

L'année 2011 vue par...

Raymond le Moign,

sous-directeur des ressources humaines du système de santé (RH2S)

« Dépasser les secteurs d'exercice et penser collectivement la notion de projet social. »



Croiser l'urgent et l'important, arbitrer entre bonnes pratiques et statuts, préparer des décisions et les traduire en actions : pour la sous-direction des ressources humaines du système de santé, l'année 2011 a été, au sens 1^{er}, une succession de compromis, à la recherche du juste équilibre entre les activités de conseil, d'étude, d'expertise, de management d'informations, de pilotage de projets, de représentation, de négociation, de concertation, de travail statutaire...

Questionnements sur la nature des métiers de la santé et l'évolution de leur périmètre d'intervention, interrogations sur le lien social et la responsabilité sociale... L'année 2011 a également été marquée par un triple souci : poursuivre la modernisation des outils de gestion des ressources humaines - indicateurs de ressources humaines, bilan social... -, mais aussi restituer les nouvelles logiques de la gouvernance de la démographie des professions de santé, sans oublier de renouveler les conditions du dialogue social.

Le temps fort constitué par l'organisation des élections professionnelles, l'émergence d'un débat critique sur la gestion des conditions de travail, du temps de travail - et partant du travail tout simplement -, ont jalonné une année riche en protocoles, en production de textes réglementaires et en recommandations de bonnes pratiques.

Plus que jamais, les politiques de gestion des ressources humaines du système de santé impliquent de dépasser les secteurs d'exercice et rendent cruciale la possibilité de penser collectivement la notion de projet social, d'établissement ou de territoire.

Bâtir et rebâtir des murs porteurs, répliquables et résistants, constituent des tâches exaltantes. C'est le quotidien de la sous-direction mais les murs porteurs ne servent à rien, sans engagement personnel et collectif et sans volonté de s'interroger sur les liens entre qualité des soins, efficience des organisations et qualité de vie au travail.

Une condition sine qua non d'une prise en charge de qualité et sécurisée : la valorisation des ressources humaines de la santé

Le 1 ^{er} bilan de l'intégration des formations initiales des professions paramédicales dans le dispositif LMD	52
La gestion des internes en médecine	54
Le développement professionnel continu	55
La coopération entre professionnels	56
L'observatoire national des emplois et des métiers de la FPH	58
L'accord-cadre sur la qualité de l'exercice à l'hôpital	59
Les bilans sociaux	62
Le dialogue social dans la FPH	63
La santé au travail et la prévention des risques psycho-sociaux	64
La valorisation des ressources humaines de la santé	66
Les élections professionnelles dans la FPH	67
La prévention et la gestion des situations de violence	68

Valorisation des acteurs par la mise en place du développement professionnel continu (DPC) et la mise en œuvre du dispositif LMD, création de synergies nouvelles rendue possible par la coopération entre professionnels de santé, amélioration de la répartition de ces derniers sur le territoire grâce aux mesures attractives du contrat d'engagement de service public (CESP) ou encore à la gestion plus performante des internes en médecine... Autant de réponses dont disposent les agences régionales de santé (ARS) pour assurer sur le terrain une offre de soins de qualité et accessible à tous.

Le 1^{er} bilan de l'intégration des formations initiales des professions paramédicales dans le dispositif LMD

« L'intégration au LMD permet de fluidifier les parcours de formation par la reconnaissance des grades universitaires. »

Michèle Lenoir-Salfati, adjointe au sous-directeur des ressources humaines du système de santé (RH2S),
Sonia Lédée, adjointe à la chef du bureau de la démographie et des formations initiales (RH1),
Dominique Monguillon, conseillère pédagogique nationale, Stéphanie Sarkis, Eléonore Sellier,
Amandine Sibois et Pierre-Benjamin Gracia, chargés de mission au bureau RH1,
Guy Boudet, chef du bureau de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu (RH2) et Isabelle Monnier, chargée de mission au bureau RH2



Amandine Sibois / Sonia Lédée / Eléonore Sellier / Dominique Monguillon / Pierre-Benjamin Gracia

Pouvez-vous rappeler les conséquences de la mise en œuvre du dispositif LMD pour les professions paramédicales ?

Le dispositif licence master doctorat (LMD) est issu des accords européens de Bologne conclus en 2002 : en France comme dans tous les Etats membres de l'union, il a pour conséquence directe de modifier le système d'enseignement supérieur pour l'adapter aux standards européens. Pour les professionnels de santé, il doit favoriser la libre circulation dans l'union, améliorer la lisibilité des parcours de formation, dégager des passerelles entre les différentes formations, pour permettre la réorientation en cours de cursus mais également l'enrichissement des carrières ou le changement de métier.

- **3 diplômes réingéniés à ce jour,
3 en cours**

Il faut bien distinguer ce processus européen dit « d'universitarisation » d'un dispositif national mené depuis quelques années par les pouvoirs publics, celui de la « réingénierie » des diplômes paramédicaux. L'universitarisation recouvre l'intégration des formations initiales des professionnels non médicaux dans le cursus universitaire LMD.

Avec pour conséquence, notamment, une valorisation de la rémunération et la poursuite possible d'études supérieures au sein de ce cursus. La réingénierie, elle, est un processus qu'il convient d'appliquer régulièrement à tout diplôme puisqu'il consiste à en moderniser le contenu et à l'adapter aux évolutions des techniques et des modes de prise en charge.

Exemple concret de l'impact du dispositif LMD sur une catégorie de professionnels : la reconnaissance du grade de licence pour le diplôme d'Etat d'infirmier. Préalablement, il a fallu procéder à la réingénierie de ce diplôme. Cette « réécriture » a permis, à partir du référentiel d'activités du métier, d'élaborer les outils constituant le diplôme, c'est-à-dire le référentiel de compétences et les critères d'évaluation de ces compétences, qui définissent le niveau d'exigence du diplôme.

Justement, hormis celui d'infirmier, quels sont les métiers paramédicaux réingéniés ?

A ce stade, ont d'ores et déjà été réingéniés les diplômes d'Etat d'aide-soignant en 2005, d'auxiliaire de puériculture, de préparateur en pharmacie hospitalière et d'ambulancier en 2006, d'infirmier en 2009, d'ergothérapeute en 2010 et cette année les diplômes de pédicure-podologue, de manipulateur radio et d'IADE.

Le diplôme d'Etat d'infirmier a été le 1^{er} diplôme intégré dans le schéma LMD en 2009, reconnu au grade de licence : il a été suivi par le diplôme d'Etat d'ergothérapeute en 2011.

Et pour les autres professions ?

Pour 2012, il est prévu de reconnaître au grade de licence les diplômes de manipulateur radio et de pédicure-podologue et au grade de master, celui d'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE).

Un calendrier de montée en charge est par ailleurs fixé pour 2013 et 2014 : dans ce cadre, de nombreuses discussions avec les représentants des professionnels donnent lieu régulièrement à des concertations, notamment avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur. Nous tenons compte des attentes et des aspirations des professionnels eux-mêmes.



Pierre-Benjamin Gracia / Michèle Lenoir-Salfati / Isabelle Monnier / Guy Boudet

- **26 772 internes et faisant fonction d'internes (FFI)**

La gestion des internes en médecine

« Les évolutions de la gestion des différents internats ont été menées dans un objectif d'harmonisation de la réglementation nationale. »

Pérola Spreux, adjointe à la chef du bureau de la démographie et des formations initiales (RH1)



Comment s'organise le 3^{ème} cycle des études médicales ?

Actuellement, les études médicales sont composées de 3 cycles qui portent les études de 9 à 11 années suivant la filière choisie. Deux concours ponctuent le cursus : celui de la fin de 1^{ère} année du 1^{er} cycle, qui sert à la sélection, suivi de celui de la fin du 2^{ème} cycle, qui oriente les étudiants vers leur spécialité professionnelle et leurs régions de formation.

Ensuite, le 3^{ème} cycle constitue le véritable cadre de la spécialisation. Première étape : le diplôme d'études spécialisées (DES). L'interne est amené à choisir un DES et cela, en fonction de son niveau de réussite au concours. Les DES durent 4 ans pour la plupart des disciplines, voire 5 ans pour les disciplines chirurgicales, la médecine interne ou la radiologie. Deuxième étape : le diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC). D'une durée de 2 à 3 ans, les DESC permettent une hyperspécialisation, durant laquelle le jeune médecin conserve le titre de spécialiste dans la spécialité de son DES. Troisième étape : la thèse de médecine et le diplôme d'Etat, nécessaires pour l'installation ainsi que pour les fonctions de praticien hospitalier.

Pourquoi vouloir réformer spécifiquement le 3^{ème} cycle ?

Cette réforme du 3^{ème} cycle était devenue plus que nécessaire : tout d'abord, pour répondre aux exigences communautaires sur l'accès au 3^{ème} cycle en France et la soutenance de la thèse de médecine. Ensuite, pour s'adapter aux évolutions de l'internat - attendues par les internes eux-mêmes -. Enfin, pour permettre un pilotage plus fin de la démographie médicale au niveau national.

Les textes d'application de la réforme ont été publiés en 2011 : les agences régionales de santé (ARS) et les facultés de médecine disposent à présent de tout l'arsenal juridique relatif à la gestion rénovée de l'internat de médecine. Ces textes ont plus particulièrement porté sur la commission de subdivision et la commission d'évaluation des besoins de formation, l'agrément, l'organisation, le déroulement et la validation des stages des internes, les stages effectués à l'hôpital et en ambulatoire, avec notamment les conditions d'encadrement des stages réalisés dans le secteur hospitalier à but lucratif, sans oublier les conventions permettant l'accueil d'internes effectuant des stages en dehors de leurs centres hospitaliers universitaires de rattachement.

Les évolutions réglementaires intervenues dans le cadre de la gestion des différents internats ont été menées dans un objectif d'harmonisation de la réglementation nationale - notamment pour ce qui est de la gestion en région - tout en essayant de tenir compte des spécificités de chaque internat au regard de la formation dispensée, du flux d'internes formés et de la souplesse indispensable pour permettre à chaque région d'adapter l'offre à ses capacités de formation.

Qu'en est-il pour l'internat de pharmacie et d'odontologie ?

Les textes organisant le 3^{ème} cycle spécialisé des études pharmaceutiques et odontologiques ont été « toilettés » en 2011, sous le pilotage du ministère chargé de l'enseignement supérieur. Pour la pharmacie, il s'agissait notamment d'appliquer les règles de libre circulation issues du droit communautaire, de supprimer les 2 zones de concours en faveur d'un concours national unique, de définir le niveau de gestion des internes et de réformer les commissions d'agrément des lieux de stage. En ce qui concerne l'odontologie, une importante réforme a modifié le contenu de la formation dispensée et s'est accompagnée de la mise en place de 3 filières de formation désormais qualifiantes. Elle s'est traduite également par une évolution du cadre de gestion des internes en odontologie, qui est passé du niveau national au niveau interrégional. Sept ARS « pilotes » d'une interrégion sont chargées, depuis la rentrée universitaire 2011, de la gestion des internes d'odontologie.

- 1,8 million de professionnels concernés
- 11 décrets d'application de la loi HPST
 - 1 guichet unique, l'OGDPC
 - 5 CSI

Le développement professionnel continu

« *Le DPC vise à améliorer les connaissances ou les compétences, mais aussi à prendre en compte de nouvelles approches centrées sur l'exercice de terrain.* »

Guy Boudet, chef du bureau de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu (RH2), Martine Vassaux, adjointe au chef du bureau RH2, Anne Dardel et Anne-Sophie Grobst, chargées de mission au bureau RH2

Sur le champ des ressources humaines, le développement professionnel continu est l'une des avancées essentielles de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ». Pouvez-vous nous en expliquer les raisons ?

Le développement professionnel continu (DPC) est en effet une démarche innovante pour les quelque 1,8 million de professionnels de santé, médicaux et non médicaux, recensés en France. Il réunit en un seul et même concept les notions de formation professionnelle continue, de formation continue conventionnelle et d'évaluation des pratiques professionnelles pour accompagner le développement des compétences individuelles des professionnels de santé tout au long de la vie.

Le DPC constitue une obligation à laquelle chaque professionnel de santé doit satisfaire au bénéfice des patients pris en charge, dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente. Il ne vise pas seulement à améliorer les connaissances ou les compétences, mais aussi à prendre en compte de nouvelles approches centrées sur l'exercice de terrain et les actions collectives des équipes, hospitalières ou libérales. A titre d'exemple : les travaux menés autour des vigilances, du circuit du médicament, des démarches qualité, de la lutte contre les infections nosocomiales*, des chemins d'audit cliniques... Il en résulte que la manière de remplir son obligation de DPC ne peut plus seulement se limiter au suivi d'actions de formation de type présentiel et que la démarche exige une évaluation continue de sa pratique.

C'est un réel changement culturel pour les professionnels de santé et les organismes de formation, qui aura nécessité à lui seul la publication de 11 décrets d'application de la loi.

*Lire la fiche dédiée



Anne-Sophie Grobst / Martine Vassaux / Anne Dardel / Guy Boudet

Précisément, comment s'organisera dorénavant la formation des professionnels tout au long de leur vie ?

Jusqu'à présent, une triple entrée existait pour la formation médicale continue : les conseils nationaux de formation médicale continue, aujourd'hui dissous, la haute autorité de santé (HAS) pour l'évaluation des pratiques professionnelles et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), les établissements ou leurs organismes paritaires collecteurs agréés pour le financement.

Demain, le pilotage unique reposera sur l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), « guichet unique » au service de tous les professionnels de santé. Mission principale : rationaliser le circuit de financement et d'enregistrement des prestataires de formation, afin d'améliorer l'efficacité de l'ensemble du dispositif. En parallèle, l'OGDPC tiendra à jour une banque de données pour informer les professionnels sur l'offre de DPC disponible et, notamment, pour publier la liste des programmes dispensés, la liste des organismes agréés de DPC, ainsi que les résultats de l'évaluation de ces organismes.

L'OGDPC pourra s'appuyer sur 5 commissions scientifiques indépendantes (CSI) respectivement créées pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes et les professionnels non médicaux. Les CSI auront toutes le même rôle : formuler un avis sur les orientations nationales et régionales de DPC, établir une évaluation technique et scientifique des organismes de DPC, dresser la liste des diplômés d'université considérés comme équivalents à un programme de DPC.

Les programmes de DPC se caractériseront par une méthode et des modalités validées par la haute autorité de santé (HAS). Ils correspondront à des orientations soit nationales, préalablement définies par un arrêté ministériel,

soit régionales, fixées par les agences régionales de santé (ARS), après avis des CSI. Ces programmes seront ensuite proposés par les organismes agréés de formation et ouverts aux candidats.

Le DPC peut susciter çà et là des questionnements, voire des réticences : comment convaincre de son importance ?

Le DPC favorise une synergie entre professionnels - qu'ils soient médicaux ou non - et va permettre une démarche centrée sur des programmes et des méthodes validés par la HAS. La rigueur du dispositif n'est donc pas contestable.

Par ailleurs, le contexte actuel - et à venir - est exigeant : la santé publique doit faire face à des enjeux majeurs d'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité et de la sécurité des soins dispensés, couplés au vieillissement de la population et à la maîtrise des dépenses. Dans ce domaine, le ministère réaffirme sa confiance vis-à-vis des professionnels pour faire face à leurs responsabilités et pour répondre à ces enjeux : maladies chroniques, cancer, santé mentale, dépendance... La prise en charge de ces pathologies doit conduire à une meilleure coordination des acteurs, qu'ils soient hospitaliers, libéraux ou médico-sociaux, ainsi qu'à une implication accrue dans des actions de prévention.

La coopération entre professionnels de santé

« La coopération entre professionnels de santé connaît une montée en charge lente mais régulière et encourageante. »

Marie-Andrée Lautru, chef de projet auprès du sous-directeur des ressources humaines du système de santé (RH2S), **Carole Merle**, adjointe au chef du bureau de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu (RH2) et **Isabelle Monnier**, chargée de mission au bureau RH2

La démarche de coopération entre professionnels de santé a été reconnue par la loi HPST : 2 ans après, a-t-elle connu l'essor escompté ?

Depuis la promulgation de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) et le démarrage du dispositif à la fin 2010, la coopération entre professionnels de santé connaît une montée en charge lente mais régulière et encourageante. La haute autorité de santé (HAS) a reçu 39 protocoles pour analyse et expertise scientifique : son collègue a donné un avis favorable à 11 d'entre eux et 6 de

ces avis ont fait l'objet d'un arrêté d'autorisation de mise en œuvre signé par les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) concernées - 1 en PACA, 2 en Haute-Normandie, 1 en Alsace, 1 en Rhône-Alpes et 1 en Bourgogne. Le collège de la HAS a également prononcé 8 sursis à statuer.

Il faut noter que les protocoles de coopération élaborés jusqu'à présent ont concerné davantage le secteur hospitalier que le secteur ambulatoire ou libéral.

- **39 protocoles reçus par la HAS, 11 avis favorables**

Dans quel type de prise en charge la coopération entre professionnels est-elle mise en œuvre ?

Il serait trop long de dresser une telle liste mais, à titre indicatif, ces nouvelles pratiques se rencontrent essentiellement dans le cadre du suivi de patients porteurs de pathologies chroniques : prise en charge d'hépatites, hémodialyse, administration d'anticancéreux oraux à domicile, suivi de mélanomes, du diabète, suivi et éducation de patients sous anti-vitaminiques K (AVK)... Mais aussi dans le cadre de consultations diverses : vaccination, addictologie, nutrition, MST, contraception, rhumatologie, allergologie, plaies aiguës et chroniques, grippe saisonnière, obésité, interruption volontaire de grossesse... Sans oublier, des actes techniques comme la ponction en crête iliaque, le bilan urodynamique, l'échographie, le prélèvement de cornée, la kinésithérapie respiratoire, la réinjection de sang marqué...

L'ophtalmologie a fait l'objet de nombreux protocoles de coopération : dépistage de la rétinopathie diabétique, adaptation de lentilles, réalisation d'actes d'orthoptie sans prescription préalable, mesure de la réfraction et prescription de verres et montures...

Quel est l'intérêt pour les professionnels de santé à s'engager dans un protocole de coopération ?

Les coopérations sont l'un des éléments de réponse aux problèmes de démographie et d'optimisation du temps médical. Au-delà de cet aspect, la coopération peut s'avérer très intéressante dans certaines situations : pour les médecins, elle encourage l'exercice pluri-professionnel* - en rupture avec le caractère individuel et isolé dont pâtit parfois l'exercice médical - ou dégage du temps pour leur permettre de privilégier des activités purement médicales. Pour les autres professionnels de santé, la coopération offre des possibilités en termes d'attractivité, d'évolution et de perspectives de carrière autres que les seuls postes d'encadrement : cela, par l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution des compétences, par exemple. Il y a nécessité de s'interroger sur les métiers actuels pour anticiper les compétences par rapport aux besoins de santé, mettre de la cohérence entre les métiers, faciliter les passerelles, préparer à des cheminements de carrière... Le chantier est encore vaste !

**Lire la fiche dédiée*



Isabelle Monnier / Marie-Andrée Lautru / Carole Merle

- 4 collèges, 22 membres au total
- 5 thèmes de travail dans 4 domaines d'observation

L'observatoire national des emplois et des métiers de la FPH

« L'idée est de passer d'une culture de gestion subie de l'emploi à une posture de gestion active. »

Christine Gardel, adjointe au sous-directeur des ressources humaines du système de santé (RH2S)

2011 a vu la réforme d'une instance importante bien qu'encore assez méconnue : l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH). Pouvez-vous en rappeler le contexte ?

L'ONEMFPH a été créée en 2001. Sa composition et ses missions ont été revues dans le contexte de la loi de 2010 portant rénovation du dialogue social dans la fonction publique et du décret du 9 mai 2012.

L'observatoire tire sa légitimité du lien étroit entre sa composition et celle du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFP) : il est constitué de 4 collèges représentant les employeurs, les organisations syndicales et l'administration à tous les niveaux, national, régional et local. Le dernier collège, constitué de personnes qualifiées, s'est ouvert au monde de la recherche.

L'ambition : que cet observatoire soit un lieu de débat qui associe les professionnels de terrain, les partenaires sociaux, les régulateurs et des équipes de recherche en sciences humaines, afin d'être force de proposition et terrain d'innovation.

Qu'en est-il du rôle et des missions du « nouvel » ONEMFPH ?

Les enjeux de l'ONEMFPH se déclinent selon 3 axes stratégiques : la connaissance et la veille sur l'emploi et les métiers ; l'observation des pratiques régionalisées ; la prospective sur les politiques de ressources humaines. Avec, en filigrane, des enjeux de plus en plus prégnants : dynamiser la FPH, mettre à profit les logiques de collaboration inter-fonction publique et favoriser les passerelles, prendre en compte tous les métiers de la santé et dépasser l'habituel clivage entre personnels médicaux et non médicaux, renforcer les approches métiers et compétences. Sans oublier de développer une expertise et des travaux collaboratifs sur l'emploi, les métiers et les déterminants qui y sont attachés en termes de politique de l'emploi, de politique de formation et de politique des rémunérations.



Face à ces enjeux forts pour les pouvoirs publics comme pour les professionnels et leurs représentants, l'ONEMFPH a défini un programme de travail pluriannuel ambitieux décliné en 5 thèmes : le 1^{er}, actualiser le répertoire des métiers de la FPH ; le 2^{ème}, développer la dimension régionale de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) pour faire évoluer l'offre de soins territoriale et favoriser le décloisonnement des prises en charge ; le 3^{ème}, proposer un format d'observation régionale des bonnes pratiques RH, par exemple sur la gestion des âges, les nouveaux métiers, les pratiques avancées et le 4^{ème}, améliorer la connaissance de l'emploi par une analyse des différents outils de recueil d'information. Le 5^{ème} enfin, participer à la construction d'une fonction d'observation sociale pour passer d'une culture de gestion subie à une culture de gestion active. Ceci, dans 4 domaines : les métiers et les compétences, les bilans sociaux, les baromètres sociaux et les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité.

Pourquoi ces 4 derniers domaines ?

Sur les métiers et les compétences, il s'agit de rassembler les nombreuses informations existantes - cartographie métiers, bilans de formation continue, tableaux de bord... - mais insuffisamment exploitées. Pour les bilans sociaux, l'objectif est d'en simplifier et d'en moderniser prochainement la trame, afin qu'elle se prête plus facilement à un travail approfondi d'analyse. En ce qui concerne les baromètres sociaux, qui nécessitent des enquêtes internes aux hôpitaux, il faudra réfléchir à un tronc commun de questions pour disposer d'indicateurs significatifs sur l'opinion des professionnels et l'évolution du rapport au travail. Enfin, sur le champ des conditions de travail, d'hygiène et de sécurité, l'analyse de certaines données devra être systématisée.

+ Com

Participation au salon de l'emploi public pour valoriser les métiers de la FPH



L'accord-cadre sur la qualité de l'exercice à l'hôpital

« Reconnaître l'engagement de celles et ceux qui s'investissent dans des projets exigeants, en leur offrant des perspectives de carrière renouvelées. »

Maud Lambert-Fénéry, chef du bureau des ressources humaines hospitalières (RH4),
Patricia Rucard et **Béatrice Bermann**, adjointes à la chef du bureau RH4,
Martine Hébrard, chargée de mission au bureau RH4

Pourquoi un accord sur l'exercice médical à l'hôpital ?

Une réflexion globale sur l'exercice médical à l'hôpital - dans toutes ses dimensions - a été confiée à la mission nationale coordonnée par Danièle Toupillier, directrice générale du centre national de gestion (CNG). La remise du rapport en juillet 2011 a été suivie, à l'automne de la même année, de réunions de concertation et de négociations qui ont abouti à la signature d'un accord-cadre sur l'exercice médical à l'hôpital. Ce document a été signé le 23 décembre 2011 par 2 intersyndicales de praticiens hospitaliers, la CMH et le SNAM-HP, ainsi que par les inter-syndicats de chefs de clinique et d'internes. Le 24 janvier dernier, s'y sont ajoutées les signatures de 2 autres intersyndicales de praticiens hospitaliers, l'INPH et la CPH. Cette unanimité des représentants des praticiens en exercice et cette adhésion des représentants des futurs professionnels démontrent l'enjeu de cet accord.

La carrière hospitalière n'était donc plus attractive ?

Non, plus suffisamment : un certain nombre d'indicateurs montrait les carences d'attractivité de la carrière hospitalière. En termes de candidats, l'analyse des données 2010 sur les praticiens inscrits sur la liste d'aptitude montrait un écart important entre les postes offerts dans la majorité des disciplines et le nombre de lauréats pour pourvoir l'ensemble des postes déclarés vacants aux 2 tours de recrutement 2010. Globalement, seules la pharmacie - 1,8 lauréat pour 1 poste offert - et la biologie - 1,7 lauréat pour 1 poste offert - enregistraient un nombre de lauréats suffisant, alors que toutes les autres disciplines disposaient d'un nombre de lauréats moins élevé que le nombre de poste offerts.

- **1 accord-cadre signé des 4 intersyndicales de PH**
- **2 grands axes**

Ainsi, le nombre de lauréats encore inscrits sur la liste d'aptitude en 2010 ne pouvait assurer la couverture des postes offerts qu'à raison de 75 % en chirurgie, 51 % en médecine, 33 % en anesthésie-réanimation et 24 % en radiologie / imagerie médicale.

De même, un constat similaire pouvait être établi si l'on procédait à l'analyse en termes de postes pourvus par un praticien statutaire. Ainsi, en anesthésie-réanimation, sur la France entière, 30 % des postes de PH temps plein et 53 % des postes à temps partiel n'étaient pas pourvus par un praticien statutaire. En psychiatrie, c'étaient 27 % des postes de PH temps plein et 42 % des postes de praticien à temps partiel qui étaient dans cette situation.

Que prévoit l'accord-cadre ?

Cet accord-cadre a pour objectif de répondre aux attentes des professionnels en réussissant le double pari d'attirer

les jeunes praticiens et de fidéliser ceux déjà engagés dans le service public hospitalier, pour maintenir l'accessibilité de tous aux meilleurs soins et mieux articuler les prises en charge. Il est décliné autour de 2 grands axes : identifier, organiser et valoriser les équipes médicales pour le 1^{er} ; choisir, construire et adapter la carrière médicale du praticien à l'hôpital pour le 2nd.

Mesurer la qualité du travail effectué, reconnaître l'engagement de celles et ceux qui s'investissent dans des projets exigeants, offrir aux jeunes médecins des perspectives de carrière nouvelles, donner des possibilités de varier ses formes d'exercice ou d'aménager la fin de carrière : tels sont les principaux enjeux sur lesquels nous devons nous interroger et telles sont les orientations de l'accord-cadre déclinées courant 2012. La mise en œuvre des propositions s'articulera avec les composantes du pacte de confiance annoncé en faveur des personnels hospitaliers.



Sylvie Kinet / Martine Hébrard / Patricia Rucard / Farahnaz Soroush / Yoann Carrey

L'expérimentation de l'entretien professionnel dans la FPH

Sylvie Kinet, chargée de mission au bureau des ressources humaines hospitalières (RH4)

Depuis 2010, l'expérimentation de l'entretien professionnel concerne les 3 versants de la fonction publique. La fonction publique de l'Etat est d'ores et déjà sortie de la phase d'expérimentation et a généralisé la démarche : l'expérimentation se poursuit dans la fonction publique hospitalière (FPH).

Deux temps ponctuent l'entretien professionnel annuel : le bilan des compétences mises en œuvre et les résultats professionnels de l'agent d'une part ; les objectifs et les perspectives d'évolution professionnelle d'autre part.

Outre l'introduction de ce temps de bilan privilégié entre chaque agent et son supérieur hiérarchique, la modification majeure apportée par cette expérimentation est la suspension du système de notation pour la reconnaissance de la valeur professionnelle de l'agent, qui se fait désormais à travers un compte rendu dont le modèle est fixé par arrêté.

En 2011 des actions ont été réalisées, sous l'égide d'un groupe de travail national animé par la DGOS, pour décliner le dispositif dans la FPH. Premier résultat : l'élaboration de la circulaire d'application de janvier 2012, accompagnant les hôpitaux dans la mise en œuvre du dispositif d'expérimentation. Parallèlement, l'expérimentation a été inscrite dans les actions de formation nationale (AFN) 2011 et 2012 proposées par l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), à destination des évalués et des évaluateurs. Des actions de communication diverses ont également été entreprises, toujours avec le souci d'informer et d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre de l'expérimentation.

Enfin, pour construire le bilan annuel de l'avancée de l'expérimentation au sein de la FPH, un travail de collaboration interne a débouché sur la création d'une plateforme de recueil de données au sein de l'observatoire national des ressources humaines des systèmes de santé (ONRH).

Les 1^{ers} bilans réalisés permettent d'assurer un suivi du dispositif et d'en assurer les ajustements continus en lien avec l'ensemble des acteurs.

- 2 volets pour les bilans sociaux
- 10 indicateurs RH pour HospiDiag, 3 pour CLARTE, 10 pour la DGOS

Les bilans sociaux

« A l'échelon local, un bilan social constitue le support principal d'information et de dialogue social ; à l'échelon national, il représente un outil d'évaluation des politiques publiques. »

Jihane Bendaira, adjointe au chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales (RH3)

Pour un décideur hospitalier, quelle peut être l'utilité de constituer et de disposer d'un bilan social d'établissement ?

Pour mémoire, le bilan social récapitule en un document unique les principales données chiffrées permettant d'apprécier la situation de l'établissement dans le domaine social, de valoriser les réalisations effectuées, de mesurer les changements intervenus au cours de l'année écoulée et des 2 années précédentes. Concrètement, il comporte des informations sur l'emploi, les rémunérations, les conditions de santé et de sécurité au travail, la formation, les relations professionnelles...

L'objectif du bilan social est double. A l'échelon local, il constitue le support principal d'information et de dialogue social entre l'administration et les organisations syndicales au sein de l'hôpital ; à l'échelon national, il représente un outil d'évaluation des politiques publiques. Ces 2 volets traduisent la complexité de l'exercice de simplification du bilan social : son allègement ne doit pas en dénaturer l'essence même.

Justement, la DGOS s'est lancée en 2011 dans une réflexion autour de l'évolution des bilans sociaux ?

Cette réflexion fait suite aux conclusions du rapport Noiré rendu en 2009, qui faisait état de 3 faiblesses : le nombre trop important - près de 150 - d'items à renseigner, qui rendait le document final difficilement exploitable ; le caractère obligatoire pour les établissements de plus de 300 agents uniquement, alors que de nombreux hôpitaux sont de plus petite taille ; enfin, une élaboration des bilans trop centrée sur le niveau local, aucune remontée exhaustive au niveau national n'étant organisée.

L'un des enjeux premiers du projet de refonte du bilan social, lancé en 2011, était de prendre en compte les recommandations du rapport Noiré : un allègement



significatif, l'extension aux hôpitaux de moins de 300 agents, la remontée exhaustive des données au niveau national pour une meilleure exploitation.

Autre enjeu : mettre en cohérence ce document avec d'autres indicateurs RH existants - HospiDiag, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), notamment.

Enfin, la refonte du bilan social doit tenir compte des évolutions de la nouvelle gouvernance interne des hôpitaux*, issue de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) comme de la politique RH des hôpitaux au niveau des territoires de santé, qui ont l'une et l'autre des répercussions sur les professionnels.

Vous évoquez des indicateurs déjà existants sur le champ des ressources humaines : quels sont-ils ?

Tout d'abord, les 10 indicateurs de l'outil HospiDiag : 8 de productivité des personnels et 2 de performance RH. Ensuite, les 3 du groupe de recherche CLARTE* sur le taux d'absentéisme, le turn-over et le taux de satisfaction des personnels et les 60 indicateurs de pilotage des RH proposés par le rapport Yahiel/Toupillier. Pour finir, les 10 indicateurs issus du volet « ressources humaines » du guide méthodologique de la DGOS consacré aux CPOM.

*Lire les fiches dédiées

- la FPH féminisée à 80 %
- 1,1 million de fonctionnaires hospitaliers

Le dialogue social dans la FPH

« Le dialogue social est un levier d'amélioration des organisations, mais aussi de la qualité et de la sécurité des soins. »

Eric Sanzalone, chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales (RH3)

En quoi la loi du 5 juillet 2010 et ses décrets d'application ont-ils modifié le dialogue social au sein de la FPH ?

La loi du 5 juillet 2010 consécutive aux accords de Bercy, signés le 8 juin 2008, place le dialogue social au cœur des politiques conduites en matière de gestion de ressources humaines, à tous les niveaux de décision.

Au niveau inter-fonction publique, le dialogue social se situe au sein du conseil commun de la fonction publique (CCFP). En ce qui nous concerne, c'est au niveau du nouveau conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) et, pour les hôpitaux, essentiellement au sein des comités techniques d'établissement (CTE) et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Le dialogue social prend tout son sens dans la FPH, fonction publique d'établissements autonomes, qui se caractérise par une grande diversité de professions et se trouve confrontée à un important renouvellement démographique dans les métiers des soins. Il est un levier d'amélioration des organisations, mais aussi de la qualité et de la sécurité des soins, qui doit permettre à l'hôpital de remplir ses missions dans un contexte de changement lié aux réorganisations et à la mutation des technologies médicales.

Concrètement, quelles avancées pour les organisations syndicales de la FPH ?

Une avancée majeure : le principe de la négociation est élargi à d'autres thèmes que les rémunérations et le pouvoir d'achat. Désormais, pourront également être traités les conditions de travail, l'organisation du travail et le télétravail, le déroulement de carrière et la promotion professionnelle, la formation professionnelle et continue, l'action sociale et la protection sociale complémentaire, l'hygiène, la sécurité et la santé au travail, l'insertion professionnelle des personnes handicapées et l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes. Ce dernier point est important dans une fonction publique féminisée à plus de 80 % !

Autres avancées : les accords issus de négociations seront valides dès lors qu'ils sont signés par une ou plusieurs organisations syndicales ayant recueilli au moins 50 % des suffrages exprimés ou 20 % des suffrages sauf opposition des organisations syndicales parties prenantes à la négociation. Si la plupart des thèmes feront l'objet de concertations nationales destinées à définir un cadre commun, ils pourront aussi faire l'objet de concertations locales pour adapter certaines mesures à la structure des établissements et à leurs caractéristiques socioprofessionnelles.

Précisément, comment se mesure la représentativité syndicale ?

La représentativité syndicale est désormais mesurée sur la base des résultats des élections aux CTE, dont les représentants sont élus par l'ensemble de la communauté professionnelle sans distinction de statut : fonctionnaires bien sûr, mais aussi agents contractuels de droit public ou de droit privé.

Les dernières élections professionnelles organisées pour la FPH* en octobre 2011 n'ont pas entraîné de bouleversement majeur dans la représentation des organisations syndicales par rapport aux élections de 2007. De plus, des dispositions transitoires prévues dans la loi et les décrets relatifs au CCFP et au CSFPH maintiennent un siège aux organisations syndicales qui n'ont pas obtenu un nombre de voix suffisant pour siéger. Le décret relatif à l'exercice du droit syndical prévoit également des dispositions transitoires permettant de maintenir un crédit global de temps syndical à hauteur de l'année 2011.

**Lire la fiche dédiée*

La santé au travail et la prévention des risques psychosociaux

« Nous devons amener les établissements et leur tutelle à se poser les bonnes questions : par exemple, la gestion est-elle « durable » sur le plan des RH ? Comment améliorer concrètement l'organisation du travail et adapter le management ? »

Eric Sanzalone, chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales (RH3),
Jihane Bendaira, adjointe au chef du bureau RH3, **Christine Tual**, chargée de mission au bureau RH3



Jennifer Koch / Martine Cavaillé / Stéphanie Nguebou / Eric Sanzalone / Christine Tual

Les acteurs hospitaliers semblent avoir collectivement pris conscience que les questions de santé et de sécurité au travail nécessitent une vigilance toute particulière ?

En effet et c'est d'ailleurs, depuis quelques années, un axe central de l'action du ministère chargé de la santé, en lien avec les professionnels de la santé au travail, les chefs d'établissement et les partenaires sociaux.

La notion de santé au travail recouvre toutes les actions à mettre en place pour promouvoir le bien-être des salariés et prévenir les accidents du travail ainsi que les maladies professionnelles. Dans ce cadre général, l'enjeu pour la DGOS vise plus spécifiquement à repérer, à connaître et à prévenir les risques psychosociaux (RPS), qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés.

- **un accompagnement de 10M€ pour les CLACT**
 - **2 appels à projets en cours**
- **une centaine d'établissements pilotes pour le groupe CLARTE**

Nous devons amener les acteurs à se poser les bonnes questions : par exemple, la gestion est-elle « durable » sur le plan des ressources humaines ? Les fragilités éventuelles, les particularités de l'activité - notamment de nuit - sont-elles suffisamment prises en compte ? Des actions spécifiques sont-elles menées pour atténuer, compenser ces contraintes ? Le dialogue social progresse-t-il sur ces sujets ? Comment améliorer concrètement l'organisation du travail et adapter le management ?

A l'hôpital et en clinique, les RPS doivent systématiquement faire l'objet d'actions spécifiques, en raison même des conditions d'exercice des équipes : rythme de travail 24h|24, surcroît éventuel d'activité, accompagnement de personnes en souffrance, annonce de mauvaises nouvelles, confrontation à la mort, agressivité de certains patients ou usagers...

Précisément, quelles sont ces actions spécifiques que vous évoquez ?

Premiers jalons : la mise en œuvre du plan stress 2009 pour mieux prévenir les RPS, déjà visés par le 2nd plan santé au travail 2010-14. En ce qui concerne spécifiquement la fonction publique, beaucoup d'actions ont été engagées avec l'accord signé en novembre 2009.

Depuis, de nombreux établissements se sont mobilisés sur la prévention des RPS, par le biais de l'obligation qui leur est faite, depuis 2001, d'élaborer et de mettre à jour un « document unique » (DU) d'évaluation des risques professionnels. Ce travail doit être nourri par un dialogue social régulier. Après un événement grave, on mesure parfois a posteriori que certaines informations n'ont pas été repérées à temps, alors qu'elles auraient pu alerter : augmentation de l'absentéisme de courte durée, des accidents de travail...

Pour soutenir les établissements, plusieurs leviers sont mis à leur service. Parmi les plus emblématiques, les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), incontournables pour développer une véritable culture de prévention des RPS. Les crédits alloués aux CLACT en 2011 s'élevaient à 10M€ : délégués aux agences régionales de santé (ARS) dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR), leur obtention était subordonnée à la production des DU.

Pour les établissements, la DGOS a identifié et priorisé des prestations d'assistance conseil, d'audit, de formation-action en ergonomie, en psychologie du travail,

en ingénierie, qui favorisent le développement de cette culture de prévention des RPS. Par ailleurs, en lien avec la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), qui le gère, un fonds national de prévention (FNP) des risques professionnels a été créé : outre une contribution financière, il apporte des outils méthodologiques aux établissements qui souhaitent engager des actions d'évaluation et de prévention des RPS.

Un mot sur les prochains chantiers ?

Deux appels à projets seront prochainement lancés : le 1^{er} par le fonds national de prévention pour l'identification et la prévention des facteurs de RPS ; en complément, le 2nd par la DGOS pour valoriser, vis-à-vis du plus grand nombre, les bonnes pratiques en la matière. Nous sommes également associés aux travaux de la haute autorité de santé (HAS), qui intègre désormais la satisfaction au travail à la procédure de certification des établissements de santé. La DGOS et la HAS suivront en parallèle les travaux du groupe CLARTE - pour « Consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé » -, issu d'un appel à projets commun. Objectif : établir le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins* dispensés, par le biais d'un questionnaire sur la satisfaction au travail expérimenté dans une centaine d'établissements volontaires. D'ici fin 2013, l'objectif est de pouvoir le généraliser à tous les hôpitaux.

**Lire la fiche dédiée*

La valorisation des ressources humaines de la santé vue par... l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur



« Un objectif en Provence-Alpes-Côte d'Azur : améliorer les conditions de travail, la prévention des risques psychosociaux et la surveillance des maladies à caractère professionnel. »

Via le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), l'ARS de PACA a accompagné 30 établissements de santé dans leur stratégie d'amélioration des conditions de travail, par l'acquisition de matériels permettant la réduction des troubles musculo-squelettiques et la tenue de formations directement liées à l'amélioration des conditions de travail. Cela, en vue notamment de diminuer les taux d'absentéisme, de maladie professionnelle et d'accident du travail ; mais aussi, de promouvoir le développement d'une culture de prévention bénéficiant aux professionnels de santé et, par là même, d'améliorer la qualité de la prise en charge et des soins dispensés aux patients. L'accent a été mis plus précisément sur une politique de prévention active des risques psychosociaux (RPS)* et la mise en place de processus expérimentaux d'organisation susceptibles d'améliorer les rythmes de travail et les relations de travail.

Ce volet « amélioration des conditions de travail » s'est accompagné d'un volet « gestion prévisionnelle des métiers et des compétences », en lien avec l'ANFH de PACA, pour parvenir à une méthodologie uniforme en ce domaine et à une vision dynamique et stratégique de la gestion des ressources humaines dans la région. Ont été favorisés les projets multi-établissements, la coopération et la coordination, la production d'indicateurs pour des tableaux de bord : cartographie des métiers, étude régionale sur les métiers sensibles et émergents, gestion des effectifs par métier et par compétence.

Enfin, l'ARS a invité les établissements de santé publics et privés de PACA à participer à la surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP), à travers les « quinzaines MCP » menées par l'institut de veille sanitaire (InVS). Ainsi, du 14 au 26 novembre 2011, les médecins du travail ont établi des tableaux de bord portant sur la situation de tous les salariés ayant bénéficié d'une consultation et signalant toutes les MCP diagnostiquées.

Objectif : déterminer les affections jugées imputables au travail, repérer les professions les plus à risque ainsi que les actions de prévention nécessaires.

*Lire la fiche dédiée

A retenir

→ 693 488€ accordés en 2011 pour l'accompagnement de 30 établissements de santé, s'ajoutant aux 710 379€ accordés en 2010

www.ars.paca.sante.fr

- quelque **3 800 établissements concernés**
 - **près d'1 million d'électeurs**
 - **une participation de 50,59 %**

Les élections professionnelles dans la FPH

« *Chaque renouvellement d'instance participative reflète la vitalité du dialogue social.* »

Martine Cavaillé, adjointe au chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales (RH3)

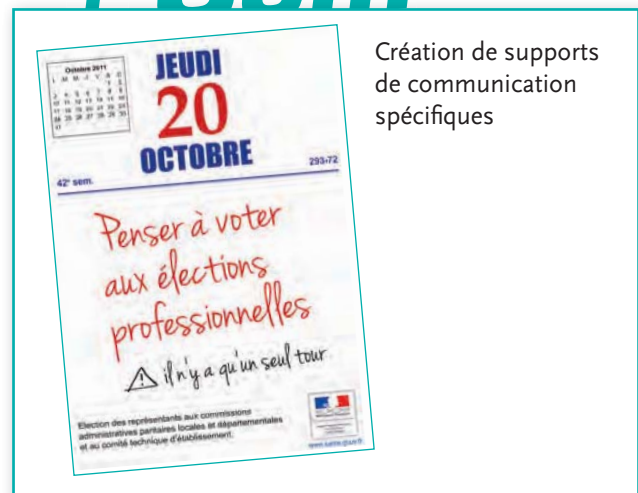
A l'instar des 2 autres fonctions publiques, des élections professionnelles se sont déroulées en octobre 2011 : pouvez-vous nous en rappeler les enjeux principaux ?

En ce qui concerne la fonction publique hospitalière (FPH), les élections professionnelles organisées le 20 octobre 2011 visaient, comme tous les 4 ans, au renouvellement des commissions administratives paritaires locales et départementales, ainsi que des comités techniques des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux : au total, près de 3 800 établissements concernés.

La mobilisation de tous les acteurs était l'une des conditions de réussite du scrutin. C'est pourquoi la DGOS, mais aussi les agences régionales de santé (ARS), les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), les directeurs des ressources humaines des établissements et les organisations syndicales se sont collectivement impliqués durant des mois dans la préparation des élections.

En raison du caractère fortement décentralisé de la FPH, un schéma institutionnel d'organisation a été arrêté de manière à déterminer précisément les rôles de chaque intervenant au processus électoral. Des correspondants « élections » ont été désignés au sein des ARS et des DDSC afin de faciliter les échanges entre les différents échelons administratifs. Le pilotage d'ensemble et l'accompagnement des acteurs a été assuré par la DGOS, qui a constitué une cellule « élections » au sein du bureau RH3. Dès le 20 octobre, les ARS ont procédé à l'agrégation des résultats consolidés et à leur transmission à la cellule « élections » de la DGOS : ceux-ci ont permis, au niveau national, d'arrêter la composition renouvelée du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH).

+ Com



Création de supports de communication spécifiques

Face à un enjeu électoral aussi important à l'échelle d'une fonction publique toute entière, comment garantir la fiabilité des résultats du scrutin et, surtout... une participation satisfaisante ?

Contrairement aux autres fonctions publiques, le vote électronique n'a pas été retenu pour les dernières élections professionnelles dans la FPH. Celui-ci aurait nécessité une réflexion et une concertation approfondie avec les partenaires sociaux et généré une organisation trop lourde pour les établissements et les électeurs. Les conditions n'étaient pas réunies pour le scrutin 2011.

Les impératifs liés à une remontée fiable et sécurisée des résultats électoraux n'en étaient que plus cruciaux : c'est la raison pour laquelle la DGOS a mis en place, pour la première fois en 2011, un système automatisé de remontée des résultats baptisé « Hosp-eElections ». Trois principes clés : simplicité, fonctionnalité et sécurisation des process.

En amont et afin de faciliter l'information et la mobilisation de chacun des électeurs, la cellule « élections » a mis en place plusieurs outils méthodologiques et juridiques consultables sur le site internet du ministère.

Une foire aux questions était également mise à jour régulièrement et une hot line créée, de manière à répondre en temps réel aux questions juridiques ou organisationnelles posées par les ARS et les établissements. Les correspondants « élections » des ARS et des DDCCS ont par ailleurs bénéficié de 2 journées nationales d'information. Sans compter des guides pratiques d'utilisation et des supports de communication, en ligne dès septembre à l'usage de tous.

Quid des résultats du scrutin 2011 dans la FPH ?

Le taux de participation a atteint 50,59 % : ce taux se situe sensiblement au même niveau que le scrutin précédent de 2007. Au-delà des chiffres, il faut rappeler que chaque renouvellement d'instance participative constitue un événement majeur pour la vie des établissements et la carrière de leurs agents. Il reflète également la vitalité du dialogue social, particulièrement dans le contexte de la réforme du dialogue social engagée par les accords de Bercy depuis 2008.

D'une manière générale, la mise en œuvre du processus électoral de 2011 a fait l'objet d'un dialogue social particulièrement intense et nourri au niveau national. Il se reflètera forcément lors des séances du CSFPH nouvellement issu du scrutin.

La prévention et la gestion des situations de violence



« La violence en milieu de soin n'est pas une fatalité et le meilleur rempart, c'est la qualité. »

Fabienne Guerrieri, chargée de mission pour l'observatoire national des violences en santé (ONVS), département stratégie ressources

Quelle a été la politique de l'observatoire national des violences en santé (ONVS) en 2011 ?

L'observatoire connaît une profonde mutation. Bien entendu et même s'il est loin de n'être que ça, il demeure un outil de recueil de données dont la refonte était devenue indispensable pour de meilleures fonctionnalités : connaissance des événements de violence survenus, prise en compte à plusieurs niveaux - local, régional, national -, création de points d'alerte... En 2011, nous avons donc beaucoup mobilisé les établissements autour de cet outil, qui est à leur service.

Au-delà de cette approche, l'observatoire a pour objectif essentiel de mieux cerner - pour mieux prévenir - les situations de violence vécues par les établissements et par les professionnels de santé. Or, on le sait, celles-ci trouvent parfois leur origine dans un dysfonctionnement de l'accueil ou de la prise en charge des patients et de leurs proches, en lien direct avec la qualité des soins.

- **5 760 faits signalés en établissement**
- **87 % d'atteintes aux personnes, 13 % d'atteintes aux biens**
- **aucun dépôt de plainte dans 86 % des cas**

Je le répète volontiers dans le cadre des colloques au cours desquels j'interviens ou lors de mes déplacements sur le terrain : la violence n'est pas une fatalité. Les professionnels de santé doivent pouvoir travailler dans la sérénité, les phénomènes de violence être analysés sur le terrain et ce travail contribuer à la réflexion. Sur les conditions de sécurité bien sûr, mais aussi sur les conditions dans lesquelles sont pris en charge les patients, sur les pratiques professionnelles, sur le mode de fonctionnement des équipes, sur les conditions de travail des professionnels eux-mêmes.

Dernier axe et non des moindres : l'observatoire a élargi son champ de compétences. Composé uniquement, lors de sa création, de représentants du monde hospitalier, il s'est ouvert aujourd'hui à tous les professionnels de santé exerçant hors des structures de soins. Un dialogue s'est instauré notamment avec les ordres professionnels comme ceux des médecins, des pharmaciens et des infirmiers. D'observatoire national des violences hospitalières (ONVH), l'observatoire est devenu ONVS : observatoire national des violences en santé. Cela lui permet d'avoir une vision plus large du phénomène : c'est aussi totalement cohérent avec le développement de la DGOS sur le secteur de l'ambulatoire. Dorénavant, nous devons aussi aider les professionnels libéraux à trouver des solutions pour prévenir ces incidents.

L'observatoire dresse chaque année un bilan national sur les remontées de signalements d'actes de violence : quels sont les services les plus touchés par ce phénomène ?

Les lieux de soin sont par définition des lieux dans lesquels passent, se croisent - voire vivent - de nombreuses personnes. Ces lieux, comme les autres lieux de la cité, ne sont pas épargnés par des phénomènes d'incivilités.

Mais ce sont aussi des lieux spécifiques, qui accueillent des personnes stressées, inquiètes, agitées : les difficultés à se comprendre sont parfois amplifiées.

Les signalements émanent principalement de services où les patients sont les plus fragilisés : urgences, pédiatrie, psychiatrie... Face à cela, l'un des meilleurs remparts, c'est la qualité : qualité de l'organisation, qualité du fonctionnement de l'équipe, qualité des soins, qualité de l'information, qualité du traitement des plaintes. Les acteurs apprennent progressivement à repérer des signaux d'alerte : files d'attente, petites incivilités mais aussi arrêts de travail, mouvements sociaux... Qui sont autant de faits révélateurs ou générateurs de tensions, d'incompréhension ou d'insatisfactions dont la prise en compte peut contribuer à la prévention des actes de violence.

Quelles sont les axes concrets proposés pour cela ?

L'idée est de sensibiliser les acteurs de proximité - agences régionales de santé (ARS), préfetures, conseils locaux des ordres professionnels... - à la prise en compte de ces phénomènes, afin que ceux-ci s'en emparent et s'entraident. Un protocole national a été conclu en 2011 dans ce sens : à présent, des protocoles locaux doivent être déclinés dans chaque département, de manière à donner l'occasion aux professionnels de la santé et de la sécurité de se parler et de trouver les solutions adaptées aux situations qu'ils rencontrent.

Les déplacements sur le terrain sont également réguliers, notamment lors de faits graves. Là, un travail plus direct est mis en place avec les acteurs de terrain, pour les aider à surmonter l'événement et leur proposer des mesures correctrices immédiates. Ces déplacements sont très utiles et très appréciés.

En interne à la DGOS, des travaux transversaux sont menés sur les droits des usagers, sur la qualité des soins, sur la formation des professionnels de santé... C'est toute la DGOS qui est mobilisée sur la qualité de l'environnement des soins et des relations entre les personnes qui se rencontrent au cours de ces soins.

+ Com

Création de 4 fiches réflexes en collaboration avec la FHF et la MACSF





L'année 2011 vue par...

Yannick le Guen,

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

« En 2011, les équipes de la sous-direction PF ont exploré de nouveaux champs d'action, acquis de nouvelles compétences, formalisé de nouveaux partenariats. »

En ce qui concerne la sous-direction PF, l'année 2011 a parfaitement illustré la diversité et la complexité des missions d'une administration centrale.

D'une part, elle a été marquée par la finalisation de travaux très structurants, à fort impact organisationnel, à l'instar de l'arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, à l'instruction relative au guide méthodologique sur l'accompagnement autour des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou au lancement du programme Hôpital numérique*.*

D'autre part, des thématiques émergentes ont amené les équipes de la sous-direction à explorer de nouveaux champs d'action, à acquérir de nouvelles compétences, à formaliser de nouveaux partenariats.

A ce titre, je voudrais citer l'ensemble des travaux menés sur la problématique de l'accès au financement bancaire des établissements de santé, lesquels se sont en particulier traduits par un décret interdisant le recours à des produits financiers trop complexes mais également la création d'un nouvel appel à projet visant à permettre d'évaluer la performance de notre système de soins.

Toutes ces réalisations ont été rendues possibles grâce à un investissement sans faille de l'ensemble des agents de la sous-direction, qui ont su démontrer une très grande capacité d'adaptation et de réactivité dans une période où le quart des effectifs a été renouvelé. Je tenais donc à leur rendre un hommage appuyé.

**Lire les fiches dédiées*

Un objectif nécessaire : le renforcement de la performance des acteurs de l'offre de soins

La gouvernance hospitalière	72
La campagne budgétaire et tarifaire 2011 des établissements de santé	73
Le fonds d'intervention régional (FIR)	74
Les missions d'intérêt général	75
Le suivi des établissements en difficulté financière	76
L'investissement hospitalier	78
Le projet FIDES	79
La comptabilité analytique	80
La fiabilisation des comptes des hôpitaux publics	81
Le programme PHARE	82
Le programme Hôpital numérique	85
L'innovation et la recherche clinique	87

La performance des établissements de santé et des professionnels qui y exercent se mesure par le biais de plusieurs facteurs : opérationnalité des organisations internes, amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques, valorisation des équipes, efficience des mesures... Ceci exige que les efforts s'articulent autour de tous ces axes. Au préalable, l'amélioration de la performance et son pilotage opérationnel suppose son appropriation par l'ensemble des acteurs concernés.

La gouvernance hospitalière

« L'entente entre les directeurs et les présidents de commission médicale d'établissement est satisfaisante. »

Pierre-Hugues Glardon, chargé de mission au bureau de l'efficience des établissements de santé (PF1)

Peut-on dire qu'aujourd'hui, la réforme de la gouvernance dans les hôpitaux est achevée ?

Dans ses grandes lignes, oui. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), promulguée en juillet 2009, a permis de clarifier le rôle des instances de gouvernance au sein des hôpitaux, voire de créer de nouvelles instances de pilotage - conseils de surveillance, directoires -, renforçant en cela le rôle du directeur d'établissement.

Afin de mesurer l'appropriation de cette nouvelle gouvernance par les établissements, la DGOS a conduit en juin 2011 une enquête nationale de grande ampleur. Celle-ci a été menée auprès de plus de 900 directeurs d'établissement et présidents de commission médicale d'établissement (CME), avec un taux satisfaisant de réponse de 78 %.

Les enseignements sont particulièrement riches. Premier d'entre eux : dans les nouvelles instances mises en place - conseils de surveillance et directoires -, les élus locaux demeurent presque toujours à la tête des conseils de surveillance. Les maires les président dans 72 % des cas. Ensuite, l'entente entre les directeurs et les présidents de CME, favorisée par la loi HPST, paraît satisfaisante : les nominations des chefs de pôle et des responsables de structure interne, qui requéraient leur collaboration, se sont déroulées de façon consensuelle.

En termes organisationnels, les pôles d'activité cliniques et médico-techniques n'ont pas atteint leur pleine maturité : les hôpitaux comptent en moyenne 7 pôles mais les disparités sont fortes au sein des différentes



catégories d'établissements enquêtés. La moyenne des centres hospitaliers universitaires est de 14. Toutefois, si 77 % des établissements se sont bien organisés en pôles, avec 3 458 pôles recensés par l'enquête, seulement 21 % disposent de contrats de pôles en cours.

Les délégations de gestion, souhaitées et appuyées par les décideurs hospitaliers pour mettre en adéquation l'activité et les moyens des pôles, restent insuffisamment développées : un effort de pédagogie et de formation est nécessaire.

Enfin, la loi HPST a nettement renforcé les attributions des CME en matière de qualité et de sécurité des soins : dans 50 % des établissements, elles ont proposé au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Dans 32 % des cas, les CME ont élaboré un rapport annuel sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

- **72 % de maires à la présidence des CS**
- **77 % des hôpitaux organisés en quelque 3 458 pôles**

Quelles sont les perspectives en matière de gouvernance ?

Sans présager des suites données aux conclusions de la mission sur l'accompagnement de la mission dite « hôpital public », pilotée par le D^r Francis Fellingier, président de la conférence des présidents de CME de CH et par Frédéric Boiron, directeur général du CHU de Saint-Etienne, à laquelle les résultats de l'enquête nationale ont été transmis, nous sommes entrés en 2011

dans une phase d'appropriation des textes d'application de la loi HPST. Les hôpitaux revisitent leur pilotage et en particulier leur pilotage de pôles, en lien avec d'autres chantiers structurants suivis par la DGOS : comptabilité analytique*, achats*... C'est un travail continu et de longue haleine, qui nécessitera sans doute un nouveau bilan après cette enquête, véritable bilan d'entrée dans la réforme HPST.

**Lire les fiches dédiées*

La campagne budgétaire et tarifaire 2011 des établissements de santé

« La campagne 2011 fut marquée par la volonté de donner les moyens d'une prise en charge de qualité tout en poursuivant l'effort de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. »

Samuel Prtmarty, adjoint à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (R),
Sandrine Billet, chef du bureau de la synthèse organisationnelle et financière (R1)



Hélène Delsol / David Béthoux / Antoinette Anvoir / Elodie Michaudet / Samuel Prtmarty / Florence Favre / Céline Schmidt-Nadjem / Christine Tacon / Sandrine Billet

- **72,45Md€ de dépenses pour les établissements de santé**
- **+ 2Md€ par rapport à 2010, soit + 2,8 %**

Quelles ont été les grandes orientations pour la préparation de la campagne budgétaire et tarifaire 2011 dans les établissements de santé ?

Malgré un contexte contraignant, le choix a été fait de porter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2011 des établissements de santé à 72,45Md€, en progression de 2,8 % par rapport à celui de 2010. Cette augmentation de 2Md€ a eu pour contrepartie la nécessité de respecter strictement l'enveloppe allouée. Le respect de l'ONDAM hospitalier constitue une composante essentielle des engagements pluriannuels de retour à l'équilibre des finances publiques.

Plus précisément, comment ont évolué, en 2011, les tarifs ?

Compte tenu des efforts d'économie demandés, arrêtés par le parlement à 366M€, de la nécessité de tenir compte d'une évolution prévisionnelle de l'activité de 2,4 % en 2011 et de l'obligation de couvrir l'effet report sur 2011 de la sur-exécution constatée en 2010, l'évolution moyenne des tarifs MCO au 1^{er} mars 2011 a été de - 0,2 % avant convergence et - 0,83 % après convergence pour le secteur ex-DG et de - 0,05 % pour le secteur ex-OQN.

Y aura-t-il eu des modifications majeures, dans cette campagne 2011 ?

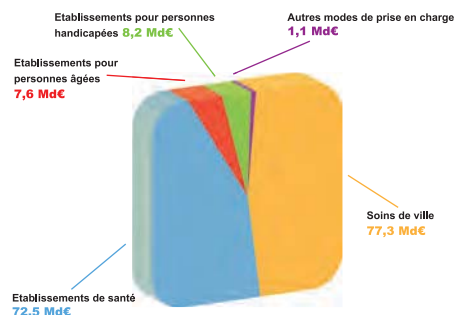
La ligne directrice de cette campagne a été de garantir une certaine lisibilité aux établissements et ainsi de poursuivre les actions engagées les années précédentes. C'est le cas notamment avec l'accentuation de la politique tarifaire en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire ou de la dialyse hors centre, la préservation des politiques en matière de santé publique (accidents vasculaires cérébraux, cancer...).

La campagne 2011 fut également marquée par la poursuite du processus de convergence intersectorielle ciblée, à hauteur de 150M€ d'économies et la finalisation du processus de convergence intra-sectorielle.

D'importantes évolutions ont également été apportées en 2011 au financement des MERRI visant une dynamisation de la répartition des crédits, vers une logique de résultat accrue et une meilleure évaluation du service rendu afin d'assurer l'efficacité du système.

+ Com

Actualisation des supports de communication spécifiques



Le fonds d'intervention régional (FIR)

Samuel Pratmarty, adjoint à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (R)

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012, adoptée fin 2011 par le parlement, a créé notamment un fonds d'intervention régional (FIR), d'un montant de 1,324 Md€. Celui-ci constitue une innovation importante pour la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Ce fonds permet en effet le décloisonnement du financement des dispositifs concernant les soins et la prévention, les champs ambulatoire et hospitalier, les secteurs sanitaire et médico-social. Il réunit ainsi les moyens d'action de politiques proches ou complémentaires dans les domaines - notamment - de la performance, de la continuité et de la qualité des soins.

Les actions financées par le biais du FIR pour sa 1^{ère} année de création le sont au titre des missions de permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)* ou ambulatoire (PDSA), de certaines missions d'intérêt général (MIG)* portant sur la prévention et l'éducation thérapeutique. Sans oublier certaines missions déjà régionalisées du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Les agences régionales de santé (ARS), en cohérence avec leurs projets régionaux de santé (PRS)* respectifs, déterminent en conséquence les actions à financer. La contractualisation est l'instrument privilégié de l'attribution des crédits aux bénéficiaires, l'éligibilité au financement ainsi que le calibrage du montant demeurant régis par les règles actuelles.

*Lire les fiches dédiées

- **8,2Md€ de dotation**
- **49 % des MIG délégués en JPE**

Les missions d'intérêt général

« Chaque mission financée par une dotation MIG doit être contractualisée, en toute transparence, dans un objectif d'égalité de traitement, pour un besoin bien défini au préalable. »

Alexandre Marguerite, chef du bureau de l'évaluation, des modèles et des méthodes (R5),
Cécile Béhaghel, adjointe au chef du bureau R5,
Adrien Debever et **Hélène Coulonjou**, chargés de mission au bureau R5



Aurélien Bouchet / Adrien Debever / Laurence Delpla / Isabelle Crouzel / Odile Tillon-Faure / Alexandre Marguerite / Hélène Coulonjou / Carole Ruelle / Isabelle Petit / Eric Ekong / Cécile Béhaghel / Sylvain Baillot

Quel est le sens général des travaux conduits sur la dotation finançant les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) depuis 2 ans ?

Il faut savoir que la dotation MIGAC a représenté environ 8,2Md€ en 2011. Destinée aux établissements de santé intervenant sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) financés principalement au travers de prestations tarifées à l'activité, elle revêt donc des enjeux très importants.

Depuis 2 ans, la DGOS a entrepris de clarifier les modalités de détermination de la dotation MIGAC allouée aux établissements MCO en définissant, au travers de

guides à l'usage des agences régionales de santé (ARS), le périmètre de financement et les critères de compensation de chaque composante de la dotation MIGAC, ainsi que les établissements éligibles, cela dans une perspective de bonne gestion et de sécurisation juridique. Ce dernier aspect est primordial : les travaux de sécurisation juridique répondent notamment - mais pas uniquement - aux exigences posées par le droit communautaire en termes de transparence et d'égalité de traitement entre les établissements de santé bénéficiaires de la dotation MIGAC. Ils donnent aux établissements de santé et aux ARS de la lisibilité sur les différentes composantes de la dotation MIGAC.

Pouvez-vous donner des exemples précis d'évolutions apportées en 2011 à la gestion de la dotation MIG ?

En 2011, la DGOS a poursuivi certains des travaux déjà engagés en 2010 visant à rationaliser la gestion de la dotation MIGAC. Ces travaux se sont traduits par l'extension de la justification au 1^{er} euro (JPE) à de nouvelles MIG faisant jusqu'alors l'objet de reconductions historiques. En 2012, 49 % des MIG sont désormais délégués en JPE. Des travaux visant à l'introduction, sur certaines MIG, d'un coefficient de majoration lié à la situation géographique des établissements de santé - à l'instar des coefficients applicables sur le champ des tarifs - ont également été entrepris. Cet exercice visait à compenser, lorsque les MIG le justifient, les surcoûts liés à la situation géographique de certains établissements de santé - dans les DOM notamment -. Ces travaux ont abouti à la mise en place d'un coefficient majorant sur 8 MIG en 2012.

Par ailleurs, la DGOS a engagé, sur le champ des MIG, un travail de clarification des périmètres de chaque mission et de définition de référentiels ou de calibrages mobilisables pour la détermination des dotations, afin de s'affranchir progressivement des enveloppes historiques.

Comment partagez-vous le fruit de vos travaux avec les ARS et les établissements de santé ?

En 2011, la DGOS a élaboré, à destination des ARS et des établissements de santé, un guide de délégation des aides à la contractualisation (AC) qui a pour objectif de rappeler les principales règles permettant d'assurer une allocation transparente, pertinente et conforme au droit communautaire des dotations AC. Ce guide énonce en particulier le périmètre, les établissements éligibles et les modalités de compensation des 6 catégories d'AC, ainsi que les règles à suivre concernant la procédure de notification des crédits et leurs modalités de délégation. Il avait préalablement fait l'objet d'une large concertation.

Dans le même esprit, un guide portant sur les MIG, poursuivant les mêmes objectifs, est actuellement en cours de finalisation. Il a vocation à constituer un document de référence partagé avec les ARS et les établissements de santé.

Le suivi des établissements en difficulté financière

« L'origine des déficits se trouve le plus souvent dans l'insuffisante adéquation des moyens aux activités. »

Ahmed el Bahri, chef du bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés (PF1),
Yann Lhomme, adjoint au chef du bureau PF1,
Pierre-Hugues Glardon et **Jean-Baptiste Seblain**, chargés de mission au bureau PF1

Quel accompagnement la DGOS apporte-t-elle aux hôpitaux en difficulté financière ?

Les déséquilibres liés à une situation financière difficile peuvent menacer le financement de l'exploitation courante et mettent en péril les activités de soins, par l'incapacité à dégager les ressources nécessaires pour assurer le paiement des fournisseurs, voire la rémunération des personnels eux-mêmes.

Le retour à l'équilibre des comptes financiers des hôpitaux implique des efforts accrus de réorganisation et de réadaptation, car à l'origine de ces déficits se trouve le plus souvent l'insuffisante adéquation des moyens aux activités. Certaines situations dégradées peuvent également avoir pour origine des investissements mal maîtrisés dans leur dimensionnement et leurs modalités de financement.

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) permet de piloter l'organisation des soins au niveau régional, donc d'accompagner les établissements en difficulté financière. Pour cela, les agences doivent renforcer le pilotage de leur politique contractuelle. Dans ce contexte, la DGOS appuie ce dispositif en améliorant la connaissance de l'organisation des hôpitaux en difficulté financière, en suivant et en évaluant les mesures mises en œuvre, cela afin de mieux préparer et d'accompagner les réorganisations.

Très concrètement, quelles sont les marges de manœuvre des ARS ?

Afin de mesurer la performance des établissements et pour que le diagnostic soit partagé, l'outil HospiDiag a été mis en place et déployé en 2011 par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Il s'agit d'un outil « presse-bouton », mis à disposition de l'ensemble

- **30 hôpitaux concernés par le comité des risques financiers**
- **une réduction de 367M€ à 323M€ depuis 2010, soit -12 %**

des acteurs de la santé, avec l'objectif d'explorer la performance d'un hôpital selon 5 composantes : l'activité, la qualité des soins, l'organisation, les ressources humaines et financières. HospiDiag permet de comparer l'hôpital concerné avec les établissements de sa région et des établissements de profil d'activité similaire, à travers un socle commun de 67 indicateurs.

Par ailleurs, le suivi des situations les plus critiques s'appuie sur un comité des risques financiers hospitaliers, mis en place en 2010 dans le cadre du conseil national de pilotage des ARS. Son but : suivre l'évolution d'une trentaine d'établissements présentant un risque financier important, évaluer l'impact des différents dispositifs d'accompagnement - contrats de retour à l'équilibre financier (CREF), transformation d'établissements, administrations provisoires, aides contractuelles - et définir les principales pistes optimisant et accélérant leur redressement. Le comité se réunit tous les 2 mois pour suivre l'évolution globale des 30 établissements et examiner en séance - et en présence de leurs représentants - la situation particulière de 2 établissements.

Bien que les établissements suivis en comité des risques présentent les situations financières les plus préoccupantes, leurs résultats continuent de s'améliorer. En 2011, le déficit de ces établissements passe de 367M€ à 323M€, soit une diminution de 12 % à 44M€. L'amélioration du déficit s'était déjà établie à 70M€ entre 2009 et 2010.

Quel est le rôle de la DGOS dans le rétablissement de ces situations ?

En 2011, la DGOS a réalisé un guide méthodologique à destination des ARS sur le retour à l'équilibre des hôpitaux. Avec en filigrane la volonté d'organiser les retours d'expérience, d'aider à mettre en place des outils apportant un appui aux ARS et d'améliorer le dialogue de gestion avec les établissements.



Ahmed el Bahri / Jean-Baptiste Seblain / Pierre-Hugues Glardon

- un doublement de 3,1 à 6,3Md€ entre 2002 et 2010

L'investissement hospitalier

« Les plans nationaux de soutien à l'investissement créent des cycles d'effort plus difficiles à gérer qu'un effort continu lissé dans le temps. »

Emmanuel Luigi, adjoint au sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF),
Ahmed el Bahri, chef du bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés (PF1),
Magali Tribodet et Emilie Gonzales, chargées de mission au bureau PF1,
Karima Mahida, gestionnaire au bureau PF1



Magali Tribodet / Ahmed el Bahri / Karima Mahida / Emmanuel Luigi / Emilie Gonzales

Quel bilan peut-on dresser aujourd'hui de la politique d'investissement hospitalier ?

Afin de rattraper un sous-investissement chronique et de remettre à niveau le parc immobilier hospitalier, la DGOS a mis en œuvre une politique de soutien à l'investissement pour la modernisation des établissements de santé, publics et privés. Des plans d'aides nationaux - Hôpital 2007 puis 2012 - se sont succédés, démontrant le fort soutien de l'Etat en matière d'investissement immobilier et de systèmes d'information depuis ces 10 dernières années.

La période 2002-2010 a été marquée par un doublement du montant des investissements, passant de 3,1Md€ à 6,3Md€. Cette dynamique résulte de la mise en œuvre, à compter de 2003, de plans nationaux de soutien à l'investissement fondés sur un effet de levier important. Mais sous l'effet cumulé de la hausse des investissements et d'un mode d'accompagnement qui a privilégié la couverture des charges du titre 4, les établissements ont développé un recours excessif à l'emprunt.

Par ailleurs, certains projets immobiliers, surdimensionnés et ayant connu des surcoûts très importants, ont contribué à dégrader la situation financière des établissements. Cela appelle désormais à plus de rigueur dans l'expression du besoin de soins, dans les choix et dans les coûts des investissements qui en découlent.

Enfin, la situation financière de certains établissements en grande difficulté, conjuguée à un contexte économique et bancaire défavorable, rend le recours à l'emprunt difficile.

Cette situation remet-elle en cause la politique de soutien à l'investissement ?

D'une certaine façon, oui. Les plans nationaux de soutien à l'investissement créent des cycles d'effort d'investissement plus difficiles à gérer

qu'un effort continu dans le temps et génèrent des effets d'aubaine pour des projets dont la pertinence n'est pas toujours assurée. Ils alimentent un déséquilibre à l'intérieur des secteurs - puisque tous les établissements n'en bénéficient pas -, ce qui rend peu claire la part d'investissement financée via les tarifs de séjours et, a fortiori, entre les secteurs publics et privés.

La tranche 2 du plan Hôpital 2012 a été suspendue compte tenu du contexte économique difficile. Toutefois, des projets jugés prioritaires pour des remises aux normes de grande ampleur ont été identifiés et validés par anticipation.

Quelles sont alors les préconisations de la DGOS ?

La soutenabilité financière de la tranche 2 du plan Hôpital 2012 ne pourra être assurée qu'à la suite d'un arbitrage faisant varier les autres lignes de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Les actions recommandées, voire déjà engagées par la DGOS, sont en priorité de renforcer l'aide en capital de manière préférentielle, compte tenu de la situation financière de certains établissements, mais aussi d'aider à sélectionner et à dimensionner les investissements : une grille d'indicateurs a été élaborée à cet effet par la DGOS et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Sans oublier de piloter les investissements au niveau national et régional, dans le cadre des plans d'aide nationaux et au travers des revues de projets d'investissement. Pour les projets importants, un groupe de pilotage est mis en place en lien avec l'ANAP.

Enfin, il faut assurer le financement des investissements des établissements, ce qui passe par l'élargissement de ses sources : amélioration du niveau d'autofinancement par les cessions d'actifs, ressources nouvelles dégagées par l'exploitation, sollicitation de subventions auprès de partenaires, accès aux prêts bonifiés de la caisse des dépôts et consignation (CDC)...



Le projet FIDES

Myriam Reynaud, chargée de mission auprès du sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la mise en œuvre d'une expérimentation de facturation individuelle et directe des consultations et des séjours aux caisses d'assurance maladie par les hôpitaux et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

La facturation individuelle des prestations de santé hospitalières publiques représente un enjeu majeur pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, permettant la mise en œuvre et l'évaluation de politiques de santé publique à partir d'une connaissance exhaustive des parcours de soins des patients, ambulatoires et hospitaliers, le contrôle du bon emploi local, régional et national des ressources publiques, l'homogénéisation des pratiques entre public et privé ou ville et hôpital, ainsi qu'un pilotage macro-économique infra-annuel plus efficace.

Une liste d'établissements volontaires a été arrêtée pour mener l'expérimentation, dont les conditions de mise en œuvre ont été définies par un décret de septembre 2011.

Les travaux sont très prometteurs sur la facturation individuelle des actes et des consultations externes (ACE). La bascule réelle de 4 hôpitaux et d'un ESPIC en facturation individuelle depuis septembre 2011 s'est déroulée sans aucun incident majeur : depuis, une vingtaine d'établissements pilotes a suivi. La facturation individuelle des séjours a, elle, démarré avec retard à l'automne 2011, avec un premier ESPIC en pré-production mi-décembre. Quant à la facturation individuelle dans les régimes d'assurance maladie obligatoire, le déploiement est très avancé. Condition sine qua non : que l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire soit en capacité de gérer les flux de facturation au sein de l'infrastructure d'échanges sécurisés de télétransmission et de disposer des outils de tarification des ACE et des séjours hospitaliers. Or, en octobre 2011, les régimes répondant à ces 2 conditions couvraient 85 % de la population des assurés sociaux, avec l'optique d'une couverture complète au 1^{er} semestre 2012.

- **74 % des hôpitaux dotés de cellules de contrôle de gestion des comptes par pôle dans 93 % des CHU et 91 % des CH**
- **5 objectifs définis par la DGOS**

La comptabilité analytique

« Le déploiement de la comptabilité analytique hospitalière dans les hôpitaux est effectif, en dépit de niveaux de maturité et de compétences contrastés. »

Michelle Depinay, chargée de mission au bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés (PF1)

Aujourd'hui, les hôpitaux semblent disposer d'une comptabilité analytique de plus en plus performante : en quoi cette dernière consiste-t-elle ?

La comptabilité analytique permet de décomposer le coût des biens et des services, de calculer le coût des activités cliniques et des activités supports - blanchisserie, restauration, imagerie médicale, par exemple - et de comparer ces coûts d'une part à ceux d'autres établissements, d'autre part aux tarifs ou aux prix en vigueur.

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A), mais aussi l'implication de plus en plus forte des médecins dans la gestion des établissements, engendrent un besoin accru d'indicateurs de gestion pertinents à destination des chefs de pôle et des directions des établissements. La mise en place d'une comptabilité analytique hospitalière fiable est un moyen de répondre à cette nécessité.

Le déploiement de la comptabilité analytique hospitalière dans les hôpitaux est globalement effectif, en dépit de niveaux de maturité et de compétences contrastés. L'observatoire de la comptabilité analytique hospitalière (OCAH) mis en place en 2010 par la DGOS, indique que 74 % des établissements ont créé une cellule de contrôle de gestion. Mieux encore, 93 % des centres hospitaliers universitaires et 91 % des centres hospitaliers - hors hôpitaux locaux - ont mis en place des comptes de résultats par pôle.

Pour autant, des progrès restent à réaliser : dans les plus petits centres hospitaliers - ex hôpitaux locaux, qui n'ont pas toujours les moyens d'assumer la charge financière induite par la mise en place d'une cellule interne de contrôle de gestion - et dans les centres hospitaliers de taille moyenne, afin de renforcer leur capacité de gestion.



Comment les pouvoirs publics peuvent-ils favoriser la diffusion et la mise en œuvre de la comptabilité analytique dans les hôpitaux ?

La DGOS a développé un programme national pluriannuel avec 5 objectifs : promouvoir l'harmonisation des pratiques et une fiabilisation des données et des comptes, assurer la montée en compétence et le renforcement des capacités d'analyse en matière de gestion, préconiser un socle minimum et commun d'outils, outiller et faciliter le dialogue de gestion en interne et en externe avec la tutelle et, enfin, faciliter le parangonnage inter-établissements. La dynamique est lancée.

Très concrètement, de quoi se compose le dispositif d'appui aux établissements ?

Le dispositif d'appui au déploiement est le 5^{ème} axe du programme de généralisation de la comptabilité analytique mis en œuvre en 2010.

Le pilotage et le suivi national du plan sont assurés par la DGOS en lien avec l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Un kit de déploiement a été élaboré en direction des hôpitaux : composé de fiches pratiques pédagogiques, il constitue un outil d'aide à la construction du tronc commun de la comptabilité analytique (TAC) et des comptes de résultats d'exploitation par pôle. Une animation et un suivi régional seront mis en œuvre sur la base de ce kit.

Les contrôleurs de gestion des ARS pourront ainsi décliner en région les actions du plan, notamment lors de la contractualisation entre ARS et hôpitaux, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou à l'occasion du suivi trimestriel des établissements. Ils seront ainsi en capacité d'accompagner ceux qui nécessitent une formation opérationnelle sur site ou encore, d'apporter via le fonds d'intervention régional (FIR)*, un soutien au financement des formations pour les établissements qui en auraient besoin.

*Lire l'encadré dédié

+ Com



La fiabilisation des comptes des hôpitaux publics

Monique Thorel, chargée de mission auprès du sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)

La certification des comptes des établissements soumis à cette obligation est prévue par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST). Elle vise à mettre en place un réel contrôle interne du système d'information et, ainsi, à améliorer la qualité globale du système financier et comptable : son bon déroulement est conditionné par la fiabilisation préalable des comptes des établissements.

Celle-ci repose sur le système d'information, tant de l'ordonnateur que du comptable. En effet, le contrôle interne comptable est fortement dépendant de la qualité du système d'information, de sa connaissance et de sa bonne utilisation. Dans ce cadre, les hôpitaux doivent mettre en place - et être en capacité - de fournir la preuve d'un contrôle interne du système d'information mis en œuvre dans l'établissement. Par exemple : les procédures de stockage et de sauvegarde, la gestion des identités et des autorisations... Or, la plupart des établissements n'a pas, à ce jour, engagé les travaux de mise en œuvre d'un tel contrôle.

Ainsi, les hôpitaux doivent se préparer à répondre aux exigences de ce contrôle et définir les exigences minimales requises pour les industriels qui développent et maintiennent les applications de leurs systèmes d'information : guide de paramétrage, guide utilisateur des applicatifs... Il est apparu nécessaire à la DGOS d'accompagner les établissements dans l'identification des priorités et la préparation optimale à la certification. Piloté par la DGOS avec l'appui d'une assistance à maîtrise d'ouvrage, un groupe de travail réunissant directeurs des affaires financières (DAF) et directeurs des systèmes d'information et de l'organisation (DSIO) d'établissement, mais aussi représentants de la compagnie nationale des commissaires aux comptes, sera mis en place en 2012. Objectif prioritaire : l'élaboration d'un guide méthodologique à destination des hôpitaux et des industriels.

Le programme PHARE

« Les achats constituent un levier de performance économique encore sous-exploité au sein des établissements de santé. »

Hervé de Trogoff, chef de projet, bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privé (PF1)



Hervé de Trogoff / Sandra Colin / Marc Bouche / Marine Boisgontier / Jean-Baptiste Seblain

En quoi consiste le programme PHARE ?

Le programme national « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE), piloté par la DGOS, a été lancé officiellement en octobre 2011 aux hospices civils de Lyon, qui ont mis en place depuis quelques années un dispositif exemplaire en la matière.

C'est une démarche ambitieuse : il s'agit d'accompagner les hôpitaux vers une fonction achat renouvelée et efficiente. Paradoxe : les achats constituent un levier économique encore sous-exploité au sein des établissements, alors même qu'ils sont potentiellement un facteur de performance pour des produits achetés de qualité, des approvisionnements sécurisés, des achats socialement

responsables. Rappelons que les achats hospitaliers représentent un volume annuel de dépenses de l'ordre de 25 à 30Md€ annuels, dont 60 % d'achats médicaux. Cela est comparable au montant des achats annuels de l'Etat - 17Md€, hors armement - ou à ceux d'un groupe français tel que la SNCF - autour de 12Md€ -.

Quel constat aujourd'hui sur la fonction achat hospitalière ?

Tous les hôpitaux n'ont pas encore accès aux marchés et, pour ceux qui y adhèrent, le taux des achats hors marché reste important. Plus encore, tous les leviers de l'achat ne sont pas utilisés de manière systématique et le dialogue

- **25 à 30Md€ de dépenses annuelles**
- **60 % d'achats médicaux**
- **un potentiel de gains achat de 910M€ | 3 ans**

avec les prescripteurs sur le juste besoin reste à développer, sur tous les segments. Cette situation tient au fait que l'organisation de la fonction achat en établissement ne permet pas de porter une démarche annuelle de progrès sur toutes les catégories de dépenses. Souvent, la fonction achat est éclatée entre plusieurs directions ; les compétences d'acheteur et de prescripteur sont confondues ; le travail de l'acheteur est davantage orienté sur la rédaction des marchés et l'approvisionnement que sur la recherche de la performance économique.

En achetant mieux, l'enjeu est de dégager des marges de manœuvre financières nouvelles qui permettront aux établissements, dans un contexte financier contraint, de conserver le même niveau de qualité de prise en charge. Cela, soit en contribuant à leur retour à l'équilibre, soit en offrant des capacités de financement supplémentaires. En se basant sur des hypothèses de gains obtenues dans des environnements comparables, le potentiel de gains achat est évalué à 910M€ en 3 ans.

Les axes du programme PHARE doivent donc être à la mesure des enjeux ?

Certes, mais aussi structurants et très opérationnels. Ces axes sont au nombre de 2 : le 1^{er} doit favoriser la mise en place d'un responsable achat unique dans tous les établissements ou par regroupement d'établissements pour les plus petits d'entre eux. Le responsable achat sera chargé d'élaborer un plan d'actions achat annuel quantifié et d'animer un dialogue prescripteur/acheteur sur toutes les catégories de dépenses. L'objectif est d'installer un niveau de performance durable sur les achats, de l'ordre de 3 % de gains annuels. Le 2nd axe vise à créer les conditions optimales d'accès des établissements à des groupements de commande performants, au niveau national comme local.

Concrètement, les leviers d'un achat « réussi » peuvent être mis en place assez simplement : la négociation, en vue d'obtenir des prix raisonnables et justifiés ; la standardisation ou la limitation des référencements des produits achetés, qui évitent généralement les surcoûts ; le raisonnement en coût complet, c'est-à-dire l'anticipation sur le cycle de vie des produits achetés, leurs conditions d'utilisation et leur maintenance, dans un esprit de développement durable ; l'activation du marché fournisseurs

et l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement, qui nécessitent une bonne connaissance des produits disponibles sur le marché.

Dès fin 2011, le programme PHARE a connu de 1^{ers} résultats encourageants : une expérimentation pilote, menée en PACA de septembre à décembre, a confirmé un potentiel de gains achat régional de 60M€ en 3 ans, à comparer aux 80M€ de déficit annuel cumulé des établissements de la région.

Prochaines perspectives impulsées par la DGOS : l'accélération des échanges de pratiques entre tous les établissements - le projet ARMEN -, l'appui aux établissements pour la mise en place de leur 1^{er} plan d'action achat et le lancement de campagnes régionales de mutualisation de commandes sur certains segments à fort impact économique. Toutes les bonnes pratiques sont bonnes à prendre, y compris - et surtout - dans le domaine des achats !

+ Com

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



Le renforcement de la performance des acteurs de l'offre de soins vu par... l'agence régionale de santé d'Alsace



« Un objectif en Alsace : partager les expériences, identifier les pistes d'optimisation, élaborer une stratégie d'achat régionale pertinente et des outils adaptés. »

L'Alsace est l'une des régions pilotes dans le déploiement du programme PHARE : l'ARS s'est investie de façon précoce dans l'accompagnement des établissements sur la thématique achat par le biais de son observatoire régional des achats (ORA), réunissant les principaux acteurs locaux.*

En 2011, l'ORA a défini sa feuille de route autour de 2 axes clés de travail : professionnaliser les acteurs de l'achat et renforcer la démarche de mutualisation préexistante.

La professionnalisation de la fonction d'achat, pré-requis essentiel, a notamment débouché sur l'élaboration d'un manuel régional de l'acheteur, guide d'appui organisationnel et fonctionnel. La mise en place d'un plan de formation en collaboration avec l'association nationale pour la formation continue du personnel hospitalier (ANFH), couplée à l'optimisation des outils de gestion, ont également permis d'accroître cette professionnalisation.

Le renforcement de la mutualisation, quant à lui, s'est traduit par une optimisation et une montée en charge des groupements d'achats, ainsi que par le développement d'une offre partenariale régionale avec l'union des groupements d'achats publics (UGAP) et l'inscription des établissements médico-sociaux dans la démarche.

L'ORA a également accordé en 2011 une importance particulière aux actions de communication, en organisant notamment une journée régionale de l'achat hospitalier et en développant un espace numérique partagé et dédié aux acheteurs.

L'annonce du lancement du programme PHARE en octobre 2011 a de fait constitué un appui et une continuité pour la démarche régionale déjà engagée.

Forte de sa dynamique, l'Alsace a été choisie pour faire partie de l'équipe projet du programme. A l'issue de l'élaboration du programme, elle a également été l'une des 3 régions ciblées pour leur maturité sur cette thématique, disposant ainsi d'un accompagnement particulier dans son déploiement régional. Les établissements ont pu être impliqués dès la fin 2011 dans la démarche.

**Lire la fiche dédiée*

A retenir

- 35 membres permanents aux instances de l'ORA plus de 100 établissements inscrits dans la démarche de mutualisation
- 13 groupements de commandes couvrant 25 % des achats hospitaliers
- 150 inscrits pour le plan de formation régional

www.ars.alsace.sante.fr

Le programme Hôpital numérique

« Le programme Hôpital numérique trouve sa déclinaison dans un plan d'actions pragmatique et cohérent, qui active tout un ensemble de leviers et non le seul levier financier. »

Laetitia Messner, chef de la mission des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (MSIOS), **Franck Jolivald**, adjoint à la chef de la MSIOS, **Anne-Alexandra Babu** et **Pierre Duclos**, chargés de mission à la MSIOS

Quels sont les contours de cette stratégie nationale qu'est le programme Hôpital numérique ?

Le programme Hôpital numérique est piloté par la DGOS depuis son lancement en novembre 2011. Son but ? Mobiliser tous les acteurs concernés par les systèmes d'information hospitaliers (SIH) et accompagner les établissements de santé - publics et privés - dans leur transformation par les technologies de l'information et de la communication (TIC). En effet, la mise en place de SIH cohérents et performants nécessite au préalable de coordonner l'ensemble des acteurs - établissements, industriels, agences régionales de santé (ARS), ministère - autour d'une feuille de route commune. Mais aussi d'amener tous les établissements de santé à un niveau de maturité de leurs systèmes d'information, pour permettre une amélioration significative de la qualité et de la sécurité des soins.

Le programme Hôpital numérique est centré sur le processus de soins : il trouve sa déclinaison dans un plan d'actions national, pragmatique et cohérent, qui active tout un ensemble de leviers et non le seul levier financier.

Ce plan d'actions s'articule autour de 4 axes stratégiques : l'insertion de la réflexion sur les SI dans la stratégie nationale, territoriale et locale ; le renforcement des compétences des professionnels de santé, des directeurs d'hôpitaux et des équipes informatiques sur les aspects SI, en formation initiale et continue ; la stimulation et la structuration de l'offre de solutions, y compris par une démarche d'homologation ; enfin, un plan de financement spécifique incitant les établissements à mener à terme leurs projets d'informatisation. Sans oublier de soutenir les projets innovants.



Laetitia Messner / Franck Jolivald / Anne-Alexandra Babu / Pierre Duclos

- **1 programme, 4 axes stratégiques**
- **3 pré-requis et 5 domaines**
- **1,5Md€ dans le cadre du plan Hôpital 2012**

Pourquoi cette nécessité de moderniser les systèmes d'information hospitaliers ?

Depuis quelques années, il y a consensus à reconnaître que la modernisation des SIH est l'un des leviers primordiaux pour permettre à l'ensemble des établissements de santé d'améliorer significativement la qualité et la sécurité des soins dispensés.

Pour ce faire, les SIH demandent à être « mis à niveau » et doivent atteindre un socle minimal commun, décrit dans le cadre du programme Hôpital numérique. Ce socle minimal s'articule autour de 3 pré-requis « techniques » et de 5 domaines au cœur du métier de l'hôpital : la mise à disposition des résultats ; le dossier patient informatisé et interopérable ; la prescription alimentant le plan de soins ; la planification des ressources ; le pilotage médico-économique. Cette mise à niveau est complexe en raison, avant 2010, de l'absence d'une stratégie globale et pérenne au niveau de l'Etat, d'offres industrielles peu matures sur le volet production de soins, de l'implication parfois insuffisante des professionnels de santé, par manque d'éclairage sur les enjeux... Le programme Hôpital numérique est précisément lancé pour mettre en cohérence toutes les actions menées et impulser une nouvelle dynamique.

Les prochains mois seront donc capitaux pour la montée en charge du programme ?

En effet ! Trois des 4 axes du programme sont déjà en cours. Dix-huit chantiers sont menés de front, en collaboration étroite avec la DSSIS, l'ANAP et l'ASIP, qui sont directement en charge de certains projets. La mise en œuvre de l'axe gouvernance va peu à peu rendre les SIH stratégiques via les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les ARS et les établissements de santé. Pour l'axe compétences, un référentiel sera proposé au niveau national, dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) intégrant la thématique SI et l'élaboration d'un catalogue de formations. Concernant la démarche d'homologation, un appel public à commentaires sera proposé sous peu.

+ Com

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



L'innovation et la recherche clinique

« L'organisation de la recherche résulte encore d'une succession de structures créées les unes après les autres : il faut en clarifier le paysage. »

Olivier Louvet, chef du bureau de l'innovation et de la recherche clinique (PF4)
et Marie Sengelen, adjointe au chef du bureau PF4



Olivier Louvet / Marie Sengelen / Noël Lucas / Oumou Goloko / Cédric Carbonneil / Dominique Lasauge / Dominique Mariolle

L'innovation et la recherche clinique sont un enjeu majeur pour garantir le progrès médical, des soins de qualité et une formation de haut niveau des professionnels de santé. Sur ce champ, quelle est l'action de la DGOS ?

Pour le comprendre, il faut retenir que la recherche médicale se divise schématiquement entre recherche fondamentale et recherche clinique. La 1^{ère} vise à mieux comprendre le corps humain et ses pathologies ; la 2^{nde} se base sur les résultats de la recherche fondamentale pour inventer et prouver l'efficacité de nouveaux traitements ou de nouvelles techniques. L'accompagnement par la DGOS débute dès l'étape de la recherche clinique, en aval de la recherche

fondamentale : il se poursuit tout au long du processus d'évaluation et de validation des traitements jusqu'à la prise en charge par la collectivité et l'accès au patient.

A ce jour, la DGOS assure le pilotage de 4 programmes de recherche clinique et d'innovation: le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), le programme de soutien aux techniques innovantes (PSTIC), le programme hospitalier de recherche en soins infirmiers et paramédicaux (PHRIP) et le programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS). Le volet cancer du PHRC et du PSTIC est géré par la DGOS en partenariat avec l'institut national du cancer (INCa).

- **44 DRCI, 28 CRC et 54 CIC**
- **2,9Md€ pour les MERRI**

Afin de favoriser la synergie entre recherche fondamentale et recherche clinique, la DGOS soutient également des projets de recherche dite « translationnelle » à travers un programme spécifique, permettant d'associer des équipes cliniques d'un établissement de santé avec des équipes de recherche fondamentale.

Pour la 1^{ère} fois en 2011, tous les appels à projets de la DGOS ont été lancés à travers une circulaire unique afin d'offrir une meilleure visibilité et un calendrier unique pour les candidats. A noter : cette circulaire a annoncé la création d'un nouvel appel à projets : le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS). Celui-ci est créé par extension de l'ancien programme de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS), élargi à toutes les problématiques pouvant concourir à l'amélioration de la performance du système de soins : qualité, management, articulation entre les professionnels de santé, expérimentation organisationnelle...

La recherche clinique se déroule en établissements de santé, principalement dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) où se trouvent à la fois les patients, les formateurs et les étudiants. La DGOS contribue donc également à l'organisation hospitalo-universitaire en optimisant l'organisation des établissements dans ce domaine.

Concrètement, quels sont les enjeux auxquels la DGOS a répondu en 2011 ?

En 2011, de nombreuses actions ont été entreprises : parmi les principales, on peut citer la redéfinition de l'organisation de la recherche clinique, qui s'est traduite par la circulaire du 29 juillet visant à repositionner, dans le paysage de la recherche clinique, les différentes missions et dispositifs. En effet, cette organisation résulte encore d'une succession de structures créées les unes après les autres : l'objectif est de repartir de la définition des missions - promotion, méthodologie, soutien à l'investigation - et de positionner en regard les différentes structures soutenues par la DGOS : les départements de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), les centres de recherche clinique (CRC), les centres d'investigation clinique (CIC)... L'accent a été mis sur le soutien à

l'investigation clinique dans les établissements de santé actifs en recherche : l'appel à projets CRC a permis de labelliser 28 d'entre eux dans des structures de catégories diverses. La DGOS a par ailleurs soutenu, par un autre appel à projets, 5 initiatives pour le renforcement de l'investigation clinique.

Tous ces travaux convergent vers un même objectif : clarifier le paysage de l'innovation et de la recherche clinique en France, améliorer la qualité des essais cliniques et conduire à une meilleure efficacité des moyens alloués ainsi qu'à une évaluation facilitée des acteurs impliqués.

L'innovation semble bénéficier d'un suivi particulier de la DGOS ?

C'est vrai. En matière d'innovation, l'action principale de la DGOS a porté sur une meilleure articulation avec des partenaires tels que la haute autorité de santé (HAS), afin de renforcer l'évaluation médico-économique des projets soutenus. Plusieurs chantiers concernant l'adaptation des dispositifs existants en matière d'innovation ont été ouverts dans le cadre d'une concertation avec les acteurs, afin de répondre aux nouveaux enjeux qui se posent. Le positionnement du PSTIC a été revu : un article du code de la santé publique - dit « forfait innovation » - a été mis en œuvre pour la 1^{ère} fois sur 3 techniques innovantes. Enfin, dans l'optique de renforcer les établissements de santé en termes de système d'archivage et de partage des images médicales, un appel d'offre PSTIC-PACS a été lancé et a permis de retenir 5 projets partenariaux sur un territoire de santé.

Pour financer toutes ces actions, la DGOS dispose des crédits dévolus aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). En 2011, l'intégralité des crédits MERRI a été sortie des bases régionales des ARS pour être réalloués en mode « justification au 1^{er} euro » (JPE). Cette mesure d'ampleur, qui a porté sur plus de 2,4Md€, a permis d'allouer au plus juste l'intégralité de l'enveloppe, soit 2,9Md€. Cela, euro par euro, mission par mission, établissement par établissement, pour une plus grande équité et une plus grande transparence vis-à-vis des acteurs.

Un bénéfice pour les patients : l'égal accès aux soins pour tous

Les structures d'exercice coordonné	90
La télémédecine	92
Le zonage dans le cadre du 1 ^{er} recours	95
Les aides à l'installation pour les professionnels de santé	96
La permanence des soins en établissement de santé	98
La chirurgie ambulatoire	99
L'imagerie médicale	101
La médecine légale	102
L'activité d'anatomo-cytopathologie	103

Garantir l'égal accès aux soins et à la prévention pour nos concitoyens est un axe fort de l'action de la DGOS. Alliant des programmes d'actions et des modalités de prise en charge spécifiques, sa politique repose sur l'impulsion, au niveau national, de plans, de méthodes ou de cadrages d'actions conçus avec les professionnels de santé et souvent éprouvés sur le terrain.

Les structures d'exercice coordonné

« Les structures d'exercice coordonné constituent des points d'appui pour la mise en œuvre d'évolutions majeures du système de santé. »

Hugo Gilardi, chef du bureau des coopérations et des contractualisations (PF3),
Yasmine Sammour, adjointe au chef du bureau PF3,
Isabelle Manzi, chargée de mission au bureau PF3



Hugo Gilardi / Yasmine Sammour

Pouvez-vous rappeler ce que recouvre l'exercice regroupé des professionnels de santé, ainsi que ses enjeux ?

Deux types principaux de structures se prêtent plus volontiers à l'exercice coordonné des professionnels, médicaux ou non médicaux : les maisons de santé et les centres de santé.

Les 1^{ères} associent professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens libéraux, dans une approche formalisée par un projet de santé. Actuellement, 235 maisons sont en fonctionnement, dont 80 % en zone rurale. Elles regroupent 2 650 professionnels, dont 750 médecins. Environ 540 projets sont recensés, dont 146 pour une ouverture courant 2012. Au titre du plan de déploiement des maisons de santé en territoire rural, quelque 35M€ ont été mobilisés par l'Etat et les collectivités territoriales ; des fonds européens ont également été utilisés à hauteur de 8M€. Depuis 3 ans, le nombre de maisons de santé augmente de plus de 30 % par an : cette croissance est en grande partie liée à l'attractivité du dispositif pour les professionnels, notamment dans les zones rurales.

Les 2^{ndes} structures, les centres de santé, réunissent professionnels de santé salariés et parfois personnels sociaux.

D'implantation souvent ancienne, ils se sont essentiellement développés en milieu urbain : il en existe à ce jour 1 672, dont 326 centres polyvalents. Leur apport en termes d'accès à la prévention et aux soins pour les populations fragiles

- **235 maisons ouvertes, 540 projets recensés**
 - **1 672 centres de santé existants**
- **35M€ mobilisés par l'Etat et les collectivités territoriales, 8M€ par l'Europe**

est reconnu : le tiers payant et la tarification en secteur 1 des honoraires sont obligatoires. Toutefois, leur situation économique actuelle demeure très précaire et mobilise un soutien financier important des mutuelles et des collectivités locales afin d'assurer leur équilibre financier.

De l'avis de tous et, en 1^{er} lieu, des professionnels de santé eux-mêmes, l'exercice coordonné permet de mutualiser les tâches administratives, de mieux gérer les emplois du temps - en particulier pour les vacances et les fins de semaine - et de briser l'isolement dans certaines zones médicalement sous-denses. En outre, il offre aux jeunes médecins la possibilité d'exercer sans attache de long terme, sans engagement foncier et dans un cadre favorable aux initiatives innovantes*. Enfin, l'exercice regroupé favorise une coordination des professionnels intervenant auprès des patients.

Dans le cadre de la structuration de l'offre de soins de 1^{er} recours, pourriez-vous préciser le dispositif mis en place au cours de l'année 2011, destiné à favoriser l'exercice regroupé des professionnels de santé ?

En 2011 et jusqu'à aujourd'hui, de nombreuses mesures incitatives ont été prises. Parmi elles, on peut noter des mesures d'ordre financier : financements de l'Etat et notamment du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) - remplacé par le fonds d'intervention régional (FIR)* dont la gestion est assurée par les agences régionales de santé (ARS) -, poursuite de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (NMR) pour les professionnels depuis 2008 et jusqu'en 2013... Mais aussi l'introduction - par la loi dite « Fourcade » du 11 août 2011, d'un dispositif de partage des informations médicales propre aux maisons et aux centres de santé*, qui favorise la coordination entre les professionnels. Sans oublier l'expérimentation d'une informatisation de ces structures sur la base d'un cahier des charges élaboré fin 2011 par l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) en santé, permettant notamment ce partage d'informations médicales au sein des structures d'exercice coordonné.

Par ailleurs, un nouveau statut juridique a été créé : la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). Egalement introduite par la loi Fourcade, celle-ci permet aux structures de percevoir des revenus issus d'activités communes - comme les NMR - et de les redistribuer à leurs membres de façon sécurisée, sur le plan fiscal comme juridique.

Enfin, le déploiement en cours, avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), d'un observatoire recensant les maisons et les centres de santé, renforcera la connaissance de ces structures, de leur implantation, de leur fonctionnement, de leur financement et permettra ainsi de disposer des données d'aide à la décision. Celles-ci seront prochainement mises à disposition des différents acteurs institutionnels.

**Lire la fiche et les encadrés dédiés*

L'existence des maisons et des centres de santé constitue-t-elle une vraie plus value pour notre système de soins ?

Bien sûr. Les structures d'exercice coordonné constituent des points d'appui pour la mise en œuvre de changements majeurs du système de santé de demain : évolution des modes de rémunération, promotion de la notion d'équipe de soins en ville, mise en œuvre des protocoles de coopération entre professionnels, développement de la télémédecine, valorisation de la médecine générale auprès des internes stagiaires... La liste est longue !

La télémédecine

« Nous devons lever les principaux obstacles au déploiement des usages de la télémédecine : tout se joue maintenant. »

Hugo Gilardi, chef du bureau des coopérations et des contractualisations (PF3),
Evelyne Belliard, adjointe au chef du bureau PF3, **Marion Fumex**, chargée de mission au bureau PF3

On confond souvent télémédecine et télésanté, dite aussi « e-santé ». Que recouvre exactement le terme de télémédecine ?

La télémédecine est l'une des composantes de la télésanté. Les applications de la télésanté sont cependant plus larges que celles de la télémédecine et recouvrent les nouveaux services qui peuvent être rendus aux usagers de la santé grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication : développement des systèmes d'information au service des professionnels de santé dans les hôpitaux ou en ville, sites internet d'information aux usagers...

La télémédecine, elle, est une pratique médicale à part entière : elle met en rapport entre eux, via les nouvelles technologies, soit le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, soit plusieurs professionnels de santé.

Cinq actes sont reconnus officiellement dans le champ de la télémédecine : la téléconsultation ou consultation à distance ; la télé-expertise, qui permet le recueil d'un avis médical à distance ; la télésurveillance médicale, qui permet le suivi à distance des paramètres médicaux d'un patient ; la téléassistance médicale, dans le cas où un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours d'un acte ; la régulation médicale. Pour ce dernier acte, il s'agit, dans le cadre d'un appel au centre 15, de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

Quelles ont été les avancées réalisées en 2011 sur le champ de la télémédecine ?

L'exercice de la télémédecine est désormais inscrit dans le droit commun des activités médicales, par le décret du 19 octobre 2010 : c'était un 1^{er} pas fondateur et indispensable.

Depuis, la DGOS, qui assure le pilotage des actions, met tout en œuvre pour un déploiement des usages dans les territoires. Cinq axes prioritaires de déploiement ont été retenus : la prise en charge des accidents vasculaires* cérébraux (AVC) ; la permanence des soins en imagerie médicale* ; les soins aux personnes détenues* ; le suivi des maladies chroniques ; les soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en hospitalisation à domicile (HAD). Il s'agit des domaines dans lesquels le bénéfice de la télémédecine pour les patients et les professionnels est immédiatement avéré.

Par ailleurs, les projets régionaux de santé (PRS)*, conçus par les agences régionales de santé (ARS), comportent tous un programme régional de télémédecine (PRT). Afin d'accompagner les ARS et les porteurs de projets locaux, la DGOS a mis à leur disposition un certain nombre de recommandations générales sur ces PRT, mais aussi sur les contrats et les conventions en télémédecine, les infrastructures techniques ou les responsabilités engagées par les professionnels de santé dans l'exercice de la télémédecine. Dans chaque région, les différents acteurs impliqués peuvent désormais s'appuyer sur des éléments explicites, stables et prévisibles.

Pour aider à l'amorçage des projets, un accompagnement financier a été dégagé : ainsi, en 2011, 26M€ ont été alloués aux ARS, soit 12M€ pour les AVC et 14M€ libres d'utilisation. Cet investissement sera relayé par le fonds d'intervention régional (FIR)* en 2012.

**Lire les fiches et les encadrés dédiés*

- **130 projets opérationnels de télémédecine**
 - **5 axes prioritaires de déploiement**
- **un accompagnement de 26M€ en 2011, soit 12M€ pour les AVC et 14M€ libres d'utilisation par les ARS**

2011 semble avoir été une année charnière pour le déploiement de la télémédecine ?

C'est vrai mais de nombreux efforts doivent encore être fournis pour un déploiement véritable. En France, la télémédecine demeure au stade expérimental et les usages sont encore limités : seuls 130 projets sont opérationnels et prennent véritablement en charge des patients.

En lien avec les ARS, nous devons accompagner ce changement : tout se joue maintenant. C'est pour cela que nous avons décidé, avec le comité de pilotage de télémédecine, de soutenir tout particulièrement 8 projets pilotes dont nous espérons qu'ils serviront d'exemple pour l'ensemble des régions.

De même, il faudra progresser dans l'adaptation des modes de financement de la télémédecine : cela, pour



Marine Gey / Evelyne Belliard / Bamdad Shaban / Marion Fumex

Ces projets reposent essentiellement sur des moyens hospitaliers - la médecine de ville étant encore peu impliquée - et les expérimentations restent souvent individuelles, sans accompagnement à la hauteur.

Nous devons progressivement lever les principaux obstacles au déploiement des usages de télémédecine, notamment organisationnels : en effet, la prise en charge de patients à distance nécessite des réorganisations profondes qui induisent des modifications substantielles dans les pratiques des professionnels.

donner aux acteurs une réelle lisibilité sur la pérennité des organisations mises en place.

Les enjeux sont importants : maintien de l'accès à une offre de soins de 1^{er} recours dans des territoires isolés, diminution du recours à l'hospitalisation et aux transports sanitaires, amélioration de la prévention et de la qualité de vie des patients grâce à une intervention plus rapide...

L'égal accès aux soins pour tous vu par... l'agence régionale de santé de Lorraine



« Un objectif en Lorraine : faciliter le déploiement de la télémédecine autour de 8 points définis par les travaux régionaux. »

Dès 2008, la Lorraine a érigé le développement de la télémédecine* comme un enjeu majeur d'optimisation du système de santé : cela, afin de compenser un contexte démographique difficile et d'adapter de manière continue l'offre de soins, tout en maintenant sa qualité. C'est dans ce cadre que s'est décliné naturellement le programme régional de télémédecine (PRT), sur la base du guide méthodologique national élaboré par la DGOS.

Le PRT lorrain vise à faciliter le déploiement d'activités de télémédecine mais aussi l'émergence, l'expérimentation et la maturation de projets sur la base de 8 points essentiels clairement définis par les travaux régionaux : le champ couvert, les acteurs, les actes de télémédecine, la qualité de la prestation, l'organisation, les modalités de financement, les aspects juridiques et les aspects techniques.

La télémédecine est déjà opérationnelle en Lorraine : astreintes mutualisées de télé-radiologie, téléconsultations pour prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), transmission de dossiers d'imagerie, télésurveillance de patients dialysés, télé-expertise en neurosciences... Certains projets ont été mis en œuvre via des solutions régionales de transfert d'images - scanner et IRM - et de téléconsultations professionnelles.

Ces solutions sont déployées par le groupement de coopération sanitaire (GCS) Télésanté Lorraine, en cohérence avec les infrastructures existantes et en respect de la réglementation en vigueur, sur la base de financements régionaux et nationaux.

Certains usages doivent encore se généraliser et à ce titre, chacun à un rôle à jouer : les acteurs de terrain autour du projet médical et des réseaux de confiance, l'ARS et le GCS Télésanté Lorraine pour l'accompagnement ainsi que la pérennisation de modèles d'organisation et de financement, les instances et les agences nationales pour l'accompagnement et l'évolution de dispositions réglementaires et tarifaires.

*Lire la fiche dédiée

A retenir

- 80 téléconsultations AVC ayant donné lieu à 50 thrombolyse sans transfert
- 5 000 actes de télé-radiologie dans le cadre de la permanence des soins
- 400 dossiers d'imagerie transférés

www.ars.lorraine.sante.fr

Le zonage dans le cadre du 1^{er} recours

Vincent Beaugrand, chef du bureau du 1^{er} recours (R2)

En 2011, la DGOS a travaillé, en transversalité interne, à un dispositif de « zonage » de l'offre de soins pour déterminer, sur l'ensemble du territoire national, les zones « sous-dotées » en professionnels de santé libéraux, ainsi qu'en maisons et en centres de santé*.

Objectif ? Favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels et des structures de santé, en phase avec les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre de leurs schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

L'arrêté de décembre 2011 a précisé les modalités de mise en œuvre de ce zonage : il prévoit que dans le cadre des SROS, soient définis un zonage pluri-professionnel et un zonage spécifique aux infirmiers libéraux. Le 1^{er}, le zonage pluri-professionnel, va contribuer à la mise en œuvre des priorités d'actions structurantes pour l'offre de 1^{er} recours : il sera par exemple la référence pour la mise en œuvre des mesures d'aide à l'installation arrêtées dans le cadre de la nouvelle convention médicale, mais aussi du contrat d'engagement de service public (CESP), des aides fiscales - exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations perçues au titre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) - et des aides des collectivités territoriales à l'installation et aux étudiants. La détermination du zonage est laissée à l'appréciation des ARS, à partir du diagnostic territorial établi en concertation avec les professionnels de santé, autour des points d'implantations prioritaires identifiés dans le volet ambulatoire des SROS. Cela, en référence à l'indicateur de densité retenu dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre l'Etat et les ARS.

Le 2nd zonage, spécifique aux infirmiers libéraux, servira quant à lui de référence pour la mise en œuvre des mesures de régulation démographique



Delphine Vallet / Stéphane Camara / Antoine Ruaud / Marine Buffat / Vincent Beaugrand / Laurent Gadot / Perrine Ramé-Mathieu / Jocelyn Vidon-Buthion / Nathalie Schneider / Christiane Denner / Elise Riva / Marie-Odile Moreau

prévues par l'avenant n°3 de la convention nationale des infirmiers : mise en place de mesures incitatives dans les zones « très sous-dotées » et régulation de l'accès au conventionnement dans les zones « sur-dotées ».

Par la suite, d'autres zonages par profession seront intégrés : pour les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes, notamment.

**Lire la fiche dédiée*

Les aides à l'installation pour les professionnels de santé

« Le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé alors que les inégalités d'installation des professionnels de santé demeurent particulièrement importantes. »

Marjorie Soufflet-Carpentier, chef du bureau de la démographie et des formations initiales (RH1), **Pérola Spreux**, adjointe à la chef du bureau RH1, **Noémie Oswald** et **Corinne Régnard**, chargées de mission au bureau RH1, **Perrine Ramé-Mathieu**, adjointe au chef du bureau du 1^{er} recours (R2), **Christine Matraglia** et **Nathalie Schneider**, chargées de mission au bureau R2

Voulez-vous nous rappeler ce qu'est l'offre de soins de 1^{er} recours et comment celle-ci se caractérise aujourd'hui ?

L'offre de soins de 1^{er} recours garantit à tous les malades l'accès aux soins et leur continuité, cela à proximité de leurs lieux de vie ou de travail. Ce dispositif comprend la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes mais aussi la dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux. Sans oublier l'orientation dans le système de soins et l'éducation pour la santé.

Concourent à l'offre et à la permanence des soins de 1^{er} recours les médecins généralistes, les pharmaciens et tous les professionnels de santé exerçant dans des maisons et des centres de santé, en collaboration avec les établissements de santé, sociaux, médico-sociaux et les réseaux de santé.

La situation française s'avère paradoxale : le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé - avec une croissance de près de 30 % depuis 20 ans - alors que les inégalités territoriales d'installation des professionnels de santé demeurent particulièrement importantes. La densité moyenne est de 339 médecins pour 100 000 habitants mais ce chiffre est très variable d'une région à l'autre et les inégalités sont encore plus marquées d'un département à l'autre au sein d'une même région. Par exemple, en Île-de-France, la densité varie de 231 en Seine-et-Marne à 808 à Paris.

Quelles mesures les pouvoirs publics ont-ils pris pour réduire ces inégalités ?

Le gouvernement a souhaité mettre en place une politique incitative et non coercitive, dans le respect des principes de la médecine libérale. Les dispositions prises sont complémentaires et de nature diverse : elles visent

notamment à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé dans les zones identifiées comme fragiles et à renforcer l'attractivité de l'exercice libéral.

Pour attirer les futurs médecins vers les lieux d'exercice prioritaires, plusieurs dispositions ont été prises : le développement des structures d'exercice coordonné comme les maisons et les centres de santé*, l'appui au développement des stages - notamment dans le cadre de ces structures - et la signature de contrats d'engagement de service public (CESP)* avec des étudiants et des internes en médecine volontaires pour s'installer dans des zones fragiles à l'issue de leurs études.

+ Com

Création d'une brochure d'information pour le congrès 2011 de l'ISNIH



- une densité moyenne de **339 médecins | 100 000 habitants**
- près de **200 CESP** signés en 2011
- **26 PAPS**

Afin de conforter l'offre de 1^{er} recours dans ces zones considérées comme fragiles, il a été décidé d'intégrer une partie ambulatoire aux schémas régionaux d'organisation des soins (SROS)*, qui cible des projets structurants permettant l'amélioration de l'accès aux soins de manière tangible. Cette partie ambulatoire intègre un zonage dit « pluri-professionnel »*, qui sera la référence pour la mise en œuvre des mesures d'aide à l'installation arrêtées dans le cadre de la nouvelle convention médicale, du CESP, des aides fiscales et des aides des collectivités territoriales. Elle intègre également des zonages par profession pour la mise en œuvre des mesures de régulation démographique, prévues dans le cadre des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels.

N'y-a-t-il pas un effort à faire pour informer mieux les professionnels de santé ?

Si, clairement. C'est bien pour cela que les plateformes régionales d'appui aux professionnels de santé (PAPS)* ont été créées par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) : pour faciliter l'orientation et l'accès à l'information des professionnels de santé, en exercice ou en formation, sur les questions liées à l'installation et aux conditions d'exercice. Leur mise en place se fait progressivement depuis le 1^{er} juillet 2011, date à laquelle un site internet dédié a été ouvert dans chaque région.

Les PAPS doivent être un véritable vecteur de la politique régionale en matière de démographie : à terme, l'objectif est de mettre à disposition des professionnels de santé un véritable service d'accompagnement.

**Lire les fiches et l'encadré dédiés*



Christine Matraglia / Marjorie Soufflet-Carpentier / Corinne Régnard / Perrine Ramé-Mathieu / Nathalie Schneider / Noémie Oswald

La permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)

« L'intégration des cliniques privées dans le dispositif de PDSSES au 1^{er} janvier 2012 s'inscrit dans une logique d'optimisation des ressources médicales disponibles. »

Pouvez-vous revenir sur ce qu'est la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) ?

La PDSSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins dans une structure de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) d'un établissement de santé. Cela, la nuit, le week-end - hormis le samedi matin - et les jours fériés. Objectif : garantir l'accès aux soins requis en appui ou en aval des urgences.

L'organisation mise en place dans chaque région doit contribuer à améliorer la qualité des prises en charge en permettant une meilleure orientation des malades, l'accès aux soins à l'échelon territorial pertinent en cohérence avec le réseau des urgences et la réduction des délais d'attente.

Odile Brisquet, chef du bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aiguës (R3)

En outre, le dispositif sera également plus efficient en conduisant à supprimer d'éventuels doublons et à mutualiser certaines lignes de garde ou d'astreinte, libérant ainsi pour l'activité de jour des ressources médicales mobilisées en surnombre aux heures de PDSSES.

Quelles sont les grandes orientations retenues pour la mise en place de la PDSSES ?

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) fait de la permanence des soins une mission de service public : dans ce cadre, une réforme de la PDSSES a été engagée dès 2009 dans une perspective de recomposition au niveau régional.

Une évolution du mode de financement de la PDSSES a traduit cette réforme et doit être mise en œuvre par la DGOS selon 2 phases principales. La 1^{ère} phase a consisté à sortir le financement des tarifs des prestations hospitalières des hôpitaux publics dans le cadre de la T2A, afin de constituer une dotation permettant aux agences régionales de santé (ARS) de rémunérer directement ces établissements en fonction de leur prise en charge effective. Sur la base d'un guide méthodologique élaboré par la DGOS*, les ARS ont pu moduler la répartition de cette dotation entre les établissements, pour une part progressive : 10 % en 2009, 20 % en



Thierry Kurth / Murielle Rabord / Nathalie Grenet / Josée Leroyer / Zahra Serhrouchni / Odile Brisquet / François Marchand / Roselyne Bôquet / Hélène Baret / Lydia Valdes / Marie-Agnès Mamy / Julie Barrois / Catherine Larose

- **60M€ au titre des indemnités de gardes et d'astreintes**

2010, 50 % en 2011. A compter de 2012, l'intégralité de la dotation sera allouée par les ARS aux établissements en fonction de l'organisation régionale définie. La 2nde phase de la réforme, qui a débuté en janvier 2012, consistera à intégrer dans le dispositif les gardes et les astreintes réalisées par les praticiens libéraux dans les cliniques privées, dans le cadre des contrats de pratiques professionnelles.

Quelles seront les modalités de financement ?

A la demande des syndicats de médecins libéraux, il a été mis en place un mécanisme de versement « en direct » des crédits PDESES aux praticiens par les caisses pivots des établissements concernés. Les pré-requis contractuels et les modalités de liquidation ont été définis dans une instruction de décembre 2011 ; les montants et les conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux

participant à la mission de PDESES ont été précisés dans un arrêté de janvier 2012.

Ces travaux ont abouti, au 1^{er} janvier 2012, à un dispositif de financement commun aux secteurs public et privé, d'abord dans le cadre des crédits des missions d'intérêt général (MIG)* « PDESES », puis au sein du fonds d'intervention régional (FIR)* entré en vigueur au 1^{er} mars 2012.

L'intégration des cliniques privées dans le dispositif de PDESES au 1^{er} janvier 2012 s'inscrit dans une logique d'optimisation des ressources médicales disponibles sur les territoires de santé. Elle amène de fait les ARS à « remettre à plat » les lignes de garde et d'astreinte existant dans le secteur public : suppression des doublons sur une même activité, mutualisations entre établissements...

**Lire la fiche et l'encadré dédiés*

La chirurgie ambulatoire

« La France continue d'accuser un retard par rapport à certains pays de l'OCDE mais un rattrapage est perceptible depuis quelques années. »

Thierry Kurth, adjoint à la chef du bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aigües (R3), **D^r Lydia Valdès**, conseillère médicale et **Zahra Serhrouchni**, chargée de mission au bureau R3

En France, la pratique de chirurgie ambulatoire est encore assez peu répandue : pouvez-vous en rappeler le périmètre ?

La chirurgie ambulatoire est une pratique avant tout centrée sur les patients : elle recouvre l'hospitalisation de moins de 12 heures, sans hébergement de nuit. Ainsi, elle comprend les actes chirurgicaux programmés et impérativement réalisés dans le cadre sécurisé d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil. La chirurgie ambulatoire ne peut donc être réalisée au sein d'un cabinet médical.



Thierry Kurth / Zahra Serhrouchni / Lydia Valdès

- **37,7 % de l'activité de chirurgie en 2010 contre 32,3 % en 2007**
- **26,3 % de la chirurgie dans le secteur public et 46 % dans le secteur privé**
- **6 axes de travail nationaux**

Tous les acteurs concernés défendent la vision d'une chirurgie « qualifiée » et « substitutive ». Il s'agit en effet de combattre la vision erronée présentant la chirurgie ambulatoire comme la réalisation d'actes de « petite » chirurgie, alors que celle-ci peut aussi recouvrir des actes de haute technicité. L'acte de chirurgie - avec anesthésie - est le même que celui réalisé lors d'une hospitalisation à temps complet.

Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient. Dès lors, la prise en charge repose sur une organisation structurée de l'unité de chirurgie ambulatoire permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission, au travers de la définition du « chemin clinique » du patient.

La chirurgie ambulatoire est-elle suffisamment développée en France ?

Non, loin de là. Même si l'activité globale de la chirurgie ambulatoire progresse en France - 39,5 % en 2011, contre 32,3 % en 2007 -, la France continue d'accuser un retard par rapport à certains pays de l'OCDE. En outre, elle connaît des disparités importantes entre territoires et entre secteurs. En 2010, elle représentait 26,3 % de la chirurgie dans le secteur public et 46 % dans le secteur privé.

La chirurgie ambulatoire est une activité pratiquée majoritairement par des établissements de santé privés, notamment à but lucratif : en 2010, 65 % de l'activité globale de chirurgie y était réalisée. Ces établissements concentrent les activités de chirurgie à fort volume, ainsi que 75 % de l'activité de chirurgie ambulatoire.

En revanche, les établissements publics ont la quasi exclusivité de certains groupes d'activités lourdes, comme la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves. L'activité chirurgicale se concentre dans les structures publiques à fort volume d'activité.

Quelles sont les mesures prises par les pouvoirs publics pour favoriser son développement ?

Depuis 2010, la DGOS pilote un programme national pluriannuel de gestion du risque (GDR) en lien avec l'assurance maladie, afin d'intensifier et de coordonner les actions menées jusque-là. Dans le cadre de ce programme, les agences régionales de santé (ARS) ont été mobilisées pour réaliser un état des lieux et un diagnostic partagé sur le développement de la chirurgie ambulatoire, en substitution des prises en charge chirurgicales à temps complet. Ce développement a été identifié, dans le guide méthodologique de la DGOS

consacré aux schémas régionaux d'organisation des soins (SROS)*, comme un levier majeur de l'évolution de l'offre de soins en chirurgie.

A l'issue de 2 concertations nationales, le consensus visant à faire de la chirurgie ambulatoire la prise en charge de référence en chirurgie a été trouvé : ainsi, une cible nationale supérieure à 50 % à l'horizon 2016 a été fixée pour cette activité.

Cette perspective nécessite la mobilisation de l'ensemble des leviers disponibles, en lien avec la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), la haute autorité de santé (HAS), l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les ARS, les sociétés savantes et les fédérations. Les 6 axes de travail concernent, pour le 1^{er}, l'appui aux établissements et aux professionnels à travers non seulement l'élaboration de bonnes pratiques, d'outils opérationnels à visée organisationnelle, médico-économiques, mais aussi d'accompagnement spécifique de certaines structures - programme commun de développement de la chirurgie ambulatoire HAS/ANAP, par exemple - ; pour le 2nd, la formation et la sensibilisation des professionnels de santé, en lien avec les sociétés savantes ; pour le 3^{ème}, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en lien avec la HAS (pour l'élaboration d'indicateurs de qualité généralisables) ; pour le 4^{ème}, la poursuite et l'intensification de politiques financières incitatives, notamment les mesures tarifaires et, pour le 5^{ème}, la poursuite de la politique de mise sous accord préalable (MSAP). Enfin, pour le 6^{ème}, l'adaptation des conditions techniques de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire.

**Lire l'encadré dédié*

Qu'en est-il sur le terrain ?

Les ARS, qui ont fait de la chirurgie ambulatoire une priorité dans leurs SROS, élaborent leurs plans d'actions. Elles auront à fixer, avec les établissements de santé et dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qu'elles signent avec eux, des objectifs de développement portant sur le taux global de chirurgie ambulatoire. Cette démarche, prenant en compte les caractéristiques de chaque structure, permettra d'envisager avec les acteurs chaque projet d'établissement en termes de perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire, de substitution à la chirurgie en hospitalisation complète, d'efficacité des organisations, de qualité et de sécurité des prises en charge...

- **47 % d'examens IRM supplémentaires entre 2006 et 2011**
 - **694 IRM dont 592 installés, soit 10 IRM | million d'habitants**
- **842 scanners installés, soit +25 % entre 2006 et 2011**

L'imagerie médicale

« Les SROS ont permis d'augmenter le parc des IRM de 47 % entre 2006 et 2011, soit 10 appareils par million d'habitants. »

Roselyne Bôquet, adjointe à la chef du bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aigües (R3)

L'imagerie médicale présente des enjeux évidents compte tenu de sa place prépondérante et croissante dans la stratégie thérapeutique. Quelle était la situation en 2011 ?

En effet, les besoins sont croissants, du fait notamment du vieillissement de la population qui s'accompagne de prévalences de pathologies neuro-dégénératives, osseuses, cardiaques et de cancers. L'évolution des traitements diagnostiques et thérapeutiques sous imagerie médicale, l'obligation de garantir les bonnes pratiques et le bon usage des équipements, la nécessaire substitution mais aussi la complémentarité entre les techniques impliquent d'adapter plus finement l'offre aux besoins.

La situation de l'imagerie médicale se caractérise par des délais d'accès encore trop longs à l'imagerie en coupe et notamment à l'IRM : 21 jours en moyenne pour un examen d'IRM en ambulatoire, 27,4 jours pour un examen d'IRM pour cancer. A contrario, les examens de radiologie conventionnelle ou scanographie sont encore trop largement prescrits, contrairement aux recommandations de la haute autorité de santé (HAS).

Face à cela, quelles réponses apporter ?

L'objectif prioritaire consiste à augmenter l'offre dans des conditions médico-économiques satisfaisantes et avec une organisation de l'accès plus efficiente. Les précédents SROS - dits aussi SROS 3 - ont permis d'augmenter le parc des IRM de 47 % entre 2006 et 2011, en intégrant notamment les objectifs du plan cancer 2009-13 : 10 appareils par million d'habitants et, d'ici 2013, 12 par million d'habitants dans 10 régions où le taux de mortalité par cancer est le plus élevé. Fin 2011, les IRM autorisés étaient au nombre de 694, dont 592 installés. Dans la même période, le nombre des scanners a augmenté de 25 %, passant de 842 à 1 055. Dans le cadre des prochains SROS issus de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), les agences régionales de santé (ARS) seront appelées à mobiliser tous les moyens permettant de répondre aux objectifs nationaux



d'amélioration de l'accès à l'imagerie, de réduction des inégalités d'accès et d'efficience. L'une des actions prioritaires portera sur l'accélération de la substitution de l'IRM aux techniques irradiantes. Le principe retenu pour les stratégies régionales d'implantation des équipements matériels lourds (EML) reposera sur la gradation de l'offre de soins par territoire, la mutualisation des plateaux d'imagerie médicale, le recours à la télémédecine* pour l'interprétation d'images à distance, en articulation avec l'organisation territoriale de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES)*.

*Lire les fiches dédiées

La participation au programme de gestion du risque imagerie piloté par la caisse nationale d'assurance maladie a également mobilisé la DGOS en 2011 ?

En effet ! Au regard de la nécessité d'une soutenabilité financière de l'augmentation du parc des EML dans les années à venir, l'imagerie fait l'objet d'un programme de gestion du risque piloté par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) auquel la DGOS est associée. Cela avec 2 axes forts : le développement soutenable des EML - avec un focus sur la diversification du parc IRM - et un plan d'accompagnement régional auprès des prescripteurs, afin d'éviter la réalisation d'actes de radiologie conventionnelle non indiqués ou redondants, à l'appui des recommandations de la HAS.

L'objectif de diversification du parc IRM porte sur de nouveaux appareils « ostéo-articulaires », plus efficaces, avec un forfait technique spécifique pour la réalisation d'actes qui recouvrent environ 50 % des actes d'IRM. Des cibles régionales de taux de diversification pour les années 2013 à 2015 ont été proposées aux ARS par une instruction CNAMTS|DGOS d'avril 2011. La DGOS est attentive aux conditions de mise en œuvre de cet axe de diversification du parc IRM, du fait de la nécessaire articulation avec les objectifs des prochains SROS qui détermineront le cadre de délivrance des futures autorisations d'appareils supplémentaires et des renouvellements d'autorisation des appareils existants.

La médecine légale

« Une réforme a été mise en place afin de structurer à l'échelle nationale une médecine légale harmonisée et de qualité et d'en assurer un financement pérenne »

Marie-Odile Moreau, chargée de mission au bureau du 1^{er} recours (R2)



On se fait souvent une idée assez approximative de la médecine légale : que recouvre-t-elle exactement ?

La médecine légale n'existe que dans le cadre d'une procédure pénale : elle est un outil indispensable d'aide à l'enquête, nécessaire au bon fonctionnement du service public de la justice et à la manifestation de la vérité.

Elle recouvre des actes effectués sur réquisition judiciaire du procureur de la république ou d'un officier de police judiciaire. Ils peuvent être de 2 types : soit liés à une activité de thanatologie - autopsie, levée de corps -, soit de médecine légale du vivant - examen de victimes pour déterminer une incapacité totale de travail ou constater des lésions ou des traumatismes, examen médical de personnes gardées à vue sur l'aptitude au maintien en garde à vue -, ce qui ne fait appel ni aux mêmes compétences ni aux mêmes équipements.

En 2011, une réforme de la médecine légale a été entreprise pour améliorer la qualité de la réponse apportée et revoir complètement le mode de financement des activités.

Par souci d'harmonisation sémantique, les structures de médecine légale thanatologique sont désormais référencées comme instituts médico-légaux (IML), celles de médecine légale du vivant comme unités médico-judiciaires (UMJ).

- **2 types d'activité de médecine légale**
- **48 IML et UMJ répartis sur le territoire**
- **1 observatoire national**

Quels étaient les enjeux de cette réforme profonde et en quoi cette dernière a-t-elle consisté ?

Antérieurement à cette réforme, l'organisation de la médecine légale était disparate et fragile. Les hôpitaux, qui assurent en grande partie cette activité, souffraient d'un déficit chronique de financement indûment pris en charge par les crédits de l'assurance maladie. Indûment car la médecine légale, mission régaliennne de l'Etat au bénéfice exclusif de la justice, ne figure pas au code de la santé publique : c'est la raison pour laquelle le financement des actes doit dès lors être intégralement assuré par le ministère de la justice. C'est chose faite aujourd'hui.

Le schéma directeur de médecine légale pour 2011, redimensionné début 2012 suite à l'évaluation de fin d'année, s'appuie sur 47 structures dédiées de médecine légale du vivant implantées dans les hôpitaux publics, dont 24 disposent d'un institut médico-légal. Un réseau de proximité, qui comprend les établissements de santé dépourvus de structures de médecine légale, les médecins libéraux ainsi que les associations de médecins, vient compléter le maillage territorial.

Le financement des structures hospitalières s'appuie sur un dispositif innovant, reposant sur un paiement annuel et forfaitaire directement adressé aux structures hospitalières, par le biais d'une dotation budgétaire du ministère de la justice. Cette dotation prend en compte le nombre d'équivalents temps plein (ETP) médicaux et non médicaux nécessaires pour l'organisation définie dans la circulaire, ainsi que les frais de fonctionnement de la structure. Le réseau de proximité et les actes complémentaires de médecine légale - y compris ceux réalisés dans les établissements sièges de structures dédiées - continuent de faire l'objet d'un paiement à l'acte, à l'établissement de santé lorsqu'ils y sont réalisés.

Pour permettre une évaluation rigoureuse, la DGOS a mis en place, dès le mois de mars 2011, l'observatoire national de médecine légale (ONML), plateforme internet sécurisée qui permet la centralisation et le partage d'informations entre les ministères chargés de la santé, de la justice et de l'intérieur, les agences régionales de santé (ARS) et les hôpitaux. Elle offre surtout une traçabilité précise et fiable de l'activité de médecine légale thanatologique et du vivant réalisée dans les établissements.

Des suites sont-elles prévues pour cette réforme ?

La réforme de la médecine légale a permis d'améliorer sensiblement la qualité des prestations médico-légales

requis par les enquêteurs et les magistrats, ainsi qu'une moralisation des pratiques financières. Cependant, une mission sera diligentée d'ici fin 2012 par les corps d'inspection des ministères chargés de la santé, de la justice et de l'intérieur et par l'inspection générale des finances afin de permettre un bilan exhaustif de la réforme et de soumettre aux ministres toutes propositions utiles.

L'activité d'anatomo-cytopathologie (ACP)

D^r **Marie-Ange Desailly-Chanson**, conseillère médicale auprès du directeur général de l'offre de soins

L'anatomo-cytopathologie (ACP) - dite aussi « anapath' » - est une spécialité médicale au carrefour de l'activité clinique, de l'imagerie et de la biologie. Les multiples aspects de l'ACP - diagnostique, épidémiologique et de recherche - font des pathologistes des acteurs de santé publique majeurs dans le système de soins : leur exercice, spécifique, n'est comparable à aucun autre.



L'ACP joue un rôle majeur dans le diagnostic - notamment en cancérologie - mais c'est paradoxalement une spécialité peu connue des patients. C'est la raison pour laquelle un groupe de travail a été créé par la DGOS, rassemblant les membres du conseil d'administration du conseil national professionnel des pathologistes (CNPath) et différents intervenants institutionnels.

Après un an de travail mené en 2011, ce groupe a produit un rapport dressant un état des lieux de l'ACP. Ce document fixe également des perspectives et des recommandations pour cette spécialité, permettant de stabiliser les contours de son exercice, d'accompagner son évolution - technologique, démographique, réglementaire - ainsi que son adaptation à l'environnement sanitaire en général.

L'année 2011 vue par...

Natacha Lemaire,

sous-directrice de la régulation de l'offre de soins

« Tous nos sujets ont été préalablement travaillés en étroite concertation avec tous nos partenaires. »



L'année 2011 a été marquée par la finalisation de travaux ayant trait aux orientations nationales de nombreux dispositifs introduits ou modifiés par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) : cela s'est traduit notamment par les guides SROS - incluant la permanence des soins en établissement de santé et les missions de service public - et pilotage de l'activité, pour ne citer qu'eux. Afin de soutenir le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, des cibles à 5 ans - soit l'horizon des SROS - ont été définies pour la chirurgie ambulatoire et l'insuffisance rénale chronique terminale.

Tous ces sujets ont été préalablement travaillés et concertés avec nos partenaires institutionnels - fédérations représentant les établissements de santé, conférences, syndicats de médecins libéraux, sociétés savantes... - et validés en conseil national de pilotage des ARS, où siègent l'ensemble des directions d'administration centrale et l'assurance maladie sous la présidence du secrétariat général des ministères.

L'accompagnement des ARS pour la mise en œuvre a fait l'objet de nombreux séminaires et d'ateliers interrégionaux avec les directeurs généraux d'ARS et leurs équipes.

La campagne budgétaire et tarifaire a été caractérisée, quant à elle, par la 2nde année de mise en réserve prudentielle en début de campagne afin de garantir le respect de l'ONDAM hospitalier et par 4 délégations budgétaires aux ARS.

L'année 2011 a également été l'occasion d'installer le « groupe contact » réunissant les présidents des syndicats de médecins libéraux et la DGOS, qui a été élargi depuis à la direction de la sécurité sociale (DSS), au secrétariat général et à la CNAMTS.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour souligner la grande qualité et l'implication de mes équipes, sans lesquelles de telles réalisations n'auraient pas été possibles.

Une politique de santé publique, des programmes nationaux d'action

Le plan Alzheimer	106
Le plan national d'actions AVC	107
Le plan cancer	108
Le plan national maladies rares	109
Le plan obésité	109
Le plan psychiatrie et santé mentale	110
Le programme nationale de développement des soins palliatifs	111
Le plan infections nosocomiales	111

Les plans de santé publique mettent en exergue les problématiques propres à une pathologie, à une population ou à un mode de prise en charge afin de structurer et de renforcer les réponses qui doivent y être apportées. Ils sont, selon leurs orientations prioritaires, pilotés par l'une ou l'autre direction des ministères chargés de la santé et de la cohésion sociale. En plus du pilotage des plans soins palliatifs, AVC, maladies rares, douleur et prévention des infections nosocomiales, la DGOS est impliquée dans environ 12 autres plans ou programmes : Alzheimer, cancer, nutrition et obésité, psychiatrie et santé mentale...

Le plan Alzheimer

Cécile Balandier, chargée de mission au bureau des prises en charge post aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4)

Face à l'augmentation inéluctable du nombre de personnes âgées atteintes de démence - dont la maladie d'Alzheimer est la plus courante -, un triplement des personnes atteintes devrait être constaté d'ici 2050, soit, pour la France, près de 2,5 millions de personnes atteintes. Concernant l'offre de soins, le plan a permis de renforcer tant le diagnostic dans le cadre de consultations, que les modes de prise en charge en hospitalisation - notamment en soins de suite et de réadaptation -, y compris au sein d'unités de soins de longue durée (USLD).

Depuis 2009, les moyens des consultations mémoire ont été renforcés à hauteur de 6,79M€. Actuellement, avec 401 consultations mémoire et 28 centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R), le maillage territorial de l'offre diagnostique Alzheimer atteint un niveau satisfaisant. L'accessibilité a été mesurée par une enquête nationale dont les résultats sont encourageants : le délai de rendez-vous auprès d'une consultation spécialisée s'établit en moyenne à moins de 2 mois. Par ailleurs, 65 unités cognitivo-comportementales (UCC) ont

été créées depuis 2011 et 43 sont programmées, ce qui permettra globalement d'atteindre le nombre de 120 unités dans les services des soins de suite et de réadaptation (SSR) d'ici fin 2012. Enfin, le principe d'identifier 3 300 lits d'hébergement renforcé au sein des USLD, financées à hauteur de 17,1M€ depuis 2010, complète l'offre pour des personnes présentant des troubles particuliers du comportement.

L'une des spécificités du plan Alzheimer français est la mise en place d'un système national d'information pour le suivi de données épidémiologiques dans les CM2R, les consultations mémoire et les consultations de neurologues libéraux. Avec plus de 250 000 patients référencés dans la base depuis 2009, ce recueil national constitue une banque de données unique au monde sur cette maladie, pour la recherche et le suivi de l'activité.

Au total, le plan Alzheimer 2008-12 bénéficie d'un budget global de 1,6Md€ sur 5 ans dont 1,2 milliard consacré au volet médico-social, 200 millions pour le volet sanitaire et 200 millions pour le budget recherche.

Le plan national d'actions AVC

Dominique Martin, adjointe à la chef du bureau des prises en charge post aigües, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4), **D^r Pascale Dhote-Burger**, chargée de mission au bureau R4 et **Josée Leroyer**, chargée de mission au bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aigües (R3)

Induisant en France plus de 140 000 nouveaux séjours hospitaliers chaque année, l'accident vasculaire cérébral (AVC) a une prévalence estimée à plus de 500 000 cas. S'il représente la 3^{ème} cause de mortalité chez l'homme, c'est la 2^{ème} chez la femme et la 1^{ère} cause de handicap acquis de l'adulte... Sa gravité tenant en partie à la méconnaissance de ses facteurs de risque cardio-neurovasculaire - communs à l'infarctus du myocarde - ainsi qu'à l'importance de la rapidité de la conduite à tenir lors des signes annonciateurs.

Elaboré dans un contexte de prévention des facteurs de risque cardiovasculaire, le plan AVC 2010-14 vise à réduire la mortalité et la morbidité évitables pour tous et à limiter les séquelles lourdes de l'AVC dans la qualité de vie des personnes âgées ou non, en particulier chez les personnes de moins de 65 ans qui représentent 25 % des patients.

A mi-parcours du plan, le bilan fait état de l'engagement des acteurs institutionnels impliqués dans cette voie, notamment de la mise en œuvre d'un programme de prévention cardiovasculaire par l'assurance maladie. Cela, en lien avec l'harmonisation des messages de prévention et d'alerte au 15 développés par la direction générale de la santé (DGS) et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'actualisation des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge de l'AVC par la haute autorité de santé (HAS) et la constitution de 2 nouveaux registres AVC observationnels à Brest et à Lille par l'institut de veille sanitaire (InVS). L'objectif est d'offrir à toute personne victime d'un AVC une prise en charge de qualité en urgence et de construire un plan de soins personnalisé à moyen terme, ainsi qu'un parcours de vie à long terme compatible avec une perte d'autonomie la plus restreinte possible.

Pour répondre à cette cause nationale de santé publique, la mobilisation s'est traduite par une nouvelle organisation de l'offre de soins territorialisée, concrétisée par la création de filières AVC autour d'unités neurovasculaires (UNV), en lien avec des unités de médecine d'urgence et des plateaux techniques pour la phase aigüe et des unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou médico-sociales pour la phase post aigüe. Il est démontré que cette prise en charge spécialisée, pluridisciplinaire, dès l'entrée en UNV, à la phase aigüe et avec rééducation précoce, diminue la mortalité et les séquelles de cette pathologie. L'identification par les agences régionales de santé (ARS) de filières territoriales organisées favorisera la fluidité des parcours de soins et contribuera à l'élaboration du parcours de vie des personnes, compatible avec une réinsertion socioprofessionnelle. Actuellement, 121 UNV sont actives sur le territoire, assurant directement ou par télémedecine* la prise en charge aigüe de l'AVC. Des indicateurs de suivi de la qualité de cette prise en charge ont été définis pour assurer la valorisation de l'effort des professionnels de santé et des structures engagés par convention, tous champs confondus.

En 2011, la tâche a également porté sur la valorisation des projets de recherche neuro-vasculaire, qui a conduit à un rapport élaboré sous le pilotage du Pr Marie-Germaine Bousser. Pour les années à venir, l'enjeu est de développer les coopérations entre les secteurs sanitaire et médico-social - tant pour la prise en charge des AVC que pour la formation des professionnels impliqués - et de faire que les personnes atteintes ainsi que leur entourage puissent disposer des informations nécessaires à la structuration de la prise en charge à chaque étape de l'accident, pour recouvrer une vie digne.

**Lire la fiche dédiée*



Dominique Martin / Murielle Rabord / Elisabeth Fernandes / Erell Pencreac'h / Laetitia May / Odile Maurice / Cécile Balandier / Josée Leroyer / Pascale Dhote-Burger

Le plan cancer

Dominique Martin, adjointe à la chef du bureau des prises en charge post aigües, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4)

Le plan cancer 2009-13, inspiré du rapport du Pr Jean-Pierre Grünfeld, s'inscrit dans la continuité du 1^{er} plan et a pour ambition de conforter la dynamique d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Cela, en termes d'équité dans l'accès aux soins, de coordination des acteurs et de qualité des pratiques professionnelles. Le plan se décline en 5 axes : recherche, observation, prévention et dépistage, soins, « vie avec et après un cancer ». Plusieurs objectifs sont suivis : offrir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace, renforcer les mesures qualité mises en œuvre par le plan précédent - dispositif d'annonce, réunions de concertation pluridisciplinaires -, mener à son terme le dispositif d'autorisation intégrant des critères d'agrément propres, soutenir certaines professions comme les anatomo-pathologistes* et les professions du champ de la radiothérapie, améliorer l'accès aux traitements et aux innovations.

La mesure phare de l'axe « soins » porté par la DGOS vise à renforcer la coordination du parcours de soins des patients en évitant toute rupture entre ses différentes phases et en préparant, avec les patients, la période de « l'après cancer ». Dans ce cadre, une expérimentation a été menée auprès de 35 équipes hospitalières pendant un an et demi afin d'identifier l'apport d'infirmiers de coordination pour fluidifier les parcours. Une évaluation a montré la satisfaction globale des patients : elle doit être poursuivie afin de mieux intégrer les acteurs de la ville et développer une dimension médico-économique.

L'avancée du plan fait l'objet d'un suivi régulier par un comité de pilotage comprenant l'ensemble des partenaires impliqués dans sa mise en œuvre. Les mesures de l'axe « soins » progressent selon le délai prévu et font l'objet d'un suivi conjoint par la DGOS et l'institut national du cancer (INCa). Des indicateurs de suivi et de résultat ont été définis et un suivi budgétaire est assuré tout au long du déroulement du plan.

**Lire l'encadré dédié*

Le plan national maladies rares

Emmanuel Luigi, adjoint au sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF), **Laetitia May**, adjointe à la chef du bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2), **Valérie Drouvot**, chargée de mission au bureau PF2 et **Elisabeth Fernandes**, gestionnaire au bureau PF2

Le 1^{er} plan national maladies rares (PNMR) 2005-08 a permis des avancées significatives concernant notamment l'accès au diagnostic et à la prise en charge grâce à la mise en place des centres de référence maladies rares labellisés.

Le 2nd PNMR 2011-14, rendu public le 28 février 2011, capitalise sur les points forts et les avancées du 1^{er} plan. Il renforce aussi l'engagement à agir dans le domaine des maladies rares autour de 3 axes : améliorer la qualité de la prise en charge des patients atteints de maladies rares, développer la recherche sur les maladies rares, amplifier les coopérations européennes et internationales.

Un dispositif de suivi et d'évaluation de ce plan est mis en place. Il s'appuie sur le comité de suivi et de prospective du PNMR 2011-14, présidé par la DGOS qui assure le pilotage stratégique des actions du plan, sur 2 vice-présidentes scientifiques « recherche » et « santé », garantes de la coordination et de la cohérence

des actions menées dans leurs domaines respectifs et sur un secrétaire général chargé de la mise en œuvre du plan, de la représentation européenne du ministère chargé de la santé, de la coordination interministérielle et de l'animation du réseau des agences régionales de santé (ARS).

La réflexion engagée par les partenaires associatifs et institutionnels, par le biais du GIS-institut des maladies rares, a également conduit à la création d'une fondation maladies rares, afin que les malades puissent bénéficier des avancées en matière de recherche. Mais également, de permettre à la France de maintenir son rang scientifique de tout 1^{er} plan au niveau international. Cette fondation maladies rares se veut être une structure de réflexion stratégique et de financement de projets à travers des programmes de recherche et la mise en relation des acteurs de la recherche et du soin.

Le plan obésité

Erell Pencreac'h, chargée de mission au bureau des prises en charge post aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4)

Grâce au programme national nutrition santé (PNNS), la politique de la France dans ce domaine a permis de faire passer durablement le message que la santé et le bien-être passent notamment par une alimentation équilibrée et une activité physique régulière. Pourtant, l'épidémie d'obésité reste un fléau qui ne cesse de s'amplifier et qui touche inégalement les populations, tant les déterminants sociaux, environnementaux, économiques ou génétiques sont importants. Les déterminants de l'obésité impactent fortement la qualité de vie, sont multiples et source de

discrimination. Aujourd'hui, 15 % des adultes sont obèses et 4 % souffrent d'une forme sévère d'obésité. Un enfant sur 6 présente un excès de poids ou des signes d'obésité.

Elaboré sous l'égide du Pr Arnaud Basdevant et présenté le 20 juillet 2011, le plan obésité 2010-13 comporte 4 axes stratégiques. L'axe 1, piloté en partie par la DGOS, prévoit l'amélioration de l'offre de soins et la promotion du dépistage, avec un objectif d'accessibilité et de lisibilité sous l'égide des agences régionales de santé (ARS).

Cet axe doit permettre la structuration de la prise en charge des personnes obèses, y compris les cas les plus graves : il s'agit non seulement de faire face aux conséquences médicales mais également d'enrayer la progression de la maladie et de réduire l'exclusion sociale ou professionnelle. Cela implique l'organisation de filières de soins coordonnées au sein des régions, l'adaptation des équipements dans un but d'accessibilité, de lisibilité et de gradation des soins incluant à leur juste place le médecin traitant, le spécialiste - libéral ou non - et les établissements de santé.

Pour répondre à ces enjeux, une organisation des soins s'appuyant sur 37 centres spécialisés et 5 centres intégrés a été mise en place en 2011. Les 1^{ers} interviennent en

recours régional - dit 3^{ème} recours - pour les situations les plus complexes et les soins spécifiques, développent une démarche pluridisciplinaire et ont pour mission d'organiser la coordination territoriale en lien avec les professionnels concernés et les patients. Les 2^{nds}, qui assurent un recours suprarégional ou national, effectuent les traitements très spécialisés et sont engagés dans la recherche, la formation, l'enseignement et l'innovation.

Par ailleurs, le transport bariatrique - c'est-à-dire adapté à la prise en charge de personnes obèses - va être organisé de façon à ce que les patients aient accès aux soins dans des conditions adaptées à leurs besoins, en situation d'urgence ou non. Cela demande, outre un équipement spécifique des véhicules, une organisation régionale sur leur utilisation.

Le plan psychiatrie et santé mentale

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

Le précédent plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) 2005-08 a défini un programme d'actions visant à renforcer les capacités d'accueil, d'orientation et de soins en psychiatrie et à conforter les moyens des structures prenant en charge les patients. S'il a conduit à un renforcement de l'offre - notamment à des alternatives à l'hospitalisation -, les constats partagés par le haut conseil de la santé publique (HCSP) et la cour des comptes sont plus mitigés concernant les coopérations entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux.

C'est dans ce contexte que le PPSM 2012-15 a été élaboré, en étroite concertation avec l'ensemble des représentants des champs sanitaire et médico-social, à compter du 2nd semestre 2011.

Le plan est novateur dans sa conception car il fixe les grandes orientations de la psychiatrie - amélioration de l'accès, continuité des soins et des accompagnements -, en mettant l'accent sur la formation et la recherche. Sont exclusivement ciblés les patients souffrant de maladies graves et susceptibles d'induire un handicap. Les 4 axes du plan sont prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne, les ruptures selon les publics et les territoires, les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal, les ruptures entre les savoirs.

Ces orientations stratégiques seront traduites en 2012 dans des feuilles de route à rédiger par les directions d'administration centrale et les agences régionales de santé (ARS), lesquelles ont un rôle majeur dans la mise en œuvre et le suivi du plan, en articulation avec les orientations des projets régionaux de santé (PRS)*.

**Lire la fiche dédiée*

- **39 protocoles reçus par la HAS, 11 avis favorables**

Le programme national de développement des soins palliatifs

Odile Maurice, chargée de mission au bureau des prises en charge post aigües, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4)

L'organisation de l'offre en soins palliatifs s'articule autour du principe général de gradation des prises en charge. Tous les patients atteints d'une maladie grave et évolutive, dont le pronostic vital est engagé, doivent avoir accès aux soins palliatifs. Ceux-ci ont donc vocation à être organisés dans tous les établissements sanitaires et médico-sociaux, ainsi qu'à domicile.

Le programme national de développement des soins palliatifs 2008-12 vise à développer une culture palliative intégrée à la pratique de l'ensemble des professionnels. Cette acculturation a nécessité l'essor de l'offre hospitalière

- qu'il s'agisse d'unités de soins palliatifs ou de lits identifiés - et des dispositifs extrahospitaliers tels que les équipes mobiles, qui interviennent désormais en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). En 2011, outre la poursuite du développement de la formation et de la recherche, les expérimentations prévues dans le cadre du programme - notamment 3 maisons d'accompagnement - se sont concrétisées et feront l'objet d'une évaluation jusqu'en 2012.

Au total, le programme national de développement des soins palliatifs 2008-12 mobilise 229M€.

Le plan infections nosocomiales

Valérie Salomon, chef du bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2), **Laetitia May**, adjointe à la chef du bureau PF2, **Vanessa van Rossem-Magniani**, **Béatrice Rouyer** et **Sophie Alleaume**, chargées de mission au bureau PF2

La prévention des infections nosocomiales (IN) est une priorité de santé publique, inscrite dans les missions de tous les établissements de santé depuis 1998.

Des dispositifs de prévention des IN existent à chaque niveau. A l'échelon national, avec la définition de la politique, l'élaboration et le suivi du programme de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et en ville, les dispositifs de surveillance épidémiologique et de signalement. Mais aussi à l'échelon interrégional et régional avec la collaboration des structures d'expertise, les centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) et les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN). Sans oublier l'échelon local avec l'obligation d'un programme d'actions et l'existence d'une équipe opérationnelle d'hygiène dans les établissements de santé.

L'année 2011 fut une année charnière marquée par la mise en œuvre d'actions inscrites dans le programme de

prévention des IN 2009-13. Un volet spécifique sur les IN dans le programme d'actions pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé a été défini, de même que certaines missions et activités des équipes opérationnelles d'hygiène au sein des établissements. En outre, la commission de suivi du programme de prévention des infections (COSPIN) associées aux soins dans les établissements de santé et en ville a été mise en place en juin. Présidée par le Pr Christian Brun-Buisson et le D^r Jean-François Rey, cette instance a notamment pour mission de proposer des éléments d'orientation au ministre chargé de la santé sur l'évolution de l'organisation du dispositif de prévention ou sur les actions à mener afin de l'améliorer. Enfin, les actions pour la diminution des infections nosocomiales ont été poursuivies, avec par exemple l'élaboration de nouveaux indicateurs* et la reconduction annuelle de la « mission mains propres » en mai.

*Lire la fiche dédiée

Une présence de plus en plus affirmée au niveau européen et international

Au sein du ministère chargé de la santé, la DGOS pilote ses dossiers internationaux et européens dans un cadre transversal aux différents services compétents, contribuant ainsi à l'élaboration et à la coordination d'orientations stratégiques fortes. Ainsi, la France fait toujours plus et mieux entendre sa voix parmi ses partenaires.

« La place des hôpitaux français en matière d'expertise hospitalière internationale devrait être développée. »

Stéphane Mantion, chef de projet outremer, Europe et international, département stratégie ressources

Les établissements de santé mènent-ils une politique de coopération internationale importante ?

En 2008, le rapport de Patrick Mordelet, conseiller général des établissements de santé, recensait 700 actions de coopération hospitalière réalisées par les établissements de santé. Ces activités concernent principalement les programmes de formation dans les pays du sud et l'accueil de stagiaires étrangers dans les services publics hospitaliers, des opérations d'assistance technique et d'expertise dans des domaines aussi variés que les techniques de soins, la gestion de services cliniques et médico-techniques, le management et infrastructures, la maintenance et le génie biomédical.

Il apparaît que, parmi ces activités recensées, la place des hôpitaux français en matière d'expertise hospitalière devrait être développée et que des coopérations institutionnelles, en application d'engagements ministériels avec des grands pays émergents, sont à mettre en place. C'est précisément l'objectif poursuivi par la DGOS dans le cadre de son appel à projets de coopération hospitalière internationale depuis 2010, soutenu en 2011.

Quelles sont les actions menées en 2011 par la DGOS sur le champ international ?

La politique conduite par la DGOS sur le champ international comprend 2 volets : d'une part, des coopérations institutionnelles depuis 2008 avec 16 villes chinoises concernant de multiples domaines du champ

de l'activité hospitalière et encourageant l'influence française dans ce pays ; d'autre part, un appel à projets de coopération hospitalière internationale. Celui-ci répartit une dotation de 1M€ entre les établissements de santé, par le biais d'une mission d'intérêt général (MIG) « Actions de coopération internationale ». Il vise à impulser de nouveaux axes de coopération hospitalière en lien avec les exigences de planification de l'offre de soins, des ressources humaines, de la sécurité et la qualité des soins et de pilotage financier des ressources. Axe prioritaire : la coopération avec la Chine, la Russie et le Brésil.

+ Com



Mise en ligne de l'appel à projet de coopération internationale d'établissements de santé

- **30 coopérations (hors Chine) financées par appel à projets**
- **24 pays coopérants**
- **24 établissements de santé français dans 9 régions de métropole et 2 outre mer**

En 2011, 30 coopérations - hors Chine - ont été financées par l'appel à projets : elles sont menées avec 24 pays différents par autant d'établissements de santé français, dans 9 régions de métropole et 2 régions ultra-marines. Une coopération avec 4 établissements de santé en Russie est lancée.

Pour chaque action de coopération, une dotation de 10 000 à 50 000€ est attribuée à l'établissement de santé français pour financer des déplacements et des « per diem » aux équipes médicales, administratives ou techniques et permettre ainsi le développement de l'établissement de santé étranger.

Un recensement et un bilan de ces coopérations sont en cours afin d'en suivre les évolutions et d'en établir la cartographie.

On attendait moins la DGOS sur le champ de la lutte contre le sida et pourtant ?

C'est vrai. Mais il ne faut pas oublier qu'une cinquantaine d'hôpitaux publics - dont 14 de l'assistance publique de Paris - participent activement aux actions de lutte contre le VIH-sida initiées par le GIP ESTHER (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau). Celui-ci est cofinancé par les ministères en charge de la santé et des affaires étrangères - à hauteur de 4M€ environ chacun - et apporte son expertise médicale et médico-technique au travers de jumelages avec des hôpitaux de l'hémisphère sud.



Isabelle Mathurin / Margaux Irondelle / Stéphane Mantion / Michèle Audéoud-Fauris

Merci aux assistantes, au chauffeur et au service informatique de la DGOS



Christel Thorel / Elodie Lebars / Christiane Denner / Nadège Poirel / Guy Limeul / Rachel Nemausat / Serge Sanchez / Laurence Delpla / Catherine Eluaud / Chantal Bénard / Huguette Vallet

Le comité de direction 2011 - 12



Stéphane Grossier / Philippe Bourrier / Natacha Lemaire / Christian Thuillez / Clara de Bort / Gérard Gonzalez / François-Xavier Selleret / Eliane Toussaint / Yannick le Guen / Raymond le Moign / Félix Faucon

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

Responsable de la publication : **François-Xavier Selleret**, directeur général de l'offre de soins.

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

Remerciements à tous les **contributeurs** (et « modèles ») de la DGOS ainsi qu'aux 3 **sous-directeurs** et au **chef du DSR**.

Remerciements à **Annie Podeur** et à **François-Xavier Selleret**.

Remerciements particuliers à l'**USID** pour son implication.

Remerciements chaleureux à toutes les **assistantes** de la DGOS pour leur appui quotidien.

Remerciements à **Amah Kouevi**, responsable communication de l'ANAP, à **Stéphanie Joullié**, responsable communication de l'ATIH et à **Séverine Parkouda-Boisfer**, responsable communication du CNG.

Remerciements à **Emmanuelle Wargon**, secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, à **Olivier Obrecht** et à **Nicolas Prisse**, chargés de mission au SGMAS.

Remerciements appuyés à **Anne-Catherine Ferrari**, responsable communication du SGMAS et à **Sarah le Borgne**, chargée de communication, pour leur interface particulièrement efficace et bienveillante.

Remerciements à **Patricia Barbar-Colombet**, assistante d'**Emmanuelle Wargon**, pour sa disponibilité.

Remerciements à **Anne Baron**, directrice générale adjointe de l'ARS d'Aquitaine, à **Véronique Séguy** et à **Séverine Huguet**, de la cellule communication, à **Marie Fontanel**, directrice générale adjointe de l'ARS d'Alsace, à **Patricia Dietrich** et à **Caroline Streb**, du service communication, à **Michel Laforcade**, directeur général de l'ARS du Limousin et à **Laurence Dominge**, du département de la communication et de la démocratie sanitaire, à **Jean-François Bénévise**, directeur général de l'ARS de Lorraine et à **Béatrice Magi**, du service communication-documentation, à **Dominique Deroubaix**, directeur général de l'ARS de PACA et à **Valérie Bourgeois**, du service communication.

Remerciements à **Alexandra Béchard**, responsable communication de la DSS.

Remerciements à la **DREES** et à l'**ONDPS**.

Remerciements à **Bernard Liduena** et à **Solène Grelot**, de la DICOM des ministères chargés des affaires sociales, pour leur appui à la réalisation de ce document.

Création et exécution : Huitième Jour

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

Remerciements particuliers à **Geoffroy Lasne**, auteur-photographe.

Remerciements appuyés à l'équipe du centre de ressources documentaires et multimédia (CRDM), notamment à **Catherine Baude**, chef du bureau de la politique documentaire, à **Stéphane Marguerin**, son adjoint et à **Claudine Dabancourt**, documentaliste.

Remerciements particuliers à **Jean-Charles Mégias**, chef du bureau de l'accueil et de la sécurité et à **Serge Perrin**, son adjoint.

Remerciements à **Jean-Bernard Villance**, adjoint au chef du bureau des équipements et à **Thierry Hudan**, technicien

Remerciements à **André Tonneau**, adjoint au chef de la section des prestations spécifiques.

Remerciements à **Nicolas Brahic**, responsable du CORRUSS et à **Marika Valtier**, chargée de communication à la DGS.

Crédits photographiques : **Geoffroy Lasne** ©



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE CHARGÉ
DE LA SANTÉ