

**CONCOURS OUVERTS LES 10, 11, 12 et 13 JUIN 2025
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL**

4^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

**(Durée 4 heures – Coefficient 4 si choisie comme majeure /
Coefficient 2 si choisie comme mineure)**

Vendredi 13 juin 2025

**LEGISLATION DE SECURITE SOCIALE ET
D'AIDE SOCIALE**

CONCOURS INTERNE et 3^{ème} CONCOURS

Sujet :

A l'aide du dossier ci-joint vous rédigerez une note opérationnelle sur les textes, outils et dispositifs mobilisables pour améliorer la prise en charge coordonnée ville/hôpital des malades.

Liste des documents

	Documents joints	
Document. 1	INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 (extrait)	6 pages
Document. 2	INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2017/11 du 11 janvier 2017 relative à l'appel à projets auprès des ARS pour l'usage de messageries sécurisées intégrées à l'espace de confiance MSSanté dans la transmission électronique de la lettre de Liaison et des résultats d'examen de biologie médicale (extrait)	5 pages
Document. 3	Mon espace santé (site Ministère de la santé)	1 page
Document. 4	Cogito, N° 15, octobre 2024 (extrait)	3 pages



Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau des plateaux techniques et des prises en
charge hospitalières aiguës (R3)

Personnes chargées du dossier :
Christelle Gallo, chargée de mission
Lydia Valdès, conseiller médical
tél. : 01 40 56 73 83
mél. : christelle.gallo@sante.gouv.fr
lydia.valdes@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales, de la santé
et des droits des femmes

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé (pour attribution)

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations
stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période
2015-2020

Date d'application : immédiate

NOR : AFSH1522968J

Classement thématique : Etablissements de santé - Organisation

Validée par le CNP, le 25 septembre 2015 - Visa CNP 2015-153

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : La présente instruction précise les objectifs et orientations du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020 et les attendus en région

Mots-clés : chirurgie ambulatoire – programme national – actions régionales – établissements de santé

Textes de référence : articles R. 6121-4 et D. 6124-301 à D. 6124-305 du code de la santé publique

Annexes :

Annexe n°1 : Evolution du périmètre du taux global de chirurgie ambulatoire

Annexe n°2 : Méthodologie de transférabilité des séjours de chirurgie réalisés en

hospitalisation complète vers l'ambulatoire et rythme de progression au niveau national

Annexe n°3 : Cibles nationales et régionales de développement de la chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020

Annexe n°4 : Maquette d'indicateurs d'activité par spécialité chirurgicale

Annexe n°5 : Cartographie des établissements de santé et propositions d'accompagnement

Annexe n°6 : Accompagnement des opérations de modernisation des établissements de santé via le FMESPP

Annexe n°7 : Fiche relative au décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

Annexe n°8 : Politique d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre des campagnes tarifaires des établissements de santé

Le développement de la chirurgie ambulatoire (CA) s'inscrit dans le cadre plus global du « virage ambulatoire », axe fort de la Stratégie nationale de santé et du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Sur la base des préconisations du rapport élaboré par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF) relatif aux « perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », rendu public en janvier 2015, le ministère a défini les orientations stratégiques du programme national de chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020.

Un programme national de développement de la CA concerté avec l'ensemble des acteurs lors des Comités de pilotage réunis les 29 janvier et 18 mai 2015 a été défini pour les années 2015-2020.

La présente instruction a pour objet de préciser :

- les objectifs de développement de la CA en substitution de l'hospitalisation complète (HC) ;
- les orientations stratégiques nationales et les actions à déployer en région.

I. Les objectifs de développement de la CA à horizon 2020 et les économies associées

L'objectif est d'atteindre un taux global national de CA de 66.2% (nouveau périmètre) à horizon 2020. Cet objectif, fondé sur une méthode unique de transférabilité des séjours d'HC, est déterminé à partir des potentiels « personnalisés » de l'ensemble des établissements de santé (ES).

1. L'évolution du périmètre du taux global de CA

Dès 2015, le périmètre du taux global de CA évolue pour refléter davantage l'activité réalisée au bloc opératoire par les chirurgiens et se rapprocher le plus possible des comparaisons internationales (cf. annexe n°1).

Ce changement de périmètre a une incidence sur le taux global de CA. Ainsi, l'objectif national, fixé sur l'ancien périmètre, d'atteindre un taux de CA de 50% en 2016 correspond désormais, sur le nouveau périmètre, à un taux de CA de 54.7% en 2016.

Si le taux global de CA défini sur le nouveau périmètre constitue, dès 2015, l'outil de la contractualisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) Etat/ARS et ARS/ES, vous continuerez à disposer, à titre de repère, des taux de CA définis aux niveaux national, régional, par catégorie d'établissement et par établissement de santé, sur l'ancien périmètre¹.

¹ Ces données sont disponibles pour la période 2010-2014 depuis les onglets « Applications » / « Analyse d'activités spécifiques » / « Programme national de CA » / « Indicateurs globaux GDR » sur le site de l'ATIH : <http://www.scansante.fr>. Pour toute question, vous pouvez vous adresser à l'ATIH à l'adresse suivante : analyse_activite@atih.sante.fr.

2. La détermination du potentiel national de CA modulé dans le temps

Le potentiel national de CA retenu dans le cadre du programme national de développement de la CA correspond à celui du scénario « fort » privilégié par la Mission IGAS/IGF, fixé à 62.2% sur l'ancien périmètre, correspondant ainsi à un taux de CA national de 66.2% sur le nouveau périmètre. Il se fonde sur une méthodologie unique de détermination des potentiels de substitution des séjours d'HC vers la CA à partir de taux de transférabilité variables en fonction des durées moyennes de séjours (DMS) et des niveaux de sévérité des séjours. Cette approche permet d'envisager des potentiels de développement par ES et par région (correspondant à la synthèse de l'ensemble des potentiels des établissements de santé d'une même région). Une maquette d'indicateurs d'activité par spécialité chirurgicale permettant d'analyser plus finement les potentiels de développement par racine de GHM est mise à disposition² (cf. annexe n°4), ceci afin de faciliter notamment une approche via le case-mix de chaque ES.

La cible nationale de CA de 66.2%, fixée à horizon 2020³, est modulée dans le temps pour permettre l'adaptation des organisations. Le rythme de progression, envisagé en 2 temps, tient compte des avis des sociétés savantes qui ont déterminé, avec la DGOS, des fourchettes de développement dans chacune de leur spécialité à l'horizon de 2016⁴.

Ainsi, le rythme de progression de la CA est le suivant :

- les années 2015 et 2016 correspondent à une phase de transition et d'adaptation des organisations, soit environ + 2.2 points de progression par an au niveau national. L'objectif national concerté avec les acteurs en 2011 d'un taux de CA de 50% à horizon 2016, sur l'ancien périmètre (soit 54.7% sur le nouveau périmètre) est conservé et constitue un point d'étape ;
- les années 2017 à 2020 correspondent à une phase de progression plus soutenue, soit environ +2.9 points de progression par an au niveau national (cf. annexes n°2 et 3).

3. Les économies associées au développement de la CA

Le développement de la CA doit permettre aux ES de réaliser des économies de fonctionnement au fur et à mesure que la pratique ambulatoire se généralise en substitution des prises en charge d'HC et que les organisations sont restructurées en conséquence.

Le plan national de développement de la CA participe ainsi à l'objectif d'économies du plan triennal 2015-2017 en contribuant à la réduction des capacités d'HC en chirurgie couplée, le cas échéant, aux actions générales de meilleure organisation des séjours et des plateaux techniques.

Parallèlement, la procédure de MSAP, initiée par la CNAMTS en 2008, va se poursuivre avec un élargissement du nombre de gestes concernés (de 43 gestes en 2013-14 à 55 gestes en 2015) pour cibler environ 200 ES sur la base du décret en cours d'examen au Conseil d'Etat qui sera publié mi-novembre. La CNAMTS poursuit également en lien avec l'ARS son action d'accompagnement des ES (MMH MCO) avec mise à disposition du taux de chirurgie ambulatoire des 55 gestes marqueurs (taux de l'établissement, régionaux et nationaux).

L'estimation cible des économies de fonctionnement, évaluées par l'IGF et l'IGAS à environ 600 millions d'euros au total, est retenue par le ministère. Elle est cependant modulée dans le temps, à un horizon 2020, afin de tenir compte :

- du temps nécessaire pour d'une part, la diffusion des pratiques et d'autre part, l'élaboration et la mise en œuvre effective des organisations de CA notamment pour les ES en phase de « démarrage » ;

²Ces données sont disponibles sur le site Scansanté de l'ATIH. Les sept spécialités chirurgicales sont les suivantes : chirurgie gynécologique, ophtalmologique, ORL, orthopédique, stomatologique, urologique, viscérale et digestive. Les maquettes seront actualisées sur les données 2014 en septembre 2015

³L'horizon temporel est fixé à 2020 et non à horizon 2018 comme proposé par la mission IGAS/IGF

⁴L'agrégation des taux par spécialité rejoint l'objectif national d'atteindre un taux de CA de 50% en 2016 (ancien périmètre). Les travaux avec les sociétés savantes seront poursuivis afin de déterminer de nouvelles fourchettes de développement à l'horizon 2018. Toutefois, ces éléments, s'ils constituent des éléments d'appréciation de la faisabilité médicale en CA au niveau national ne peuvent s'appliquer à l'échelon d'un établissement, celui pouvant avoir un degré de « maturité » variable en termes de pratique de CA et d'organisation

- de la soutenabilité des efforts d'économies demandés aux ES, ceux-ci devant se réorganiser avant de pouvoir dégager des marges d'efficience ;
- de la mise en œuvre des restructurations, notamment des fermetures de services ayant une faible activité de chirurgie.

Dans ce cadre, le ministère a ainsi retenu un montant d'économies de fonctionnement à répercuter sur la masse tarifaire nationale des séjours de chirurgie (cf. annexe n°8) qui s'établit à 400M€ à horizon 2017, décliné de la façon suivante : 80M€ en 2015, 160M€ en 2016 et 160M€ en 2017.

Il s'appuie en particulier sur l'arrêt des incitations tarifaires pour les racines en tarif unique dès que le taux de CA de la racine atteint au niveau national 80%, objectif de maturité proposé par les inspections générales (cf. annexe 8).

II. Les orientations stratégiques nationales et les actions à déployer en région

1. Améliorer l'organisation des structures pratiquant la CA sur la base d'objectifs de progression

L'enjeu est de parvenir, sur la base d'objectifs personnalisés par ES, à améliorer l'efficience des organisations pour développer la CA en substitution de l'HC.

Pour parvenir à cet objectif, vous disposez des taux de CA cibles annualisés par ES calculés selon la méthode définie au point I-2, à partir du case mix de l'établissement constaté en 2013⁵. Communiqués à titre indicatif pour servir de base aux dialogues CPOM ARS/ES, ces taux sont, en outre, à croiser avec les autorisations à l'activité de chirurgie. Pour la fixation des cibles annualisées, il conviendra de prendre en compte d'une part, les spécificités de l'établissement ainsi que son environnement externe et d'autre part, les caractéristiques de l'activité de chirurgie (domaine, volume, progression observée en CA) et le degré de maturité des organisations (blocs, UCA). Ce niveau de maturité organisationnelle peut être évalué via l'outil de diagnostic ANAP/HAS « Interdiag chir ambu »⁶ et l'indicateur de performance chirurgie ambulatoire ANAP/ATIH (volume, indice d'organisation, case-mix, innovation)⁷.

Il est important de rappeler que le développement de la CA doit s'appuyer sur une masse critique d'activité. Il ne doit être en aucun cas le palliatif à une activité de chirurgie défaillante et qui fait l'objet d'une restructuration⁸. A titre indicatif, un outil de cartographie des ES est disponible en annexe N°5 visant à mieux cibler les actions à envisager.

Le rythme de progression de l'établissement vers l'objectif de 2020 est à intégrer dans la détermination des cibles contactualisées dans le cadre des CPOM ARS/ES (2012-2017).

Pour atteindre ces objectifs, il conviendra d'envisager avec l'établissement concerné les actions à conduire pouvant éventuellement faire l'objet d'une contractualisation. L'accompagnement que vous mettrez en œuvre est à déterminer en fonction des potentialités de développement propres à l'établissement considéré (cf. annexe n°5).

Des outils complémentaires⁹ de nature organisationnelle ou d'ordre médico-économique sont mis à disposition :

- L'outil documentaire en ligne « Itinéraire chir ambu »¹⁰ recommandé dans le rapport IGAS/IGF, permettant une meilleure appropriation des recommandations organisationnelles ANAP/HAS et les éléments du benchmark des bonnes pratiques cliniques ;
- L'outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire développé par l'ANAP¹¹, accessible sur son site (OPEERA) qui permet notamment à un ES de mesurer l'impact économique et capacitaire du transfert d'activité de chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire, utilisable par les ARS et les ES ;
- Le logiciel de microcosting de la HAS¹² qui permet aux ES de calculer le coût réel de réalisation d'un geste chirurgical donné en CA, de le comparer aux recettes perçues et de

⁵ Données transmises par l'intermédiaire du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

⁶ <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/promouvoir-la-performance-interne-des-organisations-des-es-et-esms/itineraire-chir-ambu/> ou <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/detail/actualites/pour-evaluer-et-mettre-en-oeuvre/>

⁷ Bientôt disponibles

⁸ Cet objectif était déjà affirmé dans le guide méthodologique SROS-PRS diffusé aux ARS en décembre 2010

⁹ Développés par la HAS et l'ANAP dans le cadre de leur programme de travail pluriannuel 2012-2016 « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire »

¹⁰ <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/promouvoir-la-performance-interne-des-organisations-des-es-et-esms/itineraire-chir-ambu/>

¹¹ <http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/outil-prospectif-devaluation-economique-relatif-a-l-ambulatoire-oopera/>

¹² Le logiciel de microcosting peut être obtenu sur demande écrite auprès de la HAS via un formulaire à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2019007/fr/outil-logiciel-permettant-l-analyse-de-l-adequation-des-tarifs-aux-couts-de-production-de-la-chirurgie-ambulatoire-par-methode-de-microcosting

simuler la variation du coût dudit geste en fonction du volume des patients ou de nouvelles modalités d'organisation (ex : extension d'horaire de l'UCA).

Un accompagnement par l'ANAP de 250 établissements ex-DG est prévu pour la mise en œuvre du virage ambulatoire dans le cadre du programme d'économies ONDAM. Cet accompagnement repose sur des formations présentielle¹³ et un mentorat jusqu'en 2017. Il a pour finalité de permettre une maîtrise des fondamentaux, de comprendre les enjeux, d'identifier les freins et les leviers en vue de la mise en œuvre de leur propre modèle organisationnel, notamment celui de la CA, en particulier à partir des outils pré-cités.

A noter que les prestations d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de l'hospitalisation, dont l'expérimentation est prévue par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015¹⁴, n'ont pas pour objectif premier le développement de l'activité de CA, même si elles peuvent y contribuer dans certaines situations.

2. Encourager l'innovation et maintenir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins

L'enjeu est d'étendre la CA à des gestes/actes plus complexes, des pathologies plus lourdes, des populations plus diverses (comorbidités, patients âgés, etc.) et d'encourager l'inscription de la séquence chirurgicale réalisée en ambulatoire dans la mise en œuvre de parcours plus « complexes » (exemple : cancérologie) en maintenant un haut niveau de qualité et de sécurité des soins.

Pour parvenir à cet objectif, il convient :

- d'encourager la diffusion des bonnes pratiques entre les professionnels et les ES ;
- de soutenir et d'accompagner les projets d'équipes qui souhaitent développer des pratiques innovantes (médicales ou organisationnelles) et/ou toute opération concourant à la modernisation des ES via le lancement d'appels à projets :
 - soit, initiés et financés en région ;
 - soit, à partir de crédits alloués via le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP¹⁵) selon des objectifs et une procédure décrits en annexe n°6 ;
- de participer à la mise en œuvre de l'appel à projets lancé par la DGOS, en lien avec l'INCa, visant à soutenir et à accompagner sur une période de deux ans des équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer des projets organisationnels innovants permettant le développement de la CA en cancérologie¹⁶ ;

Dans un contexte d'extension de la pratique, vous veillerez à la qualité et la sécurité des prises en charge, corollaires indispensables du développement de la CA. Des outils complémentaires, d'amélioration interne des pratiques de CA, sont mis à disposition des ES lors de la démarche de certification. Il s'agit notamment de :

- la méthode d'audit de processus de l'activité de CA mise en œuvre lors de l'audit de processus du bloc ;
- la méthode du patient-traceur en CA¹⁷.

Les indicateurs de processus et de résultats spécifiques à la CA, en cours d'élaboration par la HAS, seront expérimentés auprès d'ES volontaires fin 2015 - début 2016 et les résultats sont attendus en 2016. Les indicateurs de processus validés feront l'objet d'une 1ère campagne nationale de recueil en 2017 (sans diffusion publique) pour une généralisation prévue en 2018.

3. Renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours

L'enjeu est d'inscrire la séquence chirurgicale dans le parcours de soins du patient pour éviter que son hospitalisation soit un moment de rupture.

¹³ La 1ère séquence de formation à la chirurgie ambulatoire s'étend d'octobre 2015 à janvier 2016. Inscription en ligne : <http://formations-plan-triennal.anap.fr/module/index>

¹⁴ Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015

¹⁵ Cf. décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

¹⁶ Cf. instruction n° DGOS/R3/2015/222 du 1^{er} juillet 2015 relative à l'appel à projets auprès des ARS pour l'accompagnement de projets pilotes permettant de prendre en charge en chirurgie ambulatoire des patients atteints de cancer

¹⁷ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2020011/fr/prise-en-charge-en-chirurgie-ambulatoire

Pour parvenir à cet objectif, il convient de favoriser le partage d'informations en amont et en aval du séjour hospitalier entre les professionnels de ville/médico-social et les professionnels hospitaliers, via la mise en place d'interfaces entre l'UCA et les professionnels de ville, notamment le médecin traitant (ex : lettre de sortie, messagerie sécurisée). Ces échanges, qui permettent au patient de disposer de l'information nécessaire au bon déroulement de son parcours, contribuent à la qualité des prises en charge et à une meilleure coordination des soins entre les différents acteurs, notamment le médecin traitant qui pourra reprendre la prise en charge usuelle du patient (gestion des comorbidités, etc). Le lien avec la ville est d'autant plus important quand il s'agit de parcours plus complexes (exemple : CA en cancérologie, personnes âgées...).

Par ailleurs, les ARS sont invitées à rappeler aux ES, publics et privés, que les structures pratiquant la CA sont tenues d'organiser la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture y compris le dimanche et les jours fériés, soit directement soit par convention avec un établissement tiers¹⁸. Ainsi, le développement de la CA ne saurait se traduire par un déport sur la ville au motif d'un désengagement des équipes pratiquant la CA dans la gestion de la continuité des soins (cf. annexe n°7).

Vous accorderez une vigilance particulière à l'hospitalisation à domicile (HAD). En effet, l'HAD est un mode d'hospitalisation complète à part entière. C'est pourquoi, une CA suivie d'une HAD n'est pas une prise en charge ambulatoire et est à proscrire.

4. Développer la formation des acteurs

L'enjeu est d'accompagner la formation¹⁹ d'équipes (médicale, paramédicale et administrative) aux multiples enjeux du développement de la CA : organisationnels, médico-économiques, de qualité et de sécurité des soins, de la coordination ville-hôpital et d'optimisation des capacités qui en découlent.

Pour parvenir à cet objectif, vous encouragerez le personnel soignant et non soignant à participer aux formations continues organisées en région. En effet, il convient de rappeler aux ES que la formation à la prise en charge des patients en CA est désormais obligatoire conformément à l'article D.6124-301-1 du code de la santé publique.

Pour les établissements publics de santé, la formation qualifiante organisée par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) est actualisée dès 2015 pour davantage prendre en compte les divers enjeux du développement de la CA²⁰. Il conviendra d'en assurer une large diffusion et d'encourager la participation des équipes médicales et non médicales à cette formation au sein de ces ES.

Vous pouvez également, dans le cadre de la formation initiale des internes, développer l'agrément de nouveaux lieux de stage où se pratique la CA, après avoir recueilli l'avis du doyen et des coordonnateurs de stage de la spécialité concernée.

5. Assurer une large communication portant sur les bénéfices de la CA

L'enjeu est de lever les freins psychologiques au développement de la CA

Pour parvenir à cet objectif, un plan national de communication portant sur les avantages de la CA à destination des patients, des médecins traitants, des chefs d'établissements et des présidents des Commissions médicales d'établissements (CME) sera déployé prochainement.

Vous veillerez, au niveau régional, à sensibiliser l'ensemble des parties prenantes de la CA par divers moyen en vous rapprochant éventuellement des acteurs locaux (ex : Caisses d'Assurances Maladie, la Mutualité Sociale Agricole, etc).

¹⁸ Conformément à l'article D.6124-304 du code de la santé publique

¹⁹ L'article D.6124-301-1 du code de la santé publique rend obligatoire la formation de l'équipe médicale et paramédicale à la spécificité de la prise en charge des patients en CA

²⁰ Cf. annexe n°16 de l'instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2015/247 du 27 juillet 2015 relative aux orientations en matière de développement des compétences de personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins
Bureau systèmes d'informations des acteurs
de l'offre de soins
Franck Jolivaldt, Chef de bureau
Tél. : 01 40 56 58 89
Michel Raux, Chargé de mission
Tél. : 01 40 56 70 95
Dgos-PF5@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
des agences régionales de santé (pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les directeurs
des établissements de santé (pour mise en œuvre)

INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2017/11 du 11 janvier 2017 relative à l'appel à projets auprès des ARS pour l'usage de messageries sécurisées intégrées à l'espace de confiance MSSanté dans la transmission électronique de la lettre de Liaison et des résultats d'examen de biologie médicale

Date d'application : immédiate
NOR : AFSH1701038J

Validée par le CNP le 16 décembre 2016 - Visa CNP 2016 - 195
Publiée au BO : oui
Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : Un appel à projets est lancé auprès des ARS afin de développer l'usage des outils au service de la coordination de soins que sont les messageries sécurisées intégrées à l'espace de confiance MSSanté et le DMP (Dossier Médical Partagé). Ces outils sont le support de la transmission et du partage électronique de la lettre de liaison et des résultats d'examens de biologie médicale sous forme structurée au sein de territoires de santé. Le système de messageries sécurisées MSSanté constitue un « espace de confiance » réservé aux professionnels du secteur de la santé, leur permettant d'échanger des données de manière dématérialisée, sécurisée et confidentielle. L'objectif est de faciliter la coordination des soins entre les établissements de santé et le secteur ambulatoire. La prise en charge globale du patient en ville comme à l'hôpital constitue en effet l'un des axes majeurs d'amélioration de notre système de santé.

Mots-clés : messagerie sécurisée, comptes rendus d'hospitalisation, lettre de liaison, résultats de biologie, échange dématérialisé ville hôpital

Textes de référence :

- INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté dans les établissements de santé ;
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Article 95 modifiant l'article L. 1112-1 du code de la santé publique et relatif à la lettre de liaison ;
- Décret n° 2016-46 du 26 janvier 2016 relatif à la biologie médicale ;
- Décret no 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison ;
- Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel ;
- Décret n° 2016-1430 du 24 octobre 2016 relatif aux modalités d'accréditation des laboratoires de biologie médicale.

Annexes :

- Annexe 1 : Procédure de sélection et modalités d'accompagnement des projets
- Annexe 2 : Cadre de réponse de l'appel à projets
- Annexe 3 : Cadre d'interopérabilité – le standard CDA
- Annexe 4 : Indicateurs d'atteinte des cibles d'usage

1. Contexte et objectifs de l'appel à projets

Promouvoir une prise en charge globale du patient en ville comme à l'hôpital constitue l'un des enjeux majeurs d'amélioration de notre système de santé. Cet objectif passe par un exercice plus collectif de la médecine, une meilleure coordination des soins et la mise en place de véritables parcours de soins.

Dans cette perspective, il est impératif d'instaurer une relation coopérative entre les établissements de santé et les professionnels de santé exerçant en secteur ambulatoire. Cette relation doit s'appuyer sur les outils performants dont les technologies numériques permettent aujourd'hui la mise en œuvre, en particulier pour le partage et les échanges dématérialisés des données de santé nécessaires à la prise en charge coordonnée du patient.

C'est pourquoi l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé est d'accélérer le déploiement des systèmes d'information supports de la coordination des soins. Cela impose, entre autres de :

- Développer, dans les établissements de santé, l'usage d'un dossier patient informatisé (DPI), notamment grâce au programme national Hôpital Numérique ;
- Promouvoir l'innovation numérique au sein des territoires de santé avec les projets pilotes du programme national Territoires de Soins Numériques ;
- Bien identifier les ressources disponibles pour la prise en charge du patient : c'est l'objectif du déploiement du Répertoire Opérationnel des Ressources ;
- Partager l'information utile au sein d'un Dossier Médical Partagé.

Le déploiement de l'espace de confiance MSSanté s'inscrit dans cet ensemble comme un outil support à la coordination des soins. Il crée, ainsi, un « espace de confiance » que peuvent intégrer des opérateurs de messageries (établissement de santé, éditeur de logiciel, administration...) pour sécuriser le service de messagerie électronique qu'ils proposent aux professionnels de santé. Ces messageries accèdent alors à un annuaire commun et certifié de l'ensemble des professionnels de santé. Le déploiement de l'espace de confiance MSSanté est récent au sein des établissements de santé ; l'instruction DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté dans les établissements de santé demandait aux établissements de disposer, en fin d'année 2015, d'une messagerie sécurisée de santé intégrée à l'espace de confiance MSSanté, et permettant des envois directs vers les professionnels de santé exerçant en ville.¹

¹ Conformément à l'autorisation unique de la CNIL AU-037 encadrant l'échange de données de santé à caractère personnel par voie électronique à travers un système de messagerie sécurisée.

Aujourd'hui, le déploiement de l'espace de confiance MSSanté n'est pas complet et il est essentiel d'en développer l'usage par les professionnels de santé que ce soit en ville ou à l'hôpital.

Pour cela, il est envisagé de s'appuyer sur deux grands besoins d'échange de données :

- D'une part, la loi pour la modernisation de notre système de santé, qui demande, par son article 95 que l'établissement de santé, en charge du patient, envoie au médecin qui lui a adressé le patient, une lettre de liaison (LDL) comportant les éléments utiles à la continuité des soins. Ainsi, les établissements de santé doivent mettre à la disposition des professionnels de santé exerçant dans le secteur médical ambulatoire, dans des délais utiles et des formats adaptés, les documents de sortie de nature à favoriser une prise en charge à la fois efficiente et de qualité des patients ayant été hospitalisés. Le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 en fixe les modalités de transmissions et le contenu.
- D'autre part, la démarche d'accréditation des laboratoires de biologie garantissant la qualité des processus de production des analyses de biologie médicales et le décret n° 2016-46 du 26 janvier 2016 relatif à la biologie médicale. Celui-ci demande que le compte rendu des examens de biologie médicale (CRBM) soit structuré conformément au référentiel d'interopérabilité dénommé "volet compte rendu d'examens de biologie médicale" et soit échangé par voie électronique conformément aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés (ASIP Santé).

Parallèlement, le programme national « Hôpital Numérique » favorise, par ses domaines prioritaires 2 et 3, le développement du dossier patient informatisé (DPI) et des prescriptions informatisées au sein des établissements de santé, notamment en biologie.

Cette ambition rejoint la stratégie nationale de fiabilisation des examens de biologie médicale : tous les laboratoires impliqués dans un projet devront s'inscrire dans une trajectoire avancée vis-à-vis de l'accréditation NF EN ISO 15189.

Ainsi, cet appel à projets a pour objectif de développer les transmissions dématérialisées des données et informations utiles à la coordination des soins que sont :

- La lettre de liaison telle que définie par Le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016,
- Le compte rendu d'examen de biologie, tel que défini par le décret n° 2016-46 du 26 janvier 2016.

Ces transmissions dématérialisées s'effectueront :

- Par messageries sécurisées intégrées à l'espace de confiance MSSanté,
- Par transmission sécurisée simultanée ou non vers le DMP si celui est disponible pour le patient considéré,

L'objectif consiste, par ailleurs, à assurer l'intégration jusque dans les logiciels métiers des professionnels de santé concernés notamment en s'appuyant sur les préconisations du « Guide de mise en œuvre de la MSSanté et de l'alimentation du DMP dans un logiciel de professionnel de santé » publié par l'ASIP Santé, pour la mise en œuvre d'un échange par messagerie sécurisée entre les professionnels et d'une éventuelle alimentation du DMP du patient en vue d'un partage d'informations entre plusieurs professionnels de santé et le patient;

La présente instruction fixe, en annexes 1 et 2, la procédure de sélection de projets qui seront proposés par les ARS volontaires, en réponse au présent appel à projets, et qui répondront exclusivement à ce double objectif.

2. Critères d'éligibilité

Les conditions de réussite de ce type de projets imposent aux ARS de respecter les critères suivants :

- Choix d'un bassin de santé² où le maillage entre les différents acteurs du projet est favorisé par une mise en œuvre significative, en cours ou planifiée, de messageries sécurisées intégrées à l'espace de confiance MSSanté ;
- Participation obligatoire de laboratoires de ville de biologie médicale, de plusieurs établissements de santé engagés auprès de l'ASIP Santé pour la mise en œuvre d'une messagerie intégrée à l'espace de confiance MSSanté ;
- Implication forte et formelle, au travers de leur URPS, des professionnels de santé libéraux pour participer au projet ;
- Engagement de la maîtrise d'ouvrage opérationnelle régionale à assurer l'accompagnement du projet aux côtés de l'ARS. En particulier, elle aura à charge de s'assurer de la bonne prise en compte, par les industriels et éditeurs de logiciels métiers impliqués dans le projet, des évolutions éventuelles de leurs produits afin de répondre au cahier des charges préalablement défini ;
- Engagement d'au moins une CPAM sur le territoire sélectionné pour l'accompagnement des professionnels de ville ;
- Les ARS ne pourront présenter qu'un seul projet pour l'ensemble de leur région.

3. Accompagnement financier des projets retenus

Chaque projet respectant les critères d'éligibilité fera l'objet d'une validation selon la procédure définie en annexe 1.

Tout projet validé sera accompagné financièrement selon un mécanisme de financement à l'usage.

Ce mécanisme prévoit un financement d'aide à la contractualisation (AC) sous forme :

- D'une aide à l'amorçage du projet de 200 K€ versée en 2017 ;
- D'un financement de 300 K€ versé en 2018 pour atteinte des cibles d'usage telles que définies en annexe 4.

Le volet financement a pour objectif :

- De cibler le soutien financier sur l'adaptation des systèmes d'information de l'ensemble des professionnels impliqués dans la transmission des lettres de liaison et des résultats d'examens de biologie et sur la conduite du projet ;
- D'encourager l'utilisation effective des messageries intégrées à l'espace de confiance MSSanté pour assurer les échanges dématérialisés s'y afférant.

Il vise également à :

- Conditionner le financement à l'atteinte d'objectifs connus et partagés : les financements sont versés a posteriori aux seuls projets pouvant justifier de l'atteinte de cibles précises en matière d'usage ;
- Limiter les coûts des projets en attribuant un soutien financier fixé par projet indépendamment du montant engagé par l'ARS pour la réalisation du projet.

Les soutiens financiers sont déterminés forfaitairement et sont identiques pour tous les projets validés.

Le financement d'amorçage sera réputé acquis dès la validation du projet qui devra, pour cela, respecter les caractéristiques définies au paragraphe 4 de l'annexe 1.

Le financement à l'usage sera réputé acquis dès la validation de l'atteinte des cibles telles que définies à l'annexe 4.

² La notion de bassin de santé s'entend au sens projet, comme un ensemble d'acteurs de l'offre de soins (sanitaire et médico-social) impliqués dans une prise en charge coordonnée de leurs patients sur une zone géographique donnée. La notion de bassin de santé vise une maille géographique infrarégionale.

4. Accompagnement des acteurs par l'ASIP Santé et l'Assurance Maladie

Au titre de l'expertise acquise au cours de son accompagnement des établissements de santé dans l'intégration de l'espace de confiance depuis trois ans, l'ASIP Santé assurera, conjointement avec l'Assurance Maladie, un accompagnement de la maîtrise ouvrage opérationnelle régionale, l'accompagnement technique des laboratoires, dans le cas des flux de biologie structurés, et des établissements, dans le cas de la lettre de liaison.

5. Calendrier du projet

A partir du présent appel à projets auprès des ARS, le calendrier est le suivant :

Avant le 31 mars 2017 : remise des dossiers de candidature par les ARS

Avant le 12 mai 2017 : sélection des projets retenus au niveau national

Du 1^{er} juin 2017 au 14 septembre 2018 : réalisation, accompagnement des projets et évaluation du bénéfice métier rendu (atteinte des cibles d'usage au plus tard le 14 septembre 2018).

Les dossiers complétés sont à renvoyer par voie électronique au plus tard le 31 mars 2017 à l'adresse suivante : dgos-PF5@sante.gouv.fr

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction et de ses annexes à vos services.

Je vous invite à me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact le cas échéant avec le Bureau des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (dgos-PF5@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation

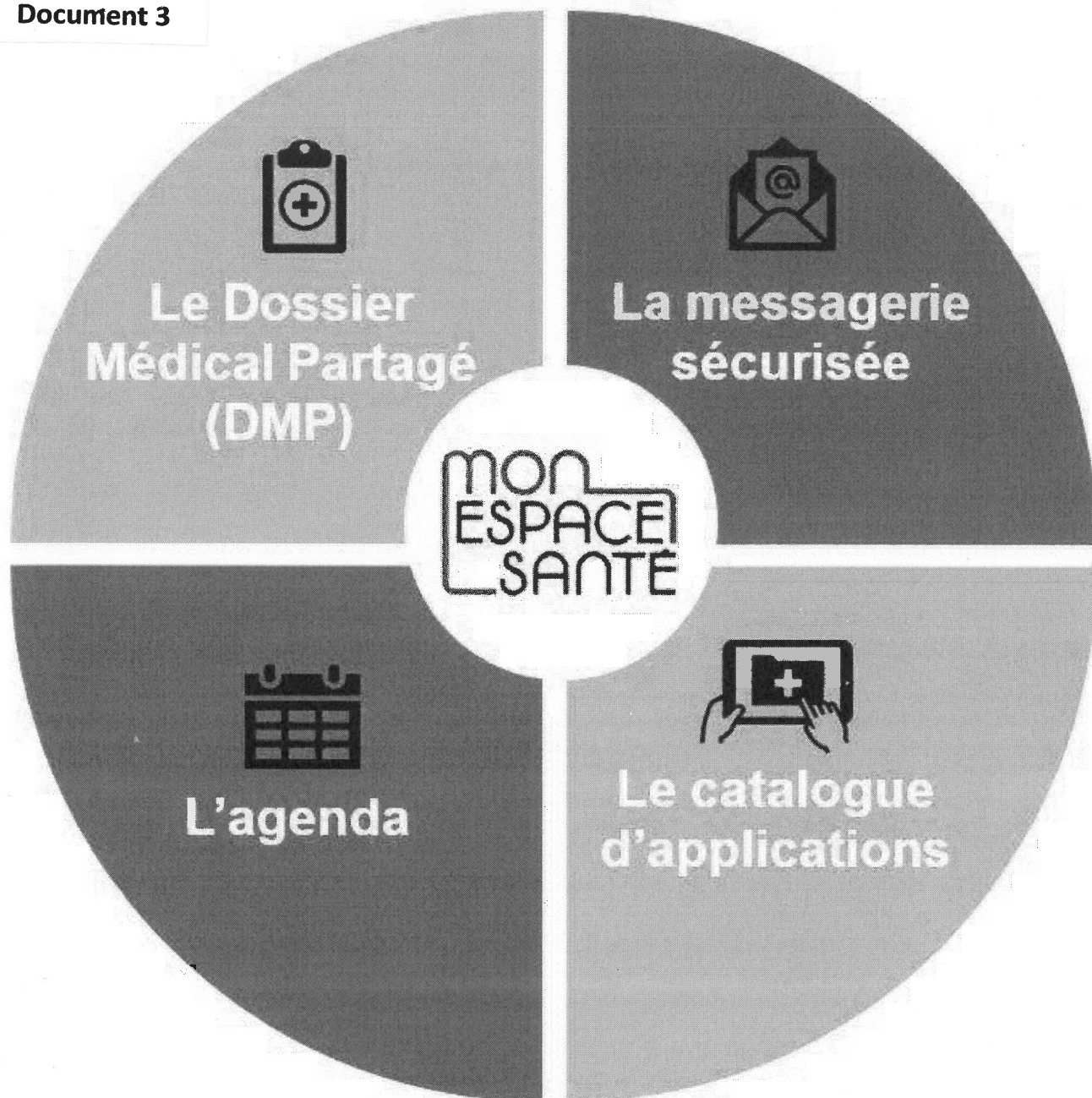
signé

Anne-Marie ARMANTERAS-DE SAXCÉ
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

signé

Pierre RICORDEAU
Secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales



Mon Espace Santé, accessible à tous les usagers depuis janvier 2022

Mon Espace Santé a été **lancé en janvier 2022**. L'ensemble des assurés ont reçu un message d'information de l'Assurance maladie les informant que leur profil Mon Espace Santé serait ouvert dans un délai de six semaines, sauf s'ils choisissaient de s'y opposer. Passé ce délai de six semaines, à tout moment, une personne peut choisir de clore son profil.

En parallèle, à travers le Ségur du numérique en santé, l'État finance la mise à jour des logiciels des professionnels de santé afin qu'ils puissent alimenter Mon espace santé quasi automatiquement.

Par ailleurs, l'État accompagne sur le terrain les professionnels et structures de santé pour qu'ils puissent partager en toute sécurité, avec leurs patients et leurs confrères, les données de santé utiles aux parcours de soins.

Ainsi, très prochainement **à la sortie de sa consultation ou d'une hospitalisation, chaque usager retrouvera dans Mon Espace Santé ses documents médicaux** (comptes-rendus, ordonnances, etc.). **Si vous ne l'avez pas encore fait, c'est le moment d'activer Mon Espace Santé !** Vous pourrez alors gérer vos données de santé dans un espace sécurisé qui regroupe tous vos documents permettant un meilleur suivi de santé.

Vous pouvez d'ores et déjà télécharger l'appli Mon Espace Santé sous Android et ios, et/ou vous connecter depuis votre ordinateur.

Introduction

Renforcer le lien « ville-hôpital », c'est-à-dire le lien entre les établissements de santé et les professionnels de ville, est devenu une priorité des CHU, dès lors que l'on considère à la fois leur mission de responsabilité territoriale et l'enjeu majeur que constitue la construction de parcours de soins de qualité pour mieux répondre aux besoins des patients.

Ainsi, la plupart des CHU se sont structurés ces dernières années pour développer ce nouvel axe de politique partenariale, à la fois au niveau des communautés médicales et soignantes (via la création de groupes de travail ou d'une sous-commission dédiée à la CME associant des professionnels de ville) et au niveau de l'équipe de direction, permettant dès lors de développer des échanges denses avec les représentants des professionnels de ville et de nouer de nouveaux partenariats.

Le présent dossier témoigne de la richesse de cette approche partenariale, par la mise en valeur de plusieurs dispositifs et expérimentations existants à l'échelle des territoires. Il importera dès lors que ce type d'initiatives, pour être généralisé, soit modélisé et décliné dans les modèles de financement par les pouvoirs publics.

Qui est « la ville » ?

Le terme de « ville » regroupe différents acteurs, tant sur le volet sanitaire que médico-social. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) représentent souvent les premiers interlocuteurs des CHU, mais elles ne sont pas les seules : les fédérations des centres de santé, établissements, maisons de santé pluri professionnelles (MSP), dispositifs d'appui à la coordination (DAC), représentants comme le Conseil de l'Ordre ou les URPS, ou encore d'autres syndicats ou associations sont aussi des partenaires des CHU en ville.

Une enquête effectuée en avril 2023 auprès des CHU pour la Conférence des Directeurs généraux de CHU a mis en avant que de nombreux professionnels sont concernés par ce type de coopérations : kinés, sages-femmes, pharmacies, centres d'imagerie, cabinets dentaires ou encore établissements de santé. Pour autant, les premiers interlocuteurs sur le sujet pour les CHU restent les médecins traitants, les médecins spécialistes et les infirmiers libéraux. De nombreuses évolutions ont d'ailleurs été observées ces dernières années concernant les relations avec les professionnels de ville, comme la création des CPTS ou des DAC. Le champ médico-social, bien qu'également incontournable sur le sujet des relations ville-hôpital, sera donc simplement évoqué ici, pour centrer le propos sur les relations entre les CHU et ces professionnels de santé installés en ville au sens du premier recours, qu'ils soient libéraux ou dans des centres de santé, et qui seront alors entendus comme « la ville ».

La ville se structure ces dernières années particulièrement autour des CPTS et des DAC. Les DAC permettent d'aider les professionnels dans les situations les plus complexes pour orienter au mieux les patients. Les CPTS, quant à elles, ont la particularité de regrouper les professionnels d'un territoire autour d'un objectif de réponse aux besoins de santé d'une population sur ce territoire. Elles ne sont donc pas en charge d'une mission spécifique à une patientèle ou à un secteur, mais plutôt d'une mission globale au bénéfice de l'ensemble de la population. Une responsabilité partagée par les CHU, qui explique d'ailleurs que les CPTS représentent souvent leurs premiers interlocuteurs dans les liens avec la ville.

UNE VOLONTÉ DES POUVOIRS PUBLICS DE GÉNÉRALISER LES CPTS

Depuis leur création en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, les CPTS n'ont cessé de se développer dans le paysage français. Ces communautés ont été remises à l'agenda politique en janvier 2023 par le Président de la République qui a affirmé lors de ses vœux sa volonté que 100% des territoires soient couverts par ces CPTS, s'inscrivant ainsi dans la stratégie ministérielle « Ma Santé 2022 » pour lutter contre les déserts médicaux.

Cette volonté s'est traduite par le « Tour de France des CPTS », une mission confiée par le Ministère de la santé et de la prévention à un médecin généraliste exerçant en MSP et membre d'une CPTS, un DG de CPAM et un DG d'ARS, ayant pour objet de mener un diagnostic des CPTS, d'identifier les forces et freins pour ces réalisations et de réfléchir à des leviers d'action en formulant des propositions pour atteindre l'objectif fixé par le Président de la République. Ce rapport préconise le renforcement du lien ville/hôpital par la mise en place de moyens opérationnels de communication et de coordination des parcours.

Une instruction est ensuite parue le 9 octobre 2023 à destination des ARS et CPAM pour détailler la marche à suivre afin de favoriser le développement des CPTS sur tout le territoire, à partir des préconisations du rapport de mission précédent.

À ce jour il n'est pas prévu d'adhésion « obligatoire » des professionnels de santé ville à une CPTS¹. Aujourd'hui, les CPTS sont les interlocuteurs privilégiés des CHU au niveau de la médecine de ville, puisque plus de 90% des répondants à l'enquête menée par la Conférence des Directeurs généraux de CHU en avril 2023 les citent comme premiers interlocuteurs.

Pourquoi aller vers une meilleure coordination ville-hôpital ?

Une transformation des besoins en santé et de l'offre de soins, impliquant la constitution de parcours de soins construits, garants de la qualité et de la sécurité des soins

La population française fait face à des problématiques importantes qui redéfinissent les besoins en soins et les réponses à apporter. Ainsi, le nombre de maladies chroniques est en hausse et la population vieillit : selon le scénario central des projections de population publié par l'INSEE en 2016, plus d'un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus en 2040. Ces deux enjeux impliquent de repenser l'offre de soins pour s'adapter à l'augmentation des besoins, différents selon les territoires. En effet, ils entraînent une perte d'autonomie croissante, mais aussi une redéfinition du rapport aux soins : Ce n'est plus un soin ponctuel à penser ici, mais bien un accompagnement sur le long terme puisque les contacts du patient avec le système de santé sont bien plus nombreux et réguliers, impliquant de coordonner la ville avec l'hôpital.

Les problématiques d'offre de soins, et notamment la pénurie de professionnels de santé observée depuis plusieurs années incitent également à penser autrement le système de santé pour répondre au mieux aux besoins de la population avec les ressources disponibles, d'où l'importance d'une offre de soins adaptée et d'une bonne coordination.

Face à ces enjeux d'offre et de besoins en santé, un parcours construit apparaît donc indispensable pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Mais la construction de ce parcours ne peut se faire qu'en coordonnant tous les acteurs intervenant à chaque étape de la prise en charge, en ville comme à l'hôpital. En plus de pouvoir soigner et suivre des patients en situation complexe et parfois poly pathologiques, favoriser les liens entre ville et hôpital pour construire un parcours de soins permet également d'éviter les ré hospitalisations, et donc la saturation des lits de spécialité.

L'importance de la prise en compte du territoire et de ses enjeux

Cette adaptation nécessaire aux besoins de la population implique également la prise en compte des différences territoriales pour une bonne adéquation entre l'offre et les besoins de soins. En effet, chaque territoire a ses spécificités, impliquant de penser la construction des liens ville-hôpital de manière adaptée. De plus, les acteurs de la ville bénéficient d'une bonne connaissance de leur territoire et de leurs patients puisqu'ils sont amenés à les rencontrer régulièrement dans

1. Envisagé initialement dans la proposition de loi Valletoux.

le cadre des parcours de soins. L'hôpital, et notamment le CHU, quant à lui, intervient le plus souvent dans une logique de recours, offrant ainsi une expertise plus technique, en complément des soins primaires dispensés par les professionnels de ville. Des coopérations entre ces deux pôles paraissent donc indispensables. Le format de ces coopérations est cependant indissociable des spécificités des territoires : il existe autant de formes de mise en relation ville-hôpital qu'il existe d'établissements, d'acteurs, de structures et de particularités historiques ou sociales territoriales.

Faire collaborer ville et hôpital, c'est aussi sortir du cloisonnement entre les deux pôles du système de santé français en général. Comme évoqué précédemment, cette différenciation historique n'est aujourd'hui plus pertinente face à l'évolution du contexte : pour l'hôpital, sortir de ses murs c'est donc s'ancrer sur son territoire.

La gestion des urgences et des parcours de soins non programmés

Enfin, intensifier les relations entre la ville et l'hôpital permet de réfléchir à des réponses face à des situations de crises conjoncturelles rencontrées par l'un de ces deux pôles, mais impactant aussi l'autre pôle de manière plus ou moins directe. Ainsi, la coopération des professionnels de ville et de l'hôpital peut permettre d'organiser les parcours de soins non programmés, en réfléchissant notamment à la gestion des urgences. Faire collaborer la ville et l'hôpital permet donc l'organisation d'un parcours de soins programmé, sur une logique de long terme, mais cela peut aussi offrir une réponse aux problématiques rencontrées dans le cadre de parcours de soins non programmés, d'autant plus sensibles qu'elles sont impossibles à anticiper.