

FICHE REFLEXE – n° 2019 - 07 – n°79 - TB/MD

Objet : GT Autorisation médecine – 4^e réunion

Date de réunion : 10 juillet 2019

Rédacteur : Thierry BECHU / Dr Matthieu DERANCOURT / Laurent RAMON

Participants à la réunion : FHP MCO, FEHAP, FHF, CMG, ARS, CNP Médecine polyvalente, CNP Pédiatrique

Problématique / Ordre du Jour :

- 1- Restitution DGOS-CMG
- 2- Hôpitaux de proximité
- 3- Exemples « potentiels » de futurs hôpitaux de proximité
- 4- Gradation de l'activité de médecine adulte – Définitions

Documents de référence : Manifeste pour un système de santé organisé (collège national des généralistes enseignants) + présentation Hôpitaux de Proximité du 21 juin 2019

Point 1 : Restitution de la rencontre DGOS-CMG

Sujets abordés

Rappel des enjeux de la réforme des autorisations d'activités de soins : garantir la qualité et la sécurité des soins, réguler l'offre à l'appui de la gradation des soins.

Éléments de contexte de la réforme : mise en perspective des besoins de santé liés aux évolutions démographiques (vieillesse de la population, maladies chroniques), objectifs de transformation du système de santé de « Ma santé-2022 » par des mesures contribuant à faciliter l'accès aux soins, à fluidifier les prises en charge des patients, à renforcer le maillage médical et la communication entre professionnels de santé.

Objectif du GT Médecine : élaboration des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement avec des projets de décrets attendus d'ici la fin 2019 en vue d'une publication au printemps 2020.

Portée de l'articulation ville-hôpital en médecine, place du médecin généraliste dans les missions des futurs hôpitaux de proximité avec le déploiement de l'exercice médical mixte et la participation des CPTS à la gouvernance.

Association du CMG aux réflexions du GT Médecine pour recueillir son point de vue et ses attentes sur l'encadrement de l'activité de soins de médecine.

Les préoccupations et attentes du CMG portent sur l'organisation de la prise en charge médicale à l'hôpital de leurs patients, en vue d'optimiser le diagnostic :

- La pertinence des parcours de santé des patients réclame un dialogue permanent et coordonné entre médecins de ville et médecins hospitaliers.
- L'admission directe en hospitalisation de médecine est à privilégier. Souvent, le diagnostic est posé en amont, faute de pouvoir accéder directement à l'hospitalisation, on génère un doublon par un passage obligé par les urgences.

- Le médecin généraliste a besoin de recourir aisément à des moyens d'hospitalisation de proximité pour ses patients (souvent âgés) dont l'état de santé ne permet pas le maintien à domicile. La communication directe et rapide avec le médecin hospitalier est un gage d'efficacité pour la fluidité de la prise en charge du patient. Ces soins en médecine impliquent la plupart du temps peu de technicité et ne sont pas forcément spécialisés.
- La problématique de l'hospitalisation en médecine n'est pas tant la pénurie de lits que le manque de souplesse dans les organisations pour réguler les flux et ajuster la programmation des lits et l'impossibilité de « réserver » des lits à ces admissions directes.

Dans les « petits » hôpitaux, l'accès au plateau médicoteknique doit être possible autant pour répondre aux besoins externes qu'aux besoins des personnes hospitalisées.

Le CMG souligne les délais d'envoi du compte-rendu en aval encore longs et la perception d'un manque de retour des hôpitaux vers les MG.

Le développement des places d'hôpital de jour permettrait la programmation regroupée d'exams et de soins de nouveaux patients, non limités au post hospitalisation complète.

Le meilleur régulateur est le médecin traitant. Pour le CMG, l'hôpital ne doit pas développer une offre de soins concurrentielle lorsque celle-ci est possible en ville. L'articulation entre les urgences hospitalières et les maisons médicale de garde est à améliorer. La gestion des flux devrait se gérer à l'échelle de chaque territoire.

La continuité des soins en hôpital de proximité repose sur l'équipe soignante et l'interne de garde. Le CMG souligne l'importance des liens développés via la circulation des internes en stage entre MG et hôpitaux de proximité.

Pour le CMG, les besoins de lits de proximité ne concernent pas seulement les hôpitaux de proximité en zones désertes, un CHU doit aussi pouvoir assurer ce type d'accueil de proximité.

Le cadre d'autorisation prévoit les modalités structurelles de l'activité de soins de médecine (modes et conditions d'hospitalisation), pour autant, il n'est pas le levier principal pour agir sur les problématiques locales d'organisation des soins qui relèvent de la gouvernance des établissements de santé.

A la lecture du compte-rendu du GT du 5 juin, le CMG se désolidarise des propos de la FSM qui estime la compétence des médecins généralistes incompatible avec la pratique de la médecine polyvalente à l'hôpital. Cela traduit une différence de perception sur les pratiques de la médecine générale ambulatoire. Pour le CMG, la médecine polyvalente a une approche transversale de la médecine somatique. La gériatrie en est un exemple. Par ailleurs, le CMG note aussi la confusion entre les notions de gravité et de complexité. En fonction des besoins de la personne, et notamment du contexte psycho-social, la temporalité de la prise en charge médicale peut être différente.

En conclusion, les modalités d'association du CMG sont ainsi convenues :

- Priorisation des réunions où la présence du CMG est souhaitable (selon ordre du jour),
- Poursuite de bilatérales DGOS/CMG (à l'automne sous la même forme),
- Retranscription du présent échange en GT RAAS médecine.

(CMG) Si possible éviter les recours aux urgences par la gestion des entrées directes dans les services par exemple. La gestion des flux est importante : où peut-on envoyer les patients ? Via les CPTS par exemple ? Notion de « carnet d'adresse » notamment pour les nouveaux médecins arrivant sur un territoire.

Lisibilité de l'offre pour la médecine générale (où orienter ses patients) : HDJ, Hospitalisation « courte », Hospitalisation « longue ». La notion de lits proximité existe aussi en ville même si essentiellement rurale.

(FHF) Il existe déjà des « dispositifs » en place pour gérer les flux patients (exemple accessibilité téléphonique des médecins hospitaliers). Il existe également une demande de courrier d'entrée plus exhaustif de la part des médecins traitants (a minima traitement en cours et motif d'hospitalisation). Par contre, en effet, il y a encore des efforts à faire sur le délai d'envoi du courrier de sortie. Dans les Hôpitaux de proximité qui va assurer la continuité des soins ?

Problématique de la médecine polyvalente ? Quel avenir ? Le MG actuel est en capacité mais fort doute sur les futurs MG, qui auront eu peu accès à la médecine hospitalière (réforme de l'internat).

(CMG) Le collège national des généralistes enseignants a produit un « manifeste pour un système de santé organisé (document joint à la fiche réflexe).

(FHF) « Quel terreau » va servir à former la médecine polyvalente ?

Point 2 : Hôpitaux de proximité

Actualités du projet

Stabilisation de l'article de loi relatif aux missions des hôpitaux de proximité (adoption Sénat).

Comité de concertation du 21 juin :

- Premières propositions sur le modèle de financement des hôpitaux de proximité
- Etat des travaux et des réflexions sur la gouvernance des hôpitaux de proximité

Evolutions apportées à l'article 8 suite au débat parlementaire :

Les ajouts :

- Une quatrième mission partagée avec les acteurs du territoire (structures ambulatoires) : la contribution à la [permanence des soins et la continuité des prises en charge](#)
- L'obligation de donner accès à des [équipements de télésanté](#)

Quelques précisions :

- Les consultations de spécialités en hôpital de proximité s'exerceront en « [complémentarité avec l'offre libérale disponible](#) »
- La dérogation à la pratique de la « petite chirurgie » se limitera à des actes « [programmés](#) »

Prochaines étapes

- Mesure PLFSS pour 2020
- Stabilisation d'un modèle transitoire pour de premières labellisations en 2020

Comité de concertation N°6 le 10 septembre.

Point 3 : Exemples « potentiels » de futurs hôpitaux de proximité

CH local du Sud-ouest Mayennais

Le CHLSOM est né de la fusion des sites de Craon et Renazé (ex-hôpitaux locaux)

Il se situe sur un territoire rural avec une population vieillissante (11% de pers âgées de 75 ans et plus)

Un projet de santé de territoire est en place depuis 2011 autour d'acteurs fédérés :

- Acteurs de la santé (environ 60 PS), le CHLSOM, la Mutualité
- Acteurs médicaux-sociaux
- Usagers
- Élus

Le site du CHLSOM (53)

100 lits répartis sur les deux sites :

- Médecine
- SSR polyvalent
- Soins palliatifs
- Unités de soins palliatifs

- Une MSP adossée sur chaque site
- Un EHPAD
- Un centre dentaire mutualiste
- Equipe appui adaptation et réadaptation
- Equipe mobile de soins palliatifs
- Consultations avancées
- Programme d'éducation thérapeutique

Tous les médecins de l'établissement sont des libéraux en exercice mixte.

L'établissement et 64 professionnels de ville du territoire sous organisés sous forme de GCS

- 856 séjours de médecine en 2018
- DMS de 11 jours
- Moyenne d'âge des patients 76 ans
- 85% des patients hospitalisés proviennent de leur domicile : « entrées directes »

GHM les plus représentés : 23M06T+++ (autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée), 23Z02Z (soins palliatifs avec ou sans acte), 28Z14Z Transfusions en séances, 05M20Z (explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire).

Clinique Monié

Située à Villefranche de Lauragais (deuxième couronne de l'agglomération toulousaine)

Croissance de la population de Villefranche de Lauragais et des communes avoisinantes (ouverture en 2016 d'un lycée d'enseignement général).

Proximité avec le bassin de Castelnaudary (zone rurale à faible densité de population, démographie médicale « détériorée »)

163 lits et places en :

- Médecine : cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, médecine physique, gériatrie, soins palliatifs
- SSR : polyvalent, P.A.P., locomoteur neurologie

Un cabinet d'imagerie médicale conventionnelle et une antenne de laboratoire de biologie médicale

Un pôle de consultations médicales spécialisées : cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, médecine physique, gériatrie, angiologie, endocrinologie, gynécologie, chirurgie orthopédique et digestive

Une unité d'auto-dialyse

Un EHPAD

Equipe médicale :

- 20 praticiens (50% médecins libéraux exclusifs secteur 1, 50% de médecins salariés)
- 10 praticiens spécialisés consultants
- Agrément pour 2 internes de Médecine générale

2 204 séjours en MCO en 2018 (75% de l'activité concentrée sur 23 GHM), avec deux segments d'activité :

- L'interventionnel (séjours en « K ») : 81% des séjours avec un âge moyen de 58 ans

06K02Z	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie / séjours de moins de 2 Jours	39%
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	49%
17K07J	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire	2%
23K02Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	7%
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	4%

- La médecine, orientée vers la prise en charge de la personne âgée :
Racines en médecine les plus représentés : 04M (appareil respiratoire), 05M (appareil circulatoire), 23M (facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) + 23Z02Z Soins palliatifs avec ou sans acte

Centre hospitalier d'Avallon

Etablissement en direction commune avec le CH d'Auxerre, qui s'est restructuré à partir de 2011 (fermeture du bloc opératoire).

Son territoire est particulièrement touché par la désertification médicale.

Un projet de création d'une maison des étudiants en santé en lien avec la médecine de ville dans le cadre d'un contrat local de santé est en cours.

- 47 lits de médecine
- Soins de suite
- Un service d'urgence et un SMUR
- Un centre périnatal de proximité
- USLD
- Un SIAD
- Un EHPAD

Convention de coopération avec des praticiens regroupés en association et bénéficiant d'une PTA

Equipe médicale : 15,8 ETP (PH à temps complet ou partiel, contractuels, attachés) dans différentes spécialités : médecine d'urgence, gériatrie, cardiologie, pneumologie...

Une autorisation de médecine complétée par un écosystème d'activités assurées sur place ou grâce des partenariats

Les activités « internalisées » :

- 2 471 séjours de médecine en 2018
- Plus de 12 000 journées d'hospitalisation complète en SSR
- 12 563 passages aux urgences en 2017 dont 500 sorties annuelles de SMUR
- Consultations externes : addictologie, cardiologie, chirurgie viscérale et orthopédique, gastro-entérologie, gynécologie obstétrique, neurologie, oncologie...
- Une pharmacie à usage interne

Les activités « externalisées » :

- Pôle d'imagerie (IRM) dans le cadre d'un partenariat public/privé
- Biologie délocalisée avec le site d'Auxerre
- Recours à la télémédecine
- Télé AVC avec l'INV du CHU de Dijon
- Partenariat en projet avec le CH d'Auxerre :
- Télédermatologie
- Télé cardiologie
- Convention avec une HAD

Polyclinique de Riaumont

Etablissement à but non lucratif, la Polyclinique de Riaumont situé à Liévin a engagé, à compter de 2014 une reconfiguration de son offre de soins en lien avec le Centre hospitalier de Lens. Son offre est aujourd'hui composée :

- D'un pôle de référence gériatrique
- D'un pôle « d'hôpital de proximité »

Le territoire desservi par l'établissement est marqué par un phénomène important de précarité (chômage, minima sociaux) et des données épidémiologiques dégradées (cancer, diabète, maladie de l'appareil circulatoire ».)

- 90 lits de court séjour (dont 60 à orientation gériatrique)
- Soins de suite
- USLD et UCC
- Un service d'urgence et une unité de surveillance continue
- Un plateau de consultation : gériatrie, pneumologie, cardiologie, neurologie, diabétologie, chirurgie viscérale^.
- Plateau technique : laboratoire, radiologie, EFR, EE, EM G, échographies
- EHPAD

Membre fondateur de la CPTS du territoire

Equipe médicale :

- 35 ETP dans diverses spécialités : urgentistes, radiologues, gériatres, généraliste, cardiologues, neurologues...

Répartition des séjours par CMD : CMD4 Affection de l'appareil respiratoire 18%, CMD5 Affection de l'appareil respiratoire 10%, CMD19 Maladies et troubles mentaux 15%

5821 séjours en 2018

75% de l'activité concentrée sur 116 GHM.

Remarque : Clinique appartenant au Groupe AHNAC, avec « spécialisation » par site.

Ces exemples mettent en évidence profils d'établissement qui peuvent être différents (avec notamment, la réalisation d'actes type endoscopie) mais avec un « tronc commun » (CMD4, 5 et 23 notamment).

ENSEIGNEMENTS RETENUS

- Un besoin de souplesse identifié dans l'évolution des modalités de gouvernance en proximité pour s'adapter à la variété des situations juridiques et territoriales ;
- Un enjeu relatif à la gouvernance qui dépasse à ce stade la question de la composition d'instances administratives ;
- Un équilibre à trouver entre incitations/obligations pour favoriser l'adhésion des acteurs ;
- A ce stade, il est plutôt envisagé de faciliter la mise en place :
 - d'espace de création/mise en œuvre les projets articulés sur le territoire
 - d'un cadre de formalisation d'accords entre acteurs pour la réalisation et le financement des missions des hôpitaux de proximité
- Une nécessité préalable de définir les besoins des acteurs pour enclencher des dynamiques territoriales autour des soins et services de proximité.

Point 4 : Gradation de l'activité de médecine adulte – Définitions

Définition « chapeau » activité de soins de médecine

Proposition V0

« L'activité de soins de médecine comprend 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. »

Gradation de l'activité de soins de médecine – Hypothèse de liste de mentions

L'autorisation d'activité de soins de médecine s'exerce selon les mentions suivantes

- Médecine adulte A « Médecine » ou Médecine de proximité »
- Médecine adulte B « Médecine de recours » mention A)
- Médecine pédiatrique ou « Médecine enfants-adolescents »
- Endoscopies

Médecine adulte – Définitions Mention A et Mention B

La mention A comprenant la prise en charge médicale polyvalente, des patients majeurs.

La mention B comprenant, en sus de la prise en charge en mention A, les prises en charges spécialisées notamment celles nécessitant une expertise médicale approfondie ou dans le cas de situations à risque.

Au final, la DGOS interroge le GT sur la pertinence de mettre en place une gradation en médecine ?

Elle rappelle l'objectif de la réforme : simplification et souplesse

(FHP MCO) Il est nécessaire de garder, en effet, une souplesse, une ouverture avec possibilité « d'upgrade » des établissements autorisés en médecine (en fonction des besoins). Le risque est de « figer » la situation pendant un certain nombre d'années.

La médecine est également en interface avec de nombreuses autres autorisations (cf. schéma ci-dessous).

Une gradation entrainerait une complexité+++ entre les différentes autorisations et leurs « interactions » (cf. travaux en cours d'articulation entre la chirurgie des cancers et la chirurgie).

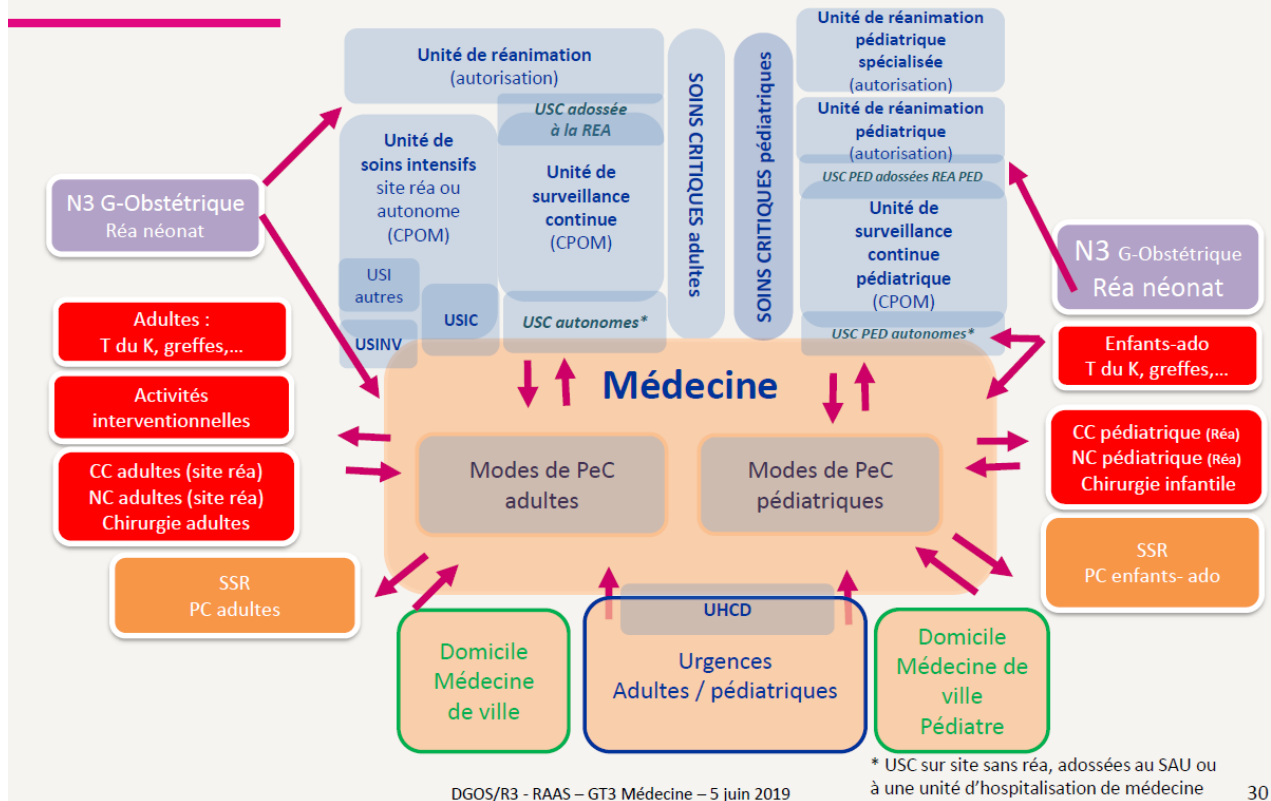
(FHF) La FHF semble également partager le même positionnement concernant la « non pertinence » de la mise en place d'une gradation en médecine.

(FHP MCO) A priori, il est déjà acté une différenciation adulte/pédiatrie pour la médecine. Encore une fois, il ne faudrait pas aller plus loin avec un impact important (négatif) sur l'offre de soins.



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

ENVIRONNEMENT DE L'ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE INTERFACES MULTIPLES AVEC LES AUTRES ACTIVITÉS DE SOINS



30

Demande la DGOS d'ici le 18 septembre : transmission d'un projet des différents participants du cadre de la médecine : gradation ou non ?

(FHP MCO) La FHP MCO demande si l'autorisation de médecine regroupera l'HDJ et l'HC (DGOS) Oui, cette future autorisation « embarquera » bien ces deux modalités.

Synthèse / points à retenir

I. Restitution rencontre DGOS-CMG

Les préoccupations et attentes du CMG portent sur l'organisation de la prise en charge médicale à l'hôpital de leurs patients, en vue d'optimiser le diagnostic :

- La pertinence des parcours de santé des patients réclame un dialogue permanent et coordonné entre médecins de ville et médecins hospitaliers.
- L'admission directe en hospitalisation de médecine est à privilégier. Souvent, le diagnostic est posé en amont, faute de pouvoir accéder directement à l'hospitalisation, on génère un doublon par un passage obligé par les urgences.

- Le médecin généraliste a besoin de recourir aisément à des moyens d'hospitalisation de proximité pour ses patients (souvent âgés) dont l'état de santé ne permet pas le maintien à domicile. La communication directe et rapide avec le médecin hospitalier est un gage d'efficacité pour la fluidité de la prise en charge du patient. Ces soins en médecine impliquent la plupart du temps peu de technicité et ne sont pas forcément spécialisés.
- La problématique de l'hospitalisation en médecine n'est pas tant la pénurie de lits que le manque de souplesse dans les organisations pour réguler les flux et ajuster la programmation des lits et l'impossibilité de « réserver » des lits à ces admissions directes.

Dans les « petits » hôpitaux, l'accès au plateau médicoteknique doit être possible autant pour répondre aux besoins externes qu'aux besoins des personnes hospitalisées.

Le développement des places d'hôpital de jour permettrait la programmation regroupée d'examen et de soins de nouveaux patients, non limités au post hospitalisation complète.

Pour le CMG, les besoins de lits de proximité ne concernent pas seulement les hôpitaux de proximité en zones désertes, un CHU doit aussi pouvoir assurer ce type d'accueil de proximité.

A la lecture du compte-rendu du GT du 5 juin, le CMG se désolidarise des propos de la FSM qui estime la compétence des médecins généralistes incompatible avec la pratique de la médecine polyvalente à l'hôpital. Cela traduit une différence de perception sur les pratiques de la médecine générale ambulatoire. Pour le CMG, la médecine polyvalente a une approche transversale de la médecine somatique. La gériatrie en est un exemple.

(CMG) Le collège national des généralistes enseignants a produit un « manifeste pour un système de santé organisé (document joint à la fiche réflexe).

II. Hôpitaux de proximité : Actualités du projet

Stabilisation de l'article de loi relatif aux missions des hôpitaux de proximité (adoption Sénat).

Comité de concertation du 21 juin :

- Premières propositions sur le modèle de financement des hôpitaux de proximité
- Etat des travaux et des réflexions sur la gouvernance des hôpitaux de proximité

Prochaines étapes

- Mesure PLFSS pour 2020 et stabilisation d'un modèle transitoire pour de premières labellisations en 2020

Exemples « potentiels » de futurs hôpitaux de proximité : CH local du Sud-ouest Mayennais ; Clinique Monié ; Centre hospitalier d'Avallon ; Polyclinique de Riaumont

Ces exemples mettent en évidence profils d'établissement qui peuvent être différents (avec notamment, la réalisation d'actes type endoscopie) mais avec un « tronc commun » (CMD4, 5 et 23 notamment).

ENSEIGNEMENTS RETENUS

- Un besoin de souplesse identifié dans l'évolution des modalités de gouvernance en proximité pour s'adapter à la variété des situations juridiques et territoriales ;
- Un enjeu relatif à la gouvernance qui dépasse à ce stade la question de la composition d'instances administratives ;

- Un équilibre à trouver entre incitations/obligations pour favoriser l'adhésion des acteurs ;
- A ce stade, il est plutôt envisagé de faciliter la mise en place :
 - d'espace de création/mise en œuvre les projets articulés sur le territoire
 - d'un cadre de formalisation d'accords entre acteurs pour la réalisation et le financement des missions des hôpitaux de proximité
- Une nécessité préalable de définir les besoins des acteurs pour enclencher des dynamiques territoriales autour des soins et services de proximité.

III. Gradation de l'activité de médecine adulte – Définitions

Définition « chapeau » activité de soins de médecine - Proposition V0

« L'activité de soins de médecine comprend 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. »

Gradation de l'activité de soins de médecine – Hypothèse de liste de mentions

L'autorisation d'activité de soins de médecine s'exerce selon les mentions suivantes

- Médecine adulte A « Médecine » ou Médecine de proximité »
- Médecine adulte B « Médecine de recours » mention A)
- Médecine pédiatrique ou « Médecine enfants-adolescents »
- Endoscopies

Médecine adulte – Définitions Mention A et Mention B

La mention A comprenant la prise en charge médicale polyvalente, des patients majeurs.

La mention B comprenant, en sus de la prise en charge en mention A, les prises en charges spécialisées notamment celles nécessitant une expertise médicale approfondie ou dans le cas de situations à risque.

Au final, la DGOS interroge le GT sur la pertinence de mettre en place une gradation en médecine ?

Elle rappelle l'objectif de la réforme : simplification et souplesse

(FHP MCO) Il est nécessaire de garder, en effet, une souplesse, une ouverture avec possibilité « d'upgrade » des établissements autorisés en médecine (en fonction des besoins). Le risque est de « figer » la situation pendant un certain nombre d'années.

La médecine est également en interface avec de nombreuses autres autorisations (cf. schéma ci-dessous).

Une gradation entrainerait une complexité+++ entre les différentes autorisations et leurs « interactions » (cf. travaux en cours d'articulation entre la chirurgie des cancers et le chirurgie).

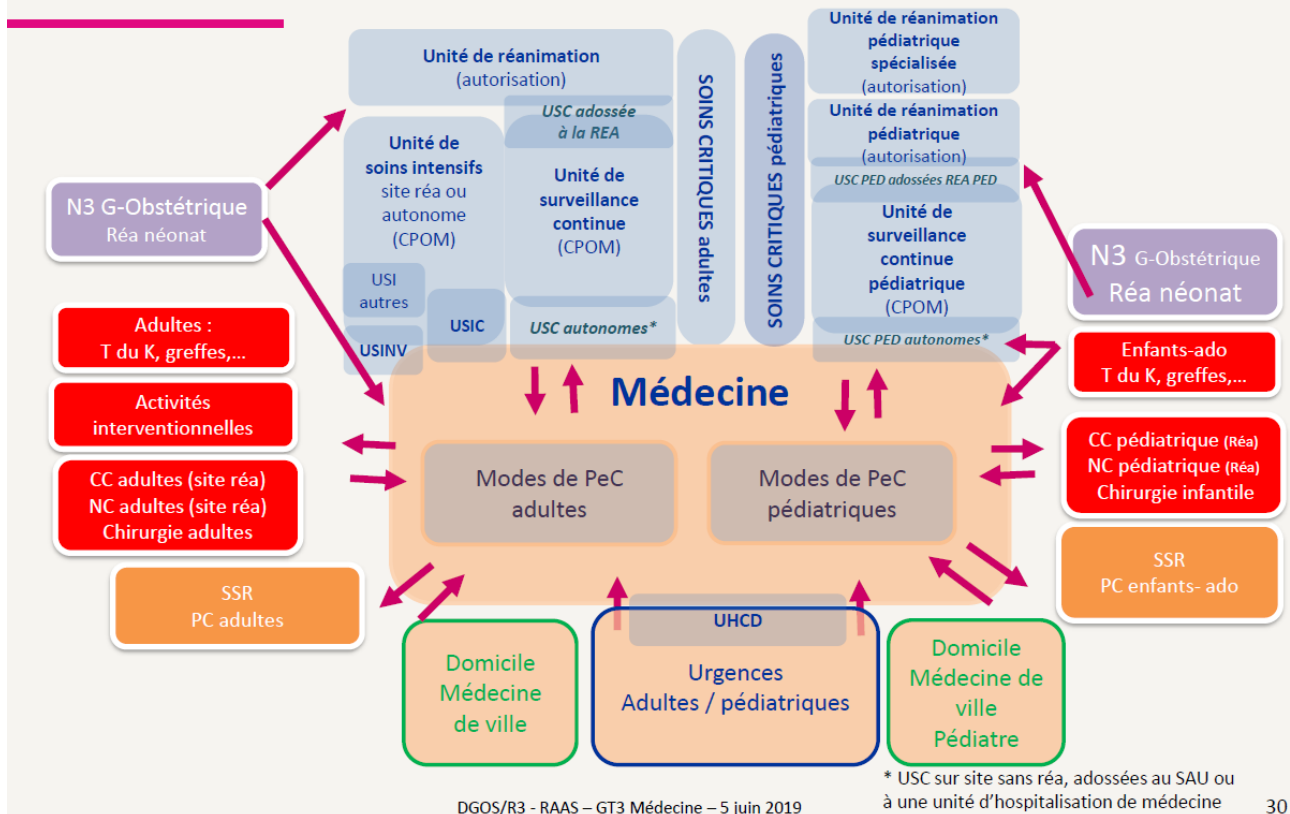
(FHF) La FHF semble également partager le même positionnement concernant la « non pertinence » de la mise en place d'une gradation en médecine.

(FHP MCO) A priori, il est déjà acté une différenciation adulte/pédiatrie pour la médecine. Encore une fois, il ne faudrait pas aller plus loin avec un impact important (négatif) sur l'offre de soins.



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

ENVIRONNEMENT DE L'ACTIVITÉ DE SOINS DE MÉDECINE INTERFACES MULTIPLES AVEC LES AUTRES ACTIVITÉS DE SOINS



DGOS/R3 - RAAS - GT3 Médecine - 5 juin 2019

* USC sur site sans réa, adossées au SAU ou à une unité d'hospitalisation de médecine 30

Demande la DGOS d'ici le 18 septembre : transmission d'un projet des différents participants du cadre de la médecine : gradation ou non ?

(FHP MCO) La FHP MCO demande si l'autorisation de médecine regroupera l'HDJ et l'HC (DGOS) Oui, cette future autorisation « embarquera » bien ces deux modalités.

Prochaines étapes :

- Mercredi 18 septembre 2019
- Mercredi 23 octobre 2019
- Mercredi 27 novembre 2019
- Décembre si besoin

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

- Modification des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement pour les activités de médecine