

Direction générale
de l'offre de soins

Rapport d'activité
2011



Pour moi, l'année 2011 restera la 1^{ère} année de mise en œuvre de la nouvelle organisation sanitaire régionale, avec la signature de l'ensemble des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui tracent la feuille de route des agences régionales de santé jusqu'en 2013, ainsi que la fixation de leurs territoires de santé, qui en découlent.

Elle marque aussi la poursuite des efforts de décloisonnement entre le monde hospitalier et le monde libéral, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, sans oublier

les 1^{ers} signes du développement tangible de prises en charge alternatives comme la chirurgie ambulatoire et la télémédecine.

Mais 2011, ce fut également un temps fort de négociations conventionnelles avec les professionnels de santé et les associations d'usagers et de patients, marqué par des relations riches, denses et responsables.

Je salue ici la tâche considérable accomplie par Annie Podeur, qui m'a précédé dans ce poste.

De façon admirable, elle a su mobiliser nos équipes et obtenir l'adhésion de tous autour du plan stratégique de la DGOS qui structure l'action de notre direction.

Certes, il reste encore beaucoup à faire pour rendre notre système de santé plus performant.

Après quelques mois passés parmi vous, je mesure encore plus aujourd'hui votre sens du service public et sais pouvoir compter sur vos compétences pour parvenir à cet objectif ambitieux.

Je suis fier, pour ma part, d'avoir pu contribuer avec vous tous à l'avancée de grands dossiers.

François-Xavier Salleret,
directeur général de l'offre de soins



Merci de me donner l'occasion de vous exprimer ma fidélité et ma gratitude.

Je suis heureuse d'avoir achevé mon mandat avec une année 2011 consacrée aux patients : le respect de leur dignité, l'écoute de leur parole nous ont fait progresser sur le champ de la qualité et de l'accès aux soins au profit de certains patients atteints de pathologies chroniques dont les cancers, de maladies rares, au profit aussi des personnes déficientes mentales, des personnes détenues, des malades en fin de vie... Nous avons essayé ensemble à la DGOS, en appui des agences régionales de santé (ARS), présentes dans nos territoires, d'avancer concrètement même s'il reste encore beaucoup à faire.

2011, ce fut également l'aboutissement d'une nouvelle organisation fondée sur la dynamique collective, la coopération avec nos opérateurs, le développement du pilotage stratégique au sein du conseil national de pilotage des ARS, l'engagement de chantiers novateurs autour des maisons de santé pluri-professionnelles, de la télémédecine, de la chirurgie ambulatoire. Pour autant, je ne dirais pas que nous avons navigué en rythme de croisière : nous avons au contraire pris la pleine mer par gros temps... L'équipage s'est aguerri et je lui souhaite bon vent !

A tous ceux qui sont à bord, au service des patients, en ville ou à l'hôpital, sur le terrain ou à Paris, un grand merci pour votre courage et votre engagement... Sans votre énergie et votre empathie, combien serait insupportable la souffrance humaine !

Annie Podeur,
past directrice générale de l'offre de soins,
secrétaire générale du conseil économique,
social et environnemental

Sommaire

Direction générale de l'offre de soins Rapport d'activité 2011

	Le pilotage de l'offre de soins : un contexte exigeant, des missions renforcées	5
	La DGOS : les 1^{ers} résultats d'une nouvelle organisation aboutie	15
	Une expertise indispensable à nos côtés, les opérateurs de la DGOS : l'ANAP, l'ATIH, le CNG	26
	L'année 2011 en dates	28
	L'offre de soins : définition et chiffres clés	30
	Une préoccupation constante : le respect des droits des patients et des usagers de la santé	32
	Une vigilance particulière : la qualité et la sécurité des soins pour tous	41
	Une condition sine qua non d'une prise en charge de qualité et sécurisée : la valorisation des ressources humaines de la santé	51
	Un objectif nécessaire : le renforcement de la performance des acteurs de l'offre de soins	71
	Un bénéfice pour les patients : l'égal accès aux soins pour tous	89
	Une politique de santé publique, des programmes nationaux d'action	105
	Une présence de plus en plus affirmée au niveau européen et international	112

• Armelle ABANES • Hammadi ABHIZAT • Karine ALLANIC-LUMBROSO • Sophie ALLEAUME • Sonia ALLIAUME
 • Christophe ANDRÉOLETTI • Cécile ANGLADE • Stéphane ARCHAMBAULT • Anne-Laurence ARCHET-TOUVIER •
 Marie-Josée ARMSTRONG • Antoinette ARVOIR • Gérald ASTIER • Michèle AUDEOUD-FAURIS • Thierry AUDINET
 • Simone AUVERT • Julie AZARD • Anne-Alexandra BABU • Sylvain BAILLOT • Cécile BALANDIER • Marie-Louise
 BANDECCHI • Claude BARAT • Hélène BARET • Nathalie BARLAUD • Julie BARROIS • Naïma BARRY • Rolande
 BATSCHÉLET • Denise BAUER • Vincent BEAUGRAND • Maëlla BEDDOU • Florence BÉDIER • Cécile BEHAGHEL
 • Ghislaine BELLEMARE • Evelyne BELLARD • Chantal BÉNARD • Jihane BENDAIRA • Sophie BENIDJER • Béatrice
 BERMANN • Lauriane BERTÉ • Guillermo BESCOS • David BÉTHOUX • Abdel Bassid BIDAR • Sandrine BILLET •
 Jean-Pierre BLÉRIOT • Chrystèle BODO • Roselyne BÔQUET • Pierre BOTREAU-ROUSSEL • Guy BOUDET • Nicole
 BOUNY • Sylvia BRETON • Odile BRISQUET • Christine BRONNEC • Marine BUFFAT • Jean-Noël CABANIS •
 Catherine CAIDIS • Jean-Etienne CAIRE • Rozenn CALVAR • Stéphane CAMARA • Cédric CARBONNEIL • Didier
 CARMONA • Yoann CARREY • Martine CAVAILLÉ • Michel CHANELIÈRE • Monique CHANTELOUP • Michel
 CHAPON • Aurélien CHAUVEAU • Sylvie CHAUVIN • Laetitia CHEVALIER • Karine CHIASSON • Marie CIANELLI
 • Laurence DELPLA • Yveline COLLIGNON-JOFFRE • Laëtizia COLLOMBET • Frédérique COLLOMBET-MIGEON
 • Edith COMA • Hui Quan CONG • Hélène COULONJOU • Isabelle CROUZEL • Anne DARDEL • Gilles DE
 KERMENGUY • Guyonne DE MOUCHERON • Clotilde DE SAINT-GERMAIN • Florence DE SAINT MARTIN •
 Hervé DE TROGOFF • Adrien DEBEVER • Andrée DEGOIS • Pauline DEJOUANY • Christiane DELAHAYE-BILLON •
 Laurence ELUAUD • Yves DENIZOT • Christiane DENNER • Michelle DEPINAY • Marie-Ange DESAILLY-CHANSON
 • Michèle DESBRÉE • Véronique DESCAS • Rolande DESGRIS • Pascale DHOTE-BURGER • Sandra DOREAU •
 Marie-Christine DOUZIMA • Valérie DROUVOT • Eléonore DUBOIS • Pierre DUCLOS • Jean-Pierre DUFFET •
 Lucie DUFOUR • Denis DUPEND • Jérôme DUPONT • Christian DUPUIS • Eric EKONG • Ahmed EL BAHRI •
 Catherine ELUAUD • Grégory EMERI • Anne-Aurélien EPIS • Jean-Luc ESCHEMANN • Sophie ESTEVES • Corinne
 FANET • Nabil FARO • Félix FAUCON • Laëtizia FAVERAUX • Dorothée FÉBI • Elisabeth FERNANDES • Laurence
 FLORENTIN • Daniel FOULON • Nathalie FOUQUET • Alexandra FOURCADE • Fabrice FRAIN • Carmen FUERTES
 • Marcel GALLES • Edith GALLOUX • Mireille GARCIA • Violette GARCIA • Patrick GARDEUR • Christine GARDEL
 • Dominique GAUCHER • Isabelle GAUTIER-LHERMITE • Philippe GÉRARD-DEMATONS • Thibault GERDIL-
 MARGUERON • Caroline GERMAIN • Stéphane GEYSSENS • Hugo GILARDI • Dominique GILLET • Chantal
 GIRARD • Pierre-Hugues GLARDON • Emilie GONZALES • Gérard GONZALEZ • Pierre-Benjamin GRACIA •
 Nathalie GRENET • Anne-Sophie GROBOST • Stéphanie GROS-DÉSORMEAUX • Stéphane GROSSIER • Fabienne
 GUERRIERI • Anne-Marie GUIEYSSE • Benjamin GUIOT • Jean-Paul GUYOT • Clothilde HACHIN • Martine
 HÉBRARD • Francine HIEU • Véronique HUET • Laura HUGUET • Renée ISAMBERT • Natalia IVANOV • Laëtizia
 JOULINS • Mathieu JOYAU • Bernadette JULIEN • Aïssata KEITA • Sylvie KINET • Jennifer KOCH • Yeni KOY • Paule
 KUJAS • Thierry KURTH • Martine LABORDE-CHIOCCHIA • Jean-Paul LADET • Marie LAJOUX • Maud LAMBERT-
 FÉNERY • Marie LANG • Catherine LAROSE • Dominique LASAUGE • Bernard LAURENT • Marie-Andrée LAUTRU
 • Claire LE CORRE • Yannick LE GUEN • Guillaume LE HÉNANFF • Mikaël LE MOAL • Raymond LE MOIGN •
 Isabelle LE NOURS • Anne-Marie LE ROY • Didier LE STUM • Elodie LEBARS • Aurélie LEBOURGEOIS • Chantal
 LECHEVALIER • Sonia LÉDÉE • Natacha LEMAIRE • Sacha LEMATTRE • Michèle LENOIR-SALFATI • Philippe
 LEROUX • Josée LEROYER • Dominique LETERRIER • Antoine LETIERS • Yann LHOMME • Anne L'HOSTIS • Guy
 LIMEUL • Gaëlle LLORCA • Agnès LORDIER-BRAULT • Françoise LOUIS • Didier LOURDE • Olivier LOUVET •
 Emmanuel LUIGI • Florence LYS • Anne-Noëlle MACHU • Philippe MAGNE • Karima MAHIDA • Mona MAHIDA •
 Stéphane MANTION • Isabelle MANZI • Marielle MARBACH • Anne-Sophie MARROU • Alexandre MARGUERITE
 • Dominique MARTIN • Rémy MAS • Cécilia MATEUS • Isabelle MATHURIN • Christine MATRAGLIA • Odile
 MAURICE • Laëtizia MAY-MICHELANGELI • Hortense MERCIER • Claudine MERCIER • Carole MERLE • Laetitia
 MESSNER • Catherine MEUNIER • Elodie MICHAUDET • Mario MILLAN • Josette MISTRAL • Dominique
 MONGUILLON • Isabelle MONNIER • Hervé MONNOU • Marie-Odile MOREAU • Marie-Odile MORIGAULT-
 THÉVENON • Mahe N'GOM • Jean-Marc NADAL • Ginette NIARÉ • Guy NICOLAS • Nathalie NIZAN • Aurélie
 OLIVIER • Annie OLLIVIER • Isabelle ORIEZ • Christine ORSI • Dominique OSSELIN • Noémie OSWALT • Marion
 PAUFUQUES • Sandrine PAUTOT • Erell PENCREAC'H • Hans-Sébastien PEREZ • Marie-Hélène PEREZ • Michèle
 PERRIN • Sandrine PERROT • Isabelle PETIT • Dominique PETON KLEIN • Isabelle PIEL • Philippe PINTON
 • Annie PODEUR • Nadège POIREL • Christopher POISSON • Patrick POURIAS • Nathalie POYAU • Isabelle
 PRADE • Samuel PRATMARTY • Gilles PREL • France QUATREMARRE • Murielle RABORD • Josiane RACINE •
 Gaël RAIMBAULT • Perrine RAMÉ-MATHIEU • Corinne RÉGNARD • Myriam REYNAUD • Catherine RIEGEL • Elise
 RIVA • Isabelle ROUX • Béatrice ROUYER • Alain RUAUD • Patricia RUCARD • Carole RUELLE • Emilie SALMON •
 Valérie SALOMON • Serge SANCHEZ • José SANCHEZ GONZALEZ • Chérifa SANTANGELO • Eric SANZALONE
 • Stéphanie SARKIS • Marion SAUVAGE • Esther SCHINDLER • Céline SCHMIDT • Nathalie SCHNEIDER • Jean-
 Baptiste SEBLAIN • Eléonore SELLIER • Virginie SÉNÉ-ROUQUIER • Marie SENGELEN • Zahra SERHROUCHNI
 • Marie SEVIN-BOURCY • Amandine SIBOIS • Maryvonne SIMON • Faranaz SOROUGH • Marjorie SOUFFLET-
 CARPENTIER • Selvi SOUPRAYANAIAKER • Pérola SPREUX • Christine TACON • Marie-Louise THEETTEN •
 Christel THOREL • Monique THOREL • Odile TILLON-FAURE • Nelly TIRE • Hélène TORRÈS • Robert TOURET
 • Eliane TOUSSAINT • Magali TRIBODET • Christine TUAL • Ghislaine TURCAN • Estelle UZUREAU-HUSSON •
 Lydia VALDES • Delphine VALLET • Huguette VALLET • Vanessa VAN ROSSEM-MAGNIANI • Martine VASSAUX
 • Arnaud VAUTRIN • Patrice VAYNE • Claude-David VENTURA • William VÉZINET • Jocelyn VIDON-BUTHION
 • Catherine VOULGARIS • Hiệp VU THANH • Chantal VULDY • Elizabeth WETSTEIN • Jean-Marc WYDRYCK •
 Elisa YAVCHITZ •

Le pilotage de l'offre de soins : un contexte exigeant, des missions renforcées

L'organisation de l'offre territoriale des soins de demain : le rôle stratégique de la DGOS	6
Une dynamique réelle engagée entre la DGOS et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales	8
Une participation active de la DGOS au CNP des ARS	9
Les outils privilégiés du pilotage : les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS)	10
Le guide méthodologique de la DGOS consacré aux SROS	12
Une communication volontariste en appui des politiques publiques	13
Les plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS)	14

Pour cette année 2011, l'attention du lecteur aura volontairement été attirée sur les modes de collaboration privilégiés entre la DGOS et les agences régionales de santé (ARS), ce que reflète l'importante contribution de la direction au CNP. Ainsi, chaque volet des politiques menées par la DGOS en matière d'offre de soins trouvera-t-il son corollaire naturel, via l'illustration par une ARS, de sa mise en œuvre sur le terrain.

L'organisation de l'offre territoriale des soins de demain : le rôle stratégique de la DGOS



« Je souhaite que la DGOS soit la maison de tous les professionnels qui travaillent au service de la santé. Mais aussi, celle des associations de patients et d'usagers. »

François-Xavier Salleret,
directeur général de l'offre de soins

Selon vous, quel doit être le rôle de la DGOS dans le pilotage de l'offre de soins ?

Lors de sa création, la DGOS s'est entièrement restructurée pour mener des missions clés : le pilotage stratégique, le contrôle, l'animation et l'évaluation de l'offre de soins hospitalière et de ville. Cela, avec 3 objectifs principaux : assurer une réponse adaptée aux besoins de prise en charge des patients et des usagers, avec notamment la structuration de l'offre de soins de 1^{er} recours, la promotion d'une approche globale de l'offre de soins et la garantie de l'efficacité et de la qualité des structures de soins, dans le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté chaque année par le parlement.

A ce titre, il lui appartient d'être en lien à la fois avec les établissements de santé - qu'ils soient publics ou privés - et la médecine de ville. De facto, elle est amenée à veiller à l'adaptation des professionnels de santé aux nouveaux enjeux du monde de la santé : cette approche globale de l'offre de soins relève à la fois de l'organisation micro-économique et de la régulation macro-économique et s'inscrit pleinement dans la nouvelle gouvernance du système de santé.

Ce rôle a-t-il évolué ces dernières années ?

Indéniablement ! La DGOS a connu une très forte mutation avec la création des agences régionales de santé (ARS) en 2010 et l'évolution de ses missions vers le champ ambulatoire, en plus de son cœur de métier que constituait jusque-là l'hôpital.

Avec cette réforme, elle a franchi une nouvelle étape de son histoire. Au-delà de ces missions régaliennes classiques - statuts, règles de déontologie, autorisations d'activités... - son rôle est aujourd'hui d'anticiper, de penser l'offre de soins de demain. D'impulser des projets, de faire connaître les pratiques innovantes en matière de qualité des soins notamment et de développer des outils dont doivent s'emparer les acteurs du système de santé pour faire évoluer les organisations et les pratiques : maisons de santé, centres de santé*, télémedecine*, chirurgie ambulatoire*, partage des informations entre professionnels*... Dans cette perspective, nous devons nous fixer un niveau d'exigence supérieur. Il nous faut identifier les bonnes pratiques, les expertiser et en assurer la diffusion la plus large auprès des professionnels et des établissements de santé. Car au-delà des efforts que la DGOS peut faire pour mieux informer ses partenaires par une communication pédagogique, je suis persuadé que l'information la plus efficace et la mieux acceptée est celle que les professionnels de santé, agissant comme de véritables relais d'opinion, assurent auprès de leurs pairs.

Retenons cependant que toute cette dynamique n'a de sens que si elle concourt effectivement à l'amélioration de la prise en charge des patients, de leur état de santé, du respect de leurs droits et de leur dignité.

Vous avez pris vos fonctions début 2012 : de quelle façon envisagez-vous les relations entre la DGOS et ses nombreux interlocuteurs ?

Je souhaite que la DGOS soit la maison de tous les professionnels qui travaillent au service de la santé. La force d'une direction d'administration centrale trouve souvent son origine dans la richesse des liens qu'elle tisse avec l'ensemble de ses partenaires. Et j'appelle de mes vœux une relation d'une grande fluidité entre nos équipes et les professionnels, leurs représentants - fédérations, conférences, ordres -, les sociétés savantes ou encore les universitaires, les chercheurs, sans oublier les associations de patients, d'usagers... Faisons collectivement en sorte que la même qualité existe dans nos relations avec les ARS, qui sont nos toutes premières partenaires. Je veux les associer à la conception de nos politiques : si la DGOS définit la stratégie, la traduction territoriale, la mise en œuvre sont de leur ressort. Enfin, le décloisonnement des approches entre les différentes directions du ministère chargé de la santé et ses partenaires me paraît également essentiel : direction générale de la santé (DGS), direction générale de la cohésion sociale (DGCS), direction de la sécurité sociale (DSS), assurance maladie... Cette approche ouverte ne peut que bénéficier à l'ensemble des acteurs du système de santé.

Quels sont vos objectifs pour optimiser le pilotage stratégique de l'hôpital ?

Nous mettons progressivement en place une « boîte à outils » qui doit renforcer l'organisation hospitalière actuelle et préparer l'hôpital à ses nouveaux enjeux. Les programmes Hôpital numérique ou PHARE* en sont quelques exemples : il est essentiel que les professionnels hospitaliers puissent évoluer dans un environnement adapté et assurant aux patients, qualité et sécurité des soins.

Au-delà, il me semble essentiel que les hôpitaux se tournent de plus en plus vers de nouvelles organisations compatibles avec la qualité, la sécurité et le coût le plus pertinent. Pour cela, ils doivent améliorer, autant que faire se peut, le recours à de nouvelles pratiques et à des prises en charges alternatives : passage à l'ambulatoire, hospitalisation à domicile, dialyse hors centre, participation à des réseaux de santé... Cela, pour construire véritablement et collectivement l'offre de soins de demain.

Les chantiers sont nombreux et les enjeux... passionnants !

**Lire les fiches dédiées*

Une dynamique réelle engagée entre la DGOS et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

« La DGOS a été l'une des directions les plus impactées par la création des ARS et le nouveau paysage sanitaire qui en découle. »

Emmanuelle Wargon, secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)

Le secrétariat général est au cœur des politiques menées par les ministères chargés des affaires sociales : selon vous, l'équilibre a-t-il pu être trouvé entre la structure que vous dirigez et les directions d'administration centrale, notamment la DGOS ?

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) a constitué le point de départ de la recherche d'un nouvel équilibre dans les relations entre les directions d'administration centrale de nos ministères et les structures régionales récemment créées. De même, la création du conseil national de pilotage (CNP), en regroupant l'ensemble des directions, des caisses nationales d'assurance maladie et la direction du budget, a initié une nouvelle façon de penser l'action collective vis-à-vis des régions et du terrain. L'un de ses objectifs est de bâtir de nouvelles synergies entre les directions pour renforcer la transversalité entre l'organisation des soins proprement dite, les actions de prévention et le déploiement des politiques dans le champ médico-social.

Dans ce nouveau cadre, la DGOS a été l'une des directions les plus impactées, du fait même de ses missions, qui se trouve en lien avec une grande partie de l'action des ARS.

Des enjeux importants d'évolution du système de santé sont à prendre en considération, en particulier autour du développement de la chirurgie ambulatoire, de la réorganisation des activités au niveau des territoires avec reconversion de structures et déploiement de coopérations, de la mise en place d'un accès garanti et organisé aux soins de proximité... Ainsi, le SGMAS accompagne et relaie l'action de la DGOS en direction des ARS, en particulier par l'élaboration et le suivi des contrats d'objectifs et de moyens signés entre chaque agence et l'Etat.

En lien avec la DGOS, l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et la direction des ressources humaines (DRH) des ministères chargés des affaires sociales, le SGMAS pilote un programme d'accompagnement des compétences des équipes des ARS, en particulier pour répondre à l'enjeu fort de la performance des établissements de santé porté par la DGOS : indicateurs de qualité et de sécurité*, nouvelle comptabilité analytique*...



La mise en place du fonds d'intervention régional (FIR)* en 2012, piloté par le SGMAS, est aussi l'occasion d'un lien renforcé avec les DAC, dans la mesure où les sources de ce fonds sont abondées par des crédits antérieurement gérés de façon centralisée par le ministère : la DGOS principalement, mais aussi la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Pour tous ces sujets, le SGMAS agit en facilitateur, dans le contexte nouveau d'une gouvernance unifiée passant par le CNP, portant la voix des ARS dans les discussions nationales tout en organisant aussi, sur le terrain, les échanges de pratiques entre les régions au moyen de différents réseaux thématiques : directeurs de la performance, directeurs de la communication, responsables de la veille et de la sécurité sanitaires, directeurs de l'offre de soins...

Dans l'exercice de ces missions, la DGOS constitue un partenaire incontournable qui a prouvé une capacité de vision stratégique alliée à une grande réactivité.

*Lire les fiches et l'encadré dédiés

Une participation active de la DGOS au CNP des ARS

« L'année 2011 aura été marquée par un essor considérable de la production de la DGOS au CNP. »

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

Selon vous, l'année 2011 a-t-elle confirmé la pertinence d'un pilotage national intégré des agences régionales de santé (ARS) ?

La création du conseil national de pilotage (CNP) des ARS a répondu à une volonté de gouvernance plus collégiale et décloisonnée au niveau national, en miroir des attributions des ARS : mieux réguler le système de santé en renforçant la coopération entre l'Etat et l'assurance maladie, afin d'éviter que les agences ne soient exposées à des injonctions contradictoires. Sans être sûr d'y être totalement parvenu, il est possible d'affirmer que de réels progrès ont été accomplis à cet égard.

Le CNP, qui réunit 2 fois par mois toutes les directions du ministère et des caisses d'assurance maladie, a considérablement favorisé les échanges et enrichi les débats entre les diverses parties prenantes. Cela, au plus haut niveau des responsables du système de santé, qu'ils représentent l'Etat ou l'assurance maladie.

Ce pilotage national intégré permet de porter, sur l'ensemble du champ des compétences dévolues aux ARS, une vision globale et stratégique ; surtout, d'apporter aux orientations stratégiques que le CNP leur fixe, une meilleure cohérence. Et cela, sans aucunement déposséder les directions « métiers » de l'administration centrale. Ainsi, la DGOS a gagné à la fois en lisibilité et en visibilité de ses actions, tout en enrichissant ses propositions grâce aux débats ou aux demandes d'explicitation exprimées par ses partenaires du CNP. Loin d'avoir perdu à l'exercice, la DGOS se voit reconnaître aujourd'hui une légitimité plus forte sur les chantiers de sa responsabilité.

De quelle façon la DGOS intervient-elle dans la mise en œuvre de la politique de l'offre de soins ?

Depuis la mise en place des ARS, la DGOS assure un rôle capital dans le pilotage de l'offre de soins et des ressources humaines du système de santé, rendu nécessaire tant par l'ampleur des réformes engagées que par l'impérieuse nécessité d'accompagner les hôpitaux publics dans leurs efforts vers un retour à l'équilibre financier.

C'est la raison pour laquelle la DGOS assure aux ARS un accompagnement méthodologique très étendu, dans des domaines aussi divers que la mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), le



développement de la télémédecine, les missions d'intérêt général (MIG), le programme Hôpital numérique, les droits des patients et des usagers...

Peut-on vraiment parler d'une nouvelle dynamique ?

Plutôt qu'une nouvelle dynamique - car je n'ai pas observé auparavant un infléchissement de l'effort de production de la direction -, je parlerais d'une nouvelle étape. 2011, année de signature de la totalité des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre le CNP et les ARS, aura également été marquée par un essor considérable de la production du CNP. Pour sa part, la DGOS aura été à l'origine de 112 instructions validées sur un total de 310 pour l'ensemble des directions et des autres structures de l'Etat, comme le centre national de gestion (CNG)*, par exemple.

A n'en pas douter, l'année 2012 verra le développement de l'évaluation des politiques, corollaire indispensable du renforcement croissant du rôle des ARS et d'un pilotage national performant.

*Lire la rubrique dédiée aux opérateurs de la DGOS

Les outils privilégiés du pilotage : les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS)

« Les SROS constituent un outil de régulation, à la fois organisationnelle et financière, de l'offre de soins. »

Olivier Obrecht, chargé de mission offre de soins et performance hospitalière et **Nicolas Prisse**, chargé de mission PRS et santé publique au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), **Patrick Pourias**, adjoint à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (DGOS)

On a beaucoup parlé des précédents SROS, dits SROS « de 3^{ème} génération » ou « SROS 3 » : quels sont les enjeux spécifiquement liés aux prochains SROS ?

De l'avis de tous les décideurs concernés, la création des agences régionales de santé (ARS), par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), a répondu à la nécessité - longtemps ressentie - de disposer d'une stratégie globale et intégrée de la santé en région. Cela, dans un but essentiel : répondre toujours mieux aux besoins et au plus près de la population.

C'est l'enjeu même des projets régionaux de santé (PRS), instruments du pilotage stratégique de l'action des ARS. Composés de 3 volets, ils définissent dans chaque région, pour 5 ans, les réponses aux besoins de santé en prenant en compte les spécificités régionales et locales : l'état de santé de la population, les modalités de recours aux soins, les déterminants sociaux...

Premiers volets des PRS, les plans stratégiques régionaux de santé (PSRS) ont tous été adoptés mi-2011. Région par région, ils ont défini les orientations de santé ainsi que les objectifs associés en matière de prévention, de qualité et d'efficience des prises en charge, d'amélioration de l'accès aux professionnels, aux établissements et aux services de santé. Les 2 autres volets sont les schémas et les programmes.



Nicolas Prisse / Olivier Obrecht / Patrick Pourias

Projet régional de santé



Les 1^{ers}, les schémas régionaux, déclinent dans leur nouvelle approche la stratégie d'action des PSRS dans les domaines de la prévention - on parle alors de « schémas régionaux de prévention » - des soins dispensés en structure hospitalière et libérale - les fameux « SROS », schémas régionaux d'organisation des soins, hospitaliers et ambulatoires - et de l'accompagnement médico-social - dits « schémas régionaux de l'organisation médico-sociale » -. Les 2^{nds}, les programmes d'application, complètent les schémas pour leur mise en œuvre, chacun encadrant un dispositif spécifique d'actions : programmes régionaux de télémédecine, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis...

L'élaboration des schémas a constitué un enjeu important pour les ARS en 2011. Mais le passage d'une vision globale de la santé lors des travaux sur les PSRS, à une approche par secteur au moment de la rédaction des schémas, comportait a priori le risque de réduire la qualité et la dimension transversale du pilotage. Ce risque a pu être contourné grâce à la mobilisation de tous les acteurs.

Précisément, comment garantir un pilotage transversal de la santé en région et répondre, en cela, aux objectifs initiaux ?

Face à cet enjeu, la DGOS et le SGMAS ont travaillé de concert pour soutenir les ARS dans leur effort de rédaction de schémas cohérents et convergents, en lien avec la direction générale de la santé (DGS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Différents outils nationaux d'aide à la rédaction des schémas ont été produits, lesquels ont tous insisté sur la complémentarité nécessaire des approches par secteur. Les correspondants PRS des ARS ont été réunis à 5 reprises en 2011 pour, notamment, travailler les articulations entre les schémas. Entre ces réunions, le SGMAS a mené l'animation d'un groupe national associant l'administration centrale et la CNSA pour fournir un cadre national cohérent, élaborer des outils, anticiper les difficultés et répondre aux besoins des ARS.

L'articulation et la complémentarité entre les offres de prévention, de soin et d'accompagnement médico-social ont été travaillées au sein des ARS avec l'appui des services centraux, notamment par une approche autour de « parcours de santé ». Elles se sont traduites par la recherche de trajectoires plus fluides élaborées par les différents professionnels des 3 secteurs. L'idée n'est pas nouvelle mais les ARS ont désormais beaucoup de leviers pour identifier et atténuer, sur un territoire donné, les points de rupture dans les prises en charge concernant une pathologie ou une population. Nombre de ces points de rupture concernent précisément le passage d'un secteur à l'autre : par exemple, améliorer le recours aux établissements de santé pour les personnes accueillies en établissement pour personnes âgées, préparer et gérer au mieux la sortie d'hospitalisation en liaison avec la ville ou le secteur médico-social, coordonner l'action des acteurs de la prévention et du soin à des âges clés comme l'adolescence... C'est sur ces points que nous devons à présent nous focaliser.

**Lire les fiches et l'encadré dédiés*

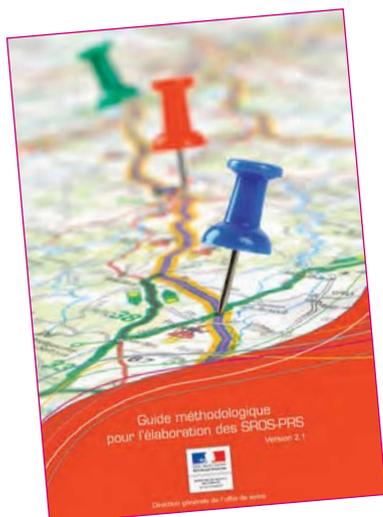
Très concrètement, où en est la mise en œuvre des SROS sur le terrain ?

A ce stade, 17 ARS ont arrêté leurs PRS, incluant leurs SROS : les autres y parviendront avant fin 2012. Cela étant, la majorité des ARS est actuellement en phase de mise en œuvre concrète des objectifs à atteindre : pour le volet hospitalier notamment, cela passe par le renouvellement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), signés entre les ARS et les établissements de santé en conformité avec les PRS. En parallèle, les ARS poursuivent les dialogues établis avec les professionnels de santé, les managers hospitaliers, les élus et l'ensemble des partenaires pour articuler, partager au mieux les objectifs à atteindre et les actions à mener, notamment via la signature de contrats locaux de santé. Enfin, dans le cadre de la partie ambulatoire des SROS - c'est-à-dire les soins de ville -, les ARS élaborent un zonage pluri-professionnel et un zonage spécifique aux infirmiers libéraux*, afin de favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé et des structures d'exercice coordonné*.

*Lire la fiche et l'encadré dédiés

+ Com

Mise en ligne du guide



Le guide méthodologique de la DGOS consacré aux SROS

Cécile Behaghel, adjointe au chef du bureau de l'évaluation, des modèles et des méthodes (R5), **Marion Paufigues et Adrien Debever**, chargés de mission au bureau R5

Afin de fournir aux ARS tous les éléments permettant de répondre à leurs objectifs, la DGOS a élaboré en 2011 un guide méthodologique d'élaboration des SROS. Objectif : présenter les orientations nationales d'organisation des soins ainsi que les méthodologies recommandées que les ARS doivent prendre en compte - et surtout adapter - selon les spécificités locales des régions.

Outre toutes les données utiles, ce guide - accessible en ligne sur le site du ministère - indique les dernières orientations sur les missions de service public (MSP), confirmées par un décret en conseil d'État entré en vigueur le 27 avril 2012. Les SROS publiés antérieurement à cette date devront être modifiés : un document spécifique a été mis à disposition pour répondre aux interrogations des ARS sur le nouveau cadre juridique d'attribution des MSP.

Par ailleurs, afin de conférer aux SROS toute leur portée et pour que la maîtrise du volume d'activité des établissements de santé soit une priorité pour les ARS, 2 leviers ont été activés en accompagnement du guide méthodologique de la DGOS. Le 1^{er}, un dialogue national et régional, a porté sur le pilotage de l'activité et débouché sur la mise en place d'indicateurs. Un guide méthodologique complémentaire a été diffusé fin 2011 pour aider les ARS à construire une démarche de pilotage fondée sur l'analyse de la consommation de soins : il s'agit ainsi pour les agences d'établir, de manière partagée avec les représentants locaux des établissements de santé, des cibles d'activité par territoire de santé à partir de l'analyse des taux de recours et ce, sur la majeure partie de l'activité hospitalière couverte par les SROS. Second levier : un chiffrage du volet hospitalier des SROS mesurant, de façon homogène entre les régions, l'impact financier entre la période initiale d'élaboration - 2012 - et la période finale - 2017 -.

Une communication volontariste en appui des politiques publiques

« En interface avec le SGMAS, la DGOS a pu s'appuyer sur les services communication des ARS, qui ont largement accompagné dans chaque région la plupart de ses opérations nationales. »

Anne-Catherine Ferrari, responsable de la communication du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et **Stéphane Grossier**, chef de la mission communication de la DGOS



Stéphane Grossier / France Quatremerre / Anne-Catherine Ferrari / Lucie Dufour / Aurélien Chauveau / Sarah le Borgne / Michel Chapon

La création des ARS est relativement récente : pour autant, il semblerait que celles-ci aient su s'affirmer dans le paysage institutionnel régional ?

Absolument : c'est à la fois une grande satisfaction et une exigence forte ! Une satisfaction car, moins de 2 ans après leur création, les ARS sont en effet déjà connues et reconnues : pour preuve, une étude de notoriété et d'image menée début 2012 auprès d'élus, de professionnels, d'acteurs de la santé et du secteur médico-social, qui a fait ressortir le niveau élevé de notoriété des agences. Cette étude montrait que 58 % des personnes interrogées citaient spontanément les ARS parmi les organismes publics participant à l'organisation du système de santé dans les régions.

Plus encore, 87 % déclaraient connaître - spontanément ou de manière assistée - les ARS. Celles-ci sont perçues comme des interlocutrices légitimes et compétentes : parmi ceux qui les connaissent, 70 % déclaraient globalement en avoir une bonne image. Une exigence aussi car les ARS véhiculent 2 valeurs positives : celles de service public et d'expertise. L'enjeu est de taille : il ne faut décevoir ni les interlocuteurs nationaux des agences, ni les professionnels, les élus ou les interlocuteurs locaux, ni les représentants des usagers... voire le grand public, qui découvre petit à petit l'existence et les missions de ces nouvelles structures.

En quoi la communication peut-elle être un vecteur de synergie entre le SGMAS, une direction comme la DGOS et les ARS ?

Dans le domaine de la communication - comme sur le champ, plus global, des politiques publiques engagées par l'administration centrale de nos ministères -, les ARS se positionnent en tant que relais efficaces et pragmatiques. En interface avec la cellule communication du SGMAS, la DGOS a pu s'appuyer sur les services communication des ARS, qui ont largement accompagné dans chaque région la plupart de ses opérations nationales : la 1^{ère} semaine de la sécurité des patients et la « mission mains propres » annuelle*, la campagne d'information sur le contrat d'engagement de service public (CESP), sans compter « l'année des patients et de leurs droits »*, qui les aura largement mobilisées à travers un dispositif de labellisation de projets exemplaires et la réédition du concours « Droits des patients ». De leur côté, le SGMAS et la DGOS ont aussi mené conjointement plusieurs événements ou projets éditoriaux communs, notamment - et avec l'appui des ARS - la création des 26 plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS)*.

On peut véritablement parler de convergence d'action, voire de synergie, entre la communication du SGMAS et celle de la DGOS. Celle-ci se trouve d'ailleurs sa traduction au sein de la « commission communication ARS », à laquelle sont conviés les responsables de la communication de 3 ARS représentatives, ceux des directions des ministères chargés des affaires sociales, de leurs opérateurs et des caisses nationales d'assurance maladie. Cette commission permet de passer en revue l'ensemble des projets de communication nationaux du secteur santé, d'en envisager la bonne articulation, d'informer en amont les ARS des campagnes à venir et des outils mis à leur disposition. Mais également de recenser les besoins et les questions « pratiques » des agences : il est en effet indispensable de ne pas les cantonner à une simple déclinaison d'opérations mais, au contraire, de tenir compte de leurs spécificités et de s'assurer que toutes les modalités d'action envisagées sont réalistes... et donc réalisables.

Quelles sont les prochains défis qui attendent les ARS dans le domaine de la communication ?

Les ARS sont autonomes : chaque programme de communication est donc différent d'une agence à l'autre, au regard des spécificités populationnelles, géographiques, sociales, sanitaires de chaque région. Cela étant, on peut estimer globalement que la communication à l'égard des professionnels de santé, hospitaliers comme libéraux, s'est nettement renforcée, en particulier depuis la mise en place des PAPS.

Cette priorité sera maintenue en 2012. En parallèle, il faudra monter en puissance sur la communication vis-à-vis des représentants des usagers et du grand public en général, dont les ARS ont également à assurer l'information sur le champ de la prévention, de l'accueil en structure hospitalière ou libérale, de la dépendance, du handicap... Qui, mieux que les ARS, est bien placé pour informer les citoyens sur les grandes orientations du système de santé en région, les évolutions qui auront une incidence directe, dans un territoire donné, sur la prise en charge des patients et l'accompagnement de leur entourage ? Chacun d'entre nous est en droit de connaître à la fois les enjeux de santé de sa région et les moyens mis en œuvre, sous l'égide des ARS, pour y répondre. Continuons à travailler tous ensemble pour y parvenir !

**Lire les fiches et l'encadré dédiés*

Les plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS)



Anne-Catherine Ferrari, responsable de la communication du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et **Sarah le Borgne**, chargée de communication au SGMAS

Instaurées par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), les plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) ont vocation à rendre lisible et cohérente l'offre à destination des professionnels de santé. Objectif ? Informer et faciliter l'orientation de ces professionnels, en exercice ou en formation, vers les services proposés par les différents acteurs en région et les accompagner aux différents moments clés de leur carrière.

Ainsi, les PAPS proposent une information des professionnels en formation, un accompagnement des professionnels autour de projets d'exercice coordonné, une aide à l'installation.

Les 26 sites internet régionaux, qui constituent l'un des volets du dispositif, ont été mis en ligne le 1^{er} juillet 2011. Pour construire ces 26 sites, la DGOS a proposé des contenus types aux agences régionales de santé (ARS), que celles-ci ont par la suite enrichis et complétés par des informations de nature régionale. Une 2^{ème} version des PAPS sera développée entre 2012 et 2013, ouvrant sur de nouveaux services.

La DGOS : les 1^{ers} résultats d'une nouvelle organisation aboutie

La présentation de la DGOS	16
Les chiffres clés de la DGOS	18
Le plan stratégique	20
La fonction veille et stratégie	20
L'infocentre de la DGOS et la plateforme ArianeWeb	22
Le contrôle de gestion	23
Le contrôle interne budgétaire et comptable	24
Une expertise indispensable à nos côtés, les opérateurs de la DGOS : l'ANAP, l'ATIH, le CNG	26

Depuis sa création en mars 2010, la DGOS est devenue un acteur primordial du champ de la santé. Se substituant à l'ancienne direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), elle s'inscrit aujourd'hui pleinement dans la nouvelle gouvernance du système de soins, toute entière tournée vers le pilotage stratégique et l'impulsion de politiques au niveau national.

La présentation de la DGOS

L'ensemble des missions de la DGOS s'articule autour d'un objectif majeur : celui de construire l'offre de soins de demain, organisée, cohérente et accessible.

Un plan stratégique, composé de 4 axes essentiels, constitue sa feuille de route : garantir l'accès de tous à l'offre de soins, améliorer la performance des offreurs de soins, piloter la régulation de l'offre de soins, développer la performance interne à la DGOS.

Membre actif du conseil national de pilotage des agences régionales de santé (ARS), sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la DGOS agit selon des modalités volontaristes et innovantes au niveau du pilotage stratégique, de la démarche projet, de l'animation, de l'appui et de l'accompagnement, de l'évaluation. Tout cela, dans un domaine de compétences élargi désormais à l'ensemble de l'offre de soins et non plus restreint au seul secteur hospitalier.

Pour le compte du ministère chargé de la santé, la DGOS a en charge l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques susceptibles d'apporter des solutions aux grands défis auxquels fera face le système de santé dans les prochaines années. Concrètement, il s'agit de répondre aux besoins de soins grandissants de la population tout en assurant la pérennité d'un financement solidaire. En ce sens la DGOS met en œuvre des plans d'action qui visent prioritairement à la réalisation d'objectifs opérationnels :

- promouvoir une approche globale, décloisonnée, équilibrée de l'offre de soins, assurés aussi bien en ville qu'à l'hôpital ou en clinique, en maison ou en centre de santé, en cabinet libéral... ;
- définir la réponse sanitaire la plus adaptée aux besoins de prise en charge, en assurant notamment les complémentarités et la coordination des offreurs de soins pour améliorer le parcours des patients ;

- améliorer 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).

Pour ce faire, la DGOS s'est structurée autour de 3 sous-directions - placées sous l'autorité d'un **chef de service**, adjoint au **directeur général** - et d'un département stratégie-ressources :

- la sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R) s'attache aux 2 dimensions organisationnelle et financière de l'offre de soins afin de garantir l'égalité d'accès à toutes les activités de soins, ainsi que le maillage des structures de prise en charge au sein des territoires de santé ;

- la sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF) veille à la qualité et à la sécurité des soins, aux conditions de l'efficience médico-économique des établissements de santé - publics et privés - et à l'innovation, notamment à la recherche clinique ;

- la sous-direction des ressources humaines du système de santé (RH2S) apporte des réponses aux besoins démographiques en professionnels de santé - médicaux et non médicaux -, organise leur formation, détermine les conditions d'exercice de leurs fonctions, les mobilise là où ils sont nécessaires tout en répondant à leurs aspirations ;

- le département stratégie ressources (DSR), placé aux côtés du directeur général, regroupe toutes les fonctions transversales de la direction : coordination de l'élaboration du plan stratégique, veille stratégique et prospective sur le champ de l'offre de soins, politique à l'égard des usagers de l'offre de soins, communication interne et externe de la direction, fonctions supports.

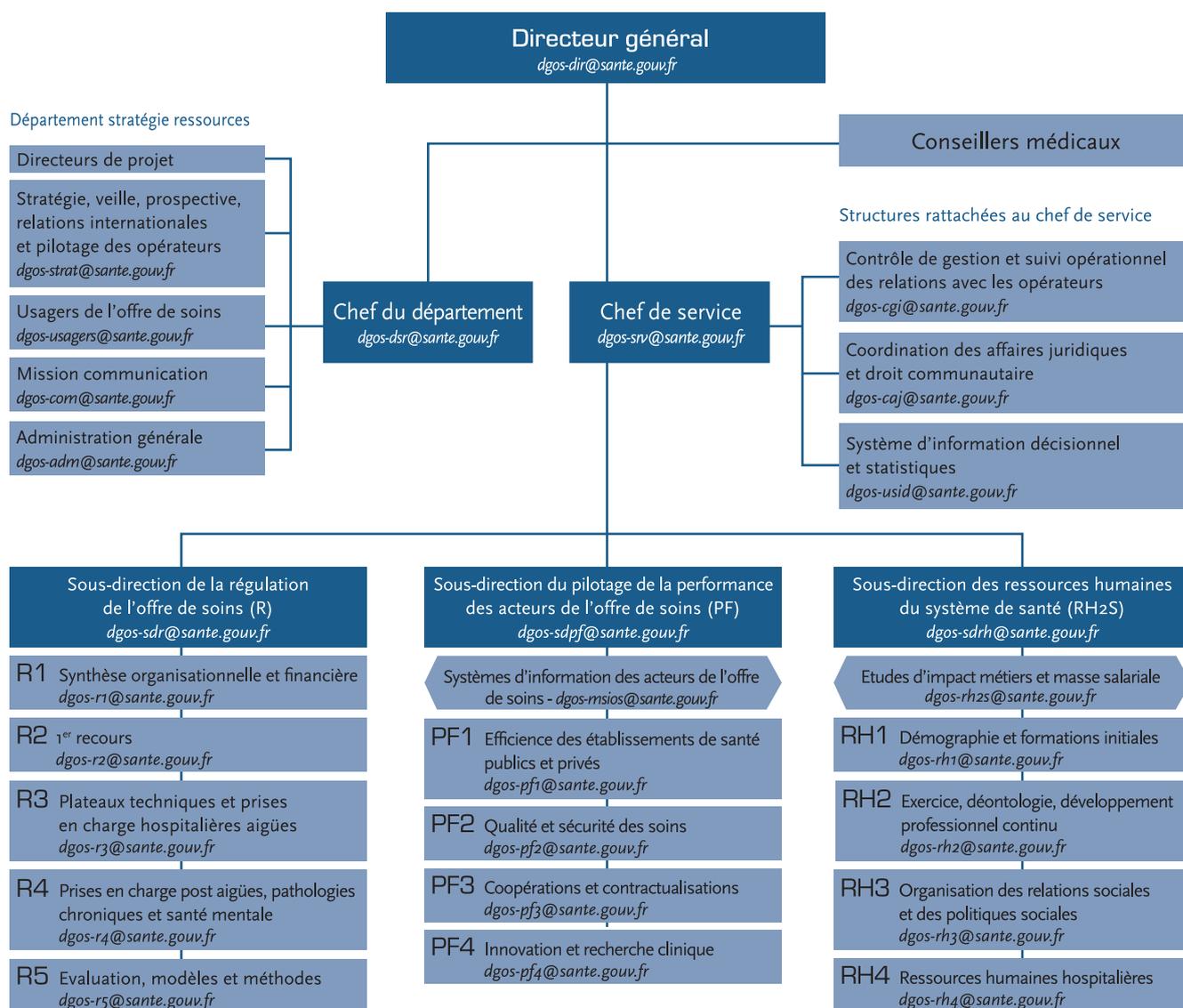
Pour garantir la cohérence de l'alignement stratégique des sous-directions métiers et leur management opérationnel, le chef de service dispose de 3 entités à ses côtés : **une cellule de contrôle de gestion, une cellule des affaires juridiques, une unité du système d'information décisionnel.**

Autour des priorités fixées par les ministres qui assurent sa tutelle, la DGOS focalise son action autour de dossiers stratégiques, parmi lesquels :

- la mise en œuvre de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) - structuration des territoires de santé*, en lien avec les ARS, gouvernance des hôpitaux publics*, coopérations entre structures et entre professionnels*, démographie et répartition des professionnels*... - et de la loi dite « Fourcade », qui aménage certaines de ses dispositions ;

- le renforcement de la politique en faveur des droits des patients et des usagers de la santé* ;
- la réflexion autour de la pertinence des soins et la structuration de filières coordonnées ;
- la poursuite de la politique d'indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction de la prise en charge des patients* ;
- la valorisation de l'exercice médical*, la réingénierie des diplômes paramédicaux et la déclinaison du dispositif européen licence master doctorat (LMD)* ;

- le suivi du développement professionnel continu*, qui refonde la formation continue des professionnels de santé ;
- l'accompagnement du dialogue social pour les professionnels de santé* ;
- le pilotage du programme Hôpital numérique* dédié aux systèmes d'information hospitaliers ;
- la mise en œuvre du versant hospitalier des plans de santé publique* ;
- la maîtrise des dépenses de santé et la régulation de l'enveloppe hospitalière de l'ONDAM (+ de 70Md€)*.



*Lire les fiches dédiées

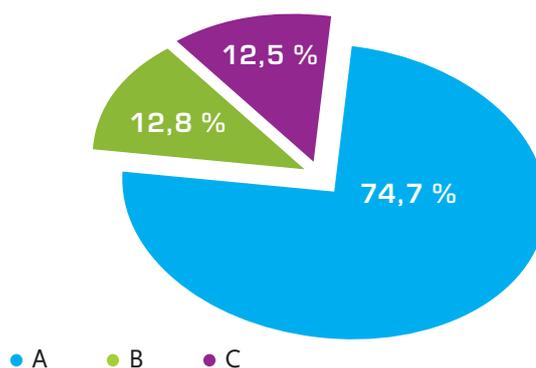
Les chiffres clés de la DGOS

289 agents en 2011, répartis de la manière suivante :

Répartition femmes/hommes	
Femmes	78 %
Hommes	22 %

Répartition par catégorie	
Catégorie A	216
Catégorie B	37
Catégorie C	36
Total	289

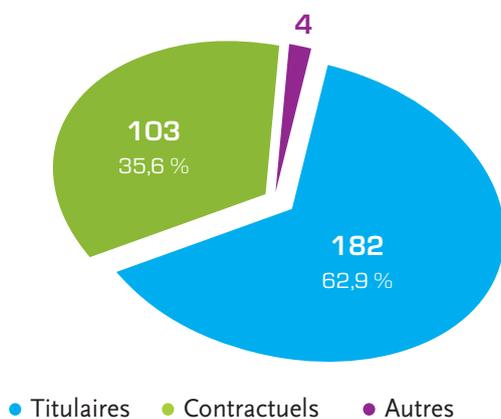
Répartition des agents DGOS par catégorie



Répartition de l'encadrement par sexe		
	Femmes	Hommes
Direction	1	0
Echelon chef de service	2	3
DSR	6	5
Sous-direction R	9	6
Sous-direction PF	7	6
Sous-direction RH2S	11	3
Total	36	23

En 2011, un nombre de femmes dans les emplois d'encadrement dépassant toujours celui des hommes.

Répartition titulaires / contractuels



Répartition par âge	
< 25 ans	1,7 % des effectifs
De 26 à 35 ans	23,9 %
De 36 à 45 ans	23,9 %
De 46 à 55 ans	22,8 %
De 56 à 65 ans	27 %

En 2011, un âge moyen de 47,8 ans.

Formation

En 2011, un taux de 55,71 % des agents ayant suivi une formation en 2011.

Courrier

→ **Courrier classique** : 3 468 départs (contre 3 258 en 2010).

→ **Questions écrites** : 558 départs en 2011 (contre 91 en 2010).

→ **Courriers parlementaires** : 164 départs en 2011 (contre 637 en 2010, explicables par le remaniement gouvernemental).

Textes

Participation à l'élaboration de 2 lois*

→ 52 décrets

→ 256 arrêtés

→ 40 circulaires

→ 30 décisions

→ 25 instructions

* *Loi du 5 juillet relative à la réforme des soins sans consentement et loi dite « Fourcade » du 11 août modifiant la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST)*



Nathalie Poyau / Ghislaine Turcan / Rolande Batschelet / Elisabeth Wetstein / Josiane Racine / Catherine Meunier / Laurence Cluzel / Jean-Marc Wydryck / Yves Denizot / Marie-Christine Douzima / Nathalie Nizan / Sophie Esteves / Armelle Abanes / Michèle Desbrée / Catherine Caidis

- **4 types de documents produits pour les agents**
- **1 réseau et 1 comité de veille dédiés**

Le plan stratégique

Sandrine Pautot, chef de la mission de la stratégie, de la veille, de la prospective et du pilotage des opérateurs, département stratégie ressources et **Sylvia Breton**, chef de la cellule de contrôle de gestion

Intitulé « Construire ensemble l'offre de soins de demain », le plan stratégique 2011-13 constitue une véritable feuille de route pour la DGOS. Il permet à la direction d'inscrire son action dans une perspective à moyen terme et favorise la cohésion interne des équipes.

Quatre axes structurent le plan stratégique et reflètent l'ensemble de l'activité de la DGOS : l'accès aux soins, la performance des acteurs, la régulation de l'offre et l'organisation interne de la direction. Autant d'enjeux auxquels la DGOS doit répondre.

La mesure de l'effectivité des actions conduites passe par l'évaluation de la performance interne, permettant le pilotage opérationnel des équipes à partir de l'analyse des résultats.

Pour l'année 2011, la réalisation des livrables a été suivie au semestre et selon 2 angles : par axe stratégique et par structure interne. Le bilan porte sur 387 livrables prévus : 276 ont trouvé leur accomplissement dans les délais, soit un taux de réalisation général de 71 %. A retenir : ce 1^{er} exercice a permis de mettre en lumière la forte implication des équipes dans la réalisation du plan stratégique.

Le management de la DGOS a pu mesurer l'efficacité du comité de pilotage des plans d'action et des projets transverses (COPAT)*, instance interne qui confirme son rôle de facilitateur dans la réalisation du plan stratégique. En effet, les livrables faisant également l'objet d'un suivi en COPAT enregistrent un taux de réalisation - 81 % - notablement supérieur au taux général.

Le caractère transversal des actions menées par la DGOS est très nettement perceptible : 69 % des livrables prévus sont envisagés avec des partenaires internes ou externes. L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) représente le principal partenaire de la DGOS, associée à près d'un quart des livrables prévus.

**Lire la fiche consacrée au contrôle de gestion*

La fonction veille et stratégie

« *La DGOS a souhaité renforcer ses capacités d'analyse stratégique en développant une fonction de veille et de prospective.* »

Sandrine Pautot, chef de la mission de la stratégie, de la veille, de la prospective et du pilotage des opérateurs, département stratégie ressources

A quel besoin précis la mission stratégie, veille et prospective répond-elle ?

Le contexte actuel fait que notre système de santé est confronté à des défis multiples - vieillissement de la population, démographie médicale, articulation entre les différents acteurs - et à un environnement en évolution permanente - progrès techniques, conjoncture économique, gouvernance du système de santé -. Pour la DGOS, il est nécessaire d'anticiper ces évolutions pour piloter avec efficacité la politique de l'offre de soins. La capacité de la DGOS à surveiller les tendances, les idées et les faits porteurs de changement, ainsi qu'à définir les évolutions souhaitables de l'offre de soins, devait par conséquent être renforcée.

Dans le cadre de sa nouvelle organisation, la DGOS s'est donc mise en ordre de marche pour se doter de capacités d'analyse stratégique, en développant une fonction de veille et de prospective dont l'animation est confiée à la mission stratégie du département stratégie ressources. L'année 2011 aura permis de structurer et d'assurer en interne la montée en charge du dispositif de veille et à en assurer la lisibilité. L'année 2012 sera, elle, consacrée à assurer la visibilité externe de l'activité de veille stratégique de la DGOS en nouant des contacts avec d'autres partenaires : grandes écoles, IRDES, centre d'analyse du Premier ministre... Cela, en vue d'intégrer un réseau externe d'experts.

Comment votre action se structure-t-elle ?

Les activités de veille et de prospective s'organisent autour de plusieurs objectifs : alerter, c'est-à-dire surveiller les sources d'information françaises, européennes et internationales, repérer les faits marquants et porteurs d'avenir, collecter les résultats d'évaluation des politiques publiques en santé, analyser, synthétiser, diffuser l'information collectée. Mais aussi orienter, ouvrir la direction aux idées nouvelles et aux enjeux du futur en animant des laboratoires d'idées avec un public d'horizons différents, nourrir le processus de décision avec les informations recueillies. Sans oublier d'anticiper, de conduire des études et des exercices de prospective pour dégager des scénarii à moyen et long terme sur l'offre de soins. Et en interne, animer, faire essaimer la culture de veille en favorisant son intégration dans les activités quotidiennes des entités de la DGOS, sur la base du plan de veille et grâce à un réseau et à un comité dédiés.

Très concrètement, quels sont vos modes de fonctionnement ?

Etant donné la variété des domaines et des sujets traités par la DGOS, la veille doit être un processus intégré au sein de chaque bureau, de chaque mission, de chaque sous-direction. C'est pourquoi la DGOS a privilégié la mise en place d'un réseau de veille intégré réunissant les bureaux métiers autour de la mission stratégique. Un comité de veille a été créé : il propose notamment un plan de veille qui définit les axes de surveillance sur les thématiques porteuses d'avenir, en les alignant sur les objectifs du plan stratégique de la direction pour s'assurer de leur cohérence. Par ailleurs, la mission stratégique met à disposition de tous les agents plusieurs types de documents : l'alerte sur une information urgente ; le flash de veille pour rendre compte en quelques lignes d'un fait marquant ou porteur d'informations susceptibles de faire évoluer la conduite de notre action ; le bulletin de veille, qui rassemble, sous la

forme d'une lettre périodique diffusée par messagerie, les informations susceptibles de présenter un impact sur les activités des bureaux ou des missions ; la note d'analyse, qui fait le tour d'horizon en quelques pages sur un sujet clé et s'appuie sur des études, des statistiques et des entretiens avec des experts. Enfin, les « matins de la prospective », nouvellement mis en place et résolument tournés vers l'avenir, s'inscrivent dans un cycle de rencontres régulières entre la DGOS et ses partenaires. Objectif ? Nourrir la réflexion prospective sur des thématiques variées sur l'organisation future de l'offre de soins et renforcer les échanges avec les différents acteurs du monde de la santé - professionnels, industriels ou encore chercheurs - dans le cadre d'un processus de « fertilisation » croisée.



Brigitte Garbi / Hiệp Vu Thanh / Sandrine Pautot

- **8 observatoires, quelque 10 000 utilisateurs**
- **4 domaines de recherche au sein de la plateforme ArianeWeb**
- **800 requêtes traitées par l'USID en 2011**

L'infocentre de la DGOS et la plateforme ArianeWeb

« *La DGOS doit disposer d'indicateurs de simulation, afin d'anticiper l'impact des politiques publiques en cours de conception ou de déploiement.* »

Jérôme Dupont, chef de l'unité du système d'information décisionnel (USID)

La DGOS se positionne clairement sur le champ du pilotage stratégique : pouvez-vous nous dire en quoi une remontée d'informations régulière et performante est essentielle ?

C'est l'une des raisons même de l'existence de l'USID au sein de la direction : collecter le maximum d'informations liées à l'offre de soins et les restituer dans un infocentre sous forme de bases de données et de tableaux de bord d'indicateurs nécessaires au pilotage. A court terme, l'objectif est de pouvoir croiser les données et de produire des indicateurs à plusieurs dimensions, notamment rétrospective et prospective. A moyen terme, cela doit nous permettre de disposer d'indicateurs de simulation, afin d'anticiper l'impact des politiques publiques en cours de conception ou de déploiement.

Par quels moyens cette mise à disposition d'informations se traduit-elle ?

A partir de l'infocentre de la DGOS, baptisé Ariane, les informations recueillies du terrain sont traitées par l'USID et mises à la disposition des équipes de la direction, mais aussi des agences régionales de santé (ARS) - voire des établissements de santé - via différents supports.

Premiers d'entre eux : les 8 observatoires thématiques de la DGOS*, qui fournissent aux utilisateurs des bases de données comparatives, des services d'annuaires, des données chiffrées, des statistiques...

En 2011, l'USID a innové et mis en place « ArianeWeb », plateforme de restitution directe de l'infocentre Ariane. Destinée à tous les agents de la DGOS, elle propose de multiples services, dont la production individualisée de supports paramétrables, avec restitution d'informations sous forme de tableaux et de graphiques exportables vers différents formats bureautiques. Mais aussi, la gestion des demandes internes de prestations adressées à l'USID, sans oublier des annuaires sur les établissements avec une fiche de synthèse sur les informations disponibles pour chacun d'entre eux.

Cette évolution considérable commence à produire ses premiers résultats : le temps passé par les équipes à chercher l'information utile est réduit et peut être réinvesti à des tâches d'analyse et de réflexion. Cela, à partir d'informations de meilleure qualité.

**Se reporter au rapport d'activité 2010 de la DGOS (édition 2011)*



Christophe Andreoletti / Jonathan Mancier / Catherine Riegel / Laëtitia Collombet / Fabrice Frain / Chantal Lechevalier / Thibault Gerdil-Margueron / Catherine Eluau / Jérôme Dupont

- **60 actions transverses suivies ou en cours de suivi**
- **4 axes et 61 plans d'actions pour le plan stratégique**

Le contrôle de gestion

« Notre objectif : faciliter l'appropriation des enjeux au sein des équipes et favoriser une culture collective du résultat. »

Sylvia Breton, chef de la cellule contrôle de gestion et suivi opérationnel des relations avec les opérateurs (CG)

D'aucuns peinent à concilier les notions de pilotage stratégique et de contrôle interne. Celles-ci ne s'inscrivent-elles pas au contraire dans la même logique ?

Bien sûr. La diffusion d'une même culture professionnelle au sein d'une direction vouée au pilotage stratégique nécessite pour la DGOS de se doter d'outils de pilotage garants d'une bonne performance interne. De même, des méthodes de travail fondées sur la gestion de projet et le management par objectif sont vivement encouragées car elles favorisent la transversalité au moyen d'une coordination accrue. La DGOS souhaite clairement se démarquer du mode d'organisation traditionnellement en place dans les administrations centrales, à savoir en « tuyaux d'orgue ». Ainsi, le rôle de la cellule contrôle de gestion est d'impulser et de soutenir la modernisation des processus métiers et des outils associés, afin de favoriser un fonctionnement interne plus transverse et d'offrir à la DGOS un regard d'ensemble.

Concrètement, comment se manifeste ce contrôle interne ?

Pour améliorer le pilotage interne, la DGOS s'est dotée d'une instance dédiée, le comité de pilotage des plans d'action et des projets transverses (COPAT) : présidé par le chef de service, il réunit 2 fois par mois les 3 sous-directeurs de la direction, le chef du département stratégie ressources, les chefs de l'USID et de la CG pour passer en revue une sélection de dossiers. Le COPAT repose sur le suivi de dossiers en mode projet et en présence de leurs responsables, ce qui facilite le travail en transversal, accélère la prise de décision et facilite la mobilisation des leviers nécessaires à la bonne conduite du projet.

A ce jour, près d'une soixantaine d'actions transverses font ou ont fait l'objet d'un suivi dans le cadre du COPAT.

Autre champ d'action conséquent : le suivi du plan stratégique de la DGOS. Dès sa création en mars 2010, la direction s'est en effet dotée d'un plan stratégique 2011-13* : il est revenu à la CG d'en concevoir le dispositif de suivi, cela pour accompagner le pilotage de l'action de la nouvelle direction.



Sylvia Breton / Guillermo Bescos / Chérifa Santangelo

Les premières tendances, restituées à l'ensemble de l'encadrement, sont encourageantes : preuve de la pertinence de ce document et, surtout... de l'implication des équipes de la DGOS.

Des perspectives d'action ?

Les chantiers pilotés par la cellule visent à diffuser au sein des équipes de la DGOS les méthodes de fonctionnement et les techniques de suivi d'une administration centrale moderne et efficace. Mais aussi, à homogénéiser les modes de fonctionnement interne.

Pour ce faire, nous travaillons à élargir les outils de pilotage liés à des sujets gérés en mode projet, en vue d'offrir une appréciation d'ensemble de l'activité à la direction de la DGOS, de garantir l'alignement stratégique et de faciliter la prise de décision. L'objectif ultime étant de faciliter l'appropriation des enjeux au sein des équipes, de favoriser une culture collective du résultat, fondée sur l'exigence de performance interne.

*Lire l'encadré dédié

- **147,13M€ gérés par la DGOS sur le programme 204**

Le contrôle interne budgétaire et comptable

« La DGOS a été l'une des 1^{ères} directions à mettre en place un contrôle interne comptable. »

Jean-Marc Wydryck, chef de la mission des affaires générales (MAG) et **Robert Touret**, adjoint au chef de la mission, département stratégie ressources

Pouvez-vous rappeler ce qu'est le contrôle interne comptable ?

Le contrôle interne comptable, sous-ensemble du contrôle interne, se définit comme l'ensemble des dispositifs organisés, formalisés et permanents pour maîtriser le fonctionnement des activités comptables, financières et patrimoniales. Ces dispositifs, choisis par l'encadrement et mis en œuvre par les responsables de tous niveaux, sont destinés à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation de l'objectif de qualité comptable.

Peut-on dire que la DGOS soit pionnière en matière de contrôle interne comptable ?

D'une certaine façon, oui. Dans le cadre de ses missions de gestion des crédits d'État au sein du budget opérationnel de programme (BOP) « Modernisation de l'offre de soins », la DGOS a été l'une des 1^{ères} directions à mettre en place un contrôle interne comptable. Cela, dans la démarche plus générale initiée par la direction des affaires financières, informatiques, immobilières et des services (DAFIIS) pour l'administration centrale du ministère.

Pour la DGOS, cette procédure a consisté à faire usage, pour le suivi de ses différents dispositifs financés sur des crédits d'État, des 3 leviers essentiels du contrôle interne comptable. Objectif : satisfaire aux exigences du certificateur des comptes et de lui donner « l'assurance raisonnable » du caractère sincère, exhaustif et fidèle des comptes.

Sur quoi portent ces 3 leviers ?

Premièrement, sur l'organisation, qui permet, notamment par la formalisation des choix faits dans l'attribution nominative des tâches au sein d'un service, de rendre lisibles ses pratiques. Dans ce cadre, la DGOS a élaboré des organigrammes fonctionnels nominatifs (OFN) pour les dépenses qu'elle suit.



Robert Touret / Jean-Marc Wydryck

Ceux-ci permettent de retracer la procédure et d'identifier, à chacun de ses niveaux, les agents intervenant dans le processus de dépense ainsi que les tâches qui leur sont précisément attribuées.

Deuxièmement, sur la documentation, qui permet à chacun de disposer des pratiques écrites d'un service. Le levier utilisé repose donc sur l'existence de la documentation et sur sa pertinence.

Troisièmement, sur la traçabilité, qui consiste en l'aptitude des services à rendre compte de la réalité de l'application des choix d'organisation effectués et du respect des pratiques documentées. Ainsi, toutes les opérations de dépenses initiées par la DGOS sur les crédits d'État sont retracées dans le logiciel comptable de l'État, CHORUS.

Par ailleurs, des contrôles de supervision ont été organisés, par exemple en ce qui concerne les opérations liées au processus de commande publique, afin d'identifier les dysfonctionnements et de mettre en place des mesures correctrices nécessaires à travers un plan d'actions général.

Avec ce contrôle interne, la DGOS dispose aujourd'hui de procédures permettant la qualité comptable des informations produites, la sécurisation au plan juridique, financier et comptable de toute la chaîne de la dépense et l'optimisation des moyens mis à sa disposition.



L'année 2011 vue par...

Gérard Gonzalez,

chef par intérim du département
stratégie ressources (DSR)

*« Les pieds solidement ancrés
dans la terre pour mieux lever
la tête vers les étoiles. »*

Pour qualifier d'une formule les faits marquants de l'année 2011 pour le DSR, je dirais volontiers qu'il a eu constamment la volonté d'avoir à la fois les pieds solidement ancrés dans la terre pour mieux lever la tête vers les étoiles. Répondre en effet au défi d'être performant sur le pilotage stratégique suppose de faire tous les efforts possibles pour optimiser la performance interne. C'est le crédo du DSR !

« Les pieds dans la terre » car il a fallu aux équipes ressources humaines du DSR réaliser - en un temps record et dans des conditions rendues très difficiles par la contrainte pesant sur les effectifs - un nombre de recrutements record pour satisfaire à la demande des services et arriver, en fin d'année, à des taux de vacance de postes plus supportables et satisfaisants pour le fonctionnement des bureaux. « Les pieds dans la terre » également pour assurer avec succès des négociations budgétaires toujours plus coriaces afin de maintenir à un bon niveau les crédits qui permettent à la DGOS de se moderniser, d'engager des études, de financer les formations médicales. « Les pieds dans la terre » enfin pour maintenir à tous les collaborateurs de la direction, dans une période difficile « d'entre 2 déménagements », des conditions de vie au travail et de fonctionnement qui restent tenables.

« La tête dans les étoiles » et les yeux fixés vers l'horizon pour renforcer la capacité d'anticipation de la DGOS, avec la mise en place réussie des matins de la prospective, des outils de veille stratégique ou encore la signature des contrats d'objectifs et de performance des opérateurs de la DGOS. « La tête dans les étoiles » encore avec le succès remporté par la mise en place du label et l'organisation du concours de « l'année des patients et de leurs droits », qui a permis de faire indéniablement progresser la reconnaissance de la place de l'utilisateur dans le système de soins. « La tête dans les étoiles » enfin sur le plan international, où le renforcement de l'influence française s'est traduit par la signature de nouveaux accords de coopération avec la Chine jumelant 16 régions chinoises avec autant de centres hospitaliers universitaires français et le lancement de l'appel à projet de coopération internationale permettant à des établissements d'obtenir un soutien financier pour des actions correspondants aux priorités de la DGOS.

C'est dire qu'en 2011, le DSR a progressé pour tenir son rang de structure transverse d'appui et de soutien au service de l'ensemble des acteurs internes et externes de l'offre de soins, de mieux en mieux informés de nos réalisations par une communication ciblée.

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

Pour les opérateurs de la DGOS, l'année 2011 fut marquée par la volonté de s'intégrer mieux encore et de façon déterminée dans le système de santé. Poursuivant les missions qui leur sont confiées, ils ont également réussi à faire mieux reconnaître leur place et leur rôle en renforçant la coordination opérationnelle avec leurs partenaires institutionnels.

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



2011, l'année de la consolidation

Pour l'ANAP, l'année 2011 a été marquée par l'atteinte de résultats concrets grâce aux efforts menés depuis sa création aux côtés des professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux. Elle s'est traduite par une montée en puissance significative de son action et de ses projets, parmi lesquels le dispositif d'accompagnement des chefs de pôle, qui a donné lieu à 136 sessions de formation pour 400 personnes formées et à 6 sessions de coaching par pôle avec un taux de satisfaction de 95 %. Mais aussi, les 262 projets de systèmes d'information|production de soins, financés par le plan Hôpital 2012, accompagnés de revues régionales au plus près des préoccupations des professionnels, ainsi que les 25 projets désormais en phase de mise en œuvre du programme performance, qui achève sa montée en régime. Enfin, 500 établissements et services médico-sociaux sont engagés dans une expérimentation en vue de la mise en œuvre d'un tableau de bord de la performance du médico-social ; de même, l'observatoire des coûts de la construction hospitalière a été actualisé afin d'atteindre un total de 357 opérations, soit près de 5 millions de m².

L'ANAP a également signé son contrat d'objectifs et de performance (COP) pour la période 2012-14, qui définit les obligations respectives de l'agence et de l'Etat. Les discussions autour du COP ont permis de partager la définition de la notion « d'appui » - cœur de l'action de l'ANAP - autour de 2 axes principaux : d'une part, la légitimité d'une action opérationnelle auprès des acteurs de terrain ; d'autre part, l'objectif de toucher le plus grand nombre d'acteurs à travers une capitalisation structurée et systématique, l'ANAP n'ayant pas vocation à se substituer aux acteurs de terrain. Le COP définit 5 objectifs stratégiques, dans la continuité de l'action de l'agence, qui structureront les projets inscrits à son programme de travail : promouvoir la performance interne des établissements sanitaires et médico-sociaux, piloter les projets performance en accompagnant les établissements et assurer le transfert de la mise en œuvre des expériences et des outils aux agences régionales de santé (ARS), accompagner les établissements de santé et médico-sociaux dans leur ouverture sur les territoires, diffuser à grande échelle la culture et les outils de la performance, renforcer la performance interne de l'agence.

www.anap.fr

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



2011, l'année des nouvelles orientations

L'ATIH, fondée en 2000, a pour mission de collecter, d'analyser, de restituer les données des établissements de santé - publics et privés -, de gérer leurs dispositifs techniques de financement et de participer à l'élaboration des nomenclatures de santé.

Pour l'ATIH, l'année 2011 a été marquée par la signature du contrat d'objectifs et de performance, qui fixe ses orientations stratégiques pour 3 ans.

Dans ce cadre, l'ATIH a fortement contribué, pour les établissements de santé, à l'évolution des modèles de financement, à l'amélioration de la performance, à la production et à la diffusion des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ainsi qu'au perfectionnement des dispositifs de suivi et de contrôle des dépenses d'assurance maladie. Pour les ARS, l'agence a mis à disposition des outils permettant une meilleure connaissance de l'offre de soins.

L'action de l'ATIH s'est principalement centrée sur plusieurs chantiers clés. Premiers d'entre eux : la construction des outils techniques nécessaires à la mise en place d'une tarification à l'activité pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi que le suivi des dépenses d'assurance maladie des établissements de santé, qui a permis d'alimenter mensuellement les instances de pilotage de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et les travaux de l'observatoire économique des établissements de santé publics et privés.

Des travaux ont également été menés pour collecter et analyser les données de la performance des établissements : l'amélioration des outils de collecte et de restitution de leurs données budgétaires s'est poursuivie, ainsi que l'affinement de leur analyse pour évaluer notamment leur situation financière.

Le centre national de gestion (CNG)

2011, l'année de la maturité

Pour sa 4^{ème} année d'exercice, le CNG a intensifié l'ancrage de ses missions initiales et la poursuite de nouveaux défis en lien avec ses tutelles et ses partenaires institutionnels et professionnels.

Acteur clé tout au long du parcours professionnel des praticiens hospitaliers et des directeurs de la fonction publique hospitalière (FPH), il contribue au bon déroulement de leur carrière : d'une part, en assurant le repérage des potentiels et des hauts potentiels ; d'autre part, en facilitant la mobilité géographique de ces professionnels par le biais d'une bourse à l'emploi en constante actualisation et par l'accompagnement personnalisé qu'il développe à leur profit.

Par ailleurs, le CNG a vu le champ de ses activités s'accroître et a assuré, en soutien à la nouvelle gouvernance hospitalière, la montée en charge de la gestion nationale des directeurs des soins, corps historiquement géré par les directeurs d'établissement. En outre, il a repris la gestion du lourd dispositif lié aux 44 commissions nationales d'autorisation d'exercice des médecins, des pharmaciens, des odontologistes et des sages-femmes à diplôme communautaire et extracommunautaire, activité transférée de la DGOS.

Sur un autre plan, l'ATIH a maintenu son engagement pour la qualité et la sécurité des soins : l'agence s'est mobilisée, aux côtés des partenaires en charge de la gestion de ces sujets - et notamment la DGOS -, dans le recueil, la production et la diffusion des indicateurs de résultats des soins*.

Ainsi, l'ATIH collecte, traite et analyse désormais l'ensemble des informations issues des établissements de santé : nature des activités de soins, coûts liés à leur mise en œuvre, moyens humains, budgets et comptes financiers, qualité et sécurité des soins.

A terme, l'enjeu principal pour l'agence sera de développer des outils permettant d'effectuer un diagnostic global sur les établissements de santé.

www.atih.sante.fr



En outre, il s'est illustré par le caractère novateur de ses actions, en refondant notamment les applications informatiques dédiées aux concours nationaux médicaux, avec le déploiement du 1^{er} « amphi virtuel » ouvert aux étudiants en médecine pour le choix des postes d'interne. Il a aussi mis en place le dispositif d'engagement de service public* avec l'Etat destiné aux étudiants et aux internes en médecine pour exercer, après leur diplôme, dans des régions et des spécialités en sous-densité.

Enfin, l'année 2011 aura également été marquée par l'organisation des élections professionnelles* qui ont concerné, d'une part, 47 000 praticiens hospitaliers et personnels enseignants et hospitaliers pour la désignation de leurs représentants, par discipline, aux commissions statutaires nationales et aux conseils de discipline ; d'autre part, 6 020 directeurs de la FPH pour celles de leurs représentants à la commission administrative paritaire nationale et au comité consultatif national de chacun de ces corps.

www.cng.sante.fr

*Lire les fiches dédiées

L'année 2011 en dates

1^{er} mars



Entrée en vigueur de la campagne budgétaire et tarifaire 2011^{*} dans les établissements de santé

4 mars



Lancement national de « l'année des patients et de leurs droits »^{*} au CESE (Paris)

14 mars



Parution du guide méthodologique sur les coopérations territoriales, en collaboration avec l'ANAP

16 mars



Tenue des 1^{ers} « matins de la prospective »^{*}, consacrés à l'imagerie médicale

12-14 octobre



Participation de la DGOS au salon infirmier

4 octobre



Lancement du programme national PHARE^{*}

septembre



Campagne de valorisation du CESP^{*} auprès des étudiants et des internes en médecine

3 août



Publication du rapport d'activité 2010 de la DGOS

17 octobre



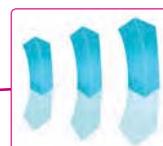
Tenue du colloque « Prise en charge de la douleur : les attentes des usagers, l'action des pouvoirs publics et l'engagement des professionnels de santé »^{*} à l'HEGP (Paris)

20 octobre



Tenue des élections professionnelles dans la FPH^{*}

21 octobre



Participation de la DGOS au congrès de l'ISNIH

18 novembre



Tenue du colloque « Système de santé : vers des ressources humaines modernisées, des acteurs plus responsabilisés » à la bibliothèque François-Mitterrand (Paris)

28 mars

Publication du bilan 2010 de l'observatoire national des violences en milieu de santé*

31 mars

Date butoir du droit d'option des infirmiers entre catégories A et B

5 mai



Mobilisation annuelle autour de la « mission mains propres »*

17 mai



Participation de la DGOS au salon HIT et remise des prix télémedecine par la directrice

13 juillet

Résultats de l'appel à candidatures des contrats hospitaliers de recherche translationnelle*

juillet

Diffusion des résultats de l'enquête nationale sur la gouvernance hospitalière*

16-18 juin



Participation de la DGOS au salon de l'emploi public

16 juin et 8 novembre

Participation de la directrice à 2 émissions d'« Enquête de santé » (France 5) consacrées à l'HAD et aux professionnels infirmiers

21 novembre



Lancement du programme national Hôpital numérique*

21-25 novembre



1^{ère} édition de la semaine de la sécurité des patients* et tenue du colloque « Sécurité du patient : pour tous, avec tous » à l'ASIEM (Paris)

décembre

Restitution des résultats de l'enquête nationale sur les inadéquations hospitalières

21 décembre



Tenue de la cérémonie du concours annuel « Droits des patients » et clôture de « l'année des patients et de leurs droits »*

L'offre de soins : définition et chiffres clés

L'offre de soins est le dispositif mis en place pour répondre aux besoins de santé d'une population : il permet d'assurer la continuité et la qualité des prestations de santé.

L'offre de soins réunit toutes les organisations, les institutions et les ressources intervenant en matière de santé et fournissant des soins ainsi que d'autres services, comme la recherche ou l'enseignement.

En France, l'offre de soins se structure autour :

- **de la médecine hospitalière**, c'est-à-dire les établissements de santé, répartis en 3 grandes catégories : les établissements publics, les établissements privés à but lucratif et les établissements privés d'intérêt collectif (ex établissements privés à but non lucratif) ;
- **de la médecine de ville**, c'est-à-dire les professionnels libéraux - médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes etc - parfois regroupés en structures : maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé... ;
- **des structures médico-sociales**, c'est-à-dire les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les institutions pour personnes âgées...

Les structures

Au 31 décembre 2011, 2 884 établissements de santé étaient recensés soit :

- 941 établissements publics,
- 664 établissements privés d'intérêt collectif, intégrant les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et d'hospitalisation à domicile (HAD),
- 1 279 cliniques privées à caractère commercial.

Source : observatoire DGOS

Par ailleurs, étaient recensés :

- 37 000 cabinets individuels de médecins dont 35 200 cabinets de médecins généralistes,
- 20 100 cabinets individuels de chirurgiens-dentistes,
- 2 700 cabinets individuels de sages-femmes,
- 48 700 cabinets individuels d'infirmiers,

- 34 100 cabinets individuels de masseurs-kinésithérapeutes,
- 27 600 officines de pharmacie,
- 3 900 laboratoires de biologie et d'analyse médicale.

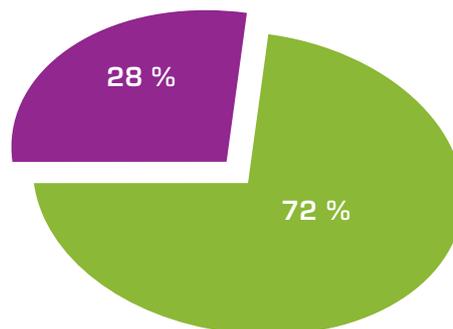
Sources : ASIP-RPPS + DREES+ SNIR/PS

Leur activité

Les séjours

- Nombre de séjours : 23,1 millions, tous secteurs confondus.

Répartition par secteur, en hospitalisation complète



- Secteur ex DG
- Secteur OQN*

Source : ATIH

La durée moyenne de séjour (DMS)

Répartition par secteur, en hospitalisation complète

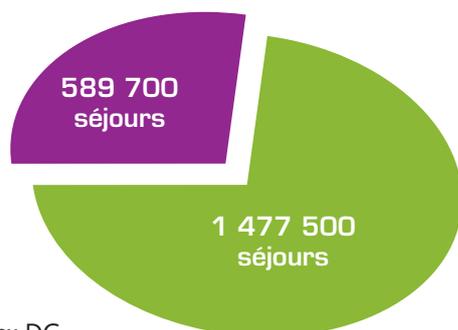


- Secteur ex DG
- Secteur OQN*

Source : ATIH

La chirurgie ambulatoire

Répartition par secteur
des hospitalisations de moins de 12 heures,
sans hébergement de nuit



- Secteur ex DG
- Secteur OQN*

Source : ATIH

Les urgences

- Nombre de passages par an : 16 202 300 tous secteurs confondus.
- Nombre de services d'urgence : 649.
- Nombre de services d'aide médicale urgente (SAMU) : 90.
- Nombre de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) : 407.

Source : SAE 2011

L'hospitalisation à domicile (HAD)

- Nombre de journées : 3 879 500 journées toutes prises en charge confondues dont 3 785 700 journées en médecine chirurgie obstétrique (MCO).

Source : SAE 2011

Les consultations

- Nombre de consultations hospitalières externes : 52 037 000 tous secteurs confondus dont 38 323 000 en MCO.
- Nombre de consultations médicales en cabinet libéral : 358 550 000.

Source : SAE 2011 et CNAMTS

*Ex DG : établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif
OQN : établissements de santé privés à but lucratif

Les professionnels de santé

Au 31 décembre 2011, étaient recensés :

→ **349 700 professionnels de santé médicaux, répartis entre :**

- 216 800 médecins dont 87 000 salariés et 129 700 libéraux ou mixtes,
- 40 600 chirurgiens-dentistes dont 3 800 salariés et 36 800 libéraux ou mixtes,
- 72 800 pharmaciens dont 40 700 salariés et 32 100 libéraux ou mixtes,
- 19 500 sages-femmes dont 15 500 salariées et 4 000 libérales ou mixtes.

→ **1 485 450 professionnels de santé non médicaux*, dont notamment :**

- 567 600 infirmiers dont 475 900 salariés et 91 700 libéraux ou mixtes,
- 250 700 aides-soignants salariés*,
- 75 200 masseurs-kinésithérapeutes dont 15 800 salariés et 59 400 libéraux ou mixtes,
- 30 200 manipulateurs en électroradiologie médicale salariés,
- 12 100 pédicures-podologues dont 200 salariés et 11 900 libéraux ou mixtes.

*Chiffre non exhaustif, qui ne comprend notamment pas les professionnels socio-éducatifs et les aides-soignants exerçant dans les établissements médico-sociaux et sociaux publics et privés

Sources : DREES/répertoires RPPS et ADEL 2012 au 1^{er} janvier 2012, SAE 2011 | Depuis 2011, la SAE ne recense plus les « personnels des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation dépendants d'une entité juridique sanitaire »

Les dépenses

En 2011, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) à 167,1Md€, dont :

- 72,9 Md€ pour l'ONDAM hospitalier,
- 77,3 Md€ pour l'ONDAM de ville.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Une préoccupation constante : le respect des droits des patients et des usagers de la santé

2011, « année des patients et de leurs droits »	33
La réforme de la loi sur les soins sans consentement	36
La politique de santé des personnes placées sous main de justice	38
La contribution aux travaux du comité de prévention de la torture et du contrôleur général des lieux de privation de liberté	39
Le partage d'informations entre professionnels de santé	40

Dix ans après le vote de la loi Kouchner, les usagers de l'hôpital se voient reconnaître comme des interlocuteurs mieux informés... et mieux formés. Leur action permet souvent de réelles améliorations dans les prises en charge, en particulier au niveau de la qualité et de la sécurité des soins. A ce titre, les représentants des usagers sont devenus des partenaires essentiels qui trouvent naturellement toute leur place dans les instances et les commissions au sein desquelles ils siègent : conseils de surveillance, commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), comités de liaison alimentation nutrition (CLAN), comités de lutte contre la douleur (CLUD)...

2011, « année des patients et de leurs droits »

« Le premier droit, c'est de connaître ses droits : c'est autour de cette conviction forte que s'est articulée l'action de la DGOS durant l'année 2011. »

Alexandra Fourcade, chef de la mission des usagers (MU) de l'offre de soins, département stratégie ressources

Le ministère a consacré 2011 « année des patients et de leurs droits ». Quel bilan peut-on en tirer ?

Le premier droit, c'est de connaître ses droits. C'est autour de cette conviction forte que s'est articulée toute l'action du ministère durant l'année 2011. Avec, en filigrane, le devoir de rendre visibles et lisibles - « parlants », en un mot - les droits existants et de ne pas alourdir le corpus législatif actuel.

Le lancement officiel de l'opération s'est déroulé au conseil économique, social et environnemental le 9 mars 2011 - date anniversaire de la loi dite « droits des malades » - en présence de 400 participants. Il fut l'occasion de rendre compte des conclusions des rapports des 3 équipes pluridisciplinaires missionnées pour faire des propositions sur 3 thématiques importantes : faire vivre les droits des patients, favoriser la bienveillance à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux, faire émerger le citoyen acteur de sa santé.

Ces 3 rapports ont servi de base de réflexion et de débats en région. Dès lors, « l'année des patients et de leurs droits » a suscité une dynamique sans précédent. Au niveau national bien sûr, puisque toutes les directions concernées au sein du ministère ont travaillé en synergie sous l'égide du cabinet ministériel et en coordination avec la DGOS. Mais, surtout, au niveau régional, grâce à un dispositif de labellisation de projets innovants ou exemplaires en matière d'accueil, d'information et de prise en charge des patients.



Sandra Doreau / Sandrine Perrot / Alexandra Fourcade / Mireille Garcia

- **23 régions impliquées dans « l'année des patients »**
- **300 projets examinés, 170 labellisés**
- **5 lauréats récompensés lors du concours 2011**
- **88 % des Français satisfaits de leur prise en charge**

Ainsi, jusqu'à fin 2011, toute action visant à promouvoir les droits individuels et collectifs des patients a pu être labellisée par les agences régionales de santé (ARS), en lien avec leurs conférences régionales de santé et d'autonomie (CRSA) : organisation de forums, d'exposition, de colloques locaux ou de débats publics, élaboration de sites internet ou d'outils pédagogiques, projets visant à la formation des professionnels au respect des droits... Le label « 2011 » était ouvert à tous : professionnels de santé, associations, établissements sanitaires et médico-sociaux, organismes d'assurance maladie, mutuelles, institutions, collectivités territoriales, communes... Au total, 23 régions se sont engagées dans la démarche, ont examiné plus de 300 projets et labellisé 170 d'entre eux. Ces résultats sont très encourageants.

Comment valoriser au mieux ces projets labellisés et les faire connaître ?

Tous les projets labellisés durant l'année 2011 ont été mis en ligne sur le site événementiel créé pour l'opération nationale. Au regard de leur caractère modélisable, il était important que les équipes hospitalières et, plus globalement, les acteurs institutionnels et associatifs concernés par la défense des droits des patients puissent s'en inspirer, voire prendre contact directement avec les porteurs de projets labellisés. L'idée de pouvoir progressivement mettre en place un réseau de contacts est, de ce point de vue, intéressante.

En complément, nous avons réédité la tenue du concours annuel « Droits des patients » : présidé par Marina Carrère d'Encausse, médecin et journaliste, par ailleurs présidente de « l'année des patients et de leurs droits », le jury 2011 du concours a examiné quelque 120 dossiers issus soit du dispositif de labellisation, soit de candidatures directes. Seules conditions pour ces derniers : être transposables, favoriser l'appropriation des droits par tous - en particulier par des populations dont la situation rend difficile l'accès à leurs droits -, avoir une visée pédagogique, être originaux et combler un vide. Cinq lauréats ont été récompensés : le centre hospitalier régional et universitaire de Brest pour sa halte-garderie canine, l'office départemental des personnes handicapées de l'Isère (ODPHI) pour sa mallette pédagogique handicap, le centre hospitalier universitaire de Reims pour son projet « Promouvoir la bientraitance : intimité et sexualité des personnes âgées en institution », le syndicat inter-hospitalier Psycom75 pour sa promotion des droits en psychiatrie et l'ARS du Limousin pour ses conseils de la vie sociale départementaux (CVSD). Ces 5 lauréats ont donné un retentissement encore plus grand à « l'année des patients et de leurs droits ».

Après le succès de « l'année des patients et de leurs droits », l'enjeu sera donc de maintenir la dynamique ?

Face au succès rencontré sur le terrain autour de la labellisation de projets, le principe sera reconduit en 2012 : les ARS pourront continuer à valoriser les projets qui le méritent, toujours au service des patients et des usagers de la santé.

Par ailleurs, la mission usagers poursuivra des dossiers entamés en 2011 avec d'autres structures de la DGOS : mise en ligne de la V3 de l'espace internet « Droits des usagers » avec la mission communication, définition d'actions de formation proposées aux professionnels de santé avec la sous-direction RH2S, élaboration d'un arrêté sur le fonctionnement des espaces éthiques régionaux et interrégionaux avec la sous-direction R, définition du volet « usagers » du plan télémédecine avec la sous-direction PF. De même, la mission usagers est impliquée dans la réflexion engagée par la DGOS sur le partage des informations médicales dans le cadre d'un exercice coordonné des soins - maisons, pôles, centres ou réseaux de santé. Des projets seront également menés en lien avec des interlocuteurs externes à la DGOS : le défenseur des droits en ce qui concerne la publication du guide « Droits des usagers de la santé : mode d'emploi » ou encore le ministère chargé de la culture autour du développement de la politique initiée il y a plus de 10 ans entre nos 2 structures, avec la volonté commune d'accès à la culture pour tous les publics en milieu hospitalier et médico-social.

+ Com

Refonte de l'espace internet « Droits des usagers de la santé », organisation du concours annuel « Droits des patients ».



Le respect des droits des patients et des usagers de l'offre de soins vu par... l'agence régionale de santé du Limousin



« Un objectif en Limousin : éclairer et interpeller les décideurs dans l'élaboration, puis la mise en œuvre, de la politique régionale de santé. »

En 2011, l'agence régionale de santé (ARS) du Limousin a choisi de mettre en place des conseils départementaux de la vie sociale (CDVS), composés d'usagers de structures médico-sociales, de présidents des conseils de vie sociale des établissements, de représentants des usagers siégeant à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), sans oublier les personnalités qualifiées co-désignées par le préfet, le directeur général de l'ARS et le président du conseil général.

Objectif ? Promouvoir l'expression directe des usagers et de leurs représentants au-delà du cadre de la mise en place des instances de démocratie sanitaire. Mais aussi - et surtout - prendre en compte leurs capacités à éclairer et à interpeller les décideurs dans l'élaboration, puis la mise en œuvre, de la politique régionale de santé.

Pour cela, les CDVS ont vocation à recueillir les attentes et les besoins des usagers sur leurs droits et leurs conditions de prise en charge, en vue de dégager des axes d'amélioration concrètement déclinables sur le territoire. A ce titre, ils constituent une véritable force de proposition au service de la démocratie sanitaire, dépassant les problématiques propres à chaque établissement : par exemple, le droit des usagers est-il suffisamment respecté et reconnu ? Quelles actions peuvent-elles concourir à améliorer la prise en charge des personnes ?

Expérimentation innovante et inédite, les CDVS ont été installés dans les 3 départements du Limousin dès 2011, pour chacune des populations prises en charge dans le secteur médico-social : les personnes âgées, les enfants et les adultes en situation de handicap, accueillis en établissement et en service. Depuis, ils ont permis d'échanger sur l'opérationnalité des outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, sur les droits fondamentaux des usagers ou sur l'ouverture des établissements à la cité.

Des pistes de travail ont d'ores et déjà été dégagées pour 2012, parmi lesquelles former les représentants des usagers appelés à siéger dans les instances pour leur donner une légitimité ou encore améliorer les moyens de soutien et de communication en direction des familles et des usagers.

A retenir

- 3 départements concernés
- 98 % de professionnels satisfaits des 1^{ères} réunions des CDVS

www.ars.limousin.sante.fr

La réforme de la loi sur les soins sans consentement

« Le législateur a substitué la notion de soins sans consentement à celle d'hospitalisation sans consentement. »

Christine Bronnec, chef du bureau des prises en charge post aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4), **Florence Lys**, **Cécile Anglade**, **Denise Bauer** et **Chantal Vuldy**, chargées de mission au bureau R4

L'importante loi sur les soins sans consentement est entrée en vigueur le 1^{er} août 2011 : pouvez-vous nous rappeler ses principes fondateurs ?

La loi apporte 3 évolutions principales : 1^{ère} d'entre elles, elle substitue la notion de soins sans consentement à celle d'hospitalisation sans consentement. Concrètement, la mesure de soins sans consentement peut désormais être appliquée à des patients qui bénéficieront de consultations ou de prises en charge à temps partiel par exemple, cela dans le cadre d'un programme de soins se substituant à la pratique antérieure des sorties d'essai. Deuxième évolution : la loi prévoit une intervention systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) pour confirmer la mesure pour toute personne hospitalisée de manière continue pendant 15 jours puis tous les 6 mois. Troisième évolution : le rythme de la procédure et de la production des certificats est modifié pour permettre d'une part une relation de qualité entre les soignants et les professionnels de la justice, d'autre part pour mieux tenir compte de la période de 72 heures souvent nécessaire pour définir un projet de soins adapté pour un patient arrivé dans une situation de crise.

Au-delà, la loi vise également à tenir compte des faiblesses du dispositif issu de la loi du 27 juin 1990 et, en particulier, à répondre aux problèmes posés par l'absence de tiers auprès des personnes concernées. Pour ce faire, une procédure d'admission en soins sans tiers « en cas de péril imminent » a été créée. Enfin, la loi comprend des dispositions sur l'organisation territoriale des urgences psychiatriques, sur les questions de suivi et de réinsertion sociale des patients.



Isabelle Prades / Florence Lys / Christine Bronnec / Laetitia Chevalier / Denise Bauer / Cécile Anglade

- environ **69 000 hospitalisations sans consentement en 2007 et 2008**
- **28 434 saisines des JLD d'août à décembre 2011**
- **un contrôle systématique au bout de 15 jours sur la nécessité du maintien de la mesure d'hospitalisation**

Il faut souligner que cette loi a impliqué un travail important de l'ensemble des équipes ministérielles mais surtout des agences régionales de santé (ARS) et des équipes hospitalières, ceci dans des délais contraints. Les évaluations globalement positives du déploiement de la loi en région reposent sur la mobilisation des équipes, qui doit être saluée.

de suivi épidémiologique des patients - et décrivant les moyens à mettre en œuvre dans ce domaine ; le 2nd, prévu à l'article 12, sur l'évolution du statut et des modalités de fonctionnement de l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris.

Comment le corpus législatif s'est-il enrichi dans le cadre de cette réforme ?

On peut retenir que les modalités d'application de cette loi du 5 juillet 2011 ont été définies principalement au travers de 3 décrets d'application : les 2 premiers, du 18 juillet 2011, portant respectivement sur les droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, ainsi que sur les modalités de leur prise en charge et la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques ; le 3^{ème}, du 28 juillet 2011, relatif aux dispositions d'application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie Française.

Par ailleurs, plusieurs circulaires d'application émanant des ministères chargés de la santé, de la justice et de l'intérieur accompagnent la mise en œuvre de la réforme.

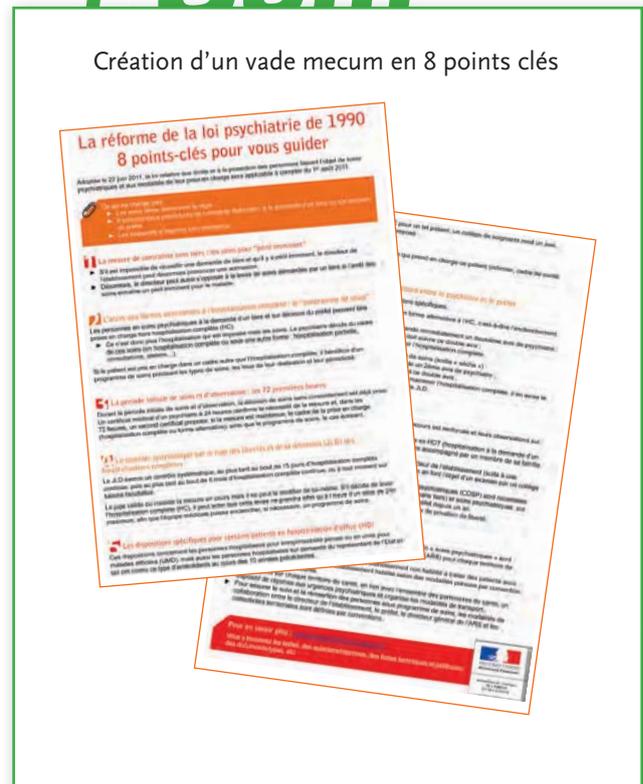
Retenons que cette loi a fait l'objet d'une question prioritaire de constitutionnalité. Si le conseil constitutionnel a validé les principales dispositions, il a en revanche estimé contraires à la constitution certaines mesures particulières, prises envers les personnes hospitalisées ayant commis des infractions pénales en état de trouble mental ou admises en unité pour malades difficiles (UMD). Des modifications de cette loi sont donc à prévoir dans l'année qui vient.

La loi du 11 juillet 2011 prévoit-elle l'information du législateur sur sa mise en œuvre ?

Six mois après son entrée en vigueur, la loi du 5 juillet 2011 a fait l'objet d'un 1^{er} bilan dans un rapport d'information examiné et adopté par la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale. Par ailleurs, 2 rapports doivent être remis au parlement : le 1^{er}, prévu à l'article 11 de la loi, sur l'état de la recherche médicale française en psychiatrie, faisant état des principaux besoins identifiés - notamment en matière d'observance thérapeutique et

+ Com

Création d'un vade mecum en 8 points clés



La politique de santé des personnes placées sous main de justice



Rozenn Calvar / Dominique Peton Klein / Typhaine Moguerou / Paul Loubet / Nadège Poirel

Dominique Peton Klein, directrice de projet personnes détenues, département stratégie ressources

La loi du 18 janvier 1994 a transféré au ministère chargé de la santé la responsabilité de l'organisation de l'offre de soins aux personnes détenues. Depuis, les unités de soins implantées en milieu pénitentiaire sont toutes rattachées à un établissement de santé : un protocole conclu entre ce dernier et l'établissement pénitentiaire fixe leurs modalités de fonctionnement.

Les soins aux personnes détenues sont structurés en 3 niveaux auxquels correspondent des organisations spécifiques. Premier niveau, celui des consultations et des actes externes : ceux-

ci sont réalisés au sein d'unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), unités de soins implantées dans les établissements pénitentiaires. Ils recouvrent les consultations, les actes externes, des activités de groupe, ainsi que la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Deuxième niveau, celui des hospitalisations à temps partiel : pour les soins somatiques, le patient détenu est pris en charge dans l'établissement de santé de rattachement disposant des spécialités voulues. Pour les soins psychiatriques, la prise en charge est assurée au sein de l'unité de soins en milieu pénitentiaire. Troisième niveau, celui des hospitalisations à temps complet : pour les soins somatiques, des chambres sécurisées, situées dans l'établissement de santé de rattachement, accueillent

des hospitalisations urgentes ou d'une durée prévisible de moins de 48 heures en médecine et chirurgie. Huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) prennent en charge les hospitalisations relevant de médecine et de chirurgie, d'une durée supérieure à 48 heures. Elles sont situées dans des centres hospitaliers universitaires : leur sécurité est assurée par l'administration pénitentiaire. Pour les soins psychiatriques, les patients sont pris en charge par le secteur de psychiatrie de rattachement.

Un programme d'ouverture d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) est en cours : celles-ci ont vocation à prendre en charge des personnes détenues souffrant de troubles mentaux dans le cadre d'hospitalisation avec ou sans consentement. A ce jour, 3 UHSA sont en fonctionnement à Lyon, Toulouse et Nancy.

Au niveau du financement des soins délivrés aux personnes détenues, les modalités reposent sur des dotations « Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC) d'un montant de 197M€ pour les soins somatiques. Elles viennent en complément des tarifs de prestation des actes réalisés dans les UCSA, les hospitalisations en UHSI ou en chambre sécurisée. Les soins psychiatriques sont financés sur l'enveloppe « Dotation annuelle de financement » (DAF), qui couvre également le fonctionnement de l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF). La direction de l'administration pénitentiaire assure la prise en charge, sur des crédits Etat, du ticket modérateur et du forfait journalier.

A retenir

- 230 établissements de santé concernés dont tous les centres hospitaliers régionaux universitaires
- 500 emplois temps plein (ETP) médicaux dont 38 % de généralistes, 35 % de psychiatres et 18 % de chirurgiens-dentistes
- 1 450 ETP paramédicaux dont 33 % concernent les personnels de psychiatrie
- 47 000 consultations somatiques comptabilisées en 2011 et 32 000 pour la psychiatrie, pour une file active de 133 000 personnes

Source : oSSD

La contribution aux travaux du comité de prévention de la torture et du contrôleur général des lieux de privation de liberté

« Les recommandations du CPT et du CGLPL inspirent les évolutions de certains principes et peuvent aboutir à un remaniement du droit national. »

Chantal Vuldy, chargée de mission au bureau des prises en charges post aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4)

Les actions respectives du comité de prévention de la torture et du contrôleur général des lieux de privation de liberté sont assez mal connues : que peut-on en retenir ?

Le comité pour la prévention de la torture (CPT) a été institué par la convention européenne du 26 juin 1987. La France ayant signé la convention européenne pour la prévention de la torture du 9 janvier 1989, elle est donc soumise régulièrement à des visites d'experts indépendants, tous les 2 ans en moyenne. Ceci constitue un mécanisme non judiciaire à caractère préventif : la délégation du CPT se rend sur les lieux de privation de liberté, afin de vérifier le respect par l'Etat des engagements souscrits. Après chaque visite, le CPT adresse un rapport précisant ses constats et formulant des recommandations, qui donne ensuite lieu à une réponse détaillée de la France.

De son côté, le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a été institué en 2007, à la suite de la ratification du protocole se rapportant à la convention de l'organisation des nations unies contre la torture. La loi lui a conféré le statut d'autorité indépendante : le contrôleur peut visiter tout lieu où les personnes sont privées de liberté et vérifier leurs conditions de prise en charge et de transfèrement. A l'issue de ses visites, le contrôleur général adresse un rapport au ministre intéressé, qui dispose d'un délai de 2 mois pour apporter ses observations. Dans son domaine de compétence, le CGLPL est habilité à émettre des avis et à formuler des recommandations : par exemple, il remet chaque année un rapport d'activité au président de la république et au parlement, rendu public.

- **25 rapports de visite d'établissement par CGLPL**
- **des visites tous les 2 ans en moyenne par le CPT**

Il faut souligner que le législateur n'a pas souhaité intégrer les missions du CGLPL lors de la création, en 2011, du défenseur des droits (ex médiateur de la république).

Quelles ont été les suites données à la dernière visite en France du CPT, en novembre 2010 ?

Les questions posées portaient principalement sur l'accès des patients aux informations médicales, sur la prévention des situations de violence, sur les conditions d'utilisation des mesures de contention et d'isolement en psychiatrie, sur les conditions de placement des patients en unité pour malade difficile, sur la surveillance médicale des personnes détenues placées au quartier disciplinaire ou au quartier d'isolement.

Vingt-cinq rapports de visite d'établissements ont été transmis pour observation au ministre chargé de la santé, par le contrôleur général des lieux de privation de liberté : tous ont donné lieu à une réponse motivée.

Mais au-delà, il importe de comprendre que les recommandations du CPT et du CGLPL inspirent les évolutions de certains principes et peuvent aboutir à un remaniement du droit national. En effet, ces recommandations alimentent le travail ministériel sur certaines thématiques : le respect du secret médical et des droits des patients, les mesures d'isolement, l'hospitalisation sous contrainte dans les établissements psychiatriques... Certains avis sont pris en compte dans une perspective d'évolution des organisations et des prises en charge, notamment en ce qui concerne l'échange d'informations en prison, la prévention du suicide, la situation des personnes détenues âgées ou en fin de vie. Enfin, certaines recommandations formulées font partie des objectifs de qualité retenus dans le cadre de la certification des établissements de santé.

Très concrètement, quelles sont les perspectives pour une meilleure prise en compte des recommandations de cette instance ?

Les avis du contrôleur, les recours portés devant la cour européenne et les recommandations du CPT sont ressentis positivement tant au niveau national que par les agences régionales de santé (ARS). Les questions posées dans des délais contraints incitent les professionnels à s'interroger sur les pratiques et l'organisation des structures pour apporter des réponses.

L'objectif pour les mois à venir est d'une part, de renforcer le lien que ces instances ont permis d'établir entre le niveau national et les régions et d'évaluer plus précisément les dispositions qui ont été prises par les

établissements mais aussi celles qui sont plus délicates à mettre en œuvre ; d'autre part, de poursuivre la synthèse et l'analyse des recommandations formulées par les instances, pour une meilleure prise en compte des droits inhérents à la dignité humaine.

Le partage d'informations entre professionnels de santé

Isabelle Manzi, chargée de mission au bureau des coopérations et des contractualisations (PF3)

L'exercice regroupé de la médecine de ville, aujourd'hui très prisé par les nouvelles générations de professionnels, constitue non seulement l'une des réponses privilégiées aux problèmes de démographie médicale mais représente surtout un atout incontestable pour une prise en charge de qualité. En effet, les professionnels des structures concernées - maisons et centres de santé* - y pratiquent un exercice coordonné favorisant la continuité des soins et une prise en charge globale des patients. Ce mode d'exercice implique un partage des informations médicales pour répondre au mieux à la fois aux besoins des professionnels de santé et aux règles de confidentialité imposées par le respect de la vie privée des patients. Cette double exigence s'impose d'autant plus que le partage informatisé des informations est encouragé, comme le montre la mission confiée à l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) en santé. Son but : créer un cahier des charges définissant un système d'information cible qui proposera, notamment, des modalités de partage d'informations et de leur sécurisation, déclinant le dispositif introduit en 2011 spécifique aux centres et aux maisons de santé.

En effet, le dispositif législatif a été adapté aux besoins des professionnels par la loi Fourcade du 11 août 2011, pour permettre un partage de l'ensemble des informations médicales des patients pris en charge par les maisons et les centres de santé, à l'instar du partage autorisé au sein des établissements de santé. Un groupe de travail, réunissant l'ensemble des acteurs concernés, a été constitué par la DGOS en vue de l'élaboration d'un guide méthodologique destiné aux professionnels de santé intéressés. Ce guide a pour objet de les éclairer dans l'interprétation de ce dispositif et de proposer aux structures concernées des modes organisationnels facilitant une application respectueuse du texte, de nature à satisfaire à la fois les droits des patients et des conditions d'exercice efficaces et sécurisées juridiquement.

**Lire la fiche dédiée*

Une vigilance particulière : la qualité et la sécurité des soins pour tous

La mission mains propres et la semaine de la sécurité des patients	42
La prévention et la gestion des risques indésirables	45
Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins	46
Le plan douleur et les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	48

Dans la droite ligne de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), l'année 2011 fut marquée, pour les patients, par l'exigence désormais résolue de pouvoir bénéficier d'une qualité et d'une sécurité des soins absolue. C'est une condition essentielle au maintien du consensus de la population française sur l'excellence de notre système sanitaire... mais aussi l'un des leviers de la diffusion progressive de la culture de la transparence chez les professionnels.

La mission mains propres et la semaine de la sécurité des patients

« Le bilan croisé de ces 2 opérations de communication laisse entrevoir une évolution significative des mentalités, aussi bien chez les professionnels que chez les patients et les usagers. »

Maëlla Beddou et Sophie Alleaume, chargées de mission au bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2)

Année après année, la DGOS continue à s'investir sur le champ de la qualité et de la sécurité des soins. De quelle manière cela se traduit-il ?

Il est indéniable que la qualité et la sécurité des soins sont des thématiques qui focalisent l'attention des Français : elles sont devenues un sujet de vigilance récurrent pour la grande majorité d'entre eux. Et cela est légitime car les médias font régulièrement état de dysfonctionnements ou d'accidents graves dans la prise en charge de certains patients. Pourtant, la situation globale s'améliore au sein des établissements grâce à l'implication des professionnels de santé, que nous ciblons depuis quelques années dans le cadre d'opérations nationales d'information et de sensibilisation.

Quelles sont ces opérations que vous évoquez ?

La DGOS mène 2 opérations nationales sur le champ de la qualité et de la sécurité des soins : depuis 2008, la « mission mains propres » (MMP), déclinée de la campagne « Save Lives, Clean your Hands » du programme sécurité des patients de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et, depuis 2011, la semaine de la sécurité des patients (SSP), à l'instar d'autres pays comme la Grande-Bretagne, le Canada ou les Etats-Unis.

Même si les modalités d'action et les messages délivrés sont bien spécifiques, ces 2 opérations convergent vers un même objectif : agir pour que chacun, professionnel, patient et usager, prenne mieux conscience de son rôle dans le domaine de la sécurité des soins.

La DGOS a initié le mouvement avec la MMP, organisée tous les ans le 5 mai : en 2011, cette opération a permis à la France de demeurer le 1^{er} pays contributeur engagé dans la démarche de l'OMS, avec un peu plus de 2 200 inscrits. Sous le slogan « Des mains désinfectées = des risques évités », tout un assortiment d'outils était mis à disposition : affiches, charte d'engagement, flyers d'information pour les professionnels et les patients... Ceux-ci ont pu être diffusés dans le cadre, par exemple, d'expositions, d'une distribution dans les services ou d'une mise à disposition dans les salles d'attente, de quizz interactifs, etc.

+ Com

Création des supports de communication des 2 opérations



- **2 opérations nationales**
- **près de 2 200 inscrits à la MMP et 2 000 à la SSP**
- **la France, 1^{er} pays contributeur à la MMP par ses inscrits**

C'est ce même principe d'action qui a prévalu lors de la 1^{ère} édition de la semaine de la sécurité des patients (SSP) fin novembre 2011. Avec une même dynamique associant patients, usagers et professionnels, cela pour une meilleure communication autour des soins, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge. Trois thèmes ont été retenus pour aider les inscrits à mettre en place leurs actions : bien utiliser les médicaments, comprendre les indicateurs qualité, agir sur les situations à risque. Cette opération a connu un très grand succès dès sa 1^{ère} édition : plus de 2 000 établissements et professionnels libéraux engagés, quelque 1 900 événements organisés, 16 journées nationales mises en place par les agences régionales de santé (ARS) et leurs partenaires... Le bilan croisé de ces 2 opérations de communication laisse entrevoir une évolution significative des mentalités, aussi bien chez les professionnels que chez les patients et les usagers.

Quelles suites la DGOS doit-elle donner pour maintenir cette dynamique en plein essor ?

Au niveau national, un colloque intitulé « Sécurité du patient : pour tous, avec tous » s'est déroulé pendant la semaine de la sécurité des patients. Cette journée a dressé un point d'étape de la politique de sécurité des soins dispensés au patient, ainsi que ses perspectives. Ont notamment été présentés des retours d'expériences sur la mise en œuvre des nouvelles réglementations, les résultats 2010 du tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales et les 1^{ères} estimations nationales du coût de prise en charge d'événements indésirables graves (EIG) associés aux soins dans les établissements de santé. Tout cela préfigure le prochain programme national sur la sécurité des patients* auquel travaillent la DGOS et la direction générale de la santé (DGS)... en attendant les éditions 2012 de la MMP et de la SSP !

**Lire la fiche dédiée*



Laetitia May / Abdel Bast Bidar / Valérie Salomon / Paule Kujas / Michèle Perrin / Julie Azard / Sophie Alleaume / Valérie Drouvot / Maëlla Beddou / Mikaël le Moal / Elisabeth Fernandes

La qualité et la sécurité des soins pour tous vues par... l'agence régionale de santé d'Aquitaine



« Un objectif en Aquitaine : mobiliser les usagers et les professionnels au sein des établissements. »

La sécurité des soins est un enjeu majeur pour l'ensemble des acteurs du système de santé. Le rapport de l'étude nationale sur les événements indésirables graves a confirmé la nécessité de renforcer la communication sur ce sujet. C'est la raison pour laquelle l'agence régionale de santé (ARS) d'Aquitaine a relayé, dès sa 1^{ère} édition, la semaine de la sécurité des patients, fin novembre 2011.*

Dans ce cadre, la volonté de l'ARS d'Aquitaine était de créer une démarche participative des professionnels et des usagers concernés par la thématique de la sécurité des soins, en les invitant à mettre en place des actions spécifiques au sein des établissements. Afin de les accompagner au mieux, l'ARS et le collectif des usagers (CISS) d'Aquitaine ont collaboré avec les 3 structures régionales d'appui que sont l'observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT), le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) et le centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN/ARLIN). Des ateliers de formation/action ont été organisés, visant à faire connaître des outils appropriés à la démarche globale de gestion des risques : environ 160 professionnels y ont participé.

La semaine de la sécurité des patients a également été rythmée par 4 temps forts : une rencontre avec les représentants des usagers proposée par le CISS d'Aquitaine, un débat sur l'automédication dirigé par l'union régionale des professionnels de santé (URPS) « médecins », une journée régionale sur le thème « Bien utiliser les médicaments » organisée par l'ARS et l'OMEDIT, ainsi que la 9^{ème} journée du réseau d'hémovigilance Aquitaine-Limousin.

Cette 1^{ère} édition a recueilli un franc succès, qui présage une dynamique régionale positive autour de cette opération à destination des professionnels et des usagers.

**Lire la fiche dédiée*

A retenir

- 102 signalements d'infections nosocomiales réalisés par les établissements aquitains qui ont justifié de 9 expertises de l'ARLIN et d'un suivi de l'ARS
- 12 événements indésirables graves (EIG) signalés à l'ARS

www.ars.aquitaine.sante.fr

- **275 000 à 395 000 EIG/an**
- **39 % d'EIG médicamenteux**
- **1 programme national annoncé en 2012**

La prévention et la gestion des risques indésirables

« Le maintien de la confiance des usagers dans la qualité des soins est essentiel : pour ce faire, il est nécessaire de faire évoluer les comportements et les organisations pour plus de sécurité. »

Valérie Salomon, chef du bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2),
Paule Kujas, adjointe à la chef du bureau PF2,
Michèle Perrin et Julie Azard, chargées de mission au bureau PF2

Les dernières études relèvent que près de 85 % des Français se disent satisfaits de la qualité de leur prise en charge sanitaire. Pourtant, les médias font régulièrement état de dysfonctionnements : qu'en est-il ?

Cette appréciation des Français rejoint le souci des pouvoirs publics, depuis des années, sur ce sujet. C'est la raison pour laquelle la France participe aux réflexions menées au niveau européen en vue de proposer une politique commune de qualité et de sécurité. Celle-ci a pris la forme d'une « recommandation relative à la sécurité du patient y compris les infections nosocomiales et la lutte contre celles-ci », adoptée en 2009 par le conseil de l'union européenne.

En France, plusieurs études mettent en évidence des axes de progrès. Ainsi, l'étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS), reconduite en 2009 sur un échantillon d'établissements de santé, situe dans une fourchette de 275 000 à 395 000 les événements indésirables graves (EIG) survenant chaque année pendant une hospitalisation - sur environ 8,5 millions de patients hospitalisés chaque année -, dont 95 000 à 180 000 seraient évitables. L'analyse des causes latentes des EIG met en évidence l'impact de l'organisation des soins et de la communication entre professionnels, médicaux et non médicaux.

Les médicaments contribuent largement à ces EIG : ils seraient impliqués dans 39 % des EIG et même 47 % des EIG évitables. Pour y remédier, la DGOS a fait paraître en 2011 une refonte complète de la réglementation pour prévenir les erreurs médicamenteuses avec l'arrêté du 6 avril 2011 sur le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient intégrant un corpus d'accompagnement : financement, recommandation de la haute autorité de santé (HAS) et de l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM, ex AFSSAPS), sessions par l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH)...

En 2011, la mobilisation très importante à la 1^{ère} édition de la semaine de sécurité des patients* a montré l'intérêt et la disponibilité de tous pour faire progresser cette situation.

Cette prise de conscience des pouvoirs publics a fait avancer les choses : néanmoins, comment encore progresser ?

Le maintien de la confiance des usagers dans la qualité des soins est essentiel. Pour ce faire, il est nécessaire de définir des axes prioritaires d'action, mais aussi de faire évoluer les comportements et les organisations pour plus de sécurité : la culture de la transparence et de la sécurité des soins doit être un objectif constant des professionnels.

Sous l'égide des agences régionales de santé (ARS), beaucoup d'actions sont assurées par le terrain lui-même, à savoir les structures régionales d'appui expertes en qualité et en gestion des risques : les centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), les observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT). Les ARS, quant à elles, utilisent les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, directement issus de la plateforme Platines renseignée par les établissements.

Au niveau national, l'accent a été mis sur quelques axes prioritaires grâce au cadrage apporté par la circulaire du 18 novembre 2011 sur la prévention des événements indésirables graves - amélioration de la prévention des erreurs médicamenteuses, en lien avec la publication de l'arrêté d'avril 2011, risque infectieux et risque lié aux actes invasifs - pour aider les établissements de santé à élaborer des programmes d'actions en fonction des risques identifiés et de l'importance des retours d'expérience.

*Lire la fiche dédiée

Un mot sur les perspectives attendues ?

Afin de donner corps à une politique cohérente de gestion des risques associés aux soins, la DGOS et la direction générale de la santé (DGS) formalisent actuellement le futur programme national sur la sécurité des patients, qui sera annoncé fin 2012 sous la forme d'un programme d'actions, nationales et régionales. Avec notamment, en filigrane, les avancées permises par le développement

professionnel continu* : en effet, l'analyse des pratiques, l'acquisition ou le perfectionnement des connaissances et des compétences peuvent être l'occasion de privilégier les programmes de gestion de risques, que ceux-ci soient iatrogènes, liés aux médicaments, aux actes ou aux nouveaux modes d'exercice de la médecine.

*Lire la fiche dédiée

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins

« L'implication collective des pouvoirs publics et des acteurs de terrain contribue à assurer la confiance des patients, signe tangible de la culture de la transparence. »

Laetitia May, adjointe à la chef du bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2) et Marielle Marbach, chargée de mission au bureau PF2



Marielle Marbach

La DGOS s'est lancée depuis quelques années dans la promotion d'une véritable politique d'indicateurs sur le champ de la prise en charge et la délivrance des soins : pour quelles raisons ?

Nous ne sommes pas seuls sur ce terrain : en réalité, la haute autorité de santé (HAS) et la DGOS sont associées pour promouvoir progressivement chez les professionnels de santé - qu'ils soient hospitaliers ou libéraux - une véritable culture de la transparence et répondre ainsi à l'exigence légitime portée par les usagers et les patients.

Les indicateurs proposés par la DGOS et la HAS reposent sur des objectifs prioritaires de santé publique et d'organisation des soins, associés à des possibilités d'amélioration. Ils fournissent aux établissements de santé de nouveaux outils, de nouvelles méthodes de pilotage et de gestion de la qualité. En ce sens, ils améliorent l'efficacité de leur procédure de certification, voire la simplifient. En ce qui nous concerne, ce sont de réels outils de reporting et de pilotage des politiques publiques, régionales et nationales.

- **6 indicateurs de sécurité des soins**
- **6 indicateurs de qualité de la prise en charge**
- **1 indicateur de mesure de la satisfaction**

En 2006, le lancement des 1^{ers} indicateurs, liés à la sécurité des soins, a véritablement permis un « avant » et un « après » dans la lutte contre les infections nosocomiales, avec des résultats probants. Constat similaire quelques années après pour l'indicateur portant sur la tenue du dossier d'anesthésie, élément important dans la maîtrise du risque. Cette implication collective des pouvoirs publics et des acteurs de terrain contribue indéniablement à assurer la confiance des patients et des usagers dans le système de soins, signe tangible de la culture de la transparence.

Pouvez-vous nous rappeler quels sont ces indicateurs pilotés par la DGOS et la HAS ?

Oui, ce d'autant que depuis 2006, la liste des indicateurs s'est vraiment étoffée ! A ce jour, 13 indicateurs portent sur la qualité de la prise en charge des patients, la sécurité des soins dispensés et, maintenant, la mesure de la satisfaction en hospitalisation, expérimentée dans un peu plus de 200 établissements.

Les indicateurs se répartissent en 2 grandes familles. Première famille, celle des 6 indicateurs portant sur la lutte contre les infections nosocomiales : indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (ICSHA), indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (SURVISO), indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), score agrégé élaboré à partir des résultats de chacun de ces 4 indicateurs, indice du taux de staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM). Seconde famille, celle des 6 indicateurs de qualité de prise en charge du patient (QUALHAS), généralisés par la HAS : tenue du dossier patient (TDP), délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC), dépistage des troubles nutritionnels (DTN), traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD), tenue du dossier anesthésique (DAN), prescriptions médicamenteuses dans l'infarctus du myocarde (BASI).

Un 13^{ème} indicateur vient compléter ces 2 familles : en cours de généralisation, il mesure la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS).

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) gère la collecte et le traitement des données pour les infections nosocomiales, apporte l'appui technique nécessaire à la plateforme dédiée aux indicateurs QUALHAS et met à la disposition de chaque établissement la plateforme « I-satisfaction ». Celle-là même qui permet de procéder aux calculs des indicateurs.

On pourrait croire que le tour de la question a été fait avec ces 13 indicateurs : qu'en est-il ?

Les indicateurs permettent un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements, dont on sait que ce sont de réels facteurs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Aujourd'hui, nous travaillons aux indicateurs de demain, plus exigeants et plus spécifiques, que ce soit sur certains risques (bactéries multi-résistantes...) ou sur certaines pratiques cliniques (cardiologie, hémodialyse, escarres...).

Jusqu'à présent, seule la diffusion publique des résultats a été utilisée pour inciter les professionnels à faire évoluer leurs pratiques et ceci avec succès. Désormais, pour renforcer l'intérêt à agir et récompenser les meilleurs, des dispositifs d'incitation financière sont en cours d'élaboration. La DGOS réfléchit actuellement à un dispositif permettant l'octroi de missions d'intérêt général (MIG) aux plus performants.

Par ailleurs, en 2011, les indicateurs ont été utilisés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé, signés avec les agences régionales de santé (ARS).

- 1 programme national d'actions 2012-16
- 4 axes prioritaires
- 230 SDC

Le plan douleur et les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique

« La lutte contre la douleur ressentie ou éprouvée par les patients constitue une priorité des pouvoirs publics depuis 1998. »

Violette Garcia et Mikaël le Moal, chargés de mission au bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2)

Le dernier plan ministériel pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur portait sur la période 2006-10 : où en était-on en 2011 ?

La mise en œuvre du 3^{ème} plan quinquennal portant sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur s'est appuyée sur un comité de suivi devant s'assurer de l'articulation des actions qui le composent avec celles des autres plans ou programmes de santé publique. Quatre priorités étaient définies : l'amélioration de la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables - notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie ; la formation initiale et continue des professionnels de santé ; une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques ; la structuration de la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques.



Mikaël le Moal / Violette Garcia

Ce 3^{ème} plan quinquennal 2006-10 a été évalué à son terme par le haut conseil de la santé publique (HCSP), à la fois sur sa mise en œuvre, son financement et l'impact de ses actions. L'évaluation du HCSP fut assortie de propositions pour l'élaboration d'un futur programme d'actions, confié à la DGOS en 2011.

En quoi ce futur programme national d'actions 2012-16 s'inscrit-il dans la lignée des 3 plans précédents ?

La lutte contre la douleur ressentie ou éprouvée par les patients constitue une priorité des pouvoirs publics depuis 1998, qui s'est concrétisée par 3 plans successifs. Ce 4^{ème} programme national d'actions prendra en compte les 3 types de douleur : aiguë, provoquée par les soins et chronique.

Les 4 axes prioritaires du programme se fondent sur les principales recommandations émises par le HCSP lors de l'évaluation du 3^{ème} plan quinquennal 2006-10 : structurer l'offre de soins en ville et entre la ville et l'hôpital, avec notamment le renforcement du rôle des officines et la publication d'un nouvel annuaire des structures douleur des hôpitaux ; améliorer la prise en charge des populations vulnérables ou dyscommunicantes, avec une priorité sur la santé mentale ; favoriser des actions de formation des professionnels de santé et sensibiliser les usagers ; enfin, valoriser la recherche clinique et translationnelle, grâce au programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et au nouveau programme de recherche sur la performance du système de soins*.

Au niveau du ministère chargé de la santé, sont associées la direction générale de la santé (DGS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la direction de la sécurité sociale (DSS). Dès septembre 2011, la DGOS a mis en place le cycle de réunions, avec un groupe d'experts et d'usagers composée d'experts et de représentants d'usagers, ainsi que des auditions auprès des professionnels de santé : ordres, sociétés savantes, fédérations...

La publication du programme national d'actions 2012-16 est prévue au 2nd semestre 2012 : bien entendu, un comité de suivi et de prospective sera mis en place pour suivre, entre autres, la bonne mise en œuvre des actions.

L'action de la DGOS dans le domaine de la douleur s'est donc axée autour du 4^{ème} programme national d'actions ?

Pas seulement. Le 3^{ème} plan 2006-10 prévoyait l'actualisation du cahier des charges utilisé pour l'identification des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) : celle-ci a été réalisée en 2011. Parmi les points d'amélioration : le délai d'accès aux quelque 230 structures, le fléchage de filières spécifiques et la nécessité de mieux faire connaître l'existence des structures aux usagers et aux professionnels, afin d'accélérer les prises en charge avant toute chronicisation. Pour satisfaire au nouveau cahier des charges, les SDC doivent répondre à 13 critères entièrement revus, qui portent une attention particulière à la formation des personnels notamment pour la pédiatrie, aux modalités de prise en charge, à l'activité et à l'organisation. Deux niveaux sont prévus : d'une part, les consultations qui assurent une prise en charge de proximité, en lien avec l'offre de 1^{er} recours ; d'autre part, les centres qui réalisent une prise en charge médicale pluridisciplinaire et ont accès à un plateau technique et à des lits d'hospitalisation. La coordination régionale est assurée par les agences régionales de santé (ARS), ce qui facilitera l'identification de filières de prise en charge et le fléchage d'expertises spécifiques.

*Lire la fiche dédiée

+ Com

Création d'un logo décliné sur tous les supports de communication

