



Direction générale
de l'offre de soins

Rapport d'activité
2010



15 mars 2010. Après plusieurs mois de réflexion et de concertation, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) est créée et se substitue à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

La naissance d'une direction d'administration centrale est toujours un moment fort pour les équipes amenées à la faire vivre et à lui donner son essor. Cette nouvelle organisation était nécessaire pour mettre notre direction en ordre de marche par rapport à la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) et à la création des agences régionales de santé (ARS). Dorénavant, la DGOS couvre l'ensemble de l'offre de soins, depuis la médecine de 1^{er} recours jusqu'au moyen séjour, en passant par les soins aigus et la prise en charge des maladies chroniques, sans oublier... l'hospitalisation.

L'organigramme de la DGOS en reflète les principales préoccupations: la régulation de l'offre de soins, dans sa double mission organisationnelle et financière, la performance des acteurs de l'offreur de soins, qui allie qualité des soins et efficience, les ressources humaines du système de santé, hospitalières et libérales.

Membre actif du conseil national de pilotage (CNP) des ARS, sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la DGOS remplit ses missions de pilotage stratégique, de contrôle, d'évaluation et d'animation dans son domaine de compétences élargi.

Je salue une nouvelle fois l'implication de tous les agents qui ont su se montrer à la hauteur des enjeux pour bâtir ensemble cette nouvelle organisation ambitieuse et qui conservent cette capacité de critique constructive pour en améliorer la mise en œuvre.

D'avance, je remercie les équipes qui font vivre la DGOS avec le même esprit de service, au bénéfice des établissements, des professionnels de santé, des ARS et, in fine, de nos concitoyens.

Directrice générale
de l'offre de soins

Trois objectifs forts :

- **promouvoir une approche globale** de l'offre de soins
- **assurer une réponse adaptée** aux besoins de prise en charge des patients et des usagers
- **garantir l'efficience et la qualité** de l'offre de soins dans le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie

Sommaire

Direction générale de l'offre de soins Rapport d'activité 2010

L'offre de soins en 2010	p. 5 à 16
L'amélioration du parcours de soins	p. 17 à 26
L'accès de tous à des soins de qualité	p. 27 à 44
<i>La politique en faveur des droits des usagers</i>	p. 40 et 41
<i>La prévention et la gestion des situations de violence</i>	p. 42 et 43
L'adaptation des ressources humaines aux besoins de santé de la population	p. 45 à 56
L'amélioration de la prise en charge médicale	p. 57 à 62
La performance des acteurs de l'offre de soins	p. 63 à 73

• Armelle ABANES • Hammadi ABHIZAT • Karine ALLANIC-LUMBROSO • Sonia ALLIAUME • Christophe ANDREOLETTI • Cécile ANGLADE • Stéphane ARCHAMBAULT • Anne Laurence ARCHER-TOUVIER • Marie-Josée ARMSTRONG • Antoinette ARVOIR • Gérald ASTIER • Michèle AUDEOUD-FAURIS • Thierry AUDINET • Simone AUVERT • Julie AZARD • Anne-Alexandra BABU • Sylvain BAILLOT • Cécile BALANDIER • Marie-Louise BANDECCHI • Claude BARAT • Hélène BARET • Nathalie BARLAUD • Julie BARROIS • Naïma BARRY • Rolande BATSCHÉLET • Denise BAUER • Vincent BEAUGRAND • Maëlla BEDDOU • Florence BEDIER • Cécile BEHAGHEL • Ghislaine BELLEMARE • Evelyne BELLARD • Chantal BENARD • Jihane BENDAIRA • Sophie BENIDJER • Béatrice BERMANN • Abdel Bassid BIDAR • Sandrine BILLET • Jean-Pierre BLEROT • Christèle BODO • Roselyne BOQUET • Pierre BOTREAU-ROUSSEL • Guy BOUDET • Nicole BOUNY • Sylvia BRETON • Odile BRISQUET • Christine BRONNEC • Marine BUFFAT • Jean-Noël CABANIS • Catherine CAIDIS • Jean-Etienne CAIRE • Rozenn CALVAR • Stéphane CAMARA • Didier CARMONA • Martine CAVAILLE • Michel CHANELIERE • Monique CHANTELOUP • Michel CHAPON • Aurélien CHAUVEAU • Sylvie CHAUVIN • Laetitia CHEVALIER • Karine CHIASSON • Laurence CLUZEL • Isabelle COLLIGNON-JOFFRÉ • Laëtitia COLLOMBET • Frédérique COLLOMBET-MIGEON • Edith COMA • Hui Quan CONG • Hélène COULONJOU • Bruno COUTIER • Anne DARDEL • Gilles DE KERMENGUY • Anne DE LA FOYE • Guyonne DE MOUCHERON • Clotilde DE SAINT-GERMAIN • Florence DE SAINT-MARTIN • Adrien DEBEVER • Andrée DEGOIS • Pauline DEJOUANY • Christiane DELAHAY-BILLON • Yves DENIZOT • Christiane DENNER • Michelle DEPINAY • Marie-Ange DESAILLY-CHANSON • Michèle DESBREE • Véronique DESCAS • Rolande DESGRIS • Pascale DHOTE-BURGER • Sandra DOREAU • Marie-Christine DOUZIMA • Valérie DROUVOT • Jean-Pierre DUFFET • Lucie DUFOUR • Denis DUPEND • Laurence DUPONT • Jérôme DUPONT • Christian DUPUIS • Eric EKONG • Ahmed EL BAHRI • Catherine ELUAUD • Anne-Aurélié EPIS • Jean-Luc ESCHEMANN • Marie-Catherine ESCOLAN • Sophie ESTEVES • Corinne FANET • Nabil FARO • Félix FAUCON • Dorothée FEBI • Elisabeth FERNANDES • Laurence FLORENTIN • Béatrice FLORENTIN • Daniel FOULON • Nathalie FOUQUET • Alexandra FOURCADE • Fabrice FRAIN • Carmen FUERTES • Marcel GALLES • Edith GALLOUX • Violette GARCIA • Mireille GARCIA • Patrick GARDEUR • Dominique GAUCHER • Christine GAUDRE • Isabelle GAUTIER-LHERMITE • Philippe GERARD-DEMATONS • Thibault GERDIL-MARGUERON • Caroline GERMAIN • Stéphane GEYSSENS • Hugo GILARDI • Dominique GILLET • Chantal GIRARD • Pierre-Hugues GLARDON • Emilie GONZALES • Gérard GONZALEZ • Pierre-Benjamin GRACIA • Nathalie GRENET • Stéphanie GROS-DESORMEAUX • Stéphane GROSSIER • Fabienne GUERRIERI • Anne-Marie GUIEYSSÉ • Benjamin GUIOT • Jean-Paul GUYOT • Clotilde HACHIN • Martine HEBRARD • Laetitia HEMME • Françoise HIEU • Véronique HUET • Renée ISAMBERT • Natalia IVANOV • Laëtitia JOULINS • Mathieu JOYAU • Bernadette JULIEN • Aïssata KEITA • Jennifer KOCH • Paule KUJAS • Thierry KURTH • Martine LABORDE-CHIOCCHIA • Jean-Paul LADET • Marie LAJOUX • Maud LAMBERT-FENERY • Marie LANG • Catherine LAROSE • Dominique LASAUGE • Bernard LAURENT • Marie-Andrée LAUTRU • Claire LE CORRE • Yannick LE GUEN • Guillaume LE HENANFF • Etienne LE MAIGAT • Mikaël LE MOAL • Isabelle LE NOURS • Anne-Marie LE ROY • Didier LE STUM • Aurélié LEBOURGEOIS • Chantal LECHEVALIER • Natacha LEMAIRE • Sacha LEMATRE • Michèle LENOIR-SALFATI • José LEROYER • Dominique LETERRIER-BONODEAU • Antoine LETIERS • Yann LHOMME • Annie L'HOSTIS • Guy LIMEUL • Gaëlle LLORCA • Agnès LORDIER-BRAULT • Françoise LOUIS • Didier LOURDE • Olivier LOUVET • Emmanuel LUIGI • Florence LYS • Anne-Noëlle MACHU • Philippe MAGNE • Karima MAHIDA • Mona MAHIDA • Jean MALIBERT • Stéphane MANTION • Isabelle MANZI • François MARCHAND • Anne-Sophie MARROU • Dominique MARTIN • Cécilia MATEUS • Isabelle MATHURIN • Christine MATRAGLIA • Odile MAURICE • Laetitia MAY • Claudine MERCIER • Hortense MERCIER • Carole MERLE • Laetitia MESSNER • Catherine MEUNIER • Elodie MICHAUDET • Mario MILLAN • Josette MISTRAL • Dominique MONGUILLON • Isabelle MONNIER • Marie-Odile MOREAU • Marie-Odile MORIGAUULT-THEVENON • Jean-Marc NADAL • Ginette NIARE-MATHIEU • Guy NICOLAS • Nathalie NIZAN • Aurélié OLIVIER • Annie OLLIVIER • Isabelle ORIEZ • Christine ORSI • Dominique OSSELIN • Noémie OSWALT • Farida OUMGHAR • Annick PATERNE • Marion PAUFIQUES • Sandrine PAUTOT • Erell PENCREAC'H • Hans-Sébastien PEREZ • Marie-Hélène PEREZ • Michèle PERRIN • Sandrine PERROT • Isabelle PETIT • Dominique PETON KLEIN • Isabelle PIEL • Philippe PINTON • Sébastien PLANTADIS • Annie PODEUR • Nadège POIREL • Nathalie POYAU • Gilles PREL • France QUATREMARRE • Emmanuelle QUILLET • Murielle RABORD • Josiane RACINE • Gaël RAIMBAULT • Perrine RAME-MATHIEU • Corinne RÉGNARD • Dominique RENARD • Myriam REYNAUD • Catherine RIEGEL • Elise RIVA • Isabelle ROUX • Béatrice ROUYER • Alain RUAUD • Patricia RUCARD • Carole RUELLE • Emilie SALMON • Valérie SALOMON • Serge SANCHEZ • José SANCHEZ-GONZALEZ • Chérifa SANTANGELO • Eric SANZALONE • Stéphanie SARKIS • Marion SAUVAGE • Nathalie SCHNEIDER • Eléonore SELLIER • Virginie SENE-ROUQUIER • Zahra SERHROUCHNI • Marie SEVIN-BOURCY • Amandine SIBOIS • Maryvonne SIMON • Faranahz SOROUGH • Marjorie SOUFFLET-CARPENTIER • Selvi SOUPRAYANAIAKER • Pérola SPREUX • Christine TACON • Majid TALLA • Marie-Louise THEETTEN • Christel THOREL • Monique THOREL • Nelly TIRE • Jean-Marie TOMASINI • Robert TOURET • Eliane TOUSSAINT • Ghislaine TURCAN • Estelle UZUREAU-HUSSON • Lydia VALDES • Delphine VALLET • Huguette VALLET • Vanessa VAN ROSSEM-MAGNANI • Martine VASSAUX • Patrice VAYNE • Claude-David VENTURA • Nathalie VERGNE-LABRO • William VEZINET • Jocelyn VIDON-BUTHION • Catherine VOULGARIS • Hiep VU THANH • Chantal VULDY • Elisabeth WETSTEIN • Jean-Marc WYDRYCK • Elisa YAVCHITZ •

L'offre de soins en 2010

La présentation de la DGOS	6
La DGOS : structuration et organigramme	7
Les effectifs de la DGOS	8
Les chiffres clés de l'offre de soins	9
2010 en quelques dates	10
La DGOS, des équipes au service d'une nouvelle dynamique entre acteurs de l'offre de soins	12
La création des ARS : un partenariat prometteur	13
Un plan stratégique volontaire et lisible	14
Des systèmes pour une information en temps réel	15
La DGOS présente au niveau européen et international	16

- **1 directrice générale**
- **1 chef de service**
- **1 chef de département**

La présentation de la DGOS

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) privilégie une approche globale de l'offre de soins, qui intègre les soins prodigués aussi bien à l'hôpital qu'en ville.

La DGOS est ainsi chargée de l'élaboration, du pilotage et de l'évaluation de la politique de l'offre de soins, en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé, en liaison avec la direction générale de la santé (DGS), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Plus largement que la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la DGOS s'ouvre sur les problématiques liées à la structuration du secteur ambulatoire, d'où la nécessité d'investir de nouveaux champs. Mais aussi, de développer des relations étroites avec les représentants des acteurs de soins intervenant en ville, à l'identique de celles nouées avec les hospitaliers.

Sur le champ hospitalier, elle est compétente à l'égard de l'ensemble des établissements de santé : publics, privés d'intérêt collectif ou à caractère commercial.

Sur le champ de la ville, elle est notamment en charge du développement des structures de soins coordonnées et, de façon générale, du déploiement de la médecine libérale dans l'offre de soins de proximité et dans les dispositifs de coopération avec les établissements de santé.

Son champ d'action s'étend au financement des activités spécifiques de soins aux personnes âgées, en établissement d'hébergement et à domicile.

Qu'il s'agisse de l'exercice en ville ou en établissement de santé, public ou privé, l'action de la DGOS vise à rechercher la réponse la meilleure aux besoins de la population par une optimisation des moyens, en intégrant les dimensions sociales, financières et de santé publique, tout en suscitant la complémentarité des différentes structures et des professionnels de santé entre eux. Cela, notamment en apportant aux agences régionales de santé (ARS) un appui à la création de filières de soins à l'échelon des territoires de santé, tout en poursuivant la rationalisation de l'emploi des ressources de l'assurance maladie.

La DGOS s'assure de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la proximité des soins dispensés dont elle veille à garantir l'accès à tous, ainsi que du respect des droits des patients.

Parmi les sujets prioritaires de la DGOS, l'organisation de l'offre de soins de 1^{er} recours, qui a émergé à l'issue des états généraux de l'organisation de la santé (EGOS) en 2008, renforcée depuis par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) promulguée en juillet 2009. De nombreux leviers doivent être actionnés afin de faciliter l'exercice des professionnels de 1^{er} recours – médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes... – et d'améliorer leurs conditions de

travail : formation initiale et continue, aide au regroupement et à l'exercice coordonné dans le cadre des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres et des pôles de santé et des centres de santé, via les réseaux de santé.

Autre chantier prioritaire : la garantie d'accès aux soins et la prise en charge, par le système de santé, des missions d'intérêt général, comme par exemple la prise en charge des patients en situation de précarité, la permanence des soins, la formation des professionnels de santé.

L'accompagnement des structures de soins – publiques comme privées – sur le champ de la performance, qui combine efficacité médico-économique, maîtrise des financements, qualité et sécurité des soins délivrés aux patients, fait également partie du périmètre d'action de la DGOS. C'est enfin le souci de la pertinence des soins qui guide le ministère sur la voie du développement de l'hospitalisation à domicile et des prises en charge ambulatoires, notamment en chirurgie.

Quant aux ressources humaines du système de santé, la DGOS en organise les conditions d'exercice. Elle apporte son concours à la détermination des besoins en professionnels de santé, ainsi qu'à la définition des contenus et à l'organisation des formations des professions médicales et paramédicales.

Elle oriente et anime les politiques des ressources humaines dans le champ des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux. Elle élabore les règles relatives à la fonction publique hospitalière (FPH) et aux médecins hospitaliers et veille à leur application.

Enfin, la DGOS suit l'évolution des techniques médicales et des stratégies thérapeutiques, pour mieux anticiper les mutations que celles-ci provoqueront dans l'organisation des établissements de santé. Elle concourt également au développement de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour la prise en charge médicale des patients, l'administration de leurs soins et le respect de leurs droits.

La DGOS assure le secrétariat de plusieurs instances consultatives ou de coordination : comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS), conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH), haut conseil des professions paramédicales (HCPPM), observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, conseil de l'hospitalisation...

Pour la mise en œuvre de ses missions, la DGOS contribue aux travaux du conseil national de pilotage des ARS, présidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées : dans ce cadre, ses propositions en termes de régulation organisationnelle et financière de l'offre de soins, de performance de tous les acteurs et de pilotage des ressources humaines interviennent en soutien des ARS et influent sur l'ensemble du système de santé. Enfin, la DGOS s'appuie également sur des opérateurs nationaux : ANAP, ATIH, CNG.

- 2 conseillers médicaux
- 1 chef de cabinet

La DGOS : structuration et organigramme

La DGOS est organisée autour de 3 sous-directions placées sous l'autorité d'un chef de service, adjoint à la directrice générale.

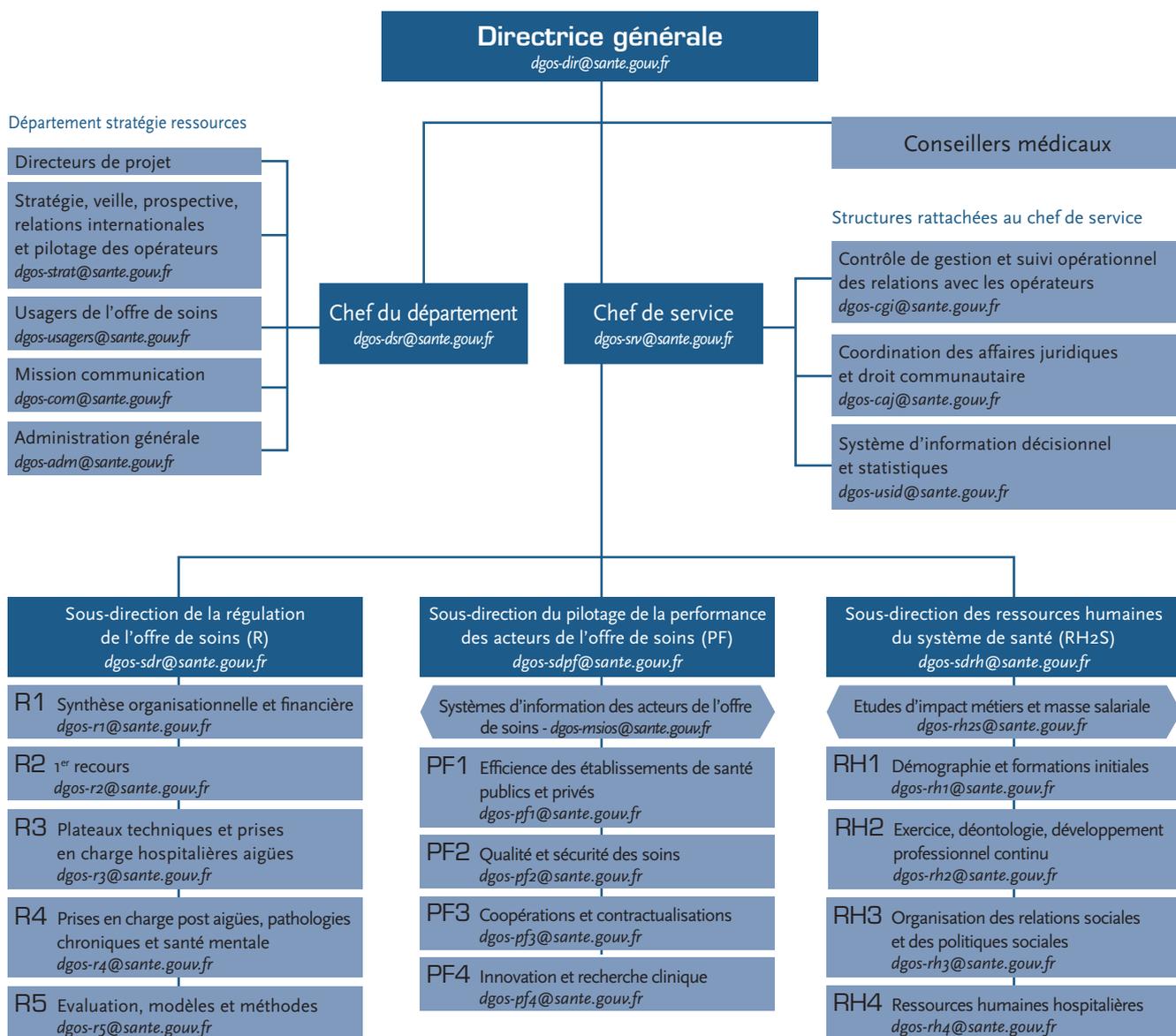
La sous-direction R est responsable de la régulation de l'offre de soins, afin d'en garantir l'égalité d'accès, la qualité et la sécurité au meilleur coût.

La sous-direction PF veille à l'emploi optimal des ressources de toute nature dont disposent les acteurs de l'offre de soins, ainsi qu'aux conditions de leur efficacité médico-économique. Dans ce cadre, elle propose les politiques et évalue les résultats des actions menées sur le champ de la performance.

La sous-direction RH2S s'assure de l'adéquation des ressources humaines du système de santé aux besoins actuels et futurs de la population. Mais aussi, d'orienter et d'animer les politiques RH, de contribuer à la valorisation et à l'amélioration des pratiques, pour une pleine reconnaissance du rôle des professionnels.

Trois entités sont placées aux côtés du chef de service : l'unité du système d'information décisionnel (USID), la cellule de contrôle de gestion (CG) et la cellule de coordination des affaires juridiques (CAJ).

Rattaché à la directrice générale, le département stratégie regroupe l'ensemble des fonctions transverses au sein de la direction : directions de projet, veille et stratégie, droits des usagers, communication, affaires générales.



- 2 directeurs de projet
- 3 sous-directeurs
- 13 chefs de bureau

Les effectifs de la DGOS

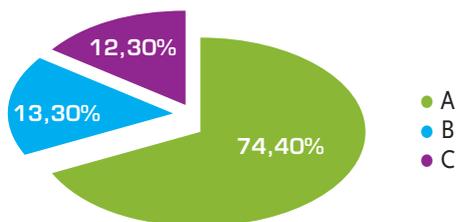
308 agents en 2010 :

Sexe	
Femmes	222
Hommes	86
Total	308

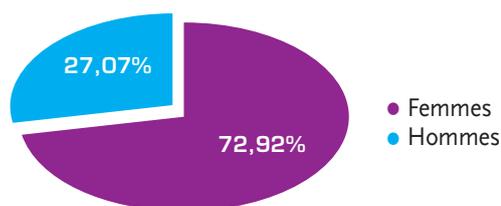
Catégorie	
A	229
B	41
C	38
Total	308

Sexe/Catégorie	
Femmes	222
A	156
B	32
C	34
Hommes	86
A	73
B	9
C	4

Répartition des agents DGOS par catégorie



Répartition des agents DGOS par sexe



Arrivées 2010	
A	51
B	2
C	0
Total	53

Départs 2010	
A	48
B	14
C	9
Total	71

Les départs 2010 prennent en compte notamment les transferts de postes de la DGOS vers le centre national de gestion (CNG) et d'autres directions du ministère.

Personnels d'encadrement			
	Hommes	Femmes	Total
Direction	0	1	1
Chef de service	4	2	6
DSR	4	5	9
Sous-direction R	5	10	15
Sous-direction PF	5	9	14
Sous-direction RH2S	4	12	16
Total	22	39	61

- **7 chefs de mission**
- **1 chef d'unité**
- **2 chefs de cellule**



Répartition par âge des agents DGOS

	Hommes	Femmes	Total
- de 25 ans	3	8	11
26 - 35 ans	18	50	68
36 - 45 ans	18	57	75
46 - 55 ans	20	60	80
56 - 59 ans	10	27	37
60 ans et plus	17	20	37
Total	86	222	308

Les chiffres clés de l'offre de soins

Les structures

Au 31 décembre 2010, il existait 2 891 établissements de santé :

- 942 établissements publics,
- 664 établissements privés d'intérêt collectif,
- 1 285 cliniques privées à caractère commercial.

Par ailleurs, au 31 décembre 2010, il existait 23 018 pharmacies dont 22 896 officines, 60 minières et 62 mutualistes.

Source : ministère du travail, de l'emploi et de la santé / observatoires DGOS & application PHAR

Leur activité

En 2010, 219 829 patients ont été accueillis en moyenne chaque jour à l'hôpital pour une urgence, une hospitalisation programmée, un traitement en ambulatoire, un examen complémentaire ou une consultation externe, dont 88 % dans les établissements de santé publics et privés d'intérêt général, 12 % dans les établissements privés à caractère commercial.

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Les professionnels de santé

Au 31 décembre 2009, étaient recensés :

- 348 340 professionnels médicaux, soit :
 - 213 821 médecins,
 - 41 968 chirurgiens-dentistes dont 3 843 salariés et 38 125 libéraux,
 - 74 465 pharmaciens dont 39 422 salariés et 35 043 libéraux,
 - 19 651 sages-femmes dont 16 221 salariées et 3 430 libérales ;
- 1,07 million de professionnels hospitaliers non médicaux dont :
 - 507 514 infirmiers,
 - 250 964 aides-soignants,
 - 68 751 masseurs-kinésithérapeutes,
 - 28 008 manipulateurs en électroradiologie médicale.

Source : répertoire ADELI

Les dépenses

En 2010, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) s'est élevé à 162,4 milliards d'€, dont :

- 70,8 milliards d'€ pour l'ONDAM hospitalier,
- 75,0 milliards d'€ pour l'ONDAM de ville.

Source : constat provisoire du rapport de la commission des comptes et de la sécurité sociale de juin 2011

L'année 2010 en quelques dates

15 janvier



Publication de l'arrêté d'application sur les coopérations entre professionnels de santé

25 janvier



Lancement en ligne du site *Hospimob*, la bourse à l'emploi de la FPH

2 février



Protocole sur le dispositif licence master doctorat (LMD)

15 mars



Signature du décret et de l'arrêté créant la DGOS, publiés le 16 mars

9 juin



Publication des résultats du PHRC et du programme STIC

31 mai



Colloque sur « Les ressources humaines hospitalières »

27 mai



Lancement de l'appel à candidature pour l'expérimentation du projet FIDES

18-21 mai



Salon « Hôpital Expo »

21 juin



Top départ de la publication de leurs indicateurs « qualité et sécurité » par les établissements de santé

6 juillet



Protocole sur la retraite des praticiens hospitaliers

9 septembre



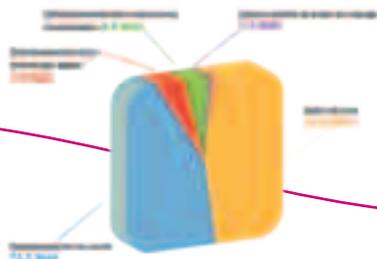
Bilan annuel de l'observatoire national des violences en milieu hospitalier (ONVH)

1^{er} octobre



Ouverture du site « Hosp-eRH » pour la simulation et l'édition de propositions individuelles de reclassement dans le cadre du droit d'option infirmier

17 mars



Publication de la circulaire de la campagne budgétaire et tarifaire des établissements de santé

21 avril



Ouverture de l'espace internet actualisé « droits des usagers du système de santé »

28 avril



Signature du contrat d'objectifs et de performance entre le CNG et la DGOS

29 mars



Parution du 2nd rapport d'activité de l'ONEMFPH

9-13 mai



Déplacement de Roselyne Bachelot-Narquin en Chine, avec la participation d'Annie Podeur

5 mai



3^e édition de l'opération « mission mains propres »

4 mai



Signature d'une convention entre l'ANAP et l'ATIH, sous l'égide de la DGOS

30 avril



Journée d'échange sur les « Directoires : les enjeux de la nouvelle organisation des hôpitaux »

19 octobre



Publication du décret télémédecine

20 octobre



Colloque sur les « Accidents vasculaires cérébraux : la parole des patients, l'engagement des professionnels, l'action des pouvoirs publics », en partenariat avec la fédération France AVC

3-5 novembre



Salon infirmier

décembre



Préparation des travaux de la proposition de projet de loi Fourcade

La DGOS, des équipes au service d'une nouvelle dynamique entre acteurs de l'offre de soins

« *L'entreprise était ambitieuse mais nous avons de sérieux atouts pour réussir.* »

Annie Podeur, directrice générale de l'offre de soins

Avec un an de recul, que retenir-vous de la création de la DGOS ?

La création de la direction générale de l'offre de soins a été l'aboutissement de très nombreuses réflexions et d'une très large concertation entre toutes les parties intéressées. Si l'ambition affichée du projet et les incertitudes liées à tout changement majeur ont été un facteur important de doute, les phases difficiles du projet ont été franchies sans blocage majeur. L'entreprise était ambitieuse mais nous avons de sérieux atouts pour réussir. Des agents motivés et détenant une compétence et une expertise remarquables, une feuille de route claire, tracée par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), exigeante et structurante, ainsi que notre inscription naturelle dans la nouvelle gouvernance du système de santé.

Vous évoquez avec la loi HPST : malgré le contexte de nouvelle organisation, les équipes de la DGOS sont restées très mobilisées sur les dossiers - précédemment et nouvellement - suivis par la direction. Quels sont-ils ?

Parmi les chantiers prioritaires qui s'ouvraient en effet à nous, quelques axes très forts devaient immédiatement nous guider. Premier d'entre eux : celui d'assurer à la population française un accès réel aux soins. L'enquête menée sur les inadéquations hospitalières et le constat de déserts médicaux nous le rappellent. Dans ce cadre, l'organisation territoriale fixée par les nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins, la structuration de l'offre de soins de 1^{er} recours, la modernisation de la permanence des soins ambulatoire et en établissement de santé, ont été déterminants.

Le 2^{ème} axe ayant largement irrigué nos travaux est celui de la complémentarité nécessaire entre les 2 secteurs de santé. Il sous-tend la promotion des coopérations hospitalières, cela dans le cadre des groupements de coopération sanitaire (GCS) et des communautés hospitalières de territoire (CHT). Il nous a conduits à un soutien fort de toutes les formes d'exercice regroupé et coordonné dans le cadre des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres et des pôles de santé, des futures sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA).

Le 3^{ème} axe a porté sur l'adaptation des professionnels de santé aux nouveaux enjeux : évolution de leur formation initiale et continue, refonte - voire « réingénierie » - de certains métiers.

Le 4^{ème} axe a été celui de la performance, qui allie efficacité macro-économique et notamment

maîtrise des financements, efficacité institutionnelle à la gouvernance, qualité des soins et performance médicale sans oublier, bien entendu, la prise en compte des évolutions technologiques et au 1^{er} chef, le virage du numérique.

Mais tout cela n'a de signification que si ce dispositif va dans le sens d'une amélioration de la prise en charge du patient et d'une reconnaissance de ses droits. Dans l'optique de décliner au mieux l'engagement collectif des équipes au service du patient, la DGOS s'est dotée d'une mission dédiée aux usagers de l'offre de soins. Celle-ci, outre le renforcement des droits et surtout de leur connaissance, veille également à la traduction en termes d'accueil, d'information et de prise en charge, des mesures que nous prenons chaque jour.

Tout le paradoxe est là : de ce travail colossal engagé par l'ensemble des collaborateurs de la DGOS, rien ne devrait transparaître aux yeux du patient. Son unique souhait étant celui d'une prise en charge satisfaisante, respectueuse de sa personne et cela, quelles qu'en soient les circonstances.

Un vœu pour la DGOS ?

Au terme de cette année écoulée, je crois pouvoir constater que notre ambition a été pleinement satisfaite et que la création de la DGOS a été unanimement considérée comme une réussite. Souhaitons que 2011, qui verra l'approfondissement des réformes engagées, permette à chacun de trouver un souffle nouveau et une sérénité méritée. Je sais particulièrement gré à tous les agents de la DGOS d'avoir témoigné, par leur mobilisation, leur attachement aux valeurs du service public.



La création des ARS : un partenariat prometteur

« Avec le niveau national, les agences régionales de santé forment la communauté des régulateurs du système de santé. »

Le rapport Ritter souligne que « plus le périmètre et les missions dévolues aux ARS sont larges, plus le pilotage central devra être intégré ». L'année 2010 a-t-elle confirmé ce postulat ?

La nécessité d'un pilotage national resserré s'est très vite imposée à l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et social, en regard du pilotage régional unifié par la création des agences régionales de santé (ARS). En effet, il eût été incohérent de ne pas appliquer au niveau national la réforme réalisée sur le plan régional.

La création du conseil national de pilotage (CNP) des ARS a permis de mettre en place ce pilotage unique, sous la présidence des ministres et sous l'égide du secrétariat général chargé des affaires sociales. Sa réussite est, à mon sens, pleinement consacrée par l'expérience de la 1^{ère} année de son fonctionnement.

Quel bilan peut-on dresser, quelques mois après sa mise en place ?

Loin de succomber à l'embolie que certains pouvaient redouter, le CNP a, dès le début de son fonctionnement et grâce à une organisation dont la qualité doit être saluée, considérablement facilité les échanges en présence des ministres et des diverses parties prenantes. Cela sur des sujets qui nécessitaient que l'on veille à la cohérence et à la bonne convergence des orientations nationales adressées aux ARS. Il suffit d'ailleurs d'examiner la production du conseil, le rythme régulier de ses séances, la richesse de ses ordres du jour, le nombre de circulaires, de projets de textes réglementaires ou législatifs qu'il a validés pour se convaincre, si besoin était, de son efficacité.

Pour autant, les directions « métiers » d'administration centrale ont gardé une forte autonomie dans l'instruction des dossiers et la concertation qu'ils exigent en amont de la proposition de politiques publiques, y compris avec les ARS ou leurs représentants. Elles bénéficient, en outre, de la plus value des débats au CNP entre les plus hauts responsables du système de santé, qu'ils représentent l'Etat ou l'assurance maladie.

Comment les ARS sont-elles associées à l'élaboration des politiques arrêtées au sein du CNP ?

Chaque mois, le secrétariat général organise des ateliers au bénéfice de l'ensemble des directeurs

Félix Faucon, chef de service, adjoint à la directrice générale

général d'ARS, auxquels contribue la DGOS, ce qui permet de les associer et de les informer tout au long du processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques. Leurs collaborateurs sont souvent sollicités en amont, lors de l'élaboration de textes ou de guides méthodologiques par exemple.

Avec le niveau national, les agences régionales forment la communauté des régulateurs du système de santé, dans le respect des attributions propres à chacun et de la subsidiarité des rôles.

Quel est le poids de la DGOS dans la mise en œuvre de la politique de l'offre de soins ?

Le paradoxe de la période ouverte depuis la création des ARS résulte de la conjugaison d'un élargissement simultané des marges d'initiative du niveau régional et du champ d'intervention de la DGOS comparé à celui de la DHOS. Cela dans le domaine financier, par exemple : les contraintes macro-économiques et budgétaires, conjuguées à l'impératif d'un retour à l'équilibre financier des hôpitaux publics, nous conduisent à épauler de plus près les décideurs locaux dans les réglages micro-économiques que leur imposent les défis de la performance. De même, la DGOS a assuré le cadrage méthodologique des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ambulatoires, nouvellement créés par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST). Autres exemples : la démographie des professions de santé et le dialogue social au sein de la fonction publique hospitalière, attributions des ARS qui nécessitent un soutien marqué de la DGOS.

Quelles sont les prochaines étapes ?

Le CNP a assuré un pilotage harmonisé, gage de cohérence et d'efficacité, dans la phase amont de bon nombre de politiques publiques nées de la loi HPST, dont il va falloir assurer l'évaluation et l'actualisation. Il importe maintenant de mettre en place une véritable culture du reporting - d'autant plus fin que la décentralisation est large -, contrepartie incontournable des marges de manœuvre laissées au niveau régional et corollaire indispensable d'un pilotage national plus performant. Jusqu'à la loi HPST, l'organisation de la santé restait fortement compartimentée. Le décroisement opéré et l'attention nouvelle portée aux interactions sectorielles ont enfin donné tout son sens au vocable « système de santé », dont les ARS et le niveau national assument ensemble la gouvernance et le pilotage.

- **4 axes stratégiques**
- **61 plans d'actions**
- **1 feuille de route à 3 ans**

Un plan stratégique volontaire et lisible

« L'idée n'est pas seulement de produire de la norme, mais d'être réellement en appui aux acteurs. »

Jean-Noël Cabanis, chef du département stratégie ressources (DSR)

Pouvez-vous nous rappeler l'objectif du plan stratégique de la DGOS et les étapes de son élaboration ?

Six mois de travail collectif autour de débats riches et ambitieux : cela aura été le temps nécessaire à la DGOS pour définir sa contribution à la réorganisation de l'offre de soins et se doter d'un plan stratégique pour les 3 ans à venir, intitulé « Construire ensemble l'offre de soins de demain ». Une véritable feuille de route !

Consolidé fin 2010 et validé début 2011 par les ministres, il a été colligé grâce au travail de tous les services et décliné au travers de 61 plans d'actions, répartis dans 4 grands axes stratégiques : l'accès aux soins, la performance des acteurs, la régulation et l'organisation interne dans sa dimension « performance ». Ceux-ci constituent autant d'enjeux auxquels notre direction devra répondre.

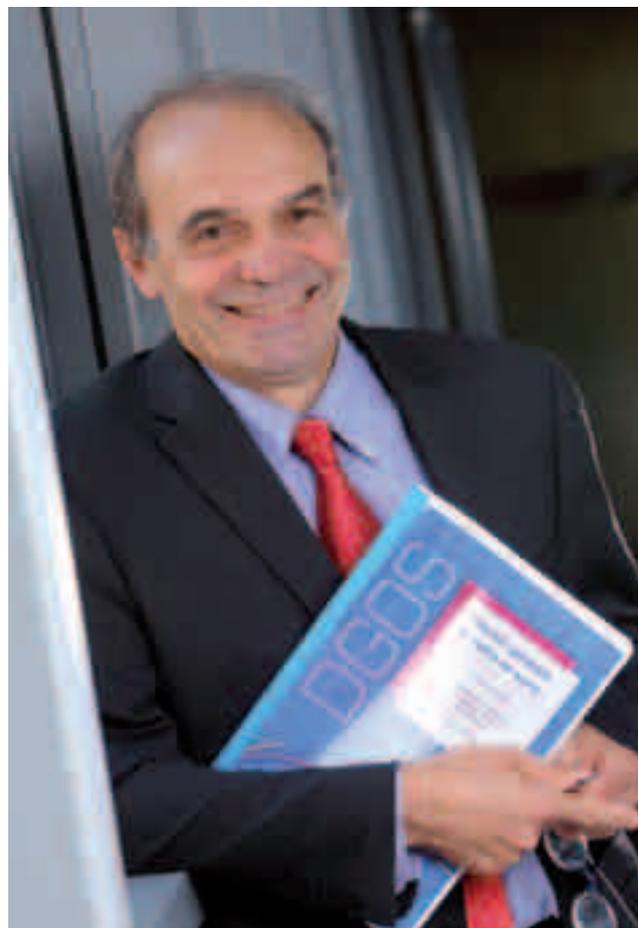
Le plan s'appuie sur des valeurs que nous avons choisies : l'équité, la responsabilité, l'anticipation, la transparence et la transversalité. Ces valeurs doivent guider l'action collective et individuelle, mais aussi forger la culture de la nouvelle DGOS, bien au-delà du décret du 15 mars 2010.

Dans quelle mesure les partenaires de la DGOS peuvent-ils s'approprier ce plan stratégique ?

Le plan guide nos actions pour les 3 années à venir, en lien étroit avec les agences régionales de santé (ARS) et nos opérateurs - ANAP, ATIH et CNG* - en vue d'une bonne articulation des actions respectives. Un tiers des plans d'actions est d'ailleurs en partage avec les opérateurs, le pilotage pouvant aller de l'un à l'autre, signe d'une plus grande transversalité.

Ce plan témoigne de l'ambition de notre nouvelle direction de se positionner dans un rôle de pilotage stratégique en appui des ARS. La DGOS n'est plus aujourd'hui dans l'opérationnel classique mais dans le pilotage. Non pas qu'elle ignore ce qui se passe dans les établissements, mais elle privilégie plutôt l'examen des questions liées à la qualité, à la performance, à la compétence, dans les 3 domaines majeurs qui sont les siens : régulation macro-économique, performance et qualité, dynamique RH.

L'idée n'est pas seulement de produire de la norme - même si elle reste indispensable dans un état de droit - mais d'être réellement en appui aux acteurs. Au demeurant, les actions de la DGOS issues du plan stratégique et mises en œuvre par les ARS sont toujours validées par le conseil national de pilotage (CNP) des ARS, signe d'une appropriation collective.



Quelles sont les perspectives ?

Plus lisible, articulée autour de priorités clairement affichées, l'action de la DGOS pourra mieux répondre aux attentes de l'ensemble de nos partenaires - fédérations et conférences d'établissements, ordres et syndicats professionnels, associations d'usagers - qui disposeront ainsi d'une meilleure visibilité sur l'action de la DGOS au cours des 3 prochaines années.

A l'aide de ce plan stratégique, nous mesurerons régulièrement nos avancées et nous en rendrons compte à nos partenaires, en ayant toujours présent à l'esprit que ces progrès se feront au bénéfice de nos concitoyens.

**Lire les encadrés correspondants*

+ Com

Un dossier intranet, l'organisation d'une assemblée générale des personnels

- **7 observatoires**
- **environ 3 000 structures concernées**

Des systèmes pour une information en temps réel

« Nos observatoires fourmillent d'informations : bases de données comparatives, services d'annuaires, données chiffrées et statistiques... »

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

Le pilotage stratégique qui incombe à la DGOS nécessite une remontée d'informations performante. En 2010, comment cette dernière s'est-elle structurée ?

La DGOS a mis en place dès 2009 une plateforme qui regroupe, autour d'un référentiel commun, différents observatoires visant à collecter des informations directement auprès des établissements de santé.

Cette plateforme, développée par l'unité du système d'information décisionnel (USID), permet de recueillir des informations collectées « au fil de l'eau » et partagées entre les établissements, les agences régionales de santé (ARS) et la DGOS.

Les observatoires fourmillent d'informations, disponibles directement : ils fournissent aux utilisateurs des bases de données comparatives, des services d'annuaires, des données chiffrées et des statistiques...

Ensuite, 3 observatoires « thématiques », rassemblant de manière exhaustive les structures concernées ou les établissements « pilotes » dans les domaines abordés : l'observatoire de la comptabilité analytique hospitalière (OCAH), l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD*), l'observatoire national de la médecine légale (ONML).

Deux observatoires répondent à des besoins plus conjoncturels : l'observatoire de la mise en œuvre des conseils de surveillance, utilisé au 1^{er} semestre 2010 pour suivre la mise en place de ces derniers et fermé en juillet, l'observatoire pour le suivi financier des 30 établissements de santé (S3oES) en difficulté, toujours actif.

Dernier d'entre eux : l'annuaire fonctionnel des établissements de santé (O1), partagé avec les ARS et très utile pour mener certaines actions d'information, en particulier pour des situations présentant un caractère urgent.



Un mot sur les observatoires de cette plateforme ?

Sept observatoires ont été mis en service depuis 2 ans. Premier d'entre eux par le nombre d'établissements concernés – 2 950, en l'occurrence - : l'observatoire des systèmes d'information de santé (OSIS), consacré à l'état des systèmes d'information hospitaliers, à leur degré d'usage et à leur évolution.

Nous réfléchissons actuellement à l'intégration, au sein de la plateforme, de l'observatoire national des violences en milieu hospitalier (ONVH**), dont la configuration technique est différente.

*Lire la partie « Prise en charge sanitaire des personnes détenues »

**Lire la partie « Prévention et gestion des situations de violence »

- environ 30 délégations étrangères reçues
- une coopération avec 16 villes chinoises

La DGOS présente au niveau européen et international

« La France fait mieux entendre sa voix. »

Stéphane Mantion, directeur de projet « outremer et international », département stratégie ressources

La réorganisation de la DGOS a-t-elle modifié l'action de la direction en matière internationale et européenne ?

Oui, indubitablement. Les dossiers internationaux et européens sont désormais pilotés dans un cadre transversal, au sein du département stratégie ressources, contribuant ainsi à l'élaboration et à la coordination d'orientations stratégiques fortes.

Ainsi, la DGOS a participé activement à la rédaction de la directive du parlement européen et du conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers et de libre circulation au sein de l'union européenne, dans un objectif de qualité et de performance des soins.

le schéma régional d'organisation des soins (SROS) de la région Languedoc-Roussillon, alors que son siège se situe dans un autre Etat membre.

Par ailleurs et afin de remédier aux inconvénients d'une action internationale morcelée, souvent de faible envergure, la DGOS a lancé pour la 1^{ère} année un appel à projets de coopération hospitalière internationale. Ces projets répondent à des priorités et des critères définis en amont, dans le respect des thèmes d'intervention et des zones de solidarité arrêtees par le ministère des affaires étrangères. Ils s'orientent vers des coopérations structurantes dans les domaines de la planification de l'offre de soins dans les territoires, du management des structures, des ressources financières, de la qualité et de la sécurité des soins.

C'est ce type de coopération qui a connu en 2010 un nouvel élan, avec l'implication officielle de la France dans l'expérimentation de la réforme hospitalière dans 16 villes chinoises et l'engagement d'une coopération avec la Russie.

Ainsi, la stratégie internationale se définit en tenant compte des besoins exprimés par les pays, en privilégiant les capacités françaises nouvellement permises par les réformes et en s'appuyant sur les relations avec les opérateurs : GIP « Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau » (ESTHER) et « Santé, protection sociale, international » (SPSI), agence française de développement (AFD), fonds européen d'investissement (FEI) et agence pour le développement et la coordination des relations internationales (ADECRI).

Pour appuyer cette stratégie, la DGOS reçoit de nombreuses délégations étrangères - une trentaine en 2010, visitant une vingtaine d'hôpitaux -, les échanges permettant de tisser des relations et de susciter de nouveaux domaines de coopération.

Sur quels sujets précis, la DGOS a-t-elle pu faire avancer les positions françaises dans les instances internationales ?

La DGOS a participé, notamment sur le champ des ressources humaines, à la présentation de la position de la France dans plusieurs instances internationales : organisation mondiale de la santé (OMS), organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En cela, elle a fait prévaloir les règles éthiques définies par le code OMS de pratique internationale de recrutement des personnels de santé et, ainsi, valorisé les dispositions de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) pour des soins de qualité et la performance du système de santé.

Egalement engagée dans des actions de coopération transfrontalière avec ses voisins immédiats, la France fait aussi mieux entendre sa voix au travers de notre participation aux réflexions menées par les services du Premier ministre, mission opérationnelle transfrontalière et délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR), notamment.

Pouvez-vous nous citer des actions concrètes ?

La réalisation du projet d'hôpital franco-catalan de Cerdagne, à Puigcerdá, est un bel exemple. La signature en avril 2010, après plusieurs années de préparation, des textes constitutifs du groupement européen de coopération transfrontalière (GECT) revêt un caractère innovant. Il permet d'inclure cet hôpital dans

+ Com

Le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

L'amélioration du parcours de soins

Les SROS PRS	18
Le 1^{er} recours	20
La permanence des soins ambulatoire	22
La permanence des soins en établissement de santé	23
Les services d'aide médicale urgente	24

Les SROS PRS

L'amélioration du parcours de soins

La volonté nationale de réorganisation de l'offre de soins dans les territoires de santé conduit la DGOS vers un double objectif : l'optimisation du dispositif hospitalier et ambulatoire en termes d'efficacité et de performance, ainsi que la recherche de l'amélioration de la prise en charge des usagers, qui passe par la mise en œuvre de parcours de soins structurés, personnalisés et évaluables.

« Objectif : susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de la population »

Gaël Rimbault, chef du bureau de l'évaluation, des modèles et des méthodes (R5) et **Marion Paufigues**, chargée de mission



+ Com

Le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

- **2 innovations majeures**
- **1 guide méthodologique**

En quoi les SROS PRS diffèrent-ils des anciens schémas régionaux ?

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) instaure les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) qui succèdent aux schémas régionaux d'organisation sanitaire et comportent 2 innovations majeures.

La 1^{ère} : les SROS s'intègrent dans les projets régionaux de santé (PRS) et constituent un outil opérationnel de mise en œuvre des orientations des plans stratégiques régionaux de santé (PSRS). Les SROS doivent donc être élaborés en cohérence avec ces documents, mais aussi dans le cadre d'une approche transversale avec les 2 autres schémas régionaux qui concernent respectivement la prévention et l'organisation médico-sociale.

Seconde innovation : le périmètre des SROS intègre dorénavant l'offre de soins ambulatoire.

Dénommés « SROS PRS » pour marquer leur spécificité liée à la loi HPST, ils ont pour objectif de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin que celle-ci réponde aux besoins de santé, permette l'amélioration de l'état de santé de la population ainsi que la réduction des inégalités d'accès aux soins. Un objectif supplémentaire a été assigné aux SROS PRS, sur le champ de l'amélioration de l'efficacité du système régional de soins.

Les agences régionales disposent-elles d'outils pour leur élaboration ?

Afin de fournir aux agences régionales de santé (ARS) les éléments permettant de répondre aux objectifs, la DGOS a élaboré un guide méthodologique d'élaboration des SROS PRS, présentant les orientations nationales d'organisation des soins et les méthodologies recommandées.

Quels sont les axes majeurs des SROS PRS ?

Le guide met l'accent sur l'articulation nécessaire entre le volet ambulatoire et le volet hospitalier des SROS, mais aussi la transversalité avec les autres schémas. Certaines thématiques sont mises en lumière dans un chapitre préliminaire, dans le but de structurer l'offre de soins, notamment via le développement des modes de prise en charge substitutifs à l'hospitalisation complète - chirurgie ambulatoire, dialyse hors centre, hospitalisation à domicile, articulation entre les soins en ville et les urgences-, en insistant sur la réduction des hospitalisations injustifiées, l'organisation de la permanence des soins assurée par les établissements de santé... Sans oublier de fluidifier le parcours de soins des patients, en organisant le parcours de soins intra-établissement et, surtout, en améliorant l'articulation entre prévention, organisation des soins et prise en charge médico-sociale. Les thèmes pouvant être priorités sont liés aux pathologies du vieillissement, dont la maladie d'Alzheimer, les maladies chroniques ou les accidents vasculaires cérébraux.

Une partie du guide propose, de manière indicative, des modalités d'organisation de l'offre ambulatoire, notamment en structurant l'offre de 1^{er} recours, avec le médecin généraliste comme pivot. L'objectif est de conforter les zones fragiles via des outils incitatifs, élaborés en concertation avec les professionnels de santé et les élus. Les principaux outils sont les structures d'exercice coordonné : maisons de santé pluri-professionnelles, pôles et réseaux de santé. Il est recommandé aux ARS d'avancer avec une approche pragmatique, souple et évolutive sur la structure retenue, à la fois pour répondre aux besoins de la population tout en prenant en compte les contraintes locales. Les travaux engagés doivent être poursuivis, pour une meilleure organisation de l'activité hospitalière : restructurations de l'offre dans un objectif de qualité et de sécurité des soins, structuration orientée sur l'évolution des modes de prise en charge, optimisation de l'offre existante par l'amélioration de la gradation des plateaux techniques, coopérations. Tout ceci en tenant compte du contexte macro-économique.

Concernant les missions de service public des établissements de santé, le guide donne des indications pour réaliser l'inventaire de l'existant et des besoins et pour procéder à leur attribution.

Comment la DGOS a-t-elle procédé pour élaborer ce guide d'importance, qui fait référence ?

Ce guide a fait l'objet d'une large concertation avec l'ensemble des parties prenantes : fédérations hospitalières, représentants des professionnels libéraux et des usagers, haute autorité de santé (HAS)...

En interne, la DGOS a travaillé en étroite collaboration avec le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la direction générale de la santé (DGS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour coordonner au mieux l'ensemble des travaux. Et, surtout, s'assurer du respect de la cohérence attendue dans l'ensemble des documents constituant les PRS.

Enfin, pour accompagner les régions dans l'élaboration de leurs schémas, des ateliers avec les équipes des ARS ont été organisés afin de présenter le projet de guide et d'échanger sur les priorités nationales et les enjeux des SROS PRS. Ces échanges et ces déplacements se sont prolongés début 2011, de manière à accompagner au mieux les ARS dans l'élaboration de leurs PRS.

Le 1^{er} recours

« L'organisation du dialogue avec les professionnels de santé est essentielle pour permettre la structuration de l'offre de 1^{er} recours. »

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

Quelle est la place des soins de 1^{er} recours dans le système de santé ?

La reconnaissance des soins de 1^{er} recours constitue l'un des axes principaux de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST). L'offre de soins de 1^{er} recours se caractérise aujourd'hui - et en dépit d'une densité médicale et paramédicale relativement importante - par une inégalité d'accès aux soins, qui résulte d'une répartition hétérogène des professionnels de santé sur le territoire.

A ce constat, s'ajoute la nécessité de faire évoluer les modalités d'exercice de la médecine libérale, pour la rendre plus attractive, via notamment le regroupement des professionnels de santé.

L'enjeu est majeur. Il consiste à améliorer l'accès aux soins de 1^{er} recours de la population : réduction des disparités géographiques, consolidation de l'offre existante dans les secteurs fragilisés. Tout en répondant aux aspirations des professionnels de santé : exercice moins isolé, optimisation du temps médical, assouplissement et allègement de la pratique au quotidien...

Pouvez-vous préciser les actions mises en œuvre en 2010 pour structurer l'offre de soins de 1^{er} recours ?

Prioritairement, l'accompagnement des agences régionales de santé (ARS) dans l'élaboration de la partie ambulatoire des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Celle-ci constitue le point de départ de la démarche de structuration de l'offre de 1^{er} recours, que les ARS mèneront avec l'appui des dispositifs incitatifs créés par la loi HPST. Elle concerne l'ensemble des professionnels et des structures de ville, les soins de 1^{er} et de 2nd recours, avec une attention particulière sur les 1^{ers}.

Quels sont les objectifs de la partie ambulatoire des SROS ?

L'objet de la partie ambulatoire des SROS est de définir des organisations cibles – maisons, pôles ou réseaux de santé, organisation des médecins libéraux autour d'un hôpital local, centres de santé - qui permettent de structurer le 1^{er} recours, d'améliorer l'accès aux soins, de maintenir les professionnels de santé qui y exercent et d'en attirer de nouveaux. L'enjeu est également d'engager une démarche de concertation avec les médecins libéraux.

De quelle façon la DGOS a-t-elle accompagné les ARS dans la conception de la partie ambulatoire ?

D'une part, via l'animation d'ateliers thématiques : séminaires des directeurs généraux en juin sur le 1^{er} recours et en août sur les SROS, 5 ateliers interrégionaux en novembre et en décembre sur le 1^{er} recours. D'autre part, via la conception d'outils méthodologiques : la 1^{ère} version du guide méthodologique d'élaboration des SROS a été diffusée pour concertation en octobre dernier.

Le guide méthodologique propose aux ARS un pilotage de la partie ambulatoire des SROS autour de 3 principes d'action : construire le projet en lien et en concertation avec les acteurs de terrain, privilégier une approche pragmatique, adaptée en fonction des spécificités locales, dégager quelques priorités d'action ciblées sur certains territoires de santé. Le guide propose également une démarche en 3 étapes : état des lieux de l'offre et des besoins, partage du diagnostic avec les partenaires - professionnels de santé, élus locaux, usagers... -, définition des priorités autour d'organisations cibles.

Comment la DGOS a-t-elle favorisé la création de structures d'exercice coordonné ?

La création de structures d'exercice coordonné, suivie au niveau de la DGOS par le bureau PF3, contribue à l'amélioration de l'accès aux soins et répond également au souhait des professionnels eux-mêmes quant à un cadre d'exercice rénové.

A ce titre, la mise en œuvre du déploiement des maisons de santé par les ARS est soutenue par la DGOS, en veillant à la cohérence avec la partie ambulatoire des SROS. D'ailleurs, 2010 a été marquée par une forte impulsion donnée aux structures de soins de 1^{er} recours : ainsi, 94 projets ont sollicité des financements durant cette année, ce qui porte à 235 le nombre de projets de maisons de santé - en fonctionnement, financés ou en cours de financement - à fin 2010.

Comment adapter les modes de rémunération des professionnels en exercice coordonné ?

Les modes de rémunération des professionnels de santé libéraux doivent en effet s'adapter aux nouveaux modes d'organisation. Pour ce faire, mais également dans l'optique de valoriser certaines missions - prévention, suivi de pathologies chroniques, éducation thérapeutique, coordination... - par une rémunération plus juste, des expérimentations sont en cours sur les nouveaux modes de rémunération (NMR). Cela, même si le paiement à l'acte reste au cœur du dispositif.

Un cadre juridique doit être proposé afin de permettre aux structures de percevoir de nouveaux modes de rémunération sans risque fiscal.

- **235 projets de maisons de santé**
- **39% des médecins généralistes travaillant en groupe**

Comment organiser le partage d'informations entre les professionnels de santé ?

La notion de coordination serait dépourvue de sens si les professionnels de santé ne pouvaient partager l'information concernant les patients qu'ils prennent en charge au sein des structures. L'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) en santé a donc été missionnée par la DGOS pour créer un cahier des charges définissant un système d'information cible. Celui-ci, outre les modalités de partage d'informations, devra résoudre la question de la sécurisation de ce partage, des protocoles médicaux, de la production d'indicateurs - en particulier liés aux NMR -, de la gestion des agendas et de la facturation.

Une réflexion a été initiée en vue d'adapter aux nouveaux modes d'exercice coordonné le dispositif législatif concernant le partage des informations entre les professionnels de santé.

Comment s'organise le dialogue avec les professionnels ?

L'organisation de ce dialogue est essentielle pour permettre la structuration de l'offre de 1^{er} recours. La création, au niveau national, d'un groupe contact avec les professionnels libéraux sur la médecine de 1^{er} recours a permis d'instaurer une démarche de concertation régulière entre les professionnels libéraux et le ministère. Piloté par la DGOS, il réunit toutes les 6 semaines depuis novembre 2010 les syndicats de médecins libéraux. Plusieurs sujets ont été abordés, dont le guide méthodologique d'élaboration de la partie ambulatoire des SROS et la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES).



+ Com

Une plaquette disponible en ligne au sein de l'espace « Offre de soins »

La permanence des soins ambulatoire

« Le nouveau cadre apporte souplesse et cohérence. »

Perrine Ramé-Mathieu, adjointe au chef du bureau du 1^{er} recours (R2)
et **Elise Riva**, chargée de mission

Qu'a modifié la loi HPST en matière de permanence des soins ambulatoire ?

La réforme de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) vise à garantir l'accès de l'ensemble de la population à la permanence des soins en médecine générale, tout en maîtrisant son coût.

Pour y parvenir, le nouveau cadre introduit par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) apporte souplesse et cohérence à l'organisation et au pilotage de la PDSA en réunissant, sous l'autorité unique des agences régionales de santé (ARS), l'organisation et le financement du dispositif.

Si 2009 a été dédiée à l'élaboration du cadre réglementaire, 2010 a été consacrée au cadrage des nouveaux leviers organisationnels et financiers confiés aux ARS.

Les ARS disposeront-elles d'une certaine souplesse pour organiser la PDSA ?

Oui, notamment pour structurer le maillage de la permanence dans les régions et définir les territoires de permanence, cadres opérationnels de la PDSA.

En particulier, la règle conventionnelle fixant le principe « 1 secteur = 1 médecin » est supprimée, ce qui donne la faculté aux ARS d'adapter le périmètre des territoires en fonction des plages horaires. Mais aussi, d'adapter le nombre de médecins de garde et le type d'effectif - visites et/ou consultations - en fonction des spécificités géographiques et démographiques des territoires, des horaires, etc.

A titre d'exemple, il est désormais possible de faire coexister un territoire de consultations et un territoire de visites à domicile - dont les limites ne seraient pas tout à fait les mêmes - et d'y faire participer plusieurs médecins. De même, le concours des structures hospitalières pourra être organisé par les ARS dans certaines zones pour prendre en charge les demandes de soins non programmés, notamment en nuit profonde.

Quels seront les modes de rémunération pour la PDSA ?

Il revient désormais aux ARS de déterminer les rémunérations forfaitaires des médecins participant aux gardes et à la régulation de la PDSA, dans le cadre d'une enveloppe fermée qui leur est attribuée et dans les limites de rémunération fixées par arrêté.

Les ARS déterminent et financent la rémunération forfaitaire des médecins participant à la PDSA, à savoir les forfaits des médecins effecteurs et des médecins régulateurs. La rémunération des actes - consultations ou visites - et les majorations spécifiques qui leur sont attachées continuent de relever de la convention médicale.

Les forfaits de PDSA sont déterminés par les ARS pour chaque type de fonction : régulation ou effectif. Ils sont modulables en fonction des contraintes géographiques et des sujétions particulières attachées à l'exercice de la permanence. Les montants planchers des forfaits sont définis ainsi : pour la régulation, le forfait ne peut être inférieur à 70€ par heure ; pour l'effectif, le forfait (d'astreinte) ne peut être inférieur à 150€ pour une garde d'une durée de référence de 12 heures.

Les enveloppes régionales ont été élaborées dans un double souci : ne pas reconduire les inégalités historiques constatées dans les dépenses de PDSA entre les régions, tout en maintenant les dépenses forfaitaires nationales de PDSA à leur niveau de 2009.

L'ensemble des choix d'organisation et de rémunération retenus pour les régions sera fixé dans les cahiers des charges régionaux de PDSA, attendus dans un calendrier calqué sur celui de la publication des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).



• 1 passage sur 5
aux urgences donnant lieu
à 1 hospitalisation

La permanence des soins en établissement de santé

« Il convient maintenant que chaque ARS définisse le dispositif applicable aux secteurs public et privé. »

Odile Brisquet, chef du bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aigües (R3) et **Guillaume le Hénanff**, chargé de mission



Que recouvre très concrètement la permanence des soins en établissement de santé ?

La permanence des soins en établissement de santé (PDES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins - intervention comme hospitalisation - dans une structure de soins en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) d'un établissement de santé. Cela en aval ou dans le cadre d'un réseau de médecine d'urgence, la nuit, le week-end - hormis le samedi matin - et les jours fériés.

La réorganisation de la PDES constitue l'un des outils majeurs de la réorganisation future de l'offre de soins. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) érige désormais la PDES en mission de service public. Elle donne compétence aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission de

service public. Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) constituent le cadre opérationnel de cette « remise à plat » de la PDES et de l'élaboration de son schéma cible.

La PDES concerne le seul champ MCO et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence, à l'exception des lignes de permanence financées par le forfait annuel « urgences ». De fait, les hôpitaux locaux, les structures de soins de suite et de réadaptation (SSR), les unités de soins de longue durée (USLD) et le champ psychiatrique - en dehors des structures de médecine d'urgence - ne peuvent relever du dispositif de PDES. Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées aux activités de greffe et d'hospitalisation à domicile (HAD) font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et des astreintes.

Quels sont les résultats attendus de la réorganisation de la PDSSES ?

La réorganisation de la PDSSES doit permettre de garantir l'accès aux soins requis en appui ou en aval des urgences. Cette accessibilité s'entend à la fois sur le plan géographique, en fonction des délais permettant de garantir une prise en charge sécurisée, mais également sur le plan financier, puisque les soins dispensés ne peuvent donner lieu à dépassement d'honoraires.

L'organisation ainsi mise en place dans chaque région contribuera à améliorer la qualité des prises en charge, en rendant plus lisibles les services disponibles en aval ou en appui des urgences, entraînant une réduction des délais d'attente et une meilleure orientation des malades.

Ce dispositif, plus lisible, sera également plus efficient : d'éventuels doublons seront supprimés, certaines lignes de garde ou d'astreinte mutualisées, libérant ainsi pour l'activité de jour des ressources médicales mobilisées en surnombre aux heures de PDSSES.

Faut-il aller vers un dispositif de financement unique et fongible de la PDSSES ?

Certainement. Il faut maintenant que chaque ARS définisse le dispositif applicable aux secteurs public et privé, en utilisant les marges de manœuvre régionales pour mobiliser de manière optimale les ressources médicales disponibles au regard des besoins de santé identifiés en région.

Ce dispositif cible, commun aux secteurs public et privé, est basé sur une contractualisation entre les ARS et les établissements de santé publics et privés concernés, via les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Dans ce cadre, les lignes de gardes et d'astreintes participant de la mise en œuvre de la mission de service public de PDSSES par les établissements seront indemnisées par des crédits « mission d'intérêt général » (MIG) relevant d'une enveloppe unique et fongible.

L'inscription dans un schéma unique de PDSSES piloté par l'ARS, avec un mécanisme de financement commun aux secteurs public et privé, s'inscrit dans une logique de convergence, d'optimisation et de mutualisation des ressources médicales disponibles. Ce scénario cible est détaillé dans la rubrique « PDSSES » du guide méthodologique d'élaboration des SROS diffusé par la DGOS : il a fait l'objet d'une concertation approfondie avec les représentants des syndicats de médecins libéraux, les fédérations et les conférences hospitalières. Cette concertation s'est poursuivie en 2011 avec les syndicats représentatifs des médecins salariés. Cinq ARS ont été associées aux réflexions sur la construction de ce schéma cible.

La concertation a également porté sur les modalités de réalisation de l'état des lieux préalable à l'élaboration des schémas cibles prévus dans les SROS PRS. Celle-ci a conduit à l'élaboration d'une maquette d'enquête régionale, qui a pu être complétée par les établissements concernés sur la plateforme de saisie de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), selon les méthodologies et les calendriers retenus par chaque région.

Les services d'aide médicale urgente

« Le rapport Mardegan a fait apparaître une grande hétérogénéité des équipements, des ressources, et des niveaux d'activités entre SAMU. »

Marine Buffat, chargée de mission
au bureau du 1^{er} recours (R2)

Qu'est-ce que la régulation médicale ?

La régulation médicale assure l'orientation des patients vers la structure ou le professionnel adaptés à leur état de santé, que ce soit en urgence ou pour des demandes des soins non programmées, aux heures de fermeture des cabinets libéraux. Cela pour du conseil médical, une prescription médicamenteuse par téléphone, une consultation de médecine générale, l'orientation vers un point fixe de garde dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) ou vers les urgences hospitalières, la prise en charge par un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

La régulation garantit ainsi l'efficacité du dispositif, permet d'apporter une réponse en continu, joue un rôle majeur dans la gestion des crises sanitaires et contribue à une meilleure coordination entre ville et hôpital, par un fonctionnement commun avec la régulation libérale dans le cadre de la PDSA : dans 2 tiers des départements, celle-ci se déroule dans les locaux même des services d'aide médicale urgente (SAMU).

Quels ont été les jalons de la modernisation de la régulation médicale ?

Le rapport Mardegan, établi à la demande d'Annie Podeur en juillet 2010, a dressé un état des lieux du fonctionnement des SAMU, en termes de données d'activité, d'équipements, de ressources. Constat : une grande hétérogénéité sur ces champs.

Un plan de modernisation des SAMU a ensuite été élaboré autour de 2 axes. D'une part, veiller à ce que l'organisation territoriale réponde à des objectifs de qualité et d'efficacité. Un état des lieux, concerté avec les professionnels doit être mené par les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre des réflexions engagées autour des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). D'autre part, renforcer et harmoniser les systèmes d'information des SAMU, dans un objectif de qualité de la gestion des appels entrants et d'interopérabilité des dispositifs téléphoniques et informatiques de prise d'appel entre SAMU.

A la demande de la DGOS, la haute autorité de santé (HAS) a édicté des recommandations de bonnes pratiques sur la régulation médicale, qui ont vocation à constituer une référence pour organiser les structures de régulation médicale et visent à l'harmonisation de la qualité des pratiques et de la sécurité apportée au patient.

- **103 SAMU pour environ 23 millions d'appels/an**
- **369 SMUR pour environ 700 000 interventions/an**
- **environ 16 millions de passages aux urgences/an**



Enfin, le suivi des travaux engagés avec la direction de la sécurité civile (DSC) pour la déclinaison opérationnelle du référentiel entre SAMU et services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), ainsi que son évaluation, ont permis de mieux connaître les missions communes. Il a également contribué à identifier 4 axes de renforcement de la coopération entre SAMU et SDIS : clarification des périmètres d'action de chacun des acteurs, essor de l'interopérabilité des systèmes d'information et de communication, coopération en matière de ressources humaines communes et diffusion des bonnes pratiques relevées sur le terrain.

+ Com

Le dossier internet, consultable sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

L'année vue par... Natacha Lemaire, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins



La création de la DGOS a permis de réunir en une même structure, la sous-direction R, les 2 leviers de la régulation : le levier organisationnel et le levier financier. Cette intégration des 2 dimensions a apporté une réelle plus-value : le travail produit est d'encore meilleure qualité et, de l'avis général, la crédibilité de la sous-direction s'est trouvée renforcée.

Aux effets liés à la nouvelle organisation de la direction, sont venus s'ajouter de nouvelles méthodes de travail, plus transversales, mises en place avec la création du conseil national de pilotage (CNP) des agences régionales de santé (ARS). Cette instance a permis d'instaurer un très riche dialogue entre l'ensemble des acteurs de l'offre de soins. Je me félicite également de l'excellente collaboration que mes équipes entretiennent avec les 2 autres sous-directions et les missions de la DGOS, qui contribue à l'amélioration de la qualité des actions menées.

Je considère que l'activité déployée par la sous-direction R en 2010 est d'autant plus remarquable que le programme de travail dont elle avait la charge fut particulièrement lourd et essentiel pour l'avenir de notre système de santé. Citons bien entendu tous les textes pris en application de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) qui ont constitué l'épine dorsale de notre feuille de route. Sans oublier l'élaboration du guide méthodologique sur les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et la réforme de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), par exemple, qui ont grandement occupé les équipes à un moment où, par ailleurs, le cadre budgétaire qui nous était assigné devenait plus exigeant.

Pour 2011, il nous reste à consolider ces acquis. Toutefois et dès aujourd'hui, à l'aune de ces résultats, je remercie l'ensemble des agents de la sous-direction pour leur implication quotidienne sans laquelle rien de tout cela n'était concevable.

L'accès de tous à des soins de qualité

La chirurgie ambulatoire	28
L'hospitalisation à domicile	28
L'imagerie médicale	30
La télémédecine	31
Les soins de suite et de réadaptation	32
La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer	33
Le parcours de soins en cancérologie	34
La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	35
La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux	36
Les soins palliatifs	37
La santé mentale	38
La prise en charge sanitaire des personnes détenues	39

- **30% des actes en 2003, 36,2% en 2009**

L'accès de tous à des soins de qualité

Aucune personne ne peut faire l'objet d'une discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins. Pour la DGOS, ce droit se traduit en pratique par des programmes d'actions spécifiques, certains axés sur les modalités même de prise en charge en établissement de santé ou en ville, d'autres sur des pathologies ciblées : maladies chroniques ou relevant de plans de santé publique, vieillissement et dépendance, santé mentale...

La chirurgie ambulatoire

« Le taux global, bien que croissant, est disparate et reste encore en-deçà des enjeux. »

Thierry Kurth, adjoint à la chef du bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aiguës (R3) et **Anne-Noëlle Machu**, chargée de mission

Le développement de la chirurgie ambulatoire est-il satisfaisant en France ?

La chirurgie ambulatoire constitue un enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins, à la fois pour le patient, pour la qualité et l'organisation des soins de chirurgie, pour l'optimisation des plateaux techniques et pour les conditions de travail des professionnels engagés. Des leviers ont été mobilisés ces dernières années par le ministère de la santé et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), avec comme objectif commun son développement par les établissements de santé, en substitution à l'hospitalisation complète.

Si on observe une nette progression sur des gestes ciblés, le taux global de chirurgie ambulatoire, bien que croissant, est disparate au niveau national et reste encore en-deçà des enjeux engagés.

Un état des lieux a-t-il été dressé ?

Oui : cette démarche a été réalisée par les agences régionales de santé (ARS), en cohérence avec la démarche sur les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Elle s'est traduite par la mise à disposition d'indicateurs et une étude des données nationales et locales. Cet état des lieux, préalable à l'élaboration des SROS et à la définition d'un plan d'actions sur la chirurgie, a permis de croiser les données d'activité avec des indicateurs de sécurité des soins et une analyse des organisations mises en œuvre par les établissements de santé.

L'état des lieux s'accompagne, en plus de la poursuite de la mise sous accord préalable des établissements de santé par l'assurance maladie, de la mise en œuvre d'incitations tarifaires. Il doit servir de base, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, à l'élaboration des actions à mener sur les différents freins et leviers identifiés et à la définition de la cible de développement de la chirurgie ambulatoire, à la fois ambitieuse et réaliste, à l'issue des SROS.

Quels sont les outils à mettre en place pour le développement de cette activité ?

La chirurgie ambulatoire a été inscrite dans le guide méthodologique d'élaboration des SROS et constitue l'un des 10 programmes de gestion du risque (GDR) lancés en 2010. Ce

programme repose sur un changement de paradigme, qui fait de la chirurgie ambulatoire le mode de prise en charge de référence, devant être étendu à l'ensemble des patients éligibles et développé sur l'ensemble de l'activité de chirurgie.

Le taux global de chirurgie ambulatoire est appelé à devenir un axe de contractualisation avec les ARS. L'objectif est de développer une chirurgie ambulatoire alliant offre structurée en région, qualité des soins et performance des organisations.

Ce programme national associe notamment l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la haute autorité de santé (HAS), la CNAMTS, les sociétés savantes de chirurgie et les ARS.

L'hospitalisation à domicile

« L'HAD a désormais toute sa place dans l'offre de soins. »

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

Comment voyez-vous l'année 2010 pour l'HAD ?

L'hospitalisation à domicile (HAD) est à un moment charnière de son développement : encouragée par les pouvoirs publics, elle vient de connaître une phase de croissance rapide. Tout en veillant à maintenir ses standards de qualité de prise en charge dans un contexte délicat, où son positionnement reste difficile et où les exigences de fonctionnement sont difficiles à remplir pour des structures dont beaucoup restent de petite dimension.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) donne un ancrage législatif aux interventions des établissements de santé à domicile, avec pour objectif de les rendre plus visibles. Elle précise que les établissements de santé délivrent des soins aussi bien avec hébergement, qu'en ambulatoire ou à domicile. La notion même d'« alternatives à l'hospitalisation » disparaît.

L'HAD a désormais toute sa place dans l'offre de soins. Les structures permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. A noter que les structures d'HAD peuvent également intervenir dans un établissement accueillant des personnes âgées.

- **119% d'activité depuis 2005**
- **0,48% des séjours hospitaliers**
- **au moins une structure autorisée par département**

Quelles sont les principales perspectives attendues sur le champ de l'HAD ?

En 2010, un bilan plus qualitatif de l'HAD était nécessaire, afin de mieux cibler les orientations pour les années à venir et d'apporter les soutiens les plus adaptés.

La DGOS a donc demandé à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de procéder à ce bilan et de dégager les pistes

gestion du médicament en veillant à l'application de la loi HPST et à l'adaptation du contrat de bon usage du médicament (CBUM), d'encadrer et d'harmoniser la permanence des soins en l'adaptant à ce type de prise en charge. Sans oublier de structurer de façon coordonnée les systèmes d'information en HAD et de favoriser la continuité des soins en l'intégrant dans le développement de la télémédecine.



nécessaires d'amélioration. Les données quantitatives montrent une certaine inégalité de répartition de l'offre sur le territoire, les zones montagnardes et rurales accusant encore un déficit d'intervention. Plus globalement, le rapport souligne que l'activité d'HAD s'est progressivement spécialisée autour de certains champs comme la périnatalité, les soins palliatifs ou la cancérologie, au détriment parfois d'activités plus polyvalentes ou en concurrence avec d'autres acteurs de soins.

Les recommandations de l'IGAS mettent ainsi l'accent sur la nécessité de promouvoir des développements ciblés pour conforter la place de l'HAD dans les parcours de soins, d'améliorer les conditions de la prescription en accélérant l'élaboration de référentiels nationaux et le développement d'études médico-économiques sur la place de l'HAD dans les parcours de soins, de réformer la tarification à l'activité (T2A) en HAD en la fondant davantage sur l'information médicalisée et en la rendant cohérente avec les autres systèmes de tarification. Mais aussi, de déterminer la place de l'HAD dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) à partir d'une évaluation précise des besoins, d'améliorer la

Quelles seront les 1^{ères} pistes poursuivies ?

S'inspirant de ces recommandations, la DGOS a entrepris en 2010 de clarifier le recours à l'HAD et de parfaire le service rendu : pour ce faire, elle a sollicité la haute autorité de santé (HAS) afin que celle-ci élabore un référentiel des indications de prise en charge en HAD. De même, elle a saisi l'institut national du cancer (INCa) pour que soit diligentée une étude sur les typologies de prise en charge des chimiothérapies en HAD et sur les indications de chimiothérapie par voie orale.

Par ailleurs, l'étude nationale de coûts en HAD, engagée en 2009, a été renforcée. Le recueil des données de coûts auprès d'un échantillon d'établissements volontaires - près d'une trentaine au total - s'est poursuivi en 2010, sur la base d'un panel plus large et représentatif. Les données collectées ont été analysées en vue de la publication de référentiels de coûts pour chacun des secteurs en 2011.

- **1 028 scanners autorisés**
- **619 appareils d'IRM autorisés, +45% depuis 2006**
- **105 TEP autorisés, +61% depuis 2006**

L'imagerie médicale

« La DGOS a initié l'élaboration d'une stratégie partagée entre l'Etat et l'assurance maladie. »

Roselyne Bôquet, adjointe à la chef du bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aiguës (R3) et **Anne-Noëlle Machu**, chargée de mission



Quelles sont les orientations nationales en matière d'imagerie médicale ?

Les efforts doivent porter sur l'utilisation juste des équipements et sur l'optimisation des organisations des plateaux d'imagerie, avec une mutualisation des ressources médicales pour améliorer l'accès. L'inscription de l'imagerie médicale dans les thématiques du plan stratégique de la DGOS traduit la volonté de définir des orientations nationales avec un calendrier pluriannuel d'objectifs opérationnels.

Peut-on parler de stratégie partagée Etat/assurance maladie sur l'imagerie ?

Sans aucun doute. En 2010, la DGOS a initié l'élaboration de cette stratégie partagée entre les services du ministère de la santé – notamment la direction de la sécurité sociale (DSS) - et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) sur les conditions de développement de l'imagerie médicale.

L'enjeu majeur de l'évolution de l'offre porte sur l'amélioration de l'accès à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), au regard des recommandations de la haute autorité de santé (HAS), des objectifs du plan cancer, des préconisations de l'autorité de sûreté nucléaire (ASN) en matière de radioprotection et de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dans le domaine des bonnes pratiques organisationnelles. Voire, des problématiques neurologiques liées notamment au vieillissement de la population.

La stratégie comporte une approche globale prenant en compte la formation et la démographie des professionnels, l'optimisation des plateaux techniques d'imagerie avec les outils de coopération entre structures et la télémédecine, cela pour mieux structurer le maillage territorial, notamment pour la permanence des soins.

Comment est mise en œuvre cette stratégie ?

L'imagerie est l'un des programmes de gestion du risque (GDR) piloté par la CNAMTS. Les objectifs de GDR reprennent les priorités nationales concernant l'IRM et la réduction des examens irradiants reconnus inutiles par la HAS. Pour l'imagerie, les 2 axes de GDR portent, d'une part, sur le développement soutenable de l'offre en équipements matériels lourds, avec un focus sur la diversification du parc IRM. D'autre part, sur un plan d'accompagnement régional auprès des prescripteurs, des radiologues en secteur libéral et des établissements de santé, visant à éviter la réalisation d'actes d'imagerie conventionnelle non indiqués ou redondants : radiographies du crâne, du thorax, de l'abdomen sans préparation, par exemple.

Comment cette stratégie nationale sera-t-elle déclinée au niveau régional et local ?

Les orientations nationales en imagerie médicale ont été définies par la DGOS dans le guide méthodologique d'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Dans le cadre des futurs schémas, les agences régionales de santé (ARS) sont appelées à mobiliser tous les moyens permettant de répondre aux objectifs nationaux d'amélioration de l'accès à l'imagerie, de réduction des inégalités d'accès et d'efficience. L'une des actions prioritaires est l'accélération de la substitution de l'IRM aux techniques irradiantes, en priorité pour les enfants, dans le respect des bonnes pratiques et de la radioprotection.

La DGOS dispose-t-elle d'un état des lieux fiable des autorisations ?

La DGOS a réalisé un état des lieux national en vue d'actualiser les autorisations et les installations des scanners, des appareils d'IRM et de tomographie par émission de positons (TEP) au 31 décembre 2009, sur la base des informations transmises par les ARS au cours du 1^{er} trimestre 2010.

Cet état des lieux a permis de connaître le nombre des implantations et des appareils autorisés, d'identifier la nature juridique des détenteurs d'autorisation et des sites d'implantation, leur proportion respective et leur répartition territoriale, de mieux appréhender la diversité du parc des appareils d'IRM et de scanners, ainsi que leur utilisation, au regard des enjeux des prochains SROS concernant l'imagerie médicale.

En 2011, l'état des lieux s'intégrera dans le calendrier des SROS et du programme imagerie de GDR. Dans ce contexte, les données chiffrées seront complétées par des informations plus fines sur l'activité réalisée - polyvalence, pédiatrie, urgence, neurologie, cardiologie - et sur les caractéristiques techniques principales des appareils – notamment leur puissance.

- 4 types d'actes médicaux
- 250 projets en cours

La télémédecine

« Un cadre réglementaire alliant sécurité et souplesse pour permettre un développement effectif »

Marie Lajoux, chargée de mission au bureau des coopérations et des contractualisations (PF3)

La télémédecine est-elle considérée, aujourd'hui, comme une activité médicale à part entière ?

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HSPT) a reconnu la télémédecine comme activité médicale ayant la particularité d'être réalisée à distance par la mobilisation des technologies de l'information et de la communication.

En 2010, la DGOS s'est attachée à renforcer l'assise juridique de la pratique. Le décret d'application de la loi définit les actes de télémédecine : téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale des urgences et de la permanence des soins. Ce décret encadre également l'exercice de la télémédecine, en la plaçant dans le droit commun de l'ensemble des activités médicales et du droit des patients.

Il en est de même de l'organisation et du financement de la télémédecine. S'agissant de l'organisation, l'activité doit faire l'objet soit d'un programme national, soit d'un programme régional, ainsi que d'une contractualisation entre les opérateurs de santé concernés et les agences régionales de santé (ARS).

Par ailleurs, ces mêmes opérateurs de santé mettant en place une activité de télémédecine doivent conclure une convention entre eux.

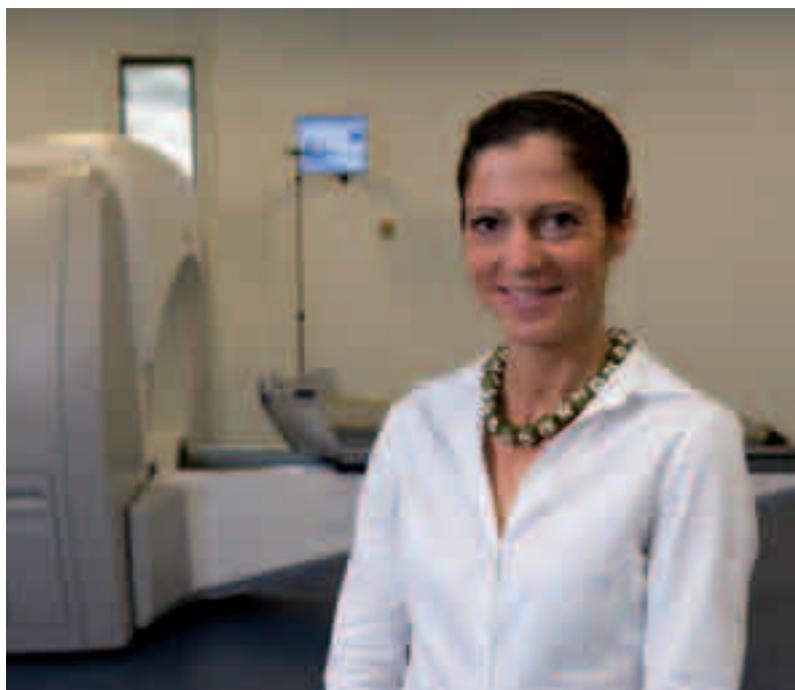
Ce décret, publié en octobre 2010, donne ainsi un cadre réglementaire à l'exercice de la télémédecine, alliant sécurité et souplesse de façon à permettre son développement effectif.

Quelle est la stratégie de déploiement de la télémédecine ?

Il s'agit de passer d'expériences éparses, limitées et très dépendantes du dynamisme de certains acteurs à une véritable organisation de la télémédecine s'inscrivant dans les projets régionaux de santé (PRS) et faisant, par ailleurs, l'objet de programmes régionaux de télémédecine, tels que la loi HPST les prévoit.

Le déploiement de la télémédecine recouvre en effet de nombreuses composantes – territoriales, médicales, économiques, techniques, professionnelles, éthiques... – ce qui suppose que différentes actions soient menées de façon coordonnée.

La DGOS doit à présent fournir une visibilité aux acteurs concernés : ARS, mais aussi professionnels de santé, établissements de santé et structures médico-sociales, industriels, prestataires de service... Cette visibilité constitue



l'une des clés de la réussite du déploiement de la télémédecine, afin que les acteurs s'engagent et s'investissent dans la démarche.

Première étape d'importance : les travaux d'organisation du déploiement de la télémédecine ont démarré en janvier 2011, précisément avec cet objectif de visibilité. Il reste maintenant à créer les pré-requis au développement de la télémédecine. Sans oublier d'assurer la cohérence entre les orientations nationales et les programmes mis en œuvre à l'échelon territorial, dans le cadre des PRS.

+ Com

Le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

- Environ 34 millions de journées en 2009, soit +5%
- 49% de structures publiques

Les soins de suite et de réadaptation

« La DGOS a engagé les travaux sur le modèle cible de financement. »

Dominique Osselin, adjointe à la chef du bureau des prises en charge post-aigües, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4), **Aurélié Lebourgeois** et **Marie Cianelli**, chargées de mission

Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a fait ressortir le caractère inflationniste des volumes et des implantations prévus dans les SROS SSR. Comment a réagi la DGOS ?

En effet, ce constat a été dressé et pose d'autant plus problème que les besoins n'étaient pas réellement démontrés ou les enjeux financiers véritablement estimés.

La DGOS a donc adressé une directive aux agences régionales de santé (ARS), afin notamment d'encadrer davantage la gestion des autorisations, en application des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

Fin 2010, un peu plus de 1 800 établissements ont obtenu l'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de

Où en sont les travaux préparatoires dans la perspective d'un passage à la T2A en SSR ?

Amorcée via la réforme réglementaire de 2008, la restructuration du secteur des SSR repose également sur une évolution de son modèle de financement, en adéquation avec le modèle de tarification à l'activité (T2A) existant en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

En juin 2010, la DGOS a engagé les travaux sur le modèle cible de financement dans une perspective de mise en œuvre progressive de la réforme à partir de 2012. L'architecture du modèle, autour duquel s'articulent les travaux, est constituée d'un compartiment activité et de 3 compartiments complémentaires : plateaux techniques, molécules onéreuses

et missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Les réflexions liées à ces 4 compartiments ont été menées avec les experts des fédérations hospitalières et des sociétés savantes. Des enquêtes ont été préparées afin d'identifier les spécificités qui s'attachent aux missions des SSR et d'apprécier la diversité, la sévérité et la durée effective des prises en charge.

Comment la DGOS intervient-elle dans le cadre du programme d'action de gestion du risque consacré aux SSR ?

Fin 2010 et dans le cadre des directives nationales de la DGOS, de la direction de la sécurité sociale (DSS) et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), notre direction s'est vue confier le

pilotage d'un programme de gestion du risque (GDR) spécifique aux SSR. A ce titre, il lui incombe de créer et de diffuser aux ARS les actions et les outils de régulation de l'offre susceptibles d'être déployés par ces dernières.

En 2010, le groupe projet, qui associe plusieurs ARS, a démarré ses travaux préparatoires et organisé ses recherches autour de 2 axes : connaissance et suivi de l'offre, fluidité du parcours de soins du patient entre MCO, SSR et secteurs médico-social et libéral.

réadaptation (SSR), tous devant disposer d'un socle commun d'activités polyvalentes, correspondant à ce qui est attendu d'une prise en charge globale du patient. Certains d'entre eux assumant en plus des prises en charge spécifiques, correspondant aux 9 spécialités mentionnées dans les décrets. Dans la foulée de cette procédure de notification d'autorisations, une phase de contractualisation a été engagée entre les ARS et les établissements, afin de parvenir à l'élaboration de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).



- **27 CM2R et 401 consultations mémoire**
- **190 UHR et 120 UCC prévues d'ici 2012**
- **100 000 patients sur la BNA**

La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer

« **Le 3^{ème} plan Alzheimer a favorisé le développement d'unités spécifiques dans les hôpitaux.** »

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

L'offre de soins répond-elle mieux en 2010 aux besoins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ?

En 2010, le système de santé a achevé le maillage territorial des consultations mémoire : celles-ci, au nombre de 401 réparties sur l'ensemble du territoire, dispensent désormais une offre de proximité qui favorise le diagnostic précoce de la maladie et de celles qui lui sont apparentées. Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous auprès d'une consultation a été mesuré sur le territoire par l'institut BVA et les résultats sont encourageants : sur la totalité des consultations, le rendez-vous obtenu après une plainte mnésique n'excède pas 51 jours.

Qu'a apporté la mise en œuvre du 3^{ème} plan Alzheimer sur le champ de l'offre de soins ?

Le 3^{ème} plan Alzheimer a favorisé le développement d'unités spécifiques dans les hôpitaux, pour faire face aux situations complexes de crise au cours de la maladie et prendre en charge les troubles du comportement sévères, générés par la maladie. Ces unités dites « cognitivo-comportementales » (UCC), ouvertes dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), ont été lancées en 2008 afin de proposer une réponse concrète aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, dirigés à l'hôpital. En 2010, une cinquantaine d'UCC – sur les 120 prévues d'ici 2012 – étaient créées et apportaient une réponse adaptée. Un 1^{er} bilan a été établi lors d'un congrès national en janvier 2011 par les professionnels qui, dans leur ensemble, ont insisté sur le service rendu par ces nouvelles unités, aux protocoles fondés sur les thérapies non médicamenteuses. Un mot sur les unités d'hébergement renforcées (UHR). Ouvertes dans les unités de soins de longue durée (USLD), elles sont au nombre de 44 et atteindront celui de 190 d'ici 2012. Elles prennent en charge des patients atteints de la maladie qui présentent des troubles du comportement « productifs » - autrement dit, des patients très agités - et proposent des thérapies comportementales, menées essentiellement par des ergothérapeutes ou des psychomotriciens, piliers des UHR. N'oublions pas que les assistants de soins en gérontologie ont été créés par le 3^{ème} plan. D'ici 2012, près de 8 000 aides-soignants ou aides médico-psychologiques qui travaillent auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer pourront bénéficier de cette qualification supplémentaire et d'une prime spécifique de 90 € par mois.

La BNA est-elle désormais alimentée régulièrement ?

Oui et c'est une satisfaction. Initiée en 2009 par une convention qui lie la DGOS, l'institut national de veille sanitaire (InVS), l'agence régionale de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice, la banque nationale Alzheimer (BNA) a poursuivi son développement à un rythme soutenu. Plus de 250 consultations mémoire exportent de façon standardisée sur une grande base de données nationale, via internet, les données des patients suivis. Cette base, inédite dans le monde autour d'une pathologie complexe, constitue une base de recherche dotée d'un grand potentiel : en décembre 2010, plus de 100 000 patients étaient référencés sur cette base. Pour mémoire, depuis 2009, la DGOS accompagne les consultations mémoire en attribuant un forfait de 15 000 € aux services qui saisissent et exportent les données patients vers la BNA.



+ Com

L'organisation d'un colloque consacré aux UCC, dont le dossier internet est consultable sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

- **881 établissements autorisés**
- **357 000 nouveaux cas estimés en 2010**

Le parcours de soins en cancérologie

« La réponse aux défis démographiques posés dans le champ de la cancérologie est un axe important du plan cancer. »

Dominique Martin, adjointe à la chef du bureau prises en charge post-aigües, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4), **Frédérique Collombet-Migeon**, chargée de mission et

Murielle Rabord, chargée de mission au bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aigües (R3)

Quels sont les axes nouveaux du 2^{ème} plan cancer ?

Le 2^{ème} plan cancer, annoncé le 2 novembre 2009 par le président de la République, a vu ses 1^{ères} réalisations démarrer courant 2010. Dans la continuité des actions menées au cours des années précédentes, ce plan comporte une grande diversité de mesures : pour notre direction, elles portent à la fois sur des enjeux d'organisation des soins, de qualité des pratiques, de recherche clinique, de gestion des ressources humaines sur le territoire...



Une attention particulière a été portée à la mise en place rapide de la mesure phare de l'axe « soins » du plan, qui vise à mieux coordonner le parcours de soins des malades et à renforcer le rôle du médecin traitant comme référent de proximité de ce parcours. Pour y parvenir, la création de postes d'infirmiers coordonnateurs est expérimentée pour faire le lien entre les différents acteurs intervenant dans le suivi médical des patients. De cette expérimentation, sont attendues une plus grande fluidité des parcours de soins et une plus grande adaptation à la situation personnelle des patients. Trente-cinq équipes sont mobilisées au cours de cette phase expérimentale, avant évaluation pour une éventuelle généralisation du dispositif à partir de 2012.

La réponse aux défis démographiques posés dans le champ de la cancérologie, qui a commencé à se concrétiser en 2010, est également un axe important du 2^{ème} plan cancer. Une avancée importante a été accomplie avec une augmentation significative du nombre de postes d'internes proposés pour la période 2010-2015 dans les spécialités de cancérologie et d'anatomocytologie.

De quelle façon les ARS ont-elles été associées au dispositif ?

L'année écoulée s'est caractérisée par un effort important d'accompagnement des agences régionales de santé (ARS) dans la mise en conformité des établissements autorisés à traiter les patients atteints de cancer, tel que le plan le prévoit dans sa mesure 19. Fin 2010, la DGOS a notamment sensibilisé les ARS à la mise en œuvre du nouveau dispositif d'autorisation et préparé la démarche des visites de conformité qui auront lieu en 2011.

Ne faut-il pas porter un effort certain sur l'imagerie, dans ce domaine ?

Si, bien sûr. Le plan cancer poursuit l'objectif d'améliorer les conditions d'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie. Pour répondre à cet enjeu, le guide méthodologique d'élaboration des schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS), diffusé aux ARS par la DGOS, a intégré l'objectif d'accroître le parc des appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

En parallèle, une étude a été réalisée par la DGOS, la société française de radiologie (SFR) et l'institut national du cancer (INCa) afin de mieux apprécier les délais d'accès aux examens d'IRM pour les patients atteints de cancer.

Elle met en évidence que des progrès restent à accomplir dans ce domaine : les délais d'accès demeurent en effet importants, de 25 jours en moyenne dans le secteur privé et de 35 jours dans le secteur public. Surtout, de fortes inégalités régionales existent et ne sont pas corrélées à la densité régionale d'IRM. La reconduction de cette enquête en 2011 permettra d'évaluer l'impact de l'augmentation progressive du parc des appareils d'IRM sur les délais de prise en charge des patients.

- **31 000 patients concernés, +5% par an**
- **60% des patients en centre**

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale

« *Un renforcement des alternatives à l'hospitalisation et notamment de la dialyse hors centre.* »

dr **Lydia Valdes**, conseillère médicale au bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aiguës (R3) et **Catherine Larose**, chargée de mission

La prise en charge de l'insuffisance rénale reste-t-elle une priorité de santé publique ?

Oui, elle fait partie de l'un des 10 programmes de gestion du risque (GDR) retenus par le ministère de la santé et lancés en 2010, qui prend en compte cette maladie chronique dans son ensemble : prévention, dépistage, prise en charge des patients.

Dans le cadre de l'action de GDR, une synthèse nationale des données sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) a été lancée par la DGOS en lien avec la direction de la sécurité sociale (DSS), à partir des éléments à fournir par les agences régionales de santé (ARS).

Celles-ci doivent réaliser avec les acteurs de terrain un état des lieux et un diagnostic partagé sur les pratiques de dépistage et de prévention de l'IRC, la formation, la démographie des professionnels ainsi que les données tarifaires et d'organisation de l'offre. L'efficacité de ce dernier aspect pourra être encore améliorée lorsque l'étude médico-économique sur le parcours de soins du patient en IRCT, conduite par la haute autorité de santé (HAS) à la demande de la DGOS et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), sera remise.



Comment s'organise la prise en charge de l'IRCT au niveau régional ?

Le développement des différents modes de prises en charge des patients atteints d'IRCT doit désormais être intégré au sein des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Il tend essentiellement au renforcement des alternatives à l'hospitalisation et notamment, de l'activité de dialyse hors centre que les SROS doivent promouvoir : en unité de dialyse médicalisée, en unité d'auto-dialyse, par l'hémodialyse à domicile ou la dialyse péritonéale.

Quelle est la stratégie médicale à privilégier, pour l'avenir ?

L'amélioration de l'activité de greffe rénale constitue la stratégie principale, apportant une meilleure qualité de vie aux patients, ainsi qu'en témoignent toutes les études internationales. Par conséquent, il faut promouvoir le prélèvement de rein, notamment chez les donneurs vivants, afin d'accroître le nombre annuel de patients recevant une greffe rénale.

- 400 000 victimes par an
- 140 UNV d'ici 2014

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

« Une prise en charge spécialisée, pluri-professionnelle et rapide diminue la mortalité et les séquelles de cette pathologie. »

Josée Leroyer, chargée de mission au bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aiguës (R3) et **Pascale Dhote-Burger**, chargée de mission au bureau des prises en charge post-aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4)

Pourquoi faire de la lutte contre les accidents vasculaires cérébraux une priorité nationale de santé publique ?

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un problème de santé important : 3^{ème} cause de mortalité chez l'homme, 2^{ème} chez la femme, il concerne chaque année 400 000 personnes en France et représente 130 000 séjours en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). La tendance naturelle est à l'augmentation, en raison du vieillissement de la population. Pour autant, il faut noter que 25% des patients ont moins de 65 ans.



Il est démontré qu'une prise en charge spécialisée, pluri-professionnelle et rapide, comportant notamment une rééducation précoce - kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie -, diminue la mortalité et les séquelles de cette pathologie, actuellement 1^{ère} cause de handicap acquis chez

l'adulte, source de dépenses sanitaires et médico-sociales importantes, estimées à 8,4 milliards d'€.

En France, la prise en charge est aujourd'hui organisée en unités neuro-vasculaires (UNV) pour la partie MCO.

Quels sont les axes du plan AVC 2010-2014 ?

Ce plan, dont la coordination est assurée par la DGOS, a fixé, parmi ses 4 priorités principales, celle d'améliorer la prise en charge des AVC de façon globale et, tout particulièrement, le parcours de soins des patients. Les enjeux de cette priorité sont doubles : d'une part, favoriser la mobilisation en urgence des services compétents par un appel direct au 15, qui pourra orienter le patient et, d'autre part, organiser des filières sur l'ensemble du territoire, permettant une prise en charge coordonnée et pluri-professionnelle tout au long du parcours de soins.

Quelles ont été les actions pour la mise en œuvre du plan ?

Première d'entre elles : organiser la gouvernance du suivi du plan, en lien avec le dr Elisabeth Féry-Lemonnier, présidente du comité de suivi, ainsi que l'ensemble des directions concernées au sein du ministère. Ensuite, mettre en place un programme de rencontres en région afin de partager les objectifs du plan et les projets régionaux avec les acteurs. Dans le même temps, développer l'implantation des UNV par la création de 25 nouvelles unités avec l'objectif de disposer, à l'échéance du plan, de 140 structures réparties sur l'ensemble du territoire. Enfin, lancer la réflexion sur la prise en charge spécifique de l'AVC de l'enfant, problème rare et complexe nécessitant une mise en synergie des compétences au niveau national.

Parallèlement, un travail a été engagé pour soutenir la mise en place de filières coordonnées de prise en charge des patients sur tout le territoire, associant l'ensemble des partenaires de l'urgence au retour au domicile. Les conclusions sont prévues courant 2011.

+ Com

L'organisation d'un colloque consacré à la prise en charge des AVC et d'une séance d'actualité interne, le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du ministère

- 800 lits dans 550 établissements
- 390 EMSP

Les soins palliatifs

« *L'enjeu essentiel reste la diffusion de la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels.* »

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

Quels sont les axes marquants en matière de développement des soins palliatifs pour 2010 ?

Deux axes ont guidé l'action pilotée en particulier par l'observatoire national de la fin de vie et son président, le pr Régis Aubry. D'abord, le développement de l'offre et notamment l'ouverture de la 1^{ère} maison d'accompagnement. Au-delà de la création de 51% de lits supplémentaires en 2 ans et de structures dédiées au court et au long séjour, l'enjeu essentiel reste la diffusion de la culture palliative auprès de l'ensemble des professionnels, que ce soit au sein de services hospitaliers, de structures médico-sociales ou au domicile des patients. C'est pourquoi de nouvelles équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), qui exercent un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes et médico-sociales, se sont développées en 2010. Leur intervention dans les établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été promue par une instruction, qui prévoit des conventions de partenariat.

A l'issue d'un travail avec les professionnels, des équipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques ont été créées afin d'acculturer les équipes à la démarche palliative et de les sensibiliser aux spécificités des prises en charge chez l'enfant.

La première maison d'accompagnement, consacrée aux enfants et aux adolescents, a ouvert en décembre 2010 en Midi-Pyrénées, en lien avec la Croix-Rouge française. Cette ouverture a permis d'expérimenter le concept des maisons d'accompagnement, destinées aux personnes atteintes de pathologies graves en phase avancée, ne pouvant ou ne souhaitant pas rester à leur domicile sans pour autant relever d'une prise en charge en hospitalisation complète.

Ensuite, les conditions d'une plus grande diffusion de la démarche palliative, qui nécessite d'élaborer une politique de formation et de recherche. L'expérimentation d'un programme de développement professionnel continu (DPC), intitulé « *approche éthique de la prise de décision en soins palliatifs* », a débuté en 2010. La création d'une filière universitaire s'est concrétisée par la nomination de 3 professeurs associés et par une 1^{ère} promotion d'assistants spécialisés en soins palliatifs en septembre.

Pourquoi avoir créé l'observatoire national de la fin de vie ?

L'observatoire est chargé de déterminer les besoins d'information du public et des professionnels de santé, à partir de l'étude des conditions de la fin de vie et des pratiques médicales qui s'y rapportent. Il identifie également le besoin de recherche et promeut l'émergence de recherches pluridisciplinaires dans différents domaines de la fin de vie.

La santé mentale

« *Notre défi : offrir des prises en charge diversifiées, mieux adaptées aux besoins des personnes.* »

Christine Bronne, chef du bureau des prises en charge post-aigües, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4), **Florence Lys**, **Cécile Anglade**, **Chantal Vuldy**, **Denise Bauer** et **Gérald Astier**, chargés de mission



Que recouvre précisément la santé mentale ?

Le champ de la santé mentale est vaste : toutes pathologies confondues, environ 20% de la population serait concernée. Outre l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie, l'approche en santé mentale implique de travailler sur les handicaps induits et comporte de nombreux liens avec les sujets de l'addiction, de l'adolescence, de la précarité...

Qu'a apporté l'année 2010 dans ce domaine ?

L'année 2010 a été marquée par la diversité de ces approches autour de 4 axes. Premier d'entre eux, la réduction des hospitalisations inadéquates en psychiatrie. La situation des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie constitue une problématique majeure en termes de qualité de vie des personnes, de disponibilité de l'offre de soins et de coordination avec les acteurs sociaux et médico-sociaux. Après un travail de plusieurs mois, un dispositif à destination des agences régionales de santé (ARS) a été élaboré grâce au travail

- **624 établissements autorisés, 255 sectorisés et 297 non sectorisés**
- **95 MDA • 40 PASS et 108 EMPP**



collectif de la DGOS, de la direction générale de la santé (DGS), de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de la mission nationale d'appui en santé mentale. Il comprend à la fois un document d'appui aux ARS pour soutenir une dynamique régionale de coopération entre les acteurs, un guide pour évaluer les pratiques dans les établissements de santé, un outil de liaison entre les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des fiches pratiques permettant de partager des connaissances techniques. Notre défi : limiter les séjours longs aux seules personnes hospitalo-requérantes et offrir des prises en charge diversifiées, mieux adaptées aux besoins des personnes.

Deuxième axe, la poursuite du programme de maison des adolescents (MDA). Lancé en 2004, il a permis la création de 32 nouvelles structures en 2010. Désormais, 95 MDA sont réparties dans 87 départements, pour une écoute au service des adolescents et de leurs parents afin de favoriser la prévention des troubles et l'orientation vers les professionnels les mieux à même de répondre à leurs demandes.

Troisième axe, la prise en charge des patients en situation de précarité et d'exclusion. Même si l'évaluation des besoins en santé mentale de ces personnes se heurte souvent à l'absence de demande de soins manifeste, plusieurs constats ont montré l'ampleur et la complexité des besoins. C'est pourquoi, en 2005, des équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) ont été créées afin d'intervenir au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les ont en charge. Ce dispositif a été complété en 2009 par la création de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) spécialisées en psychiatrie. Une 1^{ère} évaluation a été menée en 2010, recensant plus d'une centaine d'EMPP comptabilisées en fin d'année et dressant le constat que la plupart des PASS psychiatriques étaient en fonctionnement à cette même date. Cela a permis d'engager, en 2011, un travail avec l'ensemble des partenaires sociaux et médico-sociaux pour définir les évolutions nécessaires.

Quatrième axe, la réforme de la loi de 1990 sur les soins sans consentement. A la suite d'une question prioritaire, le conseil constitutionnel a décidé que cette loi, qui organise les soins sans consentement en psychiatrie, devait être réformée avant le 1^{er} août 2011. Cela pour permettre une intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) pour le maintien, pour une période de plus de 15 jours, d'une personne en hospitalisation sans son consentement. Les travaux menés dès 2010 déboucheront sur le vote d'une nouvelle loi par le parlement autour de juin 2011.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues

« La mise en place de l'observatoire des structures de santé des personnes détenues, c'est en soi une révolution. »

Dominique Peton Klein, directrice de projet

« politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », département stratégie ressources

Quelle politique de santé pour les personnes placées sous main de justice ?

Le ministère chargé de la santé a décidé, en janvier 2007, de créer une direction de projet, chargée de coordonner les actions relatives à la politique de santé des personnes placées sous main de justice. Rattachée fonctionnellement à la DGOS, cette direction de projet couvre les actions conduites par les directions concernées par ce thème au sein du ministère : DGOS, mais aussi direction générale de la santé (DGS), direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et direction de la sécurité sociale (DSS).

Quel bilan en 2010 ?

Ce champ d'activité, qui couvre les soins ambulatoires et hospitaliers, somatiques et psychiatriques, concerne 60 000 personnes écrouées et détenues, 199 établissements pénitentiaires « jumelés », pour la prise en charge sanitaire, avec 270 établissements de santé.

L'année 2010 a permis de voir se concrétiser un certain nombre de projets ambitieux, résultant des travaux conduits ces dernières années et, notamment, l'élaboration d'un plan d'actions stratégique 2010-2014 pour la politique de santé des personnes placées sous main de justice, rendu public en octobre.

Pourquoi un plan ?

Ce plan s'inscrit dans un contexte d'amélioration de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Il repose en grande partie sur un socle de mesures déjà en cours mais qu'il convient, pour beaucoup, de consolider, pour certaines d'en assurer l'application et, pour d'autres, d'en adapter la mise en œuvre.

L'élaboration de ce plan a permis de structurer, de coordonner et de fédérer l'ensemble des initiatives et des actions en cours ou à venir, voire d'affiner un certain nombre d'entre elles.

Il permet de disposer d'une meilleure visibilité de l'ensemble du dispositif et de son évaluation. Son suivi est assuré au sein d'un comité de pilotage associant les chefs de projet désignés au sein des directions du ministère de la santé et du ministère de la justice : direction de l'administration pénitentiaire (DAP), direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) et direction des affaires criminelles et des grâces (DACG).

Contrairement à la vie civile, toute action nécessite de tenir compte, pour leur mise en œuvre, des contraintes liées au monde carcéral : contraintes sécuritaires, de vie collective, liées à l'enfermement.

- **60 000 personnes écrouées et détenues**
- **149 UCSA**
- **8 UHSI, 9 UHSA d'ici 2012**
- **26 SMPR**

Quel est le rôle plus spécifiquement attribué à la DGOS ?

Tous les services de la DGOS sont concernés. En 2010, 3 dossiers ont plus particulièrement émergé. Premier d'entre eux, suivi par le bureau R4 : la réorganisation du dispositif de santé mentale pour la prise en charge des personnes détenues. Le schéma arrêté en mars 2010 est l'aboutissement de nombreux mois de travail. L'objectif à atteindre : que toute personne détenue puisse accéder à des soins de qualité dans tous les établissements pénitentiaires, cela grâce une offre de soins diversifiée. C'est un objectif ambitieux, compte tenu des nombreuses contraintes et des freins liés tant à l'organisation du système pénitentiaire qu'à la démographie médicale en ce domaine, très inégale d'une région à une autre.

Deuxième dossier, suivi par l'unité du système d'information décisionnel (USID) qui en assure également la maintenance :

la mise en place de l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD), en juillet. C'est en soi une révolution : nous passons d'un système de recueil ou d'enquêtes épars et toujours difficile à exploiter à une remontée d'informations organisée, structurée, responsabilisant les établissements de santé et répondant aux attentes des différents partenaires, tant sur le terrain qu'au niveau national. En décembre 2010, 97% des établissements de santé avaient renseigné les données d'activité de l'année. C'est un excellent résultat : pour la 1^{ère} fois, le ministère de la santé dispose d'une base de données d'activité lui permettant d'avoir une meilleure connaissance de cette organisation des soins.

Troisième dossier, conduit par le bureau PF1 et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) : la finalisation d'un programme fonctionnel pour les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), en mars 2010. Ce programme fonctionnel a été validé par la DAP : c'est une grande avancée dans le contexte actuel, puisque nous disposons à présent d'un document officialisant la construction, la reconstruction ou la rénovation de nombreux établissements pénitentiaires. Nombre d'UCSA souffrent aujourd'hui de locaux désuets, exigus, ne permettant pas une qualité de prise en charge répondant aux critères actuels.

Un dossier en attente ?

2010 a également permis de mettre en place les travaux d'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. C'est un chantier conséquent non abouti en fin d'année, contrairement aux prévisions initiales probablement trop ambitieuses. Il implique pour la DGOS l'ensemble des sous-directions et des missions transversales, notamment la mission usagers, mais également les autres directions du ministère - DGS, DSS, DGCS – et, bien sûr, celui de la justice. C'est un document de référence très attendu par tous les professionnels de terrain...

+ Com

L'organisation d'une séance d'actualité interne, le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du ministère



La politique en faveur des droits des usagers

« 70% des Français ne connaissent pas les droits des patients, plus de 65% seraient incapables de savoir à qui s'adresser en cas de problèmes liés à une hospitalisation. »

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

La création d'une mission dédiée aux droits des usagers de l'offre de soins répond à l'une des priorités phares de la nouvelle DGOS. Après un an d'activité, quel bilan pouvez-vous tirer ?

Le 1^{er} droit, c'est précisément de connaître ses droits : il est peu de dire que nous avons encore, sur ce point, des efforts à fournir.

En matière d'offre de soins – et de santé en général –, les Français ne connaissent pas leurs droits : cela nous a été confirmé par un sondage réalisé en septembre 2010 par l'institut BVA, portant sur un échantillon de 962 patients représentatifs de la population.

Les professionnels de santé furent également interrogés afin de connaître leur perception des droits des patients. Une enquête qualitative fut menée début 2011 par l'institut TNS Sofres auprès d'un échantillon de 40 professionnels hospitaliers et libéraux, médicaux, non médicaux et administratifs, exerçant en milieu urbain ou rural.

Principaux enseignements : si les professionnels de santé font état de leur accord de principe sur les droits des patients – notamment sur l'existence des livrets d'accueil ou la présence de la charte de la personne hospitalisée dans leurs services, par exemple –, leur connaissance reste empirique.



Quelques résultats sont édifiants : par exemple, 70% des sondés répondent négativement à la question « avez-vous le sentiment de savoir quels sont les droits des patients ? ». De même, un tiers seulement connaît l'existence du médiateur médical, de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) ou le pôle « santé et sécurité des soins » du médiateur de la République (prochainement défenseur des droits). Plus de 65% des Français seraient incapables de savoir à qui s'adresser en cas de problèmes liés à une hospitalisation et 82% n'ont jamais entendu parler du représentant des usagers...

Elle s'accompagne même de réserves et d'une mise à distance évidente du sujet sur certains aspects : crainte d'une remise en cause de leur statut et de l'expertise du soignant, voire agacement face à une potentielle remise en question de leurs pratiques, crainte d'une évolution radicale de leurs professions vers l'exigence accrue de pédagogie et d'accompagnement – donc moins de soins.

De manière plus détaillée, il apparaît que l'ensemble des professionnels n'adhère pas forcément et uniformément aux droits : soit parce ceux-ci semblent difficilement applicables – la désignation d'une personne de confiance, par exemple –, soit parce que le principe même leur déplaît – autre exemple, la participation active des patients aux décisions les concernant.



Des problématiques restent aussi sans réponse : ressort principalement la question de l'euthanasie.

Comment cette méconnaissance de leurs droits par les usagers eux-mêmes se manifeste-t-elle pour la mission ?

Entre avril, date de création de la mission usagers et décembre 2010, 179 plaintes ont reçues, dont une majorité relève d'une mauvaise connaissance par les Français des voies de recours au niveau local. Les courriers sont alors réorientés par la mission vers les établissements concernés, via les agences régionales de santé (ARS). Le chiffre des réclamations reçues ne cesse d'augmenter : 149 nouveaux courriers ont été enregistrés depuis début 2011.

Face à ces constats, comment la mission usagers s'est-elle structurée pour agir ?

En cohérence avec les orientations du plan stratégique de la DGOS, la mission usagers s'est attachée à développer des actions autour de 4 axes. Premier d'entre eux : renforcer l'information et la communication sur les droits. L'année 2010 a été consacrée à la refonte totale, en étroite collaboration avec la mission communication de la DGOS, de l'espace « Droits des usagers de la santé ». Un comité éditorial associe l'ensemble des directions concernées – DGOS, secrétariat général des ministères sociaux, direction générale de la santé (DGS), direction générale de la cohésion sociale (DGCS), direction de la sécurité sociale (DSS), délégation à l'information et à la communication (DICOM) – et se réunit tous les mois pour mettre à jour et enrichir le contenu éditorial de cet espace.

Deuxième axe : améliorer la prise en compte des droits des usagers dans l'organisation de l'offre de soins. La réalisation de cet objectif nécessite de développer la mission d'expertise interne sur les droits des usagers en appui des sous-directions et des bureaux « métiers » de la DGOS. Plusieurs chantiers ont ainsi été ouverts en 2010 : un appui juridique à la direction de projet sur la prise en charge des personnes détenues, la participation aux travaux de la sous-direction PF sur le partage des informations médicales dans le cadre de l'exercice coordonné - maisons de santé pluri-professionnelles, pôles de santé – d'une part, enquêtes de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés d'autre part.

La mission apporte également son appui à d'autres directions du ministère : elle a notamment collaboré avec la DGCS pour l'accompagnement des mesures sur le régime de protection des majeurs et la mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) pour l'élaboration du guide sur « La santé face aux dérives sectaires ».

Troisième axe : développer le réseau des partenaires externes. Plusieurs projets ont été initiés en 2010 pour structurer les relations de la DGOS avec ses différents partenaires : l'élaboration d'un guide sur les « Droits des usagers, mode d'emploi » avec le pôle « santé sécurité » du médiateur, la participation à la réalisation du guide de la haute autorité de santé (HAS) sur « L'annonce d'un dommage lié aux soins » et la mise en place d'une procédure de réponse aux courriers adressés au pôle « usagers » de la HAS relevant du champ de compétences de la DGOS.

Sans oublier la participation, en lien avec le secrétariat général, la DGS et les autres directions du ministère, aux réunions « triangulaires » avec le collectif interassociatif sur la santé (CISS) et aux réunions du réseau des référents « démocratie sanitaire » des ARS. Soulignons également son implication dans les travaux de la conférence nationale de santé (CNS) et du haut conseil de la santé publique (HCSP).

Quatrième axe : mettre en place les outils d'évaluation de l'effectivité des droits à l'hôpital comme en ville. Le pilotage de la politique en matière de respect des droits des usagers passe par la mise en place d'outils d'évaluation permettant de suivre annuellement l'effectivité de l'application des droits dans notre système de santé. En 2010, la mission usagers s'est attachée à adapter les réponses aux réclamations et aux plaintes qu'elle reçoit : à ce titre, elle est pilote pour le déploiement du logiciel « SI plaintes », outil de suivi des plaintes mis en place pour les ARS. Sa mise en place devrait permettre la production, dès 2011, d'un bilan annuel des réclamations et des plaintes sur le même modèle que celui réalisé par le médiateur de la République.

Par ailleurs, un travail est en cours pour intégrer aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ARS un volet d'évaluation sur l'effectivité des droits et la représentation des usagers. Ceci en s'appuyant sur les sources d'information et les indicateurs existants : visites de certification, QUALHAS...

Beaucoup d'actions ont été lancées en 2010. Comment maintenir la dynamique en 2011 ?

Grâce à la mobilisation de tous les acteurs institutionnels, professionnels et associatifs concernés, dont la synergie pourra trouver son sens dans l'opération nationale « 2011, année des patients et de leurs droits », impulsée par les ministres en octobre 2010. Celle-ci permettra dans un 1^{er} temps de dresser un état des lieux, 9 ans après la promulgation de la loi de mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé. Dans un 2nd temps, d'anticiper les modifications prévisibles de la relation entre professionnels de santé et patients, liées aux nouvelles technologies de l'information et à de nouveaux modes d'exercice.

C'est dans le cadre de la préparation et du lancement de cette opération nationale que la mission usagers sera fortement impliquée. Elle participera aux travaux des 3 missions d'experts lancées en octobre sur les thèmes « faire vivre les droits des patients », « bientraitance et qualité de service à l'hôpital », « nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé ». Et contribuera au lancement événementiel de l'opération en mars 2011, anniversaire de la loi de 2002. D'ores et déjà, la mission usagers a proposé la mise en place d'un dispositif de labellisation valorisant les initiatives les plus innovantes en matière de droits des patients. La réédition du concours « Droits des usagers », organisé fin 2011, récompensera les meilleures d'entre elles.

+ Com

L'espace internet « Droits des usagers de la santé » du site du ministère

La prévention et la gestion des situations de violence

« La violence au sein des établissements de santé n'est pas une fatalité. »

Fabienne Guerrieri, commissaire divisionnaire, chargée de mission
« observatoire national des violences en milieu hospitalier », département stratégie ressources



La violence à l'encontre des professionnels de santé est-elle devenue fréquente?

La violence subie par les professionnels de santé constitue un phénomène récurrent dont le traitement nécessite à la fois une connaissance statistique précise et une approche qualitative prenant en compte le ressenti au quotidien.

Ces 2 dimensions ont été intégrées dans le dispositif mis en place par la direction dès 2000 et renforcé en 2005. Depuis, d'autres volets de l'action ont été développés : ils visent l'insertion de volets « prévention et gestion des violences » dans les projets des établissements, ou encore la formation des professionnels de santé. Nous travaillons actuellement sur les procédures à développer pour accompagner les personnes victimes de violence lors de leur exercice professionnel.

Quelles sont les missions de l'observatoire national des violences en milieu hospitalier ?

L'observatoire national des violences en milieu hospitalier (ONVH) a été créé en juillet 2005 : il est chargé de coordonner, d'évaluer les politiques mises en œuvre sur l'ensemble du territoire national et de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements de santé.

Mais cela passe nécessairement par une connaissance la plus objective et la plus affinée possible de la réalité vécue : les établissements de santé, quels qu'ils soient, sont invités à signaler les événements de violence survenus au sein de leurs structures.

A partir du recensement de ces violences, des analyses sont réalisées, un bilan annuel édité par l'observatoire, lequel dresse à la fois la typologie des violences, leurs lieux principaux d'exercice, la typologie des auteurs et des victimes. Mais aussi, met en exergue les points de réflexion à développer afin d'enrayer les phénomènes constatés.

Quelle est la composition de l'observatoire ?

Il est composé pour moitié de représentants du monde hospitalier : DGOS, fédération hospitalière de France (FHF), syndicats d'urgentistes, psychiatres, personnels de direction, membres de l'assistance publique-hôpitaux de Paris, conseil national de l'ordre des médecins, personnalités qualifiées conviées en fonction de leur expérience ou de leur investissement local. L'autre moitié est constituée de représentants du ministère de l'intérieur - préfecture de police de Paris, direction générale de la police nationale (DGPN) - et du ministère de la justice - chancellerie et administration pénitentiaire.

La violence serait donc aujourd'hui une réalité au sein des établissements de santé, mais pas une fatalité ?

Une des missions principales de l'observatoire est de sensibiliser les établissements de santé au développement de ce phénomène, tout en leur apportant une aide technique réelle pour asseoir leur politique de prévention et de gestion des violences : celle-ci devant être la plus adaptée à la situation vécue. Pour cela, l'observatoire peut réaliser une visite de sécurité de l'établissement, mais aussi favoriser la mise en œuvre concrète des mesures partenariales développées entre les ministères de la santé, de l'intérieur et de la justice.

La violence au sein des établissements de santé, paradoxale dans un lieu d'accueil et de soins, est non seulement inadmissible mais ne doit pas constituer, en effet, une fatalité avec laquelle les personnels de santé devraient travailler. Les nombreux partenariats mis en place localement, associés à la réalisation de mesures techniques, organisationnelles ou humaines, garantissent des résultats toujours positifs.

C'est aussi en raison de cet objectif que l'observatoire est régulièrement associé à la rédaction de circulaires, d'instructions ou de protocoles, afin que la dimension de transversalité, indispensable entre les différents acteurs impliqués, soit assurée.

Pour mieux répondre aux interrogations que les professionnels de santé ou les chargés de sécurité peuvent se poser au quotidien, l'observatoire a créé un dossier sur le site internet du ministère de la santé. Il met notamment à disposition les bilans annuels de l'observatoire, les principaux textes de référence, des analyses juridiques portant sur un thème soulevé

par un établissement et une rubrique de « bonnes pratiques », permettant de prendre connaissance des mesures mises en œuvre et éprouvées par les établissements au niveau de la sécurité.

Après 5 années d'existence, quels sont les enjeux et les objectifs que l'observatoire peut développer ?

L'objectif premier est - et demeure - la sécurité des patients et des personnels travaillant au sein des établissements.

Pour ce faire, l'observatoire s'est fixé 3 objectifs majeurs, dont le 1^{er} vise à développer une aide opérationnelle plus efficiente et plus réactive. Une politique dynamique, incitant les établissements à signaler les événements de violence subie, doit s'accompagner d'une aide au pilotage au niveau des agences régionales de santé (ARS). L'idée est de définir des référentiels précis, selon les données recueillies au niveau de chaque ARS. Mais aussi, de mettre en place des alertes, afin qu'au sein de chaque région, les phénomènes manifestés – notamment de manière anormale ou réitérée - puissent être connus en temps réel et donc générer une réaction appropriée et immédiate.

Mais parce que la violence ne s'arrête pas aux portes des établissements de santé et que tous les professionnels peuvent ou sont impactés, la DGOS doit disposer d'une vision plus globale et plus généralisée du phénomène de violence qui les touche. Le 2^{ème} objectif a permis d'initier un travail partenarial avec les 7 ordres nationaux des professionnels de santé, pour disposer à terme d'un outil de déclaration simple d'accès et facile d'utilisation.

Enfin, l'observatoire axe son travail sur la mise en œuvre d'une véritable politique d'accompagnement des professionnels de santé victimes de violence à l'occasion de leur exercice professionnel. Un guide méthodologique, rédigé avec différents partenaires, est en cours de finalisation et devrait permettre aux établissements et aux professionnels de santé d'obtenir des axes et des réponses précises sur ce thème. Ce 3^{ème} objectif est le complément indispensable d'une politique active de lutte contre la violence.

+ Com

Le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

L'année 2010 vue par... Raymond le Moign, sous-directeur des ressources humaines du système de santé



Toutes les années sont riches sur le plan de la gestion des ressources humaines. 2010 est singulière en tant qu'elle concrétise le nouveau positionnement de la DGOS sur les fonctions de pilotage et de coordination, pour l'ensemble des secteurs d'activité d'exercice professionnel.

De surcroît, la signature de protocoles d'accord, le déploiement de la filiarisation de la formation des internes, la conduite d'une mission DGOS/CNG sur l'évaluation et la

reconnaissance des personnels de direction ont structuré et rythmé la tâche quotidienne de la sous-direction. S'agissant des protocoles, je parle bien entendu des protocoles « LMD » du 2 février et celui du 6 juillet relatif aux médecins exerçant à l'hôpital.

Les travaux de réingénierie de la formation des personnels paramédicaux, qui sont le corollaire du protocole LMD, ont la particularité d'affecter le cœur du contenu de métiers qui évoluent en permanence, de les inscrire dans un processus de reconnaissance universitaire, de concourir à la modernisation de l'appareil de l'offre de formation initiale.

Il nous a fallu, également, mettre en œuvre la loi du 5 juillet 2010 portant rénovation du dialogue social en préparant les adaptations nécessaires des instances de dialogue de la fonction publique hospitalière (FPH) et étudier l'impact de la loi sur les retraites sur cette dernière.

De façon plus générale, la sous-direction a la charge de la composante sociale de la performance et développe les outils de régulation de la démographie des professionnels de santé qui sont susceptibles d'être mobilisés dans les travaux de planification, d'autorisation et de financement des activités de soins.

Après avoir posé les jalons d'une approche métiers, défini les conditions de modernisation de la gestion statutaire des corps et des statuts de la FPH, commencer à travailler sur le volet social de la performance du système de santé, il me paraît crucial pour l'avenir de développer un champ de connaissance plus précis sur la notion d'emploi, tant dans son approche la plus élémentaire - le fonctionnement du marché de l'emploi pour les métiers de la santé - qu'à travers des notions telles que l'employabilité.

L'adaptation des ressources humaines aux besoins de santé de la population et des professionnels

La démographie des professionnels de santé	46
Le contrat d'engagement de service public	47
La filiarisation des internes	48
Le financement de la rémunération des internes	49
Le droit d'option infirmier	50
Le protocole du 6 juillet 2010 relatif aux praticiens hospitaliers	51
La reconnaissance des qualifications professionnelles en Europe	52
Les ordres professionnels	53
Les coopérations entre professionnels	54
Les référentiels métiers des corps de direction	55
> Encadré : le centre national de gestion	56

- 7,09 millions de professionnels de santé
- un âge moyen de 43,5 ans
- une diminution de 10% des médecins jusqu'en 2019

L'adaptation des ressources humaines aux besoins de santé de la population et des professionnels

La promotion des ressources humaines en santé, denrée rare, suppose des ajustements constants pour faciliter l'exercice des fonctions et mobiliser plus facilement les professionnels là où ils sont nécessaires. C'est tout l'enjeu auquel la DGOS doit répondre pour atteindre le double objectif qui est le sien : mieux gérer les ressources face aux besoins de santé tout en répondant aux aspirations légitimes des professionnels.



La démographie des professionnels de santé

« La DGOS conduit depuis 2007 une action volontariste de rééquilibrage au profit des régions les moins bien dotées en professionnels de santé. »

Marjorie Soufflet-Carpentier, chef du bureau de la démographie et des formations initiales (RH1)

Comment se caractérise aujourd'hui la démographie des professions de santé ?

On observe une forte croissance des effectifs, un vieillissement des professionnels et une inégale répartition sur le territoire, entre les régions ou au sein des régions. Un pilotage démographique renforcé des professionnels de santé est donc nécessaire. La DGOS s'est fixé pour objectif d'adapter les ressources humaines en santé aux besoins croissants de prise en charge de la population et aux évolutions de l'offre de soins.

De quels outils dispose la DGOS ?

La régulation des flux de professionnels est tout d'abord mise en œuvre par la DGOS durant la formation initiale, par le biais des 4 quotas et 4 numerus clausus à l'entrée dans les études d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de psychomotricien, d'orthophoniste, de sage-femme, de chirurgien-dentiste, de pharmacien et de médecin.

Conformément au code de la santé publique, les quotas d'étudiants admis en 1^{ère} année d'études d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de psychomotricien et d'orthophoniste sont fixés de manière annuelle, au plan national et pour chaque région, après recueil de l'avis des conseils régionaux.

Cet exercice se fait sur la base des objectifs définis dans le schéma régional des formations sanitaires élaboré par chaque

- **1 200€ bruts/mois**
- **150 contrats signés en 2010**

conseil régional et d'un échange nourri avec les agences régionales de santé (ARS), qui mettent en cohérence ces propositions, notamment avec les travaux des schémas régionaux de l'offre de soins (SROS). Le numerus clausus des sages-femmes suit le même processus, cette formation étant financée par les régions depuis 2004.

En ce qui concerne le numerus clausus des chirurgiens dentistes, des médecins et des pharmaciens, la DGOS conduit depuis 2007 une action volontariste de rééquilibrage au profit des régions les moins bien dotées en professionnels de santé en exercice. Ainsi, pour la médecine, le numerus clausus a été relevé de 3 700 à 7400 places entre 1999 et 2009, soit le double de son niveau d'alors. Ces places supplémentaires ont été prioritairement affectées dans les inter-régions dont la densité médicale est inférieure à la moyenne nationale : le grand ouest, l'ouest, le nord-ouest et le nord-est. Ce rééquilibrage doit toutefois tenir compte des capacités de formation universitaire et clinique des étudiants : il est donc piloté en lien avec les directeurs des unités de formation et de recherche (UFR) concernées, afin de s'assurer d'une formation de qualité dans toutes les régions.

Ne faut-il pas mener parallèlement des actions à plus long terme ?

Bien sûr : une démarche plus globale de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) est en cours pour accompagner l'évolution des professions et l'apparition de nouveaux métiers et modes d'exercice. Dans le cadre de la mise en œuvre, en France, du processus licence-master-doctorat (LMD), de l'élaboration de référentiels métiers et de la réalisation d'études prospectives, la DGOS a œuvré par exemple à la reconnaissance du grade de licence pour le diplôme infirmier en 2009, accompagnée de la signature d'un protocole pour sa transcription statutaire à l'hôpital.

En outre, elle développe une vision pluriannuelle et organisée des flux de professionnels de santé aux niveaux national et régional, afin de lutter contre les inégalités d'accès aux soins. Ces dispositifs garantissent la liberté d'installation tout en favorisant une répartition plus équilibrée des professionnels de santé entre les régions. Un dispositif tel que le contrat d'engagement de service public (CESP), issu de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), peut également contribuer à la réduction de ces inégalités.

Le contrat d'engagement de service public

« Fidéliser de jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles »

Corinne Régnard et Amandine Sibois, chargées de mission au bureau de la démographie et des formations initiales (RH1)

A quel objectif la création du CESP répond-elle ?

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) a instauré un contrat d'engagement de service public à destination des étudiants en médecine et des internes. Ce contrat a pour objectif de fidéliser de jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles, où la continuité des soins est menacée.

Le dispositif prévoit que les signataires d'un CESP peuvent bénéficier, dès la 2^{ème} année d'études, d'une allocation brute mensuelle de 1 200 €, cela jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer, dès l'obtention de leur diplôme, dans des zones où la continuité des soins fait défaut. La durée de leur engagement est égale à celle de versement de l'allocation, avec un minimum de 2 ans.

Où en est-on de son application ?

En 2010-2011, près de 150 étudiants ont signé un CESP, pour 400 contrats offerts. Dans le cadre de cette montée en charge encourageante, une enquête nationale d'évaluation a été menée par la DGOS afin de déterminer les éventuels freins à l'entrée dans le dispositif et d'identifier des pistes d'amélioration. Plus

de 6 000 réponses d'étudiants, d'internes, de représentants d'unités de formation et de recherche (UFR) ou d'agences régionales de santé (ARS) ont ainsi été traitées.

Sur cette base, un travail de concertation a permis d'élaborer un plan d'amélioration du dispositif pour 2011-2012, autour de 3 axes : préciser le cadre réglementaire, enrichir la structure organisationnelle et améliorer le dispositif de communication. Ces actions ont pour objectif d'assurer, dès l'année prochaine, une adéquation entre le nombre de signataires et le nombre de contrats offerts.

+ Com

Le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du ministère

- un **numerus clausus de 7 403 étudiants en médecine**
- **environ 40 100 étudiants en médecine**

La filiarisation des internes

« La DGOS cherche à rendre les flux d'étudiants plus cohérents avec les besoins de santé. »

Noémie Oswald et Pérola Spreux, chargées de mission au bureau de la démographie et des formations initiales (RH1)

Quels sont les outils de régulation de la répartition des futurs médecins ?

La démographie médicale française se caractérise par une inégale répartition des professionnels, avec un écart de 80% entre la région la moins dotée et la région la mieux dotée. Après avoir atteint un niveau historiquement élevé dans les années 2000, toutes les prévisions indiquent une diminution des effectifs des médecins dans les 10 prochaines années.

Actuellement, la répartition des futurs médecins est régulée à 2 niveaux. D'une part, le numerus clausus, qui détermine le nombre d'étudiants accédant à la 2^{ème} année des études de médecine : son augmentation est engagée depuis 6 ans et privilégie les régions sous-denses. Fixé à 4 200 étudiants en 2002, il s'établit à 7 403 en 2010. D'autre part, les épreuves classantes nationales (ECN) : les postes offerts ont été augmentés depuis 2008 dans les régions les moins bien dotées en médecins, tout en stabilisant les effectifs de postes dans les régions les mieux dotées.

En quoi consiste le nouveau dispositif dit de « filiarisation » ?

Ce dispositif est issu de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST). Au stade de l'accès au 3^{ème} cycle des études de médecine, la répartition quinquennale des postes d'internes de médecine par spécialité et par région - dite « filiarisation » des internes - vise à renforcer le rééquilibrage entre les régions.

La DGOS, sur la base des propositions de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), cherche à rendre plus cohérents les flux d'étudiants avec les besoins médicaux. Pour ce faire, elle décline les flux de diplômés par spécialité et par subdivision.

Pour les régions, ce dispositif favorise l'adaptation de leurs capacités de formation et le rééquilibrage de leur offre de soins dans chaque spécialité. Il doit également permettre aux étudiants de disposer d'une meilleure visibilité quant à leur spécialisation future.

D'autres mesures de régulation sont-elles prévues ?

La filiarisation est accompagnée de profondes modifications de la réglementation du 3^{ème} cycle des études de médecine. Ces améliorations permettent aux agences régionales de santé (ARS) et aux unités de formation et de recherche (UFR) d'utiliser la formation médicale comme un levier de répartition des jeunes médecins au travers notamment du contrôle des parcours de formation et des choix de stage.

Par ailleurs, la DGOS a financé 200 nouveaux postes d'assistants spécialistes en 2009 puis 200 en 2010, notamment dans les régions prioritaires, afin d'offrir une possibilité de post-internat adaptée au flux prévisible de futurs diplômés au sein de chaque centre hospitalier universitaire (CHU). Le post-internat est en effet nécessaire au complément de la formation des jeunes médecins dans de nombreuses spécialités et joue, ainsi, un rôle clé dans leur future installation.

+ Com

L'organisation d'une séance d'actualité interne

Le financement de la rémunération des internes

« Le système précédent avait atteint ses limites. »

Hélène Coulonjou, chargée de mission au bureau de l'évaluation, des méthodes et des modèles (R5)
et Eric Sanzalone, adjoint à la chef de la démographie et des formations initiales (RH1)



Pour quelles raisons a-t-il fallu créer une dotation MERRI pour financer la rémunération des internes ?

Depuis 2006, la rémunération des internes en médecine, en pharmacie et en odontologie est partiellement financée par une dotation d'aide à la contractualisation (AC), compensant la rémunération des internes recrutés au-delà du numerus clausus arrêté en 2005. Ce système avait atteint ses limites, notamment en raison de modalités de calcul peu lisibles pour les agences régionales de santé (ARS) comme pour les établissements. Il importait aussi d'accompagner l'accroissement du numerus clausus et la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales.

C'est pourquoi une dotation au titre d'une mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) a été créée en 2011, variable notifiée chaque année de manière non reconductible. Le financement d'une partie de la rémunération des internes est étendu à l'ensemble de la file active en formation.

Comment cette dotation a-t-elle été calculée ?

La dotation se fonde sur un forfait par interne, qui varie en fonction de son ancienneté dans le cursus de formation pour prendre en compte sa contribution croissante à la production de soins. Ainsi, la rémunération d'un interne de la 1^{ère} à la 3^{ème} année est compensée à hauteur de 16 000 € par an, celle d'un interne de 4^{ème} ou de 5^{ème} année à hauteur de 8 000 € par an.

Au total, pour les 2 semestres d'internat 2011, 320 millions d'€ ont été délégués aux régions pour abonder cette nouvelle MERRI, dont 80 millions d'€ de mesures nouvelles pour le financement partiel de la rémunération de quelque 23 200 internes.

+ Com

L'organisation d'une séance d'actualité interne

- environ 200 000 infirmiers concernés
- 1 départ à la retraite à 57 ou à 60 ans

Le droit d'option infirmier

« L'exercice du droit d'option a concerné près de 200 000 infirmiers. »

Virginie Séné-Rouquier, chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales (RH3),
Martine Cavallé, adjointe à la chef du bureau et Jihane Bendaira, chargée de mission

Pouvez-vous nous expliquer en quoi a consisté le droit d'option des professionnels infirmiers ?

Le protocole d'accord du 2 février 2010 prévoyait l'intégration des infirmiers de la fonction publique hospitalière (FPH) dans la catégorie A, conséquence de la reconnaissance de leur diplôme au niveau licence. Parallèlement, la loi du 5 juillet 2010 portant rénovation du dialogue social dans la fonction publique disposait que ce nouveau corps de catégorie A se trouvait classé en catégorie active au regard du régime de retraite.

Le statut particulier du nouveau corps d'infirmiers en soins généraux entrainé en vigueur dès le 1^{er} décembre 2010. Dans ce cadre, les infirmiers en poste ont eu à choisir entre le reclassement dans le nouveau corps de catégorie A, avec un départ en retraite possible à compter de 60 ans ou le maintien en catégorie B, avec une revalorisation moins conséquente dans le cadre du nouvel espace statutaire (NE) et un départ en retraite à partir de 57 ans.

Quels étaient les délais pour exercer ce droit d'option ?

Ce droit d'option était ouvert jusqu'au 31 mars 2011. Une fois le choix effectué, le reclassement a pris effet rétroactivement au 1^{er} décembre 2010. Les professionnels n'ayant pas exprimé leur choix dans les délais impartis se sont trouvés reclassés automatiquement en catégorie B « NES ».

Des outils d'aide à la décision ont-ils été conçus ?

Oui, pour accompagner les établissements dans la mise en œuvre de ce droit d'option et fournir aux professionnels concernés les informations leur permettant de faire un choix éclairé. Un outil de simulation et d'édition des propositions individuelles de reclassement via la plateforme « Hosp-eRH » a été mis à la disposition des établissements à compter du 1^{er} octobre 2010. De son côté, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a proposé aux établissements un dispositif de simulation des effets pour la retraite des propositions de reclassement.

Il semble que les infirmiers de la FPH en position de détachement aient rencontré quelques difficultés : une solution a-elle pu être trouvée ?

Le reclassement en catégorie A ou B « NES » posait des problèmes pour les infirmiers de la FPH en position de détachement dans l'une des 2 autres fonctions publiques, celles-

ci n'ayant pas encore transposé les modifications statutaires. Les corps d'accueil étant toujours classés en catégorie B, l'infirmier hospitalier détaché ne pouvait bénéficier des avantages des catégories A ou B « NES » de la FPH tant que son détachement était effectif.

Afin de permettre aux infirmiers de la FPH de bénéficier du passage en catégorie A ou B « NES » sans attendre cette transposition, tout en garantissant aux fonctions publiques d'accueil de ces personnels de les conserver dans leurs effectifs, la DGOS a défini des dispositifs transitoires avec les administrations d'accueil concernées.

C'est ainsi qu'a été signé en mars 2011, avec la fédération hospitalière de France (FHF) et le ministère de l'éducation nationale, un protocole d'accord visant à encourager le recours à la mise à disposition en lieu et place du détachement pour les infirmiers hospitaliers concernés, dans l'attente de la transposition des rénovations statutaires dans les autres fonctions publiques.

Peut-on dresser un 1^{er} bilan de l'opération ?

L'exercice du droit d'option a concerné près de 200 000 infirmiers : plus de 4 sur 5 ont exprimé formellement un choix avant le 31 mars 2011. A l'issue du délai d'option, les infirmiers se trouvent reclassés à part égale dans le nouveau corps de catégorie A et le corps de catégorie B « NES ».

Comme on pouvait le prévoir, le choix effectué a principalement été fonction de l'âge de l'optant : ainsi, près de 80% des infirmiers âgés de moins de 35 ans ont opté pour le reclassement en catégorie A.

Au total, le coût du reclassement des infirmiers en catégorie A ou B « NES » représente un montant de plus de 163 millions d'€ : celui-ci a fait l'objet d'un financement au bénéfice des établissements de la FPH sur les exercices 2010 et 2011.

+ Com

L'organisation d'une séance d'actualité interne, le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du ministère

Le protocole du 6 juillet 2010 relatif aux praticiens hospitaliers

« Ces mesures permettent d'atténuer l'impact de la réforme de l'IRCANTEC. »

Martine Laborde-Chiocchia, adjointe au sous-directeur des ressources humaines du système de santé et **Marie-Odile Morigault-Thévenon**, adjointe à la chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales (RH3)



Un protocole d'accord a été signé le 6 juillet 2010 entre le ministère de la santé, 3 intersyndicales de praticiens hospitaliers et l'intersyndicale nationale des internes. Quelles en sont les dispositions ?

Ce protocole prévoit avant tout une meilleure prise en compte des rémunérations perçues par les praticiens exerçant en hôpital, en rendant possible l'acquisition accrue de points à leur caisse de retraite complémentaire (IRCANTEC). Ces mesures permettent d'atténuer, pour ces professionnels, l'impact de la réforme de l'IRCANTEC votée en 2008, à savoir la hausse du taux de cotisation et la baisse de rentabilité du régime.

D'autres mesures répondent à une attente forte de la communauté médicale : elles permettent, d'une part, l'élargissement de l'assujettissement des rémunérations de certains praticiens et, d'autre part, l'assujettissement de la plupart des indemnités et des astreintes.

Quel est le coût total des mesures pour les employeurs ?

Celui-ci est estimé à près de 80 millions d'€ sur 8 ans, entre 2010 et 2017. Cet effort vient en complément de l'accompagnement de 100 millions d'€ induit par la hausse des cotisations employeurs, prévue dans le cadre de l'évolution générale des paramètres du régime de l'IRCANTEC.

Le protocole comprend-il des avancées sur d'autres sujets ?

Oui, il prévoit la tenue de travaux sur la retraite complémentaire des personnels hospitalo-universitaires. Une mission a été menée conjointement par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) : ses conclusions ont été transmises à la DGOS et sont en cours d'analyse.

Autres thématiques des travaux : l'exercice médical à l'hôpital - temps de travail, aménagement de fin de carrière, conditions de travail, modalités d'exercice, conditions particulières d'exercice, modes de rémunération... - avec un groupe de travail constitué sous l'égide du centre national de gestion (CNG). Ou encore l'évolution des comptes épargne-temps (CET) : diversification des modes d'utilisation, monétisation immédiate ou différée... Cette dernière thématique sera étudiée en lien avec la réflexion plus générale sur l'exercice médical précédemment évoquée et dans le prolongement de l'évolution du CET des personnels de la FPH.

La reconnaissance des qualifications professionnelles en Europe

« 2 volets principaux, la liberté d'installation et la libre prestation de services »

Martine Vassaux, adjointe au chef du bureau de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu des professions de santé (RH2) et **Hans-Sebastian Perez**, chargé de mission

Un dispositif européen de reconnaissance des qualifications professionnelles sur le champ de la santé a été stabilisé pour la France en 2010. Quels bénéfices peut-on en attendre ?

La reconnaissance des qualifications professionnelles acquises par les professionnels de santé au sein de l'union européenne (UE) et de l'espace économique européen (EEE) se poursuit dans le nouveau cadre institutionnel mis en place par le traité de Lisbonne. L'intégration des personnels médicaux et paramédicaux au sein de cet espace de libre circulation permet de garantir une offre de soins de qualité, dispensés par des professionnels qualifiés, afin de répondre aux besoins des populations. Il s'agit également de lutter contre la pénurie prévisible de certains professionnels de santé à moyen terme.

Quels sont les publics visés ?

Les modalités de la reconnaissance des qualifications professionnelles relevant du champ de la santé se trouvent inscrites dans une directive du conseil et du parlement européen de septembre 2005. Ce texte vise les ressortissants européens titulaires de titres de formation délivrés par l'un des Etats membres ou parties, ou délivrés par un Etat tiers et reconnus par l'un d'entre eux.

Quels sont les régimes juridiques prévus par cette directive ?

Cette directive s'articule autour de 2 volets principaux : la liberté d'installation et la libre prestation de services. La 1^{ère} porte sur les situations relevant du souhait de professionnels de s'établir de manière permanente. Elle diffère de la 2nde, qui ouvre la possibilité d'exercer ponctuellement une profession : dans ce cas, l'objectif est de rendre les prestations de services, à l'intérieur de l'UE, aussi faciles qu'à l'intérieur d'un même Etat membre. Ces 2 régimes sont très strictement encadrés dans leur mise en œuvre par la directive de 2005.



Qui assurera la gestion des autorisations d'exercice ?

Le choix a été fait de confier aux services déconcentrés des ministères chargés des affaires sociales la gestion des autorisations d'exercice des professions paramédicales, dans le droit fil de la réforme territoriale mise en place par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST). Pour les professions médicales, les ordres sont les interlocuteurs directs lorsque les titres de formation sont conformes aux prescriptions de la directive.

Cette intégration dans l'ordre juridique interne a eu pour fondement l'optimisation de la mobilité des professionnels de santé, dans le respect de la sécurité des patients.

- **7 ordres professionnels en santé**
- **un mandat de 6 ans, renouvelable par moitié tous les 3 ans**

Les ordres professionnels

« La loi a renforcé le pouvoir de contrôle des ordres sur la compétence des professionnels. »

Guy Boudet, chef du bureau de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu des professions de santé (RH2) et **Clothilde Hachin**, chargée de mission



Aujourd'hui, quelles sont les professions de santé dotées d'un encadrement par un ordre ?

Tout d'abord, les professions médicales : les médecins - qui furent les 1^{ers} à être dotés d'instances ordinaires - mais aussi les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes.

Plus récemment, 3 professions paramédicales ont acquis une structure ordinaire : à la suite de la loi d'août 2004 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues, dans le cadre de la loi de décembre 2006 - qui a instauré leur ordre - pour les infirmiers.

En tout, on recense à ce jour 7 ordres professionnels sur le champ de la santé, partageant 2 axes d'action principaux : la défense des intérêts de la profession, le contrôle de l'exercice en conformité avec les devoirs professionnels et déontologiques.

Quelle a été l'actualité en 2010 sur les questions ordinaires ?

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) a renforcé les fonctions des ordres sur 2 domaines. Tout d'abord, le statut de l'élu ordinaire a été profondément réformé. Sur la base des recommandations de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et afin de stabiliser la gouvernance des conseils de tous les ordres, les mandats ont été harmonisés sur une durée de 6 ans, avec un renouvellement par moitié tous les 3 ans. En outre, la loi a affirmé le caractère bénévole de la fonction d'élu ordinaire, tout en maintenant la possibilité d'une indemnisation prévue par décret.

Par ailleurs, la loi a renforcé le pouvoir de contrôle des ordres sur la compétence des professionnels, notamment par l'introduction du contrôle de l'« insuffisance professionnelle ». Il s'agit là de vérifier que le professionnel est à jour de ses connaissances et que son exercice garantit aux patients un niveau de prise en charge conforme aux exigences de la profession concernée.

Vous évoquez la loi HPST : son application a certainement impacté le bureau RH2 au-delà des questions ordinaires ?

Absolument. Au cours de l'année 2010, le bureau RH2 a plus globalement concentré ses efforts sur la préparation des textes d'application de la loi relevant du champ de ses missions : exercice des professions de santé, déontologie et développement professionnel continu (DPC).

Pas moins de 60 textes, dont 14 décrets en conseil d'Etat, ont été produits. Sans oublier le lourd travail de conception des textes sur les coopérations entre professionnels de santé, l'organisation du DPC, ainsi que la mise en œuvre de l'arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) entre la France et le Québec pour plusieurs professions de santé.

Par ailleurs, le bureau a poursuivi le travail de rédaction de référentiels d'activités et de compétences pour les métiers dont il a la charge, avec le concours de professionnels de santé. A ce titre, ont par exemple été traités les référentiels du métier de manipulateur en électroradiologie médicale, ceux de pédicure-podologue, de psychomotricien et d'ergothérapeute.

- environ 10 protocoles en cours d'expertise

Les coopérations entre professionnels de santé

« L'année 2010 a surtout été celle de la mise en place du dispositif. »

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



Combien de protocoles de coopération ont-ils vu le jour ?

Un 1^{er} protocole a été transmis dès septembre 2010 à la haute autorité de santé (HAS) par l'agence régionale de santé (ARS) de Rhône-Alpes. Après instruction, la HAS a rendu un avis défavorable en novembre, tout en reconnaissant l'intérêt clinique de la démarche. Il s'agissait en l'occurrence du suivi de patients porteurs d'hépatite chronique C par une infirmière experte. Ce protocole, une fois corrigé, a vocation à être représenté à l'expertise scientifique de la HAS.

Fin 2010, une dizaine de protocoles, quasiment finalisés, était en passe d'être transmise par les ARS à la HAS.

Quels sont les textes qui ont été pris en application de la loi HPST ?

Deux arrêtés précisent le dispositif pour initier ou adhérer à un protocole, ainsi que les conditions de suivi de la mise en œuvre d'un protocole. Par ailleurs, un décret sur les modalités d'intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu (DPC) et la formation initiale des professionnels de santé a été publié au journal officiel en octobre 2010.

Les ARS se sont-elles saisies de ce sujet ?

Toutes les ARS ont désigné un référent sur le sujet des coopérations entre professionnels. De nombreuses rencontres ont été organisées en région pour présenter ce dispositif. L'année 2010 a surtout été celle de la mise en place du dispositif et des procédures d'instruction : 2011 devrait voir le déploiement de ce dispositif, avec les premiers résultats concrets. Une évaluation intermédiaire sera rapidement conduite pour ajuster, voire compléter le dispositif.

Concrètement, comment informer les éventuels porteurs de projet sur l'élaboration d'un protocole ?

Un guide méthodologique a été rédigé par la HAS en collaboration avec la DGOS : il est accessible sur nos sites respectifs.

+ Com

Le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

- 3 500 directeurs d'hôpital
- 1 600 directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social
- 950 directeurs des soins

Les référentiels métiers des corps de direction

« La démographie des professionnels concernés conduit à devoir anticiper d'importants flux de départs en retraite. »

Virginie Séné-Rouquier, chef de la mission des études d'impact métiers et de la masse salariale (MEIMMS) et Claire le Corre, chargée de mission



Pourquoi avoir engagé cette réflexion sur les métiers de direction dans les établissements ?

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) réaffirme et renforce le métier de quelque 3 500 directeurs d'hôpital et 1 600 directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social. Elle impacte également le corps des 950 directeurs des soins, faisant partie intégrante de l'équipe de direction. Sur ces bases, il a été jugé nécessaire de conduire une réflexion approfondie sur ces métiers, sur leurs enjeux, au regard des évolutions à court et à moyen termes.

Les missions, les activités et les compétences attendues de ces professionnels dans un contexte institutionnel en grande mutation ont également fait l'objet d'un examen approfondi : cela, d'autant plus que la démographie des personnels concernés conduit à devoir anticiper d'importants flux de départs en retraite.

Dans le cadre de la mission de concertation sur l'évolution de la fonction de directeur d'hôpital, confiée conjointement à Annie Podeur et à Danielle Toupillier, directrice générale du centre national de gestion (CNG), des travaux sur l'élaboration de référentiels des métiers de direction, associant les organisations syndicales de directeurs, ont été conduits au cours du 1^{er} trimestre 2010. Enrichis, par la suite, de l'audition d'experts, de personnes ressources et les contributions des membres participants.

Quels sont les premiers enseignements à tirer de cette réflexion ?

Ces travaux permettent aujourd'hui de clarifier les conditions d'exercice professionnel des directeurs d'hôpital, d'établissement sanitaire, social et médico-social et des directeurs de soins. Tout en soulignant la nécessité de recentrer leur action sur les activités stratégiques et de coordination - pilotage et management - et d'alléger leurs tâches opérationnelles, pour faire face aux enjeux majeurs et aux évolutions en cours.

Il était également essentiel d'identifier les points de convergence susceptibles de favoriser des passerelles, ainsi que les spécificités propres à chacun des métiers, en particulier selon la nature de l'établissement.

La complexité croissante de l'environnement et du panel des activités au sein des établissements, ou vis-à-vis des partenaires externes offreurs de soins, devait aussi être prise en compte.

Ces 3 référentiels des métiers de direction visent finalement à encourager la construction de parcours professionnels, leur diversification et à promouvoir la mobilité.

Ces outils seront-ils largement diffusés ?

Ils ont fait l'objet d'une édition par les éditions de l'école des hautes études en santé publique (EHESP) en novembre 2010.

Ce sont des outils au service des professionnels de direction, mais également des agences régionales de santé (ARS), au même titre que les autres travaux de l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH). A ce titre, ils peuvent - et doivent - être largement partagés.

+ Com

Le site du répertoire des métiers de la FPH, le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

Le centre national de gestion



Si 2010 a vu le centre national de gestion (CNG) poursuivre la montée en charge de ses missions initiales - qu'il s'agisse de la gestion modernisée des praticiens hospitaliers et des directeurs, de l'organisation optimisée des concours nationaux et de l'accompagnement personnalisé des professionnels pris en charge -, l'année a surtout été marquée par l'attribution de nouvelles missions.

La plupart d'entre elles sont issues de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), comme notamment la gestion, devenue nationale, des directeurs des soins, la mise en place des contrats d'engagement de service public (CESP) pour les étudiants en médecine et les internes, le financement des congés spéciaux des directeurs d'hôpital ainsi que le remboursement des rémunérations des professionnels affectés en surnombre dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics.

Par ailleurs, la réorganisation de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en DGOS s'est accompagnée par le transfert, au CNG, de la gestion des procédures d'autorisation d'exercice (PAE) des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et des sages-femmes.

Enfin, le CNG s'est vu confier, en la personne de Danielle Toupillier, sa directrice générale, 2 missions nationales : la 1^{ère} sur la modernisation de la politique de gestion des ressources humaines (RH), en étroite collaboration avec un inspecteur général des affaires sociales, la 2^{nde} relative à l'exercice médical à l'hôpital, à l'appui d'un groupe national et en coopération avec la DGOS.

L'amélioration de la prise en charge médicale

Les programmes de recherche clinique	58
Les missions de recherche, de référence et d'innovation	59
La politique de qualité et de sécurité des soins	60
Le développement et la diffusion des indicateurs	61

- **6 programmes de recherche**
- **260 projets PHRC en 2010, 4 524 depuis 1993**
- **84 projets PHRIP en 2010**

L'amélioration de la prise en charge médicale

L'usager est de plus en plus - et de mieux en mieux - informé sur le système de santé. Qualité et sécurité de la prise en charge, transparence et accessibilité des informations, innovation et nouvelles avancées de la recherche : autant de domaines que les pouvoirs publics ont investis depuis quelques années et que la DGOS a repris à son compte, par des programmes d'actions qui font leurs preuves.

Les programmes de recherche clinique

« Une véritable culture de la recherche clinique s'est développée au sein des établissements de santé. »

Marie Lang, adjointe au chef du bureau de l'innovation et de la recherche clinique (PF4),
dr Jean-Pierre Duffet et Majid Talla, chargés de mission

Qu'entend-on exactement par « recherche clinique » ?

La recherche clinique est une recherche effectuée chez l'Homme, avec pour la finalité l'amélioration de sa santé dans le respect de sa personne et de son intégrité. Elle se situe en aval de la recherche fondamentale, dont les travaux scientifiques n'ont pas de finalité économique et de la recherche translationnelle, qui correspond à la mise en application médicale de la recherche fondamentale.

A terme, le développement de l'activité de recherche clinique dans les établissements de santé conditionne la qualité et le progrès des soins, donc la performance du système de santé.

Les établissements de santé, en particulier les centres hospitaliers universitaires (CHU), sont les acteurs incontournables de la recherche biomédicale et en santé. Ils ont su exploiter leurs nombreux atouts et, plus encore, mettre en place une organisation adaptée, permettant un réel essor de la recherche clinique au cours des 20 dernières années.

Avec le soutien des pouvoirs publics, en particulier par l'intermédiaire du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et les actions de renforcement des délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), une véritable culture de la recherche s'est développée au sein des établissements de santé.

Quel rôle joue la DGOS dans le domaine de l'innovation et de la recherche clinique ?

A ce jour, la DGOS pilote 6 programmes de recherche : le PHRC, mais aussi le programme de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS), le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), le programme de recherche translationnelle (PRT), le programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC), en lien avec l'institut national du cancer (INCa) sur le volet dédié.

Chaque année, tous font l'objet d'appels à projets nationaux, destinés à valoriser les plus méritants d'entre eux et à financer les actions ou les équipements qui doivent être mises en œuvre. En 2010, la DGOS a mis en ligne, sur l'espace « offre de soins » du site du ministère, une plateforme sécurisée de dépôt des projets de recherche, « Innovarc » : celle-ci a initié la dématérialisation de la procédure qui prévalait jusqu'alors. L'objectif à terme est de faciliter le recueil des dossiers.

Que retenir de 2010 dans le domaine de la recherche clinique pour la DGOS ?

La campagne 2010 du PHRC a été lancée en septembre 2009 et s'est achevée en juin 2010 par la transmission, aux agences régionales de santé (ARS), des courriers de notification de crédits concernant les projets retenus.

Ce programme aura mobilisé plus de 2 000 experts, français ou étrangers, pour évaluer, à titre bénévole, les 640 dossiers déposés. A l'issue d'une procédure de sélection permettant de garantir la qualité de ce programme, 298 projets ont été retenus et financés au titre de l'appel à projets national, à hauteur de 63 millions d'€. A ce volet national, il faut ajouter le PHRC cancer, géré par l'INCa, qui a permis de financer 57 projets pour 20 millions d'€ et le PHRC interrégional, géré par les 7 inter-régions de recherche clinique, finançant 114 projets pour 16,5 millions d'€.

Au total, sur la période 1993 / 2010, le PHRC a permis de financer 4 524 projets pour un montant de plus de 540 millions d'€ : il constitue un instrument majeur au service du progrès médical et favorise un réel essor de la recherche clinique au sein des hôpitaux.

En 2010, le programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI) est devenu PHRIP : il a été étendu à l'ensemble des professions paramédicales, infirmiers masseur-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, manipulateurs en électroradiologie médicale, diététiciens... Cela pour s'inscrire dans les orientations européennes découlant de la réforme licence master doctorat (LMD) reconnaissant le grade ou le titre universitaire à certains diplômes nationaux.

La campagne 2011 du PHRIP est déjà lancée. Grâce à l'expérience précédente de 2010, des points de vigilance ont été identifiés et porteront, d'une part, sur des aspects qualitatifs et quantitatifs. La recherche dans le domaine paramédical reste à ce jour peu développée en France : la campagne précédente du PHRI montre qu'il existe pourtant un potentiel d'équipes - 84 en 2010 - prêtes à déposer des dossiers, même si leur qualité reste à améliorer. D'autre part, des aspects organisationnels : le dépôt des dossiers fait appel à un nouveau dispositif - sécurisé - dont l'évolution est prévue les années suivantes pour prendre en compte les difficultés éventuelles rencontrées.

Le programme STIC a permis d'initier l'évaluation médico-économique et l'impact médical réel de 11 innovations médicales pour 10 millions d'€. Le volet cancer du STIC, géré par l'INCa, a permis de financer l'évaluation de 4 innovations pour un total de 2 millions d'€.

Tous ces différents programmes ont contribué à tisser des liens avec nos partenaires et à renforcer les ponts pour le transfert de la recherche fondamentale vers la recherche clinique.

+ Com

La rubrique internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère, la plateforme Innovarc

• 2,6 Md€ répartis en 3 parts

Les missions de recherche, de référence et d'innovation

« Une réforme favorisant la transparence, l'équité et l'objectivation dans le mode de répartition nationale »

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



Depuis 2008, une réforme du calcul de la dotation financière des MERRI a été engagée. Quels sont les axes ayant guidé la DGOS dans son action ?

Cette réforme a connu une montée en charge rapide : elle est quasiment achevée en 2010, un an avant la date initialement prévue.

Deux axes ont orienté les travaux menés en 2010 sur le modèle de répartition des crédits MERRI : la dynamisation du mode d'allocation de ces crédits et la transparence en termes de gestion.

Afin de dynamiser le mode d'allocation, la DGOS a cherché à objectiver la production des MERRI des établissements de santé, mesurée principalement à travers des indicateurs de recherche et d'enseignement. Le mode d'évaluation de ces indicateurs s'est encore affiné pour devenir plus sélectif qualitativement, en

particulier pour l'évaluation des publications scientifiques issues des établissements de santé.

La transparence dans le mode de gestion est, quant à elle, assurée par une concertation formalisée avec les acteurs de la recherche clinique. Cette concertation garantit la pertinence des évolutions portées au modèle MERRI, ainsi que la bonne appropriation de cette logique par toutes les équipes des établissements de santé. Les règles du jeu et leurs conséquences sont admises et comprises par l'ensemble des acteurs : communautés médicales, équipes administratives, personnels hospitaliers de recherche clinique.

Parallèlement à la réalisation de la campagne budgétaire et tarifaire 2010, la DGOS a entrepris une réforme de fond en vue de la campagne 2011. Ces travaux ambitieux, impulsant une vraie dynamique nationale, permettront de dégager de nouvelles marges de manœuvre pour mettre en place des actions structurantes au sein des établissements ayant un haut potentiel de recherche clinique. Mais aussi, de donner une lisibilité inédite aux MERRI en favorisant la transparence, l'équité et l'objectivation dans leur mode de répartition nationale.

Pouvez-vous rappeler ce que sont les MERRI ?

Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) sont financées par dotation dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Elles correspondent globalement aux activités de recherche et d'enseignement des établissements de santé, très majoritairement assumées par les centres hospitaliers universitaires (CHU).

Comment sont répartis ces crédits spécifiques ?

La dotation, d'un montant global de 2,6 milliards d'€ en 2010, est répartie en 3 parts, dont chacune est construite selon des critères propres : une part fixe de 805,9 millions d'€ calculée sur des postes budgétaires précis, une part modulable de 930,3 millions d'€ évoluant en fonction d'indicateurs de moyens et de résultats, une part variable de 942,8 millions d'€ reprenant les missions actuelles - centres de référence, centres d'investigation clinique (CIC), centres d'épidémiologie clinique (CEC)... - et les crédits non reconductibles.

- **35% d'événements indésirables évitables**
- **environ 2 200 inscrits à la MMP 2010**
 - **83% des Français satisfaits par la qualité des soins**

La politique de qualité et de sécurité des soins

« Une gestion des risques associés aux soins reposant sur un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi »

Valérie Salomon, chef du bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2)

En quoi la loi HPST a-t-elle notablement modifié la politique de qualité et de sécurité des soins ?

2010 a vu une révision complète de la gouvernance des établissements de santé sur la qualité et la sécurité des soins, notamment pour les commissions et les conférences médicales. Dans le cadre de l'application de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), 7 décrets en conseil d'Etat ont été publiés. Une révision en profondeur a été opérée sur les missions des conférences et des commissions médicales, de leur présidence, mais également sur la politique du médicament et la fonction stérilisation, permettant une sous-traitance des préparations hospitalières et instaurant une lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

Cette nouvelle réglementation fixe des exigences et non plus des modes opératoires, ce qui oblige les établissements à une gestion des risques associés aux soins reposant sur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Comment votre bureau a-t-il accompagné ces évolutions ?

Ces nouvelles règles sont associées à un déploiement d'actions animées par le bureau PF2 : formations dispensées par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et l'école des hautes études en santé publique (EHESP), élaboration d'outils et de recommandations, évolution de la certification par la haute autorité de santé (HAS), accompagnement financier, aide à l'informatisation et actions d'appui des régions.

Par ailleurs, un colloque intitulé « Sécurité du patient : événements indésirables associés aux soins et politique de réduction des risques » a été organisé en novembre 2010, en lien avec la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Cette journée fut l'occasion de partager les enseignements de la 2^{ème} enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS 2) et de préparer la nouvelle réglementation.

Enfin, la 3^{ème} édition de la « Mission mains propres », déclinaison française de la journée proposée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) autour de la promotion de l'hygiène des mains, s'est tenue comme chaque année le 5 mai dans les structures de santé, voire médico-sociales et libérales, inscrites à l'opération. Elle a de nouveau permis à la France d'être le 1^{er} contributeur mondial auprès de l'OMS en nombre de participants.

L'amélioration du parcours de soins des patients a également guidé l'action du bureau PF2 sur le champ des centres de référence ?

En effet, le bureau de la qualité et de la sécurité des soins a été très présent au niveau des activités de recours et du suivi de centres de référence sur différentes problématiques. Une doctrine générale a d'ailleurs été produite, proposant une procédure cohérente de mise en place des centres de référence

et des structures spécialisées. Elle s'appuie sur un cahier des charges abordant notamment les questions de labellisation, de financement, de pilotage et d'évaluation des centres. Une 1^{ère} application de cette procédure a porté sur les structures antidouleur et une aide méthodologique a été proposée pour les travaux sur les hépatites, l'accident vasculaire cérébral (AVC) de l'enfant et l'obésité.

Avec la lutte contre la douleur et la lutte contre les infections nosocomiales, le plan maladies rares est le 3^{ème} plan piloté par le bureau PF2 : il comprend notamment le maillage du territoire par des centres de référence spécifiques. En 2010, de nombreuses réunions de concertation avec les associations de patients, sous le pilotage d'Annie Podeur, ont abouti à des propositions pour un 2^{ème} plan maladies rares, remises aux ministres de la recherche et de la santé. Depuis, ce plan 2010-2014 a été formalisé et annoncé par les ministres en février 2011.

Autre sujet d'importance, la lutte contre les infections ostéo-articulaires (IOA), dont le pilotage national est assuré par le bureau PF2 et se concrétise également par l'existence de centres de référence. En juin 2010, une 1^{ère} instruction a été diffusée, invitant les centres à faire remonter leurs rapports d'activité 2009 : elle fut complétée en décembre par une 2^{nde} instruction, relative à l'évolution du dispositif de prise en charge des IOA complexes.

Un mot sur la prise en charge du transsexualisme : à la demande du cabinet santé, une réunion des associations de transsexuels s'est tenue en avril 2010, débouchant sur la mise en place d'un groupe travaillant à l'élaboration d'un cahier des charges pour la création d'un centre de référence dédié.

Vous évoquiez la lutte contre la douleur ?

Oui, ce sujet reste une priorité. Le haut conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi pour évaluer le 4^{ème} plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur, qui s'achevait fin 2010. Une annonce a été formulée auprès des membres du comité de suivi en juillet et a recueilli un avis favorable. De nouvelles mesures devraient être proposées courant 2011.

En parallèle, le nouveau cahier des charges des structures spécialisées dans la douleur chronique a été préparé et sera publié prochainement.

+ Com

Les dossiers internet sur les risques sanitaires dans les établissements de santé, sur la sécurité sanitaire dans les établissements de santé, sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé, de la « Mission mains propres », sur les maladies rares, sur les IOA, consultables sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

- **5 indicateurs pour les IN, 5 pour la qualité, 1 pour la satisfaction**

Le développement et la diffusion des indicateurs

« *Les indicateurs peuvent induire une modification des pratiques individuelles.* »

Laetitia May-Michelangeli, adjointe à la chef du bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2)



Quelles sont les différentes étapes de travail plus spécifiquement franchies en 2010 ?

Une avancée majeure a marqué l'année, en l'occurrence le déploiement de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. Ce nouvel et 11^{ème} indicateur s'ajoute aux 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales et aux 5 indicateurs de qualité élaborés conjointement avec la HAS. Deux notes d'instruction, respectivement dédiées à la généralisation de cet indicateur et à ses modalités techniques, sont venues sensibiliser les professionnels de santé à cette problématique. Le top départ de cette démarche a été donné lors d'une conférence de presse en novembre 2010.

S'agissant des indicateurs liés aux infections nosocomiales, une circulaire de février a dressé le bilan des activités de lutte dans les établissements de santé pour l'année 2009. Par ailleurs, ces indicateurs ont été évalués pour plus d'exigence : version 2

Comment assurer l'information des patients sur la qualité et la sécurité des soins ?

La qualité des soins est la première attente des usagers et du grand public vis-à-vis du système de santé.

Depuis 2006, un tableau de bord des infections nosocomiales (IN) a été mis en place : chaque année, il incite tous les établissements de santé à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les IN, par le biais de 5 indicateurs. Par son effet d'émulation, ce tableau de bord vise à l'amélioration globale de la sécurité du patient.

En complément à ce tableau de bord des infections nosocomiales, la DGOS et la haute autorité de santé (HAS) ont mis en œuvre depuis 2009 un recueil de 5 indicateurs de qualité des soins (QUALHAS) dans l'ensemble des établissements de santé.

L'objectif est de bâtir un système d'information partagé qui fasse sens pour l'ensemble des parties concernées : les usagers, les professionnels et les tutelles. Le postulat est qu'un indicateur calculé au niveau d'un établissement peut induire une modification des pratiques individuelles.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) a permis des avancées majeures en termes de qualité et de sécurité des soins. De nouveaux leviers ont été mis à disposition, avec l'obligation d'élaboration d'un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi et de transparence sur la qualité. Concrètement, cela signifie que tous les établissements de santé doivent mettre à disposition du public, dans des conditions définies par arrêté, leurs propres résultats découlant des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Ceux-ci sont par ailleurs mis en ligne, établissement par établissement, sur le site ministériel Platines et donc accessibles à tous.

de l'indice de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA2), début de simulation pour l'indicateur de prévention des infections du site opératoire (ICA-CHIR), de l'indicateur de mesure des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR) et de la version 2 de l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN2).

Deux autres dispositifs ont également marqué l'année. D'une part, l'évolution du site internet pour la coordination de la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité (COMPAQ) vers COMPAQ-HPST, pour relayer au mieux les dispositions liées aux indicateurs dans la loi du même nom. D'autre part, le projet dit « CLARTE » (consortium Loire-Atlantique-Aquitaine-Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé), centré sur la production d'indicateurs de ressources humaines et de sécurité des soins élaborés à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Un comité technique, qui se réunit environ 4 fois par an, rassemble les 2 équipes de COMPAQ-HPST et de CLARTE.

+ Com

Les dossiers internet sur le tableau de bord des infections nosocomiales, sur les indicateurs qualité, sur l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients, sur CLARTE consultables sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère et sur le site Platines

L'année 2010 vue par... Yannick le Guen, sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins



2010 aura été, pour tous, l'année de la mise en place de la nouvelle organisation de la direction.

Mais pour la sous-direction PF, le défi fut majeur : cette structure nouvelle s'est vue conférer des missions et des compétences étendues au moment précis où elle devait faire face au renouvellement massif de nombre de ses agents et constituer son réseau nouveau au sein des agences régionales de santé (ARS). Tout cela, en assumant d'élaboration de la réglementation issue de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST).

Il s'agissait là d'un défi managérial de taille, en particulier pour les chefs de bureau et leurs adjoints. Nous l'avons relevé avec succès puisque - si j'ose dire - nous avons rapidement bénéficié d'une crédibilité réelle auprès de l'ensemble de nos partenaires, qu'ils soient externes ou internes au ministère.

Pour cela, il nous aura fallu inventer de nouvelles méthodes, facilitées il est vrai par la mise en place, au sein de la direction, de structures très opérationnelles telles que le comité

d'organisation des projets et actions transverses (COPAT), où les chefs de projet bénéficient d'une réelle reconnaissance.

Nous avons aussi fait jouer de nouvelles synergies internes qui nous ont conduits à embrasser, dans une même perspective, les thèmes de la recherche et de l'innovation, de l'efficacité, de la qualité des soins ou de l'exercice coordonné - pour ne citer qu'eux.

Tous ces chantiers ont pu être menés sans faillir grâce au plan stratégique de la direction qui confère désormais une visibilité pluriannuelle à notre action.

Ces résultats restent, bien entendu, perfectibles. Mais l'encadrement et l'ensemble des équipes de la sous-direction PF ont d'ores et déjà fait preuve durant cette année 2010 de talents d'imagination, de courage et d'un sens du service public tout à fait remarquables.

La performance des acteurs de l'offre de soins

Les inadéquations hospitalières	64
Les coopérations entre structures de santé	65
Les pôles et la gouvernance interne des hôpitaux	66
Le pilotage de la performance hospitalière	67
Le suivi financier des établissements	68
La politique d'investissement	69
La stratégie « Hôpital numérique »	70
> Encadré : l'agence nationale d'appui à la performance	71
L'évolution des dépenses	72
> Encadré : l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation	73

- **une occupation inadéquate de lits de 10%**
- **3,8% d'hospitalisations inadéquates**

La performance des acteurs de l'offre de soins

La performance, en particulier celle des établissements publics, est un axe fort de l'action de la DGOS. Alliant qualité de la prise en charge des patients et efficacité du système de soins, elle passe notamment par la mise en commun des moyens des établissements – humains, structurels, immobiliers, techniques – et des ressources financières qui leur sont allouées. Mais aussi par le renforcement de la gouvernance interne.

Les inadéquations hospitalières

« **Au sein des établissements de santé, 10 % des lits sont occupés de manière non pertinente en médecine et en chirurgie.** »

Gaël Raimbault, chef du bureau de l'évaluation, des modèles et des méthodes (R5)
et **Pauline Dejouany**, chargée de mission



Pourquoi avoir lancé une étude sur ce que l'on appelle les « inadéquations hospitalières » ?

L'observation des taux d'inadéquations hospitalières et la possibilité de les réduire - au moins en partie - par différents types d'actions, laissent entrevoir un certain gain d'efficacité. Afin de pallier le manque d'information et d'assurer la qualité comme la continuité du système de soins, la DGOS a lancé en 2009 et poursuivi en 2010 une étude sur les inadéquations hospitalières en médecine et en chirurgie, soutenue en cela par l'important engagement de différents partenaires : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS)... L'objet de ce travail était de quantifier le phénomène au niveau national et, en particulier, la part des inadéquations évitables, leurs origines et l'impact économique de leur réduction.

Cette étude repose sur un protocole d'enquête statistique validé par la commission nationale informatique et libertés (CNIL) et testé auprès d'établissements de santé d'Ile-de-France. Elle se base également sur des coupes transversales, un jour donné, au sein d'établissements de santé tirés au sort, avec un recueil de données sur la journée en cours et un recueil rétrospectif sur l'admission. Cela en conformité avec la version française du protocole « Appropriateness Evaluation Protocol » (AEP), approuvée par la haute autorité de santé (HAS). Des données complémentaires pour mieux caractériser les séjours et les patients ont également été collectées.

Quels ont été les premiers résultats de cette étude ?

Les résultats ont montré que, sur un jour donné au sein des établissements de santé, 10,3% des lits étaient occupés de manière non pertinente en médecine et en chirurgie : 5% d'entre eux dans les services de chirurgie, 17,5% dans ceux de médecine. Ces taux sont, d'une manière générale, nettement moins élevés que ceux relevés jusqu'à présent dans la revue de la littérature, de l'ordre de 20 à 30%. Ces études étaient toutefois basées sur des données partielles et, le plus souvent, dans des contextes de financement hors tarification à l'activité (T2A).

A-t-on pu déterminer les causes de ces situations ?

Oui et elles sont variées : 3,8% des hospitalisations sont inadéquates à l'admission car les soins sont non nécessaires ou seraient mieux réalisés, dans 45% des cas, au domicile des patients, dans 27% d'entre eux en soins de suite et de réadaptation (SSR) et dans 25% d'entre eux en structures de soins de longue durée, type USLD ou établissement d'hébergement pour personnes âgées. Les principales raisons invoquées pour expliquer ces hospitalisations sont la « demande exprimée d'un médecin de ville », dans 39% des cas, suivie des « attentes d'avis diagnostique au sein de l'établissement » dans 32% des cas.

Par ailleurs, 12,5% des hospitalisations sont adaptées mais comportent au moins une journée inadéquate. Ces journées non pertinentes s'expliquent par des problèmes d'aval, d'organisation interne de l'établissement ou sont liées au contexte familial et social du patient. S'agissant des problèmes d'aval, 41% des patients devraient être pris en charge en SSR, 37% d'entre eux à leur domicile ou 20% d'entre eux dans les structures de soins de longue durée.

Quels enseignements tirer de cette étude ?

La réduction de ces inadéquations permet d'envisager un gain certain d'efficacité - qui a été estimé - et de déterminer les conditions d'obtention de ce gain.

Au demeurant, les résultats de l'étude ne confirment pas la nécessité de développer les capacités d'hébergement à temps complet dans les structures d'aval.

Pourra-t-on extrapoler les résultats de l'étude à l'ensemble du champ hospitalier ?

De par la méthode utilisée, les résultats de l'enquête ne seront représentatifs qu'au niveau national et selon les différentes strates étudiées : médecine versus chirurgie, assistances publiques et affiliés, centres hospitaliers régionaux, autres établissements publics, cliniques privées, hôpitaux locaux, établissements privés d'intérêt collectif.

- **70 projets de coopération issus de 22 régions**
- **un financement de 50 000 à 75 000€/projet**

Les coopérations entre structures de santé

« L'optimisation des ressources et la recherche de la performance ne sont plus compatibles avec un fonctionnement autarcique. »

Hugo Gilardi, chef du bureau des coopérations et des contractualisations (PF3),
Evelyne Belliard, adjointe au chef du bureau et **Christopher Poisson**, chargé de mission

Quel est l'objectif et le cadre juridique des coopérations entre structures ?

L'optimisation des ressources et la recherche de la performance ne sont plus compatibles avec un fonctionnement autarcique. Aujourd'hui, l'idée est de définir la façon dont coopèrent les hôpitaux publics entre eux, mais également les établissements privés et les hôpitaux publics. En ce sens, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HSPT) a créé les communautés hospitalières de territoire (CHT) et rénové les groupements de coopération sanitaire (GCS).

En 2010, la DGOS a produit les décrets d'application de la loi. Le 1^{er} met en place les CHT en organisant une procédure allégée en matière de cession ou de modification d'autorisation ; le 2^{ème} précise les modalités de constitution et de fonctionnement des instances communes de représentation et de consultation des personnels et introduit la possibilité de créer un pôle de territoire regroupant des pôles relevant des établissements adhérents



de la CHT. Le 3^{ème} décret poursuit l'approfondissement et la rénovation des règles de fonctionnement des GCS : il renforce les attributions des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et définit les modalités qui permettent d'attribuer à un GCS la qualité d'établissement de santé, ainsi que les obligations afférentes à ce statut.

De quelles incitations financières bénéficient les établissements de santé ?

La DGOS a poursuivi la démarche instituée par la circulaire de 2009 relative au financement, par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de projets favorisant les coopérations entre structures.

Début 2010, lors de la phase dite « de préfiguration », le comité national de pilotage de la démarche, réunissant la DGOS, l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), les ARS et les fédérations hospitalières, a sélectionné 42 projets de coopération comptant 32 projets de CHT et 10 projets de GCS dans 17 régions, pour un financement total de 2,8 millions d'€ réparti en enveloppes de 50 000 à 75 000 €. En fin d'année, la phase dite « d'accompagnement » a démarré : près de 70 projets issus de 22 régions sont parvenus à la DGOS. L'instruction de cette 2nde et dernière phase s'est achevée début 2011.

Les établissements de santé disposent-ils d'outils méthodologiques ?

Bien sûr : la DGOS a travaillé avec l'ANAP sur l'élaboration du guide méthodologique des coopérations territoriales, afin de donner corps à la loi HPST.

Dans le même temps, la DGOS et la direction générale des finances publiques (DGFIP) se sont également engagées en 2010 à fournir des éléments de compréhension et de mise en œuvre de la réforme. Ce travail s'est orienté vers la production de fiches techniques à destination des acteurs de terrain, qu'il s'agisse des directeurs d'établissement, des ARS, mais aussi du réseau des comptables publics de la DGFIP.

+ Com

Le dossier internet consultable sur l'espace
« Offre de soins » du site du ministère

• environ 3 500 pôles hospitaliers

Les pôles et la gouvernance interne des hôpitaux

« Permettre aux chefs de pôles de devenir de véritables pilotes opérationnels »

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



L'année 2010 a-t-elle marqué une pause dans la mise en œuvre de la gouvernance ?

Au contraire. 2010 a vu la publication des décrets d'application de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) les plus emblématiques en matière de gouvernance. Hormis le décret portant sur le directoire, publié en décembre 2009, sont notamment parus en 2010 les décrets relatifs au conseil de surveillance, à la commission médicale d'établissement (CME), à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), à la conférence médicale des établissements de santé privés, aux assistances publiques de Paris et de Marseille et aux hospices civils de Lyon, aux pôles d'activité cliniques et médico-techniques. Ce dernier texte était accompagné de 2 arrêtés, l'un consacré à la formation des chefs de pôles, l'autre à l'indemnisation de leurs fonctions.

Cet ensemble de textes dessine la nouvelle architecture de la gouvernance qui vise, conformément à l'intention de la loi HPST, à répondre aux attentes des médecins qui souhaitent faire évoluer leurs pratiques, de passer des conventions et d'adapter les activités de soins aux besoins de la population. Favorisant de facto un pilotage clarifié des établissements et une prise de décisions plus rapide.

Les chefs de pôles disposent-ils des outils adéquats ?

Dans ce cadre, l'accent est mis non seulement sur le pilotage de l'établissement, à travers le directoire qui conseille le directeur dans sa politique de gestion, mais aussi sur le pilotage des opérations - c'est-à-dire des pôles - afin de responsabiliser plus largement les acteurs de l'hôpital.

Dans cette optique, le décret de juin 2010 renforce le rôle des contrats de pôle signés entre le directeur de l'établissement et les chefs de pôle, ainsi que le dialogue de gestion qui doit naître des réunions de suivi de ce contrat.

Surtout, la définition du champ des « délégations de gestion », que le directeur doit accorder aux chefs de pôle, doit accélérer le mouvement de délégations et permettre aux chefs de pôle de devenir de véritables pilotes opérationnels. Les délégations de gestion recouvrent à la fois le rôle conféré en matière de ressources humaines au chef de pôle et la délégation de signature que le directeur de l'établissement lui accorde afin d'engager les dépenses du pôle. L'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a d'ailleurs œuvré dans ce sens en lançant un chantier « 100 pôles d'excellence », afin d'accompagner les chefs de pôle d'une centaine d'établissements dans l'exercice de cette nouvelle fonction.

La parution du texte sur la commission médicale d'établissement (CME) a également traduit un moment charnière, la loi HPST mettant en avant le rôle de cette instance dans l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Une nouvelle phase s'ouvrira en 2011 avec le renouvellement des anciennes CME, majoritairement installées en 2007 et dont les mandats ont été prorogés.

+ Com

Les fiches pédagogiques de la collection HPST, disponibles en ligne sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

Le pilotage de la performance hospitalière

« La performance ne recouvre pas seulement l'efficience, mais conjugue l'efficience à la qualité de la prise en charge. »

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

En quoi la DGOS peut-elle revendiquer le rôle de pilote stratégique sur le champ de la performance des établissements publics de santé ?

Depuis juin 2010, la DGOS anime le comité de pilotage de la performance hospitalière pour les agences régionales de santé (ARS). Cette instance est issue du conseil national de pilotage de ces mêmes ARS : elle est composée des représentants du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), de la direction de la sécurité sociale (DSS) et de 4 ARS, en l'occurrence celles de Languedoc-Roussillon, de Champagne-Ardenne, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Picardie. Elle a pour mission de coordonner les actions autour la mise en œuvre du pilotage de la performance des établissements par les ARS.

Rappelons que la performance des acteurs de l'offre de soins ne recouvre pas seulement l'efficience, mais conjugue l'efficience à la qualité de la prise en charge, cela dans un enchaînement vertueux. Grâce maintenant aux ARS, elle se décline au niveau territorial par l'optimisation des soins prenant en compte le projet de vie des patients.

Précisément, quels sont les outils proposés aux ARS pour les accompagner sur ce champ ?

Dans la continuité du rapport de Philippe Ritter, les participants au comité de pilotage mettent en œuvre une feuille de route portant sur la montée en compétence des ARS - outils d'autodiagnostic des compétences, aide au recrutement, définition de programme formation continue -, l'outil des ARS - développement et diffusion d'HOSPIDIAG mesurant la performance des établissements selon 5 composantes, validation des indicateurs -, l'animation du réseau des acteurs de la performance hospitalière en ARS - coordination des actions de formation - ou encore la définition des relations avec les établissements - suivi du déploiement des contrats performance, travaux préparatoires au guide méthodologique d'élaboration du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Sans oublier l'appui à la structuration de processus internes aux ARS, comme le suivi du retour à l'équilibre financier des établissements, le suivi de la mise en œuvre des contrats performance ou la mise en œuvre de coopérations entre établissements.

Les ARS participant au comité de pilotage relayent les décisions prises en séance à l'ensemble des agences régionales. Cette instance décisionnelle, qui se réunit tous les 2 mois, a montré toute sa pertinence dans l'accompagnement des ARS et prolongera ces travaux en 2011.



- un redressement de 100 M€ en 1 an
- 64% des hôpitaux en équilibre ou en excédent, 36% en déficit

Le suivi financier des établissements

« L'action la plus emblématique : la mise en place d'un comité de suivi des risques financiers hospitaliers »

Elisa Yavchitz, chef du bureau de l'efficacité des établissements de santé publics et privés (PF1),
Anne-Sophie Marrou et Yann Lhomme, chargés de mission



un panel de 30 structures dont la situation financière compromise constitue un risque avéré pour le système.

Le diagnostic est établi avec l'agence régionale de santé (ARS) concernée. Au travers de cas particuliers, le comité peut aisément analyser la capacité des acteurs à redresser une situation, ainsi que les leviers d'action concrets sur lesquels s'appuyer, ce qui permet d'évaluer la pertinence de dispositifs de politiques publiques.

Les établissements sont invités à présenter leurs plans d'actions devant le comité : ils sont ainsi confortés dans leurs efforts. Le comité peut proposer des appuis : appui de consultants sur la dette, mission de conseil... Six mois après leur présentation, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) se rend sur place pour mesurer l'atteinte des objectifs et ainsi rendre compte au comité des résultats obtenus.

Quel 1^{er} bilan peut-on dresser de cette action ?

Que dire de l'année 2010 en matière de suivi financier des établissements ?

2010 a permis d'accomplir des avancées décisives dans la compréhension, partagée entre les décideurs, des situations financières difficiles et l'appui aux établissements confrontés à des déficits importants.

La performance des établissements de santé s'entend dans une acception globale et doit être mise au service de la qualité des soins aux patients, de la recherche médicale et de l'enseignement. La pérennité du système suppose un assainissement durable des finances des acteurs de l'offre de soins : c'est pourquoi l'accent a été porté sur les établissements confrontés à des situations financières dégradées et se poursuivra en 2011.

Quelles ont été les mesures mises en œuvre pour y parvenir ?

L'action la plus emblématique est la mise en place d'un comité de suivi des risques financiers hospitaliers. Présidé par Annie Podeur, il réunit le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction du budget (DB), l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS). Tous les 2 mois, il examine la situation de 2 établissements de santé, publics comme privés - hors cliniques à but lucratif -, choisis parmi

Un an après la mise en place de ce dispositif, l'ensemble des partenaires s'accorde sur son efficacité : il a permis de débloquent des situations, de conforter des dynamiques Et d'améliorer substantiellement les résultats, puisque ces derniers ont progressé de 100 millions d'€ en un an. Les établissements doivent être encouragés dans leurs efforts.

En 2010, la DGOS a poursuivi l'analyse de situations individuelles, en mettant en place un modèle synthétique qui recense les principaux enjeux de l'établissement. Ces travaux sont conduits en lien étroit avec les ARS, de sorte que puissent être clairement perçus les enjeux territoriaux de l'entité.

Ces travaux sont facilités par la mise au point, par l'ANAP et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), d'un outil de diagnostic commun aux établissements, aux ARS et au ministère, à la demande de la DGOS. Depuis cette année, HOSPIDIAG remplace, en l'enrichissant, son précurseur DIAGFLASH. Il favorise l'appréhension plus rapide de la situation d'un établissement dans les différentes dimensions de la performance et, donc, de faciliter la recherche des leviers d'action pertinents.

+ Com

Le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

- **10Md€ pour H2012, dont 5 pour l'assurance maladie**
- **8,5Md€ pour l'immobilier et 1,5Md€ pour les SI**
- **26 revues de projets régionales**

La politique d'investissement

« La maîtrise de l'endettement des établissements publics de santé, une préoccupation majeure de la DGOS »

Ahmed El-Bahri, adjoint à la chef du bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés (PF1),
Magali Tribodet, Emilie Gonzales et Jean-Baptiste Seblain, chargés de mission

De quelle façon la DGOS pilote-t-elle les investissements hospitaliers ?

Concernant l'aide à l'investissement, la DGOS a finalisé en 2010 l'instruction de la 1^{ère} tranche du plan Hôpital 2012. En parallèle, elle a mis en place un dispositif de suivi, sous forme de revues des projets d'investissement financés par un plan national : Hôpital 2012, mais aussi Hôpital 2007, le plan psychiatrie et santé mentale, le plan de relance...

Au cours de ces revues de projets, chacune des 26 agences régionales de santé (ARS) doit présenter l'avancement et les conditions de réalisation des projets financés, afin de s'assurer de leur bonne exécution et d'adapter le cas échéant les modalités de financement associées. Ce dispositif de suivi s'est appuyé sur un système d'information dédié, partagé avec les ARS et les établissements de santé, le dossier de revues des projets d'investissements (DRPI) : développé par la DGOS, il est opérationnel depuis décembre dernier et sera reconduit annuellement.

La DGOS a également élaboré une méthode d'évaluation du retour sur investissement (RSI) des projets immobiliers. Cet outil, qui peut être utilisé par l'ensemble des acteurs du secteur hospitalier, sera intégré aux prochains dossiers d'instruction des plans nationaux et a vocation à devenir un référentiel national en matière d'estimation des retours sur investissements

Quelle est la situation de l'endettement des établissements publics de santé ?

Plus que jamais en 2010, la maîtrise de l'endettement des établissements publics a été une préoccupation majeure de la DGOS. Une maîtrise performante de l'endettement passe avant tout par une meilleure connaissance de cette dette, d'un point de vue quantitatif mais également qualitatif, notamment



en termes de structuration. La création d'un observatoire de l'endettement des établissements publics de santé, en octobre dernier, s'inscrit dans cette perspective. Ses travaux sont préparatoires à la définition, courant 2011, d'un dispositif réglementaire d'encadrement, conciliant efficience et autonomie de gestion à la diminution des risques encourus par les établissements.

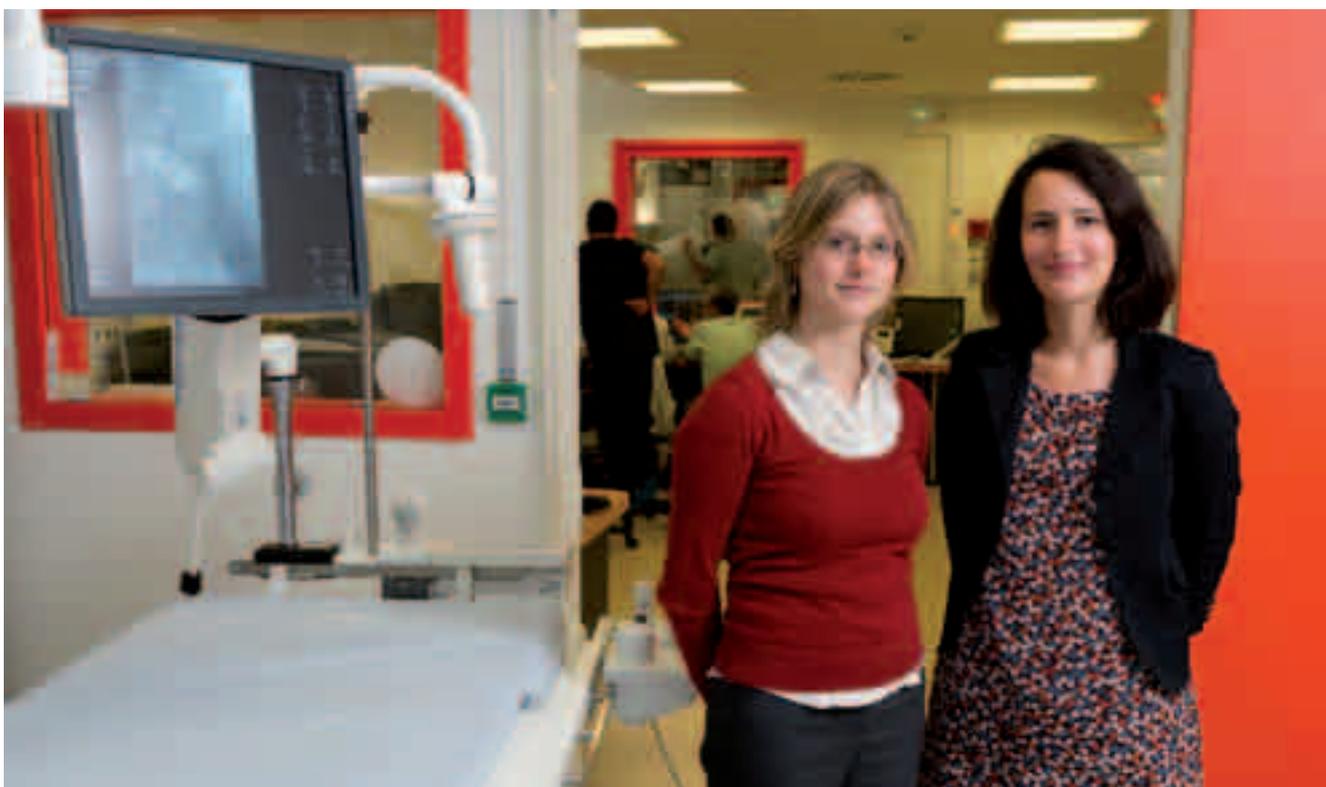
Un mot sur les enjeux de gestion du patrimoine hospitalier ?

La modernisation et l'optimisation de la gestion du patrimoine hospitalier constitue le dernier axe de la politique d'investissement. En 2010, la DGOS, en lien avec l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), a engagé un plan pluriannuel d'amélioration de la performance du patrimoine immobilier. Cela s'est traduit en septembre par l'élaboration d'un référentiel patrimonial qui permettra de réaliser un inventaire, puis de lancer un observatoire du patrimoine immobilier hospitalier.

La stratégie « Hôpital numérique »

« Amener les établissements de santé au niveau de maturité sur leurs systèmes d'information »

Laetitia Messner, chef de la mission des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (MSIOS),
Anne-Alexandra Babu et **Anne-Laurence Archer-Touvier**, chargées de mission



Qu'entend-on par « Hôpital numérique » ?

L'ambition de la stratégie « Hôpital numérique » est d'amener l'ensemble des établissements de santé au niveau de maturité sur leurs systèmes d'information, sur un socle assurant la sécurité des données, pour un service maximum aux patients et aux professionnels.

Le développement et la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) sont devenus un enjeu majeur pour l'ensemble de la politique d'amélioration de l'organisation des soins. Or, ils ne sont pas en état de répondre à ces enjeux. Une action, pilotée par le ministère de la santé, a donc été initiée en vue d'élaborer une stratégie nationale.

C'est ainsi que la DGOS a engagé depuis avril 2010 l'élaboration d'un plan stratégique de développement et de modernisation des SIH, baptisé « stratégie Hôpital numérique ».

Qui a la charge d'élaborer cette stratégie ?

Menée par une équipe projet pilotée par la mission des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (MSIOS), l'élaboration de ce plan associe la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS), l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) en santé.

Le pilotage du plan est assuré par un comité fédérant l'ensemble des partenaires institutionnels concernés, que ce soit dans le cadre de groupes de travail ou au sein même du comité.

Ce comité de pilotage SIH s'est réuni à 3 reprises en 2010 : il a permis le partage d'un constat global sur les principales difficultés rencontrées dans le développement des SIH et mis en valeur la rupture marquée par les mesures innovantes du plan, par rapport aux politiques antérieures.

L'élaboration de la stratégie « Hôpital numérique » doit être finalisée en 2011.

- **1,5Md€ pour H2012, dont 150M€ pour l'assurance maladie**
 - **3 pré-requis et 5 domaines fonctionnels**

L'agence nationale d'appui à la performance



appui santé & médico-social

Quelle sera la feuille de route ?

Centrée sur le processus de soins, elle trouve sa déclinaison par un programme pragmatique et cohérent, agissant sur un ensemble de leviers et non sur le seul levier financier.

Tout d'abord, la détermination d'un socle de priorités - 3 pré-requis et 5 domaines fonctionnels - que tous les établissements de santé doivent atteindre. Afin de les accompagner dans cette démarche, un plan de financement spécifique est proposé.

Ensuite, le renforcement des compétences des équipes et des professionnels de santé sur les aspects SI, en formation initiale et continue, la mutualisation des compétences SI et des SI en tant que tels, la déclinaison concrète des objectifs SI du niveau national au niveau local, en passant par les agences régionales de santé (ARS), cela pour favoriser l'implication des professionnels de santé et des décideurs.

Enfin, des mesures visant à stimuler, à structurer l'offre de solutions et à soutenir les projets innovants.

Ce programme progressif sera revu chaque année par le comité de pilotage SIH et reconduit au bout de 5 ans, afin d'augmenter les exigences du socle minimum.

2010 correspond à la 1^{ère} année de plein exercice de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), après sa création fin octobre 2009.

L'enjeu consistait à fédérer les compétences issues de 3 entités - MeaH, MAINH et GMSIH - et à opérer la transition vers une nouvelle structure opérationnelle, dont les objectifs fixés par les pouvoirs publics étaient d'emblée très ambitieux.

De ces derniers ont découlé le programme de travail en 11 objectifs arrêtés par le conseil d'administration de l'ANAP : mettre en œuvre des projets performance, promouvoir des organisations performantes en chirurgie par le développement de la chirurgie ambulatoire, développer une gamme d'outils performance capitalisant les meilleures pratiques de terrain, accompagner un territoire de santé pour créer un modèle de parcours des personnes âgées, appuyer la mobilité des professionnels et développer la gestion des ressources humaines, accompagner les directions des établissements dans la réussite de leurs projets de systèmes d'informations (SI), aider les établissements à mettre en place un plan de gestion patrimoniale et pluriannuel, améliorer la performance de 100 pôles en accompagnant leurs managers, développer le pilotage de la performance dans le secteur médico-social, suivre le programme d'accompagnement au changement du système de santé et mettre en place l'observatoire de l'ANAP.

L'ANAP a également accompagné la montée en charge des agences régionales de santé (ARS) par la mise en place d'un dispositif spécifique de formation des référents performance.

Enfin, elle a souhaité coordonner son action avec les autres acteurs institutionnels en formalisant des conventions de partenariats avec la haute autorité de santé (HAS), l'association nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) en santé, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et l'agence française de chirurgie ambulatoire (AFCA).

- **162,4Md€ pour l'ONDAM 2010, dont 69,7 Md€ pour le secteur hospitalier**
- **+3% pour l'ONDAM 2010, dont +2,8% pour le secteur hospitalier**

L'évolution des dépenses

« Des mises en réserve ont été opérées en début d'exercice, pour assurer le respect de l'ONDAM hospitalier. »

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



En 2010, comment ont progressé les dépenses de soins hospitaliers ?

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Pour 2010, la hausse de ces dépenses a été fixée à + 3 % par rapport aux dépenses enregistrées pour 2009. Cela représente une enveloppe globale de 162,4 milliards d'€ pour les régimes d'assurance maladie : celle-ci est répartie entre les soins de ville, les établissements de santé, publics et privés et le secteur médico-social.

Concernant l'ONDAM pour le secteur hospitalier, le taux d'évolution pour 2010 a été fixé à hauteur de + 2,8%.

Dans quels champs a-t-on noté les évolutions les plus fortes ?

L'un des faits marquants de l'année 2010 réside dans le très fort dynamisme de l'activité hospitalière constaté sur le champ de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

En effet, s'agissant du secteur anciennement sous dotation globale (ex DG), le taux d'évolution de l'objectif des dépenses en MCO (ODMCO) a été de + 2,7% entre 2009 et 2010, induisant un dépassement de l'objectif initialement fixé de 501 millions d'€. Du côté du secteur anciennement sous objectif quantifié national (ex OQN), le taux d'évolution de l'ODMCO a été de + 2,2% entre 2009 et 2010, traduisant un dépassement de l'objectif initialement fixé de 65 millions d'€.

Quant au secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de la psychiatrie, toujours sous OQN, le taux d'évolution de + 5,1% marque un certain recul par rapport aux taux constatés les années antérieures.

Peut-on parler d'une réelle évolution de la maîtrise des dépenses hospitalières ?

Oui, certainement. 2010 a été marquée par un contexte économique et financier particulièrement difficile. Cette situation a rendu d'autant plus nécessaire la poursuite et le renforcement des efforts de maîtrise des dépenses de santé, engagés depuis plusieurs années et auxquels les établissements de santé doivent prendre toute leur part.

Encadré : l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation



Le constat de l'exécution de l'ONDAM pour 2009 a fait apparaître un dépassement conséquent. Pour 2010, le président de la République a rappelé que l'ONDAM fixé à hauteur de + 3% - dont + 2,8% sur le secteur hospitalier - devait être strictement respecté : pour ce faire, les mesures préconisées dans le rapport de Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie devaient être mises en œuvre.

L'ONDAM du secteur hospitalier a-t-il été dépassé en 2010 ?

Non, car dans une logique préventive, des mises en réserve avaient été opérées en début d'exercice. Précisément dans le but d'assurer le respect de l'ONDAM du secteur hospitalier. Le niveau de crédits à mettre en réserve a ensuite été ajusté tout au long de l'année, à la suite des travaux présentés dans le cadre du groupe de suivi statistique de l'ONDAM et du comité de pilotage de l'ONDAM.

L'utilisation de ce nouveau levier de régulation a permis de respecter l'ONDAM du secteur hospitalier en 2010. Néanmoins, la maîtrise des dépenses sur le champ hospitalier devra, par la suite, davantage mobiliser l'ensemble des outils de régulation de l'activité hospitalière.

+ Com

La conférence de presse annuelle, le dossier internet consultable sur l'espace « Offre de soins » du site du ministère

En 2010, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIHI) a poursuivi ses efforts pour améliorer le dispositif de collecte et l'accès aux données de l'activité hospitalière.

Au niveau des classifications des séjours hospitaliers et plus particulièrement dans le champ de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), la liste des co-morbidités associées a été mise à jour, afin de mieux asseoir les différenciations des prises en charge par niveau de sévérité, ainsi que le financement associé.

L'analyse mensuelle de la conjoncture de dépenses d'assurance maladie relatives au secteur hospitalier a par ailleurs été enrichie, notamment sur la dimension régionale, dans l'optique de répondre à certaines demandes des agences régionales de santé (ARS). Des analyses annuelles affinées ont également été produites sur les dépenses en termes de structure, d'évolution et en comparaison avec les sous-objectifs prévisionnels correspondants.

Les travaux visant à améliorer la restitution des données collectées au travers du système national de l'information sur l'hospitalisation (SNATIH) ont été intensifiés. Dans ce cadre, l'ATIHI a développé et mis à disposition sur cette plateforme, en partenariat avec l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), l'outil HOSPIDIAG. Celui-ci a pour objectif d'explorer la performance d'un établissement de santé selon 5 composantes : activité, qualité des soins, organisation, ressources humaines et financières.

Enfin, l'ATIHI a renforcé en interne les moyens dédiés au système informatique des réponses à la demande (SIRAD) et à l'outil d'assistance et de dialogue avec les utilisateurs des outils et des données collectées (AGORA).



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

Responsable de la publication : **Annie Podeur**, directrice générale de l'offre de soins

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

Remerciements à tous **les contributeurs** de la DGOS

Remerciements à la **DICOM** des ministères chargés des affaires sociales pour sa collaboration à ce rapport

Remerciements particuliers à **Jean-Noël Cabanis**, chef du DSR de la DGOS, pour son enthousiasme

Remerciements particuliers à **Bérangère Ledunois** (DGS) et **Sandrine Perrot** (DGOS), dont les clichés, primés lors du concours photo 2011 interne au ministère, illustrent respectivement les 1^{ère} et 4^{ème} de couverture de ce rapport

Remerciements particuliers à l'ensemble des **assistantes** de la DGOS pour leur appui quotidien

Remerciements à **Hubert Joseph-Antoine** et **Eve Aulong** (direction du service au patient et de la communication, AP-HP)

Remerciements à **Jacques Léglise**, directeur du groupe hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière-Charles Foix (AP-HP)

Remerciements à tous les **responsables** du groupe hospitalier universitaire de

la Pitié-Salpêtrière-Charles Foix nous ayant ouvert les portes de leurs services, ainsi qu'à leurs **équipes**

Remerciements à **Véronique Marin la Meslée**, directrice de l'IFSI, Geneviève Kuhn, responsable de l'HAD, **pr Serge Uzan**, doyen de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, **cdt Christophe Foreau**, responsable de l'UHSI

Remerciements particuliers à **France Bovet, Laurence Dentinger, Philippe Couchoux** et **Aude Raynal** (direction de la communication) pour leur collaboration précieuse et leur disponibilité dans l'organisation des séances photo au groupe hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière-Charles Foix

Remerciements particuliers à **Nathanaël Becker**, directeur associé de l'agence Eikos, **Yann Piriou** et **Geoffroy Lasne**, photographes

Création graphique : **Huitième Jour**

Exécution graphique : **Studio des Plantes**

Clichés pris au **ministère du travail, de l'emploi et de la santé**, notamment au centre de ressources documentaires et multimédia (CRDM), ainsi qu'au groupe hospitalier universitaire de la **Pitié-Salpêtrière-Charles Foix**

Crédits photographiques : **Yann Piriou** et **Geoffroy Lasne** (ministère du travail, de l'emploi et de la santé, groupe hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière-Charles Foix) / **Eric Garault** (exposition « Lire à l'hôpital », maison des associations et des patients du groupe hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière-Charles Foix)



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ