



Direction générale de l'offre de soins

Rapport d'activité 2013



Édito

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

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

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

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

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

Marisol Touraine,
ministre des affaires sociales et de la santé

Sommaire

4

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

19

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

21

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

23

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

23 Des parcours de santé qui deviennent réalité

26 L'accès aux soins facilité pour les personnes en situation de précarité

27 La nécessité d'une pertinence des actes et des soins

28 La chirurgie ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation complète

30 Le repositionnement de l'hospitalisation à domicile

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

33 L'incitation financière à l'amélioration de la qualité

34 La réduction des inégalités de santé dans les outre-mer

38

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

41

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

41 Des soins urgents mieux organisés et plus accessibles

43 L'implantation des praticiens territoriaux de médecine générale

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

46 L'essor de la télémédecine

48 La révolution de la santé numérique

50 L'ouverture de la recherche clinique aux soins de proximité

54

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

54 Un contrat d'engagement de service public élargi et assoupli

56 La modernisation des choix de stage des internes et de leur agrément

57 L'adaptation constante des conditions d'exercice des professionnels

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

60 Des mesures fortes de justice sociale

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

63 L'évolution du financement des établissements de santé

65 Un pilotage affiné de la supervision financière des hôpitaux publics

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

69 Une comptabilité analytique plus performante dans les établissements hospitaliers

70 Un suivi renforcé de la masse salariale dans les hôpitaux publics

71 Des « économies intelligentes » via les achats hospitaliers

72 Le rayonnement de la coopération hospitalière internationale

Et demain, 2014,...

76

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

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

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

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

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

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

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

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

17,3 millions de séjours en médecine chirurgie obstétrique (MCO)

soit : 11 millions de séjours en hospitalisation et 6,3 millions de séjours ambulatoires
10,6 millions de séances (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie...)

36 millions de journées en soins de suite et de réadaptation (SSR)

26,2 millions de journées en psychiatrie

4 millions de journées en hospitalisation à domicile

657 services d'urgence



370 maisons de santé
et 380 centres de santé

ayant assuré

18,6 millions de passages

158 600 cabinets libéraux



dont :

37 000 cabinets de médecins

36 100 cabinets de chirurgiens-dentistes

2 700 cabinets de sages-femmes

22 795

offices de pharmacie

1 500

laboratoires de biologie médicale

Les chiffres clés de l'offre de soins

2 694

établissements de santé

soit :

947 hôpitaux publics

700 établissements privés d'intérêt collectif

1 047 cliniques privées



353 000

professionnels médicaux

dont :

218 300 médecins salariés, libéraux et mixtes

1 529 000

professionnels non médicaux



175,4 Md€

de dépenses d'assurance maladie

dont :

76,5 Md€

pour les établissements hospitaliers publics et privés

Sources : DGOS, ATIH, DREES

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

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

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

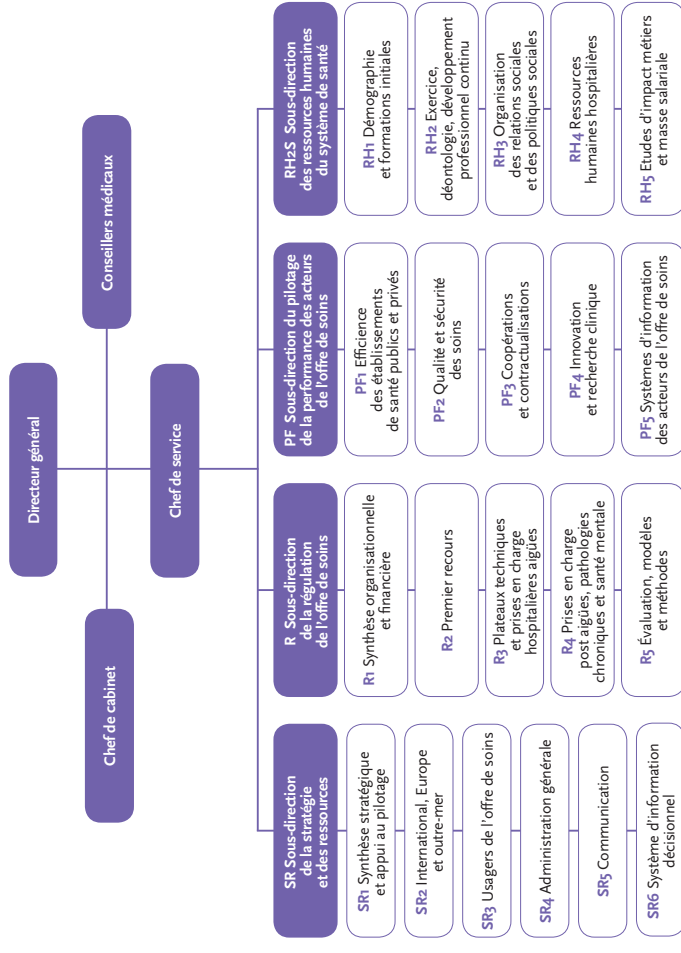
Dans ce cadre, les missions de la DGOS, direction jeune et dynamique du ministère chargé de la santé, sont toutes orientées vers un objectif majeur : construire l'offre de soins de demain en concertation étroite avec les décideurs institutionnels, les interlocuteurs professionnels et les représentants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

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

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

3 opérateurs pour la DGOS

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



Organisation définie par arrêté ministériel du 7 mai 2014

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

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

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

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

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

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

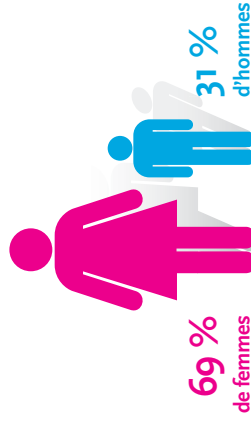
- anticipation et définition des « métiers émergents » en santé
- organisation du dialogue social hospitalier et de la qualité de vie au travail

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

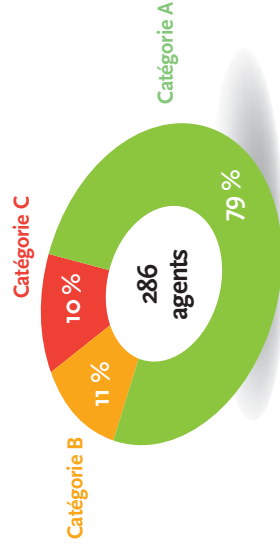
- développement de l'information et de la communication sur les droits dans le cadre du service public d'information en santé
- meilleure prise en compte de la représentation des usagers dans l'organisation de l'offre de soins
- identification, soutien et accompagnement de démarches innovantes et exemplaires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

> Les chiffres clés de la DGOS en 2013

Répartition femmes/hommes

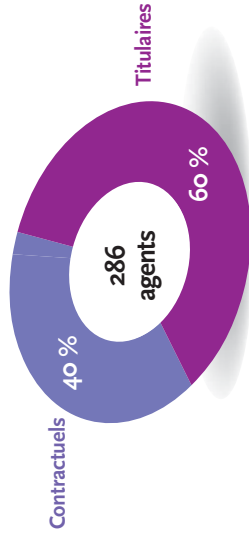


Répartition par catégorie



45 ans
d'âge moyen pour les agents

Répartition titulaires/contractuels



Encadrement



Formation

Un taux de 59 % des agents ayant suivi une formation

Textes

La participation à l'élaboration de 4 lois

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

45 décrets

17 décisions

49 circulaires

60 instructions

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

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

Jean Debeauvais, directeur général de l'offre de soins

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

L'action de la DGOS est, depuis sa création, toute entière tournée vers une approche globale de l'offre de soins fondée sur la structuration du 1^{er} recours et des parcours de santé⁶⁵, la recherche de l'efficacité et de la meilleure qualité de la prise en charge et ce, dans le cadre contraint de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

En ce sens, les équipes de la direction ont inscrit leur action en 2013 dans le prolongement de celles menées jusqu' alors, tout en affinant leur pilotage pour le rendre toujours plus performant. L'année restera marquée par la volonté de rénover en profondeur notre système de santé au bénéfice des patients, en développant la prévention, en facilitant le parcours des patients et en renforçant la démocratie sanitaire. J'en veux pour preuve la mise en place effective des engagements du pacte territoire santé⁶⁶ ou les travaux de 2 instances phares : le comité performance et modernisation (COPERMO)⁶⁷, qui valide les aides

nationales à l'investissement proposées à la ministre et suit les établissements en difficulté et le comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETH)⁶⁸, qui prépare et concerte les évolutions des modèles de financement des établissements –. Mais aussi et surtout, le lancement par Marisol Touraine de la stratégie nationale de santé⁶⁹, qui définit le cadre de l'action publique pour les années à venir afin d'apporter des réponses concrètes aux défis liés au vieillissement de la population, à l'explosion des maladies chroniques ou à la démographie des professionnels de santé.

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

forte : réduire les inégalités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et préserver le plus haut niveau d'excellence dans la qualité des soins⁷⁰, dans l'enseignement, dans l'innovation et la recherche⁷¹, dans l'investissement et la modernisation des structures de prise en charge⁷², par des modalités nouvelles et inventives de prise en charge des patients.

C'est dire si la DGOS, la direction du ministère la plus concernée par la stratégie nationale, a dû intensifier son action pour préparer et mettre en œuvre concrètement ses 1^{ers} chantiers au titre de l'offre de soins : qu'il s'agisse de la «révolution du 1^{er} recours⁷³» avec le pacte territoire santé, de la promotion de la médecine de parcours traduite dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, et des travaux autour du projet de loi santé⁷⁴.

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

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

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



- Arnelles Abares • Sophie Alléaume • Alban Anselmi • Christophe Andreoletti • Cécile Anglade • Stéphane Archambault • Monia Arklam • Antoinette Arvoir • Gérard Astier • Michèle Audéoud-Fauris • Amandine Aurore • Julie Azard • Anne-Alexandra Babu • Sylvain Baillet • Cécile Balardier • Marie-Louise Bandecchi • Claude Barat • Hélène Barret • Nathalie Barlaud • Julie Barros • Rolande Batschelet • Denise Bauer • Maëlla Beddou • Cécile Béghaguel • Chloéanne Bellemare • Evelyne Bellard • Chantal Bénard • Jihane Bendaira • Sophie Benjdir • Alexandre Bertand • Guillermo Bescos • David Béhoux • Bast Bidar • Sandrine Billiet • Jean-Pierre Blérot • Patricia Blondel • Christèle Bodo • Ingrid Boinet • Marc Bouche • Aurélien Bouchet • Guy Boudet • Claire Bounout • Nicole Boury • Stassia Brahmi • Jean-Marc Braichet • Sylvia Breton • Odile Brisquet • Christine Bronnec • Catherine Caidis • Jean-Etienne Caïre • Anouman Camara • Stéphanie Camara • Cédric Carbonnell • Philippe Carré • Yoann Carrey • Martine Cavallé • Michel Chandière • Michel Chapon • Aurélien Chauveau • Sylvie Chauvin • Laëtitia Chevalier • Marie Clanelli • Laurence Cluzel • Laëtitia Collombet • Frédérique Collombet-Mignon • Edith Coma • Hui-Quan Cong • Clément Corriol • Isabelle Couailler • Hélène Coulonjou • Nathalie Crégut • Deborah Cvetojevic • Anne Dardel • Clara de Bort • Gilles de Kermenguy • Guyonne de Moucheron • Florence de Saint-Martin • Hervé de Trogoff • Jean Debeauvais • Adrien Debever • Pauline Dejouany • Christiane Delahay-Billon • Laurence Dalpla • Hélène Deliso • Samuel Deluze • Yves Denizot • Christiane Denner • Michelle Depinay • Michèle Desbrée • Charlotte Desparitres • Pascal Dioté-Burger • Fathia Djakliou • Sandra Doreau • Marie-Christine Douzima • Adrien Dozoi • Valérie Drouot • Claire du Merle • Eléonore Dubois-di Maccario • Virginie Dubos • Pierre Dudos • Lucie Dufour • Denis Dupond • Jérôme Dupont • Christian Dupuis • Muriel Eliaszewicz • Karine Eliot • Catherine Elnaud • Grégory Emery • Jean-Luc Eschemann • Sophie Esteves • Corinne Fanet • Felix Faulcon • Laëtitia Faveraux • Florence Favre • Dorothée Fébi • Elisabeth Fernandes • Rachel Ferrari • Sophie Figueroa • Laurence Florentin • Amaud Fouchard • Nathalie Fouquet • Alexandra Fourcade • Fabrice Frain • Marion Furnez • Laurent Gadot • Ariane Galaup-Paci • Christelle Gallo • Brigitte Garbi • Mireille Garcia • Violeta Garcia • Christine Gardel • Dominique Gaucher • Thibault Gerdlin-Margueron • Marine Gey • Béatrice Gicquère • Hugo Gliardi • Dominique Gillet • Chantal Girard • Oumou Goloko • Manuella Gonçalves • Bastien Gondre • Emile Gonzales • Gérard Gonzalez • Pierre-Benjamin Gracia • Sarah Grammatyka • Nathalie Grenet • Anne-Sophie Grobost • Stéphanie Grossier • Ronan Guéheneuf • Anne-Marie Guieysse • Gilles Hebbrecht • Martine Hébrard • Emmanuelle Hédon • Nathalie Heid • Françoise Hieu • Véronique Huet • Laura Huguet • Aurélie Ingelaere • Renée Isambert • Hélène Jevjenjevic • Franck Jolivaide • Laëtitia Joulins • Mathieu Joyau • Edouard Julian • Yvonne Kinet • Jennifer Koch • Paule Kujas • Thierry Kurth • Anne L'Hostis • Jean-Paul Ladet • Julie Lagrave • Véronique Lallement • Catherine Larose • Dominique Lasaugue • Bernard Laurent • Marie-Andrée Lautre • Yémick le Guen • Mikael le Moal • Raymond le Moign • Anne-Marie le Roy • Elodie Lebars • Aurélie Lebourgeois • Chantal Lechevalier • Sonia Ledée • Natacha Lemaire • Michèle Lenoir-Salfati • Isabelle Lenoux • Yann Lequet • Dominique Leterrier-Bonodeau • Antoine Letiers • Yann Lhomme • Guy Limeul • Agnès Lorder • Braut • Didier Lourde • Olivier Louvet • Noël Lucas • Emmanuel Luigi • Florence Lys • Anne-Nolée Machu • Philippe Magne • Karima Mahida • Mona Mahida • Clémence Mainpin • Marie-Agnès Mamy • Jonathan Mancier • Stéphanie Mantion • Isabelle Manzi • Marielle Marbach • François Marchand • Dominique Mariolle • Dominique Martin • Cécilia Mateus • Isabelle Mathurin • Christine Matraglia • Odile Maurice • Laëtitia May • Perrine Mégas • Jean-Philippe Mengual • Hortense Mercier • Claudine Mercier • Carole Mierle • Catherine Meunier • Elodie Michaudet • Dominique Monguillon • Isabelle Monnier • Hervé Monrou • Marie-Odile Moreau • Benoit Mourlat • Jean-Marc Nadal • Julie-Alexia Naudon • Rachel Nemausat • Charlotte Neuville • Stéphanie Nguebou • Ginette Niaré • Nathalie Nizan • Aurélie Olivier • Annie Ollivier • Isabelle Ortiz • Christine Orsi • Dominique Osselin • Vedrana Pajevic • Marion Paufigues • Sandrine Pautot • Eael Pencreac'h • Hans-Sebastian Peretz • Michèle Perrin • Sandrine Perrot • Isabelle Petit • Dominique Péton Klein • Pascal Pfister • Sophie Piveteau • Emmanuel Planchet • Nadège Poirel • Christopher Poisson • Martine Pommer • Patrick Pourras • Nathalie Poyau • Isabelle Prade • Samuel Pratzmary • France Quatremaire • Murielle Rabord • Josiane Racine • Perrine Ramé-Mathieu • Corinne Renaud • Justine Renon • Myriam Reynaud • Catherine Riegl • Edith Riou • Elise Riva • Isabelle Roux • Alain Ruau • Patricia Rucard • Carole Ruelle • Emilie Salmon • Valérie Salomon • Yasmine Sammour • Serge Sanchez • José Sanchez-Gonzalez • Chérifa Santangelo • Eric Sanzalone • Stéphanie Sarkis • Evelyne Satornet • Marion Sauvage • Céline Schmidt • Cécile Schmebelen • Nathalie Schneider • Jean-Baptiste Seblain • Eléonore Sellier • Marie Sengelen • Zahra Serhouchini • Mayem Serji • Marie Sevin-Bourcy • Barmad Shaban • Amandine Sibois • Johan Simiassane • Faranah Soroush • Marjorie Soufflet-Carpentier • Pérola Spreux • Christine Tacon • Marie-Louise Theetten • Christel Thorel • Christian Thuillez • Odile Tillon-Fauré • Robert Touret • Eliane Toussaint • Adeline Townsend • Magali Tribodet • Eric Trottmann • Christine Tual • Chloéanne Turcan • Estelle Dzureau-Husson • Lydia Valdés • Delphine Vallée • Huguette Vallée • Martine Vassaux • Patrice Vaynie • Claude-David Ventura • Anais Vermelle • Jocelyn Ydon-Buthion • Anne Vitoux • Catherine Voulgaris • Hiép Yu Thanh • Chantal Vuidy • Elisabeth Wetstein • Jean-Marc Wydryck

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

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

* Lire les fiches correspondantes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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



Le comité de direction en 2013-14 : Gérard Gonzalez, Samuel Prasmarty, Michèle Lenoir-Solfat, Christian Thuillez, Jean Debeauvais, Valérie Salomon, Stéphane Crosier, Félix Faucon, Yannick le Guen, Jean-Marc Braichet

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

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

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

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

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

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

* Lire les fiches correspondantes

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



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

Depuis sa création en 2009, les nombreuses réalisations de l'ANAP témoignent de la diversité des approches et de l'ampleur des efforts accomplis par les professionnels pour contribuer à améliorer le système de santé français. En 2013, l'ANAP a poursuivi son action et confirmé son rôle de coordinateur, de facilitateur, de catalyseur auprès des établissements: cela, en diffusant largement une culture de la performance basée sur les outils constitués avec les acteurs.

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

des établissements de santé), gestion des lits*. Ses travaux concourent également aux décisions d'instances nationales: comité performance et modernisation hospitalière (COPERMO)* de l'offre de soins hospitaliers ou comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH)*.

Ainsi, certaines de ses expertises ont contribué au rapport 2013 de la cour des comptes.

L'amélioration de la performance du système de santé – nécessairement transversale – exige une grande coordination entre de nombreux acteurs dont le conseil d'administration de l'ANAP, dans sa pluralité, est le garant.

En effet, il est composé de 5 directions d'administration centrale, des financeurs et des fédérations représentatives des établissements sanitaires et médico-sociaux. Ce mode de gouvernance et l'autonomie qu'il confère, ainsi que les responsabilités structurantes de l'ANAP dans la mise en œuvre de politiques nationales de santé, ont conduit le conseil d'Etat, dans son étude annuelle 2012 intitulée

«Les agences: une nouvelle gestion publique?», à classer l'ANAP parmi les 103 agences nationales qui «exercer l'Etat autrement».

* Lire les fiches correspondantes

www.anap.fr



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

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

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

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

Diffuser ses informations à un public plus large a été

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

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

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

* Lire les fiches correspondantes

www.atih.sante.fr



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

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

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

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

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

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

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

* Lire la fiche correspondante

www.cng.sante.fr

L'année 2013 vue par...

Gérard Gonzalez,
chef du département
stratégie ressources (DSR)



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

plus de 1 500 documents – et avec l'organisation des « matins de la prospective », rencontres thématiques sur l'offre de soins de demain entre professionnels, chercheurs, industriels et administration. Cette fonction de veille a également assuré l'alignement stratégique du positionnement de l'ANAP, de l'ATIH et du CNG* et renforcé leur coordination institutionnelle : leurs contrats d'objectifs et de performances

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

* Lire les fiches correspondantes



Une partie des équipes du département stratégie ressources (DSR)

➤ Les temps forts 2013

14 février



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

14 mars



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

6 mai



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

28 mai



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

28 - 30 mai



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

29 mai



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

30 août



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

3 septembre



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

12 septembre



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

23 septembre



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

25 - 29 novembre



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

27 novembre



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

6 décembre



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

13 décembre



1^{er} anniversaire du pacte territorial santé*

13 décembre



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

30 décembre



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

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

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

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

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



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

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

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



STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[®] Lire les fiches correspondantes

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

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

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

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



Alexandra Fourcade



Sandrine Perrot et Nadège Poiré

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le dispositif de labellisation et le concours national déclinent l'esprit de la stratégie nationale de santé : s'appuyer sur des initiatives locales et mobiliser chacun autour d'une ambition partagée. Elles soulignent d'autant l'efficacité et la pertinence d'une collaboration régulière entre les usagers et leurs représentants, les professionnels et les pouvoirs publics.

Droits des usagers de la santé



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

* Lire la fiche correspondante
 ** www.sante.gouv.fr/espace-droits-des-usagers

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

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

Des parcours de santé qui deviennent réalité

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

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



Laetitia Chevallier, Dominique Peton Klein et Dominique Martin

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

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

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

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



Céline Balandier
et Etell Pencreac'h

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



Du fait de sa complexité, la prise en charge du cancer a fait l'objet très tôt de travaux préfigurant la mise en place tangible de parcours de santé, avec la nécessité d'évoluer vers un accompagnement prenant en compte l'ensemble des besoins du malade et de ses proches. Les différents plans cancer qui se sont succédé portaient en germe des mesures ayant largement fait leurs preuves depuis, pour l'accompagnement des patients et leur compréhension des traitements : le dispositif d'annonce pour informer, écouter et soutenir le malade, le parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer pour coordonner l'action des multiples acteurs intervenant dans la prise en charge du malade et le dossier communicant de cancérologie pour faciliter le partage des données médicales entre ces acteurs.

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

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

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

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

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

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

Qu'en est-il pour les personnes âgées ?

C'est un sujet autour duquel se mobilisent plusieurs directions du ministère des affaires sociales et de la santé ! En l'occurrence, dans le cadre du projet PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), piloté par la direction de la sécurité sociale (DSS), dans l'idée de structurer de véritables parcours pour ces populations. Trop souvent, l'hospitalisation des personnes âgées, si tant est qu'elle soit nécessaire et adaptée, aggrave leur perte d'autonomie. Le projet PAERPA vise donc à éviter le recours trop systématique à l'hospitalisation, à améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale et à faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment. Pour ce faire, les plans personnalisés de santé (PPS) sont en cours de déploiement sous l'égide des ARS.

À terme, le projet devra avoir amélioré la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants, adapté les pratiques professionnelles aux parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, créé les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs. En 2060, la France comptera 12 millions de personnes âgées de 75 ans et plus : il est urgent de l'anticiper dès maintenant !

* Lire les fiches correspondantes



Catherine Larose, Murielle Rabord et Christelle Dindorf



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

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

Denise Bauer,
chargée de mission au bureau R4

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

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

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

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

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

368 PASS
110 EMPP



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

La nécessité d'une pertinence des actes et des soins

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

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

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

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

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

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

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



Cécile Bélaghuel et Arnaud Fouchard

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

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

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

La chirurgie ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation complète

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

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

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

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

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

Toujours avec les mêmes objectifs?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Lire la fiche correspondante



Thierry Kurth et Lydia Valdés

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



Le repositionnement de l'hospitalisation à domicile

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

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

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

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

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

De fait, les efforts conjugués de l'ensemble des acteurs concernés ont donné lieu à un développement très significatif. Aujourd'hui, plus de 300 établissements prennent en charge environ 11 000 patients par jour et réalisent près de 4 millions de journées. Ces chiffres sont éloquentes : depuis 2005, 140% d'établissements créés, 160% de patients supplémentaires pris en charge et 18% de journées réalisées en plus !

Quels pourraient être les axes d'amélioration ?

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

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

Comment ont été mises en œuvre ces recommandations ?

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

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

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

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

Isabelle Prade

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

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

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

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

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

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

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

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



Muriel Eliaszewicz
et Anne Bellanger

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

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

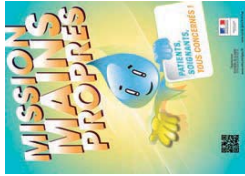
2013 a marqué un pas important dans le renforcement de l'information des patients et des usagers avec le lancement de Scope Santé, nouveau site d'information qui succède au site Platines sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Conçu par la haute autorité de santé (HAS) en lien avec la DCOS et avec l'appui de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Scope Santé propose au grand public des données adaptées et mises en forme pour être comprises par tous autour des

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

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

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



Violette Garcia
et Sophie Alleaume



Etienne Dubourdieu, Michèle Perrin et Philippe Magne

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

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

La « mission mains propres » (MPP), qui relaie la journée internationale de l'organisation mondiale de la santé (OMS) consacrée à l'hygiène des mains, a permis à la France de maintenir son rang de 1^{er} pays contributeur avec plus de 2 700 structures de santé inscrites. Quelques mois plus tard, la semaine de la sécurité des patients (SSP) a suscité une très forte mobilisation avec environ 2 500 structures de santé engagées dans l'opération, dont 2 tiers des établissements de santé. Point commun de ces 2 opérations fédératrices : la volonté de rassembler patients et professionnels et d'améliorer la communication entre soignants et soignés par le biais d'actions d'information et de sensibilisation. Rendez-vous en 2014!

L'incitation financière à l'amélioration de la qualité

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

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

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

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

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

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

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



Sylvain Baillot



Adrien Dozal

L'appel à candidatures a connu un succès important puisque 450 établissements de santé se sont manifestés : initialement, le projet prévoyait d'en retenir une centaine. Compte tenu de cet engouement, la DGOS a saisi l'opportunité d'augmenter le nombre d'établissements

expérimentateurs dont le panel a été porté de 100 à 222, soit la moitié des candidats initiaux. De facto, l'enveloppe financière soutenant le projet a été doublée pour se situer à 14M€ : concrètement, les établissements les mieux classés devraient percevoir des rémunérations pouvant aller de 50000€ minimum à 500 000€ maximum. Fin 2013, la DGOS a organisé un séminaire qui a permis à l'ensemble des établissements expérimentateurs d'échanger sur le modèle et son utilisation par les équipes.

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

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



Aurélien Bouchelet

montée en charge du programme en lançant un nouvel appel à candidatures, cette fois dans l'optique d'une phase qui se déroulera entre juin 2014 et décembre 2015, préfigurant – à terme – la généralisation du dispositif.

500 établissements pourraient être retenus, sachant que les expérimentateurs sont invités à candidater et à poursuivre leur action. De nouvelles composantes seront intégrées dans le modèle d'incitation, notamment l'indicateur de satisfaction (I-SATIS) des patients hospitalisés, les indicateurs de spécialités – accident vasculaire cérébral (AVC), infarctus du myocarde, hémorragie du post-partum, patients hémodialysés chroniques – ainsi que ceux de la nouvelle version V2014 de la certification. Cette nouvelle phase permettra de vérifier le caractère incitatif et la faisabilité du modèle, d'en contrôler les impacts et, ainsi, de mesurer la persistance des effets de l'incitation dans le temps.

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

La réduction des inégalités de santé dans les outre-mer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Lire les fiches correspondantes



Claire Deschamps
et Eric Trottmann

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

L'année 2013 vue par...

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

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

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

connus des avancées visibles, tant vis-à-vis des professionnels de santé que des patients. Dans le cadre du comité de réforme de la tarification hospitalière, la concertation a permis de faire émerger un programme de travail pluriannuel ambitieux et consensuel, qui a d'ores et déjà connu un début de mise en œuvre dans le cadre de la campagne 2014*.

Le pacte territoire santé* s'est progressivement déployé avec des 1^{ers} résultats encourageants dans les territoires les plus fragiles.

Une réflexion d'ensemble autour des services d'urgence* – dans leurs différentes composantes – a été engagée et devrait permettre de procéder aux adaptations nécessaires pour assurer une meilleure réponse aux besoins.

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

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

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

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

*Lire les fiches correspondantes



L'année 2013 vue par...

Samuel Pratmarty, Christine Bronnec et Bernard Laurent



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