



Direction générale
de l'offre de soins

Rapport d'activité
2012



Le rapport d'activité de la DGOS retrace la mise en œuvre des nombreuses actions conduites dans le champ de l'offre de soins en 2012.

Ce document apporte un éclairage utile et précis sur la diversité des missions qui sont remplies au quotidien par cette direction. Il illustre la variété des politiques publiques qui sont menées par ses quelque 300 agents au service de la santé des Français.

La DGOS a toujours été une force de proposition précieuse pour le gouvernement. Son expertise reconnue, la finesse de ses analyses ainsi que sa capacité tant d'adaptation que d'anticipation sont indispensables à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques ambitieuses.

La mobilisation de ses équipes est décisive pour forger l'offre de soins de demain. Une offre de soins d'excellence, efficiente et accessible à tous les Français.

Marisol Touraine,
ministre des affaires sociales et de la santé

Sommaire

Direction générale de l'offre de soins Rapport d'activité 2012

04

Une organisation lisible pour satisfaire de manière optimale à la demande de santé des Français

- **L'offre de soins** : la synergie de tous les acteurs pour une prise en charge de qualité
- **La DGOS** : une grande direction tournée vers l'offre de soins de demain
- **Jean Debeaupuis** : un nouveau contexte politique, de nouvelles orientations gouvernementales
- **Edouard Couty** : le pacte de confiance avec les hospitaliers, un élan renouvelé dans l'esprit du service public
- **Félix Faucon** : des analyses poussées et des propositions innovantes pour un pilotage de qualité
- **Clara de Bort** : l'intelligence économique au cœur du métier de la DGOS

25

La DGOS, une direction qui incite au développement d'une offre de soins plus cohérente, équilibrée et accessible à tous

36

La DGOS, une direction qui encourage la pertinence des soins, la qualité et la recherche

48

La DGOS, une direction qui consolide la crédibilité financière des établissements de santé

57

La DGOS, une direction qui soutient les professionnels de santé

66

La DGOS, une direction qui consacre la place du patient au cœur du système de santé

80

Et demain, 2013...

- **Denis Piveteau** : la médecine de parcours : une logique nouvelle fondée sur la demande de la population
- **Jean Debeaupuis** : des perspectives ambitieuses autour des parcours de santé, de soins, de vie

Une organisation lisible pour satisfaire de manière optimale à la demande de santé des Français

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

L'offre de soins est l'organisation mise en place pour répondre aux besoins de santé de la population. Elle permet d'assurer la continuité et la qualité des prestations de santé : cela, en réunissant tous les acteurs qui assurent une prise en charge médicale, qui travaillent à l'innovation et à la recherche, qui enseignent et qui forment.

En France, l'offre de soins est constituée :

- **de la médecine de ville** – dite aussi ambulatoire –, composée des professionnels exerçant à titre individuel – médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers et autres paramédicaux – ou à titre collectif, regroupés en maisons ou en centres de santé, en réseaux de santé... ;
- **des établissements hospitaliers**, répartis en 3 grandes catégories : les établissements publics de santé, les établissements de santé privés à but lucratif et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ex établissements privés à but non lucratif) ;

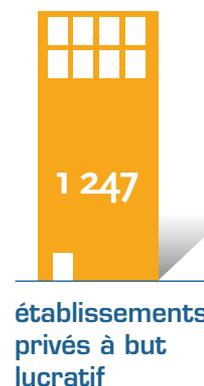
- **des structures médico-sociales**, regroupant les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les institutions pour personnes âgées, handicapées, dépendantes...

Jusqu'à récemment, chacun des 3 secteurs connaissait des organisations, des financements et des logiques propres répondant à des besoins de santé spécifiques : prévention, médecine de proximité, soins nécessitant une hospitalisation ou encore soins d'aval. **Aujourd'hui, l'amélioration de la prise en charge médicale passe par la détermination de véritables parcours de santé, de soins, de vie, associant étroitement les 3 secteurs.** Échange d'informations, mutualisation, coopérations entre structures et professionnels de santé – en un mot, décloisonnement – caractérisent, désormais, l'offre de soins en France.

› Les chiffres clés de l'offre de soins

Les structures

3 159 établissements de santé



Sources : USID | SAE 2012

Une organisation lisible pour satisfaire de manière optimale à la demande de santé des Français

La médecine de ville

37 000 cabinets individuels de médecins
dont **35 200** cabinets de médecins généralistes

20 100 cabinets individuels de chirurgiens-dentistes

2 700 cabinets individuels de sages-femmes

48 700 cabinets individuels d'infirmiers

34 100 cabinets individuels de masseurs-kinésithérapeutes

27 600 officines de pharmacie

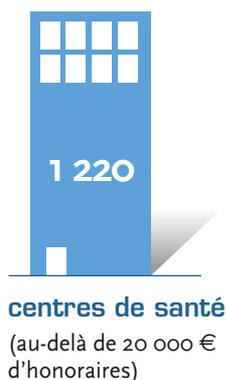
3 900 laboratoires de biologie et d'analyse médicale

Sources : ASIP-RPPS | DREES | SNIR/PS

Les structures d'exercice coordonné



Source : DGOS

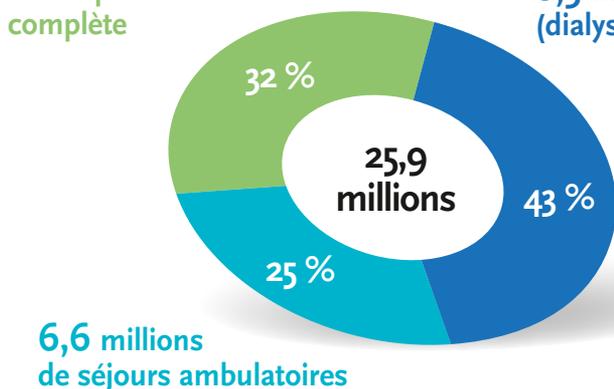


Leur activité

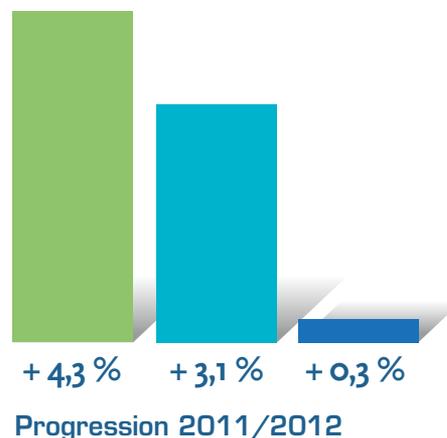
Les séjours et les séances tous secteurs hospitaliers confondus

11 millions de séjours en hospitalisation complète

8,3 millions de séances (dialyse, radiothérapie)



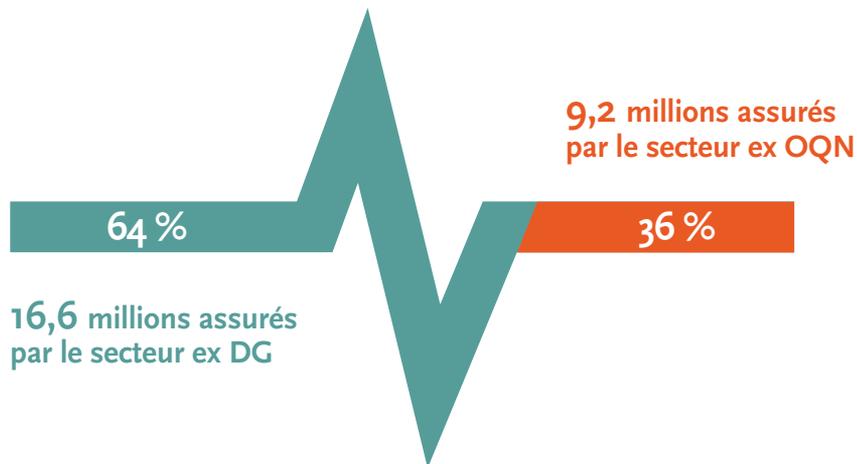
6,6 millions de séjours ambulatoires



Source : ATIH, PMSI MCO 2010 à 2012

La répartition des séjours et des séances par secteur hospitalier

ex DG : établissements de santé publics et privés à but non lucratif
OQN : établissements de santé privés à but lucratif



Source : ATIH

Une durée moyenne de séjour en hospitalisation complète



Source : ATIH

358,5 millions de consultations en cabinet libéral

52 millions de consultations hospitalières externes

Sources : SAE 2012 | CNAMTS

Les professionnels de santé



353 000 professionnels de santé médicaux*

dont

218 300 médecins soit 88 200 salariés et 130 100 libéraux ou mixtes

40 800 chirurgiens-dentistes soit 3 900 salariés et 36 900 libéraux ou mixtes

73 700 pharmaciens soit 41 800 salariés et 31 900 libéraux ou mixtes

20 200 sages femme soit 15 700 salariés et 4 500 libérales ou mixtes



1 529 400 professionnels de santé non médicaux*

dont

595 600 infirmiers soit 498 000 salariés et 97 600 libéraux ou mixtes

245 400 aides-soignants salariés*

77 800 masseurs-kinésithérapeutes soit 16 200 salariés et 61 600 libéraux ou mixtes

31 200 manipulateurs en électroradiologie médicale salariés

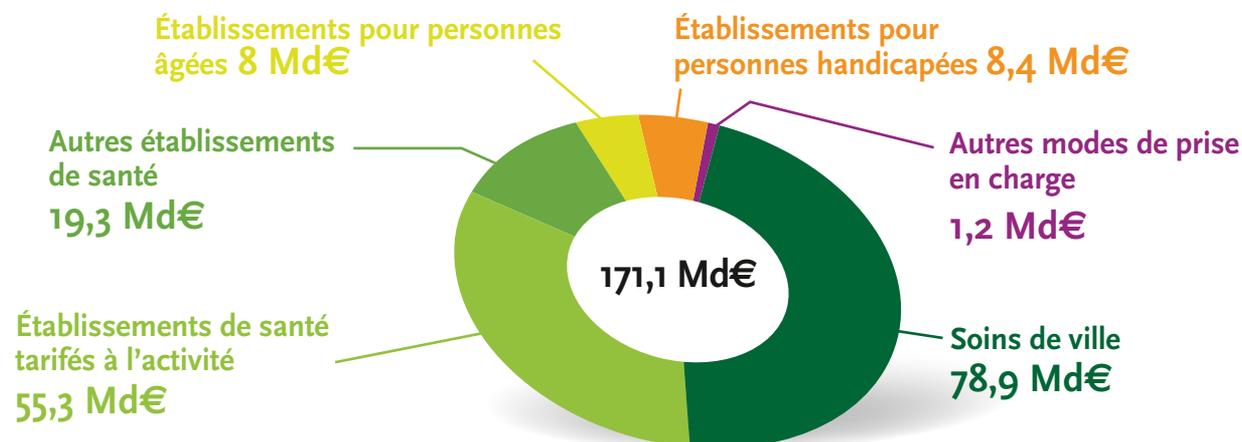
12 400 pédicures-podologues soit 200 salariés et 12 200 libéraux ou mixtes

*Chiffres non exhaustif, qui ne comprend notamment pas les professionnels socio-éducatifs et les aides-soignants exerçant dans les structures médico-sociales publiques et privées.

Sources : DREES / répertoire ADEL / ASIP-RPPS au 1^{er} janvier 2013 / DREES / SAE 2012 (au 31 décembre, données administratives) / publication DREES : « Les médecins au 1^{er} janvier 2013 » n°179, avril 2013.

NB : à partir de 2011, dans la SAE, « les personnels des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation dépendants d'une entité juridique sanitaire ne sont plus comptabilisés ».

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM 2012)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Depuis sa création en mars 2010, la DGOS est devenue un acteur primordial sur le champ de la santé. Grande direction de l'administration centrale du ministère chargé de la santé, elle s'inscrit aujourd'hui pleinement dans la nouvelle gouvernance du système de soins, toute entière tournée vers le pilotage stratégique et l'impulsion de politiques au niveau national.

La DGOS : une grande direction tournée vers l'offre de soins de demain

L'ensemble des missions de la DGOS s'articule autour d'un objectif majeur : construire l'offre de soins de demain, organisée, cohérente et accessible à tous dans le cadre de parcours de santé, de soins, de vie structurés. Un plan stratégique, composé de 4 axes essentiels, constitue sa feuille de route : garantir l'accès de tous à l'offre de soins, améliorer la performance des offreurs de soins, piloter la régulation de l'offre de soins, développer la performance interne à la DGOS. Membre actif du conseil national de pilotage des agences régionales de santé (ARS), sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la DGOS agit selon des modalités volontaristes et innovantes au niveau du pilotage stratégique, de la démarche projet, de l'animation, de l'appui et de l'accompagnement, de l'évaluation. Tout cela, dans un domaine de compétences intégrant l'ensemble de l'offre de soins et non pas restreint au seul secteur hospitalier.

Pour le compte du ministère chargé de la santé, la DGOS élabore et met en œuvre les politiques publiques

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

- promouvoir une approche globale, décloisonnée, équilibrée de l'offre de soins assurés aussi bien en ville qu'à l'hôpital ou en clinique, en maison ou en centre de santé, en cabinet libéral... ;
- définir la réponse sanitaire la mieux adaptée aux besoins de santé, en assurant notamment les complémentarités et la coordination des offreurs de soins pour améliorer les parcours des patients ;
- renforcer encore et toujours la performance, la qualité et la sécurité de l'offre de soins, dont l'organisation et le financement s'inscrivent dans le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Autour des priorités fixées par les ministres qui assurent sa tutelle, la DGOS exerce son action dans 5 domaines :

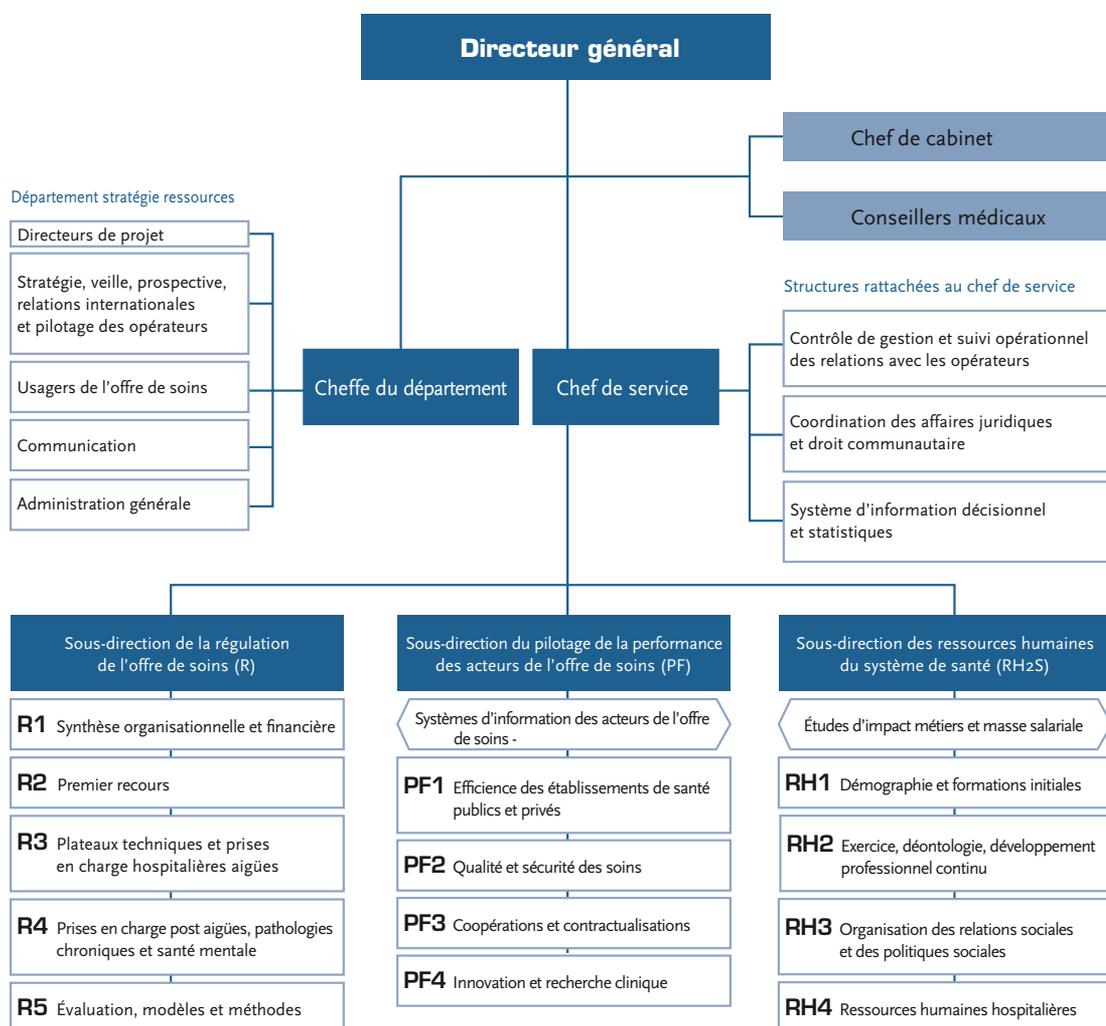
l'organisation des soins

le financement des établissements de santé et son évolution

la promotion des droits des patients et des usagers de la santé

le pilotage de la performance et de la qualité de l'offre de soins

la valorisation des professionnels et la promotion des métiers de la santé



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

- la **sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R)**, qui s'attache aux 2 dimensions organisationnelle et financière de l'offre de soins afin de garantir l'égalité d'accès à toutes les activités de soins, ainsi que le maillage des structures de prise en charge au sein des territoires de santé ;
- la **sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)**, qui veille à la qualité et à la sécurité des soins, aux conditions de l'efficience médico-économique des établissements de santé – publics et privés – et à l'innovation, notamment en matière de recherche clinique ;
- la **sous-direction des ressources humaines du système de santé (RH2S)**, qui apporte des réponses aux besoins

démographiques en professionnels de santé – médicaux et non médicaux –, organise leurs formations, détermine les conditions d'exercice de leurs fonctions, les mobilise là où ils sont nécessaires tout en répondant à leurs aspirations.

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

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

Les sous-directions de la DGOS travaillent, pour la mise en œuvre des politiques d'offre de soins, en lien étroit avec les 3 opérateurs de la direction*, dans leurs domaines de compétence respectifs :

- l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) pour élaborer et diffuser des recommandations et des outils en vue d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients ;

- l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour rendre accessibles les données issues des systèmes d'information analysant les moyens et l'activité de tous les établissements de santé ;

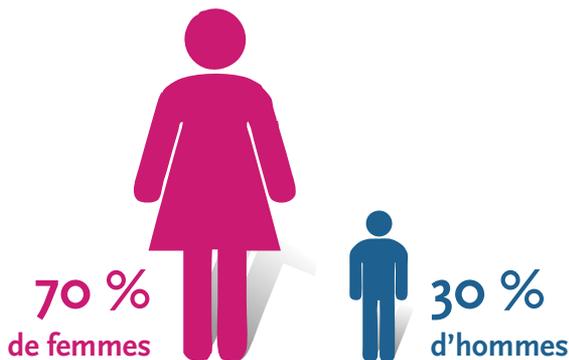
- le centre national de gestion (CNG) pour assurer la gestion statutaire et le développement des ressources humaines : praticiens hospitaliers, personnels de direction et directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

*Lire la rubrique dédiée aux opérateurs de la DGOS

› Les chiffres clés de la DGOS en 2012

294 agents

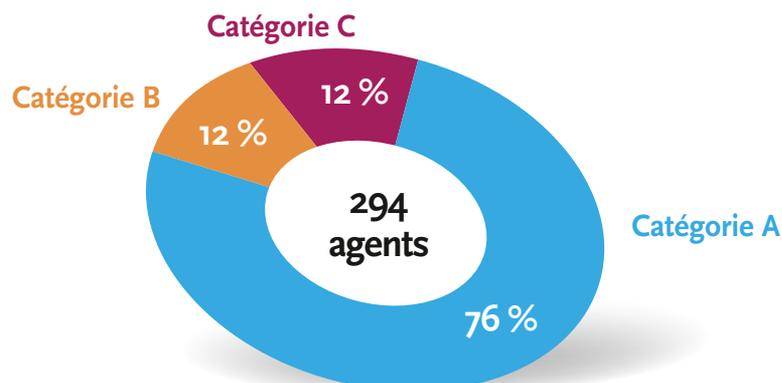
La répartition femmes / hommes



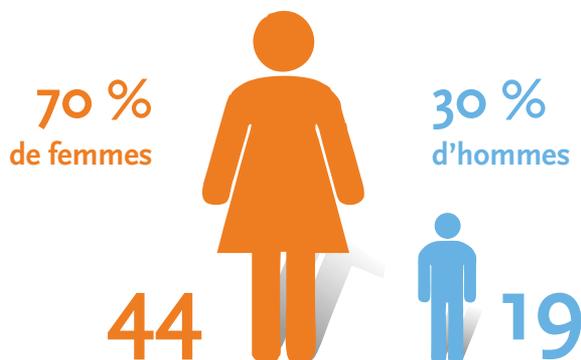
44 ans

d'âge moyen pour les agents

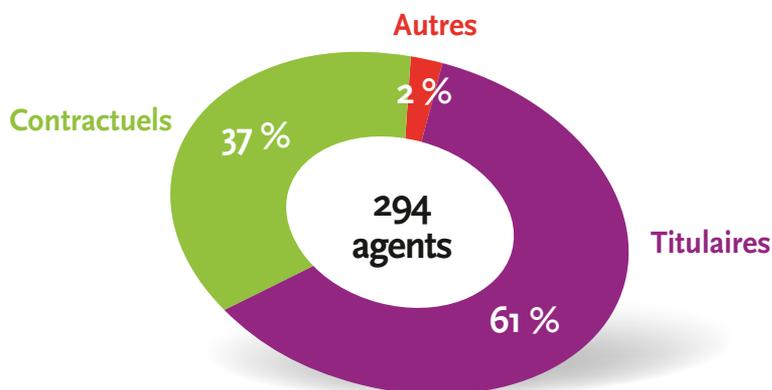
La répartition par catégorie



La répartition de l'encadrement



La répartition titulaires / contractuels



53 %

des agents ayant suivi
une formation en 2012

Les textes publiés

Participation à **2 lois**

la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013
la loi du 26 octobre 2012 portant création des emplois d'avenir

54 circulaires

74 décrets

23 décisions

291 arrêtés

51 instructions

• Armelle Abanes • Sophie Alleaume • Sonia Alliaume • Christophe Andreoletti • Cécile Anglade • Stéphane Archambault • Anne-Laurence Archer-Touvier • Monia Arkam • Antoinette Arvoir • Gérald Astier • Michèle Audeoud-Fauris • Thierry Audinet • Julie Azard • Anne-Alexandra Babu • Sylvain Baillot • Cécile Balandier • Marie-Louise Bandecchi • Claude Barat • Hélène Baret • Nathalie Barlaud • Julie Barrois • Naïma Barry • Rolande Batschelet • Denise Bauer • Vincent Beaugrand • Maëlla Beddou • Florence Bédier • Cécile Behaghel • Ghislaine Bellemare • Evelyne Belliard • Chantal Bénard • Jihane Bendaira • Sophie Benidjer • Alexandre Bertrand • Guillermo Bescos • David Béthoux • Abdel Bassid Bidar • Sandrine Billet • Jean-Pierre Blériot • Chrystèle Bodo • Roselyne Bôquet • Marc Bouche • Aurélien Bouchet • Guy Boudet • Claire Bouinot • Nicole Bouny • Philippe Bourrier • Salloua Brahmi • Sylvia Breton • Odile Brisquet • Christine Bronnec • Marine Buffat • Catherine Caidis • Jean-Etienne Caire • Rozenn Calvar • Stéphane Camara • Cédric Carbonneil • Philippe Carré • Yoann Carrey • Martine Cavaillé • Juliette Chan • Michel Chanelière • Michel Chapon • Aurélien Chauveau • Sylvie Chauvin • Laetitia Chevalier • Marie Cianelli • Laurence Cluzel • Isabelle Collignon-Joffre • Laetitia Collombet • Frédérique Collombet-Migeon • Edith Coma • Hui-Quan Cong • Clément Corriol • Isabelle Couaillier • Hélène Coulonjou • Nathalie Crégut • Isabelle Crouzel • Deborah Cvetojevic • Anne Dardel • Clara de Bort • Gilles de Kermenguy • Guyonne de Moucheron • Florence de Saint-Martin • Hervé de Trogoff • Jean Debeaupuis • Adrien Debever • Andrée Degois • Pauline Dejouany • Christiane Delahay-Billon • Laurence Delpla • Hélène Delsol • Yves Denizot • Christiane Denner • Michelle Depinay • Marie-Ange Desailly-Chanson • Michèle Desbrée • Véronique Descas • Rolande Desgris • Pascale Dhote-Burger • Sandra Doreau • Marie-Christine Douzima • Valérie Drouvot • Eléonore Dubois • Virginie Dubos • Pierre Duclos • Lucie Dufour • Denis Dupend • Jérôme Dupont • Christian Dupuis • Eric Ekong • Ahmed el Bahri • Catherine Eluaud • Grégory Emery • Jean-Luc Eschemann • Sophie Esteves • Corinne Fanet • Félix Faucon • Laetitia Faveraux • Dorothee Fébi • Elisabeth Fernandes • Rachel Ferrari • Sophie Figueroa • Laurence Florentin • Nathalie Fouquet • Alexandra Fourcade • Fabrice Frain • Marion Fumex • Laurent Gadot • Ariane Galaup-Paci • Brigitte Garbi • Mireille Garcia • Violette Garcia • Christine Gardel • Dominique Gaucher • Isabelle Gautier-Lhermite • Thibault Gerdil-Margueron • Marine Gey • Stéphane Geysens • Béatrice Gicquere • Hugo Gilardi • Gominique Gillet • Chantal Girard • Pierre-Hugues Glardon • Oumou Goloko • Manuela Goncalves • Bastien Gondre • Emilie Gonzales • Gérard Gonzalez • Pierre-Benjamin Gracia • Sarah Grammatyka • Nathalie Grenet • Anne-Sophie Grobost • Stéphane Grossier • Fabienne Guerrieri • Anne-Marie Guieysse • Ronan Guiheneuf • Clothide Hachin • Gilles Hebbrecht • Martine Hébrard • Nathalie Heid • Francine Hieu • Véronique Huet • Laura Huguet • Aurélie Ingelaere • Renée Isambert • Hélène Jevdjenjivic • Franck Jolivaldt • Laetitia Joulins • Mathieu Joyau • Sylvie Kinet • Jennifer Koch • Paule Kujas • Thierry Kurth • Anne L'hostis • Martine Laborde-Chiocchia • Jean-Paul Ladet • Maud Lambert-Fénery • Catherine Larose • Dominique Lasauge • Bernard Laurent • Marie-Andrée Lautru • Yannick le Guen • Guillaume le Hénanff • Mikaël le Moal • Raymond le Moign • Isabelle le Nours • Anne-Marie le Roy • Elodie Lebars • Aurélie Lebourgeois • Chantal Lechevalier • Sonia Lédée • Natacha Lemaire • Sacha Lemattre • Michèle Lenoir-Salfati • Yann Lequet • Josée Leroyer • Dominique Leterrier-Bonodeau • Yann Lhomme • Guy Limeul • Gaëlle Llorca • Agnès Lordier-Brault • Françoise Louis • Didier Lourde • Olivier Louvet • Noël Lucas • Emmanuel Luigi • Florence Lys • Anne-Noëlle Machu • Philippe Magne • Karima Mahida • Mona Mahida • Marie-Agnès Mamy • Jonathan Mancier • Stéphane Mantion • Isabelle Manzi • Marielle Marbach • François Marchand • Alexandre Marguerite • Dominique Mariolle • Dominique Martin • Cécilia Mateus • Isabelle Mathurin • Christine Matraglia • Odile Maurice • Laetitia May-Michelangeli • Jean-Philippe Mengual • Claudine Mercier • Hortense Mercier • Carole Merle • Laetitia Messner • Catherine Meunier • Elodie Michaudet • Dominique Monguillon • Isabelle Monnier • Hervé Monnou • Marie-Odile Moreau • Benoît Mourlat • Florent Moy • Mahé N'gom • Jean-Marc Nadal • Rachel Nemausat • Stéphanie Ngeoubo • Ginette Niaré • Guy Nicolas • Nathalie Nizan • Aurélie Olivier • Annie Ollivier • Isabelle Oriez • Christine Orsi • Dominique Osselin • Noémie Oswald • Marion Paufigues • Sandrine Pautot • Erell Pencreac'h • Hans-Sébastien Perez • Michèle Perrin • Sandrine Perrot • Isabelle Petit • Dominique Peton Klein • Pascal Pfister • Annie Podeur • Nadège Poirel • Christopher Poisson • Patrick Pourias • Nathalie Poyau • Isabelle Prade • Samuel Pratmarty • Gilles Prel • France Quatremarre • Murielle Rabord • Josiane Racine • Perrine Ramé-Mathieu • Corinne Régnard • Myriam Reynaud • Catherine Riegel • Edith Riou • Elise Riva • Isabelle Roux • Alain Ruaud • Patricia Rucard • Carole Ruelle • Emilie Salmon • Valérie Salomon • Yasmine Sammour • Serge Sanchez • José Sanchez Gonzalez • Chérifa Santangelo • Eric Sanzalone • Stéphanie Sarkis • Evelyne Satonnet • Marion Sauvage • Céline Schmidt-Nadjem • Nathalie Schneider • Jean-Baptiste Seblain • François-Xavier Selleret • Eléonore Sellier • Marie Sengelen • Zahra Serhrouchni • Marie Sevin-Bourcy • Bamdad Shaban • Amandine Sibois • Maryvonne Simon • Johan Siniavassane • Faranaz Soroush • Marjorie Soufflet-Carpentier • Selvi Souprayanaiker • Pérola Spreux • Christine Tacon • Marie-Louise Theetten • Christel Thorel • Monique Thorel • Christian Thuillez • Odile Tillon-Fauré • Hélène Torres • Robert Touret • Eliane Toussaint • Magali Tribodet • Flavie Trojani • Christine Tual • Ghislaine Turcan • Estelle Uzureau-Husson • Lydia Valdes • Delphine Vallet • Huguette Vallet • Vanessa van Rossem-Magnani • Martine Vassaux • Arnaud Vautrin • Patrice Vayne • Claude-David Ventura • William Vézinet • Jocelyn Vidon-Buthion • Catherine Voulgaris • Hiêp Vu Thanh • Chantal Vuldy • Elizabeth Wetstein • Jean-Marc Wydryck •

S'adapter à un nouveau contexte politique, à de nouvelles orientations gouvernementales

« 2012 restera pour tous une année exceptionnelle, marquée par la volonté de rénover notre système de santé en soutenant sa modernisation et sa transformation au bénéfice des patients. »

Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins

Vous avez pris vos fonctions de directeur général de l'offre de soins le 1^{er} octobre 2012. Quels sont vos objectifs, vos grands chantiers et, de façon plus générale, la feuille de route de la DGOS ?

Dès son arrivée aux responsabilités, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, a lancé 4 chantiers incombant plus particulièrement à notre direction. Premier d'entre eux, guidé par la nécessité de tourner la page de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » : le pacte de confiance avec les hospitaliers*, avec pour ambition que chaque professionnel soit à nouveau fier de travailler au sein de l'hôpital avec un service public hospitalier réaffirmé et pleinement reconnu, ainsi qu'un dialogue social retrouvé.

Le 2^{ème} chantier, le pacte territoire santé*, intègre notamment l'engagement présidentiel d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes pour chacun de nos concitoyens et une meilleure organisation des urgences hospitalières. Plus globalement, ce dispositif de mesures porte sur la redéfinition des soins de proximité, avec l'objectif affiché de lutter contre ce qu'il est communément appelé les « déserts médicaux ». La DGOS travaillait sur ce sujet depuis quelques années déjà mais l'effort est accentué pour reconquérir ces territoires isolés : c'est en effet la pierre angulaire d'un système de santé juste.

Les 3^{ème} et 4^{ème} chantiers concernent l'évolution du modèle de financement des établissements de santé* et un soutien plus « durable » à l'investissement hospitalier*. Ces objectifs de modernisation sont renforcés par les grands programmes de la DGOS tels Hôpital numérique* sur les systèmes d'information en santé, PHARE* sur les achats hospitaliers, FIDES sur la facturation des soins externes...



Les efforts de performance menés par les hôpitaux depuis plusieurs années ont porté leurs fruits, avec une consolidation de la situation financière de toutes les catégories d'établissements, lesquels poursuivent leur modernisation et leur dynamique de recherche, d'innovation et de formation.

**Lire les fiches et les encadrés correspondants*

Le fait marquant de 2012 restera l'arrivée d'une nouvelle équipe gouvernementale avec des ambitions fortes sur le champ de la santé. Quel regard portez-vous sur cette année ?

Pour tous, 2012 restera indéniablement une année exceptionnelle, marquée par la volonté de rénover notre système de santé en soutenant sa modernisation et sa transformation au bénéfice des patients.

Avec la stratégie nationale de santé, voulue et annoncée par le Premier ministre, le gouvernement entend poursuivre ses objectifs clairs et fondamentaux : l'amélioration de l'état de santé des Français et l'égal accès de tous, sans distinction, à une offre de soins de qualité sur tout le territoire, favorisant la qualité et la pertinence des soins, ainsi que la coopération entre les professionnels.

Redéfinir l'offre de soins autour des parcours de santé, de soins, de vie replace les patients au cœur du système de soins.

L'importance des réformes annoncées est considérable. C'est la raison pour laquelle la ministre a souhaité s'entourer d'avis d'experts en la matière. Comment la réflexion s'est-elle engagée ?

L'année 2012 aura aussi en effet été marquée par la mise en place du « comité des sages », composé de hautes personnalités du monde de la santé et de la recherche pour accompagner la stratégie nationale de santé dans les 5 à 10 ans à venir, ainsi que de la mission autour du pacte de confiance conduite par Edouard Couty et plusieurs personnalités qualifiées. Sans oublier 2 comités de travail et de concertation avec les professionnels concernés, installés en décembre 2012 par Marisol Touraine et à l'ouvrage régulièrement depuis : le comité de la performance et de la modernisation (COPERMO)* de l'offre de soins hospitaliers et le comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH)*.

Les préconisations qui émaneront de ces instances constitueront, pour l'essentiel, la trame de notre stratégie nationale de santé, qui trouvera sa traduction début 2014 par la future loi de santé publique. Cette stratégie, c'est

un grand chantier auquel la DGOS participera activement durant les années à venir et auquel elle apportera toute sa richesse d'expertise et de proposition.

Déjà, les 1^{ères} mesures voient le jour. Découlant du pacte territoire santé, d'une gouvernance apaisée des hôpitaux publics, d'un financement plus pertinent et plus juste des activités de soins, elles sont le véritable fondement de l'offre de soins de demain autour de laquelle toutes les équipes de la DGOS mobilisent leur action. Qu'elles en soient remerciées, dans toute leur diversité et leurs compétences.

**Lire les fiches et les encadrés correspondants*



Le comité de direction en 2012-13 : Yannick le Guen, Félix Faucon, Valérie Salomon, Jean Debeauvais, Gérard Gonzalez, Jean-Marc Braichet, Natacha Lemaire, Raymond le Moign, Clara de Bort et Stéphane Grossier

Le pacte de confiance avec les hospitaliers : un élan renouvelé dans l'esprit du service public

« Les valeurs fondamentales qui forgent l'hôpital public – égalité d'accès aux soins, non-sélection des patients, offre de qualité pour tous, réponse à l'urgence, équité et solidarité – ont été mises à mal : aujourd'hui, elles doivent être réaffirmées. »

Edouard Couty, président du comité de pilotage du pacte de confiance

Dès son arrivée aux responsabilités, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, s'est engagée sur un « pacte de confiance » avec les hospitaliers. Pouvez-vous en rappeler l'esprit général et les objectifs ?

En effet, dès sa 1^{ère} intervention en mai 2012 en tant que ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine s'est exprimée devant la communauté hospitalière pour rappeler les engagements du président de la république et indiquer les points clés constituant sa feuille de route sur le champ de l'hôpital public. Parmi eux, un engagement fort de la ministre : celui d'un « pacte de confiance » pour l'hôpital.

Nous l'avons trop souvent constaté depuis quelques années : les valeurs fondamentales qui forgent l'hôpital public et font la fierté des hommes et des femmes qui y exercent ont été mises à mal. Cela, notamment par l'application uniforme de la contrainte financière. Aujourd'hui, ces valeurs – égalité d'accès aux soins, non-sélection des patients, offre de qualité pour tous, réponse à l'urgence, équité et solidarité – doivent être réaffirmées et remises au 1^{er} plan. De même, la prise en compte – indispensable – de la contrainte économique doit se faire dans un esprit de justice et une répartition équitable des moyens.

Devant le constat d'une succession de réformes – souvent menées trop rapidement et mal comprises par les hospitaliers – ayant globalement conduit à une dégradation de la situation, des évolutions s'imposaient et des aménagements étaient nécessaires. Sans précipitation, pour autant : l'hôpital a besoin de stabilité dans les choix, de cohérence dans les actions et de reconnaissance pour chacun de ses membres.



En septembre 2012, la ministre m'a confié la présidence du comité de pilotage du pacte de confiance. Trois groupes de travail ont été constitués, respectivement sous la présidence de Bernadette Devictor, présidente de la conférence nationale de santé (CNS) pour la réaffirmation du service public hospitalier, de Danielle Toupillier, directrice générale du centre national de gestion (CNG) pour la restauration du dialogue social et de Monique Cavalier, directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS) de Midi-Pyrénées, pour l'évolution de la gouvernance et de l'organisation interne des hôpitaux.

Les travaux des 3 groupes, menés dans un esprit participatif et de concertation très large, associant hospitaliers et personnes qualifiées, ont duré environ 6 mois. Début mars 2013, le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail a été remis à la ministre. Celle-ci a pris 13 engagements porteurs d'une série de mesures fortes, dont la mise en place d'un service public territorial de santé, la réforme du financement hospitalier, le renforcement de la démocratie à l'hôpital et le respect d'un dialogue social retrouvé et apaisé.

D'ores et déjà, quelques mois seulement après l'annonce du pacte, la DGOS commence à traduire ces engagements dans les faits : les 1^{ers} textes d'application sont en cours de publication, par exemple sur les aspects de gouvernance hospitalière –prérogatives des commissions médicales, pilotage interne – ou de ressources humaines. Ces 13 engagements s'intègrent à la stratégie nationale de santé, avec pour objectif de réorganiser notre système de santé autour des patients et de structurer une véritable médecine de parcours. C'est bien un élan renouvelé, des modes d'intervention innovants qui doivent à nouveau, dans l'esprit du service public, guider chaque jour les professionnels au service des patients.

Des analyses poussées et des propositions innovantes pour un pilotage de qualité

« En 2012, la DGOS a plus particulièrement investi le champ des ressources humaines, répondant ainsi aux attentes des professionnels de santé qui veulent que le dialogue social retrouve toute sa place. »

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



Peut-on parler en 2012 d'une amélioration du pilotage de l'offre de soins ?

Il s'agit de l'un des principes fondateurs de la DGOS et nous y avons travaillé continûment. Deux ans après la mise en place des agences régionales de santé (ARS), le pilotage assuré par le niveau national et le niveau régional du système de santé a beaucoup progressé. Sur le terrain, avec des ARS dotées d'une légitimité reconnue et d'une capacité réelle pour impulser et accompagner les évolutions de l'offre de soins dans leurs territoires. Au niveau central, avec un conseil national de pilotage (CNP) dont le fonctionnement est désormais bien rôdé. L'exercice n'est pourtant pas facile car s'il ne peut y avoir de pilotage effectif sans un reporting de qualité, il s'agit aussi d'éviter l'écueil d'une construction bureaucratique sans valeur ajoutée avérée.



Les équipes de la cellule de contrôle de gestion (CG), de la cellule des affaires juridiques et du droit communautaire (CAJDC) et de l'unité du système d'information décisionnel (USID)

En 2012, la DGOS a intensifié ses efforts dans le domaine des ressources humaines, répondant ainsi aux attentes des professionnels de santé qui veulent – légitimement – que le dialogue social prenne toute sa place. Pour ce faire, il faut – au-delà des intentions – être capable de partager avec les acteurs une information de qualité et aussi récente que possible sur un champ dont l'hétérogénéité et l'étendue forment un véritable défi pour le pilotage. Je voudrais souligner les progrès réalisés ou concrètement engagés par la DGOS pour rendre son pilotage plus efficient dans ce domaine : l'an passé, la gamme des outils à notre disposition a été enrichie en vue de mettre en place une batterie d'indicateurs et d'outils

RH pertinents et performants. Parmi eux, ODESSA + pour une gestion régionale identique et harmonisée des dossiers de validation des acquis de l'expérience (VAE), le futur observatoire des bilans sociaux pour une meilleure connaissance des politiques RH des hôpitaux et leur évaluation, sans oublier IMOTEP pour une gestion renforcée des choix des spécialités médicales par les internes. Nous avons bénéficié de l'éminente assistance du centre national de gestion (CNG)*, dont l'appui en ce domaine fait partie de son code génétique. Mais aussi celle que nous apporte sur ces champs – de la conception jusqu'à la mise en œuvre des outils – l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)*, dont le

**Lire la rubrique, les fiches et les encadrés correspondants*

contrat d'objectifs et de moyens a fixé le domaine des ressources humaines comme une extension de ses missions originelles plutôt centrées sur l'activité médicale.

J'aborderai comme dernier exemple les efforts de la DGOS pour intégrer la dimension de la qualité dans le pilotage du système de soins : le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)* permettra, dès 2013, d'expérimenter un mécanisme d'incitation financière fondé sur des indicateurs généralisés permettant de classer les établissements publics et privés. Leurs responsables qualité devraient ainsi disposer d'un vrai levier de motivation collective face aux enjeux de la qualité globale de la production de soins : certification par la haute autorité de santé (HAS), lutte contre les infections nosocomiales*...

Comment faire face, dans le même temps, à l'accroissement inexorable de la demande de soins et aux contraintes économiques et financières actuelles ?

Vous avez raison de souligner ce double phénomène, cet effet de ciseau entre une demande de soins accrue – sous l'effet notamment du vieillissement de la population et de la multiplication des maladies chroniques – et une contrainte financière qui s'impose à tous, même si elle s'exprime, sur le secteur de la santé, d'une façon moins rude que chez certains de nos voisins. Grâce à la finesse accrue du pilotage et de la connaissance de l'activité – mais surtout, à la mobilisation des communautés hospitalières –, la dépense de soins hospitaliers est sous contrôle depuis 3 ans. Cependant, la crise économique pose un problème d'équilibre financier global de l'assurance maladie. Dernière évolution durable : celle de la rareté de la ressource médicale.

Pour relever ce triple défi, nous devons assurer un pilotage stratégique plus performant : en cela, notre cellule de contrôle de gestion (CG), notre cellule des affaires juridiques et du droit communautaire (CAJDC) et notre unité du système d'information décisionnel (USID) apportent une expertise désormais incontournable.

Si le problème est d'ordre financier, la solution repose sur une évolution forte de l'organisation de l'offre de soins, décloisonnée autant que possible et mieux coordonnée au bénéfice à la fois des patients, des professionnels de santé et de l'assurance maladie. L'amélioration de l'organisation interne et des processus de soins au sein même des établissements est en jeu : il suffit de penser aux pré-requis de l'augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire* pour s'en persuader. En ce domaine, l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP)* apporte aujourd'hui un appui indispensable aux décideurs de tout niveau.

Et sur le plan financier ?

Sur ce plan, le suivi des indicateurs a permis d'identifier les situations les plus critiques et d'en assurer le suivi en lien avec les ARS concernées. Ceci a débouché sur la mise en place d'un dispositif d'accompagnement adéquat, notamment les contrats de retour à l'équilibre financier, les aides contractuelles voire – dans les situations les plus graves – la mise en place d'une administration provisoire de l'établissement. Ces efforts, désormais suivis par le COPERMO*, commencent à porter leurs fruits puisque selon les 1^{ères} données disponibles pour 2012, le résultat financier global des établissements serait excédentaire et cela, pour la 1^{ère} fois depuis 2008*. Cette évolution est, pour partie, la marque de l'efficacité de la politique de supervision du niveau national des grands programmes nationaux d'amélioration de la performance tels que PHARE*, Hôpital numérique*, FIDES... Elle est tout autant la traduction des actions de réorganisation et de productivité voulues et réalisées par les établissements de santé. C'est donc bien un véritable redressement structurel que nous avons engagé en répondant aux défis du moment – sans dégrader la qualité des soins – tout en améliorant l'efficacité globale de l'offre de soins.

**Lire la rubrique, les fiches et les encadrés correspondants*

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

Pour les opérateurs de la DGOS, l'année 2012 fut marquée de la volonté de s'intégrer mieux encore et de façon déterminée dans le système de santé. Poursuivant les missions qui leur sont confiées, ils ont également réussi à faire mieux reconnaître leur place et leur rôle en renforçant la coordination opérationnelle avec leurs partenaires institutionnels.



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

2012, l'année de la maturité

L'ANAP est toute entière tournée vers l'accompagnement de l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux dans leurs démarches d'amélioration de la performance. Ainsi, elle met à leur disposition depuis 3 ans un nombre important d'outils et de retours d'expérience, qui déclinent ce concept de manière opérationnelle : cela, en s'assurant que son action favorise le bon accès aux soins par la fluidité des parcours, mais aussi le bon usage des ressources de l'assurance maladie par l'encouragement à l'efficacité des organisations et le respect des professionnels par l'amélioration des conditions de travail.

Objectif : favoriser les initiatives locales et adapter des solutions à chaque situation particulière grâce à des outils et des méthodes éprouvés. Basés sur la légitimité de l'expérience de terrain des professionnels avec lesquels ils ont été conçus, ces outils et ces méthodes n'apportent

pas de solution clé en main ou d'« arsenal magique » capable à lui seul de régler l'ensemble des problèmes qui peuvent se poser dans un établissement. Ils proposent un raisonnement, favorisent des questionnements permettant à chacun d'en faire l'usage et fournissent une aide concrète, immédiatement utile à leurs utilisateurs. Ainsi, un partage d'expérience et un dialogue entre des acteurs qui n'en sont pas toujours familiers sont rendus possibles.

En 2012, l'ANAP s'est fixé comme priorité de faire vivre et d'enrichir cette gamme d'outils et de méthodes, d'assurer leur diffusion et leur appropriation au plus grand nombre et de démontrer – par l'évaluation – la valeur qu'ils créent sur le terrain. Beaucoup de grands sujets ont été abordés : l'organisation du transport des patients, l'optimisation du temps de travail auprès des patients, la gestion des risques cliniques, les parcours de santé des personnes âgées, la mobilité des professionnels des établissements, la valorisation immobilière des établissements, HospiDiag, les pôles d'excellence... Sans oublier, la participation aux grands programmes pilotés par la DGOS : Hôpital numérique, la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), la télémédecine...

Sur tous ces sujets, l'ANAP favorise les conditions de la performance collective plutôt que d'en imposer une vision ou un modèle univoques.

www.anap.fr



AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

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

2012, l'année des travaux sur l'évolution du modèle de financement des établissements

L'ATIH collecte, analyse, restitue les données des établissements de santé, gère leurs dispositifs techniques de financement et participe à l'élaboration des nomenclatures de santé.

Principaux travaux en 2012 : l'évolution des modèles de financement des établissements avec la mise en place d'actions visant à améliorer et à compléter l'ensemble du dispositif technique, ainsi que l'élaboration d'études de coûts dans le secteur médico-social : des travaux

préparatoires au lancement d'études de coûts sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été conduits à la demande de la DGOS et de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA).

Autre chantier : l'analyse des données hospitalières, avec la production de plusieurs rapports contribuant à améliorer la connaissance des établissements sur la maîtrise des dépenses, l'activité hospitalière, la situation financière, les ressources humaines... Sans oublier, l'outillage des agences régionales de santé (ARS) pour une meilleure connaissance de l'offre et de la consommation de soins sur leurs territoires, de même que la poursuite du développement d'outils de collecte des données hospitalières et d'amélioration de leur restitution.

A l'aube d'un nouveau contrat d'objectifs et de performance, l'ATIH continue d'avancer vers une ère d'ouverture, où son expertise technique se devra d'être encore plus lisible et plus accessible, au service du plus grand nombre.

www.atih.sante.fr



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière

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

2012, l'année de l'expansion

Outre l'intensification de ses missions de gestion, de conseil, d'orientation, de suivi, de soutien et d'accompagnement des praticiens hospitaliers et des directeurs de la FPH, l'activité du CNG a été marquée en 2012 par une nouvelle extension de son champ de compétences. En effet, il assure depuis septembre la gestion des personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires (HU) pour la partie hospitalière de leur activité. Parallèlement, il a amplifié la gestion des contrats d'engagement de service public (CESP), au bénéfice des étudiants et des internes en médecine : ce dispositif, entré dans sa 3^{ème} année de mise en œuvre, verra son extension en 2013 aux internes en odontologie.

En outre, le CNG a continué à apporter son expertise aux chantiers statutaires pilotés par la DGOS, dans le cadre du suivi du protocole d'accord de 2011 relatif aux 3 corps de directeurs. Mais aussi, dans le travail de refonte des épreuves des concours de directeurs et

dans l'actualisation nécessaire des programmes en vue d'adapter le recrutement aux pré-requis de ces métiers : cette réforme – très attendue – sera mise en œuvre dans le cadre des concours organisés en 2013. S'agissant des concours médicaux, le CNG a consolidé son expertise sur les modalités de choix en ligne des lauréats des épreuves classantes nationales (ECN).

Les dispositifs d'accompagnement en recherche d'affectation ou hors recherche d'affectation ont connu une importante montée en charge. Basé sur le volontariat des professionnels et adapté aux contraintes budgétaires, cet accompagnement répond à leurs besoins en matière de développement professionnel et managérial : il contribue aussi à la prévention de situations de conflits et de risques psycho-sociaux. Ce suivi individualisé – très apprécié des acteurs locaux et régionaux – confirme le rôle reconnu du CNG dans le soutien des politiques RH des hôpitaux.

Sur tous ces sujets, le CNG reste mobilisé par sa mission de modernisation des ressources humaines : cela, en continuant à mettre résolument l'accent sur la dimension humaine, professionnelle et stratégique de son action, en lien avec ses nombreux partenaires institutionnels et professionnels.

www.cng.sante.fr

L'intelligence économique au cœur du métier de la DGOS

« Développer l'intelligence économique, c'est anticiper et accompagner les évolutions, garantir la sécurité économique et opérer un travail d'influence de long terme sur son environnement : en cela, la DGOS est un acteur clé. »

Clara de Bort, cheffe du département stratégie ressources (DSR)

Vous avez pris vos fonctions courant 2012 à la tête du département stratégie ressources, qui rassemble toutes les fonctions apportant une vision transverse au sein de la DGOS. Quel regard portez-vous sur notre direction et sur ses perspectives d'action ?

La DGOS est une direction dynamique, reconnue de ses partenaires extérieurs. Elle tire cette légitimité des femmes et des hommes qui la composent, qui viennent d'horizons très divers et mettent en commun un haut niveau d'expertise au plan juridique, financier et managérial. Dotée d'une hiérarchie courte, elle compte plus qu'ailleurs de véritables managers, qui encadrent des équipes importantes et pilotent des projets d'envergure.

Dans un environnement très contraint – et dans le respect de l'autonomie des acteurs –, la DGOS dispose de vrais leviers pour agir sur l'évolution de l'offre de soins, pour promouvoir la recherche et les innovations. En contact permanent avec les professionnels et leurs représentants, la DGOS fait progressivement évoluer les métiers*, modernise les statuts, encourage les coopérations professionnelles au service des patients. Elle favorise un accès le plus large possible aux professions de santé et développe des incitations à l'installation dans les zones fragiles*. La direction est aussi à la manœuvre sur des sujets de société comme l'accès aux soins des personnes vulnérables* et se mobilise sur des questions de nature éthique et déontologique*.

La DGOS navigue dans un environnement très mouvant : les rôles et le positionnement de ses partenaires évoluent, leurs attentes aussi. Elle a continué à s'adapter – après une période de restructuration majeure qu'elle a désormais dépassée – et assume désormais pleinement ses attributions en matière de pilotage stratégique, déchargée d'une grande partie de ses activités de gestion. Aux côtés des missions régaliennes



qu'elle continue à assurer, elle a l'ambition d'être moins un producteur de normes qu'un producteur d'outils, une structure légère à l'écoute des besoins du terrain, des innovations et des bonnes pratiques.

Je dirais que la DGOS se place de plus en plus sur le champ de l'intelligence économique : collecter, analyser, diffuser et protéger l'information stratégique relative à l'offre de soins est au cœur de ses missions, elle qui développe des outils d'aide à la décision au profit de l'ensemble de ses partenaires.

**Lire les fiches et les encadrés correspondants*

Développer l'intelligence économique, c'est travailler sur 3 dimensions. Une 1^{ère} dimension, celle de l'anticipation et de l'accompagnement des évolutions – notamment par la veille stratégique – afin de prendre les meilleures décisions. Il s'agit tout autant de la veille métier – connaissance des innovations en France et à l'étranger, des prises de position des acteurs – que de la veille stratégique de la « maison DGOS » en tant que telle – évolution du positionnement des autres opérateurs de la régulation, des attentes des partenaires, qui impacte la DGOS sur ses processus de production –.

Une 2^{ème} dimension, celle de la sécurité économique et de la prévention des risques. Les difficultés d'accès des hôpitaux au crédit bancaire*, le lancement de grandes opérations de restructuration imposent une sécurisation des données, des études, des projections. Cela, pour gagner la confiance des investisseurs et consolider

l'offre de soins. C'est notamment le sens de la création du comité de la performance et de la modernisation (COPERMO)*.

Une 3^{ème} dimension, enfin : celle du travail d'influence de long terme sur son environnement – comme par exemple les régulations nationales et internationales de toutes natures, technique ou de gouvernance – afin de créer un environnement favorable aux orientations choisies. Là aussi, la DGOS doit être présente, acquérir un métier et développer des stratégies d'influence pour agir sur les changements, dans l'intérêt des patients et des dépenses publiques.

L'intelligence économique doit aider notre système de santé à affronter des évolutions internationales rapides et complexes : en cela, la DGOS est un acteur clé.

**Lire les fiches et les encadrés correspondants*



L'année 2012 vue par... Gérard Gonzalez,

adjoint à la cheffe du département
stratégie ressources (DSR)

Une équipe mobilisée au service du collectif et des acteurs internes et externes de l'offre de soins a fait de nouveau la démonstration de son savoir-faire pour permettre la meilleure adéquation possible – dans un contexte d'économies – des moyens humains, budgétaires et matériels à la pleine réalisation des missions de la DGOS ainsi que la montée en compétence des équipes de la direction, notamment les managers et les assistantes. Mais aussi, pour renforcer la capacité de proposition des services par le développement d'outils de veille stratégique et de prospective et l'intégration des actions des opérateurs de l'offre de soins dans les objectifs des politiques menées par la DGOS, notamment par le suivi des contrats d'objectifs et de performance et l'organisation des dialogues de gestion. Sans oublier de développer la démocratie sanitaire, les droits des patients et des usagers

de la santé, en particulier en organisant avec succès – pour la 2^{ème} année consécutive – le dispositif national autour du « label droits des patients », en lien avec les agences régionales de santé (ARS) et en finalisant le dispositif d'accès aux soins des personnes détenues. Enfin, en renforçant l'influence de la DGOS à l'international, entre autre par le pilotage de la coopération hospitalière internationale et l'appel à projets organisé auprès des établissements de santé. Ceci, grâce à une communication efficace toute entière tournée vers la valorisation des actions de la direction.

Tout cela – et le reste – n'aurait pas été possible sans la conscience professionnelle et la disponibilité de tous les collègues du département stratégie ressources. Bravo à toutes et à tous et merci !



Une partie des équipes du département stratégie ressources (DSR)

L'année 2012 en dates

20 février



Lancement de la démarche ARMEN dans le cadre du programme PHARE* sur les achats hospitaliers

1^{er} mars



Entrée en vigueur de la campagne budgétaire et tarifaire 2012 des établissements de santé*

12 mars



Lancement de la campagne nationale de promotion des métiers de la santé*

22 mai



1^{ère} intervention publique de Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé et annonce de sa politique générale en santé dans le cadre du salon Hôpital Expo

7 septembre



Annonce par Marisol Touraine du pacte de confiance avec les hospitaliers*

Septembre



Lancement de la campagne de promotion 2012-13 du contrat d'engagement de service public*

3 juillet



Annonce devant l'assemblée nationale de la stratégie nationale de santé par le Premier ministre, dans le cadre de sa déclaration de politique générale

1^{er} juillet



Installation de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu*

1^{er} octobre



Prise de fonctions de Jean Debeaupuis au poste de directeur général de l'offre de soins

Octobre



Diffusion du plan d'actions stratégiques 2010-14 actualisé pour la politique de santé des personnes placées sous main de justice*

16 octobre



Relance par Marisol Touraine du conseil national des urgences hospitalières et annonce du chantier urgences*

Novembre



Lancement de l'expérimentation du programme sur l'incitation financière à la qualité*

19 décembre



Installation par Marisol Touraine du comité de la performance et de la modernisation*

13 décembre



Annonce par Marisol Touraine du pacte territoire santé*

12 décembre



Installation par Marisol Touraine du comité de réforme de la tarification hospitalière*

5 décembre



Résultats de l'édition 2012 du concours « Droits des usagers de la santé »*

26-29 novembre



Tenue de la 2^{ème} édition de la semaine de sécurité des patients intégrant la mission mains propres*

*Lire les fiches et les encadrés correspondants

La DGOS, une direction qui incite au développement d'une offre de soins plus cohérente, équilibrée et accessible à tous

Garantir l'égal accès aux soins et à la prévention pour nos concitoyens est un axe fort de l'action de la DGOS. Sous l'impulsion des nouvelles orientations gouvernementales relayées par la ministre des affaires sociales et de la santé, son action s'inspire directement du pacte de confiance réaffirmant le service public hospitalier et du pacte territoire santé luttant contre les déserts médicaux.

La rénovation du service public hospitalier

« Il s'agira d'une nouvelle étape dans la conception du service public en santé, associant l'ensemble des acteurs d'un territoire autour d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités de santé. »

Natacha Lemaire, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (R) et **Adeline Townsend**, adjointe à la cheffe du bureau de l'évaluation, des modèles et des méthodes (R5)

Dès sa prise de fonctions, la rénovation du service public hospitalier a constitué l'une des priorités de la ministre des affaires sociales et de la santé. Pourquoi cette réforme ?

Il faut se souvenir qu'avant 2009, seuls les hôpitaux publics et les établissements autorisés participaient de droit au service public hospitalier (SPH). Tous avaient la charge d'obligations dites de service public – accueil 24/24 et 7/7, non discrimination... – et ce, sur l'ensemble de leurs missions. Les établissements privés à but lucratif avaient quant à eux, en cas de carence de l'offre publique, la possibilité d'être associés par voie de concession



Adeline Townsend et Natacha Lemaire

au SPH : leurs obligations ne s'appliquaient alors qu'aux seules missions faisant l'objet de la concession.

Dès sa promulgation en 2009, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) a supprimé le service public hospitalier mais maintenu les obligations de service public. Cette approche matérielle des missions de service public, reposant sur une liste limitative, avait à l'époque pour objectif de permettre l'exercice des missions par tous types d'établissement de santé, indépendamment de son statut, qu'il soit public, d'intérêt collectif ou privé.

Cette suppression de la notion de service public hospitalier a été mal vécue par les acteurs du SPH. C'est pourquoi Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, s'est engagée – dès sa nomination puis sur la base du rapport remis par Edouard Couty dans le cadre du pacte de confiance avec les hospitaliers* – à proposer un nouveau cadre juridique pour la rénovation pleine et entière du service public hospitalier.

La DGOS doit maintenant traduire cette rénovation dans le droit : quels pourraient être les grands axes ?

Nous réfléchissons actuellement à une nouvelle approche du service public hospitalier reposant non plus sur les catégories d'établissements qui pourraient en être dépositaires mais sur le service rendu aux patients eux-mêmes. Cela, avec la redéfinition des missions considérées comme indispensables à l'échelon d'un territoire de santé et nécessitant donc une reconnaissance de service public.

En outre, le champ des acteurs réalisant ces services pourrait être élargi à l'ensemble du périmètre de la santé – prévention, 1^{er} recours, hospitalisation, prise en charge post aigüe –, le service public hospitalier devenant ainsi un levier dans un environnement plus vaste.

Pour une mise en œuvre opérationnelle, 2 conditions sont indispensables : d'une part, les leviers du financement, nécessaires pour inciter les acteurs de santé à s'investir dans le service public de santé et, d'autre part, les outils de planification et de coopération entre ces mêmes acteurs.

Le service public hospitalier est un concept structurant, qui recouvre des droits et des obligations nombreux : comment en assurer une traduction tangible au niveau des territoires de santé ?

Les parcours de soins des patients – et, pour les personnes atteintes de maladies chroniques et au long cours, les parcours de santé et de vie – supposent une bonne articulation entre l'amont de l'épisode hospitalier, le séjour à l'hôpital et son aval – soins de suite et de réadaptation, accueil en structure médico-sociale ou spécialisée, retour au domicile –.

C'est dans le cadre de la stratégie nationale de santé que le service public doit être rénové : il doit garantir que tous les acteurs au sein d'un même territoire se coordonnent mieux pour prendre les patients en charge selon une médecine de parcours* structurée et cohérente.

C'est bien pour moderniser et pour renforcer les politiques publiques en santé à l'échelle des territoires que nous travaillons à la création d'un service public territorial de santé. Il s'agira d'une nouvelle étape dans la conception du service public en santé, associant l'ensemble des acteurs d'un territoire autour d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités de santé : prévention et promotion de la santé, accès aux soins, prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale...

**Lire les fiches correspondantes*

**3 159 établissements de santé
dont 936 hôpitaux publics
et 976 établissements privés
à but non lucratif**

Les engagements du pacte territoire santé

« *Le pacte territoires santé, ce sont 12 engagements concrets avec un principe : l'égalité. Et une seule volonté : faire reculer les déserts médicaux dans notre pays.* »

Perrine Ramé-Mathieu, cheffe du bureau du 1^{er} recours (R2) et **Nathalie Schneider**, chargée de mission au bureau R2, **Marjorie Soufflet-Carpentier**, cheffe du bureau de la démographie et des formations initiales (RH1) et **Pérola Spreux**, adjointe à la cheffe du bureau, **Odile Brisquet**, cheffe du bureau des ressources humaines hospitalières (RH4) et **Isabelle Couaillier**, adjointe à la cheffe du bureau



Avec le pacte de confiance, le pacte territoire santé fait partie des grandes réformes lancées par Marisol Touraine dès sa nomination : que recouvre-t-il exactement ?

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

En effet, 2 millions de Français sont touchés par la désertification médicale et les inégalités entre territoires ne cessent d'augmenter. Face à cet enjeu crucial, la ministre des affaires sociales et de la santé s'est engagée, à travers un « pacte territoire santé », à mettre en œuvre une politique volontariste, basée sur des mesures incitatives. Cette politique fait appel à la mobilisation de tous : agences régionales de santé (ARS), professionnels de santé, collectivités territoriales... Ce pacte, ce sont 12 engagements concrets, interagissant les uns avec les autres avec un principe : l'égalité. Et une seule volonté : faire reculer les déserts médicaux dans notre pays.

Ces 12 engagements s'articulent autour de 3 grands axes : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, faire évoluer les conditions d'exercice des professionnels de santé en répondant à leurs propres aspirations et investir dans les territoires isolés.

Le 1^{er} axe du pacte vise directement les jeunes professionnels, pendant leur période de formation et au moment de leur installation. De façon plus précise, quelles sont les mesures envisagées ?

En effet, sur ce 1^{er} volet de priorités, les engagements visent à mieux faire connaître et apprécier l'exercice en cabinet avant l'internat – en particulier par l'élargissement



Perrine Ramé-Mathieu, Delphine Vallet et Nathalie Schneider

des lieux de stage –, à faciliter l'installation par un meilleur accompagnement avec la mise en place d'un « référent installation » au sein de chaque ARS et par une sécurisation financière grâce à la création de postes de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). Les ARS vont aussi devoir se mobiliser autour de l'amplification du dispositif du contrat d'engagement



Pérola Spreux, Isabelle Couaillier et Odile Brisquet

de service public (CESP). Cette allocation mensuelle, versée aux étudiants et aux internes en médecine – puis aux étudiants en odontologie à partir de 2013 – en contrepartie d'une installation en zone démedicalisée, devrait connaître un plus grand essor : la ministre s'est engagée sur la signature de 1 500 contrats d'ici 2017.

Un mot sur ces praticiens territoriaux de médecine générale ?

Il s'agit du 3^{ème} engagement, l'une des mesures emblématiques du pacte. La ministre a annoncé la création du statut de ces praticiens pour sécuriser les médecins lors de leur installation, qui constitue souvent une période d'incertitude importante : arrivée sur un nouveau territoire, changement de vie, création de patientèle, difficultés de trésorerie et incertitudes financières... Par ce statut, la sécurisation financière au moment de l'installation dans les zones démedicalisées ainsi que l'amélioration de la prévoyance en cas d'arrêt maladie ou maternité sont des incitations qui garantiront l'attractivité de ce dispositif. Les 200 premiers contrats seront signés courant 2013 avec les ARS.

De quelle façon une action sur les conditions d'exercice, 2^{ème} priorité du pacte, peut-elle être une réponse au problème de la désertification médicale ?

Là encore, l'enjeu est capital : il s'agit de faire évoluer l'organisation des soins de proximité pour passer d'un exercice individuel à un exercice collégial, c'est-à-dire en équipe pluri-professionnelle. Objectif : améliorer la prise en charge des patients, leur offrir de nouveaux services

mais aussi mieux prendre en compte les attentes des jeunes médecins en termes de conditions de travail. Le développement de ces nouvelles organisations, par le biais de l'instauration de rémunération d'équipes, fera l'objet d'une négociation conventionnelle interprofessionnelle, comme le permet désormais la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Par ailleurs, le comité de réforme de la tarification hospitalière* réfléchit au financement des activités – notamment isolées – des établissements.

Pour transformer les conditions d'exercice, le pacte territoire santé prévoit aussi de favoriser l'essor significatif de la télémédecine ou encore d'intensifier les transferts de compétences entre professionnels de santé.

La situation de certains territoires de santé n'exige-t-elle pas des mesures immédiates ?

Si et c'est bien l'objet du 3^{ème} axe du pacte ! Recourir aux centres de santé dans les zones où l'offre libérale ne peut répondre à elle seule à l'ensemble des besoins, déployer pleinement la télémédecine*, conforter la place des hôpitaux de proximité ou encore donner la possibilité à des médecins salariés de centres de santé, d'hôpitaux ou de centres mutualistes de diversifier leur activité pour exercer une partie de leur temps en zone démedicalisée... Autant de réponses qui peuvent être mises en place rapidement et de manière concrète dans ces territoires. Enfin, les réflexions en cours pour garantir à la population un accès à des soins urgents en moins de 30 minutes* déboucheront bientôt sur des propositions tangibles, en particulier pour le déploiement de médecins correspondants de SAMU*.

Le gouvernement a fait le choix d'une politique incitative pour améliorer tangiblement l'accès aux soins : en cela, le pacte territoire santé est un ensemble cohérent dont chacune des mesures interagit avec les autres. Avec un triple enjeu : tenir compte de l'évolution des besoins des patients, garantir la qualité de leur prise en charge et offrir aux professionnels des conditions d'exercice qui répondent à leurs attentes. La dynamique est en marche !

*Lire les fiches et l'encadré correspondants

1 pacte, 3 objectifs, 12 engagements
200 postes de PTMG en 2013
1 500 CESP d'ici 2017

L'accès de la population à des soins urgents en moins de 30 minutes

« L'accès à des soins urgents reste à plus de 30 minutes pour 3,2 % de la population : c'est sur ce constat que portent tous nos efforts. »

Delphine Vallet, Céline Schnebelen, Jocelyn Vidon-Buthion et Laurent Gadot, chargés de mission au bureau du 1^{er} recours (R2)

Lors de sa campagne, le président de la république a fait de l'accès aux soins urgents de la population en moins de 30 minutes l'une de ses priorités. Un an après, où en sommes-nous ?

Marisol Touraine s'est emparée du sujet dès son arrivée au ministère des affaires sociales et de la santé. En octobre 2012, la ministre a lancé son « chantier urgences » lors d'une réunion du conseil national des urgences hospitalières (CNUH).

Les objectifs sont clairs : il faut garantir à chaque Français un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes et lutter contre la saturation des services d'urgence.

En 1^{er} lieu, il a donc été demandé aux agences régionales de santé (ARS), en lien avec les acteurs concernés, d'identifier les territoires où le temps d'accès de la population à des soins urgents est supérieur à 30 minutes. Il leur a également été demandé d'identifier les solutions mises en place par les acteurs locaux pour améliorer l'accès aux soins urgents et de faire émerger les dispositifs pouvant être mobilisés pour atteindre cet objectif.

Quels sont les résultats de cet état des lieux ?

Le diagnostic réalisé par les ARS fait apparaître qu'un peu plus de 2 millions de personnes – soit 3,2 % de la population – se trouvent à plus de 30 minutes d'une structure des urgences, d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou d'une antenne de SMUR. C'est sur ce constat que portent tous nos efforts. Parmi ces personnes, plus de la moitié est située entre 30 et 35 minutes d'accès aux soins urgents : moins de 100 000 le sont à plus de 45 minutes.



Jocelyn Vidon-Buthion, Céline Schnebelen, Laurent Gadot et Nathalie Crégut

Par ailleurs, cet état des lieux a montré que des solutions existent déjà. Par exemple, 12 régions ont identifié des médecins correspondants du SAMU (MCS) : ceci permet d'apporter une solution pour plus de 21 % de la population distante d'une structure des urgences ou d'un SMUR au-delà de 30 minutes. Les MCS offrent une vraie réponse médicale : en effet, ce sont des médecins formés à l'urgence qui interviennent – sur demande de la régulation des SAMU-centres 15 – en avant-poste des SMUR, faisant réellement diminuer les temps de prise en charge. Les régions ayant largement déployé des MCS parviennent ainsi à « couvrir » près de 50 % de leur population située sur des territoires à plus de 30 minutes. Au total, 250 000 habitants sont concernés, ce qui ramène la population à plus de 30 minutes de 3,2 % à 2,9 %.

Quelles sont les orientations données par la ministre concernant la garantie pour chaque Français d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes ?

Sur cette question, Marisol Touraine a annoncé 2 axes de travail sur lesquels travaille d'ores et déjà la DGOS : la

renovation du statut de MCS pour inciter les médecins – libéraux, salariés ou hospitaliers – à rejoindre le dispositif, ainsi que l'optimisation du maillage par redéploiement ou mise en place de SMUR ou d'antennes de SMUR. L'articulation des solutions envisageables est une préoccupation majeure pour optimiser les moyens et les ressources – notamment humaines – tout en préservant le niveau de qualité des soins.

Le traitement de la saturation des urgences est l'autre priorité de la ministre. C'est la raison pour laquelle, outre une meilleure structuration de la permanence des soins, l'amélioration de la gestion des flux au sein des hôpitaux – et, par là même, la fluidification de l'aval des urgences – est en cours d'expérimentation dans 150 établissements, sous le pilotage de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Ces mesures ont été concertées avec l'ensemble des partenaires pour une mise en œuvre rapide dès 2013. Elles trouvent naturellement leur place dans le pacte territoire santé*, dont l'une des ambitions vise l'égal accès aux soins des Français.

**Lire la fiche correspondante*

**649 services d'urgence
plus de 16,2 millions de passages
90 SAMU et 407 SMUR**

Le déploiement de la télémédecine

« 7^{ème} engagement du pacte territoire santé, la télémédecine constitue l'un des facteurs clés d'amélioration de notre système de santé : pour les patients, pour les professionnels de santé et pour les pouvoirs publics. »

Evelyne Belliard, adjointe à la cheffe du bureau des coopérations et des contractualisations (PF3),
Marion Fumex et **Bamdad Shaban**, chargés de mission au bureau PF3

La télémédecine est une pratique médicale à part entière, réalisée à distance en utilisant les technologies de l'information et de la communication. Pourquoi constitue-t-elle l'un des engagements du pacte territoire santé annoncé par Marisol Touraine en décembre 2012 ?

La télémédecine recouvre en effet le 7^{ème} engagement du pacte territoire santé* annoncé par la ministre pour lutter contre les déserts médicaux. Dans ce domaine, la télémédecine constitue l'un des facteurs clés d'amélioration de notre système de santé : pour les patients, elle facilite l'accès à des soins sûrs et de qualité, favorise leur maintien à domicile, concourt

à la réduction des délais de prise en charge, de la fréquence et de la durée des hospitalisations. Pour les professionnels de santé, elle facilite une meilleure coordination et complémentarité des compétences, sécurise les pratiques professionnelles et permet de pallier l'isolement en zone sous-dense. Pour les pouvoirs publics enfin, la télémédecine apporte une réponse aux nombreux défis épidémiologiques – vieillissement de la population, augmentation des malades chroniques et poly-pathologiques –, démographiques – inégale répartition des professionnels sur le territoire national – et économiques auxquels fait face le système de santé aujourd'hui. Cela, dans le souci de prises en charge organisées autour des parcours de soins des patients.

**Lire la fiche correspondante*



Evelyne Belliard, Bamdad Shaban et Marion Fumex

La DGOS assure le pilotage de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, engagée en 2011 : connaît-on précisément l'ampleur de la dynamique ?

Pour la 1^{ère} fois, un recensement auprès des agences régionales de santé (ARS) de l'ensemble des applications de télémédecine identifiées sur le territoire national a été réalisé en 2012 par la DGOS afin de fournir une bonne visibilité sur l'activité et d'éclairer le pilotage national. Parmi les 256 projets de télémédecine dénombrés, 44 % étaient opérationnels, c'est-à-dire prenaient en charge des patients en routine. Les données rassemblées alimenteront un observatoire national des projets de télémédecine, future base de référence pour les décideurs, accessible à l'ensemble des acteurs concernés : ARS, porteurs de projet mais aussi industriels, prestataires de service, usagers...



Capture d'écran de la vidéo télémédecine réalisée début 2013 par la DGOS

2012 semble avoir été une année charnière par la télémédecine : en quoi ?

La stratégie nationale de déploiement de la télémédecine pilotée par la DGOS a pu être poursuivie en 2012 : cela, grâce au soutien financier significatif des pouvoirs publics via le fonds d'intervention régional (FIR), à hauteur de 26 M€. C'est ainsi par exemple qu'un accompagnement national de « projets pilotes » sur 3 priorités – accidents vasculaires cérébraux (AVC), permanence des soins en imagerie et prise en charge des personnes détenues – a été mis en place pour 2 ans, relayé par les ARS. Objectif : renforcer les interactions entre les niveaux national et régional dans une logique de capitalisation et de valorisation des bonnes pratiques, tant du point de vue médical, qu'organisationnel ou encore des systèmes d'information. Des outils pratiques ont également été produits pour accompagner les acteurs et, en particulier, les ARS et les porteurs de projet : un guide méthodologique pour la contractualisation avec des recommandations sur les enjeux du conventionnement en télémédecine, un contrat-type et une convention-type, des recommandations sur les systèmes d'information intégrant des lignes directrices sur l'urbanisation et les infrastructures des projets de télémédecine ainsi qu'une série de 25 monographies produites par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) pour capitaliser sur ces expériences.

*Lire la fiche correspondante

3 priorités nationales
26 M€ par le FIR
256 projets dénombrés
dont 44 % opérationnels

Le renforcement des recompositions de l'offre de soins

« Les recompositions de l'offre de soins doivent être pensées autour d'un seul impératif : la définition de projets médicaux répondant en tous points aux besoins de santé des bassins de population couverts. »

Evelyne Satonnet, cheffe du bureau des coopérations et des contractualisations (PF3), **Marine Gey** et **Hélène Jevdjenijevic**, chargées de mission au bureau PF3



Marine Gey, Evelyne Satonnet et Hélène Jevdjenijevic

Depuis quelques années, les acteurs hospitaliers ont conscience de la nécessité de sortir d'une approche « hospitalo-centrée » de l'offre de soins disponible dans leurs territoires de santé : qu'en est-il en 2012 de cette dynamique de « recompositions de l'offre de soins » ?

En effet, les hôpitaux de demain doivent s'inscrire à leur juste place au sein de l'offre de soins des territoires. Plus

encore, coordonner leurs modes de prise en charge d'une part entre eux, d'autre part avec les autres structures concernées : cabinets libéraux bien sûr, mais aussi établissements médico-sociaux et structures spécialisées voire, de plus en plus, maisons et centres de santé. Cela oblige les décideurs locaux à revoir les frontières externes et internes des organisations hospitalières, de même que les « identités » propres aux établissements qui prévalaient jusque-là sur le terrain.

Recomposition par recomposition, cette dynamique doit être pensée autour d'un seul impératif : la définition d'un projet médical répondant en tous points aux besoins de santé du bassin de population couvert. Elle peut prendre plusieurs formes : le plus souvent, celle d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) au sein de laquelle les établissements concluent une convention pour mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en

commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations, à des transferts de compétence ou à la télémedecine. Ou encore, celle d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) associant des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, des centres et des pôles de santé, des professionnels de santé libéraux...

Les recompositions de l'offre de soins se sont intensifiées au cours des dernières années : cette accélération concerne également le secteur ambulatoire avec, en particulier, la mise en place de structures d'exercice coordonné – maisons pluri-professionnelles et centres de santé – et d'organisation de la télémédecine*. Plusieurs engagements du pacte territoire santé*, annoncé en décembre 2012 par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, visent à encourager cette dynamique.

Les recompositions représentent un enjeu si important qu'elles sont désormais l'objet d'une vigilance accrue du parlement qui sera destinataire, conformément à la loi d'août 2011, d'un rapport annuel spécifique du gouvernement sur le sujet. Ce rapport rendra notamment compte des efforts des agences régionales de santé (ARS) en la matière.

Ce rapport que vous évoquez sera prochainement remis pour la 1^{ère} fois au parlement : avec quel objectif et selon quelle méthodologie ?

Au cours du 2nd semestre 2012, une collecte d'informations a été organisée auprès de toutes les ARS afin d'alimenter ce 1^{er} rapport au parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière. Cela, avec l'objectif final de dresser un bilan détaillé de la mise en œuvre du dispositif des CHT et des GCS et de rendre compte, pour chaque région, à la fois des coopérations ayant pu être mises en œuvre, des regroupements réalisés entre services ou entre établissements ainsi que des reconversions de lits, internes au secteur sanitaire et celles réalisées du champ sanitaire vers le champ médico-social.

Outre l'élaboration du rapport au parlement, l'exploitation des données fournies par les ARS en 2012 a contribué à alimenter le dialogue entre les agences et l'Etat à l'occasion des revues annuelles des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)*. Ces informations ont également permis de rendre compte du bon fonctionnement des outils de coopération et, plus globalement, des dispositifs d'accompagnement des recompositions hospitalières mis à la disposition des ARS. Enfin, les données communiquées ont directement alimenté l'observatoire des recompositions de l'offre de soins mis en place par la DGOS.

Cet observatoire des recompositions est également une nouveauté ?

Oui, même si un précédent observatoire – tombé en désuétude – préexistait, que la DGOS a complètement relancé et redynamisé compte tenu du contexte d'intensification des recompositions. Durant toute l'année 2012, la DGOS s'est investie dans la mise en place d'un dispositif offrant des remontées d'informations automatisées et des suivis systématiques, dont la maîtrise d'œuvre a été confiée à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). A ce stade, l'accès à l'observatoire – qui se présente sous la forme d'une plateforme web – est limité aux utilisateurs institutionnels et aux fournisseurs de données disposant de codes d'accès spécifiques : des travaux ont été engagés pour construire en parallèle un 2nd outil ouvert au grand public.

La plateforme se compose de plusieurs onglets thématiques : le 1^{er}, celui des maisons de santé, a ouvert en juin 2012, suivi de celui des GCS et des CHT début 2013. Deux nouveaux onglets – l'un sur les projets de télémédecine, l'autre sur les centres de santé – sont d'ores et déjà prévus. Dès le début, nous souhaitons tendre vers un outil évolutif, auquel des adaptations régulières peuvent être apportées pour prendre en compte ses conditions réelles d'utilisation.

De fait, l'observatoire des recompositions de l'offre de soins constitue un outil stratégique d'aide au pilotage, tant national que régional.

**Lire la fiche et les encadrés correspondants*

76 CHT et 491 GCS
286 maisons de santé
et 1 220 centres de santé au-delà
de 20 000 € d'honoraires
225 directions communes
d'établissement

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Marion Fumex, chargée de mission au bureau des coopérations et des contractualisations (PF3)

2012 fut l'année du renouveau pour les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) : la DGOS s'est en effet employée à accompagner cette démarche de contractualisation pour 5 ans que les agences régionales de santé (ARS) ont engagée avec chacun des établissements de santé de leurs territoires, à la suite de l'adoption de leurs projets régionaux de santé (PRS).

Mobilisable tant pour la régulation régionale que pour la gestion interne des établissements, le CPOM ARS/établissements de santé se veut avant tout être un outil de déclinaison de la stratégie régionale mise en place par les agences dans le cadre de leurs PRS, de positionnement de chacun des acteurs dans l'offre de soins régionale et de pilotage des projets de coopération territoriale. Mais aussi, un outil d'amélioration de la performance des acteurs – notamment en matière de qualité du service rendu aux patients –, d'efficacité économique et d'optimisation de la gestion des ressources humaines. Sans oublier, un outil de dialogue de gestion efficace entre l'ARS et les établissements, de référence pour le pilotage interne de ces derniers, d'évaluation et de suivi régulier de cette performance par le biais d'une revue annuelle.

Afin d'aider les acteurs dans la conception des CPOM, un guide méthodologique leur a été transmis par la DGOS en janvier 2012. Ce guide propose aux acteurs des recommandations méthodologiques – calendrier, articulation avec les autres contrats, lien avec les autres documents stratégiques – et met à leur disposition un support directement mobilisable : le CPOM-type, qui comprend un socle contractuel développant les clauses générales du contrat – orientations stratégiques au regard du PRS – ainsi que des annexes décrivant les objectifs et les indicateurs retenus par les parties signataires. La DGOS a accompagné les ARS dans la mise en œuvre de ce guide tout au long de l'année, avec des présentations assurées sur le terrain. En outre, une foire aux questions spécifique a été mise à la disposition des agences sur le site du ministère.

Enfin et pour tenir compte de la réalité des processus mis en œuvre au sein des régions, la DGOS a assoupli le calendrier qui s'imposait initialement aux ARS pour la finalisation de leur processus de contractualisation. De fait, la loi du 10 août 2011 prévoyait que les CPOM arrivant à échéance avant le 31 mars 2012 pouvaient être prorogés pour une durée maximale de 6 mois après la publication du PRS. Ce délai au cours duquel les CPOM en cours peuvent être prorogés est ainsi porté de 6 mois à un an.



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



Patrick Pourias, Mona Mahida, Natacha Lemaire, Bernard Laurent et Samuel Pratmarty

L'année 2012 vue par... Natacha Lemaire,

sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (R)

L'année 2012 aura été marquée par de nombreux lancements importants pour la sous-direction R – et la direction – : celui du comité de pilotage sur l'hospitalisation à domicile visant à définir le positionnement de l'HAD dans l'offre de soins et celui de expérimentation d'un financement de l'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement de santé*. Sans oublier les nouvelles priorités ministérielles que sont les 12 engagements du pacte territoire santé* en direction des territoires les plus fragiles, le plan d'action relatif aux services des urgences*, le pacte de confiance* – et, plus particulièrement, les travaux du groupe 1 sur le service public hospitalier* – et, enfin, l'installation du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH)* en décembre 2012.*

Certains autres chantiers ont connu une étape de maturité comme la clarification des missions d'intérêt général (MIG) ou la pertinence des soins – avec l'élaboration de leurs guides respectifs publiés début 2013 –, la chirurgie ambulatoire* ou la mise en œuvre des plans de santé publique* arrivés dans leurs dernières années : plan Alzheimer, plan cancer, plan AVC et programme soins palliatifs, notamment.*

Dans un contexte mouvant de changement de gouvernement et de directeurs généraux de l'offre de soins, ces réalisations ont toutes bénéficié d'un soutien sans faille des équipes de la sous-direction R, que je souhaite remercier ici tout particulièrement.

**Lire les fiches et les encadrés correspondants*

La DGOS, une direction qui encourage la pertinence des soins, la qualité et la recherche

Dans la droite ligne des 1^{ers} indicateurs mis en place par les pouvoirs publics en 2006, l'année 2012 fut marquée, pour les patients, par l'exigence de pouvoir bénéficier d'une qualité et d'une sécurité des soins absolue. C'est l'une condition essentielle au maintien du consensus de la population française sur l'excellence de notre système sanitaire... mais aussi l'un des leviers de la diffusion progressive de la culture de la transparence chez les professionnels.

La mise en place du programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité

« Le programme permet une incitation financière strictement positive afin de favoriser la progression des pratiques professionnelles, au bénéfice des patients. »

Aurélien Bouchet, adjoint à la cheffe du bureau de l'évaluation, des modèles et des méthodes (R5) et Sylvain Baillot, chargé de mission au bureau R5

En France, comme dans de nombreux autres Etats, une réflexion s'est engagée sur la prise en compte de la qualité dans le financement des établissements hospitaliers. Dans notre pays, cette préoccupation s'est concrétisée par le programme IFAQ : pouvez-vous nous en donner le contenu et les objectifs ?

Le ministère des affaires sociales et de la santé a en effet engagé une réflexion visant à explorer les différentes modalités opérationnelles permettant de prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés.

Ces travaux, pilotés par la DGOS et la haute autorité de santé (HAS) et conduits par l'équipe scientifique COMPAQ, ont été menés en lien avec les fédérations hospitalières, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), l'agence nationale d'appui à la



Aurélien Bouchet et Sylvain Baillot

performance (ANAP) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

A l'issue d'une phase préliminaire, les fédérations ont validé un scénario expérimental, dans une logique incitative. Le principe de ce programme de recherche, baptisé « incitation financière à l'amélioration de la qualité » (IFAQ) est d'expérimenter un mécanisme d'incitation financière à la qualité des établissements de santé, fondé sur des indicateurs généralisés, sur les pratiques exigibles prioritaires de la certification de la HAS et sur le degré d'informatisation du dossier du patient.

De quelle façon la DGOS, copilote du programme, conduit-elle cette expérimentation ?

La DGOS et la HAS ont lancé conjointement en juillet 2012 un appel à candidatures auprès de tous les établissements de santé exerçant une activité en médecine chirurgie obstétrique (MCO). Cet appel à candidatures a connu un succès important puisque 450 établissements de santé se sont manifestés. Aussi, la DGOS a saisi cette opportunité pour revoir significativement à la hausse le nombre d'établissements participant au programme et porté le panel d'expérimentateurs de 100 à 222. De facto, l'enveloppe financière soutenant le programme a été doublée et se situe entre 10 et 14 M€.

La rémunération maximale d'un établissement ne pourra être ni supérieure à 500 000 € ni inférieure à 50 000 €. Cette incitation financière est strictement positive : il n'y a donc aucune pénalité pour les 222 établissements participants et ce, quel que soit le niveau de qualité des soins. En effet, l'objectif est bien de favoriser la progression des pratiques professionnelles, au bénéfice des patients.

Les rémunérations allouées aux établissements sont importantes : comment ceux-ci seront-ils évalués ?

Le montant de la rémunération potentielle est fonction des résultats de l'établissement sur chaque composante (indicateurs). Ce résultat, appelé « score agrégé IFAQ », est une composante de l'excellence et de la progression par rapport aux résultats antérieurs.

Le nombre d'établissements pouvant bénéficier d'une incitation financière est volontairement réduit afin que l'incitation soit significative et que les financements ne soient pas dispersés. La littérature économique montre en effet qu'une incitation financière trop faible ne permet pas d'atteindre les objectifs d'amélioration souhaités.

L'expérimentation se déroulera jusqu'en juin 2014 : à l'issue, une réflexion sera menée avec la HAS et les fédérations hospitalières pour définir les modalités de généralisation – ou non – du programme.

de 10 à 14 M€ répartis entre
222 établissements expérimentateurs
de 50 000 à 500 000 € par expérimentateur

L'exigence de la pertinence des soins

« La pertinence des soins constitue une plus-value pour les patients comme pour la société dans son ensemble : son amélioration contribue au renforcement de la qualité des soins et à une meilleure efficacité de la prise en charge en évitant des traitements inadéquats, des risques pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité. »

Cécile Béhaghel, cheffe du bureau de l'évaluation, des modèles et des méthodes (R5), **Odile Tillon-Fauré**, chargée de mission au bureau R5 et **Arnaud Fouchard**, conseiller médical au bureau R5

La question du pilotage de l'activité hospitalière est aujourd'hui incontournable : en quoi la notion de pertinence des soins peut-elle faire sens ?

La pertinence recouvre plusieurs volets : la pertinence des actes – comme le recours à la césarienne programmée à terme ou à l'appendicectomie, par exemple –, la

pertinence de l'utilisation des produits de santé, la pertinence des modalités de prise en charge – suivant qu'il s'agisse par exemple d'une hospitalisation complète ou d'une prise en charge en ambulatoire – et la pertinence des séjours et des parcours de soins.

La pertinence des soins est au cœur de la qualité et de la performance et doit être perçue comme l'une des composantes essentielles de la pratique des médecins et des soignants en général. En cela, elle constitue une plus-value pour les patients comme pour la société dans son ensemble : son amélioration contribue au renforcement de la qualité des soins et à une meilleure efficacité de la prise en charge en évitant des traitements inadéquats, des risques pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité.

Pourtant, plusieurs études indiquent des variations très fortes des taux de recours de la population aux soins hospitaliers entre les régions et entre les territoires de santé, qui ne sont pas expliquées. Cela traduit potentiellement l'existence de soins dispensés de manière non pertinente – donc d'un sur-recours – et d'inégalités dans l'accès aux soins – donc d'un sous-recours –.

De quelle façon les pouvoirs publics entendent-ils infléchir la situation pour garantir des prises en charge adaptées à la situation des patients ?

Les pouvoirs publics ne peuvent pas – et ne souhaitent pas – agir seuls : dans ce domaine, l'engagement des professionnels eux-mêmes – et notamment des commissions médicales d'établissement (CME) – est fondamental pour faire évoluer les pratiques professionnelles, au bénéfice des patients. C'est pourquoi la DGOS a constitué un groupe national réunissant l'ensemble des acteurs concernés : notamment, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), la haute autorité de santé (HAS), l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les associations de patients, les fédérations et les conférences hospitalières, les syndicats des médecins libéraux et des représentants des agences régionales de santé (ARS). Ce groupe de travail est notamment chargé de contribuer au développement des outils nécessaires à l'amélioration de la pertinence des soins. Venant compléter les recommandations de bonnes pratiques et les outils professionnels mis à disposition par la HAS, un guide méthodologique a été réalisé sous le pilotage de la DGOS à l'attention des ARS : les travaux ainsi menés s'appuient sur les réalisations de 6 d'entre elles ainsi que sur les contributions de la CNAMTS, de la HAS et de l'ATIH.



Odile Tillon-Fauré, Arnaud Fouchard et Cécile Béghaghel

Que préconise ce guide ?

Le guide aide à la mise en place de plans d'actions régionaux, en 4 phases : l'identification des enjeux régionaux à partir des données et des outils disponibles, la mise en place d'une concertation régionale, l'élaboration d'un programme d'accompagnement et de mobilisation régionale, la mise en œuvre et le suivi du plan d'actions.

Ce plan d'actions spécifique à l'amélioration de la pertinence des soins doit être décliné et formalisé dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens (CPOM)* conclus entre les ARS et les établissements de santé. Encore une fois, si l'échelon national contribue à organiser la démarche, notamment en identifiant les priorités d'action et en outillant les acteurs, les professionnels de santé en sont

les principaux acteurs. L'amélioration de leurs pratiques bénéficie à tous : patients et usagers, professionnels, pouvoirs publics. En un mot, l'ensemble de la collectivité.

Les autres leviers pour diffuser la démarche et renforcer cette exigence de prise en compte de la pertinence des soins sont la formation initiale, le développement

professionnel continu (DPC)* des professionnels de santé et la démarche de certification des établissements de santé menée par la HAS.

**Lire la fiche et l'encadré correspondants*

**4 volets de pertinence
des plans d'actions régionaux en 4 phases
6 ARS pilotes**

La réorientation des réseaux de santé

« Des démarches ont été conduites pour faire évoluer les réseaux de santé vers une mission principale d'appui à la coordination polyvalente de proximité, au service des équipes de 1^{er} recours et au bénéfice des patients en situation complexe. »

Yasmine Sammour, adjointe à la cheffe du bureau des coopérations et des contractualisations (PF3) et **Emmanuelle Hédouin**, chargée de mission au bureau PF3

Les réflexions sont actuellement nombreuses au niveau national sur la notion de parcours du patient. En quoi ces réflexions ont-elles impacté le fonctionnement et l'organisation des réseaux tels que nous les connaissons ?

Intrinsèquement, les 716 réseaux de santé recensés fin 2011 sont en effet un pilier essentiel de la coordination des soins, grâce à l'action conjointe des structures et des professionnels de santé concernés qui assurent l'orientation, la programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et le suivi des patients dans le système de santé.

Néanmoins, l'évolution à la fois des missions des réseaux, de leur périmètre d'intervention et de leurs modalités d'action devenait nécessaire. Leur bilan apparaissait contrasté : hétérogénéité des missions avec la constitution de réseaux parfois très – voire trop – spécialisés, efficience variable, articulation insuffisante avec les autres dispositifs de coordination... Par ailleurs,

la place des professionnels de santé de proximité – dits aussi de 1^{er} recours – devait être clarifiée et renforcée, de même que l'appui proposé à ces mêmes professionnels – et notamment aux médecins généralistes – dans le cadre du suivi de patients en situation complexe ou poly-pathologiques.

Le moment était donc bien choisi pour intégrer nos réflexions sur les réseaux de santé à celles, plus globales, sur l'évolution de la coordination des soins. Pour cela, un guide méthodologique proposant un repositionnement des réseaux a été publié, ainsi qu'une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé publiée en novembre 2012 par instruction conjointe de la DGOS et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS). En parallèle, plusieurs démarches ont été conduites à la fois aux niveaux national et régional en vue de faire évoluer les réseaux de santé vers une mission d'appui à la coordination aux patients en situation complexe : parmi elles, les orientations des schémas



Emmanuelle Hédouin et Yasmine Sammour

régionaux d'organisation des soins (SROS) et les expérimentations sur les parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA).

Concrètement, en quoi a consisté cette redéfinition en profondeur des missions des réseaux de santé, de leur périmètre d'intervention et de leurs modalités d'action et que peut-on en attendre ?

Principale orientation proposée par le niveau national : faire évoluer les réseaux de santé, par un dispositif lisible et réactif, vers une mission principale d'appui à la coordination polyvalente de proximité, au service des équipes de 1er recours et sur un territoire donné. Cela, en veillant à ne pas imposer un modèle unique : les équipes doivent pouvoir organiser une coordination adaptée aux besoins du bassin de population couvert... Mais aussi, aux acteurs disponibles sur le terrain : maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), structures d'exercice coordonné – maisons ou centres de santé –, centres locaux d'information et de coordination (CLIC)...

Trois missions essentielles ont été identifiées : l'organisation et la planification du parcours de santé – intégrant le retour et le maintien à domicile ainsi que la préservation des droits des patients, dans un environnement où intervient une multiplicité d'acteurs –, l'appui apporté aux différents intervenants – professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux, famille... – et l'articulation entre les différents secteurs : ville, hôpital, social, médico-social. Cette dernière mission

est essentielle : elle permet de répondre aux situations d'urgence ou très spécifiques et, surtout, de repérer des besoins de soins, d'assistance médico-sociale ou sociale non couverts. L'exercice de ces missions se traduira enfin par la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre chaque réseau et son agence régionale de santé (ARS).

Comment s'assurer que les professionnels impliqués dans les réseaux de santé pourront concrètement mettre en pratique les nouvelles orientations décidées au niveau national ?

En collaboration étroite avec la CNAMTS, des représentants des réseaux – dont l'union nationale des réseaux (UNR santé) – et des ARS, la DGOS a publié en septembre 2012 un guide méthodologique intitulé « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? ». Ce guide explicite le cadrage national – et adaptable – accompagnant l'évolution vers des réseaux polyvalents de proximité, centrés sur la coordination des soins et au service des équipes.

Très opérationnel, tourné vers les professionnels dans le but de leur faire gagner du temps et de mieux orienter leurs patients, le guide propose des fiches pratiques sur les objectifs et les leviers à mobiliser ainsi que 4 fiches documentaires élaborées à partir de retours d'expérience. Des travaux sont en cours conjointement avec la haute autorité de santé (HAS) et l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) en santé pour compléter la boîte à outils fournie par le guide. Mais aussi, avec les ARS, dans le cadre du suivi et de l'accompagnement des évolutions proposées.

716 réseaux de santé

359 patients en moyenne ayant un plan personnalisé de santé (PPS)

3,7 professionnels en moyenne par réseau

La poursuite de la politique de transparence autour de la qualité et de la sécurité des soins

« Les patients sont de mieux en mieux informés et montrent une certaine exigence – légitime – d'information et de transparence lors de leur hospitalisation. »

Valérie Salomon, cheffe du bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2) et **Marielle Marbach**, conseillère experte au bureau PF2

La qualité et la sécurité des soins constituent un axe fort de l'action de la DGOS à destination des professionnels de santé. Pouvez-vous nous en rappeler les enjeux et les objectifs ?

En effet, toutes les mesures successives mises en place par le ministère chargé de la santé depuis presque 10 ans témoignent de son engagement important sur

(HAS) ont rendu concrète, de manière coordonnée, une politique volontariste débouchant sur la mise en place d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins dispensés en établissement.

Depuis 2006, la liste des indicateurs s'est étoffée : actuellement, le dispositif est constitué de 16 indicateurs de processus associés à des objectifs prioritaires d'amélioration de la qualité. Sur le champ de la lutte contre les infections associées aux soins – et parmi elles, les infections nosocomiales –, 7 indicateurs coordonnés par la DGOS évaluent l'organisation, les moyens et les actions mis en place dans un établissement pour la maîtrise du risque infectieux. Sur le champ de la qualité de la prise en charge du patient, 9 indicateurs coordonnés par la HAS mesurent des éléments clés : tenue du dossier patient, dépistage des troubles nutritionnels, lutte contre la douleur...

Ces 16 indicateurs sont avant tout des outils mis au service de la transparence due aux patients. D'ailleurs, la loi rend obligatoire la diffusion annuelle, par chaque établissement de santé public ou privé, de ses résultats auprès du public, sous peine de sanction financière. Cette diffusion publique est organisée au niveau national sur le site internet Platines : ce 1^{er} niveau d'information institutionnelle doit permettre aux usagers un choix avisé et éclairé de leur établissement de recours. Au-delà, le suivi dans le temps et les comparaisons entre établissements constituent de véritables facteurs d'amélioration de la prise en charge des patients.

Quels ont été les principaux enseignements constatés en 2012 par la DGOS sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins ?

La diffusion publique des indicateurs a pour conséquence de mobiliser les établissements de santé pour améliorer leurs pratiques. Dans ce cadre, il est primordial de



Marielle Marbach et Anne Vitoux

les problématiques de qualité et de sécurité de la prise en charge des patients. N'oublions pas que ces derniers et, de manière globale, les usagers du système de santé, sont de mieux en mieux informés et montrent une certaine exigence d'information et de transparence lors de leur hospitalisation, que ce soit à l'hôpital ou en clinique. C'est bien pour répondre à ces attentes – légitimes – que la DGOS et la haute autorité de santé



Point presse de restitution des résultats 2011 par la DGOS et la HAS en novembre

maintenir une communication la plus large possible autour des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, indépendamment du fait que les résultats soient en progression chaque année. Leur bonne utilisation, leur compréhension et, au-delà, l'appropriation du sens de notre politique seront d'autant plus importantes que les résultats sont transparents, lisibles, accessibles non seulement aux professionnels mais également aux usagers. En 2012, le temps fort de cette communication s'est déroulé fin novembre lors de la 2^{ème} édition de la semaine de la sécurité des patients, intégrant à cette occasion la mission mains propres. Les résultats 2011 des 16 indicateurs ont été rendus publics par la DGOS et la HAS : ils faisaient état d'une constance dans l'implication des équipes hospitalières et dans les moyens mis en œuvre pour améliorer encore et toujours la prise en charge. Au niveau du score agrégé des infections associées aux soins, 81 % des établissements étaient répartis en moyenne entre les 2 meilleures classes, A et B. Pour ce qui concerne la qualité, la progression des résultats était plus variable selon les indicateurs : par exemple, un patient sur 2 seulement recevait son compte-rendu de fin d'hospitalisation dans les 8 jours alors que 7 sur 10 bénéficiaient d'une évaluation et d'un suivi de leur douleur pendant leur séjour.

Passé un certain niveau d'excellence des établissements de santé dans leurs résultats, notamment sur le champ de la sécurité des soins, comment maintenir la dynamique et la faire perdurer ?

C'est en effet une limite identifiée de notre politique actuelle : comment, année après année, maintenir la

validité des résultats des indicateurs sachant que la quasi-totalité des établissements progresse et que la très grande majorité d'entre eux figure dans les meilleures classes ?

En 2006, les 1^{ers} indicateurs ont permis de poser les fondamentaux des organisations : lutte contre les infections nosocomiales, qualité du dossier patient. Nous devons à présent passer à une nouvelle version de ces indicateurs : c'est ce qui a été proposé aux établissements dès le recueil des résultats 2011 achevé. Pour le recueil 2012, un indicateur de 2^{ème} génération, plus exigeant sur le bon usage des antibiotiques (ICATB.2) et en lien avec les objectifs du plan d'alerte sur les antibiotiques, est testé pour une diffusion publique en 2014 sur l'activité 2013. Par ailleurs, de nouveaux indicateurs seront opposables en 2013 et concerneront la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde, la prévention et la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat en obstétrique.

Dans la continuité des indicateurs déjà généralisés et de ceux validés par les équipes de recherche, la stratégie est désormais de développer des indicateurs dans des domaines où l'évaluation de la qualité des soins est insuffisante, ainsi que des indicateurs de résultats. C'est tout l'enjeu du programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), qui intégrera à terme des indicateurs sur la qualité des parcours de soins, la qualité des soins en psychiatrie, l'impact du management sur la qualité et la sécurité des soins, le point de vue des patients. Sans oublier, le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)*, expérimenté en 2013 et destiné à renforcer l'intérêt à agir des équipes.

**Lire la fiche correspondante*

**7 indicateurs pour la maîtrise
du risque infectieux
9 indicateurs pour la qualité
de la prise en charge
81 % des établissements
en classes A et B**

La nouvelle génération d'indicateurs

Anne Vitoux, adjointe à la cheffe du bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2)
et *Marielle Marbach*, conseillère experte au bureau PF2

Dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins, la quasi totalité des indicateurs actuellement soumis à diffusion publique sont des indicateurs de structure ou de processus. Le plus souvent, ils sont difficiles à interpréter pour les patients et les usagers, du fait du lien indirect qui existe entre les résultats de ces indicateurs et la qualité des pratiques. Dans ce contexte, la DGOS et la haute autorité de santé (HAS) ont engagé des travaux en lien avec des équipes de recherche sur l'élaboration d'indicateurs de résultats, plus compréhensibles pour les usagers, qui viendront compléter et enrichir le dispositif déjà existant et traduire l'efficacité des actions engagées. A ce jour, 3 champs sont explorés pour développer ce type d'indicateurs : la satisfaction des patients via l'indicateur I-SATIS*, la sécurité des patients – notamment via les PSI (Patients Safety Indicators) – et les taux de mortalité.

Sur ce dernier point, des travaux sont menés depuis 2009 par une équipe de recherche pour produire, en collaboration avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), un ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH), à partir des données issues du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI).

Sur le champ de la sécurité des patients, le développement de « Patient Safety Indicators », également obtenus à partir du PMSI, est en cours dans le cadre d'un projet issu du programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) 2009-12. Ces PSI, dont le but est de mesurer la survenue de certains événements indésirables associés aux soins, sont actuellement en validation. La qualité de la prise en charge en ambulatoire* fait également l'objet de travaux avec notamment un indicateur de ré-hospitalisation après chirurgie ambulatoire.

En parallèle à ces projets de recherche, une saisine du haut conseil de la santé publique (HCSP) a permis de constituer un groupe d'experts : celui-ci a proposé 6 indicateurs de résultats concernant la lutte contre les infections nosocomiales, qui devront être soumis aux sociétés savantes concernées et aux associations d'usagers en 2013.

**Lire la fiche et l'encadré correspondants*

Le soutien à la recherche translationnelle

« La recherche translationnelle se développe à proximité des patients et doit permettre l'application rapide des connaissances au bénéfice des malades. »



Marie Sengelen et Noël Lucas

La recherche médicale a été citée par le Premier ministre comme l'un des 3 piliers de la stratégie nationale de santé qu'il a annoncée. Pouvez-vous rappeler le rôle de la DGOS dans ce domaine ?

La recherche médicale se partage entre recherche fondamentale et clinique. La 1^{ère} vise à faire avancer la connaissance, par exemple à mieux comprendre le corps humain et ses pathologies : la 2^{nde} a un objectif appliqué au progrès médical – développement de nouveaux traitements ou comparaisons de différentes technologies de santé – pour optimiser la prise en charge.

L'accompagnement par la DGOS débute à l'étape de la recherche clinique, en aval de la recherche fondamentale : il se poursuit tout au long du processus d'évaluation et de validation des traitements, jusqu'à leur prise en charge par la collectivité et leur accès par les patients.

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

Qu'appelle-t-on recherche translationnelle et pourquoi la DGOS s'y investit-elle ?

La recherche translationnelle est une composante majeure de la recherche biomédicale – c'est-à-dire de la recherche organisée et pratiquée sur l'être humain et ses pathologies – pour développer les connaissances biologiques et médicales. Elle assure un continuum entre la recherche fondamentale et la recherche clinique et inversement. D'une part, elle permet le transfert de concepts issus de la recherche fondamentale vers des applications cliniques : d'autre part, elle pose à la recherche fondamentale des questions issues de l'observation de patients ou de cohortes de patients. Ainsi, la recherche translationnelle se développe à proximité des patients et doit permettre l'application rapide des connaissances au bénéfice des malades.

C'est bien pour accélérer ce mouvement que la DGOS a lancé en 2012 un nouveau programme spécifiquement tourné vers la recherche translationnelle. Ce programme de recherche translationnelle en santé (PRTS) vise à répondre aux besoins de financement spécifiques des études qui se situent en aval des projets exploratoires soutenus par l'agence nationale de la recherche (ANR) et en amont des projets soutenus par le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) de la DGOS. Le partenariat avec l'ANR était donc une évidence pour la mise en œuvre du PRTS.

La vocation première du PRTS est de soutenir des projets collaboratifs concernant des questions scientifiques situées à l'interface entre la recherche fondamentale et la recherche clinique. Les résultats de la mise en œuvre de ces projets doivent permettre la formulation de nouvelles hypothèses susceptibles d'être testées dans le cadre d'une recherche clinique. L'objectif est de décloisonner les pratiques et le périmètre des institutions de recherche pour augmenter le potentiel et accélérer le progrès médical.

Comment la DGOS peut-elle favoriser l'émergence d'une recherche translationnelle de qualité ?

La DGOS n'a pas vocation à financer seule la recherche translationnelle. C'est pourquoi, pour le PRTS, elle s'est associée à l'ANR qui financera la partie relative aux organismes de recherche, la DGOS finançant la partie hospitalière. Par ailleurs, la DGOS et l'institut national du cancer (INCa) ont déjà un appel à projets conjoint (PRT-K) pour contribuer à l'émergence d'une recherche translationnelle de haut niveau dans tous les domaines de la cancérologie, selon les mêmes modalités.

Le champ des appels à projets de la recherche translationnelle, dont les résultats seront connus fin 2013, couvre l'évaluation et la validation d'outils pédagogiques, le pronostic et le suivi du patient, ainsi que la validation

de cibles médicamenteuses et de marqueurs biologiques contribuant à la prévention, au diagnostic précoce et au traitement. Mais aussi, le développement de dispositifs biomédicaux ou d'approches thérapeutiques issus de la recherche fondamentale, sans oublier le développement d'alternatives expérimentales aux différentes étapes des essais cliniques chez l'homme et la mise au point de nouveaux modèles précliniques dédiés aux nouvelles thérapies.

Les espoirs sont nombreux et la DGOS entend contribuer au niveau qui est le sien sur la progression des thérapeutiques, au bénéfice direct des patients.

12 M€ en 2013

pour environ 30 projets de recherche



Le programme « Hôpital numérique »

Franck Jolivaldt, chef de la mission systèmes d'information des offreurs de soins (MSIOS), *Anne-Alexandra Babu*, *Sarah Grammatyka* et *Pierre Duclos*, chargés de mission à la MSIOS

Le programme Hôpital numérique 2012-17 constitue la stratégie nationale pour le développement et la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) sur 6 ans. Son but : élever le niveau de maturité des systèmes d'information pour la production de soins dans l'ensemble des établissements de santé – publics et privés –, de façon à améliorer significativement la qualité et la sécurité des soins qu'ils délivrent, ainsi que leur efficacité opérationnelle.

Le programme est constitué de 4 axes : gouvernance, compétences SI, offre de solutions et financement. Sur chacun des axes, la DGOS, pilote du programme, déroule un plan d'actions en lien avec les partenaires désignés pour l'accompagner.

C'est ainsi qu'en 2012, des travaux ont été conduits avec la haute autorité de santé (HAS), qui permettent depuis avril 2013 d'intégrer 27 indicateurs « Hôpital numérique » dans les certifications menées par la HAS.

L'agence des systèmes d'informations partagés (ASIP) en santé et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ont travaillé à l'élaboration d'un guide sur la mutualisation et l'externalisation des SIH. L'ANAP est chargée du projet d'accompagnement des établissements pour l'atteinte des cibles d'usage des SIH par les professionnels de santé.

La délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) a publié la feuille de route du chantier « homologation des applications informatiques hospitalières ». La DSSIS, responsable de ce chantier va désormais poursuivre ses travaux : 1^{ère} étape, la publication d'une charte de bonnes pratiques, qui doit faire l'objet d'une concertation avec les industriels puis d'une présentation au comité français d'accréditation (COFRAC) au 2nd semestre 2013.

A son niveau, la DGOS a mis en place de larges actions d'accompagnement des établissements de santé pour l'atteinte des 3 pré-requis du programme : celles-ci ont notamment pris la forme d'une « boîte à outils » permettant de réaliser un autodiagnostic et de dérouler un plan d'actions pour atteindre les pré-requis du programme.



Yannick le Guen et Emmanuel Luigi

En ce qui concerne la sous-direction PF, l'année 2012 a été marquée par un effort accru dans la conception de politiques d'intervention visant à coordonner de manière plus efficace les différents acteurs concernés.

A ce titre, je souhaiterais mettre en exergue le programme national pour la sécurité des patients (PNSP), qui établit pour la 1^{ère} fois une feuille de route commune entre la DGOS, la direction générale de la santé (DGS) et la haute autorité de santé (HAS) afin de favoriser l'accès à des soins curatifs ou préventifs dans des conditions garantissant leur qualité et donc – en 1^{er} lieu – leur sécurité. Mais aussi, l'appel à projets « Territoire de soins numérique » (TSN)*, programme ayant pour objectif de développer, au sein d'un territoire donné, des services innovants : cela, pour une meilleure prise en charge dans une logique de parcours, en s'appuyant sur le partage et l'échange d'informations associant les patients et l'ensemble des acteurs – ville, hôpital, médico-social – de la chaîne de soins. Autre chantier d'ampleur : la mise à disposition d'outils d'évaluation médico-économique des réseaux*, permettant aux agences régionales de santé (ARS) de mieux coordonner, via une logique de résultat, les prises de décision locales de l'organisation du système de santé. Enfin, le lancement – avec l'agence nationale de la recherche (ANR) – du 1^{er} appel à projets autour*

L'année 2012 vue par... Yannick le Guen,

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

du programme de recherche translationnelle en santé (PRTS) permettra de concevoir et de valider de nouvelles stratégies préventives, diagnostiques, pronostiques ou thérapeutiques via des efforts conjugués de communautés scientifiques dont les disciplines impliquent des logiques, des valeurs et des pratiques profondément différentes.*

2012 aura également vu l'installation d'un comité interministériel de la performance et de la modernisation (COPERMO) de l'offre de soins hospitaliers, qui assurera la coordination des programmes nationaux d'amélioration de la performance des établissements de santé : investissements, programme PHARE* sur les achats, gestion des lits... Tout en veillant à évaluer leur impact en termes d'amélioration du service rendu aux patients, des conditions de travail des professionnels et d'efficacité de la gestion des établissements.*

Je voudrais saluer le travail des équipes qui ont su, une fois encore, relever brillamment et avec enthousiasme tous ces nouveaux défis, dans un contexte qui aurait pu obérer notre programme de travail.

**Lire la fiche et l'encadré correspondants*



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

La DGOS, une direction qui consolide la crédibilité financière des établissements de santé

En 2012 et en dépit d'un contexte économique difficile, la situation financière des hôpitaux publics et leur performance économique se sont globalement améliorées. Néanmoins, certaines situations financières fortement dégradées perdurent pour quelques établissements. Face à ce constat, la DGOS a décidé d'accompagner les hôpitaux concernés dans leurs efforts de retour à l'équilibre : cette action est rendue possible par l'action et le suivi assurés par 2 niveaux d'instances nouvelles.

La réforme du financement des établissements de santé



Virginie Dubos, Sandrine Billet et Edith Riou

« La tarification hospitalière doit être appréhendée non comme une fin mais comme un outil technique au service des politiques publiques de santé : à ce titre, le modèle actuel doit évoluer. »

Samuel Prاتمarty, adjoint à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (R), **Sandrine Billet**, cheffe du bureau de la synthèse organisationnelle et financière (R1) et **Marie Sevin-Bourcy**, adjointe à la cheffe du bureau

La campagne budgétaire et tarifaire 2012 des établissements de santé s'est déployée avant l'arrivée aux responsabilités du nouveau gouvernement. Quelles en étaient les grandes orientations ?

Pour 2012, l'objectif des dépenses des établissements de santé s'est établi à 74,6 Md€, en progression de 2,56 % par rapport à l'année passée. Dans ce cadre, la campagne 2012 était marquée par une double volonté : en 1^{er} lieu, celle d'assurer aux établissements de santé la stabilité et

la visibilité du modèle. De ce fait, il a été décidé, comme en 2011, de ne pas recalculer l'ensemble des tarifs mais de procéder à des modulations tarifaires en partant des tarifs précédents, en fonction des politiques publiques à mettre en œuvre. En 2nd lieu, la volonté déterminée des pouvoirs publics de respecter strictement l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) comme cela est le cas, chaque année maintenant, depuis 2010. Ainsi, des mises en réserve prudentielles de crédits ont été opérées. Le gel partiel des crédits mis en réserve a permis de compenser les dépassements de dépenses liés



Bastien Gondre, Hélène Coulonjou et Antoine Letiers

à la dynamique d'activité constatée, pour 2012, au niveau des établissements tarifés à l'activité.

Le gouvernement a souhaité atténuer les effets de la campagne 2012 dès la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2013. Ainsi, comment se présente la campagne budgétaire et tarifaire 2013 ?

La campagne 2013 est indéniablement une campagne de transition, fondée sur des hypothèses d'activité plus réalistes et marquée par des évolutions significatives. A commencer par l'abandon de la convergence des tarifs hospitaliers entre le secteur public et le secteur privé, qui a constitué une 1^{ère} étape de la réaffirmation du service public hospitalier* dans la loi, en l'occurrence dans la LFSS 2013. D'autres étapes suivront avec la définition et l'identification des missions de ce service public et, plus globalement, du service public territorial de santé issu des travaux du pacte de confiance avec les hospitaliers.*

Autre mesure clé : une nouvelle modalité de régulation de l'ONDAM mise en œuvre avec la création d'un coefficient prudentiel. Objectif de ce dispositif : exonérer du gel budgétaire les dotations MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) et reporter celui-ci principalement sur les tarifs de prestations d'hospitalisation, à l'origine du dépassement.

Au niveau de l'ONDAM, l'objectif des dépenses des établissements de santé s'établit à 76,2 Md€, en progression de 2,6 % soit 1,9 Md€ supplémentaire par rapport à 2012. Cela marque le volontarisme du gouvernement malgré un contexte économique difficile.

Quelle évolution pour le financement des établissements de santé ?

Dans l'absolu, la tarification hospitalière doit être appréhendée non comme une fin mais comme un outil technique au service des politiques publiques de santé. A ce titre, le modèle doit évoluer pour corriger les insuffisances actuelles et permettre à l'hospitalisation d'affronter les défis de l'avenir. Le rapport remis par Edouard Couty dans le cadre du pacte de confiance avec les hospitaliers* a tracé de très intéressantes pistes de réflexion, en la matière.

Le comité de réforme de la tarification hospitalière*, installé en décembre 2012 par Marisol Touraine, devra définir un programme de travail en juillet 2013 : celui-ci contiendra des mesures à effet immédiat ainsi que des orientations à moyen terme nécessaires pour adapter notre modèle de financement hospitalier aux enjeux de la médecine de parcours, de la qualité et de la pertinence des soins.

S'agissant des soins pour lesquels l'actuelle tarification ne s'avère pas être le bon outil, le modèle de financement évoluera pour laisser place à des modes de financement plus appropriés.

**Lire les fiches et l'encadré correspondants*

**74,6 M€ pour l'ONDAM hospitalier 2012
soit + 2,57 % et 1,9 Md€ supplémentaire
par rapport à 2011**

Le comité de réforme de la tarification hospitalière

Samuel Pratmarty, adjoint à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (R), **Sandrine Billet**, cheffe du bureau de la synthèse organisationnelle et financière (R1) et **Isabelle Petit**, chargée de la coordination du comité au bureau R1

Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, a installé en décembre 2012 le comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH), concrétisant l'un des engagements du président de la république dans ce domaine.

Au-delà de la suppression de la convergence des tarifs hospitaliers entre le secteur public et le secteur privé, décidée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, d'autres évolutions ont vocation à être apportées au modèle de financement des établissements de santé dans les années à venir. En effet, le modèle de financement doit s'adapter aux évolutions des pratiques professionnelles mais également permettre d'accompagner le patient dans son parcours de soins.

Le CORETAH réunit, sous la présidence du directeur général de l'offre de soins, plusieurs personnalités qualifiées ainsi que l'ensemble des représentants des établissements de santé : les fédérations hospitalières – FHF, FHP, FEHAP, FNEHAD, UNICANCER –, les conférences hospitalières de directeurs, de directeurs généraux et de présidents de commission médicale d'établissement et les représentants des administrations : le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la direction du budget (DB), la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), la haute autorité de santé (HAS), l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Ce comité constitue un lieu d'échanges privilégiés et transparents et orientera stratégiquement les travaux techniques. D'ores et déjà, les 1^{ères} séances du comité de réforme ont été consacrées à débattre du projet de programme de travail global pluriannuel qui servira de cadre aux travaux techniques à venir.

Le rééquilibrage de la situation financière des hôpitaux

« Les pouvoirs publics ont véritablement modernisé les dispositifs de supervision financière des hôpitaux en soutenant la performance et en accompagnant les établissements les plus en difficulté. »

Hugo Gilardi, chef du bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés (PF1), **Claire Bouinot**, **Salloua Brahmi** et **Yann Lequet**, chargés de mission au bureau PF1

La pérennité de notre système de soins hospitaliers suppose un assainissement durable de la situation financière des hôpitaux publics : c'est désormais l'objectif affiché des pouvoirs publics. Connait-on déjà les résultats financiers pour 2012 ?

Selon les 1^{ères} données disponibles – encore provisoires –, la situation financière des hôpitaux publics s'améliorerait en 2012. Après plusieurs années de déficit, le résultat global redeviendrait excédentaire pour la 1^{ère} fois depuis au moins 2008 et la capacité d'autofinancement des établissements se stabiliserait à son niveau élevé de 2011.

Ces résultats seront affinés à l'automne 2013 : néanmoins, la tendance qui se dégage de ces 1^{ers} chiffres est incontestablement encourageante. Pour preuve, le résultat global – tous budgets confondus – des hôpitaux publics s'améliorerait de plus de 400 M€ pour atteindre un excédent d'environ 100 M€. Ce redressement des comptes est constaté dans toutes les catégories d'établissements : les centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHR/CHU) comme les centres hospitaliers de taille plus modeste.

Ce retour à l'équilibre traduit avant tout les efforts déployés au quotidien par les équipes hospitalières, très impliquées et conscientes des enjeux liés au retour à l'équilibre financier de leurs établissements.

Précisément, quels sont ces efforts de la part des équipes hospitalières pouvant expliquer l'amélioration notable de leur situation financière ?

Le redressement tendanciel des comptes des hôpitaux publics marque les nombreux efforts de productivité que ceux-ci ont engagés depuis plusieurs années. En effet, les établissements ont absorbé – sans aggraver leur déficit – la baisse régulière du taux d'évolution de leurs principales ressources, à savoir les produits versés par l'assurance maladie. Mieux encore, ils sont parvenus, dans ce contexte contraint de ressources, à dégager des marges de manœuvre croissantes, grâce notamment à une meilleure maîtrise de leurs principaux postes de dépenses. C'est ce que confirme l'augmentation régulière du taux de marge brute, passé de 5,7 % en 2007 à 7,4 % en 2012. Pour mémoire, ce taux de marge mesure l'épargne dégagée par les hôpitaux sur leur fonctionnement courant pour financer leurs investissements.

Au final, ces efforts de productivité contribuent à renforcer la capacité des établissements à conduire les investissements nécessaires à leur modernisation et – surtout – à l'amélioration continue du service rendu aux patients.

Et quel soutien de la part des pouvoirs publics ?

En 2012, dans le but d'accompagner les hôpitaux dans le rééquilibrage de leur situation financière, la DGOS a poursuivi – et approfondi – la mise en œuvre de ses grands programmes nationaux d'amélioration de la performance : PHARE pour les achats hospitaliers*, FIDES pour la facturation, la généralisation de la comptabilité analytique, l'essor de la chirurgie ambulatoire... En 2013 et en 2014, de nouveaux programmes nationaux destinés à mobiliser l'ensemble des leviers de la performance seront

déployés : l'amélioration de la gestion des lits – sous l'égide de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) – pour désengorger les services d'urgence et fluidifier l'aval des épisodes aigus de prise en charge, ou encore la certification des comptes.



Claire Bouinot, Yann Lequet, Salloua Brahmi et Hugo Gilardi

Surtout, les pouvoirs publics ont véritablement modernisé leur dispositif de supervision financière des hôpitaux avec l'installation du comité de la performance et de la modernisation (COPERMO)* de l'offre de soins hospitaliers. Au niveau national, cette instance a pour mission de coordonner les politiques de soutien à la performance et d'accompagner les établissements les plus en difficulté dans leurs efforts de redressement budgétaire et d'investissement. Au niveau régional, ont également été installés des comités de veille active sur la trésorerie*, composés de représentants des agences régionales de santé (ARS) et des directions régionales des finances publiques (DRFIP).

En termes de tendance, c'est donc dans un climat de confiance que se présente l'année 2013.

*Lire les encadrés correspondants

100 M€ d'excédent budgétaire
7,4 % de marge brute

Une supervision accrue de l'Etat sur la situation financière des hôpitaux

Yannick le Guen, sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, *Emmanuel Luigi*, adjoint au sous-directeur et *Hugo Gilardi*, chef du bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés (PF1)

Depuis 2012, 2 niveaux de supervision accompagnent le suivi financier des établissements les plus en difficulté. Fruit du regroupement de 3 comités nationaux – suivi des risques financiers, pilotage des contrats de performance et validation des projets d'investissement –, le comité de la performance et de la modernisation (COPERMO) de l'offre de soins hospitaliers a été installé en décembre 2012 par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Fonctions principales de cette instance interministérielle : valider et suivre les mesures proposées par les agences régionales de santé (ARS) et les établissements concernés – en présence de leurs représentants –, en vue de renforcer la qualité des soins et les organisations internes. Mais aussi, sélectionner, à la demande des ARS, les projets d'investissements hospitaliers les plus performants. Sans oublier, assurer le suivi des projets de retour à l'équilibre des établissements les plus en difficulté en fixant leurs modalités à court terme – 3 ans – et en contrôlant, en lien avec les ARS, le respect de la trajectoire fixée.

Au niveau local, les comités régionaux de veille active des situations de trésorerie des hôpitaux ont été installés par circulaire en septembre 2012. Les ARS et les directions régionales des finances publiques (DRFiP) sont chargées de piloter et d'animer un dispositif régional de veille conjointe pour assurer un traitement local des difficultés financières des établissements. Et, le cas échéant, alerter les administrations centrales sur les hôpitaux confrontés aux difficultés les plus sérieuses.

Au travers de l'analyse des plans prévisionnels de trésorerie, les comités pourront anticiper les périodes de forte tension et envisager les solutions à apporter au niveau local. Pour les situations financières les plus dégradées, une intervention du niveau national pourra être décidée pour garantir la solvabilité des établissements et les aider à faire face aux difficultés de trésorerie.

La mise en place de ces dispositifs coordonnés au niveau national vise donc à détecter les situations financières les plus complexes afin d'accompagner les hôpitaux concernés et de rétablir, ainsi, leurs capacités d'autofinancement. Cela, pour pouvoir faire face à leurs besoins d'investissement et se projeter vers l'avenir avec confiance.



Le programme PHARE sur les achats hospitaliers

Hervé de Trogoff, responsable du programme, bureau de l'efficacité des établissements de santé publics et privés (PF1)

Aujourd'hui, les achats effectués par les hôpitaux publics représentent au total 18 Md€ en dépenses annuelles, dont 60 % d'achats de produits de santé. Ils sont supérieurs aux achats de l'État, qui s'élèvent à 17 Md€, hors armement.

Pour porter la dynamique nécessaire à l'essor et à la structuration de la fonction achats au sein des hôpitaux, un programme national baptisé « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE) a été lancé fin 2011 par la DGOS, qui le pilote. Objectif : dégager des « économies intelligentes », c'est-à-dire acheter mieux pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux – dans un contexte général de contrainte budgétaire – tout en conservant la qualité de prise en charge des patients. Pour atteindre cet objectif, le programme PHARE accompagne les établissements au niveau de meilleures pratiques en matière d'achat : renforcer le dialogue prescripteur/acheteur, raisonner en coût complet, activer le marché fournisseurs, suivre l'exécution des marchés... Près de 1 500 professionnels – acheteurs hospitaliers, pharmaciens, ingénieurs, prescripteurs, agences régionales de santé (ARS) – se sont déjà engagés dans le programme, de même que plus de 80 hôpitaux, inscrits dans un processus de transformation autour d'un plan d'action achats sur toutes les catégories de dépense. En moyenne, c'est une économie de 2 à 3 % de gains achats qui est réalisée par les établissements les plus avancés dans la démarche.

Les 1^{ers} résultats confirment que le potentiel de gains du programme PHARE – 900M€ attendus sur 3 ans – est réaliste et atteignable. Pour preuve, quelques chiffres marquants pour 2012 : 172 M€ de gains achats réalisés par les hôpitaux et les groupements, 54 M€ de gains générés par les plans d'action achats des établissements, 58 M€ de gains procurés par les groupements régionaux à leurs adhérents, 67 M€ de gains engrangés par les opérateurs nationaux (UniHA, UGAP, Unicancer), 95 acheteurs – 64 établissements, 27 groupements et 4 opérateurs nationaux – ayant calculé leurs gains achats 2012-13.

En 2012, le projet ARMEN, qui vise à identifier des actions concrètes de gains achats issues d'expériences réussies sur le terrain, s'est intensifié. Deux vagues du projet ont été menées par quelque 200 professionnels hospitaliers : elles ont permis d'identifier plus de 150 recommandations opérationnelles et un potentiel d'économies d'environ 2 Md€ en 3 ans. Cela, sur 20 segments parmi lesquels les médicaments, les dispositifs médicaux à usage unique, la fonction linge, les mobiliers de soin, l'imagerie de coupe, les dépenses immobilières, les logiciels, les assurances...

La vague 3 d'ARMEN sera lancée officiellement à la rentrée 2013 et couvrira 10 segments ainsi que la simplification du processus achats.

Conjointement avec le RESAH-IDF, UniHA, UNICANCER achats et la FEHAP, la DGOS a élaboré un document disponible en ligne présentant 12 bonnes pratiques clés pour optimiser ses achats. Par ailleurs, depuis octobre, des formations élaborées avec l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) sont mises en place pour les chefs d'établissement, les responsables achats et les acheteurs eux-mêmes.

Le maintien du recours à l'emprunt des hôpitaux

« Malgré la réticence des banques à financer le secteur hospitalier, plusieurs facteurs devraient permettre de mieux répondre aux besoins d'emprunt des hôpitaux. »

Emmanuel Luigi, adjoint au sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF),
Yann Lhomme, adjoint au chef du bureau de l'efficacité des établissements de santé publics et privés (PF1),
Claire Bouinot,
Magali Tribodet
et **Emilie Gonzales**,
chargées de mission au bureau PF1



Yann Lhomme, Emilie Gonzales et Magali Tribodet

Notre pays connaît depuis quelques années un contexte économique difficile. En 2012, quelles ont été les conséquences du resserrement de l'accès aux crédits bancaires pour les établissements de santé ?

La raréfaction des crédits bancaires accordés aux hôpitaux publics en 2012 trouve son explication à 2 niveaux. D'une part, le retrait d'abord partiel – puis total – de la banque Dexia, partenaire financier historique des hôpitaux : d'autre part, la réticence croissante des autres banques à financer un secteur dont le niveau de risque est réévalué à la hausse.

Cette évolution de la stratégie des banques résulte en grande partie du fait qu'elles ont anticipé les règles de Bâle 3. Pour mémoire, cet accord publié en décembre 2010 se concentre principalement sur la solvabilité des banques : l'idée est de renforcer aussi bien le niveau que la qualité des fonds propres pour permettre aux institutions financières d'être plus à même d'absorber les pertes sur des prêts ou des investissements en cas de crise. Dans une moindre mesure, cette évolution résulte également de communications négatives sur le secteur dans le courant de l'année : cas isolés d'assignation des banques, dégradation de la note de l'émission obligataire des centres hospitaliers universitaires (CHU) par une

agence de notation, menace de défaut de paiement de la part d'un CHU, etc. Cette situation a conduit certains hôpitaux pourtant en bonne santé – et qui, généralement, avaient accès à l'emprunt – à ne plus être en capacité de trouver les financements nécessaires.

De quelles façons les pouvoirs publics peuvent-ils accompagner les établissements de santé dans leurs efforts de financement de leurs investissements ?

Toute une palette de mesures impliquant les agences régionales de santé (ARS), allant du tour de table auprès des organismes bancaires aux actions de crédibilisation des projets à financer, est mise en place au niveau local.

Au niveau national, une enveloppe de 500 M€ a été réservée sur les fonds d'épargne de la caisse des dépôts et consignations (CDC), afin d'aider prioritairement les hôpitaux les plus en difficulté à trouver des financements sur le long terme.

Dans ces conditions, comment s'annonce l'année 2013 ?

Malgré la réticence des banques à financer le secteur hospitalier, plusieurs facteurs devraient permettre de mieux répondre aux besoins d'emprunt des hôpitaux. Et parmi eux, l'arrivée de « nouveaux » acteurs bancaires d'envergure, en particulier la banque postale dès juin 2013. En outre, la CDC et la banque européenne d'investissement (BEI) poursuivront leur participation au financement des hôpitaux français.

Ensuite, un effort particulier a été entrepris pour permettre la diversification des sources de financement. Ainsi, l'émission obligataire « CHU 3 » a été un succès indéniable, avec 228 M€ et un « AA » par l'agence de notation Fitch.

Au final, l'offre de prêt devrait satisfaire à la demande en 2013, d'autant plus que les plans de relance de l'investissement arrivent à leur terme.

500 M€ de financement par la CDC
228 M€ pour « CHU 3 »



Michèle Lenoir-Salfati, Raymond le Moign,
Christine Gardel et Marie-Andrée Lautru

L'année 2012 vue par... Raymond le Moign,

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

Agenda social, pacte de confiance avec les professionnels de santé, pacte territoire santé ont témoigné en 2012 d'un ensemble de préoccupations marquées par la réinterrogation du sens à donner au travail individuel et collectif, mais aussi par la nécessité de réinvestir la thématique de l'exemplarité des employeurs publics et, enfin, par la nouvelle attention à accorder à l'attractivité des carrières et des parcours professionnels.

Entre travaux normatifs, procédures d'urgence, demandes d'explication, recherche de simplification, application des lois, négociations tous azimuts, co-construction et co-compréhension, la sous-direction RH2S a montré que l'impératif de management bienveillant pouvait

être conciliable avec l'objectif d'amélioration de la performance sociale. Que l'on pouvait continuer à apprendre sur l'évolution des stratégies diagnostiques et thérapeutiques de prise en charge en concertant avec les partenaires sociaux. Et surtout, que nul besoin n'était d'être administrativement bavard pour être entendu, entendre et dessiner ainsi ce que l'Etat pouvait avoir de grand et de précieux.

Formation initiale, évolution des métiers, gestion du temps de travail, développement professionnel continu et formation professionnelle, qualité de vie au travail reflètent cette richesse et toutes ces ambitions.



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

La DGOS, une direction qui soutient les professionnels de santé

Emergence de synergies nouvelles rendue possible par les mesures du pacte territoire santé, valorisation des acteurs par la mise en place du développement professionnel continu (DPC) et la mise en œuvre du dispositif LMD... Autant de réponses dont disposent les agences régionales de santé (ARS) pour assurer sur le terrain une offre de soins de qualité et accessible à tous.

La réingénierie de la formation des professionnels paramédicaux

« Pour les infirmiers, 92 % des étudiants ayant suivi le référentiel de formation rénové de 2009 ont été admis au diplôme d'Etat reconnu au grade de licence : les résultats sont très positifs. »

Sonia Lédée, adjointe à la cheffe du bureau de la démographie et des formations initiales (RH1), **Dominique Monguillon**, conseillère pédagogique nationale, **Manuela Goncalves** et **Pierre-Benjamin Gracia**, chargés de mission au bureau RH1, **Carole Merle**, adjointe au chef du bureau de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu (RH2) et **Laetitia Faveraux**, chargée de mission au bureau RH2

Laetitia Faveraux, Dominique Monguillon, Pierre-Benjamin Gracia et Manuela Goncalves



Qu'appelle-t-on réingénierie des formations ou des diplômes dans le champ de la santé ?

La réingénierie – ou réécriture – consiste, à partir du référentiel d'activités d'un métier, à faire correspondre les savoirs et les compétences requis pour le diplôme correspondant, c'est-à-dire à bâtir un référentiel de compétences et des critères d'évaluation de ces compétences. C'est ce référentiel et ces critères qui définissent le niveau d'exigence du diplôme.

La réingénierie des diplômes et des formations ne doit pas être confondue avec un autre dispositif, celui de la démarche européenne licence master doctorat (LMD) – dit « d'universitarisation » –, qui recouvre quant à elle l'intégration des formations initiales des professionnels dans des cursus universitaires.

Le 1^{er} métier à faire l'objet d'une réingénierie fut à l'époque celui d'infirmier diplômé d'Etat : peut-on aujourd'hui en dresser le bilan ?

Oui car en juillet 2012, les 1^{ers} étudiants ayant suivi le référentiel de formation rénové de 2009 ont été admis au diplôme d'Etat reconnu au grade de licence. Les résultats à cette 1^{ère} session sont très positifs : 92 % des candidats présentés ont été admis. Le taux de reçus au regard des inscrits de 1^{ère} année est de 76 %, proche des années précédentes.

A l'issue de la 1^{ère} promotion, la DGOS a diligenté une enquête auprès de l'ensemble des parties prenantes : les directeurs d'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et leurs équipes, les étudiants eux-mêmes, les universités partenaires, les agences régionales de santé (ARS), les conseils régionaux, les directions

régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), les organisations syndicales et les fédérations d'employeurs. Les retours ont été nombreux et témoignent de l'implication de tous. L'analyse a permis de dégager les points forts et les évolutions positives, les difficultés rencontrées et les points à améliorer ainsi que les propositions et les souhaits d'évolution.

Le travail entre IFSI et universités a permis d'ajuster les enseignements et de les articuler avec les soins infirmiers. Cependant, les niveaux de satisfaction divergent, en fonction du degré d'implication des partenaires mais surtout de la situation géographique des IFSI et des moyens humains et matériels dont disposent universités et instituts.

Les unités d'intégration, modalités nouvelles introduites par le référentiel, sont jugées très positives : elles donnent du sens aux semestres et favorisent la démarche réflexive. Certains soulignent l'évolution de la réflexion pédagogique au cours des années de mise en œuvre : si tous le trouvent très intéressant et enrichissant, le référentiel est toutefois jugé très dense et laissant peu de temps aux étudiants pour l'appropriation des connaissances.

Le renforcement du partenariat entre IFSI et lieux de stage a également des effets positifs : aspect qualifiant des stages, accompagnement des équipes à la logique de construction des compétences, mise en place de formations au tutorat, élaboration d'outils communs. L'implication des formateurs, des tuteurs et des professionnels de proximité est soulignée par la très grande majorité des acteurs mais le temps consacré à l'encadrement des étudiants n'est pas suffisamment pris en compte dans la charge de travail des équipes, alors même que le contexte des établissements est très tendu. Des difficultés persistent, voire s'accroissent : capacités d'accueil insuffisantes – particulièrement pour certains types de stages et à certaines périodes, manque de professionnels formés au tutorat, notamment. La DGOS réunira très prochainement plusieurs groupes de travail pour proposer des améliorations du dispositif, notamment autour des parcours de stage.

Une enquête sur le suivi des cohortes d'étudiants a également été initiée et les résultats des étudiants tout au long du cursus font l'objet d'une attention particulière, avec une vigilance accrue portée aux causes d'interruptions et d'échecs en cours de formation. Il en est de même pour le devenir des jeunes diplômés : en effet, des difficultés en matière d'employabilité semblent émerger dans certaines régions ou dans certains établissements.

Une évaluation externe de la réforme est prévue pour 2013 : elle permettra de conforter les 1^{ères} analyses comme les axes de progrès.

Quelles nouvelles formations paramédicales ont bénéficié de la poursuite de la réingénierie en 2012 ?

Après le diplôme d'Etat d'infirmier en 2009 et le diplôme d'Etat d'ergothérapeute en 2010, 3 professions paramédicales ont vu leurs formations réingénierées en 2012 : les manipulateurs radio et les pédicures-podologues, dont le diplôme d'Etat sera reconnu au grade de licence, ainsi que les infirmiers anesthésistes, dont le diplôme d'Etat sera reconnu au grade de master. Ces nouveaux programmes visent à répondre aux évolutions du système de soins et des besoins de santé.

Un comité de suivi a été mis en place pour chaque filière de formation : rééducation, médico-technique et infirmiers spécialisés. Il associe les représentants de la DGOS, de la direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP), de la conférence des présidents d'université, des conseils régionaux, des ARS, des syndicats et des associations professionnelles, des instituts de formation, des étudiants et des employeurs. Objectif : suivre la mise en œuvre des nouveaux programmes de formation et proposer les ajustements nécessaires, à partir des retours des instituts.

Quels ont été résultats des négociations menées notamment avec les régions sur la compensation financière aux régions des coûts induits par la réforme du LMD ?

Durant l'année 2012, un travail d'estimation des surcoûts générés par la réforme du programme de la formation infirmière a également été mené. A partir d'une enquête auprès d'un échantillon de 80 IFSI, une expertise sur chacun des postes de dépenses a abouti à un accord de tous les partenaires – et notamment des régions, qui financent la formation – sur une méthode de calcul transposable pour l'ensemble des formations réingénierées : sont ainsi valorisés les enseignements assurés par des universitaires mais aussi la coordination pédagogique et administrative, le temps consacré à l'examen des dispenses de scolarité et à la recherche de nouveaux stages, le suivi des étudiants et le matériel indispensable aux travaux pratiques.

**1,5 million de professionnels
non médicaux**

La réingénierie de la formation des cadres de santé

« **Les cadres de santé se sont trouvés confrontés à 2 changements majeurs : la nouvelle organisation en pôles et l'universitarisation des formations paramédicales.** »

Michèle Lenoir-Salfati, adjointe au sous-directeur des ressources humaines du système de santé (RH2S), **Anne Dardel**, cheffe de la mission études d'impact métiers et masse salariale (MEIMMS) et **Isabelle Monnier**, chargée de mission au bureau de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu (RH2)



Carole Merle, Sonia Lédée et Isabelle Monnier

Avec les évolutions successives de la gouvernance interne des hôpitaux, les fonctions de cadre de santé sont au cœur de beaucoup d'enjeux. Quels ont été les évolutions principales de ce métier ?

Au cours des 5 dernières années, les cadres de santé se sont trouvés confrontés à 2 types de changements majeurs : d'une part, l'évolution des organisations et des modes de management hospitaliers en raison notamment de la nouvelle organisation en pôles, qui a bousculé les liens et les lignes hiérarchiques. En outre, l'organisation territoriale des soins – notamment dans le cadre d'une médecine de parcours – oblige désormais à rompre avec une logique d'organisation strictement hospitalo-centrée. D'autre part, l'évolution des modes d'apprentissage, marquée par l'universitarisation des formations paramédicales – c'est-à-dire leur intégration dans des filières universitaires – a bouleversé les modes d'apprentissage traditionnellement transmis par les pairs et les modes de construction pédagogique.

A savoir : la population des cadres de santé va connaître dans les années à venir un renouvellement générationnel sans précédent : d'ici 2015, près de 80 % des cadres et de cadres supérieurs en poste en 2000 seront partis en retraite.

Qu'entend-on par réingénierie du diplôme de cadre de santé ?

A l'instar de ce qui est conduit pour l'ensemble des professions paramédicales depuis 2006*, la DGOS a démarré en 2011 la réingénierie du diplôme de cadre de santé.

Nous avons privilégié une approche métier plutôt qu'une logique statutaire. Si certaines activités et certaines compétences sont évidemment communes, il est apparu rapidement important de former les cadres au plus près des exigences de leur exercice et de déterminer très précisément les compétences spécifiques attendues.

Notre choix a donc été de répartir les 3 principaux métiers exercés par les cadres de santé dans une logique distincte de la logique statutaire : le cadre responsable d'unité de soins, le cadre de pôle, le cadre formateur en techniques, management et pédagogie.

Ces 3 métiers ont été les fils conducteurs de l'ensemble des travaux qui ont abouti à l'élaboration de 2 référentiels activités-compétences distincts : l'un pour les cadres responsables d'unité de soins, centré sur le soin et sur la prestation au patient, l'autre pour les cadres formateurs, centré sur la réussite des étudiants.

Sur les bases des travaux prospectifs, nous avons engagé, avec la même méthode très participative, la 1^{ère} phase des travaux de réingénierie du diplôme.

Quelles seront les prochaines étapes ?

La 1^{ère} phase des travaux, aujourd'hui achevée, doit maintenant nous conduire à nous interroger sur la pertinence du dispositif actuel de formation. Un cursus unique pour les cadres de santé – que ceux-ci exercent en institut de formation ou dans l'encadrement d'un secteur clinique – est-il toujours compatible avec l'acquisition de compétences différenciées ?

**Lire la fiche correspondante*

D'autres questions se posent également sur l'accès au cursus et, notamment, son ouverture à la validation des acquis de l'expérience (VAE) – la durée nécessaire des études permettant à la fois d'apporter des compétences communes et d'approfondir les champs de compétences spécifiques à chaque exercice – ainsi que sur le modèle d'apprentissage et notamment l'intérêt de concevoir des cursus en alternance.

Enfin le processus d'universitarisation, en œuvre pour les formations paramédicales, ouvre le débat sur plusieurs points : faut-il maintenir pour les cadres un réseau de formation ad hoc via le réseau des instituts de

formation (IFCS) ou faut-il concevoir des parcours plus universitaires ? De même, quel parcours de formation pour les formateurs en instituts ?

Ce sera tout l'enjeu de la 2nde phase des travaux de réingénierie, qui commencera au 2nd trimestre 2013. Son objectif : construire avec les professionnels les lignes d'une formation cadre renouvelée, avec en perspective les réponses à l'important renouvellement générationnel touchant la profession.

**Lire la fiche correspondante*

La mise en œuvre du développement professionnel continu

« 2012 aura été l'année au cours de laquelle ont été installées les instances de gouvernance du DPC, ce qui permettra une mise en œuvre effective du dispositif en 2013. »

Guy Boudet, chef du bureau de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu (RH2), **Martine Vassaux**, adjointe au chef du bureau, **Anne-Sophie Grobost** et **Pascal Pfister**, chargés de mission au bureau RH2

Pouvez-vous rappeler l'enjeu que constitue le DPC pour les professionnels de santé ?

Le développement professionnel continu (DPC) a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cela, en prenant en compte nécessairement les priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Sont concernés par le DPC, quels que soient leurs modes d'exercice, les professionnels médicaux – médecins mais aussi chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes – et paramédicaux, soit au total plus de 1,8 million de professionnels. Le DPC comporte, pour chaque professionnel de santé, l'analyse de sa pratique ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente : le professionnel satisfait à cette obligation dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif, annuel ou pluriannuel.



Anne-Sophie Grobost, Guy Boudet et Pascal Pfister

La gestion du dispositif est confiée à un organisme gestionnaire du DPC (OGDPC), groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat et l'assurance maladie. Le financement du DPC des professionnels de santé libéraux ou exerçant en centres de santé conventionnés est assuré directement par l'OGDPC, celui des professionnels de santé salariés relevant de leurs employeurs, publics ou privés. Ceux-ci peuvent se libérer de cette obligation auprès d'un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA).

Quatre commissions scientifiques indépendantes (CSI) pour les professionnels médicaux et une commission scientifique du haut conseil des professions

paramédicales (HCPP) sont placées auprès de l'OGDPC pour évaluer les organismes habilités à dispenser des programmes de DPC.

Quatre ans après son instauration, où en est-on de la mise en place du DPC ?

En 2012, la plus grande partie des textes réglementaires relatifs au DPC a été publiée. Pour les professionnels de santé, sont parus les 4 décrets sur le DPC des professionnels médicaux et le décret sur les professionnels paramédicaux : chacun précise le contenu de l'obligation de DPC, son organisation, son financement et les modalités de contrôle de l'obligation. Ont suivi les 5 décrets précisant le rôle des CSI puis les 5 arrêtés de nomination des membres de ces commissions. Dans l'année, ont été installées successivement la CSI pharmaciens, la CSI sages-femmes, la CSI chirurgiens-dentistes et la commission paramédicale. Pour la CSI médecin, en raison de difficultés rencontrées pour la représentation de la spécialité de médecine générale, il a fallu modifier le décret et procéder à de nouvelles nominations en janvier 2013. Ces instances scientifiques, dont le secrétariat est assuré par l'OGDPC, ont d'abord

examiné en 2012 les méthodes et les modalités de DPC proposées par la haute autorité de santé (HAS) ainsi que les orientations nationales proposées par le ministère des affaires sociales et de la santé.

Peut-on dire que les instances de gouvernance du DPC sont en place ?

Oui car 2012 aura également été l'année au cours de laquelle ont été installées les instances de gouvernance du DPC, ce qui permettra une mise en œuvre effective du dispositif en 2013.

L'OGDPC a été créé officiellement le 1^{er} juillet 2012 : à la fin de cette même année, ont été mis en place le conseil de surveillance, l'assemblée générale Etat/UNCAM, le conseil de gestion Etat/UNCAM et représentants des professionnels de santé et le comité paritaire Etat/UNCAM et représentants des professionnels de santé libéraux. Toutes les conditions sont à présent réunies !

1,8 million de professionnels concernés
1 OGDPC et 5 commissions indépendantes

La réforme du compte épargne temps dans la fonction publique hospitalière et pour les professionnels médicaux

« La modification principale du dispositif consiste à élargir les possibilités d'utilisation des CET en ajoutant la possibilité de voir une partie des jours placés sur le compte indemnisé à celle de maintenir l'utilisation des jours sous forme de congés. »

Christine Gardel, adjointe au sous-directeur des ressources humaines du système de santé (RH2S),
Patricia Rucard, adjointe à la cheffe du bureau des ressources humaines hospitalières (RH4)
et **Gilles de Kermenguy**, chargé de mission au bureau RH4

Pour quelles raisons devenait-il urgent de faire évoluer le dispositif réglementaire des comptes épargne temps à l'hôpital ?

Le dispositif du compte épargne temps (CET) a été introduit dans les hôpitaux publics en mai 2002, dans le

prolongement de l'instauration de la réduction du temps de travail (RTT) pour les agents relevant de la fonction publique hospitalière et en novembre de la même année pour les personnels médicaux.



Patricia Rucard et Gilles de Kermenguy

Dix ans après son entrée en vigueur, la réglementation du CET nécessitait une évolution pour 2 raisons principales : d'abord, les accords signés en 2008 entre le gouvernement, les organisations représentatives de praticiens hospitaliers et les organisations syndicales représentatives des fonctionnaires prévoyaient de mettre en œuvre de nouvelles modalités de gestion et d'utilisation du CET, notamment par la possibilité d'une indemnisation de jours. Ensuite, les décrets « fondateurs » du CET dans les hôpitaux prévoyaient que l'apurement des comptes, sous la forme exclusive de prise de congés, devait intervenir avant l'expiration d'un délai de 10 ans à compter de leur ouverture : cela plaçait cette échéance pour un certain nombre d'agents au 1^{er} janvier 2013.

Après des travaux interministériels de concertation avec les représentants des agents et des praticiens hospitaliers, les textes modificatifs ont été publiés en décembre 2012 et seront ensuite complétés par des circulaires d'application.

Quelles sont désormais les modalités de gestion des CET ?

La durée du CET « nouveau » n'est plus limitée à 10 ans. Toutefois, des règles nouvelles sont mises en place dans l'objectif de mieux réguler les CET : la progression annuelle du nombre de jours pouvant être inscrits dans le compte est plafonnée, de même que le nombre de jours pouvant être maintenus dans le compte. Mais la modification principale du dispositif consiste à ouvrir le droit d'indemniser une partie des jours épargnés tout en maintenant, bien entendu, la possibilité d'utiliser ces jours sous forme de congés.

Et pour ce qui concerne les CET « historiques » ?

La gestion des stocks de jours existants au 31 décembre 2011 pour les agents de la fonction publique hospitalière ou au 31 décembre 2012 pour les professionnels médicaux est réglementée par des dispositions transitoires figurant en fin de chacun des décrets publiés en décembre 2012. Elles permettent une résorption étalée des jours accumulés sur les comptes, chacun pouvant choisir, avant le 1^{er} juin 2013, de recourir aux mesures proposées par le nouveau dispositif.

Le lancement du programme de prévention des risques professionnels

« Les questions de santé au travail et de prévention des risques psychosociaux nécessitent une vigilance toute particulière en raison des conditions d'exercice des équipes : rythme de travail, accompagnement de patients et de familles en état de souffrance ou d'angoisse, agressivité... »

Eric Sanzalone, chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales (RH3), **Martine Cavallé**, adjointe au chef du bureau, **Christine Tual** et **Eléonore Dubois**, chargées de mission au bureau RH3

Depuis plusieurs années, les acteurs hospitaliers ont été fortement sensibilisés aux risques professionnels et se sont engagés dans la démarche. Comment la DGOS peut-elle favoriser la diffusion des bonnes pratiques reconnues dans ce domaine ?

En effet, à l'hôpital ou en clinique, les questions de santé au travail et de prévention des risques psychosociaux (RPS) nécessitent une vigilance toute particulière en raison des conditions d'exercice des équipes : rythme de travail, accompagnement de patients et de familles en état de souffrance ou d'angoisse, agressivité, voire violence de la part de certains publics...



Christine Tual, Eric Sanzalone, Martine Cavallé et Eléonore Dubois

Afin de mettre en valeur des bonnes pratiques vis-à-vis du plus grand nombre d'établissements, la DGOS a lancé en 2012 un appel à projets national. Celui-ci est destiné à accompagner certaines démarches novatrices dans la prévention des RPS, afin de les faire connaître et de les valoriser auprès d'établissements non encore engagés.

Les projets des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, ont été retenus sur la base d'un diagnostic mettant notamment en évidence un taux d'absentéisme élevé, un turn-over important, des difficultés organisationnelles ou des changements structurels. En interne, ils ont au préalable fait l'objet d'un consensus et d'une concertation avec les médecins du travail, les membres des comités d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT) et les représentants des personnels. Chaque agence régionale de santé (ARS) a été invitée à proposer la candidature d'un ou de 2 projets, après consultation des partenaires sociaux de la région.

Les projets transmis par les ARS ont été sélectionnés au niveau national en novembre 2012 par des membres de la CHSCT du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH).

Comment seront accompagnés les établissements porteurs des projets retenus ?

L'accompagnement des projets pilotes sera réalisé sur 3 ans, entre décembre 2012 et décembre 2015. Leur financement se fera via un abondement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) des établissements de santé concernés. De plus, ceux-ci pourront faire l'objet d'un suivi particulier par leurs ARS, tant en termes financiers – dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR) – que d'appui et de soutien dans la conduite des projets, inscrits dans une annexe des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus avec les agences.

Un comité national de suivi des projets a été créé : en plus de représentants de la DGOS, il se compose de représentants des établissements sélectionnés, de représentants des ARS, d'experts de la haute autorité de santé (HAS) et du fonds national de prévention de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), de représentants de la

CHSCT du CSFPH. Le comité se réunira tous les 6 mois afin de mesurer l'état d'avancement des actions mises en œuvre par les établissements et de soutenir, si nécessaire, les projets rencontrant certaines difficultés.

Dans le souci d'un maximum de visibilité sur les projets pilotes, la DGOS assurera leur promotion, par la publication de leurs résultats sur le site internet du ministère des affaires sociales et de la santé.

**1 M€ pour 10 établissements pilotes
un accompagnement de 3 ans**

La relance de l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière

« *L'ONEMFPH joue un rôle fondamental de réflexion sur les métiers actuels ainsi que sur les métiers dits émergents, dont les besoins se feront plus pressants dans les années à venir.* »

Anne Dardel, cheffe de la mission études d'impact métiers et masse salariale (MEIMMS), **Clément Corriol**, adjoint à la cheffe de mission et **Edith Coma**, chargée de la coordination de l'observatoire à la MEIMMS

La fonction publique d'Etat et la fonction publique territoriale disposent chacune d'une instance d'orientation et de réflexion stratégique sur leurs métiers respectifs. Peut-on considérer que l'ONEMFPH constitue cette instance pour la fonction publique hospitalière ?

En effet, l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH) joue ce rôle fondamental de réflexion sur les métiers actuels – que ceux-ci soient en tension ou non – ainsi que sur les métiers dits émergents, dont les besoins se feront plus pressants dans les années à venir. Les missions de l'ONEMFPH sont distinctes de celles du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) ou du haut conseil des professions paramédicales (HCPP) mais complémentaires en matière de ressources humaines.

L'observatoire dispose de compétences dans 4 domaines: le suivi de l'évolution des emplois dans la FPH, le développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle et prospective et d'orientations prioritaires – en particulier en matière de formation –, le suivi de l'évolution des métiers, des fonctions et des qualifications et, enfin, le recensement des nouveaux métiers et de leurs caractéristiques.

L'ONEMFPH a été créé par décret en décembre 2001 : c'est un organisme paritaire associant des représentants du ministère, des employeurs et des organisations syndicales. Sa composition est directement tirée de celle du CSFPH : en 2012, elle a été élargie à des personnalités appartenant à des organismes qualifiés en matière de ressources humaines, au nombre de 5 dont un représentant de l'association des régions de France (ARF).

Preuve de cette ouverture : aujourd'hui, l'ONEMFPH est présidé par une personnalité extérieure, Paul Pény, directeur général de l'administration à la régie autonome des transports parisiens (RATP).



Anne Dardel, Edith Coma et Clément Corriol

Quelles évolutions l'ONEMFPH a-t-il connues en 2012 ?

En 2012, l'observatoire a vu ses missions, sa composition et son fonctionnement modifiés par décret en mai. Désormais, l'ONEMFPH peut émettre des recommandations et organiser la diffusion de bonnes pratiques, voire celle de ses propres travaux. Le rapport annuel du HCPP lui sera désormais transmis.

Quant aux axes de son programme de travail pour 2012, ceux-ci étaient au nombre de 3 : l'actualisation au fil de l'eau du répertoire des quelque 200 métiers de la fonction publique hospitalière – disponible en ligne – à laquelle s'attellera en priorité l'observatoire, le développement d'une dimension « gestion prévisionnelle des métiers et des compétences » (GPMC) et la volonté de s'inscrire dans la participation à la construction d'un observatoire social.

4 domaines de compétences

3 axes de travail

200 métiers dans le répertoire de la FPH

La campagne de promotion des métiers de la santé

Stéphane Grossier, chef de la mission communication, *Lucie Dufour*, adjointe au chef de la mission, *France Quatremarre*, chargée de mission, *Aurélien Chauveau*, responsable web et éditions, *Michel Chapon*, webmestre

En mars 2012, la DGOS a lancé une grande campagne nationale de valorisation des métiers de la santé, en collaboration avec la délégation à l'information et à la communication (DICOM) des ministères chargés des affaires sociales. Signée « La santé, c'est 200 métiers et autant de façons de voir son avenir », cette campagne avait pour objectif de souligner la diversité et la richesse des métiers de la santé – non pas exercés uniquement à l'hôpital – ainsi que les nombreuses opportunités de formation, des conditions d'exercice attractives et l'ouverture du secteur aux nouvelles technologies.

La campagne s'adressait prioritairement aux jeunes de 15 à 25 ans, à leurs parents, à leurs proches et à toute personne en recherche d'emploi ou en reconversion professionnelle. Du 12 au 31 mars, elle s'est appuyée sur un large dispositif média et hors média avec, en point d'orgue, la diffusion de 2 spots radio sur des stations à forte audience jeune et la tenue d'une opération partenariale privilégiée avec l'une d'entre elles autour de chroniques radio spécifiques, de flashes info dédiés aux métiers de la santé, d'un forum et d'un blog. Ce dispositif intégrait également une affichette et un kit de supports disponibles dans des lieux d'information ciblés – lycées, CIDJ, CROUS, mission locales, Pôle Emploi... – repris dans la presse gratuite étudiante.

A l'occasion de la campagne, un espace internet pérenne a été créé au sein du site du ministère chargé de la santé, présentant les quelque 200 métiers de la santé recensés avec un focus sur 16 métiers moins connus et des interviews vidéo de professionnels. Des fiches téléchargeables présentent chaque métier en décrivant le quotidien des professionnels, les formations nécessaires, les fourchettes de rémunérations et des verbatims de professionnels.

En relais de ces actions et afin d'être au plus proche du public, des points presse locaux ont été organisés au sein de 6 agences régionales de santé (ARS) à Lille, Strasbourg, Lyon, Marseille, Bordeaux et Nantes. Ces points presse, tenus en présence de professionnels de santé des régions concernées, ont été suivis d'échanges avec des jeunes au sein d'établissements scolaires ou supérieurs ou de forums d'orientation professionnelle.

Promouvoir les métiers de la santé n'est ni anodin ni anecdotique. D'ici 2015, ce secteur – qui représente environ 6,6 % de la population active – continuera à recruter très fortement sous l'effet conjugué de 2 facteurs démographiques : d'une part, le renouvellement générationnel des professionnels de la santé – avec des départs à la retraite importants depuis 2008 et qui le resteront jusqu'en 2025 – et, d'autre part, le vieillissement de la population qui verra s'accroître de manière significative les besoins de soins et apparaître de nouveaux métiers.

Plus que jamais, la santé, c'est l'avenir !



Affiche de la campagne de promotion des métiers de la santé

La DGOS, une direction qui consacre la place du patient au cœur du système de santé

Onze ans après le vote de la loi Kouchner, les usagers de la santé se voient reconnaître comme des interlocuteurs mieux informés... et mieux formés. Leur action permet souvent de réelles améliorations dans les prises en charge, en particulier au niveau de la qualité et de la sécurité des soins. Désormais, la DGOS inscrit son action auprès de populations plus spécifiques, dans le cadre des parcours de santé, de soins et de vie.

La promotion des droits des usagers de la santé

« Demain, l'enjeu portera sur le respect des droits des patients et des usagers dans leurs parcours de santé, de soins, de vie. »



Sandrine Perrot, Mireille Garcia, Nadège Poirel, Alexandra Fourcade et Sandra Doreau

L'année 2011, consacrée « année des patients et de leurs droits », avait connu un succès remarquable. Avez-vous réussi, en 2012, à maintenir cette dynamique autour de la promotion des droits ?

Oui, sans aucun doute et cela est rassurant ! En raison du grand succès rencontré sur le terrain auprès de tous les acteurs concernés par le dispositif mis en place en 2011 – institutionnels, professionnels, associatifs –, nous avons décidé d'en reconduire les actions les plus emblématiques avec le même objectif : celui de mieux faire connaître,

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

encore et toujours, les droits des patients en particulier et ceux des usagers – malades, familles et accompagnants – en général. Deux sondages établis pour le lancement de l'année des patients et de leurs droits montraient respectivement que 70 % des Français ne savaient pas forcément disposer de droits lors de leur prise en charge médicale et qu'à peine 50 % des professionnels connaissaient les dispositions liées à ces droits. Le chemin est encore long mais les actions de promotion et de communication entamées par la DGOS depuis 3 ans commencent à donner des résultats. La preuve : en 2012, 70 projets innovants ou démarches expérimentales sur les quelque 200 recensés ont été labellisés par 20 agences régionales de santé (ARS) sur 26, attestant par cette caution institutionnelle de leur intérêt dans la promotion et la visibilité des droits sur le terrain.

En novembre, le concours annuel « droits des usagers » est venu récompenser 5 des meilleurs labels, chacun recevant un prix de 2 000 € : un projet associatif – celui du collectif interassociatif sur la santé (CISS) de Picardie intégrant la parole des usagers malades chroniques dans

Droits des usagers de la santé



le cursus d'enseignement des études médicales – , 2 projets hospitaliers – celui du centre hospitalier universitaire de Limoges autour du deuil périnatal et celui du centre hospitalier de Château-Thierry autour du handicap sensoriel –, un projet « ambulatoire » – celui de l'association Santé service Bayonne sur la promotion

de la bientraitance dans les soins à domicile – et, enfin, un projet institutionnel – celui de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Bourgogne et Franche-Comté mené pour remédier aux situations d'exclusion de soins –.

Année après année, par quels moyens suscitez-vous l'enthousiasme des porteurs des projets à se manifester auprès de leurs ARS ?

Outre le prix reçu par chaque lauréat, la promotion de leurs actions s'est faite notamment en ligne, au sein de l'espace internet du ministère consacré spécifiquement aux droits des usagers de la santé. Leurs projets ont rejoint la liste – déjà longue ! – de tous ceux labellisés depuis 2011, accessibles via une carte de France de France dynamique qui les valorise région par région. A noter que cet espace internet est en mouvement : sur le fond, les éléments documentaires afférents aux droits ont été actualisés et enrichis et, sur la forme, les informations utiles ont été mises en valeur visuellement. Par ailleurs, nous sommes en cours de constitution d'un onglet consacré à la problématique « culture et santé » – sur le modèle des labels – afin de promouvoir, en lien avec le ministère de la culture et de la communication, toutes les actions de terrain permettant aux patients de poursuivre – voire de débiter – leur vie culturelle en établissement. Nous sommes en ordre de marche pour l'édition 2013 du label et du concours « Droits des usagers de la santé » !

En marge du succès de la labellisation de projets et du concours annuel, quels ont été les dossiers marquants de la DGOS dans le domaine des droits des usagers ?

Incontestablement, l'année aura été marquée par l'aboutissement d'un sujet d'ampleur : l'harmonisation des espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux (ERERI). La finalité de ces espaces est de constituer, en lien avec les centres hospitalo-

universitaires, des lieux de formation, de documentation, de rencontre et d'échange interdisciplinaire sur les questions d'éthique dans le domaine de la santé. Depuis 2004, une vingtaine d'espaces éthiques ou de centres de réflexion éthique s'était constituée : cependant, en l'absence de texte réglementaire, leur statut, leur organisation et leurs moyens de fonctionnement étaient très hétérogènes. En janvier 2012, un arrêté, complété d'une instruction en mars, sont venus donner un cadre unique à ces espaces, homogénéiser leurs règles de constitution, de composition et de fonctionnement par le biais d'une convention constitutive type et assurer une plus grande transparence sur les moyens alloués. On peut espérer que la mise en place d'espaces de réflexion éthique rénovés les aidera à remplir pleinement leurs missions : notamment, celle de susciter l'organisation de débats publics afin de promouvoir l'information et la consultation des citoyens – donc des patients et des usagers – sur les questions d'éthique, dans le domaine des sciences de la vie et de la santé.

En marge de ce chantier abouti sur les ERERI, la DGOS poursuit ses travaux autour de la mobilisation des professionnels des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux au moment de leur formation continue. Deux axes ont été privilégiés dans une circulaire : l'amélioration de la gestion des plaintes et des réclamations des usagers et un focus sur la laïcité appréhendée selon ses principes et ses fondements.

D'ores et déjà, nous nous projetons dans la stratégie nationale de santé, autour de laquelle toute la DGOS se mobilise : demain, l'enjeu qui nous concernera directement portera sur le respect des droits des patients et des usagers dans leurs parcours de santé, de soins, de vie.

70 projets labellisés par 20 ARS
5 lauréats au concours 2012
environ 20 ERERI

L'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés

Violette Garcia, chargée de mission au bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2)

En 2011, la DGOS a débuté le processus de généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés au sein de tous les établissements de santé – qu'ils soient publics et privés – exerçant une activité de médecine chirurgie obstétrique (MCO).

Cet indicateur, « I-SATIS », est le 1^{er} indicateur de résultat destiné aux patients et aux usagers. Il vise à promouvoir la qualité des soins en tenant compte de l'avis des patients hospitalisés et permet de connaître l'opinion de ces derniers sur les différentes composantes humaines, techniques et logistiques concourant à leur prise en charge.

Pour chaque établissement, la démarche repose sur une enquête téléphonique annuelle réalisée environ 4 à 6 semaines après la sortie des patients choisis pour répondre aux questions. Les entretiens téléphoniques sont réalisés par un institut de sondage indépendant de l'établissement de santé, au moyen d'un questionnaire commun à tous intégrant un module d'items optionnels à sélectionner.

Actuellement expérimenté dans près de 200 établissements de santé, la généralisation d'I-SATIS est prévue pour 2014.

L'accès aux soins des personnes handicapées

« L'approche de droit commun n'apparaît pas toujours suffisante car elle ne permet pas de répondre à certaines situations particulières qui se caractérisent par des difficultés d'accès physiques ou des difficultés de communication. »

Laetitia Chevalier, chargée de mission au bureau des prises en charges post aigües, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4) et **Philippe Magne**, conseiller-expert au bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2)

Le président de la république a choisi de rétablir un grand ministère chargé des affaires sociales et de la santé. Dans le domaine du handicap, quelles avancées peut-on en attendre ?

L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées est un droit consacré par la loi de février 2005 et une dimension importante de l'accès à la vie de la cité. Jusqu'à présent, cet accès a été traité sous l'angle du droit



Philippe Magne et Laetitia Chevalier

commun, dans le cadre de la politique d'organisation des soins. L'idée partagée étant que cette approche « universelle » est la mieux adaptée car la moins stigmatisante. Cependant, cette approche n'apparaît pas toujours suffisante car elle ne permet pas de répondre à certaines situations particulières qui se caractérisent par des difficultés d'accès physiques à certains lieux, par des difficultés de communication. Ou encore, par la complexité de certaines situations, qui impliquent qu'une place particulière soit accordée à l'entourage des patients ou que la réponse intègre les intervenants des services et des établissements médico-sociaux. Si les soins liés au handicap ne posent généralement pas de problème, ce n'est pas le cas de l'accès aux soins courants – bucco-dentaires, gynécologiques, ophtalmologiques... – pour les personnes handicapées. Or, ces personnes sont exposées à un risque plus élevé de pathologies que la population générale, non seulement du fait de leur handicap qui les y prédispose mais également en raison d'une prise en charge insuffisante voire inadaptée.

Sur le champ du handicap, la DGOS joue-t-elle un rôle plus important qu'on pourrait le penser ?

En effet, dans ce domaine, notre direction est de plus en plus présente ! Par exemple, en 2012, la DGOS a mis l'année à profit, sous l'égide de la délégation ministérielle à l'accessibilité et en lien avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), pour mettre à la disposition de tous les professionnels de santé un guide méthodologique afin de favoriser l'accessibilité des locaux

des professionnels de santé, des cabinets médicaux et paramédicaux, des officines de pharmacie et des laboratoires de biologie médicale. Ce guide, disponible en ligne, permet d'aborder l'échéance du 1^{er} janvier 2015 pour la mise en conformité des lieux de prévention, de diagnostic ou de soins. Un travail a également été engagé avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et s'est traduit dans les contenus d'enseignement du nouveau diplôme de formation approfondie en sciences médicales.

Autre participation importante : celle de notre direction au comité interministériel du handicap, qui doit se tenir en 2013. A la demande du Premier ministre, ce comité doit élaborer une stratégie gouvernementale de prise en compte du handicap. Afin de faire des propositions sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées, la DGOS s'est principalement fondée, avec les administrations et les partenaires concernés, sur le rapport remis par Pascal Jacob, président de l'association Handidactique, à Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé et à Marie-Arlette Carlotti, ministre déléguée aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion. Mais aussi, sur les conclusions de l'audition publique organisée par la haute autorité de santé (HAS) en 2008 et sur les propositions du conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) de 2011.

Parmi toutes les propositions, figurent l'objectivation du recours aux soins des personnes handicapées, l'organisation d'une offre de soins accessible dans les territoires, la dynamisation du rôle des structures médico-sociales, l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge à l'hôpital, de la coordination des parcours de santé dans le cadre du droit commun et des pratiques des professionnels de santé. Sans oublier, le développement d'un accès équitable à la prévention.

Le sujet du handicap a également vocation à s'inscrire dans la stratégie nationale de santé, dont la méthodologie s'appuie en partie sur la remontée d'expériences probantes mises en place dans les territoires pour faciliter les parcours de santé des personnes et, notamment, celui des personnes handicapées.

**9,6 millions de personnes handicapées
en France (INSEE)**



Colloque santé-justice organisé en novembre

L'accès aux soins des personnes placées sous main de justice

Dominique Peton Klein,
directrice de projet sur la prise en charge des personnes placées sous main de justice (DSR)

L'année 2012 a vu l'aboutissement des travaux engagés 3 ans auparavant autour de l'actualisation du plan d'actions stratégiques 2010-14 pour la politique de santé des personnes placées sous main de justice, rendu public en octobre 2010.

Les axes de ce plan ont été intégrés à la 3^{ème} édition du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, élaborée conjointement par les ministères chargés de la santé et de la justice sous la coordination de la DGOS.

Particulièrement attendu par tous les professionnels impliqués, ce document de référence a été diffusé à tous les intervenants – sanitaires et pénitentiaires – contribuant à ces missions, soit en milieu ouvert, dans le cadre de mesures non privatives de liberté – contrôle judiciaire, sursis, travail d'intérêt général –, soit en milieu fermé – personnes détenues en attente de jugement ou condamnés soumis à une peine privative de liberté –.

L'édition actualisée du guide prend en considération les nombreuses dispositions législatives et réglementaires intervenues au cours de ces 10 dernières années ainsi que les précisions et les clarifications attendues des professionnels de terrain. Mais aussi, les situations particulières du milieu pénitentiaire et les points clés de l'amélioration constante des pratiques. Quatre parties structurent le guide : l'organisation des structures administratives et de gestion, le système de soins et les modalités d'exercice des personnels soignants, les documents cadres, les annexes. Cela, avec un même objectif transversal : celui de l'amélioration constante de la prise en charge sanitaire de cette population spécifique que constituent les personnes placées sous main de justice.

C'est avec ce même objectif qu'a été organisé en novembre 2012, par la DGOS, un colloque santé-justice rassemblant 250 participants des secteurs sanitaire et pénitentiaire. Au cours de 3 tables rondes, ont été abordés les systèmes d'information et la télémédecine, les aménagements et les suspensions de peine pour raison médicale, les actualités – dont la parution du guide – et les perspectives. Sur ce point, la mobilisation de tous pour la mise en œuvre rapide et efficace des nouvelles orientations du plan d'actions stratégiques constitue un enjeu essentiel de la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice.

Le développement de la chirurgie ambulatoire

« Trop souvent, la chirurgie ambulatoire est présentée – de manière erronée – comme la réalisation d’actes de petite chirurgie alors qu’elle peut aussi recouvrir des actes de haute technicité. »

Déborah Cvetojevic, cheffe du bureau des plateaux techniques et des prises en charges hospitalières aiguës (R3),
Lydia Valdès et **Thierry Kurth**, adjoints à la cheffe du bureau, **Anne-Noëlle Machu**
et **Zahra Serhrouchni**, chargées de mission au bureau R3

En France, la pratique de la chirurgie ambulatoire est encore insuffisamment répandue : pouvez-vous rappeler quel en est le périmètre et en dresser un bilan en 2012 ?

La chirurgie ambulatoire recouvre l’hospitalisation de moins de 12 heures, sans hébergement de nuit : elle comprend les actes chirurgicaux programmés – et impérativement réalisés – dans le cadre sécurisé d’un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d’une surveillance postopératoire en salle de réveil. Trop souvent, la chirurgie ambulatoire est présentée – de manière erronée – comme la réalisation d’actes de « petite » chirurgie alors qu’elle peut aussi recouvrir des actes de haute technicité. Ceux-ci sont les mêmes que ceux réalisés lors d’une hospitalisation à temps complet.

Il est important de rappeler que ce n’est pas l’acte qui est ambulatoire mais le patient. Dès lors, la prise en charge repose sur une organisation structurée permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission.

Pour ce dernier, les bénéfices sont indéniables : c’est pourquoi de nombreuses actions ont été menées ces dernières années par le ministère chargé de la santé et l’assurance maladie afin de promouvoir la chirurgie ambulatoire. Même si notre pays accuse encore un retard certain, cette pratique évolue positivement : elle représentait 40,8 % des actes en 2012, contre 39,5 % en 2011 et 32,3 % en 2007. Mieux encore, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire progresse désormais plus rapidement – + 6 % sur la période 2007-11 – que la chirurgie classique, qui n’a progressé dans le même temps que de 1 %.

Malgré ces résultats encourageants, la pratique ambulatoire reste très inégalement implantée selon les



Lydia Valdès et Déborah Cvetojevic

secteurs, les régions et les territoires. Ainsi, d’importantes disparités demeurent soit entre secteurs, plutôt en faveur du privé – 47,7 % contre 28 % pour le public –, soit entre régions et territoires de santé – jusqu’à 10 points d’écart entre les régions métropolitaines –.

L’objectif clairement affiché est de parvenir à une pratique ambulatoire majoritaire en 2016. Comment faire selon vous pour l’atteindre ?

Pour poursuivre et amplifier le développement de la chirurgie ambulatoire, une politique volontariste a été engagée par les pouvoirs publics et l’assurance maladie, en concertation avec l’ensemble des acteurs. Cette politique mobilise l’ensemble des leviers identifiés : information des patients, amplification de la politique tarifaire incitative, mise sous accord préalable par l’assurance maladie et adaptation des conditions

techniques de fonctionnement des unités de chirurgie ambulatoire, appui aux équipes et aux établissements, par le biais d'outils élaborés, dans le cadre d'un programme commun, par la haute autorité de santé (HAS) et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), désignation de professionnels référents dans les établissements de santé, actions de formation ciblées, suivi de la qualité et de la sécurité des soins à l'aide d'indicateurs spécifiques...

Les agences régionales de santé (ARS), au plus près des territoires et des acteurs, sont pleinement engagées dans cette dynamique au travers des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans d'action ciblés sur la période 2012-16.

Concrètement, comment s'est traduit cet engagement des ARS sur l'essor de la chirurgie ambulatoire ?

A la suite d'un état des lieux et d'un diagnostic partagé menés en 2011, les ARS ont élaboré en 2012 des plans d'actions régionaux afin de mobiliser les différents leviers à leur disposition. Au 1^{er} chef de ces leviers figure la contractualisation avec les établissements de santé sur des objectifs de développement : cela, en partant d'une évaluation du potentiel et en prenant en compte à la fois le « case mix » de l'établissement et son positionnement dans l'offre de soins territoriale. La DGOS a mené des ateliers interrégionaux en 2012 afin d'appuyer, avec l'ANAP et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), l'élaboration de ces plans d'actions. Parmi ces dernières,

figurent des actions de formation des professionnels, la mobilisation de professionnels experts ou de référents dans le domaine de la chirurgie ambulatoire.

Ces plans d'actions viennent appuyer les SROS qui ont fait du développement de la chirurgie ambulatoire l'un de leurs objectifs majeurs de l'activité de soins de chirurgie. Ce développement s'accompagne d'une action visant à promouvoir une substitution de la chirurgie ambulatoire à la chirurgie à temps complet avec le maintien du niveau de qualité des prises en charge. Ces axes se retrouvent également dans la contractualisation.

L'ANAP et la HAS viennent de publier des recommandations organisationnelles : celles-ci visent notamment à mieux prendre en compte la gestion des risques au fur et à mesure que l'activité de chirurgie ambulatoire se développe au sein du champ de la chirurgie et à intégrer des actes de plus forte technicité.

40,8 % des actes en 2012
contre 32,3 % en 2007
une progression de 6 % depuis 2007
28 % des actes dans le secteur public
et 47,7 % dans le secteur privé

L'essor de l'hospitalisation à domicile

« Les établissements d'HAD doivent trouver leur place dans l'offre des soins au domicile, au niveau le plus exigeant, grâce à la qualité hospitalière de leurs prises en charge. »

Christine Bronnec, cheffe du bureau des prises en charges post aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4) et **Isabelle Prade**, chargée de mission au bureau R4

Contrairement à l'idée généralement reçue qui ferait d'elle une alternative à l'hospitalisation, l'HAD est une forme d'hospitalisation à part entière. En quoi se distingue-t-elle de celle des établissements de soins classiques ?

L'hospitalisation à domicile (HAD), ce n'est pas l'hôpital au domicile, même si les établissements d'HAD sont – comme les hôpitaux – reconnus comme des établissements de santé. Les établissements d'HAD se différencient au moins sur 3 points : d'abord, l'offre de



Christine Bronnec et Isabelle Prade

soins qu'ils dispensent se situe le plus souvent à la suite d'une prise en charge par le plateau technique hospitalier mais pour des soins plus denses et plus complexes qu'en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou qu'en ville. Ainsi, peut-on dire que l'HAD est complémentaire à l'hospitalisation conventionnelle. Ensuite, leur fonctionnement courant n'est pas identique et donc pas entièrement assimilable à celui des hôpitaux, notamment du fait que le lieu de soins est le domicile. Enfin, leur rayonnement comme leur taille sont souvent corrélés à leur ancienneté et à leur capacité à trouver leur place au sein des territoires qu'ils desservent, de nombreuses structures étant encore en phase d'installation.

Quels ont été les faits marquants pour l'HAD en 2012 ?

Deux chantiers ont plus particulièrement marqué l'année : d'une part, la préparation puis la publication des décrets autorisant l'intervention des établissements d'HAD dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement et, d'autre part, la mise en place d'un comité de pilotage national pour l'HAD.

Le 1^{er} chantier a permis aux établissements sociaux et médico-sociaux, après les établissements d'accueil pour personnes âgées dès 2007, d'ouvrir leurs portes à l'HAD, depuis la parution de 2 décrets en septembre. Désormais, l'HAD est accessible aux résidents âgés, handicapés, en situation de précarité sociale ou bien encore aux mineurs protégés.

Les décrets ont été publiés après une phase intensive de concertation, tant au sein des administrations publiques qu'avec les institutions représentatives des champs sanitaire, social et médico-social. Cette concertation a notamment bénéficié de l'action de la

mission emmenée par Pascal Jacob qui a donné lieu à un rapport intitulé « Pour la personne handicapée : un parcours de soins sans rupture d'accompagnement – l'hospitalisation au domicile social ou médico-social ». La circulaire d'accompagnement des décrets, parue en mars 2013, a également fait l'objet d'une large concertation. Un comité national d'évaluation a été constitué pour observer les conditions de la montée en charge du dispositif sur une période de 18 mois.

Précisément, pouvez-vous revenir sur la mise en place de ce comité, autre grand chantier 2012 ?

Ce 2nd chantier était essentiel pour apporter une lisibilité stratégique pour l'hospitalisation à domicile. En 2005 et 2006, la DGOS avait mis en place une politique destinée à favoriser la diffusion de l'HAD sur l'ensemble du territoire national. Cette volonté s'était traduite par une tarification à l'activité spécifique, un objectif d'autorisations par les agences régionales de santé (ARS) fixé à 15 000 places pour 2010, une circulaire d'orientation parue en décembre 2006... Cette impulsion fut un succès puisqu'entre 2005 et 2011, le nombre d'établissements actifs a plus que doublé pour s'établir à plus de 300 : de même, le nombre de patients pris en charge a triplé pour s'établir à plus de 100 000.

Au vu de ces résultats, le besoin de retravailler les 1^{ères} orientations – en tirant les leçons de l'expérience acquise – a donné lieu à la constitution d'un comité de pilotage. Outre l'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales, il rassemble les fédérations hospitalières, l'union nationale des professionnels de santé (UNPS), l'assurance maladie et les ARS.

Les 1^{ères} séances du comité ont été consacrées à l'élaboration d'un consensus sur le positionnement stratégique de l'HAD, dont les propositions sont en cours d'examen. Par ailleurs, un programme de travail dense est entamé, concernant en priorité la réforme – à terme – des modes de description et de tarification de l'HAD, la simplification et la clarification du régime des autorisations d'HAD, ainsi que le contenu de la permanence et de la continuité des soins en HAD.

Grâce à ce comité de pilotage et aux réflexions qui en émaneront, les établissements d'HAD trouveront plus aisément leur place dans l'offre des soins au domicile, au niveau le plus exigeant, grâce à la qualité hospitalière de leurs prises en charge.

L'évolution des soins de suite et de réadaptation

« Les SSR apportent une réponse adaptée à l'évolution des besoins, en l'occurrence au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques. »

Dominique Osselin, adjointe à la cheffe du bureau des prises en charges post aigües, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4), **Aurélie Lebourgeois** et **Marie Cianelli**, chargées de mission au bureau R4

Sur le champ des SSR, l'année 2012 a été marquée par le lancement des visites de conformité des structures par les agences régionales de santé (ARS), qui montrent une croissance certaine de cette activité. Quelles sont les grandes lignes de cette évolution ?

Le bilan des nouvelles autorisations accordées dans le cadre de ces visites fait apparaître fin 2012 une offre de 1 880 structures de SSR implantées et accueillant des patients, dont 163 destinés aux enfants et aux adolescents. En 2010, ces structures étaient au nombre de 1 858 : ceci montre la croissance de ce secteur d'activité accessible soit après un séjour en médecine, en chirurgie ou en obstétrique (MCO), soit directement depuis le domicile personnel ou l'établissement d'hébergement.

Globalement, le nombre de journées totales réalisées en SSR continue d'évoluer : selon les données de l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH), ce nombre est passé de 32,5 millions en 2008 à 35,9 millions en 2012. Ce sont ainsi plus de 950 000 patients qui ont été accueillis en 2012. C'est une réponse adaptée à l'évolution des besoins, en l'occurrence au vieillissement de la population – l'âge moyen des patients en SSR est de 75 ans – et à l'augmentation des maladies chroniques.

Les modes d'accueil en SSR se diversifient par ailleurs au profit d'un accueil partiel – jour, nuit, séance – correspondant à un peu plus de 15 % des journées enregistrées.

Les dépenses connaissent de leur côté une évolution tout aussi significative, confirmant la volonté des pouvoirs publics d'accompagner – malgré le contexte économique – les évolutions des besoins enregistrées en SSR. Les dépenses constatées étaient de 6,9 Md€ en 2008 puis de 7,3 Md€ en 2010 : elles pourraient avoisiner 7,8 Md€ en 2012.



Dominique Osselin et Aurélie Lebourgeois

Cette évolution de l'offre en SSR impacte-t-elle le périmètre de ce type de prise en charge ?

Oui, indéniablement. Si tous les SSR ont pour mission depuis 2008 d'accueillir la population de proximité en offrant des services polyvalents, certains d'entre eux ont été reconnus par les ARS comme étant en capacité d'exercer tout ou partie des 9 activités spécialisées identifiées par décret. Cette reconnaissance implique un plateau technique – équipement et personnels – pointu et une réponse médicale à un niveau d'exigence plus élevé.

Pour les adultes, les 3 mentions spécialisées le plus souvent autorisées concernent la prise en charge des personnes poly-pathologiques – 596 SSR soit 32 % des structures spécialisées –, des personnes atteintes au niveau de l'appareil locomoteur – 384 SSR soit 20 % des structures spécialisées – et des personnes atteintes au niveau du système nerveux – 47 SSR soit 18 % des structures spécialisées –.

Pour les enfants et les adolescents, les 3 mentions spécialisées le plus souvent reconnues concernent l'appareil locomoteur – 67 SSR soit 41 % des structures spécialisées –, les affections du système nerveux – 36 SSR soit 22 % des structures spécialisées – et, à égalité, les affections du système digestif, métabolique et endocrinien – 36 SSR soit 22 % des structures spécialisées –.

Au-delà du développement de l'accueil des SSR plus traditionnellement réservé à la rééducation-réadaptation des affections de l'appareil locomoteur, tant pour les adultes que pour les enfants et les adolescents, les ARS ont accompagné les SSR dans la mise en œuvre des plans de santé publique* – AVC, cancer, Alzheimer, soins palliatifs, obésité... – et la définition de parcours de soins pour les patients atteints de maladies chroniques.

Un mot sur ces parcours de soins pour les SSR ?

Même si elles ne sont pas encore toutes généralisées, de nouvelles dynamiques devraient fortement converger grâce à la future génération des SROS de 2016. Les ARS inscrivent notamment l'offre SSR dans le cadre de filières de soins et organisent plus rationnellement les liens avec l'amont du SSR – le court séjour hospitalier – et l'aval – le champ médico-social, notamment –. Ces filières font d'ores et déjà apparaître certaines difficultés comme la sortie des personnes lourdement handicapées. L'aménagement des filières a été favorisé par le développement rapide de logiciels d'orientation des patients, qui apportent des données plus objectives sur la « circulation » effective des patients et les pratiques des établissements : disponibilité de l'offre, adéquation des placements, difficultés de sortie...

Les SROS favorisent par ailleurs une meilleure gradation des prises en charge en SSR en veillant à un accès géographique de proximité, une bonne répartition de l'offre plus spécialisée dans les territoires de santé et une offre de recours plus pointue au niveau de la région. Comme dans les autres champs de l'offre de soins, des réflexions plus générales sont engagées sur les seuils

d'efficience des établissements, qui doivent être en capacité de prendre en compte les exigences croissantes en matière d'équipement et de qualité des soins mais aussi en mesure de supporter les effets de la réforme de financement à venir, qui implique le développement des systèmes d'information et de nouvelles logiques d'organisation interne.

Enfin, la plupart des ARS ont anticipé le développement de l'hospitalisation de jour, qui diversifie les modes d'accueil en SSR pour répondre aux demandes des patients.

Simultanément, l'un des grands chantiers de 2012 a porté sur la préparation de la réforme de financement des SSR : quels en sont les enjeux ?

Prenant en considération les observations des fédérations hospitalières représentant les établissements de SSR, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, a souhaité que la réforme du financement débute en 2016 afin d'intégrer pleinement la logique de parcours de soins. Mais aussi, de prendre en compte les enseignements tirés de la tarification à l'activité (T2A) en MCO, avec une plus grande forfaitisation des prises en charge pour refléter davantage l'activité des SSR sur des durées de prise en charge plus longues. Au-delà des travaux permanents sur la classification, le nouveau catalogue des actes de rééducation et réadaptation (CSARR), les études de coûts, l'analyse pour l'avenir des modes d'accueil, l'identification des molécules onéreuses et les plateaux techniques utilisés en SSR, la DGOS et l'ATIH ont donc engagé des réflexions sur quelques parcours susceptibles d'être modélisés dès 2016, ainsi que sur d'autres modèles de financement que la T2A.

**Lire la fiche et les encadrés correspondants*

950 000 patients accueillis
1 880 structures de SSR

Les plans de santé publique

Patrick Pourias, adjoint à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (R), *Dominique Martin*, adjointe à la cheffe du bureau des prises en charge post aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4), *Cécile Balandier*, *Odile Maurice* et *Erell Pencreac'h*, chargées de mission au bureau R4, *Valérie Salomon*, cheffe du bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2), *Paule Kujas*, adjointe à la cheffe du bureau, *Violette Garcia* et *Michèle Perrin*, chargées de mission au bureau PF2

L'année 2012 aura été marquée par un travail sur les démarches d'évaluation des plans de santé publique – que la DGOS pilote ou copilote pour un certain nombre d'entre eux –, par l'élaboration de nouveaux plans – autisme, qui organise un diagnostic précoce et des prises en charges fondées sur les recommandations publiées par la haute autorité de santé (HAS) ou encore addictions, attendu au cours de l'été 2013 – ainsi que par quelques actions phares au service de l'inscription des parcours dans les territoires.



En 2012, se sont achevés le plan Alzheimer et le programme soins palliatifs. L'année a été l'occasion de mettre en place une procédure d'évaluation des plans en lien avec le haut conseil de la santé publique (HCSP) et de mener également des études plus qualitatives sur l'impact réel des dispositifs dans les pratiques professionnelles. Le plan soins palliatifs a, en particulier, conduit

à des études qualitatives sur l'impact des lits identifiés de soins palliatifs ou des équipes mobiles de soins palliatifs pour soutenir la diffusion de la culture palliative à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux. Par ailleurs, une action de formation nationale, intitulée « Comment initier une démarche palliative dans un service ? », a été élaborée avec l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) pour une mise en œuvre dans les établissements en 2013, ce qui permettra de poursuivre la démarche. Le plan Alzheimer, quant à lui, a fait l'objet d'une évaluation par la cour des comptes : celle-ci notait dans son rapport public de février 2013 qu'au travers de 3 plans Alzheimer successifs, une politique publique de santé continue et cohérente s'est progressivement affirmée et renforcée depuis 2008. Cela a notamment permis de concevoir et de mettre progressivement en place, à l'intention des malades Alzheimer et de leurs aidants, un parcours de soins mieux chaîné entre les différents acteurs et plus étroitement maillé territorialement, organisé autour d'une offre de diagnostic et de la création de nouveaux dispositifs de prise en charge à domicile ou à l'hôpital – ceux-ci restant toutefois à déployer complètement –. Des travaux sont actuellement en cours pour dessiner les contours d'un nouveau plan.

La mise en œuvre du plan cancer 2009-13 s'est concrétisée, en 2012, par plusieurs mesures fortes dans le domaine de l'organisation des soins : la finalisation de la mise en conformité des établissements de santé, l'évaluation d'un dispositif expérimental novateur appuyé sur des infirmiers coordonnateurs en cancérologie, le développement de l'accès aux traitements innovants et la création de postes médicaux dans les régions connaissant des difficultés démographiques particulières.

**Lire la fiche et les encadrés correspondants*

Les 1^{ères} mesures du plan Parkinson 2011-14 se sont matérialisées par la désignation de 7 centres interrégionaux de coordination et de 24 centres experts Parkinson. Mais aussi, par des études complétées d'un référentiel de pratiques élaboré par la société française de neurologie, qui ont permis de modéliser la mission d'intérêt général (MIG) permettant de financer ces centres experts. Citons également le plan d'actions AVC 2010-14* ainsi que le plan obésité 2010-13*, qui ont eux-aussi bénéficié d'une impulsion forte en 2012. De même, les 1^{ers} axes de travail du 2^{ème} plan national maladies rares 2011-14* ont commencé à se concrétiser.

Enfin, le 4^{ème} programme national douleur 2013-17 est en cours d'élaboration : la DGOS a mis en place une organisation de travail sous forme d'équipe projet « douleur » associant l'administration centrale, 2 sociétés savantes – la SFETD et la SFAR – et un professeur associé en médecine de la douleur. Les 1^{ères} orientations des travaux ont abouti à l'annonce de ce programme national lors de la journée mondiale contre la douleur d'octobre 2012. Intégrant mieux les enjeux du parcours de soins, il reposera sur 3 axes et 55 nouvelles priorités. L'année 2013 sera l'année de la concertation et – aussi – celle de la publication du programme national.



Sur le champ de la qualité et de la sécurité des soins, un comité de pilotage pour l'élaboration d'un 1^{er} programme national pour la sécurité des patients (PNSP) a été constitué en mars 2012. Ce comité a fixé 4 orientations : l'information du patient co-acteur de la sécurité des soins, la déclaration des événements indésirables et leur prise en compte dans une optique d'apprentissage, le développement d'une culture de sécurité et l'appui aux professionnels de santé, la recherche et l'innovation dans la sécurité des soins. Le comité de pilotage a également préconisé que le PNSP s'appuie sur les dispositifs existants – DPC*, certification des établissements de santé, etc – en les renforçant et en les reliant entre eux, en lieu et place de nouvelles exigences ou de nouveaux outils. Des groupes de travail réunissant experts et usagers ont élaboré des propositions validées en octobre 2012 par le comité de pilotage : c'est ainsi que le PNSP 2013-17 a été annoncé en février 2013 par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé.

Comme les années précédentes, la DGOS a contribué à d'autres plans de santé publique : santé des personnes détenues, suicide... La démarche portée par l'ensemble de ces plans s'inscrit pleinement dans les orientations de la stratégie nationale de santé et dans les politiques globales qui soutiennent une meilleure organisation de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale. Cela, au service de parcours de santé, de soins, de vie centrés sur le domicile du patient, chaque fois que possible.

**Lire la fiche et les encadrés correspondants*

Le volet offre de soins du plan obésité

Arnaud Basdevant, président du plan obésité et *Erell Pencreac'h*, chargée de mission au bureau des prises en charges post aigües, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4)

En France, l'obésité est une maladie qui touche entre 1 et 4 % de la population adulte. Pour y faire face, les pouvoirs publics ont mis en place un plan national obésité, dont l'un des volets vise à structurer l'offre de soins pour la prise en charge des personnes obèses, y compris pour les cas les plus graves.

Mesure phare de ce volet offre de soins, piloté par la DGOS : la création de 37 centres spécialisés obésité (CSO) pour la prise en charge de l'obésité sévère et pour l'organisation de filières dans les régions. Ces centres, désignés par les agences régionales de santé (ARS), interviennent en recours régional – dit aussi 3^{ème} recours – pour les situations les plus complexes et pour les soins spécifiques. Pour répondre à la mission d'animation territoriale des CSO, mettant en lien l'ensemble des professionnels concernés et les patients, des coordinateurs aux profils variés – médecins, diététiciens, administratifs... – ont été recrutés dès 2012.

Au sein des centres spécialisés, 5 centres intégrés de recours supra régional et/ou national ont été identifiés : engagés dans la recherche, la formation, l'enseignement et l'innovation, ils ont la capacité de poser des diagnostics et d'apporter des traitements très spécialisés.

Un cahier des charges, publié en mars 2012, a permis de définir le cadre de la prise en charge des cas les plus graves dans les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), partenaires incontournables des centres spécialisés : les agences régionales de santé (ARS) ont débuté l'identification des structures répondant aux exigences adéquates aux cas adultes ou pédiatriques les plus graves. Des financements pour l'adaptation ou l'amorce des équipements ont été alloués en 2011, à hauteur de 115 385 € par région, sur le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Par ailleurs, en réponse aux problématiques d'accueil de populations vulnérables, un autre cahier des charge a permis d'identifier 2 unités d'accueil en SSR pour la prise en charge des jeunes atteints d'obésité syndromique ou du syndrome de Prader Willy, présentant de graves troubles du comportement, notamment alimentaire.

En avril 2012, les représentants des CSO nouvellement créés ont été réunis au ministère chargé de la santé pour un 1^{er} séminaire de travail avec leurs partenaires – SSR, associations de patients, réseaux... – et les ARS. La dynamique enclenchée est très prometteuse et des groupes de travail se sont constitués tout le long de l'année pour élaborer un observatoire national des CSO, outil de recueil d'activité et de benchmark. Mais aussi, pour cadrer la réflexion sur le transport bariatrique – c'est-à-dire adapté aux personnes obèses –, de manière à ce que les patients bénéficient d'un accès aux soins digne et conforme à leurs besoins, en situation d'urgence ou non.

Enfin, en 2013, l'observatoire national des centres spécialisés de l'obésité (oNCSO) sera accessible : il permettra de recueillir les 1^{ères} données de l'activité 2012 et d'accompagner, avec les ARS, leur montée en charge. En outre, un 1^{er} état des lieux de l'offre disponible pour le transport bariatrique sera dressé, ainsi qu'une évaluation des besoins.

La prise en charge des maladies rares

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

Le 2^{ème} plan national maladies rares 2011-14, qui vise à améliorer la qualité de la prise en charge des patients, à développer la recherche et à amplifier les coopérations européennes et internationales, a profondément renouvelé l'ambition du 1^{er} plan. Il définit des axes de travail concrets autour du suivi global des personnes malades, de l'évaluation des centres de référence maladies rares, de l'élaboration de protocoles de soins et de parcours, de mise à disposition pour les équipes médicales d'équipements de haute technologie... Ces axes prioritaires figurent parmi les travaux du ministère chargé de la santé coordonnés par la DGOS, déclinés au plus près des personnes malades grâce aux agences régionales de santé (ARS) et aux établissements de santé concernés.

Afin d'augmenter la lisibilité du dispositif de soins pour les patients et leurs familles, un état des lieux complet des coopérations existantes entre les 131 centres de référence maladies rares a été réalisé en 2012. Ce bilan permet de dessiner les contours de filières de santé pour les maladies rares, gages d'une meilleure orientation des patients, d'une plus grande mutualisation des compétences médicales et soignantes, d'une articulation efficace avec les futurs réseaux européens. Parallèlement, les méthodes d'évaluation des centres de référence ainsi que la rédaction des protocoles nationaux de diagnostic et de soins ont été repensées et simplifiées avec le concours de la haute autorité de santé (HAS).

Pour faire face à la complexité du diagnostic génétique et apporter une réponse le plus rapidement possible aux patients, des plateformes nationales de diagnostic approfondi dédiées aux maladies rares ont été financées. D'ores et déjà, près de 10 M€ ont été mobilisés pour équiper des laboratoires hospitaliers avec des appareils de séquençage à haut débit. Par ailleurs, le projet ambitieux de doter la France d'une banque nationale de données cliniques est en cours de développement : à terme, elle permettra de faire avancer les connaissances sur l'histoire naturelle des maladies rares, de documenter les modes de prise en charge et leur impact, de décrire la demande de soins et son niveau d'adéquation avec l'offre. Ces sujets pourront certainement bénéficier de l'appui de la fondation maladies rares, lancée officiellement lors de la journée mondiale 2012 des maladies rares. Cet organisme indépendant, pleinement tourné vers la recherche – fondamentale, translationnelle ou clinique* – mais aussi vers le secteur, encore trop peu développé, des sciences humaines et sociales, a d'ores et déjà lancé des appels à projets dans tous ces domaines.

Au niveau européen, qui voit le maintien du leadership de la France dans le maillage de l'offre de soins pour les maladies rares, l'information à destination des patients et des professionnels continue à se développer grâce au portail Orphanet, devenu un véritable outil de référence en matière de documentation et d'information. L'utilisation des codes Orphanet définissant les maladies rares est désormais systématique pour identifier l'ensemble des personnes atteintes de maladies rares hospitalisées.

**Lire la fiche correspondante*

Et demain, 2013...

Aujourd'hui, la DGOS travaille à l'offre de soins de demain, lisible, organisée et accessible à tous sur le territoire. Cette offre de soins de demain s'oriente en grande partie vers la structuration de véritables parcours de santé, de soins, de vie.

La médecine de parcours : une logique nouvelle fondée sur la demande de la population dans les domaines de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social



« Ce qui doit être privilégié dans la médecine de parcours, c'est plus le bénéfice global pour le patient que l'addition des différents segments de sa prise en charge. »

Denis Piveteau, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales

En tant que secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, vous avez reçu le mandat de coordonner les travaux autour de la mise en place de parcours pour les patients. Selon vous quels seront les contours de la « médecine de parcours » ainsi que les évolutions prévisibles de notre système de santé ?

L'optimisation de la prise en charge des patients chroniques – et particulièrement, des cas les plus lourds – manque d'une vision surplombant les différentes étapes de la chaîne de soins. Pour y remédier, il est indispensable de repenser l'organisation fondée sur un service rendu avéré à des patients qui, faute de quoi, passent simplement de mains en mains. Avec en filigrane, l'impératif d'une prise en charge globale, d'un vrai continuum qui supposent une approche par territoires de santé et lieux de vie. Cet objectif vaut pour tous les patients mais s'impose d'autant plus en cas de maladies chroniques et de poly-pathologies : parce que celles-ci

bouleversent les modes de prise en charge, induisent une grande spécialisation, une large diversité de soignants, d'acteurs sociaux et d'aidants. Ceux-ci doivent apprendre à travailler ensemble pour assurer un accompagnement cohérent, homogène et efficace du patient.

Faute d'une telle vision d'ensemble, d'une bonne connaissance et d'une bonne gestion de la complexité de ces prises en charge, le risque est grand d'interventions inadéquates – parfois trop précoces ou trop tardives, redondantes, incomplètes voire même inutiles –. Ces défauts de coordination sont autant des facteurs de non-qualité que des coûts évitables pour l'assurance maladie. Ils nécessitent une évolution de notre système de santé vers plus de pertinence, évaluée non plus seulement sur des actes médicaux segmentés mais bien sur l'ensemble de la chaîne. En un mot, nous basculons d'une logique traditionnelle d'offre proposée par les acteurs à une logique nouvelle fondée sur la demande de la population dans les domaines de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.

L'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant des systèmes de santé.

Concrètement, quelle traduction attendre pour les acteurs de terrain et les usagers ?

L'exercice ne consiste pas à bâtir des parcours en tant que tels : dans les faits, il existe toujours un parcours de soins ! Cependant, il n'est pas appréhendé comme tel. Ce qui doit donc être privilégié, c'est plus le bénéfice global pour le patient que l'addition des différents segments de sa prise en charge. Un parcours a beau être constitué de différentes prises en charge de qualité, il peut – bien souvent – être optimisé par une meilleure coordination des acteurs en amont, au cœur de la prise en charge ou en aval. Notre objectif est donc bien de réunir les conditions de l'optimisation de ces parcours en tant que trajectoires.

Pour ce faire, nous devons collectivement porter notre action dans 3 directions prioritaires. Tout d'abord, les professionnels de santé doivent être mieux outillés pour renforcer la mutualisation des informations entre eux, par le déploiement par exemple du dossier médical personnel (DMP) – qui est tout autant un dossier « partagé » – et de messageries sécurisées. Ensuite, le patient lui-même doit disposer d'outils d'information pour mieux prendre en charge son propre parcours – je pense ici à un service public d'information en santé – car en réalité, c'est bien le patient lui-même qui détient la connaissance la plus fine de son état de santé et de ses besoins. Enfin,

les organisations d'exercice coordonné telles que les maisons, les pôles et les centres de santé doivent trouver leur place pleine et entière dans les parcours.

Sans attendre l'aboutissement de tous ces chantiers, nous avons amorcé la capitalisation de projets menés au niveau régional en matière d'organisation coordonnée, complémentaire et innovante. Cela, dans le but de les expertiser et d'en assurer la diffusion lorsque leur efficacité aura été avérée. Ce « déclic » – qui peut certes, paraître modeste – constitue une 1^{ère} étape de cette grande dynamique.

Quelle place pour les différents acteurs – et notamment pour la DGOS – dans cette nouvelle organisation autour des parcours ?

La médecine de parcours demande un exercice mieux coordonné, plus collectif. L'hôpital public doit lui-même s'ouvrir à son environnement et s'intégrer dans cette démarche, dont la médecine de 1^{er} recours est le vrai pivot. L'intitulé même de la DGOS montre que son rôle est essentiel puisque cette réforme fondamentale de notre système de soins repose précisément sur un nouveau regard porté sur l'offre soignante et sociale. Puisqu'elle est chargée de l'organisation de l'offre de soins, la DGOS doit être en capacité de penser cette offre dans toute sa diversité et, surtout, dans sa complémentarité : l'offre hospitalière bien sûr, dont elle a directement la charge – tout comme l'offre ambulatoire –, mais aussi l'offre médico-sociale. Elle doit aussi être en capacité de superviser l'ensemble des dispositifs incitatifs à la qualité et au travail collectif, en coordonnant des dispositifs mis en place par la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), voire la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) ou la haute autorité de santé (HAS)...

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

Pascale Dhote-Burger, chargée de mission au bureau des prises en charges post aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4)

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une urgence vitale qui touche chaque année environ 155 000 personnes, dont près d'un quart des cas survient chez des sujets de moins de 65 ans. La prévention et la prise en charge des AVC est l'exemple par excellence de ce que pourra à terme représenter un parcours de santé, de soins, de vie pour les patients. C'est d'ailleurs l'un des objectifs forts du plan d'actions national AVC, engagé depuis 2010 : réorganiser le parcours des patients pour assurer une intervention plus rapide et plus adaptée en situation d'urgence et pour favoriser une réduction des séquelles.

L'année 2012 aura été particulièrement riche dans ce domaine : en mars, la publication d'une circulaire d'organisation des filières AVC a constitué un socle fondateur en décrivant le rôle de l'ensemble des acteurs dans le parcours et en mettant à disposition un guide et des outils pour la transformation effective des organisations dans les territoires. Par ailleurs, le renforcement du maillage des unités neurovasculaires (UNV) a permis d'homogénéiser la couverture nationale et d'organiser la prise en charge en urgence, y compris lorsque les établissements de santé ne disposent pas d'UNV. Cela, grâce notamment à la télémédecine* : ce dispositif favorise en effet le recours – à distance – à la neuro-expertise assurée par des professionnels d'une UNV, ce qui apporte une réponse en moins de 30 minutes à l'urgence vitale que constitue l'AVC. Sur ce point clé des délais de prise en charge, le lancement à l'automne 2012 d'une 1^{ère} campagne nationale radio sur l'AVC, insistant sur les messages d'alerte au 15, a soutenu et renforcé les actions d'information menées au quotidien par les professionnels de santé et les associations de malades.

En lien avec les filières AVC de l'adulte, un centre national de référence de l'AVC de l'enfant a été créé fin 2012, avec pour mission d'organiser la prise en charge spécifique à cette pathologie méconnue touchant néanmoins entre 500 et 1 000 victimes par an.

Enfin, la mise en place de 2 nouveaux registres AVC à Brest et à Lille – 20 ans après le 1^{er} registre AVC de Dijon – rend les connaissances épidémiologiques plus visibles : l'analyse des données issues de ces différents registres sera aussi particulièrement intéressante pour évaluer l'impact des politiques publiques menées.

**Lire la fiche correspondante*

S'ouvrir à des perspectives ambitieuses autour des parcours de santé, de soins, de vie

« L'organisation des soins doit être déployée non plus en fonction des structures de prise en charge mais autour des patients, dans une logique de parcours – de santé, de soins, de vie –, de décloisonnement entre les différents acteurs, de coordination et de complémentarité. »

Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins



Nous l'avons vu, 2012 restera comme une année forte avec l'émergence de nouvelles orientations gouvernementales et des nombreux chantiers ouverts par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Autour de quelles priorités phares allez-vous organiser l'action de la DGOS en 2013 ?

La DGOS est l'une des directions du ministère des affaires sociales et de la santé au cœur des dynamiques engagées en 2012 : ses équipes ont largement contribué aux échanges puis à la mise en œuvre du pacte de confiance avec les hospitaliers* et du pacte territoire santé*, ainsi qu'à la préparation de la stratégie nationale de santé.

Deux principes forts doivent guider notre action. Notre système de santé repose à la fois sur la médecine libérale

et sur des établissements de santé ouverts sur leur environnement et à leurs partenaires. Dans le même temps, la réaffirmation du service public hospitalier* et la fin de la convergence des tarifs publics et privés* sont des signes forts de reconnaissance des missions des hôpitaux publics.

De même, de nombreux engagements du pacte territoire santé ont pour objectif d'améliorer les conditions d'exercice des médecins libéraux et de structurer les missions qui sont les leurs, en les rendant compatibles avec les souhaits de la jeune génération : travail en équipe – qui donne du sens à la pratique médicale –, meilleur maillage sanitaire des territoires et mise en place d'une réelle permanence de soins libérant les professionnels de contraintes de travail fortes et aujourd'hui massivement refusées.

Cette nouvelle organisation doit être déployée non plus en fonction des structures de prise en charge mais autour des patients, dans une logique de parcours – de santé, de soins, de vie –, de décloisonnement entre les différents acteurs, de coordination et de complémentarité.

Le suivi des malades chroniques devra mobiliser en priorité nos efforts, en raison du poids de la population concernée : aujourd'hui, 15 millions de Français – parmi lesquels 9 millions de personnes touchées par une affection de longue durée – en augmentation tendancielle

**Lire les fiches correspondantes*

d'environ 4 % par an. Mais aussi, en raison de l'impact financier que ces maladies génèrent : près des 2 tiers des dépenses d'assurance maladie. La prise en charge transversale des maladies chroniques implique de multiples intervenants et réduit la place historiquement majeure des soins aigus en établissement hospitalier au profit des autres prises en charge, intégrant les dimensions sanitaire et sociale. En outre, la spécialisation croissante des professionnels de santé tend à amplifier le phénomène.

L'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant de notre politique de santé.

Les hôpitaux trouvent naturellement toute leur place dans ces réflexions mais cette place doit nécessairement évoluer, s'adapter, s'inscrire – ou se réinscrire – dans une offre de soins gradués, coordonnés, adaptés aux besoins de santé de tous nos territoires.

Après les concertations menées en 2012 et les bases législatives posées, l'année 2013 sera donc celle de la mise en œuvre concrète des dispositifs : en l'occurrence, les mesures réglementaires du pacte territoire santé et du pacte de confiance. De nouvelles dispositions législatives nécessaires s'intégreront dans la loi de santé publique et d'accès aux soins qui sera soumise au parlement, début 2014.

C'est donc la perspective d'une année riche en réflexion et en action qui s'offre à nous en 2013.

**Lire les fiches correspondantes*



Déplacement de Jean Debeaupuis en Chine

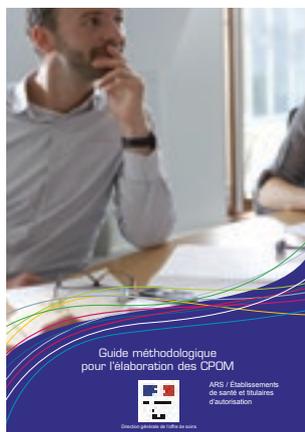
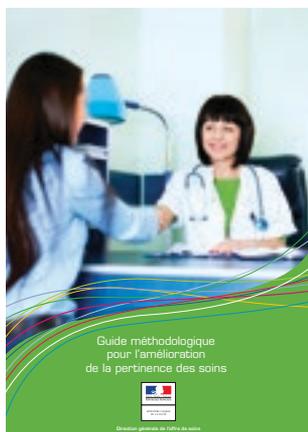
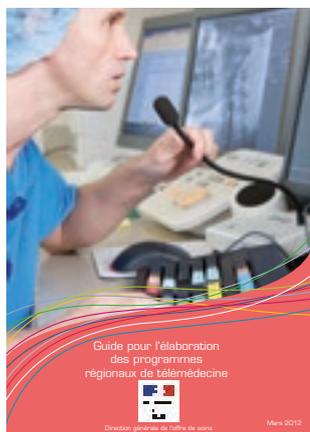
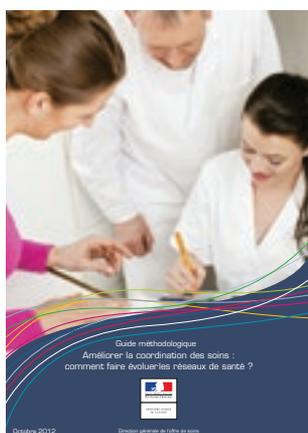
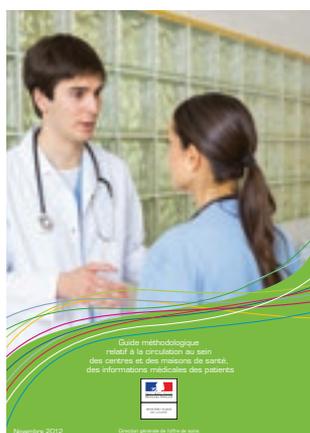


Edouard Couty et Jean Debeaupuis intervenant sur le pacte de confiance



Assemblée générale de la DGOS

Quelques publications





Merci à toutes les assistantes, au chauffeur et aux informaticiens de la DGOS

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

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

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

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

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

Remerciements appuyés à **Edouard Couty**, président du comité de pilotage du pacte de confiance avec les hospitaliers ainsi qu'à **Denis Piveteau**, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales

Remerciements à **Anne-Catherine Ferrari**, responsable communication du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

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 **Fabienne Boussin**, son adjointe, à **Bernard Liduena**, chef du bureau de la communication interne et de l'animation, à **Solène Grelot** et à **Françoise Santana**, chargées de mission au bureau de la communication interne et de l'animation, pour leur appui à la réalisation de ce document

Remerciements au bureau de l'accueil et de la sécurité et au bureau des équipements des ministères chargés des affaires sociales

Remerciements nourris à **Geoffroy Lasne**, auteur-photographe
Clichés pris au ministère des affaires sociales et de la santé

14, avenue Duquesne – Paris 7^{ème}

Maquettage : agence Huitième Jour
Impression : Imprimerie Centrale de Lens

Crédits photographiques :
Portrait de Marisol Touraine par **Claire Garate**®
Portrait de Denis Piveteau par **Jacky Frénoy**®
Portraits des équipes de la DGOS et photos de couverture par **Geoffroy Lasne**®



DCOS - DICOM/communication interne - www.huitiemejour.com - juillet 2013