

## FICHE REFLEXE – n° 2019 - 04 - n°37 - MD

**Objet** : Réforme du droit des Autorisations. Groupe de Travail  
Médecine

**Date de réunion** : 17/04/2019

**Rédacteur** : Thierry BECHU, Dr Matthieu DERANCOURT

### **Participants à la réunion :**

DGOS, FHF, FHP MCO, FEHAP, CNP ENDOC, CNP MEDECINE VASCULAIRE, CNP OPHTHALMO, CNP DERMATO, CNP ADDICTO, ARS GE, ARS NORMANDIE, ATIH, UNICANCER

### **Problématique / Ordre du Jour :**

- 1- Présentation d'un état des lieux complémentaires concernant les flux mode d'entrée / mode de sortie pour les séjours de médecine
- 2- Revue de l'activité de soins de médecine dans les SRS 2018/2022
- 3- Présentation des travaux en cours sur les hôpitaux de proximité

### **Documents de référence :**

**En préambule**, la DGOS précise que la composition du groupe de travail n'est pas encore stabilisée. Un élargissement récent, par exemple, au collège de médecine générale et à Unicancer.

### **Point 1 : Activité de médecine Flux mode d'entrée / mode de sortie**

L'état des lieux complémentaire demandé lors de la première réunion est présenté succinctement compte-tenu de l'absence de l'ATIH.

- 46% des patients viennent du domicile.
- 47% des urgences.
- 5% d'une unité MCO ou SSR.
- 81% des patients retournent au domicile en sortie de médecine.
- 12% vers une unité MCO ou SSR.

☞ Présentation de la « fluctuation mensuelle » d'activité sur certaines spécialités médicales.

Les données chiffrées présentées ainsi que la méthodologie retenue par l'ATIH pour définir le périmètre de l'activité de médecine « PMSI » nous seront adressées.

### **Point 2 : Activité de soins de médecine dans les SRS 2018/2022**

#### **Revue des orientations/objectifs des SRS**

#### **Adapter l'offre de soins de médecine à l'évolution des besoins de la population**

- Augmentation des maladies chroniques, vieillissement de la population, persistance des inégalités de santé,
- Evolution des pratiques, innovations technologiques,
- Attente des usagers et évolutions sociétales dans le domaine de la santé,
- Attente des acteurs de santé (démographie médicale et non médicale, formation, conditions de travail, fonctionnement des structures de santé, coopération territoriale ville-hôpital).

#### **Garantir l'accès territorial à des activités de médecine graduées et coordonnées**

#### **Approche transversale et multiple de la médecine qui recouvre plusieurs champs :**

- Médecine polyvalente ou généraliste
- Et la médecine spécialisée.

## Un chapitre dédié à l'offre régionale de médecine

- OQOS Implantation

## Un chapitre par filière

- Impliquant des prises en charge médicales (pathologies cardiovasculaire, neurologie -AVC-, addictions, obésité...)

## Développer les complémentarités dans une logique de parcours global du patient

- Prévention, dépistage, éducation thérapeutique, soins curatifs, suivi ville / hôpital.
- Coordination médecine de proximité et de recours.
- Complémentarité par site et par convention.
- Coordination ville / hôpital pour le maintien à domicile.
- Capitalisation des expériences et innovations organisationnelles en médecine.

## Poursuivre le développement du virage ambulatoire en médecine

- Objectif d'augmentation des autorisations mixtes HC et HDJ.
- Objectifs de développement capacitaire des places en HDJ.

## Prise en compte des spécificités territoriales

- Identification de freins et potentiels en lien avec la « géométrie variable » des prises en charge en médecine.

## Priorité accordée aux actions de coordination

### Leviers de développement du virage ambulatoire

#### BRETAGNE

- Améliorer l'amont des séjours par la mise en place d'une fonction de programmation centralisée mettant en relation les plateaux techniques requis avec des chemins cliniques pré-identifiés et protocolisés.

#### PAYS DE LOIRE et OCCITANIE

- Améliorer le repérage des personnes fragiles dès leur admission, expérimenter l'hébergement temporaire non médicalisé de patient.
- Mettre en place des dispositifs de signalements précoces remontant de la médecine de ville afin d'éviter les passages par les urgences.

#### NORMANDIE et PACA

- Expertiser des actes médicaux pour clarifier le choix entre les différents modes de prise en charge en HC, HDJ, en consultation avancée ou en ville.
- Elaborer des référentiels de prise en charge sur la base d'un thésaurus par pathologie (recommandations HAD, sociétés savantes) pour identifier les chemins cliniques en HC ou en HDJ ou encore en HAD. « ... protocoles communs élaborés par le réseau de professionnels dans le cadre d'enseignements post-universitaires et du DPC. »

#### GRAND EST

- Affiner l'organisation de l'HDF en deux secteurs distincts mais articulés : partie dédiée au diagnostic et partie dédiée au traitement thérapeutique.

## Médecine polyvalente et hôpitaux de proximité (HP)

Tous les SRS concentrent les HP sur la filière gériatrique autour de l'activité de médecine en lien avec les SSR et SLD, les établissements de santé de recours, la médecine de ville et le secteur médico-social.

Dimensionner les HP pour répondre aux besoins de la population en conciliant l'accessibilité aux soins, la prévention des risques de rupture dans les parcours et l'efficacité des organisations :

- CPTS.
- Prévention et ETP en lien avec les établissements de santé de recours.

**Plusieurs SRS expriment le besoin de définir la médecine de proximité et la médecine polyvalente.**

## Organisation de la prise en charge des soins non programmés

La quasi-totalité des SRS vise l'objectif d'organiser la prise en charge des soins non programmés, en journée et hors urgences vitale, en mobilisant la médecine en ville et la médecine hospitalière (pour la nuit après 20h, samedi AM, jours fériés 8h-20h, le SRS définit la PDS).

### AURA

- Soutenir les différents dispositifs et expérimentations visant à éviter le recours non adapté aux services d'urgences, en lien avec la médecine ambulatoire de ville, notamment à travers le déploiement des CPTS, la régulation médicale de la médecine générale, le renforcement des filières de soins via les GHT, ou encore la médicalisation des structures pour personnes âgées.

### GRAND EST

- Organiser la réponse aux soins non programmés, de manière graduée, en mobilisant d'abord l'offre de médecine de ville, la médecine hospitalière venant en soutien complémentaire. Cette approche varie selon les spécificités territoriales.

## Médecine et structuration par filière

Les SRS font référence à une structuration de filière intégrée dans les parcours pour les pathologies (cardio, pneumo, neuro, gastro-entéro, rhumato, endocrino) et les maladies chroniques (cancers, diabète, obésité, conduites addictives).

### BRETAGNE

- AVC : projet d'unité de médecine de proximité en lien avec la rééducation polyvalente ou SSR PA.
- Soins palliatifs : mieux assurer le repérage précoce, soutenir les aidants, renforcer la coordination entre équipe mobile et services médico-sociaux, partager les expériences, développer l'innovation, la formation...

### BOURGOGNE FRANCHE COMTE

- Concept de médecine palliative à intégrer dans les pratiques du champ de la médecine.
- Médecine pédiatrique-adolescents : structurer une offre adaptée aux besoins par des actions coordonnées entre les acteurs (MG, pédiatre, ES, PMI, maison des adolescents).

### CORSE, NORMANDIE

- Médecine gériatrique s'inscrivant dans une filière : court séjour gériatrique (CSG) et équipe mobile gériatrique (EMG) fortement articulée avec SSR « affection de la PA » et les USLD.

## Evolution des OQOS d'autorisation de médecine

### Objectifs des SRS

- Stabiliser les autorisations en nombre d'implantations par territoire.
- Développer l'HDJ des établissements de santé autorisés en HC.

### OQOS HC

- Ajustement à la marge (unité de soins palliatifs portées par une autorisation de médecine, nouvelles implantations en santé mentale : soins somatiques et addictologie)
- Regroupement/reconversion d'établissements de santé avec peu de lits : maintien de l'autorisation limité à l'HDJ avec hausse capacitaire pour atteindre un seuil critique d'optimisation.

### OQOS HDJ

- Entre +5 et +19% d'ici 2022 traduisant la volonté de développer la pluralité des modes de prises en charge en médecine HC/HDJ (substitution et complémentarité).

## **Echanges**

(CNP Endocrino) Quel lien avec les futurs forfaits pathologies chroniques ? Les HDJ de diabétologie pourraient se « réduire ».

(FEHAP) Est-ce que la réforme du financement engendre des modifications dans la réforme des autorisations ?

(DGOS) Pas de lien direct entre ces futurs forfaits et l'autorisation de médecine.

(FHF) Les besoins de médecine générale ou polyvalente ne seront pas couverts dans l'avenir. Vigilance dans les hôpitaux de proximité où les futurs MG ne seront plus formés à exercer une activité en établissement, ils seront formés uniquement à l'ambulatorio.

(FHF) Il faut définir le périmètre sur lequel « on réfléchit » concernant la médecine : psychiatrie en médecine (?), prise en charge médicale en chirurgie. Il faut définir un socle.

(FHP MCO)

- Attention à la démultiplication des terminologies (exemple médecine palliative).
- Ne pas découper en silo la future autorisation de médecine. Il faut laisser une souplesse d'adaptation suivant la taille des établissements.
- Vigilance sur la création de norme/de label au niveau régional.

## **Point 3 : Médecine et missions des hôpitaux de proximité (HP)**

### ***Présentation des travaux en cours par la DGOS***

**Dans la vision cible du système de santé « Ma Santé 2022 », les hôpitaux de proximité sont positionnés de la façon suivante :**

- Acteurs, en appui des acteurs de la ville, de la structuration des soins de proximité au service des patients, autour du Médecin Traitant.
- Contributeurs du premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine.

### **Enjeux : une organisation de l'offre de proximité à réinventer**

- Réinvestir les hôpitaux de proximité pour favoriser leur attractivité auprès des professionnels et redynamiser les territoires.
- Améliorer la clarté et la lisibilité de l'offre pour les usagers et les professionnels.

### **Des premiers hôpitaux de proximité (HP) labellisés dès 2020.**

#### **Trois axes de travail**

- 1- Définir les missions des hôpitaux de proximité.
  - 2- Créer les conditions d'une relation réinventée entre la médecine de ville et l'HP.
  - 3- Définir un modèle de financement adapté aux missions et à l'organisation des HP.
- Méthodologie : association aux travaux d'une trentaine d'établissements de santé déjà engagés dans des dynamiques de structuration des soins de proximité

### **Le projet de loi relatif à l'organisation et la transformation du système de santé : article 8**

Il autorise le gouvernement à prendre des mesures pour redéfinir les missions et les modalités de gouvernance des hôpitaux de proximité. La création d'un label "hôpital de proximité", assurant des missions de médecine générale, de gériatrie, de soins de suite et réadaptation, de biologie..., fera l'objet d'une ordonnance dans les prochains mois. Ces hôpitaux de proximité pourront être ouverts aux praticiens libéraux en fonction des besoins des territoires.

## Missions

Dans le cadre d'une responsabilité territoriale partagée avec les acteurs de la proximité, et notamment de la médecine ambulatoire, les hôpitaux de proximité assureront :

- Le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine :  
Accueil, hospitalisation ne nécessitant pas de soins spécialisés, examens de premier niveau (radiologie, biologie), orientation pertinente dans le parcours hospitalier.
- L'appui aux acteurs de ville en offrant le cadre hospitalier nécessaire à la prise en charge de leurs patients :  
Procédure d'entrée directe avec les Médecins Traitants pour éviter des passages aux urgences, ouverture des plateaux techniques...
- L'accompagnement des populations vulnérables (notamment âgées) pour assurer les prises en charge (souvent chroniques) au plus près du lieu de vie.

## Périmètre d'activité

### Activités socles

Médecine  
Les consultations de spécialités  
L'accès à des plateaux techniques d'imagerie et biologie

### Activités optionnelles

Médecine d'urgence  
Les consultations pré et post natales  
La psychiatrie ou le suivi en CMP  
Les soins palliatifs  
Les soins de suite

### Activités exclues

Obstétrique et chirurgie  
Mais dérogations possibles pour certains actes chirurgicaux en fonction des besoins du territoire et avec l'aval du DG ARS.

## Suite des travaux

### Créer les conditions d'une relation réinventée entre la médecine de ville et l'HP

#### Réinventer la gouvernance des hôpitaux de proximité

- Pour favoriser le développement de dynamiques territoriales communes, notamment avec les CPTS.
- Et bénéficier de l'appui des GHT dans la mise en place de soins et d'accès à l'expertise (consultations avancées).

#### Promouvoir l'exercice partagé des professionnels entre la ville et l'hôpital de proximité

- Afin d'attirer les professionnels et notamment les jeunes générations vers un exercice diversifié.
- Et promouvoir le décloisonnement des prises en charge et l'exercice coordonné.

#### Définir un modèle de financement adapté aux missions et à l'organisation des HP

- Proposer un modèle de financement, alternatif à la tarification à l'activité, favorisant la prise en compte des besoins de la population et la qualité du service rendu.

## **Echanges**

(FEHAP) Concernant les HP, on parle de labellisation ou d'autorisation ?

(DGOS) Les HP ne relèveront pas d'une autorisation en tant que tel.

(FHF) Il est dommage que n'apparaisse pas l'obligation de la continuité des soins.

(FEHAP) Dès lors qu'il y a une activité de médecine, la continuité des soins s'impose.

(ARS GE) Vigilance sur la faible ressource médicale en gériatrie.

(FHF) Pour les HP, il serait nécessaire d'identifier un certain nombre de filière de base (cardio, neuro...)

(DGOS) L'HP est normalement au sein d'un GHT donc intégré dans les filières mises en place. Les projets médicaux des GHT doivent intégrer cette dimension. A noter que Les ES privés sont peu concernés par les HP.

(FEHAP) Il faudrait plutôt mettre en avant la notion de projet territorial médical plutôt que le projet médical de GHT car certains HP ne sont pas au sein de GHT.

**Conclusion de la DGOS : l'HP est la première brique dans la gradation de l'offre de médecine.**

## **Point 4 : Périmètre de l'activité de soins de médecine**

### **Définition du périmètre de l'activité de médecine (projet de décret 2010)**

L'activité de soins de médecine consiste en la prise en charge, polyvalente ou spécialisée, des patients dont l'état de santé nécessite des soins à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, une surveillance ou un suivi de nature médicale.

Elle peut comporter des actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique utilisant s'il y a lieu l'imagerie médicale

*(Remarque de plusieurs membres du GT) Lien à faire avec le champ de l'interventionnel et clarifier notamment l'inclusion de l'endoscopie.*

Elle comporte également des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Les soins de médecine s'inscrivent dans une prise en charge globale des patients

## **Echanges**

(FHF) Il faudrait ajouter la notion d'accès aux soins non programmés ainsi que la continuité et permanence des soins.

(DGOS) Faut-il vraiment tout « incorporer » dans la définition ? De même l'accès aux soins non programmés doit-il être intégré de manière obligatoire ?

(FHF) L'HP doit offrir un service d'orientation et de coordination.

(FHF) L'objectif de ce GT est bien de définir bien la notion de médecine au sens large et ne doit pas se concentrer uniquement sur l'HP qui bénéficiera également de l'autorisation de médecine.

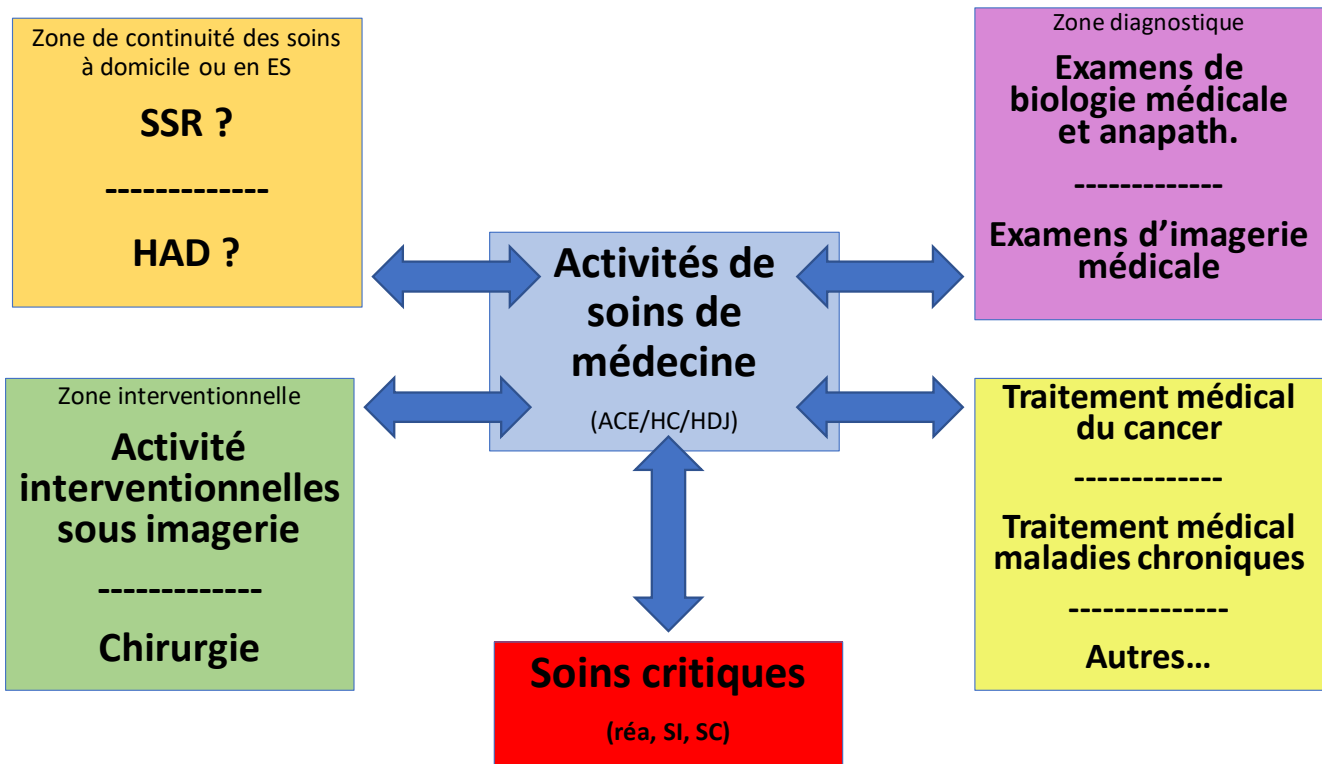
(FHF) La notion de médecine polyvalente est à définir. A ce jour, elle concerne quatre spécialités : pédiatrie, gériatre, médecine interne, médecin généraliste.

## Environnement Médecine

### Accès sur site ou par convention

Deux questions se posent s'agissant de l'environnement d'un site de médecine :

- 1- De quelle activité un service de médecine à besoin pour fonctionner correctement (sur place ou par convention) ?
- 2- Pour chacun de ces services nécessaires, doivent-ils être sur place ou par convention ?



### Echanges

(FHP MCO) Les ACE font partis de l'autorisation, au regard de ce qui écrit sur le schéma ?

(DGOS) Non. L'enjeu est vers la mixité (HDJ/HC). Ce schéma a un objectif descriptif du panier de soins de la médecine.

(FHF) Pourquoi la psychiatrie n'est-elle pas indiquée au même titre que le SSR et l'HAD ?

(DGOS) Elle ne sera pas dans le périmètre.

(FEHAP) Il serait intéressant de faire également figurer les liens avec les établissements médico-sociaux.

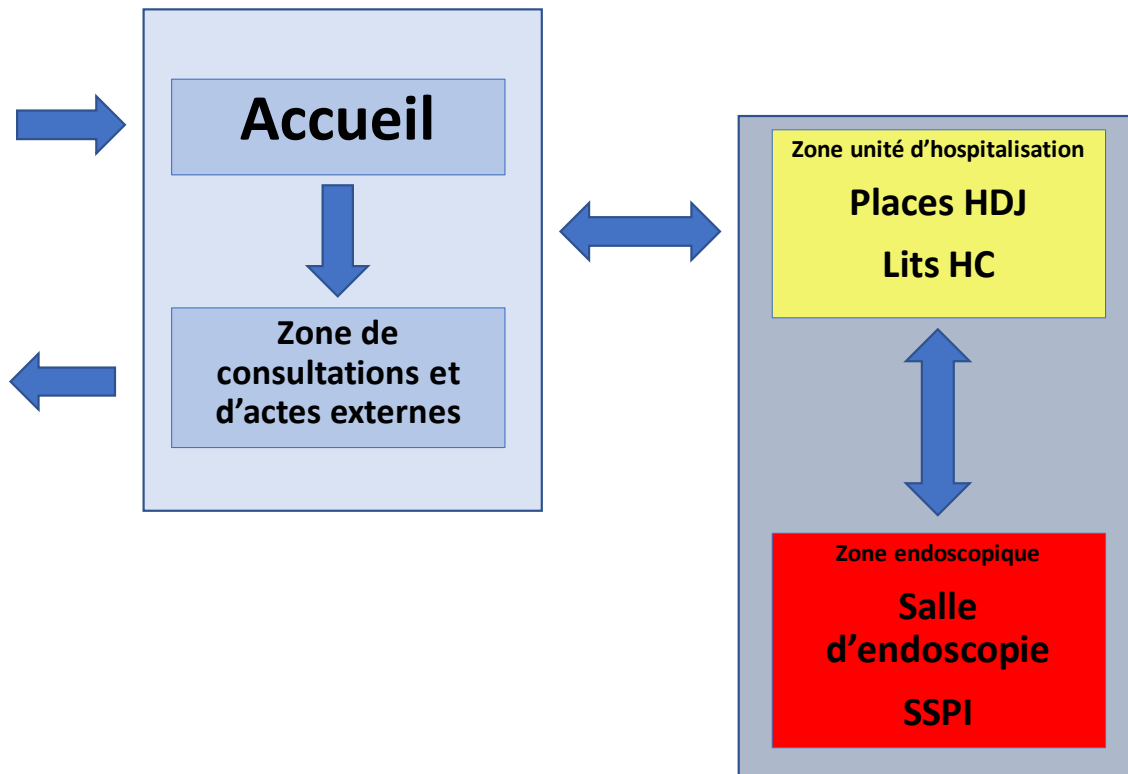
(FEHAP) Il faudrait ajouter également la médecine d'urgences.

(DGOS) La médecine d'urgences est une des filières d'amont de la médecine.

(CNP Dermato) Pourquoi avoir indiqué spécifiquement le traitement médical des maladies chroniques ? Le traitement médical des maladies chroniques est intégré au sein de l'activité de médecine. On pourrait appliquer le même raisonnement sur l'item traitement médical du cancer.

(DGOS) Ces items seront retirés pour plus de lisibilité.

## Description type des zones d'activité de médecine



## Synthèse / points à retenir :

### Etat des lieux complémentaires concernant les flux mode d'entrée / mode de sortie pour les séjours de médecine

- Difficile à la vue des éléments présentés et l'absence de définition du périmètre utilisé pour l'analyse des données d'en réaliser une analyse. Une annexe à la fiche réflexe sera diffusée dès transmission des données chiffrées et de la méthodologie PMSI utilisée pour définir l'activité de médecine :
  - 46% des patients viennent du domicile.
  - 47% des urgences.
  - 5% d'une unité MCO ou SSR.
  - 81% des patients retournent au domicile en sortie de médecine.
  - 12% vers une unité MCO ou SSR.

☞ Présentation de la « fluctuation mensuelle » d'activité sur certaines spécialités médicales.

### Activité de soins de médecine dans les SRS 2018/2022

Dans les SRS, la médecine est abordée via :

- Un chapitre dédié à l'offre régionale de médecine : OQOS Implantation
- Un chapitre par filière impliquant des prises en charge médicales (pathologies cardiovasculaire, neurologie -AVC-, addictions, obésité...)

Le virage ambulatoire fait, dans certaines régions, l'objet d'une expérimentation avec des choix assez différents suivant les régions, allant jusqu'à l'expertise d'actes médicaux pour clarifier le choix entre les différents modes de prise en charge en HC, HDJ, en consultation avancée ou en ville



L'évolution positive en termes d'implantations est essentiellement sur l'HDJ.

**Plusieurs SRS expriment le besoin de définir la médecine de proximité et la médecine polyvalente.**

## Médecine et missions des hôpitaux de proximité (HP)

Groupe de travail dédié au niveau national.

Dans « Ma Santé 2022 », les hôpitaux de proximité sont positionnés de la façon suivante :

- Acteurs, en appui des acteurs de la ville, de la structuration des soins de proximité au service des patients, autour du Médecin Traitant.
- Contributeurs du premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine.
- Accompagnement des populations vulnérables (notamment âgées) pour assurer les prises en charge (souvent chroniques) au plus près du lieu de vie

### Les travaux se poursuivent concernant :

1° La création de conditions d'une relation réinventée entre la médecine de ville et l'HP :

- La Gouvernance des hôpitaux de proximité,
- Le développement de dynamiques territoriales communes, notamment avec les CPTS, bénéficiaire de l'appui des GHT dans la mise en place de soins et d'accès à l'expertise -consultations avancées-
- La promotion de l'exercice partagé des professionnels entre la ville et l'hôpital de proximité (attirer les professionnels et notamment les jeunes générations)

2° La définition un modèle de financement adapté aux missions et à l'organisation des HP

## Périmètre de l'activité de soins de médecine

### Définition du périmètre de l'activité de médecine (projet de décret 2010)

L'activité de soins de médecine consiste en la prise en charge, polyvalente ou spécialisée, des patients dont l'état de santé nécessite des soins à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, une surveillance ou un suivi de nature médicale.

Elle peut comporter des actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique utilisant s'il y a lieu l'imagerie médicale

Elle comporte également des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Les soins de médecine s'inscrivent dans une prise en charge globale des patients

**Il faudra faire le lien avec le champ de l'interventionnel et clarifier notamment l'inclusion de l'endoscopie.**

**La présentation des travaux sur les hôpitaux de proximité a généré une « certaine confusion » au sein du GT, en entraînant une focalisation sur les missions nécessaires d'un hôpital de proximité.**

**Les travaux du groupe ont bien pour objectifs de définir ce que sera la future autorisation de médecine au sens large et non pas uniquement pour les hôpitaux de proximité.**

Exemple : un hôpital de proximité bénéficiera d'une labellisation et aura une autorisation de médecine, a minima.

**Prochaines étapes :**

Les prochaines réunions sont fixées selon le calendrier suivant :

- **Mercredi 22 mai 2019 décalée au 5 juin 2019**
- Mercredi 10 juillet 2019
- Mercredi 18 septembre 2019
- Mercredi 16 octobre 2019
- Novembre 2019

**Enjeux pour les établissements à court, moyen et long terme :**

Définition des conditions d'implantations et des conditions techniques de fonctionnement en médecine.

Dans le périmètre de l'activité de médecine, la place des consultations (ou ACE) ne semble pas encore très claire (consultations de spécialités, consultations avancées...). A ce stade, on ne sait pas si elles feront partie de l'autorisation.

Il faudra également bien préciser la place des endoscopies dans ce futur régime des autorisations.

Concernant le focus sur les hôpitaux de proximité, il faudra être vigilant que la condition GHT ne soit pas obligatoire car excluant de fait les établissements privés. La notion de projet médical de territoire paraît plus en adéquation plutôt que la notion de projet médical de GHT.