

HOPITAL DE PROXIMITE

Labellisation

La stratégie « Ma santé 2022 » prévoyait que d'ici 2022, soient labellisés 500 à 600 hôpitaux de proximité. Ces établissements devant permettre aux patients de bénéficier d'un premier niveau de réponse médicale au plus près de leur lieu de vie. Ces hôpitaux devront également contribuer au renforcement de l'accès aux soins grâce à des coopérations étroites avec les professionnels libéraux.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a défini les missions des hôpitaux de proximité en posant les principes suivant :

- les hôpitaux de proximité constituent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers ;
- leur fonctionnement est spécifique et décloisonné. Les hôpitaux de proximité prennent en compte, en cible, les projets des communautés professionnelles de santé dans le cadre d'une responsabilité territoriale partagée avec la médecine de ville ;
- les hôpitaux de proximité sont investis dans des missions partagées et assurées en complémentarité avec les acteurs du territoire ;
- les hôpitaux de proximité ont un périmètre d'activités défini :
 - des activités obligatoires : l'activité de médecine, une offre de consultations de spécialités complémentaires à l'offre libérale disponible et l'accès à des plateaux techniques ;
 - des activités exclues : la chirurgie et l'obstétrique ;
 - des activités optionnelles : la médecine d'urgence, les centres périnataux de proximité, les soins palliatifs, etc.

Il existe cependant une possible dérogation concernant la pratique de certains actes de chirurgie programmée puisque le directeur de l'ARS peut, à titre dérogatoire, autoriser un hôpital de proximité à exercer certains actes, compte tenu de l'offre présente sur le territoire. La liste des actes pouvant faire l'objet de cette dérogation est arrêtée par le ministre de la santé après avis de la Haute Autorité de santé.

Outre la définition des missions des hôpitaux de proximité, l'article 35 de la loi OTSS habilite le Gouvernement, dans un délai de 18 mois, à légiférer par voie d'ordonnance sur trois points :

- la procédure de labellisation des hôpitaux de proximité ;
- les modalités selon lesquelles une structure dépourvue de la personnalité morale peut devenir hôpital de proximité ;
- les modalités de fonctionnement et de gouvernance spécifiques aux hôpitaux de proximité.

C'est dans ce cadre que vient de paraître l'ordonnance relative à la labélisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité.

Ce texte rappelle que la labélisation est volontaire et que par conséquent l'établissement est libre de candidater ou non au label « hôpital de proximité ».

Le directeur de l'ARS arrête la liste des établissements retenus. L'hôpital de proximité doit obligatoirement conclure une convention entre lui et les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire afin de mettre en place une gouvernance commune et propice à la conduite de projets locaux au service des besoins de santé des populations. Les modalités de cette gouvernance sont laissées volontairement souples afin de permettre aux acteurs de terrain de s'en saisir et de mettre en place les instances les plus adaptées à la diversité des situations

territoriales. Ainsi, les parties à cette convention peuvent être des établissements, une ou plusieurs communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ou d'autres acteurs de santé relevant du Code de la Santé publique, ou des collectivités territoriales.

Une obligation de conclure une seconde convention est également posée pour l'hôpital de proximité de statut public et l'établissement support de son groupement hospitalier de territoire afin d'organiser plus spécifiquement les relations entre le groupement et l'hôpital de proximité dans l'exercice de ses missions.

Enfin, dans l'objectif de faciliter l'organisation des coopérations nécessaires à la réalisation des missions, une possibilité est offerte pour les hôpitaux de proximité de statut public d'intégrer des personnalités extérieures, notamment des représentants de la communauté professionnelle territoriale de santé, avec voix délibérative dans leur commission médicale d'établissement et/ou leur directoire.

Le décret décrit les conditions d'éligibilité à l'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité et le contenu du dossier de candidature.

Le dossier de labellisation « hôpital de proximité » vient également d'être publié.

Les éléments du dossier portent sur la description générale de l'établissement et de son bassin de population (inscription dans les filières de soins, rôle dans les réponses d'aval, relation avec les Ehpad, ...) sur l'organisation du lien avec les acteurs du territoire le projet d'établissement. Le label « hôpital de proximité » est attribué sans condition de durée. Cependant, le cadre réglementaire prévoit plusieurs situations pouvant conduire l'établissement à ne plus être reconnu comme tel : la sortie volontaire, la caducité de l'autorisation de médecine, l'évolution de l'offre proposée par l'établissement, le non-respect des conditions minimales de qualité et de sécurité des soins ou la non-réalisation des missions définies par la loi.



Ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité. JO du 13 mai 2021. Décret n° 2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité JO 13 mai 2021. Arrêté du 2 juin 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité par les directeurs généraux des agences régionales de santé J.O. du 5 juin 2021.

CONFERENCES REGIONALES DE SANTE ET DE L'AUTONOMIE (CRSA)

Renouvellement

Comme nous avons pu vous le dire à plusieurs reprises, l'année 2021 verra le renouvellement des Conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA).

Les dates de ce renouvellement sont différentes d'un territoire à l'autre, mais plusieurs régions ont, d'ores-et-déjà lancé leur appel à candidatures.

Il est donc important que les Uraf, qui peuvent coordonner au sein de leur région les candidatures venant éventuellement des Udaf, soient attentives à ces appels et travaillent en collaboration avec les URAASS, afin de s'entendre préalablement sur les listes de candidatures.

Les conditions de renouvellement, ainsi que les dossiers de candidatures se trouvent sur les sites des différentes ARS.

Les représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux siègent au sein du collège n°2, composé de neuf titulaires et dix-huit suppléants, représentant les associations agréées d'usagers. Ce collège n°2 comportera, outre les représentants des associations d'usagers agréées, cinq représentants des associations de retraités et personnes âgées et cinq représentants des associations de personnes handicapées. Les membres de la CRSA sont nommés par arrêté du directeur général de l'ARS pour un mandat, exercé à titre gratuit, d'une durée de cinq ans, renouvelable.

PROJET REGIONAL DE SANTE

Simplexification de la révision


Le projet régional de santé (PRS) et les éléments qui le constituent (plan stratégique régional de santé, schéma régional de santé, programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies), sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis. Le décret distingue dorénavant la procédure quand il y a un renouvellement, ou lorsqu'il y a une révision partielle sans modification de son économie générale. Cette distinction devrait permettre à l'avenir de faciliter les révisions partielles. Le directeur général d'ARS devra donc recueillir l'avis :

1° Lorsqu'ils arrivent à leur échéance : De la Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie ; Des Conseils départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie; Du préfet de région ; Des collectivités territoriales de la région ;

2° Lorsqu'ils sont révisés partiellement et sans modification de leur économie générale avant leur échéance, de la Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie et pour le Schéma régional de Santé, des Conseils départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie.

Le décret précise que le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé donne un avis sur le projet régional de santé et les éléments qui le constituent, avant qu'ils ne soient arrêtés ou révisés.

Il distingue - ce qui est également nouveau - un délai différent pour rendre un avis concernant le PRS (3 mois), ce délai est de 2 mois quand cela porte sur une révision.

 Décret n° 2021-708 du 3 juin 2021 relatif à la procédure de révision du projet régional de santé J.O. du 4 juin 2021 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043596780>

PROJET DE LOI

Générationnaires solidaires

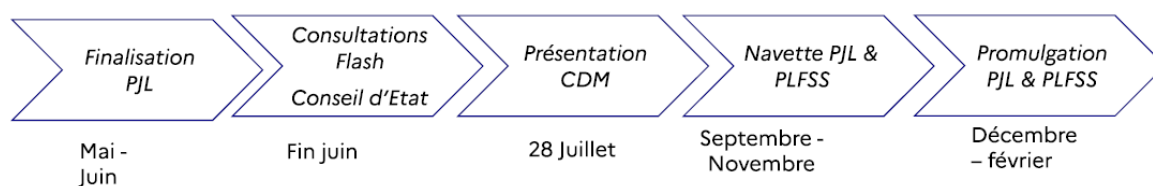
Il semblerait que le projet de loi sur le grand âge sorte enfin du bois.


Ce texte qui s'appellera non plus « Grand Age et Autonomie », mais « Générationnaires Solidaires », veut être - selon ses auteurs - une réponse sociale dans l'après crise. Il se donne comme objectif de permettre à chacun de vieillir « chez soi » et de renforcer les solidarités entre générationnaires.

Ce projet de loi serait organisé autour de quatre axes : 1/ une offre transformée, pour répondre à la crise et maîtriser la trajectoire financière ; 2/ des transformations pour la vie quotidienne des personnes âgées de leurs aidants ; 3/ une valorisation de la filière de l'autonomie (économie et emploi) ; 4/ une filière qui s'ancre dans les territoires et crée un nouveau partenariat exigeant entre l'Etat et les départements.

Le texte initial devrait être composé d'une vingtaine d'articles. Il sera complété par des mesures inscrites dans des articles du PLFSS, qui seront plus techniques (réforme du financement des Ehpad et de l'architecture financière du secteur).

Le calendrier devrait être le suivant :



 Ministère chargé de l'autonomie.

Un rapport sévère sur l'organisation des soins de l'enfant

Un rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales concernant la pédiatrie et l'organisation des soins de l'enfant en France vient d'être publié.

Ce rapport dresse un panorama des professionnels de santé de l'enfant, qui se révèle préoccupant. Les auteurs soulignent que les différentes composantes de la médecine ambulatoire de l'enfant sont en crise.

Ainsi, la pédiatrie libérale connaît un recul démographique important, particulièrement marqué pour les pédiatres de secteur 1.

Actuellement, 8 départements connaissent une densité inférieure à un pédiatre pour 100000 habitants et l'âge moyen des pédiatres libéraux laisse présager une aggravation de la situation, puisque 44 % d'entre eux ont plus de 60 ans. Cette situation pose une question majeure d'accès aux soins pédiatriques pour certaines populations. Cet enjeu est renforcé par la contraction des effectifs médicaux de la PMI et de la médecine scolaire, dont le rôle préventif est essentiel, en particulier auprès des plus précaires. L'Unaf, qui a été auditionnée par les membres de l'IGAS, avait d'ailleurs souligné ces éléments concernant les difficultés d'accès à la pédiatrie.

Les rédacteurs soulignent également que les médecins généralistes jouent un rôle important et croissant dans la prise en charge des enfants : ils assurent plus de 85% des consultations de ville des enfants de moins de 16 ans. Leur formation à la médecine de l'enfant, même si elle a été récemment renforcée, reste hétérogène et insuffisante au regard de ce rôle prépondérant.

Le rôle déclinant joué par la pédiatrie libérale dans le suivi de l'enfant contribue à sa crise identitaire. Les missions assumées par les pédiatres de ville sont aujourd'hui proches de celles des médecins généralistes et leurs positionnements respectifs apparaissent peu complémentaires. Les pédiatres assument un important rôle de suivi préventif, sans spécialisation sur les enfants ayant des besoins particuliers et jouent très peu le rôle de recours, que ce soit pour les professionnels du premier recours, ou pour les établissements hospitaliers. Leurs missions apparaissent ainsi en décalage avec leur formation très spécialisée. De même, la situation de la pédopsychiatrie est également dans une situation très difficile. Les auteurs indiquent cependant que la situation est plus favorable pour la pédiatrie hospitalière et la chirurgie pédiatrique.

Les rapporteurs observent également que le système de santé des enfants souffre aussi d'un manque de lisibilité pour les parents, qui n'identifient pas clairement le rôle des acteurs et ne connaissent pas toujours les dispositifs de suivi, tels que les examens obligatoires. La méconnaissance de l'offre en santé des enfants constitue l'un des facteurs de recours aux urgences hospitalières. Par ailleurs, le système de santé ne prend pas toujours correctement en charge les problématiques spécifiques des enfants vulnérables et des enfants souffrant de certaines pathologies. L'IGAS constate enfin que la coordination des acteurs de santé de l'enfant reste insuffisante, que ce soit entre établissements hospitaliers, entre professionnels de ville ou entre acteurs de ville et hôpital.

Face à ces situations, la mission menée par l'IGAS propose un nouveau modèle de prise en charge des enfants pour répondre à l'ensemble de leurs besoins de santé, valoriser et clarifier le rôle des acteurs de santé, en proposant notamment de recentrer la pédiatrie hospitalière et la chirurgie pédiatrique sur leur rôle de recours et valoriser l'exercice médical et paramédical. Faire évoluer la formation initiale et continue des professionnels. Développer et généraliser les coopérations territoriales pour organiser les parcours de soins pédiatriques, favoriser la prise en charge des soins non programmés et garantir le suivi de l'ensemble des enfants.



« La pédiatrie et l'organisation des soins de l'enfant en France » Emilie FAUCHIER-MAGNAN et Pr. Bertrand FENOLL Membres de l'inspection générale des affaires sociales Avec le concours de la Pr Brigitte CHABROL. Mai 2021