

FICHE REFLEXE – n° 2019 - 09 – n°102 - TB/MD

Objet : : GT Activité de soins de médecine – GT 6 – Après-midi : Médecine adulte

Date de réunion : 18/09/19

Rédacteur : Thierry BECHU / Dr Matthieu DERANCOURT

Participants à la réunion : CNP Gériatrie, CNP Neurologie, FSM, FHP MCO, FEHAP, FHF, SFMG, ARS, CNP Médecine polyvalente, CNP Pédiatrique, FFMP (fédération française de médecine polyvalente)

Problématique / Ordre du Jour :

Actualités de la réforme
Restitution GT médecine pédiatrique de la matinée
Orientation stratégique du GT sur la gradation « médecine
CI-CTF : traduction de l'orientation stratégique dans les conditions d'autorisation générales et particulières
Informations sur la réforme des Hôpitaux de Proximité (point non abordé en séance)

Documents de référence : Propositions de la Fédération des spécialités médicale (FSM), Contribution de la FFMP (fédération française de médecine polyvalente), réforme des Hôpitaux de Proximité

En préambule

Avancement en parallèle des GT soins critiques et GT médecine : projets de décrets attendus pour la fin du 2e semestre 2019

Réflexion en cours sur la frontière entre les soins critiques et la médecine (et la chirurgie) :

- Interrogation sur la place et le devenir des USC « autonomes » adossées aux spécialités médicales sur des site d'ES sans réanimation.
- Réflexion sur la pertinence de leur maintien dans le champ des soins critiques ou de leur bascule dans le champ des activités de soins de médecine (et de chirurgie).

Encadrement de la pratique des endoscopies :

En raison de la multiplicité des opérateurs dans un environnement interventionnel, la DGOS envisage des CTF spécifiques transversales distincte du régime d'autorisation de médecine qui s'y référerait pour la réalisation des endoscopies sur les sites autorisés.

Point 1 : Orientation stratégique du GT sur la gradation « médecine »

Synthèse des avis et contributions des membres du GT sur la gradation des soins de médecine et sur les conditions socle d'autorisation

Présentation position FHP MCO

« La FHP MCO soutient la proposition d'une absence de gradation concernant la médecine.

Il est nécessaire de préserver une souplesse en laissant la possibilité aux établissements de santé autorisés en médecine de s'adapter aux besoins de leur territoire de santé. Le risque est de « figer » la situation ne permettant pas d'accompagner les évolutions des prises en charge sur le territoire de santé.

De plus, la médecine est en interface avec de nombreuses autres autorisations (urgences, chirurgie, cardiologie, ...). Une gradation entrainera une complexité croissante entre les différentes autorisations et leurs « interactions » à l'instar des difficultés actuelles constatées (juillet 2019) à établir un lien fonctionnel entre un schéma organisationnel en cancérologie et en chirurgie.

Seul un point doit être traité afin d'éviter tout débat dans la délivrance des autorisations : la médecine qui nécessite le recours à un plateau technique (exemple de la gastro-entérologie) et celle qui n'en nécessite pas. Les projets de texte de 2010, jamais publiés, avaient tenté d'apporter une réponse en spécifiant bien la « médecine technique » des « autres médecines ».

Il conviendra de ne pas compartimenter la médecine en la « découpant » en « tuyaux d'orgue » pour préserver la souplesse d'adaptation des organisations et garantir la simplification des dispositions réglementaires.

Dans cet esprit, il conviendrait d'avoir une approche semblable à celle de la chirurgie, à savoir, ne plus avoir d'autorisation spécifique pour la médecine « ambulatoire » (Hospitalisation de Jour), mais bien une autorisation globale de médecine d'hospitalisation complète et d'ambulatoire. »

(FHP MCO) Pourquoi la notion de médecine technique ? Essentiellement afin de « répondre » à certaines initiatives d'ARS : interprétations différentes concernant l'autorisation d'endoscopie.

Exemple : dossier d'hospitalisation à temps partiel pour l'activité de gastro-entérologie alors que l'établissement a déjà une autorisation d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire

(ARS Normandie) En effet, « interprétation variable » : HDJ médicale avec uniquement endoscopies et dans chirurgie ambulatoire, endoscopies également. Nécessité d'une clarification : actuellement statu quo.

(FSM) Favorable à cette proposition.

(FHF) Rappel de la notion de pertinence de l'actes d'endoscopie.

Présentation position FHF

Préalable :

L'autorisation de médecine est obligatoirement assortie de lits d'hospitalisation complète et de jour sur place. Il convient par ailleurs de distinguer deux autorisations : une adulte et une pédiatrique.

Deux scénarii alternatifs peuvent être envisagés à ce stade

1- Possibilité 1 : gradation de médecine en deux niveaux

- Un premier niveau « socle » de médecine incluant le plateau d'endoscopies,
- Un second niveau qui comporterait en sus du niveau 1, des plateaux techniques de spécialité (plateaux techniques non invasifs en pneumologie, neurologie, cardiologie) suivant les besoins du territoire et les équipements et compétences de l'établissement, o des unités de soins renforcés (ex-USC).

L'avantage de cette solution est d'avoir un socle commun obligatoire pour toutes les régions et donne de ce fait une lisibilité nationale des autorisations de médecine et un pilotage plus homogène sur le territoire.

2- Possibilité 2 : autorisation de médecine unique et mention « soins renforcés »

Dans cette seconde possibilité, il n'y aurait qu'une autorisation unique de médecine avec une mention plateaux techniques spécialisés, une mention endoscopies et une mention soins renforcés (faisant référence aux unités de soins renforcés).

Cette option est plus souple mais le fait de fonctionner en mentions engendre une hétérogénéité sur le territoire (lisibilité et surveillance hétérogène des mentions par les ARS).

Les unités de soins renforcés :

Les unités de soins renforcés peuvent regrouper des patients chirurgicaux et médicaux de la même spécialité ; elles disposent d'équipements particuliers (scope, traitement de l'air, SAS à pression négative et positive pour les patients infectieux, etc.) et nécessitent une surveillance adaptée requérant un ratio de personnel supérieur à celui des unités de médecine. Par conséquent, quel que soit le scénario envisagé, ces unités doivent être identifiées afin d'être éligibles au supplément de surveillance continue.

Avis ARS Grand Est

« ...la définition de l'autorisation de médecine en deux niveaux semble difficilement opérante, car nécessitant de définir finement les activités relevant des niveaux définis, l'articulation avec les soins critiques et les conséquences en termes de facturation - point important sans lequel la définition d'une gradation n'a pas de pertinence.

Cela étant posé, la gradation pourrait recouvrir soit une autorisation en deux niveaux, soit une structuration autour d'un tronc commun et de mentions sur un principe similaire à celles du SSR.

A ce stade, une certaine souplesse devrait être laissée aux acteurs afin de pouvoir, en fonction de l'offre sur les différents territoires, répondre au mieux aux enjeux de santé publique, tenant compte, entre autres, de la démographie des différents professionnels.

Cette souplesse est également nécessaire afin que les GHT et CPTS puissent assurer leur rôle dans l'analyse des besoins des territoires et contribution à la gradation des soins.

En ce qui concerne la pédiatrie, cette scission n'apparaît pas souhaitable car source de rigidité. La prise en charge des enfants est aujourd'hui assurée dans les services de pédiatrie sans qu'il ne soit nécessaire de le définir réglementairement. La démographie des pédiatres sur notre territoire, les enjeux de proximité de cette offre, et l'analogie avec l'offre ambulatoire qui permet la prise en charge des enfants par les médecins généralistes - ces derniers médicalisant les services de médecine de proximité - ne plaident pas pour la création de cette scission entre adulte et enfant.

Une scission entrainerait également par ailleurs de devoir définir l'âge limite des patients relevant de la pédiatrie. Si la majorité constituait une limite en deçà de laquelle une admission dans un service de pédiatrie était nécessaire, il ne nous semble pas que cela ne réponde ni à la question de la compétence médicale, la période de 0 à 18 ans étant extrêmement large, ni à la question des équipements. Par ailleurs la question de l'admission d'un enfant dans un service de médecine non pédiatrique, nécessiterait-elle une dérogation ? Et qui la fera et sur quelle base ? »

(ARS GE) : actuellement, avec l'autorisation de médecine, « on ne sait pas trop ce qui se passe » mais en même temps il ne faut pas mettre un cadre de santé réglementaire trop contraignant

Propositions de la Fédération des spécialités médicale (FSM) – Regroupe les CNP - 14 réponses formelles.

5 en cours de réflexion :

- CNP cardiologie
- CNP d'hépatologie et gastroentérologie
- CNP néphrologie
- CNP d'ORL
- CNP de rhumatologie
-

9 CNP représentés en réunion du GT :

- CNP d'allergologie
- CNP d'addictologie
- CNP dermatologie et vénéréologie
- CNP d'endocrinologie, diabétologie et nutrition
- CNP de gériatrie
- CNP de médecine interne
- CNP de médecine du sport
- CNP de médecine vasculaire
- CNP de neurologie

Ces contributions sont en pièce jointe de la fiche réflexe.

De manière générale, les CNP proposent des gradations à 2, 3 voire 4 niveaux.

La DGOS rappelle la « différence » entre les niveaux de référence présentés et la gradation éventuellement envisagée dans le cadre du régime des autorisations.

Contribution de la SFMG (société française de médecine générale)

Cf. fiche réflexe précédente N°79 – Juillet 2019

Dans un système de santé ainsi organisé et hiérarchisé, la logique et la complémentarité des parcours de soins des patients entre premier, second et troisième recours, entre ville et hôpital, s'articulent grâce à :

- Un secteur de 1^{re} ligne, formé par les équipes de soins primaires autour des médecins généralistes dans l'environnement des patients, s'exerçant au sein des cabinets médicaux, des maisons et centres de santé pluri professionnels et des établissements de santé communautaires de proximité. Ce secteur est coordonné sur les territoires par les CPTS prévues par le législateur.
- Un secteur de 2^e ligne, exercé par les spécialistes de second recours sollicités pour leur expertise spécifique et technique, mis en œuvre dans le secteur ambulatoire ou hospitalier et coordonné avec les équipes de soins de santé primaires au sein des CPTS.
- Un secteur de 3^e ligne s'exerçant dans les centres hospitaliers généraux, cliniques privées et CHU, regroupant les plateaux techniques et coordonné sous l'égide des GHT.

Contribution de la FFMP (fédération française de médecine polyvalente)

Elle représente environ 8000 médecins MP

La FFMP est également en faveur d'une gradation. Sans précision supplémentaire.

La contribution de la FFMP est également en pièce jointe à cette fiche réflexe.

Point 2 : Gradation de l'activité de soins en médecine

Conditions de délivrance d'une autorisation par le DGARS :

PRS : conformité aux OQOS d'implantations définies par zone pour l'activité de soins de médecine

CI-CTF : respect des dispositions réglementaires applicables à la (aux) mention(s) de l'activité autorisée

Dans l'hypothèse d'une autorisation graduée

Médecine de recours

Médecine

(dont hôpitaux de proximité)

Dans l'hypothèse d'une autorisation globale

Médecine

L'autorisation d'activité de soins de médecine pourrait s'exercer selon les **mentions suivantes** :

- **Mention Médecine**
- **Mention Médecine de recours**
- **Mention Médecine de recours pédiatrique**

- **Mention Médecine**
- **Mention Médecine pédiatrique**

(Représentant des gériatres) Quid de la gériatrie ?

(FHF) 2 niveaux :

Niveau socle 1 avec plateau technique endoscopie

Niveau socle 2 avec niveaux de soins plus élevés, unités de soins renforcés

(FHP MCO) Quid de la déclinaison opérationnelle par les ARS ? Schéma régional de santé, OQOS....

Dispositions générales (communes adultes – enfants)

Définition : l'ensemble du champ de la médecine « polyvalente et spécialisée »

Environnement socle requis :

- Moyens de prise en charge : en ambulatoire (ACE, HDJ) et en hospitalisation complète.
- Conditions d'accueil et d'hospitalisation : en admission programmée et en admission directe pour une prise en charge immédiate ou dans des délais rapprochés, sur demande expresse du médecin de ville ou hospitalier, en lien avec la cellule de gestion des lits
- Télémédecine
- Accès aux examens d'imagerie médicale et de biologie médicale, sur site ou par convention
- Protocole des transferts de patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge en soins critiques lorsque le site n'en dispose pas.
- Organisation de l'accès à la réalisation d'endoscopies, sur site ou par convention

Point 3 : Informations sur la réforme des Hôpitaux de Proximité

Ce point n'a pas été abordé en séance. Présentation jointe à la fiche réflexe.

Synthèse / Points à retenir

Réflexion en cours sur la frontière entre les soins critiques et la médecine (et la chirurgie) :

- Interrogation sur la place et le devenir des USC « autonomes » adossées aux spécialités médicales sur des sites d'ES sans réanimation.
- Réflexion sur la pertinence de leur maintien dans le champ des soins critiques ou de leur bascule dans le champ des activités de soins de médecine (et de chirurgie).

Encadrement de la pratique des endoscopies :

En raison de la multiplicité des opérateurs dans un environnement interventionnel, la DGOS envisage des CTF spécifiques transversales distinctes du régime d'autorisation de médecine qui s'y référerait pour la réalisation des endoscopies sur les sites autorisés.

Point 1 : Orientation stratégique du GT sur la gradation « médecine »

Synthèse des avis et contributions des membres du GT sur la gradation des soins de médecine et sur les conditions socle d'autorisation

Présentation position FHP MCO

« La FHP MCO soutient la proposition d'une absence de gradation concernant la médecine.

Il est nécessaire de préserver une souplesse en laissant la possibilité aux établissements de santé autorisés en médecine de s'adapter aux besoins de leur territoire de santé. Le risque est de « figer » la situation ne permettant pas d'accompagner les évolutions des prises en charge sur le territoire de santé.

De plus, la médecine est en interface avec de nombreuses autres autorisations (urgences, chirurgie, cardiologie, ...).

Une gradation entrainera une complexité croissante entre les différentes autorisations et leurs « interactions » à l'instar des difficultés actuelles constatées (juillet 2019) à établir un lien fonctionnel entre un schéma organisationnel en cancérologie et en chirurgie.

Seul un point doit être traité afin d'éviter tout débat dans la délivrance des autorisations : la médecine qui nécessite le recours à un plateau technique (exemple de la gastro-entérologie) et celle qui n'en nécessite pas.

Dans cet esprit, il conviendrait d'avoir une approche semblable à celle de la chirurgie, à savoir, ne plus avoir d'autorisation spécifique pour la médecine « ambulatoire » (Hospitalisation de Jour), mais bien une autorisation globale de médecine d'hospitalisation complète et d'ambulatoire. »

Présentation position FHF

Préalable :

L'autorisation de médecine est obligatoirement assortie de lits d'hospitalisation complète et de jour sur place. Il convient par ailleurs de distinguer deux autorisations : une adulte et une pédiatrique.

Deux scénarii alternatifs peuvent être envisagés à ce stade

1- Possibilité 1 : gradation de médecine en deux niveaux

- Un premier niveau « socle » de médecine incluant le plateau d'endoscopies,
- Un second niveau qui comporterait en sus du niveau 1, des plateaux techniques de spécialité (plateaux techniques non invasifs en pneumologie, neurologie, cardiologie) suivant les besoins du territoire et les équipements et compétences de l'établissement, o des unités de soins renforcés (ex-USC).

L'avantage de cette solution est d'avoir un socle commun obligatoire pour toutes les régions et donne de ce fait une lisibilité nationale des autorisations de médecine et un pilotage plus homogène sur le territoire.

2- Possibilité 2 : autorisation de médecine unique et mention « soins renforcés »

Dans cette seconde possibilité, il n'y aurait qu'une autorisation unique de médecine avec une mention plateaux techniques spécialisés, une mention endoscopies et une mention soins renforcés (faisant référence aux unités de soins renforcés).

Cette option est plus souple mais le fait de fonctionner en mentions engendre une hétérogénéité sur le territoire (lisibilité et surveillance hétérogène des mentions par les ARS).

Les unités de soins renforcés :

Les unités de soins renforcés peuvent regrouper des patients chirurgicaux et médicaux de la même spécialité ; elles disposent d'équipements particuliers (scope, traitement de l'air, SAS à pression négative et positive pour les patients infectieux, etc.) et nécessitent une surveillance adaptée requérant un ratio de personnel supérieur à celui des unités de médecine. Par conséquent, quel que soit le scénario envisagé, ces unités doivent être identifiées afin d'être éligibles au supplément de surveillance continue.

Avis ARS Grand Est

La gradation pourrait recouvrir soit une autorisation en deux niveaux, soit une structuration autour d'un tronc commun et de mentions sur un principe similaire à celles du SSR.

A ce stade, une certaine souplesse devrait être laissée aux acteurs afin de pouvoir, en fonction de l'offre sur les différents territoires, répondre au mieux aux enjeux de santé publique, tenant compte, entre autres, de la démographie des différents professionnels.

Cette souplesse est également nécessaire afin que les GHT et CPTS puissent assurer leur rôle dans l'analyse des besoins des territoires et contribution à la gradation des soins.

Propositions de la Fédération des spécialités médicale (FSM) – Regroupe les CNP - 14 réponses formelles.

5 en cours de réflexion : CNP cardiologie, CNP d'hépatologie et gastroentérologie, CNP néphrologie, CNP d'ORL, CNP de rhumatologie

9 CNP représentés en réunion du GT : CNP d'allergologie, CNP d'addictologie, CNP dermatologie et vénéréologie, CNP d'endocrinologie, diabétologie et nutrition, CNP de gériatrie, CNP de médecine interne, CNP de médecine du sport, CNP de médecine vasculaire, CNP de neurologie

Ces contributions sont en pièce jointe de la fiche réflexe.

De manière générale, les CNP proposent des gradations à 2, 3 voire 4 niveaux.

La DGOS rappelle la « différence » entre les niveaux de référence présentés et la gradation éventuellement envisagée dans le cadre du régime des autorisations.

Contribution de la SFMG (société française de médecine générale)

Cf. fiche réflexe précédente N°79 – Juillet 2019

Dans un système de santé ainsi organisé et hiérarchisé, la logique et la complémentarité des parcours de soins des patients entre premier, second et troisième recours, entre ville et hôpital, s'articulent grâce à :

- Un secteur de 1^{re} ligne, formé par les équipes de soins primaires autour des médecins généralistes dans l'environnement des patients, s'exerçant au sein des cabinets médicaux, des maisons et centres de santé pluri professionnels et des établissements de santé communautaires de proximité. Ce secteur est coordonné sur les territoires par les CPTS prévues par le législateur.
- Un secteur de 2^e ligne, exercé par les spécialistes de second recours sollicités pour leur expertise spécifique et technique, mis en œuvre dans le secteur ambulatoire ou hospitalier et coordonné avec les équipes de soins de santé primaires au sein des CPTS.
- Un secteur de 3^e ligne s'exerçant dans les centres hospitaliers généraux, cliniques privées et CHU, regroupant les plateaux techniques et coordonné sous l'égide des GHT.

Contribution de la FFMP (fédération française de médecine polyvalente)

Elle représente environ 8000 médecins MP - La FFMP est également en faveur d'une gradation. Sans précision supplémentaire.

La contribution de la FFMP est également en pièce jointe à cette fiche réflexe.

Point 2 : Gradation de l'activité de soins en médecine

Conditions de délivrance d'une autorisation par le DGARS :

PRS : conformité aux OQOS d'implantations définies par zone pour l'activité de soins de médecine
CI-CTF : respect des dispositions réglementaires applicables à la (aux) mention(s) de l'activité autorisée

Dans l'hypothèse d'une autorisation graduée

Médecine de recours

Médecine

(dont hôpitaux de proximité)

Dans l'hypothèse d'une autorisation globale

Médecine

L'autorisation d'activité de soins de médecine pourrait s'exercer selon les **mentions suivantes** :

- **Mention Médecine**
- **Mention Médecine de recours**
- **Mention Médecine de recours pédiatrique**

- **Mention Médecine**
- **Mention Médecine pédiatrique**

Dispositions générales (communes adultes - enfants)

Définition : l'ensemble du champ de la médecine « polyvalente et spécialisée »

Environnement socle requis :

- Moyens de prise en charge : en ambulatoire (ACE, HDJ) et en hospitalisation complète.
- Conditions d'accueil et d'hospitalisation : en admission programmée et en admission directe pour une prise en charge immédiate ou dans des délais rapprochés, sur demande expresse du médecin de ville ou hospitalier, en lien avec la cellule de gestion des lits
- Télémédecine
- Accès aux examens d'imagerie médicale et de biologie médicale, sur site ou par convention
- Protocole des transferts de patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge en soins critiques lorsque le site n'en dispose pas.
- Organisation de l'accès à la réalisation d'endoscopies, sur site ou par convention

Point 3 : Informations sur la réforme des Hôpitaux de Proximité

Non abordé en séance.

Prochaines étapes

- 23 octobre 2019 : matin « pédiatrie » et après-midi « adultes »
- 11 décembre 2019 : projet de texte ?

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.