

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

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

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

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

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

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

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

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



Nathalie Schneider et Perrine Ramé-Mathieu



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

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

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

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

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

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

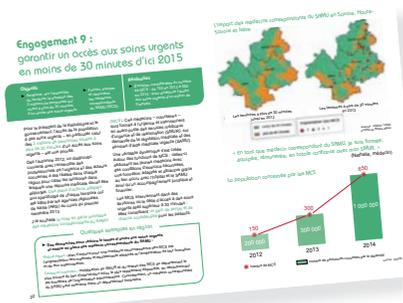
interlocuteur unique pouvant être contacté directement pour s'informer, être orienté dans ses choix et accompagné dans son installation. Au moment décisif qu'est l'installation, il est essentiel de sécuriser les jeunes médecins choisissant de s'implanter dans des zones isolées. Pour ça, le statut de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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

*Lire les fiches correspondantes

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

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

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

Des soins urgents mieux organisés et plus accessibles

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

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



Nathalie Crégut



Anaïs Vermeille

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Lire la fiche correspondante*

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

Amandine Aurore, Céline Schnebelen, Ingrid Boinet et Laurent Gadot

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

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

Isabelle Couailler,
adjointe à la cheffe du bureau RH4



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

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

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

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

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

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

**Lire la fiche correspondante*

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

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

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

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

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



Stéphane Fisch et Isabelle Manzi

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

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

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

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

La dynamique est bien engagée : il faut maintenant l'intensifier. C'est la raison pour laquelle le déploiement de l'exercice coordonné est encouragé à travers 2 engagements du pacte territoire santé²⁵ lancé par Marisol Touraine fin 2012, pour lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins. Son importance est également réaffirmée dans la stratégie nationale de santé²⁶, qui entend renforcer sa place dans la médecine de 1^{er} recours.

Comment encourager le regroupement des professionnels de santé ?

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

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

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

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

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

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

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

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



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

*Lire les fiches correspondantes

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

L'essor de la télémédecine

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

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

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

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

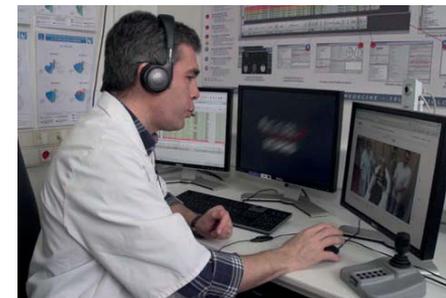
à répondre à des défis comme le vieillissement de la population, le suivi régulier – et exigeant – de maladies chroniques, les inégalités d'accès aux soins ou encore une certaine désertification médicale localisée. En aucun cas, elle ne se substitue aux actes médicaux habituels: elle leur est complémentaire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

Précisément, pouvez-vous donner quelques exemples particulièrement emblématiques?

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



Visuels extraits de la vidéo du ministère et du CISS



Clémence Mainpin, Marion Fumex et Bamdad Shaban

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

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

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

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

La TÉLÉMEDECINE
TOUT SE JOUE
maintenant

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

*Lire les fiches correspondantes

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

La révolution de la santé numérique

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

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



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



Franck Jolivaldt et Caroline le Gloan

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

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

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

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

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

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



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

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



Anne-Alexandra Babu et Pierre Duclos

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

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

*Lire la fiche correspondante

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

L'ouverture de la recherche clinique aux soins de proximité

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

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



Dominique Mariolle, Olivier Louvet et Hélène Coulonjou

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Ariane Galaup-Paci et Louisa Stuwe



Cédric Carbonneil et Noël Lucas

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

*Lire les fiches correspondantes

**9 programmes de recherche
soutiens par la DGOS**

L'année 2013 vue par...

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

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

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



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

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

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

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

**Lire les fiches correspondantes*

Michèle Lenoir-Salfati

L'année 2013 vue par...



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

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

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

Un contrat d'engagement de service public élargi et assoupli

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

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

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

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

Evelyne Belliard et Amandine Sibois



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

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

Quelles ont été les modifications essentielles apportées au dispositif ?

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

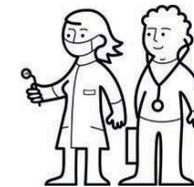
Et qu'en est-il des mesures proposées pour lever un frein essentiel au développement du CESP, lié aux zones d'installation des signataires ?

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

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



Eléonore Sellier et Alexandre Bertrand



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

comme une mission humanitaire par exemple.

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

*Lire la fiche correspondante

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

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



Corinne Régnard,
cheffe de projet au
bureau RH1

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

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

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

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

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



L'adaptation constante des conditions d'exercice des professionnels

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Carole Merle,
Martine Vassaux
et Guy Boudet

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

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

Laëtitia Faveraux
et Marion Sauvage



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

*Lire les fiches correspondantes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alban Amselli

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



Marianne Franier

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

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



ou aide-animateur, par exemple –, formation et accompagnement des jeunes bénéficiaires, contractualisation avec les missions locales et les agences Pôle emploi/ Cap emploi, suivi de la fin d'un contrat, de la sortie du dispositif et des perspectives offertes, alimentation des indicateurs de suivi du dispositif centralisés par les ARS...

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

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

Des mesures fortes de justice sociale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Odile Brisquet et Yoann Carrey

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

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

419 000 agents de catégorie C revalorisés

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

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

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



Martine Hébrard et Estelle Uzureau-Husson

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

32 000 internes en médecine, odontologie et pharmacie

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

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

L'évolution du financement des établissements de santé

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

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

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

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

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

Par ailleurs, le financement des hôpitaux doit prendre en compte – et anticiper – les défis de l'avenir : pour cette raison, il constitue l'une des réflexions majeures engagées dans le cadre de la stratégie nationale de santé*. Pour cela, il doit être adapté à une prise en charge véritablement coordonnée entre tous les professionnels, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques ou de poly-pathologies, dont la qualité des soins dépend beaucoup de cette coopération. Il s'agit aussi d'intégrer des objectifs de qualité de la prise en charge ou une meilleure évaluation de la pertinence des actes effectués ou des soins délivrés. Enfin, pour lutter contre les déserts médicaux, il faut soutenir nos hôpitaux de proximité et leur accorder une juste place dans les territoires. Le CORETAH a également son rôle à jouer sur ces sujets et doit donc réfléchir au mode de financement de ces structures, isolées ou de taille modeste.

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

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

Marie Sevin-Bourcy



Vedrana Pajevic et Christine Tacon

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

Un point sur les mesures phares de la campagne ?

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

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

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

*Lire les fiches correspondantes

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



Bastien Gondre, David Béthoux et Edith Riou

Un pilotage affiné de la supervision financière des hôpitaux publics

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

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

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

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



Hélène Cart-Grandjean et Yann Lequet

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

Peut-on vraiment parler d'amélioration ?

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



Claire Bouinot et Claire du Merle

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

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

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



Yann Lhomme

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

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

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

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

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

*Lire la fiche correspondante

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

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

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

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

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

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

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

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



Julie Lagrave

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

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

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

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

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

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

*Lire les fiches correspondantes

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

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

Michelle Dépinay,
chargée de mission au bureau PF1



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

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

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

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

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

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

Un suivi rénové de la masse salariale dans les hôpitaux publics

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

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

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

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

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

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

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

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



Clément Corriol, Edith Coma et Meryem Serji

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

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

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

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

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

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

Des « économies intelligentes » via les achats hospitaliers

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

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

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



Grâce à l'adhésion et à la forte mobilisation de la communauté hospitalière, les résultats du programme PHARE sont encore très encourageants: plus d'une centaine d'établissements et l'ensemble des groupements de commande participent activement à la démarche! Avec 172M€ de gains comptabilisés en 2012, ce sont près de 300M€ de gains engrangés par les établissements en 2013. Par ailleurs, le plan d'actions achat (PAA) est aujourd'hui devenu l'outil majeur de captation des gains par les établissements: 127 d'entre eux sont impliqués dans une démarche de PAA, soit le double par rapport à l'année précédente. En 2014, l'un des objectifs principaux sera de convaincre ceux qui ne l'ont pas encore fait à se lancer dans l'aventure!

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

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

Hervé de Trogoff





Marc Bouche

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

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

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

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



Eric Graindorge

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Amélie Vandermesch, Isabelle Mathurin et Michèle Audéoud-Fauris



L'année 2013 vue par...

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

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

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

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

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

**Lire les fiches correspondantes*



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

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

Et demain, 2014...

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

Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins

Comment voyez-vous l'année 2014 ?

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



Une partie de assistantes de la DGOS

Des actions de communication marquantes en 2013

3 vidéos

CESP, semaine de la sécurité des patients, télémedecine



Michel Chapon

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



2 cérémonies de remise de prix



Lucie Dufour

1^{ère} édition de la fête de la DGOS



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



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



Aurélien Chauveau

+ de 200 retombées médiatiques presse et web



France Quatremarre

9 événements salons, colloques, séminaires



Stéphane Grossier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mise en page : Élise Julienne Grosberg
Impression : ICL

