EN LIGNE SUR L'ESPACE
OFFRE DE SOINS DU SITE DU MINISTÈRE

18 COMMUNIQUÉS
& + DE **330** RETOMBÉES MÉDIAS
PRESSE ET WEB

9 ÉVÉNEMENTS (salons, colloques, séminaires)
DONT 2 CÉRÉMONIES DE REMISE DE PRIX



FRANCE QUATREMERRE
chargée de mission au bureau de la communication



AURÉLIEN CHAUX
responsable web et éditions
au bureau de la communication



MICHEL CHAPON
webmaster au bureau de la communication

Et demain, 2015...



JEAN DEBEAUPUIS
directeur général de l'offre de soins

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé est actuellement en débat au parlement : adopté par les députés en avril 2015, il doit maintenant être débattu par les sénateurs à partir de septembre, en vue d'une promulgation avant la fin de l'année. Quelle qu'en soit la version finale, la loi laissera une empreinte forte. Il y aura un « avant » et un « après » ce texte. Particulièrement concerté avec les acteurs, il améliorera en profondeur la façon même dont chaque Français, tout au long de sa vie, est soigné, orienté, accompagné. Il conduira également chaque professionnel à repenser sa pratique, sa façon de travailler avec certains confrères ou d'autres acteurs, sa place dans la prise en charge et le parcours du patient*.

TOURNER LE DOS AUX
CLOISONNEMENTS
& APPORTER DES RÉPONSES
DE PROXIMITÉ AU PATIENT

La vraie révolution, ce sera le parcours de santé qui placera le patient au centre du système. Ce n'est plus le patient qui doit s'adapter au système – organisations ou structures – mais au système de s'organiser pour répondre aux besoins du patient. Il faut tourner

le dos aux cloisonnements et apporter des réponses de proximité, en fonction de la réalité du parcours du patient.

« La vraie révolution, ce sera le parcours de santé qui placera le patient au centre du système : soins primaires et innovation sont 2 approches qui la rendent tangible »

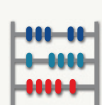
Les professionnels des soins primaires de 1^{er} recours – en particulier les médecins traitants et, chaque fois que cela sera indiqué, les autres spécialistes médicaux – sont au cœur de ces évolutions. C'est la raison pour laquelle l'organigramme de la DGOS s'est enrichi en 2015 d'un conseiller placé à mes côtés, en charge des soins primaires et des relations de notre direction avec les représentants des professionnels libéraux. Autre conséquence d'un patient placé au cœur du système : une diffusion nécessairement plus rapide et plus large de l'innovation médicale*, encouragée par ailleurs par le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Ensemble, nous devons faire le pari de l'innovation, dont les perspectives sont immenses.

Autorisations temporaires d'utilisation (ATU) exceptionnelles qui donnent accès à certaines spécialités pharmaceutiques, forfait innovation qui soutient l'accès à des dispositifs médicaux reconnus mais onéreux, montée en charge du programme Territoire de soins numérique* qui favorise des organisations nouvelles entre acteurs de tous secteurs... Il est logique que la DGOS puisse être au rendez-vous car c'est la médecine de demain qui se dessine peu à peu sous nos yeux, plus vite qu'on ne le pense. C'est d'ailleurs pour cela que Marisol Touraine entamera en 2015 un « tour de France de l'innovation », afin d'accompagner le plan « médecine du futur » de la nouvelle France industrielle, démarche gouvernementale destinée à positionner notre pays aux avant-postes dans des domaines jugés porteurs – santé numérique, dispositifs médicaux et nouveaux équipements de santé, biotechnologies médicales –.

Soins primaires et innovation : 2 approches concrétisant la révolution du parcours et la priorité accordée aux patients.

* Lire les fiches correspondantes

A ARMELE ABANES · MARIE-CLAUDE AGÉSILAS · FRÉDÉRIC ALBERT · MATHIAS ALBERTONE · SOPHIE ALLEAUME · HERVÉ AMIOT-CHANAL · ALBAN AMSELLI · CHRISTOPHE ANDRÉOLETTI · CÉCILE ANGLADE · STÉPHANE ARCHAMBAULT · MONIA ARKAM · ANTOINETTE ARVOIR · GÉRALD ASTIER · MICHÈLE AUDEOUD-FAURIS · AMANDINE AURORE · JULIE AZARD · MIKAEL AZOULAY · B ANNE-ALEXANDRA BABU · SYLVAIN BAILLOT · CÉCILE BALANDIER · MARIE-LOUISE BANDECCHI · CLAUDE BARAT · HÉLÈNE BARET · NATHALIE BARLAUD · JULIE BARROIS · ROLANDE BATSCHELET · DENISE BAUER · ALEXANDRA BÉCHARD · CÉCILE BEHAGHEL · ANNE BELLANGER · GHISLAINE BELLEMARE · ÉVELYNE BELLARD · CHANTAL BÉNARD · SOPHIE BENIDJER · ANNE BERGER-CARBONNE · ALEXANDRE BERTRAND · GUILLERMO BESCOS · DAVID BÉTHOUX · BAST BIDA · SANDRINE BILLET · JEAN-PIERRE BLÉRIOT · PATRICIA BLONDEL · CHRISTÈLE BODO · INGRID BOINET · MARC BOUCHE · AURÉLIE BOUCHET · GUY BOUDET · ISABELLE BOUILLE-AMBROSINI · CLAIRE BOUINOT · NICOLE BOUNY · SALLOUA BRAHMI · JEAN-MARC BRAICHET · LAURENT BRIOS · ODILE BRISQUET · CHRISTINE BRONNEC · THIBAUT BROSSARD · LAURENT BURCKEL · C CATHERINE CAIDIS · JEAN-ÉTIENNE CAIRE · STÉPHANE CAMARA · LÉA CAMUS · JULIA CARATTI · CÉDRIC CARBONNEIL · PHILIPPE CARRÉ · YOANN CARREY · HÉLÈNE CART-GRANDJEAN · AUDREY CHAFFARD · MICHEL CHAPON · CHRISTIAN CHARRÉ · AURÉLIE CHAUVÉAU · SYLVIE CHAUVIN · LAËTITIA CHEVALIER · PHILIPPE CHIESA · AUDREY CHRISTOPHE · MARIE CIANELLI · LAURENCE CLUZEL · YAVIER COLLAL · LAËTITIA COLLOMBET · FRÉDÉRIQUE COLLOMBET-MIGEON · EDITH COMA · HUI-QUAN CONG · CLÉMENT CORRIOL · ISABELLE COUAILLIER · HÉLÈNE COULONJOU · NATHALIE CRÉGUT · DÉBORAH CVETOJEVIC · D CLAUDE DAGORN · ANNE DARDEL · ANNE-CLAUDE DAUTEL · PASCALINE DE CLERCK · HÉLÈNE DE FAVERGES · GILLES DE KERMENGUY · SAMUEL DE LUZE · FLORENCE DE SAINT-MARTIN · HERVÉ DE TROGOFF · JEAN DEBEAUPUIS · ADRIEN DEBEVER · THIERRY DEBORD · CHRISTIANE DELAHAY-BILLON · LAURENCE DELPLA · HÉLÈNE DELSOL · YVES DENIZOT · CHRISTIANE DENNER · MICHELLE DEPINAY · MICHÈLE DESBRÉE · CHARLOTTE DESPRAIRES · PASCALE DHOTE-BURGER · MARIE-CHRISTINE DOUZIMA · ADRIEN DOZOL · VALÉRIE DROUVOT · CLAIRE DU MERLE · ÉLÉONORE DUBOIS-DI MACARIO · VIRGINIE DUBOS · PIERRE DUCLOS · LUCIE DUFOUR · DENIS DUPEND · JÉRÔME DUPONT · CHRISTIAN DUPUIS · MANON DURAND · E KARINE ÉLOT · MURIEL ELIASZEWICZ · CATHERINE ELUAUD · GRÉGOIRE EMERY · ANTOINE ERMAKOFF · JEAN-LUC ESCHEMANN · SOPHIE ESTEVES · F FRANÇOISE FALHUN · CORINNE FANET · FÉLIX FAUCON · LAËTITIA FAVERAUX · FLORENCE FAVRE · CÉLINE FAYE · DOROTHÉE FEBI · SOPHIE FICHIERA · STÉPHANE FISCH · LAURENCE FLORENTIN · ARNAUD FOUCHARD · NATHALIE FOUQUET · ALEXANDRA FOURCADE · FABRICE FRAIN · LORRAINE FRANÇOIS · MARIANNE FRAMER · MARION FUMEX · G LAURENT GADOT · ARIANE GALAUP-PACI · CHRISTELLE GALLO · BRIGITTE GARBÌ · MIREILLE GARCIA · VIOLETTE GARCIA · CHRISTINE GARDEL · DOMINIQUE GAUCHER · SIMON GAUGUET · THIBAUT GERDIL · MARGUERON · MARINE GEY · BÉATRICE GICQUÈRE · STÉPHANE GILAN · HUGO GILARDI · DOMINIQUE GILLET · CHANTAL GIRARD · MANUELA GONCALVES · BASTIEN GONDRE · ÉMILIE GONZALES · GÉRARD GONZALEZ · PIERRE-BENJAMIN GRACIA · SARAH GRAMMATYKA · NATHALIE GRENET · ANNE-SOPHIE GROBOST · STÉPHANE GROSSIER · RONAN GUIHENEUF · H SAMIRA HAMANI · CHARLOTTE HAMMEL · GILLES HEBBRECHT · MARTINE HÉBRARD · EMMANUELLE HÉDOUIN · NATHALIE HEID · FRANCINE HIEU · NABIL HILALI · VÉRONIQUE HUET · LAURA HUGUET · I AURÉLIE INGELAERE · J HÉLÈNE JEYJENIJEVIC · FRANCK JOLIVALDT · LAËTITIA JOULINS · PATRICK JOURDAIN · ÉDOUARD JULLIAN · ÈVE JULLIEN · K SYLVIE KINET · JENNIFER KOCH · PAULE KUJAS · THIERRY KURTH · L ANNE L'HOSTIS · MARTINE LABORDE-CHIOCCHIA · JEAN-PAUL LADET · JULIE LAGRÈVE · VÉRONIQUE ALLEMENT · NATHALIE LARIBIÈRE · CATHERINE LAROSE · DOMINIQUE LASAUGE · MARY LATOUILLE · BERNARD LAURENT · MARIE-ANDRÉE LAUTRU · MORGANE LE BAIL · CAROLINE LE GLOAN · YANNICK LE GUEN · MIKAEL LE MOAL · ÉLODIE LEBARS · CHANTAL LECHEVALIER · SONIA LÉDÉE · MICHÈLE LENOIR-SALFATI · YANN LEQUET · DOMINIQUE LETERRIER-BONODEAU · ANTOINE LETIÈRE · YANN LHOUME · BRUNO LIFFRAN · GUY LIMEUL · AGNÈS LORDIER-BRAULT · DIDIER LOURDE · OLIVIER LOUVET · NOËL LUCAS · EMMANUEL LONGI · FLORENCE LYS · M CATHERINE MACRI · PHILIPPE MAGNE · KARIMA MAHIDA · MONA MAHIDA · CLÉMENCE MAINFAN · JONATHAN MANCIER · ISABELLE MANZI · FRANÇOIS MARCHAND · DOMINIQUE MARIOLLE · DOMINIQUE MARTIN · CÉCILIA MATEUS · GRÉGOIRE MATHIEU · ISABELLE MATHURIN · CHRISTINE MATRAGLIA · ODILE MAURICE · MARION MAZIÈRE · HILDA MBARGA · FRANÇOISE MEGAS · JEAN-PHILIPPE MENGUAL · HORTENSE MERCIER · CLAUDINE MERCIER · CAROLE MERLE · CATHERINE MEUNIER · ARLETTE MEYER · DAVID MICHEL · MICHAEL MIGUERES · TYPHAINE MOGUEROU · DOMINIQUE MONGUILLON · HERVÉ MONNOU · MARIE-ODILE MOREAU · BENOÎT MOURLAT · N JEAN-MARC NADAL · JULIE-ALEXIA NAUDON · RACHEL NEMAUSAT · CHARLOTTE NEUVILLE · GINETTE NIARÉ · NATHALIE NIZAN · O JANNIE OLLIVIER · ISABELLE ORIEZ · CHRISTINE ORSI · DOMINIQUE OSSELIN · P VEDRANA PAJEVIC · MARION PAUFIGUES · SANDRINE PAUTOT · ERELL PENCREAC'H · HANS SEBASTIAN PÉREZ · MICHÈLE PERRIN · SANDRINE PÉROT · ISABELLE PETIT · DOMINIQUE PETON · KLEIN · DIMITER PETROVITCH · PASCAL PFISTER · CARINE PITRAT-HASSAN · SOPHIE PIVETEAU · EMMANUEL PLANCHET · NADÈGE POIREL · CHRISTOPHER POISSON · MARTINE POMMIER · PAULINE PORET · XAVIER POULAIN · ARNAUD POUPARD · PATRICK POURIAS · NATHALIE POYAU · ISABELLE PRADE · SAMUEL PRATMARTY · Q FRANCE QUATREMARRE · R MURIELLE RABORD · JOSIANE RACINE · GAËL RAIMBAULT · PERRINE RAMÉ-MATHIEU · CORINNE RÉGNARD · MYRIAM REYNAUD · NATHALIE REYNAUDI · CATHERINE RIEGEL · ÉDITH RIOU · ÉLISE RIVA · ISABELLE ROUX · RAPHAËL RUANO · PATRICIA RUCARD · CAROLE RUELLÉ · S ÉMILIE SALMON · VALÉRIE SALOMON · ERWAN SAMYN · SERGE SANCHEZ · JOSÉ SANCHEZ GONZALEZ · MARION SAUVAGE · CÉLINE SCHMIDT-NADJEM · CÉLINE SCHNEBELEN · NATHALIE SCHNEIDER · ÉLÉONORE SELLIER · MARIE SENGELEN · ZAHRA SERHROUCHNI · MYRIEM SERJI · MARIE SEVIN-BOURCY · BAMDAD SHABAN · AMANDINE SIBOIS · MARYVONNE SIMON · JOHAN SINIVASSANE · AGNÈS SOLOMIAC · FARANAZ SOROUGH · PÉROLA SPREUX · RAJKO STOKIC · LOUISA STUWE · T CHRISTINE TACON · SOPHIE TERQUEM · MARIE-LOUISE THEETTEN · CHRISTEL THOREL · CHRISTIAN THUILLÉZ · ODILE TILLON-FAURÉ · FLORENT TIRAVY · HÉLÈNE TORRÈS · ROBERT TOURET · SARAH TOUSSAINT · ADELINÉ TOWNSEND · MAGALI TRIBODET · ÉRIC TROTTMANN · CHRISTINE TUAL · GHISLAINE TURCAN · U ESTELLE UZUREAU-HUSSON · V LYDIA VALDES · HUGUETTE VALLET · MICHEL VARROUD-VIAL · MARTINE VASSAUX · CLAUDE-DAVID VENTURA · PILAR VERDONCQ · ANAÏS VERMEILLE · ANNE VITOUX · CATHERINE VOULGARIS · HIËP VU THANH · CHANTAL VULDY · W ELISABETH WETSTEIN · JEAN-MARC WYDRYCK · Y LOUIZA YOUSFI



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, Alexandra Béchard,
France Quatremaire, 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 et aux 4 sous-directrices
et sous-directeurs

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, directeur
de la communication de l'agence nationale
d'appui à la performance (ANAP)

Remerciements à Magali Schweitzer,
cheffe du bureau des publications et de
la diffusion (DICOM) et à Hélène Helfenstein,
cheffe de projet édition, 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 des
ministères chargés des affaires sociales, ainsi
qu'à son équipe

Remerciements nourris à Geoffroy Lasne,
directeur associé de l'agence Photopro.Event
ainsi qu'à François Rouzioux, photographe
et à Maylis Point, directrice artistique

CONCEPTION GRAPHIQUE

Agence
Photopro.Event

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

Crédits photographiques :
© Photopro.Event / F. Rouzioux
portraits des équipes de la DGOS

© Élodie Grégoire
portrait de Marisol Touraine

© Jacky-D. Frénoy (DICOM), DGOS, Thinkstock
« L'année 2014 en dates », « Les chiffres clés de
la communication »

Création maquette & mise en page
Maylis Point

IMPRESSION

ICL – imprimé en août 2015

Édition DICOM 15 064
N° ISBN 978-2-11-139557-2

