

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

rapport

Personnes âgées poly-pathologiques : quels enjeux de démographie médicale ?

Décembre 2019

■ ■
Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



Avertissement

Ce rapport a été réalisé à la demande de la ministre des Solidarités et de la Santé.

Les informations y figurant ont été recueillies au cours de l'année 2018 et début 2019. Il est donc possible que certaines d'entre elles aient pu évoluer depuis cette date.

Ce rapport vous présente les principaux enseignements issus du groupe de travail consacré aux impacts de l'optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques sur les besoins en formation et la répartition des professionnels de santé, plus particulièrement en médecine interne, en gériatrie, en médecine polyvalente et en médecine générale.

Les travaux de ce groupe se sont appuyés sur l'expertise des professionnels eux-mêmes, sur la base d'auditions et de contributions écrites, sur des enquêtes de terrain et sur des analyses démographiques. Les contributions des professionnels de santé enseignants, en activité et en formation sont publiées dans leur intégralité dans la Partie III du présent rapport.

Un document de travail comportant une synthèse et une étude statistique a été rédigé, en mars 2019, sous la direction de Catherine Zaidman, secrétaire générale de l'ONDPS de 2016 à 2018. Le lecteur pourra s'y référer en consultant la page internet de l'Observatoire.

Ce rapport se conclut par le point de vue du président de l'ONDPS, qui n'engage pas les membres contributeurs.

Directeur de publication: Pr Patrice Diot

Secrétaire générale, responsable de la coordination éditoriale: Agnès Bocognano

Chargée de mission: Cléo Lhermet

Chargée d'études documentaires: Valérie Evans

Création graphique et maquettage: NDBD

Diffusion: ONDPS

Éditeur: DICOM

Imprimé en France par la Dila • Dépôt légal: 2020

ISBN : 978-2-11-151614-4 • **ISSN :** en cours

■ ■
Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé



Adresse postale: 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP
Tél.: 01 40 56 89 36 – Courriel: drees-ondps@sante.gouv.fr

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).



Personnes âgées poly-pathologiques : quels enjeux de démographie médicale ?

Décembre 2019

Présentation de l'ONDPS

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a été créé par décret du 19 juin 2003 auprès du ministre chargé de la santé pour analyser les enjeux en termes de santé publique de l'évolution de la démographie des professions de santé. Il s'agit d'une instance de concertation et d'analyse, présidée par une personnalité nommée pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la santé, et regroupant un Conseil national d'orientation et les comités régionaux de l'ONDPS (dits CRONDPS).

Pour fonctionner cette instance s'appuie sur un secrétariat général composé d'une secrétaire générale, d'une chargée de mission, d'une chargée d'études documentaires, rattaché à la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère.

Sa composition : au Conseil national d'orientation siègent

Les administrations centrales chargées :

- de la politique de santé (DGS, DGOS, DSS, DREES);
- du handicap et de la dépendance (DGCS, CNSA);
- de la formation des professionnels de santé (DGESIP);

Ainsi que :

- la CNAMTS;
- le représentant du Collège des DG-ARS;
- le représentant des Régions de France;
- le représentant des usagers (France Assos Santé).

Les représentants des différentes professions de santé :

- les 7 Ordres professionnels (ONCD, CNOM, CNOMK, CNOPP, CNOP, CNOSF, ONI);
- les représentants des formateurs des professions médicales et de pharmacie (CPU, doyens des facultés de médecine, de pharmacie, d'odontologie et des enseignants en maïeutique-CNEMa et CNGE-CA);
- les représentants des étudiants et des internes de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique (ANEMF, ANEPF, ANESF, FNSIP-BM, ISNAR-IMG, ISNI, SNIO, UNECD, la Fage);
- les représentants des écoles paramédicales et des étudiants paramédicaux (ANDEP);
- le représentant de la CNCEM;
- trois personnalités qualifiées.

Dans les comités régionaux de l'ONDPS, on retrouve des représentations similaires :

- ARS, représentants des conseils de l'Ordre, du conseil régional, des fédérations hospitalières (dont la FHF, FEHAP, FHP), des unions régionales des professionnels de santé, des usagers, les observatoires régionaux de santé (ORS)...

Pour la formation :

- le Recteur de région;

- un représentant des Universités ayant un secteur santé;
- les directeurs d'UFR (médecine, pharmacie, odontologie) et les directrices d'écoles de maïeutique;
- les représentants des étudiants et des internes des professions de santé.

Ses missions :

- rassembler des données harmonisées relatives à la démographie des professionnels de santé;
- définir le cadrage et apporter l'appui méthodologique pour la production de données et d'indicateurs;
- synthétiser et diffuser les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional;
- promouvoir les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, de l'évolution de leurs métiers, et de la réponse aux besoins de santé de la population, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins;
- proposer au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision;
- réaliser des études et travaux permettant d'évaluer, en lien avec les besoins de santé exprimés au niveau de chaque région, les perspectives en matière démographique et de formation propres à la région, ainsi que les conditions d'exercice, en particulier pluri-professionnel, permettant un meilleur accès aux soins;
- assurer le secrétariat de la conférence nationale.

Pour en savoir plus sur l'ONDPS : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

REMERCIEMENTS

Cet ouvrage est le produit de la collaboration entre l'ONDPS et de nombreux partenaires du projet. L'ONDPS remercie pour leur précieuse collaboration, leur expertise, leurs contributions respectives (dont certaines ont été produites dans un délai relativement serré), leurs commentaires avisés et constructifs, leur relecture critique ou leur soutien technique, les personnes suivantes :

Sylvie Albrand	Gaétan Gavazzi	Doan Huyen Nguyen
Jean-Pierre Aquino	Jean-Pierre Gondran	Éric Pastor
Maxime Bacquet	Olivier Guérin	Maxence Pithon
Mahel Bazin	Pierre Guillet	Laure Poirat
Alexandre Bertrand	Ludovic Hery	Jacques Pouchot
Dominique Bertrand	Éric Housieaux	Yann Poulingue
Philippe Boisnault	Claude Jeandel	Élise Proutt
Jean-Baptiste Bonnet	Pierre-Alain Joseph	Axelle Pruvot
Camille Brunat	Hugo Jouhair	Olivier Rémy-Néris
Roland Cash	Mona Krichen	Vincent Renard
Arnaud Caupenne	Francis Le Moine	Isabelle Riom
Sophie Chan-Lang	Christophe Leroux	Gilberte Robain
Sarah Coffy	Victoire Leroy	Pierre-Emmanuel Roux
Gonzague Debeugny	Anne-Noëlle Machu	Daniel Sereni
Catherine Dupilet	Pascale Mathieu	Olivier Steichen
Olivier Farges	Philippe Morlat	Fabien Toutlemonde
Alexandre Farnault	Luc Mouthon	Danielle Toupillier
Francis Fauvelle	Thierry Mulsant	Fanny Urbain
Lucie Garcin	Jean-Philippe Natali	Éliane Vanhecke

Ainsi que les directeurs d'hôpitaux, les médecins et leurs équipes qui ont reçu l'Observatoire dans leurs établissements :

Jean-Michel Scherrer	Ève Parier	Sylvie Zabaleta
Jean-Pierre Dewitte	Bénédictte Isabey	Benoît Oui
Olivier Ferrendier	Michel Glanes	Julien Rossignol
Céline Rault	Florent Fiasson	Jean-Louis Pourrière
Éric Guyader	Laëtitia Fourcade	

I. P. Diot, C. Jeandel, O. Guérin, G. Gavazzi, N. Salles, J. Boddart, C. Annweiler (2019), *Vieillessement de la population en France : propositions pour permettre à l'enseignement de la gériatrie/gérontologie de faire face aux défis posés*, La Presse Médicale, Elsevier Masson SAS, Volume 48, Issue 11, Part 1, novembre, pp. 1213-1215 (disponible en ligne depuis le 12 novembre 2019 sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498219304671?via%3Dihub>).

AVANT-PROPOS

En juillet 2017, lorsque j'ai pris mes fonctions à l'ONDPS, la ministre des Solidarités et de la Santé m'invitait à enrichir la réflexion sur les besoins futurs de santé. Dans la lettre de mission qu'elle m'a adressée, elle soulignait l'intérêt de développer des études permettant d'avoir un diagnostic éclairé sur certaines professions pour lesquelles les activités évoluent et peuvent relever d'exercices pluri-professionnels.

Dans ce contexte, l'ONDPS a fait le choix de porter ses travaux sur l'enjeu du vieillissement de la population pour les professionnels de deux spécialités médicales considérées comme prioritaires par la ministre: les spécialités de gériatrie et de médecine interne. Il nous semblait en effet que les prises en charge des personnes âgées de plus de 75 ans présentant des maladies complexes et/ou pluri-pathologiques pour lesquelles l'approche transversale est nécessaire, étaient perfectibles dans bien des cas.

En 2018-2019, un groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises pour analyser les rôles des professionnels concernés par la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques, en aval des services d'urgence. Le choix de ce segment de parcours répondait à la demande du ministère de la santé, alors en cours d'étude spécifique sur les services d'urgences.

Le champ de l'étude a été étendu à la médecine polyvalente et la médecine générale, spécialités incontournables de la prise en charge de la population âgée.

Les analyses des différentes spécialités médicales n'ont pas permis d'aboutir à des positions consensuelles, chacune estimant, à juste titre, avoir sa place, sans parvenir à s'entendre sur la place des autres. J'ai pris acte de ce débat contradictoire et ai proposé, en conclusion de ce rapport, mon point de vue sur les besoins prospectifs de formation de ces professionnels.

Ce point de vue a été débattu avec les représentants des gériatres dans un article paru en novembre 2019¹. Le point sur lequel nous nous retrouvons est l'urgence: « de développer la culture gériatrique dans les études de santé et dans les lieux de soins ».

Je tiens à remercier les membres du groupe de travail pour leur participation et leur contribution, qui ont permis d'enrichir les travaux et de les

mettre en perspective avec les orientations du projet de loi de 2018 relative à l'Organisation et Transformation du Système de Santé.

De même, je remercie vivement Catherine Zaidman, alors secrétaire générale de l'ONDPS, pour l'animation de ce groupe de travail, Cléo Lhermet, chargée de mission et Sylvain Gautier, en stage d'internat à l'ONDPS, qui l'ont accompagnée. Merci également à Agnès Bocognano, actuelle secrétaire générale de l'Observatoire qui s'est chargée de tirer les enseignements de l'étude, ainsi qu'à Valérie Evans, chargée d'études documentaires, pour leur relecture attentive et leur implication dans la publication de ce rapport.

Patrice DIOT, Président de l'ONDPS,
de juillet 2017 à avril 2020.



Synthèse : Principaux enseignements

I. L. Ricroch, A. Vuagnat (2017), « Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé », *Études et Résultats*, n°997, DREES, février.

B. Boisguérin, L. Mauro (2017), « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier » *Études et Résultats* n°1007, DREES, mars.

B. Boisguérin, L. Mauro (2017), « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue ». *Études et Résultats* n°1008, DREES, mars.

1. Les médecins en charge des personnes âgées poly-pathologiques font face à l'augmentation des personnes âgées hospitalisées.

Au cours de ces soixante dernières années, la spécialisation médicale s'est considérablement accrue, du fait de l'amélioration des connaissances et des progrès techniques et scientifiques. Avec le vieillissement de la population, cette surspécialisation s'est accompagnée d'un besoin croissant de prise en charge médicale, paramédicale ou encore sociale, globale et polyvalente.

Les médecins décrivent une situation où la part des personnes âgées dans la prise en charge hospitalière est de plus en plus importante. Les enquêtes de la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)¹ montrent que les personnes âgées de 80 ans et plus ont un taux de passage aux urgences de 49 %, plus important que celui des adultes de moins de 80 ans (29 %) et leur taux d'hospitalisation à l'issue de ce passage est également nettement plus élevé (48 % versus 18 %). Ce sont les services de médecine qui accueillent 68 % de ces patients hospitalisés, en médecine interne, gériatrie ou médecine polyvalente.

En 2017, sur la base d'une lettre de mission du ministre de la santé, l'ONDPS a mis en place un groupe de travail pour apporter des éléments d'analyse sur un des segments de la prise en charge des personnes âgées, en aval des urgences.

2. L'enjeu de la prise en charge médicale des patients âgés poly-pathologiques est de coordonner les réponses pluridisciplinaires et pluri professionnelles.

La prise en charge des patients âgés présentant des maladies complexes et/ou pluri-pathologiques justifie un recours à des spécialités transversales, médecine interne et médecine gériatrique, notamment en appui à la médecine générale et des réponses coordonnées pluridisciplinaires, voire pluri-professionnelles. Ces recours interrogent la coordination du parcours et l'organisation des interventions des différents acteurs.

Dans sa contribution, l'Association nationale d'appui à la performance (ANAP) montre bien l'importance de la coordination pluridisciplinaire, voire pluri-professionnelles. Pour elle, le vieillissement de la population en France amène le monde de la santé à s'adapter, pour « passer d'une approche centrée sur la pathologie à une approche centrée sur les besoins de la personne ». En s'engageant plus avant dans le virage ambulatoire, les

établissements de santé devraient contribuer à l'optimisation des parcours des personnes les plus fragilisées.

Or la substitution de l'ambulatoire aux séjours hospitaliers s'accompagnera d'une intensification de la charge en soins dans ces séjours, les patients complexes et lourds continuant à relever de l'hospitalisation complète. Ce phénomène pourrait conduire à regrouper les unités de soins, pour densifier la présence médicale et soignante auprès des patients. Pour l'ANAP, un regroupement de ce type conduisant à des temps plus courts et plus denses en soins exige la coordination et l'évaluation des prises en charges et la synchronisation des interventions de chacun, fondée sur la pluridisciplinarité et la complémentarité des compétences.

De telles transformations organisationnelles sont de nature à bouleverser les identités et les modes de fonctionnement des médecins et des soignants, dont le cadre de référence est, de longue date, le service de spécialité. On comprend que l'enjeu est de « *convaincre les professionnels de l'intérêt de transformer leurs modes d'organisation et de fonctionnement* ».

3. L'enquête qualitative a confirmé que les principales difficultés des parcours gériatriques concernent l'insuffisance de solution d'aval et appellent des mesures souvent organisationnelles.

Une étude qualitative a été menée par *Les Asclépiades* sur cinq terrains d'enquête ciblant le segment de la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques dans les services en aval des urgences. Elle confirme que la prise en charge médicale de cette population est partagée entre la médecine interne, la gériatrie et la médecine polyvalente, souvent issue de la médecine générale.

Le premier enseignement de cette enquête est que le schéma d'orientation des patients est à peu près le même au sein des établissements mais que la fluidité du parcours n'est pas toujours assurée. La sortie des urgences est organisée selon des critères précis avec le service d'accueil, le plus souvent la gériatrie, la médecine interne ou la médecine polyvalente, les unités d'hospitalisation post urgence de courte durée (UHCD). Ces unités (UHCD) étant cependant peu adaptées à la prise en charge gériatrique, les établissements disposent parfois d'unité d'hébergement et d'accueil qui servent de « tampon » avant l'orientation du patient.

Les problèmes d'orientation apparaissent lorsque les services d'accueil sont saturés, conduisant alors à héberger les personnes dans d'autres

services ayant des lits dits de « débordement » disponibles. Ces situations démontrent l'importance des postes en interface : l'équipe mobile gériatrique quand elle existe, parfois un médecin interniste qui assure le lien avec les urgences, parfois des infirmières coordinatrices en gériatrie sont autant de postes qui assurent la liaison entre services, ainsi qu'avec l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou le médecin traitant...

Les points de tension sont également importants en sortie de ces services de court séjour en cas d'insuffisance de places en aval, notamment en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou encore d'obstacles au retour à domicile, d'ordre médical (manque de médecins généralistes par exemple) ou d'ordre social ou psychologique, parfois compliqués par des problèmes juridiques. Ils conduisent à des situations de « bed blockers », où des patients, dont les problèmes purement médicaux ont en général été résolus en quelques jours, restent plusieurs semaines en médecine ou en soins de suite.

Les difficultés rencontrées par les établissements hospitaliers non CHU semblent plus fortes notamment concernant le recrutement médical, de nombreux postes médicaux restant vacants dans les services de gériatrie. Leur difficulté viendrait également d'une augmentation du nombre de personnes âgées arrivant aux urgences sans que la complexité de leur situation ait été anticipée.

L'enquête enseigne enfin sur les solutions proposées par les professionnels pour fluidifier le parcours. Elles reposent sur l'organisation des soins, par exemple organiser une filière gériatrique spécifique aux urgences ; la coordination, par exemple le recrutement d'un gériatre au niveau d'un Groupement hospitalier des territoires (GHT) pour faire le lien avec les différentes structures de prises en charge ; la structuration des soins de proximité, par exemple en renforçant les liens avec la médecine de ville afin d'anticiper la sortie et le suivi des personnes ; la prévention, par exemple la mise en place d'une équipe mobile gériatrique territoriale visant à détecter les situations de fragilités des personnes âgées. L'analyse des caractéristiques sociales et familiales des personnes dans les situations de « bed blockers » conduit à reconnaître la nécessité d'adapter les procédures juridiques liées notamment à la mise sous tutelle.

4. Toutes les spécialités médicales concernées se définissent comme assurant une prise en charge globale des malades mais la vision de leur rôle et de leur exercice les distingue.

Les gériatres se définissent par la prise en charge de patients âgés de plus de 75 ans en situation de fragilité ou de dépendance, ils exercent au sein d'équipes pluridisciplinaires, pour optimiser l'état fonctionnel des malades, à tous les niveaux de la prise en charge : du Centre hospitalier universitaire (CHU) à l'hôpital de proximité, SSR, soins de longue durée (SLD), EHPAD, en ville. Ils insistent sur la nécessité de développer des métiers du grand âge avec prise en compte de la « complexité médico-psycho-socio-environnementale ».

Les médecins internistes se définissent par une activité d'expertise de 2^e ou 3^e recours mais également une activité médicale polyvalente de proximité pour les patients du bassin de population des hôpitaux dans lesquels ils interviennent. Ils sont très attentifs à leur rôle dans la formation et l'exercice de la médecine polyvalente et demandent l'ouverture d'une formation transversale spécialisée de médecine polyvalente hospitalière, ouverte aux internes de toutes les disciplines autres que médecine interne (cf. leur contribution en pp. 74-92).

Les médecins polyvalents se définissent par une activité proche de celle des internistes sur leur volet « médecine polyvalente », qui intervient dans les Centres hospitaliers (CH) mais aussi en SSR et en hôpital de proximité, se situant entre soins primaires ambulatoires et soins de spécialités et constituant un aval naturel pour la prise en charge de la poly-pathologie. Ils revendiquent le développement des liens étroits entre médecine de ville et médecine polyvalente hospitalière, avec la possibilité d'activités médicales partagées entre la ville et l'hôpital.

Les médecins généralistes se définissent par la première ligne, correspondant aux « soins premiers » en ville mais également dans les hôpitaux de proximité avec une activité mixte ville-hôpital. Ils considèrent que la médecine dans des établissements de proximité doit être confiée aux médecins généralistes, dont la formation est axée sur la démarche de « soins premiers ».

La détermination du nombre de professionnels à former dépend de l'évolution de la démographie des professionnels, de l'organisation des soins, mais aussi des représentations des rôles de chaque profession.

2. La médecine polyvalente ne correspond pas à une spécialité mais à un type d'activité.

3. Les chiffres varient selon que l'on retient comme source le RPPS ou la SAE.

L'ONDPS a fait une étude statistique (cf. sa contribution en pp. 54-71) de la démographie des professionnels concernés, cherchant à estimer non pas les spécialités déclarées mais celles effectivement exercées. À partir de deux bases de données, la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), l'ONDPS estime les effectifs suivants :

- 2 185 médecins exerçant la médecine interne ;
- 4 662 médecins exerçant la gériatrie/gérontologie à titre principal ;
- 10 839 médecins exerçant la médecine polyvalente², c'est-à-dire des médecins généralistes ayant une activité exclusive hospitalière et n'ayant pas déclaré un exercice d'urgence ou de gériatrie.

L'ONDPS fait trois constats. Il n'y a pas de concordance stricte entre la spécialité ordinale d'appartenance et l'activité principale exercée, quelle que soit la spécialité. Il existe des exercices croisés entre médecine interne, gériatrie et médecine polyvalente. Enfin, l'exercice de la médecine générale en établissement est important : en 2018, dans les hôpitaux de proximité, les médecins généralistes représenteraient entre 35 et 55 % des médecins, et parmi ces médecins généralistes, entre 25 % et 43 % seraient en exercice libéral ou mixte³.

Dans son étude statistique, l'Observatoire estime les probabilités de cessation d'activité à un horizon de cinq ans. Ainsi, le nombre de médecins susceptibles d'arrêter leur activité au cours des cinq prochaines années est estimé à 500 pour ceux qui exercent la médecine interne, 600 pour ceux qui exercent la gériatrie et 1500 pour ceux qui exercent la médecine polyvalente.

L'estimation du nombre potentiel de médecins susceptibles de partir à la retraite dans les prochaines années ne suffit pas pour déterminer quel doit être le nombre de professionnels qu'il faudrait former. D'autres analyses sont nécessaires.

L'étude qualitative sur les parcours hospitaliers des patients âgés a conclu qu'à la condition que les tensions amont-aval puissent être réduites, en particulier dans le cadre de la mise en œuvre de Stratégie de Transformation du système de santé, un infléchissement de la croissance des besoins en professionnels hospitaliers pouvait être envisagé.

Les représentants des professions concernées estiment pour leur part que les effectifs de chacune d'entre elles devraient être augmentés. Les

internistes demandent 200 postes d'internes, soit 77 supplémentaires par rapport à 2018. Les gériatres demandent 450 postes d'internes, sur 5 ans, soit 250 supplémentaires (au vu des 200 postes ouverts en 2018 et des 164 pourvus). La médecine générale demande que la moitié des médecins formés le soient en médecine générale (contre 40 % en 2018).

La mise en perspective des besoins en formation des professionnels concernés conduit à privilégier le décroisement non seulement des institutions et des services, mais aussi des exercices et des formations.

En 2019, dans le contexte de réforme du 3^e cycle d'études médicales et du lancement de « Ma Santé 2022 », la proposition de créer une formation spécialisée transversale (FST) de médecine polyvalente a permis de mettre en lumière les différentes visions du rôle de chacun dans la prise en charge des personnes âgées. Si l'intérêt d'une FST de ce type est reconnu, la manière des enseignants d'envisager la FST de médecine polyvalente n'est pas univoque. Les différences de vision se concentrent sur le positionnement de l'offre des hôpitaux de proximité dans la chaîne de soins et en conséquence sur le positionnement des professionnels y exerçant.

Les internistes voient cette FST comme une formation destinée à l'exercice en établissements de santé, intégrant les hôpitaux de proximité. Les représentants des enseignants de la médecine générale estiment au contraire que les hôpitaux de proximité seront des établissements organisant les « soins premiers » relevant de la médecine générale et non hospitalière, les médecins y exerçant principalement seront des médecins de ville à exercice mixte. Une FST de médecine polyvalente hospitalière n'aurait de leur point de vue pas lieu d'être ouverte aux étudiants de médecine générale.

Ce débat sur la FST de médecine polyvalente illustre la difficulté de décroiser les exercices professionnels. L'ANAP, dans sa contribution en pp. 24-31, interroge la capacité des médecins à coordonner leurs activités alors que leur cadre de référence est depuis toujours le service de spécialité pour la prise en charge des patients comme pour la formation. *Les Asclépiades* soulignent dans leur contribution l'importance accordée par les acteurs rencontrés de préserver et développer la flexibilité des personnels médicaux dans les unités de gériatrie et les passerelles entre spécialités médicales (gériatres, médecins généralistes, urgentistes).

Dans son point de vue, le président de l'ONDPS estime que l'enjeu pour améliorer le parcours de soins du patient âgé est de développer un parcours de soins ville-hôpital qui ne passe plus par les urgences. Il propose,

pour sortir des cloisonnements liés en partie aux représentations des notions de proximité et de médecine hospitalière, de revoir les formations et de développer la pluri-professionnalité. La FST de médecine polyvalente par exemple devrait couvrir deux modalités d'exercice, de médecine ambulatoire et de médecine en établissement, conçues pour développer les complémentarités entre la médecine générale, la médecine interne et la gériatrie notamment. Pour accompagner cette évolution, les postes d'internes pourraient être augmentés en médecine interne et en médecine générale dès 2019.

Rapport

Sommaire

Avertissement	2
Fiche de présentation de l'ONDPS	4
Sa composition.....	4
Ses missions.....	5
REMERCIEMENTS	6
AVANT-PROPOS	7

Synthèse : principaux enseignements

1. Les médecins en charge des personnes âgées poly-pathologiques font face à l'augmentation des personnes âgées hospitalisées.....	10
2. L'enjeu de la prise en charge médicale des patients âgés poly-pathologiques est de coordonner les réponses pluridisciplinaires et pluri-professionnelles.....	10
3. L'enquête qualitative a confirmé que les principales difficultés des parcours gériatriques concernent l'insuffisance de solution d'aval et appellent des mesures souvent organisationnelles.....	11
4. Toutes les spécialités médicales concernées se définissent comme assurant une prise en charge globale des malades mais la vision de leur rôle et de leur exercice les distingue.....	13

Rapport

Sommaire	18
Introduction	21
Partie 1 - Parcours et organisation des soins	23

CONTRIBUTION DE L'AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE (ANAP)

Les enseignements à prendre en compte en matière de virage ambulatoire et de parcours ville-hôpital	24
1. Accompagner le virage ambulatoire : les enjeux du point de vue des patients et des professionnels qui en prennent soin	24
2. Les facteurs à prendre en compte pour amplifier le virage ambulatoire	25
3. Virage ambulatoire, identités et travail en équipe des médecins et des soignants ...	26
4. Les transformations organisationnelles induites par le virage ambulatoire	26
5. Les parcours ville-hôpital	27

CONTRIBUTION Les Asclépiades/ONDPS

Enquête qualitative	32
1. Objectifs	32
2. Méthodologie	32
3. Les enseignements de l'enquête	35

Partie 2 - Quel dénombrement et quelles perspectives démographiques ? 53**CONTRIBUTION DE L'ONDPS****Internistes, gériatres, médecins exerçant la médecine polyvalente hospitalière :****quel dénombrement et quelles perspectives démographiques ? 54**

1. Introduction 54
2. La « médecine interne » une spécialité reconnue depuis plus 50 ans, qui autorise l'exercice de compétences complémentaires. 57
3. La « gériatrie » a longtemps été exercée en tant que compétence par des médecins de différentes disciplines, majoritairement par des médecins généralistes..... 61
4. La « médecine polyvalente » une activité hospitalière qui ne relève pas d'une spécialité particulière et qui est exercée principalement par des médecins généralistes..... 67
5. Conclusion..... 71

Partie 3 - Contributions des professionnels de santé enseignants, en activité et en formation..... 73**CONTRIBUTION DES INTERNISTES (la Société nationale de médecine interne, SNFMI - Le Collège national des enseignants de médecine interne, CEMI - Le Conseil national professionnel de médecine interne, CNPI)****Optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques 74**

1. Données démographiques 74
2. Le métier d'interniste hospitalier 76
3. Formation des spécialistes en médecine interne 77
4. Place des internistes dans la prise en charge hospitalière non programmée des personnes âgées 78
5. Constat sur la médecine polyvalente 79
6. Prospective 80

Annexe I : Programme des enseignements du DIU de médecine polyvalente hospitalière 84**Annexe II : Projet de maquette de la formation spécialisée transversale de médecine hospitalière polyvalente 89**

1. Organisation générale 89
2. Caractéristiques 90

CONTRIBUTION DES GERIATRES (le Conseil national professionnel de gériatrie, CNP-G - le Collège national des enseignants chercheurs de gériatrie, CNEG - la Société française de gériatrie et de gérontologie, SFGG - l'Association des jeunes gériatres, AJG)**10 recommandations pour les établissements de santé..... 93**

1. Introduction 93
2. Les enjeux de l'adaptation de la prise en charge intra-hospitalière des personnes âgées..... 94
3. Quelles mesures pour améliorer la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital ? 102
4. Une programmation stratégique en deux phases : 2018 - 2023/2024 et plus 113

CONTRIBUTION DES MEDECINS POLYVALENTS (la Fédération francophone de médecine polyvalente, FFMP)**Médecine polyvalente hospitalière : au cœur de l'offre de soins et des territoires****de santé 117**

1. Préambule..... 117
2. Concept de médecine polyvalente hospitalière 120

3. Propositions.....	123
4. Conclusion.....	124

CONTRIBUTION DES MEDECINS GENERALISTES (le Collège national des généralistes enseignants - Collège académique, CNGE-CA)**Optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques..... 125**

1. Introduction	125
2. Les différentes lignes médicales du système de santé.....	126
3. Conséquences pour les disciplines et leur contexte de formation.....	128
4. Facteurs présidant à l'évolution des effectifs professionnels et au mode d'exercice.....	129
5. La question de la médecine polyvalente.....	132
6. La place de la médecine générale.....	133
7. Les établissements de santé communautaire de proximité.....	135
8. Changements d'exercice.....	137
9. Illustrations.....	138
10. Conclusion.....	145

CONTRIBUTION DES ETUDIANTS (l'Intersyndicale nationale des internes, ISNI)**Optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques..... 147**

1. Introduction	147
2. Formation à la prise en charge du sujet âgé poly-pathologique.....	147
3. Flux.....	151
4. Conclusion.....	152

CONTRIBUTION DES ETUDIANTS EN MEDECINE GENERALE (l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale, ISNAR-IMG)**Optimisation des parcours complexes – patients âgés poly-pathologiques..... 153**

1. Introduction : contexte.....	153
2. Médecins généralistes et gériatres, pivots de la coordination de ces prises en charge.....	154
3. Développement des stages ambulatoires.....	154
4. Formation spécialisée transversale de médecine polyvalente	155
5. Conclusion et propositions de l'ISNAR-IMG	156

Partie 4 - Point de vue du Président de l'ONDPS 157**CONTRIBUTION DE L'ONDPS****Comment relever le défi du vieillissement de la population et de son impact
sur les besoins de santé et de formation médicale en France ? 158**

1. Quelle est l'ampleur du défi ?	158
2. Sur quels professionnels devrions-nous compter ?.....	158
3. Quels sont les freins et les enjeux organisationnels ?	160
4. Que faut-il faire ?.....	163

Annexes générales 167

1. Note de cadrage.....	168
2. Sigles et acronymes utilisés.....	172
3. Table des illustrations.....	177
4. Lettre de mission triennale pour l'ONDPS.....	179

INTRODUCTION

Avec l'arrivée au grand âge de la génération du baby-boom, le vieillissement de la population constitue un enjeu pour la société, notamment pour les professionnels de santé responsables de la prise en charge des soins.

Ce rapport apporte une contribution à la connaissance du parcours de prise en charge médicale des personnes âgées. Il est le fruit des travaux consacrés aux impacts de l'optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques sur les besoins en formation de médecins et sur leur répartition entre les spécialités, menés par un groupe de travail animé par l'ONDPS en 2018 et 2019, sur la base de la lettre de mission que le Ministre des Solidarités et de la Santé avait adressée en 2017 au président de l'ONDPS.

Pour les professionnels de santé, les personnes âgées de plus de 75 ans présentent un profil particulier, caractérisé par la fragilisation de l'organisme. Les gériatres, dans leur contribution, soulignent les risques accrus de pathologies, la moindre tolérance médicamenteuse, la récupération plus difficile... C'est une population qui recourt plus souvent aux soins, qui est plus souvent hospitalisée. Sa prise en charge médicale justifie donc une attention particulière.

Le rapport de Dominique Libault « Concertation Grand âge et autonomie » de 2019, dans la suite notamment des rapports du Haut conseil de l'Âge, appelle un « *changement de paradigme* » de la prise en charge, dans lequel l'hôpital est amené à se « *gériatriser* » et adapter son organisation aux spécificités de la personne âgée. L'établissement de proximité, au sens de la loi sur l'Organisation et la Transformation du Système de Santé serait appelé à partager avec les acteurs de la médecine de ville la responsabilité territoriale à l'égard de la personne âgée.

C'est dans ce même esprit que l'ONDPS a conduit les travaux présentés dans ce rapport, en éclairant un segment particulier du parcours de soins des personnes âgées poly-pathologiques : la prise en charge médicale en aval des urgences.

Avec les représentants des spécialités médicales principalement impliquées dans cette prise en charge, les professionnels de la médecine interne, de la médecine polyvalente, de la médecine générale et la gériat-

trie, l'ONDPS a examiné les difficultés rencontrées dans l'organisation du parcours médical des personnes âgées poly-pathologiques et cherché à mettre en perspective les besoins de formation des professions concernées. L'analyse est basée sur les contributions des professionnels, mais également sur des études qualitatives portant sur le virage ambulatoire et sur l'organisation des services hospitaliers en aval des urgences ainsi que sur une étude démographique menée par l'ONDPS.

L'enseignement de ce travail est double. La nécessité d'optimiser le parcours médical des personnes âgées poly-pathologiques est reconnue par tous les professionnels. Il conduit à mettre en évidence la nécessité de transformations organisationnelles fondées sur l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité. De telles transformations d'une part bouleversent le mode de fonctionnement des soignants, dont le cadre de référence est plutôt le service de spécialité et d'autre part impliquent que chacun sache se positionner et positionner les autres. Or, et c'est le second enseignement de ce rapport, la vision par les spécialités médicales de leur place respective dans ce parcours n'est pas uniforme. Et les enseignements à en tirer quant aux besoins de formation en médecine interne, médecine générale, gériatrie ou médecine polyvalente ne se recoupent pas totalement. La place de la médecine polyvalente, entre premier et deuxième recours, fait notamment l'objet de débat.

Le président de l'ONDPS fait le constat de ce débat. Il présente son point de vue en conclusion de ce rapport, préconisant de développer la formation des internes dans un objectif de complémentarités entre médecine générale, médecine interne et gériatrie et pour accompagner cette évolution, et proposant une augmentation des effectifs de médecine interne et de médecine générale.



1. Parcours et organisation des soins

1. Le support de notre intervention du 26 février 2018, mis en ligne, complète et illustre le propos développé ici. cf. www.anap.fr

CONTRIBUTION DE L'AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE (ANAP)

Les enseignements à prendre en compte en matière de virage ambulatoire et de parcours ville-hôpital



Mona Krichen, Thierry Mulsant, Élise Prout¹

1. Accompagner le virage ambulatoire : les enjeux du point de vue des patients et des professionnels qui en prennent soin

Les motifs premiers qui doivent inciter les établissements de santé à s'engager plus avant dans le virage ambulatoire relèvent de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit, prioritairement, de proposer une prise en charge qui réponde aux attentes des patients, notamment en termes d'information, de responsabilisation et de considération pour leur souhait, légitime, de retrouver rapidement des conditions de vie normale, sans risques accrus. Pour les patients fragilisés, les procédures ambulatoires de prise en charge diminuent, par ailleurs, l'exposition au risque infectieux associé aux soins ainsi que le retentissement de l'hospitalisation sur leur état général, la perte de leur autonomie et l'accentuation des symptômes liés à la désorientation.

Amplifier le virage ambulatoire exige, en outre, une organisation optimale du processus de prise en charge des patients et une meilleure synchronisation du travail des professionnels qui les soignent. Ces progrès contribuent à créer des conditions d'exercice qui répondent mieux aux souhaits de nombreux soignants. Grâce à la programmation des différents épisodes de soins, à l'harmonisation des pratiques médicales et à la nécessaire coordination des activités de chacun, l'environnement de l'acte chirurgical ou médical est plus sûr pour tous. Enfin, le travail en journée a moins d'impact sur la vie personnelle des équipes soignantes.

2. Les facteurs à prendre en compte pour amplifier le virage ambulatoire

Le virage ambulatoire désigne un mouvement d'ensemble qui associe plusieurs facteurs, au cœur des outils, méthodes et des solutions organisationnelles déployées dans le cadre de l'offre d'appui de l'ANAP :

- l'analyse de l'activité et du positionnement territorial des établissements : quelle part prennent-ils dans la réponse aux besoins des personnes vivant sur leur territoire, au regard de leur état de santé, de leur âge, de leur situation sociale et de leurs pratiques de recours aux soins ;
- le développement des procédures ambulatoires de prise en charge en chirurgie comme en médecine ;
- le meilleur recours possible aux capacités d'hospitalisation conventionnelle en s'assurant que ces capacités sont bien occupées pour la durée nécessaire à la prise en charge hospitalière des patients, et non pour résoudre des dysfonctionnements organisationnels récurrents ;
- la substitution de l'ambulatoire aux séjours conventionnels s'accompagne parfois d'une proportion plus importante de patients complexes et lourds qui continuent à relever de l'hospitalisation complète. L'amélioration du recours à ces lits et la réduction des durées de séjour sont susceptibles de se traduire par une intensification de la charge en soins. Dans ce contexte, il est souhaitable :
 - de regrouper les unités de soins, pour densifier la présence médicale et soignante auprès des patients ;
 - d'adapter les maquettes organisationnelles, médicales et soignantes, en fonction du dimensionnement des unités de soins, des modes de prises en charge - ambulatoires ou conventionnelles - de l'occupation, des durées de séjours et des niveaux de sévérité ;
 - d'améliorer « l'équité de traitement » entre unités de soins en fonction de critères plus objectifs d'attribution de ressources, notamment soignantes ;
 - de reconfigurer les espaces d'hospitalisation selon : les niveaux d'activité, les types de patients, les soins prodigués, les liaisons avec les plateaux techniques, les exigences de présence des équipes.

3. Virage ambulatoire, identités et travail en équipe des médecins et des soignants

Les transformations organisationnelles induites par le virage ambulatoire, en particulier le rapprochement des unités de soins, bouleversent les identités et les modes de fonctionnement des médecins et des soignants, dont le cadre de référence est, de longue date, le service de spécialité, pour la prise en charge des patients comme pour l'enseignement et la recherche.

Par ailleurs, les questions restent nombreuses s'agissant de la logique à privilégier : regrouper... oui mais comment ? Selon quelles complémentarités entre les disciplines ? Selon quelles filières médico-chirurgicales ? Faut-il privilégier la nature et le niveau des flux de patients et des durées de séjour ? Ou encore la nécessaire proximité avec les plateaux techniques ?

C'est toute une organisation qu'il s'agit de repenser, des chemins cliniques aux plannings, des protocoles et procédures aux rôles et responsabilités de chacun. L'accompagnement des équipes médicales et soignantes dans ces changements est nécessaire, pour renforcer leur confiance dans leur nouvel environnement de soins, lequel doit faire la preuve de sa pertinence en termes de sécurité et de qualité pour les patients dont ils ont la responsabilité.

4. Les transformations organisationnelles induites par le virage ambulatoire

Quatre effets sont à prendre en compte du fait de leur incidence tant sur les organisations soignantes que sur les compétences à développer, pour les médecins ou pour les soignants.

La recherche d'une meilleure « expérience patient »

L'inclusion des patients dans l'ensemble des décisions qui les concernent reste un facteur déterminant pour progresser en termes d'innovation, de pertinence, de coordination des parcours de soins, de personnalisation des prises en charge et d'accompagnement des chemins de vie. Anticiper et programmer les épisodes de soins qui peuvent l'être, informer et associer le patient et ses proches, identifier les risques de rupture dans le parcours et s'organiser collectivement entre professionnels de santé, dans et hors

les murs de l'hôpital pour les éviter, sont les enjeux clés auxquels il faut encore faire face.

Des prises en charge coordonnées et évaluées

L'exigence de coordination et d'évaluation des prises en charge, au sein et en dehors de l'hôpital, se traduit par le développement de nouvelles compétences et de nouvelles fonctions autour de la programmation des différents épisodes de soins, de l'anticipation des activités de soins, de réhabilitation, de surveillance et de suivi après l'épisode aigu, que ces activités soient à réaliser au domicile, en EHPAD, en ville, ou en SSR.

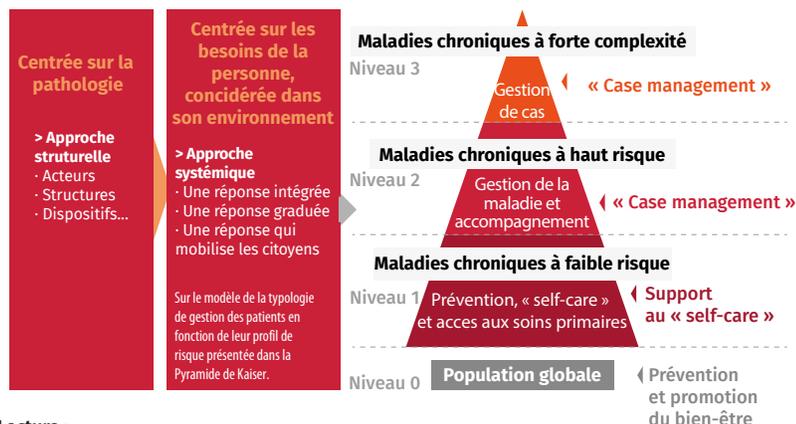
Un travail d'équipe renforcé, fondé sur la pluridisciplinarité et la complémentarité des compétences

Les procédures ambulatoires de prises en charge soulignent l'importance de l'organisation et des modes de fonctionnement, adaptés aux spécificités du circuit ambulatoire, pour des patients aux profils variés du point de vue de la pathologie et de la spécialité médicale concernée. La synchronisation des interventions de chacun est impérative, sur des temps plus courts et plus denses en soins à prodiguer. La formation, le compagnonnage, les protocoles formalisés et partagés sont autant de modalités qui accompagnent et sécurisent le travail en équipe pluridisciplinaire.

5. Les parcours ville-hôpital

Le contexte français évolue avec notamment le vieillissement de la population, l'importance croissante des maladies chroniques par rapport aux situations aiguës, l'augmentation de la poly-pathologie, les fortes contraintes financières (collectives et individuelles) et la modification des attentes des usagers (inclusion, qualité de vie...). Cela amène le monde de la santé à s'adapter, pour passer d'une approche centrée sur la pathologie à une approche centrée sur les besoins de la personne considérée dans son environnement (Schéma 1).

SCHÉMA 1 Vers une nouvelle approche centrée sur les besoins du patient dans son environnement



Lecture :

Niveau 0, population en « bonne santé » :

Promotion d'actions de prévention de bien-être

Niveau 1, malades chroniques à faible risque : Soutien au « self care », coordination du parcours de prise en charge et orientation du patient dans le système de santé

Niveau 2, malades chroniques à haut risque : Programmes de « Disease management » / « care management » visant à coordonner les acteurs intervenant dans la prise en charge d'un patient (y compris des secteurs médico-social et social)

Niveau 3, malades chroniques à forte complexité et à très haut risque : Logique de « Case management » nécessitant une coordination des soins de forte intensité et l'intervention d'un gestionnaire de cas complexes.

Sources : ANAP - Traitement ONDPS/NDBD (maquettage).

Dans ce contexte, les démarches autour des parcours de santé des personnes visent à organiser de façon coordonnée et proactive l'ensemble des actes diagnostiques, thérapeutiques et de prévention, nécessaires pour la prise en charge d'une personne, en vue de répondre de façon globale aux besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux de cette personne, par l'ensemble des acteurs d'un territoire.

Elles ont pour finalité de réduire les ruptures dans les prises en charge et dans l'accompagnement, de mieux articuler la médecine de ville et l'hôpital, et de développer les prises en charge en ambulatoire des patients porteurs de maladie chronique, en insistant sur les points suivants :

- limiter les hospitalisations lorsqu'elles peuvent être évitées, ainsi que leur durée, par la recherche de solutions alternatives ;
- éviter les passages aux urgences (en diminuant les facteurs de risques d'hospitalisation : la iatrogénie, la dénutrition, la dépression et les chutes) ;

- diminuer les ré-hospitalisations en améliorant l'organisation du retour à domicile après hospitalisation ainsi que le partage et les échanges d'information entre professionnels ;
- gérer le suivi à domicile en sortie d'hospitalisation ;
- maintenir autant que possible la personne à domicile et soutenir les aidants.

Le sur-mesure n'était pas toujours possible, l'enjeu est de trouver le juste équilibre entre une « industrialisation », qui consiste à standardiser la réponse pour en assurer l'efficacité (c'est-à-dire le rapport coût-efficacité) et la « personnalisation » de cette réponse, pour prendre en compte les besoins spécifiques de chacun.

Des actions contribuant à cette transformation ont été mises en place dans les territoires engagés dans le projet PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) entre 2014 et 2018, pour permettre une graduation de la réponse, capable de s'adapter, en intensité et en spécificité, à la complexité (relative) de toute situation.

Améliorer l'efficacité de la réponse passe par l'optimisation des processus en mettant l'accent sur la fluidification des transitions entre les acteurs intervenant auprès de la personne. Dans les territoires PAERPA, cela s'est traduit par exemple par des actions visant à renforcer l'accès aux évaluations réalisées en hôpital de jour, à développer les hospitalisations programmées ou les admissions en filières courtes, à mettre en place des procédures d'anticipation (signalement par le SAMU à l'équipe mobile de gériatrie des personnes ayant fait une chute) ou encore à définir et tester des dispositifs de conciliation médicamenteuse.

Faire varier l'intensité de la réponse, c'est-à-dire d'une part le niveau d'expertise et d'autre part le nombre d'intervenants, implique d'avoir défini avec les acteurs du territoire plusieurs niveaux de réponses (1^{er}, 2^e, 3^e niveau), et que chacun sache se positionner et positionner les autres sur ce schéma. Cette réflexion organisationnelle et son appropriation par les professionnels passent notamment par des groupes de travail et des formations ou réunions de sensibilisation ; ceux-ci seront d'autant plus efficaces s'ils sont intersectoriels et pluridisciplinaires. Cela implique également que chacun sache comment mobiliser les autres intervenants ; des outils tels que les logigrammes, arbres de décisions, ou annuaires sont à mettre en place dans ce but.

2. "Soft skills" : compétences humaines, comportementales, attributs personnels qui permettent à quelqu'un d'interagir efficacement et harmonieusement avec d'autres personnes.

Ainsi, dans la plupart des territoires PAERPA, l'accès à l'expertise gériatrique a été facilité par la mise en place d'un numéro de téléphone permettant aux médecins traitants (parfois aux médecins coordonnateurs d'EHPAD) de joindre directement un médecin gériatre hospitalier référent pour un avis. La diffusion de l'expertise gériatrique y a été renforcée, avec des actions au sein de l'hôpital (*via* la commission gériatrique notamment) ou à l'extérieur (formations...). L'association entre l'expertise gériatrique et des compétences complémentaires (ex. : psycho-gériatrie ou évaluations d'ergothérapie à domicile) s'y est également développée.

Prendre en compte la spécificité de chaque situation nécessite de connaître et de décrire celle-ci relativement finement. Les approches bio-psycho-sociales, qui favorisent une prise en compte des problématiques de la personne dans sa globalité, se développent notamment à travers le déploiement d'outils de repérage de la fragilité. Le développement des usages des outils numériques d'échange et de partage d'information constitue également un enjeu clé dans la personnalisation de la réponse. Cependant, les délais de mise en œuvre de ces outils, l'absence d'interopérabilité avec les logiciels métiers et les difficultés d'appropriation par les professionnels de santé freinent parfois ce développement, comme l'a montré l'évaluation qualitative du programme PAERPA.

Ce type d'approche modifie en profondeur le quotidien des soignants. D'une part, elle fait appel à des compétences non techniques ou « *soft skills* »², telles que le sens du collectif, la résolution de problèmes, la communication, la gestion du temps ou la créativité. D'autre part, elle modifie les processus de travail puisqu'elle met l'accent sur la prise de décision pluridisciplinaire, la planification des interventions des différents professionnels autour d'une personne, ou encore le recours à l'expertise. Il s'agit de transformations profondes, qui touchent aux pratiques quotidiennes des professionnels ; elles nécessitent une stratégie au service des évolutions organisationnelles et de l'innovation.

En conclusion, sous l'angle du développement des procédures ambulatoires de prise en charge comme de la structuration des parcours ville-hôpital, il s'agit bien :

- de contribuer à **l'adaptation des modes de prise en charge**, compte tenu des évolutions des savoirs et des techniques médicales, comme des attentes et besoins des patients ;
- **d'améliorer le parcours des patients** et les modes d'organisation de l'hôpital ;

- **de convaincre les professionnels** de l'intérêt de transformer leurs modes d'organisation et de fonctionnement, au regard en particulier des enjeux de qualité et de sécurité des soins ;
- **d'intégrer les usages du numérique dans les pratiques professionnelles** pour faciliter l'aide à la décision diagnostique ou thérapeutique, l'aide à l'observance du traitement, la surveillance et le suivi à distance des patients, et plus largement les actions de prévention et de soutien des aidants.

1. Enquête réalisée avec la participation de Sylvain Gautier, interne de santé publique en stage à l'ONDPS en 2017-2018, Catherine Zaidman, secrétaire générale de l'ONDPS en 2017-2018, Camille Brunat, chargée de mission à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et Laure Poirat, interne de santé publique en stage à la DGCS en 2017-2018.

CONTRIBUTION LES ASCLÉPIADES/ONDPS

Enquête qualitative

*Les Asclépiades
Conseil et évaluation*

1. Objectifs

L'étude qualitative¹, réalisée par *Les Asclépiades* à la demande de l'ONDPS, a porté sur les services hospitaliers de médecine interne, de gériatrie et de médecine polyvalente, leurs organisations et les relations nouées en amont et en aval avec les services et acteurs intervenant dans les parcours des personnes âgées poly-pathologiques, au sein de l'établissement comme à l'extérieur : services de SSR, d'HAD, EHPAD, SSIAD, médecins libéraux... Le flux en provenance des urgences a été particulièrement analysé dans la mesure où c'est ce flux qui induit les plus grandes difficultés d'organisation.

Les objectifs de cette étude étaient de :

- déterminer les différentes organisations possibles au sein des structures hospitalières, en particulier en aval des urgences, pour la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques ;
- identifier les logiques de coordination et de coopération mises en œuvre, au sein de l'établissement et entre l'établissement et ses partenaires extérieurs ;
- préciser les professionnels impliqués dans ces parcours et ces prises en charge (internistes, gériatres, généralistes, urgentistes...) et les logiques professionnelles à l'œuvre.

2. Méthodologie

Une enquête qualitative n'a pas vocation à être exhaustive ni à rendre compte d'une information statistique ; il est néanmoins nécessaire qu'elle présente le maximum de diversité et d'avis sur le sujet étudié. Pour cette

2. Il était prévu initialement six terrains d'enquête, mais pour des raisons de calendrier et de disponibilité, sachant que deux refus de sites ont été enregistrés, il n'a été possible de mener que cinq investigations.

analyse, il a donc semblé important de tenir compte de l'hétérogénéité des situations dans le choix des terrains à enquêter, au regard des critères suivants : volume d'activité du service d'accueil des urgences, densité de médecins généralistes dans le territoire, densité de la population, taux de personnes âgées de plus de 75 ans, participation au programme PAERPA.

Ont été d'abord choisis des départements sur la base de ces critères, puis au sein de ces départements, ont été choisis des établissements de taille variable, du centre hospitalier « de proximité » jusqu'au CHU.

Les cinq terrains d'enquête² finalement visités présentaient les caractéristiques suivantes :

TABLEAU 1 Caractéristiques des cinq terrains d'enquêtes retenus

	Territoire	PAER-PA	GHT	Part des plus de 75 ans dans le département	Densité MG pour 10 000 hab. dans le département	Nb de lits et places MCO	Nb passages aux urgences	Nb personnes >= 75 ans hospitalisées avec passage urgences	Nb d'hospit. Des personnes >= 75 ans / Nb total d'hospit. MCO
CHU de Poitiers	Viennes	Non	Vienne Etab. Support	10,60%	16,5	1211	60 116	8 828	24,80%
APHP/ Lariboisière-Fernand Widal	Paris 9 ^e , 10 ^e , 19 ^e	Oui		7,60%	24,6	671	79 049	3 704	15,70%
CH de Bourges	Cher	Non	Cher Etab. Support	12%	10,9	542	51 483	4 326	30,00%
CH d'Aunay-Bayeux	Calvados	Oui (2 ^e vague)	Normandie-Centre, autour du CHU de Caen	9,70%	16,6	184	20 720	2 709	48,60%
CH de Clermont/Oise	Oise	Non	Oise Ouest et Vexin, autour de CH de Beauvais	7,20%	11,7	85	26 124	729	47,80%

Sources : Les Asclépiades/ONDPS.

Dans chacun des sites retenus, ont été interrogés : des membres de la direction, éventuellement le président de la CME, les équipes de gériatrie, de médecine interne et/ou de médecine polyvalente, et des urgences (médecins et cadres), l'équipe sociale, le Département de l'information médicale (DIM).

Au total, 63 personnes ont été interrogées, entre mars et avril 2018, dont 36 médecins, que nous remercions pour leur disponibilité, la richesse des échanges et leur passion pour leur travail.

ENCADRÉ 1 Procédure d'enquête

- prise de contact par email avec la direction de l'établissement, en joignant le questionnaire et la lettre de mission signée de l'ONDPS, pour expliquer les objectifs et modalités de l'enquête, et solliciter l'accord pour une visite sur place ;
- en cas de refus ou d'impossibilité (ce qui a été le cas à deux reprises), choix d'un site correspondant aux mêmes critères, et mise en œuvre de la même procédure ;
- parmi les demandes faites à l'établissement lors de cette prise de contact, figurent la nomination d'un référent au sein de l'établissement, interlocuteur des consultants, en charge de l'organisation de la visite sur place (identification des interlocuteurs dans l'établissement ; prises de contact ; choix d'un jour favorable pour les entretiens avec l'ensemble des personnes identifiées) et la possibilité de travailler avec le DIM, avant la visite, sur une extraction de données pertinentes sur l'accueil et le parcours hospitalier des personnes âgées de 75 ans et plus ;
- visite sur place entre mars et avril 2018 : les entretiens se sont déroulés en face-à-face, sur un mode semi-directif, un guide d'entretien, validé au préalable par l'ONDPS, servant à structurer le dialogue (en cas d'indisponibilité d'un interlocuteur le jour de la visite, il a été convenu d'un entretien téléphonique dans les jours suivants). Lors de chaque visite, 2 ou 3 consultants étaient présents pour mener les entretiens. Le guide d'entretien sert de trame, sans être pour autant administré comme un questionnaire ; l'objectif est de disposer de l'ensemble des réponses à partir des différents entretiens, mais en laissant une parole libre, permettant de bien cerner les difficultés et les solutions trouvées localement pour y répondre ;
- lors de la visite, des documents complémentaires ont pu être recueillis, sur place ou en différé : données d'activité, documents sur l'organisation des parcours de soins, conventions, protocoles... ;
- rédaction d'une monographie pour chaque site. Les monographies ont servi de support à la rédaction de la présente synthèse.

3. « Consultations mémoire » : consultations qui permettent d'évaluer les troubles de la mémoire repérés par le médecin traitant.

3. Enseignements de l'enquête

3.1. Des prises en charge hospitalières très hétérogènes

Une structuration inégale de la filière gériatrique

Dans trois sites (Lariboisière, Poitiers, Bourges), la filière gériatrique est organisée avec l'ensemble de ses composantes : gériatrie aiguë, SSR, USLD, EHPAD, équipe mobile gériatrique (EMG). Par contre, il n'y a pas de gériatrie aiguë ni d'EMG à Bayeux et à Clermont de l'Oise : l'activité de médecine de court séjour y est assurée respectivement par un service de médecine interne et un service de médecine polyvalente (des réflexions sont toutefois menées pour implanter des lits de gériatrie aiguë). En conséquence, aux urgences, il n'est pas possible de disposer d'un avis gériatrique autrement que par téléphone.

Au CHU de Poitiers, quelques lits de spécialisation en gériatrie existent : cardio-gériatrie, ortho-gériatrie, et onco-gériatrie en projet. Des réflexions sur l'oncogériatrie ont lieu aussi à Bourges et à Bayeux (où des consultations d'onco-gériatrie sont actuellement en cours de structuration, de même que des consultations mémoire³).

Un même schéma global d'orientation des patients au sein de l'établissement...

Le taux de personnes âgées de 75 ans et plus se présentant aux urgences et hospitalisées est de l'ordre de 40-50 % dans les différents sites, soit un taux très supérieur à celui observé pour les classes d'âge plus jeunes (de l'ordre de 20 %).

À Lariboisière, la proportion de personnes âgées est plus faible que dans la plupart des autres établissements enquêtés, mais elles posent beaucoup de problèmes sociaux, d'isolement. Alors que le taux d'hospitalisation après passage aux urgences y est faible globalement (environ 10 %), la population âgée poly-pathologique est très majoritairement hospitalisée.

L'orientation à la sortie des urgences est le plus souvent organisée avec les services d'accueil, selon des critères précis, mais avec des difficultés lors des périodes de flux important (en hiver en particulier) pour assurer la « bonne » orientation : il y a alors nécessité de recourir à un « hébergement » dans un autre service pendant quelques jours (cf. ci-dessous).

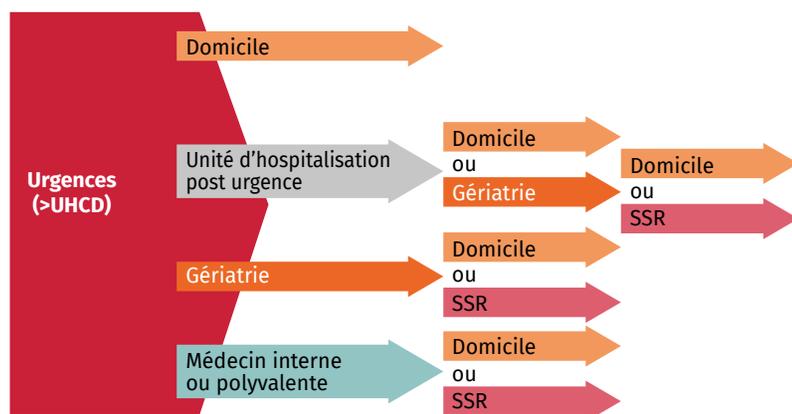
4. Rappelons aussi que le séjour en UHCD est limité réglementairement à 1 jour (précisément 1 nuitée) ; lorsque le séjour dépasse cette durée, il arrive que les établissements créent une unité administrative « post-UHCD » pour un transfert vers cette unité où cette limitation n'est pas de mise.

Les principaux services d'accueil sont : la gériatrie, la médecine interne ou médecine polyvalente, les unités d'hospitalisation post-urgences de courte durée.

La volonté de limiter la durée de séjour aux urgences et à l'UHCD tient à la fois à la nécessité d'assurer la fluidité des flux, mais aussi à la qualité des soins⁴ : risque d'escarres mal géré, absence de masseurs-kinésithérapeutes aux urgences, dénutrition mal appréhendée, personnel en nombre insuffisant pour aider à la mobilité des personnes âgées aux urgences... ; l'UHCD n'est pas adaptée à la prise en charge gériatrique. Les professionnels soulignent qu'il faudrait pour ces situations organiser mieux les choses avec les services support et former les personnels de l'UHCD, voire accroître l'effectif en aides-soignantes pour mobiliser les patients, les aider à boire, à manger en cas de longue attente.

Dans ce cadre, les parcours sont variables d'un établissement à l'autre, mais on observe majoritairement les flux suivants :

SCHÉMA 1 Parcours-type d'un patient poly-pathologique



Sources : Enquête qualitative *Les Asclépiades*/ONDPS - Traitement ONDPS/NDBD (maquettage).

En outre, lorsque les services d'accueil de gériatrie ou de médecine sont saturés, les patients sortant des urgences ou de l'UHCD sont hébergés dans d'autres services, dans des lits dits « de débordement » ou « d'hébergement » (souvent de chirurgie) ; dans ces lits, la prise en charge est assurée par le médecin du service où aurait dû se rendre le patient en attendant de pouvoir le reprendre. Ce taux de patients en « hébergement » varie d'un

5. Située au niveau des urgences, la cellule de gestion des lits ("bed managers") a une vision de l'occupation des lits dans tout l'hôpital.

établissement à l'autre ; il est élevé à Poitiers puisqu'une unité spécifique a été mise en place pour cette phase de transition, l'unité d'hébergement et d'accueil (UHA) (cf. ci-dessous).

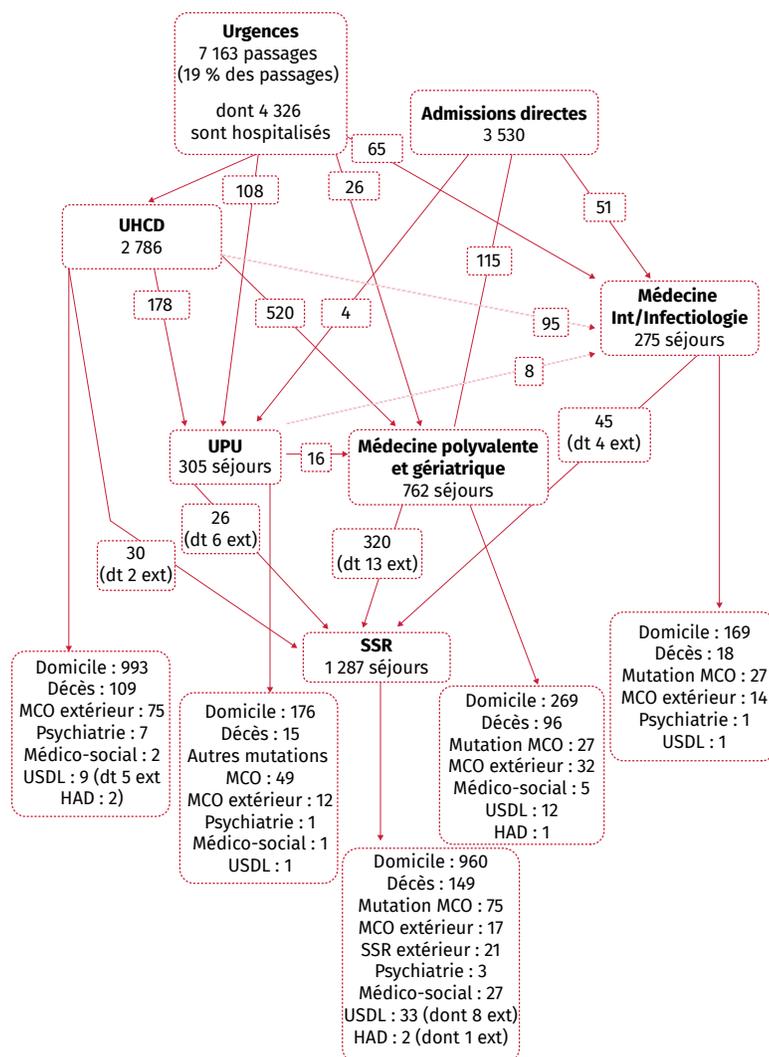
Pour gérer ces parcours, les établissements cherchent à disposer en quasi temps réel d'une photographie des lits disponibles dans l'établissement : différents outils logiciels sont mis en œuvre ; des points téléphoniques réguliers sont organisés ; parfois, des « *bed managers* »⁵ cherchent à avoir une vision exhaustive des places disponibles et des situations de tension ; malgré cela, plusieurs acteurs indiquent avoir des difficultés à appréhender en temps réel la situation.

À titre d'exemple, est fourni page suivante (Schéma 2), le trajet des patients au CH de Bourges (reconstitution réalisée à partir des données du DIM).

Dans cet exemple, sur les 4 326 personnes de 75 ans et plus hospitalisées à partir des urgences, 70 % suivent un parcours dans l'une des unités étudiées : UHCD, médecine gériatrique, médecine interne, unité d'hospitalisation post-urgences. Parmi ces 4 326 personnes, plus de la moitié (2 898) passent par l'UHCD ou l'UPU avant d'être, soit hospitalisées dans un autre service de l'établissement, soit dans un autre service extérieur à l'établissement ou encore avant un retour à leur domicile.

Quand ces personnes viennent directement, elles ne sont en revanche que 5 % à passer par ces unités (170 sur 3 530). Leur admission se fait dans ce cas principalement en cardiologie, en ophtalmologie et en chirurgie.

SCHÉMA 2 Reconstitution des parcours intra-établissement : l'exemple du CH de Bourges



Lecture : schéma centré sur les unités étudiées (d'autres flux sont bien sûr présents, en cardiologie, orthopédie, ophtalmologie...).

Champ : 7856 séjours des personnes de 75 ans et plus.

Sources : Département de l'information médicale du CH de Bourges - Schéma réalisé par Les Asclépiades/ONDPS.

Le taux de réhospitalisation à 30 jours des personnes de 75 ans et plus hospitalisées *via* les urgences, lorsqu'il peut être calculé, apparaît important : 14,5 % à Bourges, 10,7 % à Poitiers.

... et des organisations hospitalières spécifiques

Dans le cadre de ce schéma global, des solutions différentes sont retenues pour gérer le problème de sortie des urgences en période de flux importants de patients sur les cinq sites visités. Ainsi, à :

- **Poitiers** : unité d'hébergement et d'accueil (UHA) est composée de 22 lits en médecine interne, servant de « tampon » avant l'orientation souhaitée ou un retour à domicile (cible de durée : moins de 48 heures). Ce sont les urgentistes qui décident des orientations. Lorsque le patient sort des urgences avec une orientation en gériatrie et qu'il n'y a pas de place, il est donc accueilli provisoirement dans l'UHA un jour ou deux, avec l'appui de l'EMG et d'autres spécialistes si besoin. En conséquence, l'UHCD est moins utilisée à Poitiers pour la population âgée.
- **Bourges** : unité post-urgence (UPU), 20 lits, accueillant les patients des urgences dont les problèmes peuvent se résoudre en 4-5 jours avant retour à domicile ou transfert (plus rarement) dans un service de spécialité. L'UPU peut aussi dépanner un service de spécialité quelques jours pour éviter un séjour trop long en UHCD. Cette unité est dirigée par un médecin généraliste, et fonctionne avec 2 ETP (équivalent temps plein travaillé).
- **Lariboisière** : UHCD de grande taille, 24 lits, avec des durées de séjour pouvant aller de quelques jours, voire de quelques semaines (précisément après transfert administratif vers une unité d'hospitalisation post-urgences dans les locaux de l'UHCD).
- **Clermont de l'Oise** : à la sortie des urgences, orientation d'une partie des patients vers l'hôpital gériatrique Paul Doumer ou le groupe hospitalier public sud de l'Oise qui rassemblent les établissements de Creil et de Senlis (et qui comprennent un court séjour gériatrique).
- **Bayeux** : utilisation préférentielle des lits de médecine et en particulier du service de médecine interne.

En outre, à Lariboisière, existe la possibilité de transférer des patients dans les cliniques privées en médecine (lorsque les problèmes sociaux sont absents). Cette possibilité n'est pas présente dans les autres sites ; elle

peut toutefois l'être en SSR (comme à Clermont de l'Oise ou Bayeux), mais pour des patients dits « plus légers ».

L'importance des postes en interface

Pour ces parcours parfois complexes, des solutions de coordination, d'interfaçage sont mises en place :

- sur tous les sites, l'équipe mobile gériatrique, lorsqu'elle existe, permet d'assurer la liaison avec les urgences, avec les services « d'hébergement », les services de spécialités ;
- à Lariboisière, un médecin interniste assure la liaison avec les urgences, afin de faciliter les transferts ; il se rend chaque matin aux urgences pour vérifier avec les urgentistes l'adéquation entre les lits disponibles en médecine interne et les patients proposés, en général des situations mixtes, compliquées (pas seulement des personnes âgées) pour lesquelles les services de spécialités comme la cardiologie se déclarent inadaptés. En outre, les urgentistes peuvent appeler à tout moment (hors les nuits) un numéro de téléphone en médecine interne (astreinte senior). Cette organisation fluidifie nettement les parcours, et il est envisagé de reproduire ce système avec la gériatrie ;
- deux infirmières coordinatrices (IDEC) en gériatrie à Poitiers assurent les relations avec les urgences, les autres services cliniques, les médecins traitants, les EHPAD. Une de ces IDEC s'occupe plus spécifiquement des entrées *via* les urgences, les hébergements en UHA ou ailleurs (travail de repérage et de facilitation des mutations, avec priorisation, à l'aide du logiciel de gestion des lits), et l'autre gère plus particulièrement les relations avec les EHPAD, y compris les entrées directes, avec remplacement mutuel. Sont gérées aussi les formations pour les personnels des EHPAD. Au total, 75 EHPAD sont situés dans le département, dont 53 ont une convention de coopération avec le CHU. Ces formations sont l'occasion de rencontres, de diffusion d'outils communs. En outre, une rencontre annuelle avec l'ensemble des EHPAD est organisée. Tout cela permet de faciliter les contacts inter-personnels.

Des différences marquées entre CHU et non CHU

Dans les sites non CHU (Tableau 1), il ressort une inadéquation entre, d'une part, les lits de gériatrie aiguë et les effectifs médicaux de gériatrie, et, d'autre part, la population de personnes âgées de plus en plus nombreuse,

arrivant aux urgences sans que la complexité de la situation ait été anticipée : personnes âgées isolées, difficultés d'organisation pour le maintien à domicile, pathologies très avancées et *in fine*, des lits de médecine bloqués pendant des mois par des personnes dont le dossier social n'avance pas.

Dans les CHU, la problématique de recrutement médical n'est pas présente, on a donc affaire à deux situations contrastées.

Selon un directeur d'hôpital interviewé, il existe ou est en train de se dessiner une sorte de santé à « deux vitesses » avec un accueil hospitalier dans les CHU très performant, des effectifs pléthoriques, et des établissements hospitaliers très isolés géographiquement, avec de nombreux postes médicaux vacants, dont les capacités d'accueil des patients sont freinées. « *Est-on prêt à accepter ouvertement cette réalité ?* ».

À Bourges et Bayeux, ainsi, le recours aux intérimaires est régulier en gériatrie, en SSR. À ces difficultés, s'ajoute la difficulté à accueillir des internes.

Des projets pour améliorer les parcours au sein des établissements

Plusieurs sites envisagent d'organiser une filière gériatrique spécifique aux urgences, comme il peut en exister en ophtalmologie, en cardiologie ou en gynécologie-obstétrique, afin de mettre en place un circuit plus court pour ces personnes.

Par exemple, à Poitiers, le service des urgences travaille sur un projet de constitution d'une unité de filière gériatrique, avec un secteur dédié de 5 box, dont un « box Alzheimer », pour un passage prioritaire (en restant souple quant à l'occupation des box). En effet, le temps de passage médian aux urgences est de l'ordre de 4 heures mais est plutôt de 7 heures 30-8 heures pour les personnes âgées dans l'organisation en vigueur. Un test est réalisé à l'heure actuelle avec 2 box, pour les personnes de 85 ans et plus présentant des critères de fragilité et/ou d'exclusion. Tous les urgentistes participent à cette activité. Les protocoles sont élaborés avec les gériatres. L'objectif est d'accélérer la sortie des box (priorisation des ambulances internes par les « *bed managers* »...). Les premiers enseignements portent sur les moyens mobilisés : du personnel paramédical supplémentaire paraît nécessaire ; et il s'avérerait utile de prescrire moins d'examen complémentaires aux urgences pour accélérer le processus.

Un besoin de mise en place ou de renforcement d'unités spécifiques est évoqué par plusieurs établissements :

- les unités cognitivo-comportementales (UCC) ;
- les unités d'hébergement renforcé (UHR) ;
- les solutions d'hébergement temporaire (à titre de répit pour l'aïdant, ou lorsque celui-ci est lui-même hospitalisé, ou à titre de transition avant une solution d'hébergement) ;
- l'hôpital de jour ;
- le pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) en EHPAD, afin d'accueillir, dans la journée, les résidents ayant des troubles du comportement modérés, et de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques.

Ces différentes options paraissent indispensables, et ce avec un nombre suffisant de places, pour faire face aux situations difficiles.

3.2. Des difficultés bien connues des parcours gériatriques

Le principal problème évoqué concerne l'insuffisance de solutions d'aval

Ces tensions en aval, plus ou moins marquées selon les territoires, sont liées à l'insuffisance de places en SSR et/ou des difficultés pour trouver des places en EHPAD, en particulier lorsqu'il faut aussi solliciter les aides sociales.

La durée moyenne de séjour (DMS) en gériatrie aiguë est de 11 jours à Poitiers, 14 jours à Bourges, 15,8 jours à Lariboisière ; et en médecine pour les 75 ans et plus, de 12,3 jours à Lariboisière (médecine/aval des urgences), 15 jours à Bourges, 9,9 jours à Clermont de l'Oise et 8,4 jours à Bayeux. Ces différences reflètent les difficultés majeures d'aval rencontrées à Bourges et Lariboisière, pour des raisons différentes dans les deux cas : prédominance des problèmes d'effectif médical à Bourges, prédominance des problèmes sociaux et de l'insuffisance de lits de SSR à Lariboisière.

Ces observations se reflètent aussi dans les DMS en SSR : 63 jours à Lariboisière, 22 jours à Poitiers.

Au total, pour trois des établissements enquêtés, les modes de sortie des services de gériatrie aiguë se répartissent ainsi (**Tableau 2**) :

6. Le programme d'accompagnement du retour à domicile dit « PRADO » consiste à organiser la sortie du patient après une hospitalisation.

Un conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) rencontre le patient, déclaré éligible par l'équipe médicale hospitalière, pendant son hospitalisation.

Il lui propose de le mettre en relation avec les professionnels de santé libéraux de son choix, qui le prendront en charge à son retour à domicile dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe soignante. Il peut selon les cas, le mettre en relation avec des prestataires d'aides à la vie.

TABEAU 2 Répartition pour 3 établissements enquêtés des différents modes de sortie des patients âgés poly-pathologiques des services de gériatrie aiguë

Sortie de gériatrie	Lariboisière	Bourges	Poitiers
Domicile	57,6 %	35,3 %	25,5 %
SSR	15,6 %	42 %	52,2 %
Transfert MCO	5,8 %	7,7 %	0,2 %
USLD	8,8 %	1,6 %	0,3 %
Décès	11 %	12,6 %	6,6 %
EHPAD	1 %	0,7 %	15 %
Autres	0,1 %	0,1 %	0,3 %

Sources : Département de l'information médicale des 3 établissements Lariboisière, Bourges et Poitiers - Traitement Les Asclépiades/ONDPS.

La forte proportion de SSR à Poitiers est liée au principe de jumelage des lits MCO/SSR dans les mêmes unités (par exemple pour une unité de 35 lits : 15 lits de cas aigus et 20 lits de SSR) ; le malade passe d'un secteur à l'autre sans changer de lit par un mouvement purement administratif.

La faible proportion, à l'inverse, à Lariboisière, tient à l'insuffisance de places en SSR sur le territoire.

Lorsqu'un retour à domicile paraît possible, après un séjour en SSR le plus souvent, des obstacles nombreux sont évoqués :

- manque de médecins traitants, démographie des médecins généralistes en baisse ;
- absence de masseurs-kinésithérapeutes se déplaçant à domicile ;
- SSIAD débordés ;
- HAD : critères trop stricts (en particulier critère de présence d'un aidant valide) ;
- carences des solidarités familiales ;
- manque de préparation des familles (aussi bien sur le plan psychologique que sur le plan de l'adaptation du logement, des demandes d'aides, etc.).

Les dispositifs de coordination, dont l'un des objectifs est de favoriser le retour et le maintien à domicile, sont parfois utilisés. Dans le territoire PAERPA de la première vague (Lariboisière), les avis sont cependant mitigés sur l'apport du dispositif. Un intérêt est toutefois souligné pour les dispositifs PRADO⁶ et ViaTrajectoire (orientation en SSR notamment), ainsi que

7. Développé dans le cadre du projet PAERPA, l'outil de coordination autour du domicile appelé LISA est un outil web et mobile qui :

- * s'adresse à tous les professionnels, médicaux, médico-sociaux et sociaux, intervenant auprès des personnes âgées, de manière régulière ou ponctuelle, au domicile, en cabinet ou à l'hôpital :
- professionnels de santé de ville, services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), professionnels des établissements de santé.
- * connecte les professionnels, médicaux, médico-sociaux et sociaux, intervenant auprès des personnes âgées, de manière régulière ou ponctuelle, au domicile, en cabinet ou à l'hôpital.
- * permet de connaître les professionnels qui interviennent auprès du patient, et d'avertir ou être alerté lors d'aléas ou d'événements dans cette prise en charge en cas de modifications dans l'organisation de la prise en charge.

LISA se déploie actuellement sur le territoire expérimentateur PAERPA, couvrant le centre et le nord-est parisien, avant généralisation, progressive aux autres territoires franciliens.

https://www.paerpa-paris.fr/sites/default/files/ckeditor/placeholder_lisa_0.pdf

8. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (anciennement Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer).

pour l'outil LISA⁷ : base de données permettant de connaître quels sont les intervenants du domicile déjà en place avant l'hospitalisation pour les patients de plus de 60 ans ayant volontairement fourni ces données, et de contacter ces intervenants pour un retour à domicile.

L'outil Trajectoire est utilisé dans la plupart des sites, avec présence, parfois, d'une concurrence entre secteur public et secteur privé en SSR, signalée à Clermont de l'Oise et Bayeux, les établissements privés étant plus réactifs et privilégiant les cas sans problème social.

De même, les MAIA⁸ ne paraissent pas d'un apport déterminant : délais d'intervention trop longs, faible nombre de patients pris en charge.

Le diagnostic sur ces différents dispositifs de coordination est donc partagé ; le fait que tous les partenaires se rencontrent au niveau stratégique est jugé positivement, mais émerge surtout l'idée d'un manque d'efficacité : « *il existe trop de dispositifs pour s'y retrouver efficacement* » ; « *on en attendait plus* ». À Lariboisière, les assistantes sociales observent que cela fonctionne bien dans le sens « domicile vers hospitalisation » et moins bien dans l'autre sens.

Les problèmes d'articulation avec la ville sont également manifestes en amont

De nombreux acteurs soulignent la « *faillite* » de la médecine de ville pour cette population gériatrique ; les problèmes ne sont pas anticipés et « *tout doit être réglé en urgence* » lors de l'hospitalisation ; les services doivent tenter de résoudre en quelques semaines des situations qui perdurent depuis des années, dans un contexte de lourdeur des démarches administratives ; dans certains territoires, c'est la démographie médicale tendue qui est en cause.

Les densités médicales les plus faibles sont observées dans le Cher et le territoire de Clermont de l'Oise. Dans ces territoires, cette insuffisance de personnels médicaux est observée aussi bien en ville qu'à l'hôpital, avec un retentissement sur le fonctionnement hospitalier. Des patients se rendent aux urgences faute d'avoir trouvé un médecin traitant en ville. En gériatrie, il a même été nécessaire de fermer des lits aigus et/ou de ne pas pouvoir ouvrir des lits autorisés, faute de personnel médical, alors que l'évolution des besoins aurait plutôt voulu que le nombre de lits de gériatrie aiguë augmente (à Bourges, fermeture d'une unité d'hospitalisation et de l'hôpital de jour (HDJ) ; à Bayeux, fermeture de l'HDJ gériatrique)⁹.

9. Le chef de service de médecine interne du CH de Bourges observe que si la densité de généralistes en ville était correcte, l'hôpital pourrait économiser 2 postes de praticiens grâce à des parcours plus fluides et du temps dégagé pour des tâches que les médecins de ville pourraient assurer (consultations, suivi des malades chroniques, HAD...).

10. Il est cependant observé par les internistes que les problèmes les plus difficiles concernent les patients non âgés poly-pathologiques avec des problèmes sociaux (handicaps lourds, désocialisation...) pour lesquels il n'existe pas de structure d'hébergement d'aval adaptée en nombre suffisant.

Des épisodes de soins hospitaliers révélateurs de difficultés sociales pré-existantes

Les « *bed blockers* » (patients restant plusieurs semaines, voire davantage, en médecine ou en SSR), en nombre variable selon les sites, sont liés aux problèmes d'aval associés à des problèmes sociaux lourds, parfois compliqués par des problèmes juridiques : isolement, domicile insalubre, domicile inadapté, absence de domicile, absence de famille, tuteurs absents pour les personnes âgées placées sous contrôle judiciaire, attente très longue de la décision du juge des tutelles dans certains cas, absence de mutuelle, autres délais administratifs, impossibilité de payer les frais d'EHPAD et donc volonté de la famille de maintenir leur parent en SSR ou en USLD... Les difficultés sont majorées dans les cas de géro-psycho-geriatrie.

Les problèmes purement médicaux sont par contre en général résolus en quelques jours (sous réserve d'un accès rapide aux examens complémentaires, ce qui n'est pas toujours le cas)¹⁰.

Ces difficultés sont gérées par les assistantes sociales, dont le rôle est fondamental ; selon les cas, il existe un service social centralisé dans l'établissement avec des référentes par service ou alors, les assistantes sociales sont incluses dans l'effectif des services. En tout état de cause, il est important aux yeux des acteurs de disposer d'effectifs suffisants, ce qui n'est pas toujours le cas ; lorsque des assistantes sociales manquent, cela constitue un frein à la sortie et conduit à allonger les durées d'hospitalisation.

Toutes ces difficultés appellent des recherches de solutions de la part des établissements pour fluidifier les parcours gériatriques

Dans le GHT du Cher, dont le CH de Bourges est l'établissement support, un projet d'équipe mobile gériatrique territoriale (EMGT) a été développé, après appel à projet de l'Agence régionale de santé (ARS), dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie. Ce projet consiste à détecter les personnes âgées d'au moins 60 ans, vivant à domicile et atteintes de certains critères de fragilité (isolement, perte de poids involontaire, sensation d'épuisement, baisse de la force musculaire, baisse de la vitesse de marche, troubles de la mémoire...), afin d'empêcher ou retarder leur hospitalisation et leur entrée en dépendance, en agissant sur la durée. L'objectif est d'anticiper les problèmes (préparation du domicile à une mobilité diminuée, voire préparation à l'entrée en EHPAD...), au regard du constat que de nombreuses personnes âgées arrivent encore aux urgences avec des problèmes médicaux et sociaux importants sans aucune anticipation.

11. Par exemple, il a été souligné que pour les différentes administrations, que ce soit la CPAM, la CNAV, la CAF... les délais s'allongent ; les administrations ne sont pas aidantes (par exemple lorsqu'elles demandent à parler au patient qui présente des troubles cognitifs).

Cette équipe, qui a démarré son activité mi-avril 2018, comprend 2 ETP d'infirmières, 0,3 ETP de médecin (intervenant en télé-médecine) et 0,5 ETP de secrétaire. Sur la base d'une demande pouvant émaner de plusieurs acteurs (pharmacien, famille, intervenant au domicile, infirmière, médecin traitant...), l'infirmière de l'équipe se déplace au domicile pour cette évaluation de la fragilité, recueille le consentement de la personne concernée pour entrer dans le dispositif et informe le médecin traitant. Le gériatre (de Bourges ou de Sancerre, par télé-médecine) analyse les données, ainsi que l'ordonnance, et établit un plan personnalisé de prévention (besoin en soins, en matériels...), adressé à la personne et au médecin traitant. L'expérimentation est prévue pour 3 ans. Sur les 15 000 personnes fragiles *a priori* dans le Cher, 1 000 évaluations sont envisagées au début.

À Clermont de l'Oise, il est envisagé de recruter un médecin gériatre à l'échelle du GHT susceptible de se déplacer au sein des différentes structures de prise en charge gériatrique, en particulier dans les établissements médico-sociaux. Il apparaît, aux yeux des acteurs, plus facile de recruter un médecin gériatre au niveau du GHT qu'au niveau du centre hospitalier de Clermont de l'Oise.

Dans le même esprit, un numéro unique de gériatre accessible 24h/24 et 7j/7 est mis en place pour le GHT.

À Lariboisière, à Bourges, a été mise en place une commission spécifique afin d'étudier le cas des « *bed blockers* » individuellement. Cette commission associe les représentants des services concernés et la direction. Les raisons de ces prolongations de séjours sont en général administratives : mise sous tutelle et attente de la protection juridique (ce qui peut prendre plus de 6 mois), problèmes avec les tuteurs qui ne s'occupent pas de la personne, adaptation du logement, mise en place des aides (APA par exemple)¹¹... mais aussi en raison de problèmes d'insuffisance de places en EHPAD, de difficultés financières des familles pour payer l'EHPAD, de refus des familles de reprendre leur parent à domicile.

Ces difficultés juridiques doivent être traitées au cas par cas mais demanderaient une réflexion sur une solution générale. Il paraît absurde que, pour des raisons de délais administratifs, des patients restent des mois, voire des années dans des structures hospitalières coûteuses, alors que le problème médical est résolu depuis longtemps, embolisant des lits pourtant nécessaires pour des malades aigus. À l'évidence, les délais des décisions de justice ne sont pas ceux des prises en charge hospitalières.

Il a été proposé que le tuteur, pour ces personnes âgées, pourrait être le directeur d'hôpital ou l'équipe de direction hospitalière.

De plus, l'hôpital se trouve juridiquement démuni face à une personne isolée, avec impossibilité de visiter son domicile pour sa sortie du fait de l'inexistence d'accompagnant. Une adaptation des procédures juridiques s'avère nécessaire.

Dans plusieurs sites, les urgences cherchent à développer une filière de consultation post-urgences dans un délai court pour programmer une hospitalisation secondaire ou des examens complémentaires en ville, et limiter ainsi le temps passé aux urgences (exemple d'application en gériatrie : première chute quand il existe un milieu familial).

L'adressage direct est une option que certains sites cherchent à promouvoir pour éviter un passage aux urgences, notamment lorsque la personne est en EHPAD, mais aussi en ville. Ceci étant, cette option est freinée par la saturation chronique des lits de médecine et de gériatrie, et le passage par les urgences reste encore la règle.

À Lariboisière, une politique de renforcement des liens avec la médecine de ville est menée, avec les centres de santé ou cabinets médicaux regroupés (par exemple Ipso, réseau de cabinets médicaux de proximité), exerçant en secteur 1. Une formation des médecins de ces centres est envisagée. L'idée est de travailler sur des situations médicales précises : anticipation de la sortie, suivi des malades chroniques, gestion des situations aiguës. Cela a commencé en médecine interne. Ces relations avec la ville permettent en outre de trouver des médecins traitants pour des personnes qui n'en ont pas. Et des adressages directs sont possibles dans le service. Par contre, les médecins de ville ne traitent pas les problèmes sociaux.

À Poitiers, le logiciel des urgences est interfacé avec le logiciel des médecins traitants, facilitant les transmissions d'informations. Le CH de Clermont de l'Oise projette de même d'adresser les comptes rendus aux médecins traitants *via* un système de messagerie sécurisée.

Afin de faciliter le maintien à domicile, le principe de SSIAD renforcé ou d'HAD « allégée » est souvent évoqué. Cela traduit le besoin d'une prise en charge à domicile adaptée au diagnostic de la personne, *via* des visites quotidiennes d'aides-soignantes et d'auxiliaires de vie notamment.

L'importance de la « médicalisation » des EHPAD est également abordée dans chacun des sites, avec en particulier : déploiement d'IDE de nuit, formation des personnels de nuit, utilisation de la télémédecine (dont le développement peut malheureusement être freiné par l'insuffisance de spécialistes dans le territoire, comme c'est le cas dans le Cher en dermatologie par exemple), contacts réguliers entre les établissements MCO et les EHPAD, mise en place d'un dossier de liaison, protocoles communs (exemple à Poitiers : protocole de surveillance d'un traumatisme crânien sous anticoagulant après une chute).

À noter qu'à Bourges et à Clermont de l'Oise, établissements disposant d'EHPAD avec des gériatres, les recours aux urgences sont moins fréquents.

3.3. Les impacts des organisations hospitalières sur les professionnels concernés

Une répartition des rôles bien définie entre gériatres et internistes

Selon les sites, la répartition des activités entre gériatres et médecins internistes/médecins polyvalents varie :

- d'une absence de lits de gériatrie aiguë à Bayeux et à Clermont de l'Oise (le projet d'en créer est toutefois en discussion);
- jusqu'à une prise en charge quasi exclusive par les gériatres à Poitiers (disposant de 86 lits de gériatrie aiguë);
- en passant par des situations mixtes à Lariboisière et Bourges.

Les critères d'orientation à la sortie des urgences sont, dans le principe, assez clairs :

- si le patient est mono-pathologique sans troubles cognitifs, sans problèmes sociaux : orientation dans les services de spécialités (cardiologie, neurologie...) même si parfois, au-delà d'un certain âge, certains se heurtent à des refus systématiques des spécialistes (exemple de l'insuffisant cardiaque de plus de 80 ans...);
- si le patient âgé poly-pathologique présente des problèmes de dépendance, de dénutrition, des troubles cognitifs, des problèmes sociaux... : orientation en gériatrie. La spécificité de la gériatrie est dans l'approche globale : problèmes cognitifs, de nutrition, locomoteurs, sociaux... avec sécurisation du retour à domicile, sécurisation de l'ordonnance;

- si le patient est poly-pathologique, avec prédominance d'une pathologie aiguë, sans problèmes cognitifs : orientation en médecine interne.

Il est rappelé dans les entretiens que la médecine interne se développe sur deux axes : les maladies de système, maladies rares et diagnostics difficiles, avec beaucoup de consultations, d'HDJ ; et la médecine polyvalente, en augmentation, sans spécificité de prise en charge, dont la moitié environ relève de la gériatrie.

Mais souvent, ces principes ne peuvent pas être appliqués du fait de la saturation des lits, et soit le patient est « hébergé » temporairement dans un service inadéquat, soit il est accueilli en médecine interne ou polyvalente lorsque la gériatrie est saturée (le cas inverse n'a pas été rencontré) ou si, comme à Clermont de l'Oise et Bayeux, il n'y a pas de lits de gériatrie aiguë dans l'établissement.

Il est souligné l'importance des internistes et des gériatres dans le « nettoyage » des ordonnances et la lutte contre l'iatrogénie, ainsi que dans le « redressement » de diagnostics parfois rapidement posés en ville. De fait, ces spécialités ont un rôle important contre la surmédicalisation.

Les qualifications des médecins internistes et gériatres varient ; la majorité des gériatres sont des médecins généralistes ayant la capacité de gériatrie, mais on trouve aussi des gériatres anciens internistes, ou des spécialistes d'organe exerçant en gériatrie... Il est souligné que les spécialités d'exercice sont souvent différentes de celles enregistrées à l'Ordre des médecins.

Des questions sur l'avenir de la médecine polyvalente

Le cloisonnement induit par la filiarisation inquiète les professionnels et les directions : par exemple, les urgentistes seront-ils bloqués toute leur vie dans ce métier ? Quel est l'avenir de la médecine polyvalente hospitalière jusqu'ici pratiquée par des médecins généralistes ? La gériatrie sera-t-elle choisie d'emblée en démarrant son troisième cycle compte tenu de sa « mauvaise presse » et du peu de stages d'externat dédiés à la gériatrie ?...

En outre, l'hyperspécialisation a des inconvénients : génératrice de coûts et porteuse de peu de solutions pour les populations âgées. Aux dires d'un interniste interrogé, il y a un fort déséquilibre de pratique entre la médecine spécialisée et la médecine polyvalente (médecine interne, gériatrie, urgences). Or, il faut éviter la surmédicalisation pour la patientèle âgée.

Ne faudrait-il pas plutôt diffuser la « culture gériatrique » dans toutes les spécialités ? Les orthopédistes, les oncologues sont parmi les premiers à être sensibilisés ; en oncologie, par exemple, où la maladie peut induire une dépendance chez une personne autonome auparavant, une évaluation gériatrique initiale doit être effectuée, assortie d'un score de fragilité. Il est nécessaire pour cela d'avoir des gériatres avec des compétences en oncologie. Mais en réalité, quasiment l'ensemble des spécialités sont concernées. Il a ainsi été proposé de mettre en place un « module » de formation à la gériatrie pour les généralistes ou des spécialistes d'autres disciplines. Pour certains, il faudrait garder la possibilité pour les médecins généralistes de passer une capacité de gérontologie et ainsi d'exercer la gériatrie dans une seconde vie professionnelle.

Le point important souligné par les interlocuteurs est en effet de maintenir, voire de développer la flexibilité des personnels médicaux dans les unités de gériatrie ; les passerelles entre médecins généralistes, gériatres, urgentistes seraient à préserver.

Dans le même ordre de questionnement, qui va s'occuper des services de médecine polyvalente et gériatrique des établissements « périphériques », ou des SSR polyvalents ? Les gériatres ou internistes ne voudront peut-être pas y aller... Et les médecins généralistes ne seront pas formés pour occuper ces postes en médecine polyvalente (même si à l'heure actuelle, de nombreux généralistes s'occupent de ces unités – exemple à Bourges –).

Une réflexion globale existe ainsi sur la médecine dite polyvalente : en aval direct des urgences pour les cas solubles en quelques jours, pour le suivi des patients en chirurgie, en psychiatrie... Il s'agit de médecine générale mais à destination des patients hospitalisés. Le CH de Bourges par exemple a inscrit le développement de ce créneau dans son projet d'établissement. Cela pose des questions d'organisation médicale : faut-il privilégier des unités de médecine polyvalente, de médecins polyvalents présents dans les services spécialisés, avec avis de spécialistes ?

En tout état de cause, l'opinion majoritaire diagnostique un besoin d'augmentation du nombre de postes en médecine interne et en gériatrie, qui sont des « métiers complémentaires, un peu plus médico-social pour les gériatres, un peu plus thérapeutique pour les internistes ». Une telle augmentation permettrait de mailler les territoires en internistes et gériatres, y compris dans les hôpitaux de proximité.

Les professionnels interrogés évoquent le besoin de rééquilibrage des postes d'internes dans certaines régions, afin de ne pas pénaliser le fonctionnement des services des établissements non CHU. L'affectation d'internes dans les endroits moins « attractifs » devrait être une obligation pour au moins un ou deux stages selon les régions.



2. Quel dénombrement et quelles perspectives démographiques ?

1. Disponible en ligne sur la page internet de l'ONDPS (cf. l'Avertissement en début de rapport)

2. HCAAM

CONTRIBUTION DE L'ONDPS

Internistes, gériatres, médecins exerçant la médecine polyvalente hospitalière : quel dénombrement et quelles perspectives démographiques ?



Cette contribution de l'ONDPS est une synthèse du document de travail¹ rédigé par Catherine Zaidman, Cléo Lhermet et Sylvain Gautier

1. INTRODUCTION

Dans le cadre des travaux du groupe de travail, il est apparu nécessaire de disposer d'une photographie précise des médecins intervenant dans les principaux services contribuant à la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques et/ou dépendantes. Ces services sont pour l'essentiel des services de médecine interne, de gériatrie aiguë et de médecine polyvalente hospitalière, avec comme principaux médecins intervenant des internistes, des gériatres et des médecins généralistes.

La spécialisation de l'activité médicale, et sa segmentation croissante en sous-espaces professionnels spécialisés distincts², ont paradoxalement participé à opacifier la concomitance pouvant exister entre activité médicale et appartenance à une communauté professionnelle identifiée. Ainsi, dès lors que l'on s'intéresse à la prise en charge effective des patients, et qu'on tente de la quantifier, un simple dénombrement des professionnels de santé se déclarant appartenir à une spécialité ne suffit pas, cette déclaration n'étant pas nécessairement concomitante avec l'activité effective du professionnel.

Quantifier le nombre de médecins exerçant la médecine interne, la gériatrie, et la médecine polyvalente nécessite donc préalablement de préciser

les contours de ces spécialités et de se confronter à une difficulté conceptuelle : de quel exercice de spécialité parle-t-on ?

Aucune source de données ne permettant à elle seule d'évaluer précisément le nombre de médecins exerçant effectivement la médecine interne, la gériatrie, ou la médecine polyvalente, trois bases de données essentielles ont été mobilisées de manière complémentaire :

- **le « répertoire partagé des professionnels de santé », RPPS**, établi à partir des inscriptions au tableau de l'Ordre des médecins, qui rassemble les principales caractéristiques personnelles et professionnelles de chaque médecin. Ces données sont déclaratives, ce qui rend la mobilisation d'autres sources d'informations nécessaire au dénombrement des professionnels exerçant réellement une spécialité, certains d'entre eux n'enregistrant pas systématiquement leur changement d'exercice dans le RPPS ;
- **la base de données du centre national de gestion relative aux praticiens des établissements publics**. Cette base contient pour chacun de ces praticiens, son sexe, sa date de naissance, son statut et sa spécialité.
- **la « statistique annuelle des établissements de santé », SAE**, enquête réalisée par la DREES auprès de chaque établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé, qui rassemble des données agrégées au niveau de l'établissement sur les effectifs de médecins par spécialité et par type d'activité (urgences, MCO, SSR, avec identification des services de gériatrie et de psychiatrie).

ENCADRÉ 1 Spécialisation du champ médical : de quel exercice de spécialité parle-t-on ?

La spécialisation du champ médical est un processus ancien, dont les contours n'ont été définis qu'en 1949, date à partir de laquelle les spécialités ont été codifiées et leur mode d'exercice précisé.

Seules quelques disciplines y ont été qualifiées de « spécialités », entraînant ainsi leur exercice à titre « exclusif », les autres disciplines pouvant être exercées à titre « complémentaire », comme de la médecine générale. Si l'on peut constater un accroissement majeur du nombre de diplômés de spécialités depuis 1949 (de 10 à 44 en 2019), ce qui nous intéresse ici est bien davantage la plasticité de ces spécialités, c'est-à-dire les recompositions successives des champs d'intervention autorisés pour les professionnels de chaque discipline. En effet, dès lors qu'une discipline est requalifiée en spécialité, elle ne peut globalement plus être exercée en complément d'une autre spécialité, réduisant d'autant les champs d'intervention possibles pour les professionnels concernés. En redessinant les contours des spécialités, ce processus de requalification a donc progressivement transformé les champs d'exercices autorisés aux professionnels de chaque discipline.

La réforme du 3^e cycle des études médicales de novembre 2017 apparaît majeure de ce point de vue. Parmi les 15 spécialités d'exercice principal nouvellement créées, seules trois constituent des spécialités nouvelles, les autres étant des spécialités d'exercice complémentaire, jusqu'alors acquises et exercées en complément d'une spécialité d'exercice principale.

Cette structuration du champ médical en sous-champs d'activité, et ses évolutions constatées sur ces dernières années, impactent directement notre champ d'analyse. **Dans cette étude, ce que nous cherchons à estimer, ce ne sont pas les effectifs des professionnels qualifiés en médecine interne, gériatrie ou médecine polyvalente, mais bien le nombre de professionnels qui exercent effectivement la médecine interne, la gériatrie et la médecine polyvalente hospitalière; ces deux notions étant, comme nous le verrons, loin d'être superposables.**

2. La médecine interne une spécialité reconnue depuis plus 50 ans, qui autorise l'exercice de compétences complémentaires

2.1 La médecine interne déclarée comme spécialité ordinaire par 2 377 médecins en 2018

Officiellement introduite par l'arrêté du 18 novembre 1965 dans la liste des spécialités « à exercice exclusif », la médecine interne est une spécialité reconnue depuis plus de 50 ans. Ainsi, l'examen du RPPS montre que cette discipline est toujours déclarée à l'Ordre comme spécialité d'exercice principal, jamais à titre complémentaire.

En 2018, **2 377** médecins de moins de 72 ans ont déclaré la médecine interne comme spécialité d'exercice. Cette spécialité étant essentiellement hospitalière, ils sont près de 85 % à l'exercer à l'hôpital, **soit 2 022**.

TABLEAU 1 Les internistes au 1^{er} janvier 2018 selon le type d'établissements recensés dans le RPPS

	Secteur hospitalier (hôpital public, PSPH, Privé) (*)	Établissement Hébergement Réadaptation	Établissement personnes âgées	Autres secteurs	Total des effectifs du champ défini
Médecins internistes (médecins ayant déclaré détenir la spécialité d'exercice de médecine interne dans le RPPS)	2 022	3	19	333	2 377

(*) **Ordre de priorité retenu pour ventiler les effectifs selon les différents secteurs d'activité**: secteur hospitalier, puis établissement d'hébergement et de réadaptation (hors secteur hospitalier), EHPAD, et autres secteurs (ville et secteur administratif).

Champ: Les internistes de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018 (les internistes de 72 ans et plus sont supposés dans cette étude ne plus avoir d'activité de soins).

Sources: RPPS 2018/DREES – Traitement ONDPS.

Un simple dénombrement des médecins ayant déclaré à l'Ordre exercer la médecine interne à titre exclusif nous conduirait donc à estimer le nombre de médecins internistes en activité en 2018 à 2 377. Toutefois, les données du RPPS ne retracent pas toutes les évolutions de carrière. Aussi, lorsqu'un professionnel exerce, en plus de sa spécialité ordinaire, une ou plusieurs disciplines à titre complémentaire, les données du RPPS ne donnent pas d'indication sur les parts relatives de chacun de ces exercices. En effet, un « exercice exclusif » ne signifie pas que seules les compétences de la spé-

3. Arrêté portant approbation du règlement relatif à la qualification des médecins établi par le Conseil national de l'Ordre
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000437171&dateTexte=20150922#LEGIART000006716194> et sa Version consolidée au 07 mai 1973 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000437171&dateTexte=19730507>

4. Seules exceptions les DESC de dermatopathologie, de foetopathologie, de néonatalogie, de neuropathologie et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

5. Depuis respectivement 2002 et 2004, les DESC de réanimation et de gériatrie ont été transformés en DESC qualifiants, contraignant les médecins internistes ayant obtenu ces diplômes de DESC de type II à choisir entre ces deux spécialités et leur spécialité de médecine interne.

6. Cf. Livre blanc de la médecine interne en 2004.

cialité ordinales sont autorisées, la plupart des médecins pouvant exercer des compétences complémentaires.

Depuis 1970, « l'exercice de la médecine interne par le praticien qualifié dans cette discipline peut être assorti d'une ou de deux compétences préférentielles concernant telle ou telle discipline actuellement reconvenue dans le cadre de la pathologie interne »³, compétences élargies à la majorité des diplômés d'études spécialisées complémentaires (DESC) et des capacités⁴ suite à la réforme des études médicales de 1982. Parmi les DESC, l'addictologie, la médecine d'urgence, la réanimation médicale et la gériatrie⁵, sont spécifiquement ouverts aux médecins internistes.

2.2 De la spécialité ordinaire aux exercices complémentaires : définir une méthode d'estimation du nombre de praticiens exerçant la médecine interne

Dès lors que notre objectif n'est pas de dénombrer les médecins internistes, mais bien de tenter d'estimer le nombre de praticiens exerçant effectivement la médecine interne, nous avons cherché à évaluer le nombre d'internistes détenant un ou plusieurs exercices complémentaires. En cohérence avec l'histoire de cette spécialité, qui s'est construite en réponse à des besoins de prise en charge globale de patients pour lesquels le diagnostic est complexe et qui ne peuvent relever des spécialités d'organe⁶, plus d'un tiers des médecins internistes déclarés en activité dans le RPPS en 2018 ont déclaré un ou plusieurs exercices complémentaires.

Cela permet ainsi d'expliquer pourquoi, lorsque l'on croise les données du RPPS avec celles du CNG, on constate que des médecins ayant la médecine interne comme spécialité d'exercice (RPPS) occupent des postes de PH dans une autre spécialité que la médecine interne. Parmi eux, certains occupent des postes de PH dans des spécialités nouvellement créées (128 en maladies infectieuses et tropicales, 45 en gériatrie ou encore 29 en réanimation médicale), mais également dans d'autres spécialités (72 postes de PH dans d'autres spécialités). Du fait de la proximité d'une partie de leur activité, un nombre non négligeable de médecins internistes occupent des postes de PH de médecine polyvalente (120) (Tableau 2).

À l'inverse, un certain nombre de médecins n'ayant pas comme spécialité ordinaire la médecine interne occupent des postes de praticiens hospitaliers en médecine interne (82 postes de PH en médecine interne, dont 15

7. Cette hypothèse est cohérente avec la présentation que les internistes font de leur relation avec les services de médecine polyvalente. Cf. « Médecine interne et médecine polyvalente », Pr Philippe Morlat et les membres du conseil d'administration de la SNFMI, dans *La Revue de médecine interne* 37 (2016) 721-722.

ayant la qualification de médecine générale et 12 la qualification gastro-entérologie et hépatologie, notamment).

TABLEAU 2 Construction du champ des médecins exerçant la médecine interne en 2018

	Total des effectifs du champ défini
Médecins internistes (médecins ayant déclaré détenir la spécialité d'exercice de médecine interne dans le RPPS)	2 377
Dont médecins internistes occupant un poste de PH en médecine polyvalente	120
Dont médecins internistes occupant un poste de PH dans une autre spécialité	274
- en maladies infectieuses, maladies tropicales	128
- en gériatrie	45
- en réanimation médicale	29
- en autres spécialités	72
Médecins occupant un poste de PH de médecin interniste (médecins ayant déclaré détenir une autre spécialité d'exercice que la médecine interne dans le RPPS)	82
Médecins internistes (champ redressé RPPS - CNG)	2 185

Champ : Les internistes de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018 (les internistes de 72 ans et plus sont supposés dans cette étude ne plus avoir d'activité de soins).

Sources : RPPS 2018/DREES - CNG 2018 - Traitement ONDPS.

Cette analyse met en évidence la difficulté à établir un chiffre assuré du nombre de médecins qui exercent effectivement la spécialité de médecine interne. **Elle nous permet néanmoins, grâce à la formulation d'hypothèses, de proposer une estimation du nombre de médecins ayant une activité d'interniste s'établissant à 2 185.**

Pour calculer ce chiffre, des 2 377 médecins ayant déclaré la médecine interne comme spécialité ordinaire dans le RPPS, ont été déduits les 274 médecins occupant des postes de PH dans d'autres spécialités, et ajoutés les 82 médecins ayant déclaré une autre spécialité ordinaire que la médecine interne mais occupant des postes de PH de médecine interne. Pour cet exercice démographique, dans la mesure où la médecine polyvalente hospitalière n'est pas une spécialité reconnue en tant que telle, mais un type d'activité (cf. ci-dessous le paragraphe relatif à la médecine polyvalente), les 120 médecins qualifiés en médecine interne qui sont praticiens hospitaliers en médecine polyvalente sont considérés comme relevant de la médecine interne⁷.

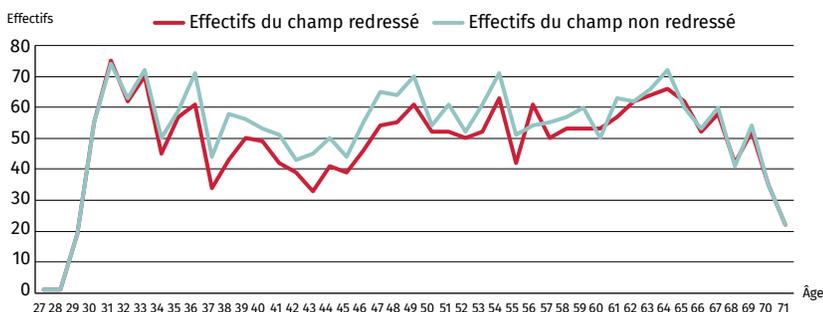
2.3 Estimation des départs à la retraite des médecins internistes dans les 5 prochaines années

Afin de mesurer l'impact des corrections apportées sur le nombre de praticiens exerçant la médecine interne susceptibles de partir à la retraite ou de cesser leur activité de soins dans les prochaines années, nous retiendrons les deux champs pour l'analyse démographique :

- le champ des médecins qui se déclarent internistes dans le RPPS, et dont le nombre est évalué à **2 377** en 2018 ;
- le champ redressé qui correspond à un nombre d'internistes de **2 185** pour l'année 2018.

La pyramide des âges des médecins internistes montre un décrochage à partir de 65 ans que l'on peut imputer à des départs à la retraite.

GRAPHIQUE 1 Pyramide des âges des médecins internistes



Lecture: Au 1^{er} janvier 2018, 19 médecins en activité ayant la médecine interne comme spécialité d'exercice ont 29 ans. Aucun d'entre eux n'occupe un poste de PH dans une autre spécialité ou occupe un poste de PH en médecine interne en ayant une autre spécialité d'exercice.

Champ: Médecins en activité au 1^{er} janvier 2018 de moins de 72 ans, ayant déclaré la médecine interne comme spécialité d'exercice.

Sources: RPPS/DREES 2018 et CNG 2018 - Traitement ONDPS.

Parmi les 2377 internistes de moins de 72 ans comptabilisés dans le RPPS, on dénombre 525 internistes de 62 ans et plus sur le champ total et 515 sur le champ redressé, soit des chiffres très proches. En reprenant les lois de cessation d'activité par âge de la DREES pour les médecins salariés, **on peut estimer à environ 500 le nombre d'internistes de moins de 72 ans qui cesseraient leur activité à l'horizon des 5 prochaines années.**

8. Cf. « Naissance et histoire de la gériatrie » Pr Moulins – Paris – article publié par l'IDSG sur son site.

9. Arrêté du 25 juillet 1985 pour la capacité de gérontologie https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT0000008650170 pageCourante=08920 et du 4 mai 1988 pour le DESC de gériatrie. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000008441470&categorieLien=cid>

10. Arrêté du 12 février 2004 modifiant les arrêtés du 4 mai 1988 portant réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine et liste des DESC de médecine https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000246883.

3. La gériatrie a longtemps été exercée en tant que compétence par des médecins de différentes disciplines, majoritairement par des médecins généralistes

3.1 La gériatrie, une spécialité récente dont l'estimation des effectifs ne peut se faire avec des données déclaratives.

À l'inverse de la médecine interne, la gériatrie est une spécialité reconnue très récemment. Bien que les prémices de la gérontologie sociale⁸ datent de la fin du XIX^e siècle et que les premières sociétés de gérontologie aient vu le jour dans les années 50, la discipline de gériatrie/gérontologie n'a été reconnue en tant que compétence qu'en 1985 avec la création de la capacité de gérontologie, puis du DESC de gériatrie en 1988⁹. Jusqu'en 2004¹⁰, lorsque le DESC de gériatrie est qualifié de DESC de type II « qualifiant », la gériatrie n'est reconnue que comme une compétence exercée à titre complémentaire d'une spécialité ordinale.

Ainsi, dans le RPPS cette discipline est le plus souvent déclarée au titre d'un exercice complémentaire : sur les 5 616 médecins (de moins de 72 ans) qui déclarent avoir une activité de gériatrie/gérontologie en 2018, seuls 1 984 ont la spécialité d'exercice. Ils sont 89 à déclarer l'exercer avec le DESC de type I non qualifiant et 3 543 à déclarer l'exercer avec la capacité de gérontologie.

TABLEAU 3 Les gériatres au 1^{er} janvier 2018 selon le type d'établissements recensés dans le RPPS (*)

	Secteur hospitalier (hôpital public, privé, PSPH)	Etablissement hébergement réadaptation	Etablissement personnes âgées	Autres secteurs	Total des effectifs du champs défini
Médecins gériatres (médecins ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie dans le RPPS)	3 336	10	844	1 426	5 616
dont médecins ayant déclaré la spécialité d'exercice	1 520	3	244	217	1 984
dont médecins exerçant la gériatrie à titre complémentaire (DESC de type I non qualifiant)	73	0	3	13	89
dont médecins exerçant la gériatrie à titre complémentaire (capacité de gériatrie)	1 743	7	597	1196	3 543

(*) Ordre de priorité retenu pour ventiler les effectifs selon les différents secteurs d'activité : secteur hospitalier, puis établissement d'hébergement et de réadaptation (hors secteur hospitalier), EHPAD, et autres secteurs (ville et secteur administratif).

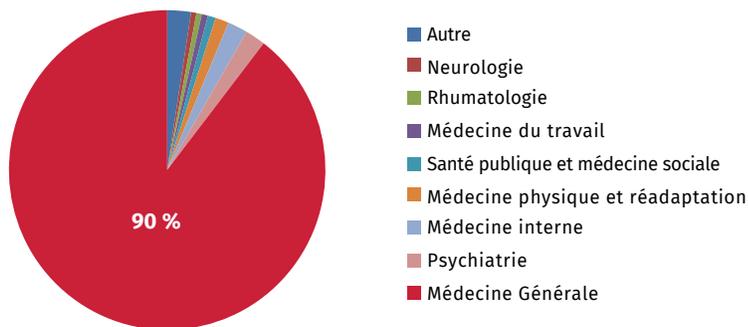
Lecture : en gris clair, on compte comme gériatres ceux qui déclarent leur activité à titre principal et ceux qui la déclarent à titre complémentaire sauf pour ceux exerçant en ville (secteur libéral) et en secteur administratif.

Champ : Les gériatres de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018 (les gériatres de 72 ans et plus sont supposés dans cette étude ne plus avoir d'activité de soins).

Sources : RPPS/DREES 2018 - Traitement ONDPS.

Les médecins qui déclarent exercer la gériatrie/gérontologie à titre complémentaire possèdent la médecine générale pour la très grande majorité (90 %) comme spécialité d'exercice.

GRAPHIQUE 2 Spécialité d'origine des médecins déclarant exercer la gériatrie à titre complémentaire



Champ : Les gériatres de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018.

Sources : RPPS/DREES 2018 - Traitement ONDPS.

3.2 Médecins généralistes ou gériatres ?

L'éclairage des données SAE

Les recompositions successives des champs respectifs d'activité de la gériatrie et de la médecine générale complexifient grandement le décompte des gériatres et des médecins généralistes dans le RPPS. Alors que le nombre de médecins déclarant au moins un exercice (principal ou complémentaire) de gériatrie dans le « secteur hospitalier » est de 3 336 dans le RPPS, il est de **3 784** dans la SAE, soit **13 %** de plus.

Cet écart peut s'expliquer pour partie par les doubles comptes enregistrés dans la SAE, puisqu'un médecin exerçant dans deux établissements sera compté 2 fois dans cette dernière source alors qu'il n'est compté qu'une fois dans le RPPS. Cet écart relativement faible entre les données du RPPS et de la SAE, montre que les établissements hospitaliers, quand ils décomptent leur effectif de gériatrie, semblent intégrer pour partie les médecins qui ont un exercice de gériatrie, sans toutefois en posséder la qualification ordinale. Afin de mieux comptabiliser les médecins exerçant effectivement la gériatrie au sein du secteur hospitalier, les données de la SAE et du RPPS doivent être confrontées à celles du CNG relatives aux praticiens hospitaliers.

11. 693 PH de gériatrie n'ont pas déclaré d'exercice en gériatrie/ géronologie dans le RPPS, dont 628 médecins généralistes et 27 internistes.

3.3 Construction du champ des médecins exerçant la gériatrie : présentation des hypothèses

Comme pour la médecine interne, proposer une estimation du nombre de médecins exerçant la gériatrie nécessite de formuler plusieurs hypothèses. On suppose que les praticiens hospitaliers occupant des postes en gériatrie exercent effectivement la gériatrie, quelle que soit la spécialité ordinaire qu'ils ont déclarée dans le RPPS¹¹.

À l'inverse, les praticiens ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie/géronologie mais qui occupent des postes de PH dans une autre discipline (hors médecine polyvalente) ne sont pas considérés comme exerçant effectivement la gériatrie. Ces 187 médecins sont donc exclus de notre estimation du nombre de médecins exerçant effectivement la gériatrie ou la gérontologie.

TABLEAU 4 Construction du champ des médecins exerçant la gériatrie en 2018

	Total des effectifs du champ défini (*)
Médecins gériatres (médecins ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie dans le RPPS)	5 616
dont gériatres occupant un poste de PH en médecine polyvalente	328
dont médecins ayant déclaré la spécialité d'exercice en gériatrie	77
dont médecins ayant déclaré exercer une compétence complémentaire en gériatrie	251
dont gériatres occupant un poste de PH dans une autre spécialité	187
médecine d'urgence	88
psychiatrie	38
médecine interne	16
autres spécialités	45
Médecins occupant un poste de PH de gériatrie (médecins n'ayant pas déclaré exercer cette compétence dans le RPPS)	693
Médecins gériatres (champ redressé RPPS - CNG)	5 871

Champ : (*) correspond à l'ensemble des médecins, de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018, ayant déclaré exercer une compétence en gériatrie dans le RPPS.

Sources : RPPS/DREES 2018 et CNG 2018 - Traitement ONDPS.

Le cas des médecins ayant déclaré au moins un exercice de gériatrie dans le RPPS, et qui occupent un poste de praticien hospitalier en médecine polyvalente semble nécessiter un traitement particulier. L'approche retenue pour décompter les gériatres étant très large, puisqu'ont été englobés tous les médecins ayant déclaré au moins un exercice de gériatrie/géronologie, quelle que soit leur spécialité d'exercice, il a semblé opportun au

groupe de travail de distinguer les PH de médecine polyvalente détenant la spécialité d'exercice de gériatrie et ceux déclarant exercer la gériatrie à titre complémentaire. Ainsi, il a été supposé que parmi les médecins occupant des postes en médecine polyvalente, ceux possédant la spécialité ordinale de gériatrie continuent de relever de la gériatrie (77 médecins), et que ceux n'ayant déclaré qu'une compétence complémentaire en gériatrie/ gérontologie ne devaient pas être comptés parmi les médecins exerçant la gériatrie (251 médecins).

Ainsi, compte tenu de l'ensemble de ces hypothèses, une première estimation du nombre de médecins supposés exercer, à un titre ou à un autre, la gériatrie, une fois confrontées les données relatives aux praticiens hospitaliers, s'élèveraient à 5 871 tous secteurs confondus.

Ce chiffre tient compte de l'ensemble des professionnels quels que soient leur secteur d'activité, leur spécialité d'exercice et le temps de travail qu'ils consacrent à l'activité de gériatrie par rapport à l'activité de leur spécialité ordinale lorsqu'elle est différente de la gériatrie. Or, nous n'avons pas d'indication sur le temps que ces médecins consacrent à leur activité de gériatrie lorsque celle-ci est déclarée à titre complémentaire.

La confrontation des données du RPPS avec celles de la SAE pour les établissements de santé et avec celles de l'enquête EHPA (2015) de la DREES pour les EHPAD, nous invite à penser que ceux qui ont déclaré un exercice complémentaire de gériatrie dans le secteur hospitalier ou en EHPAD doivent dans un nombre de cas significatif le faire à titre principal, et non à titre secondaire.

En revanche, ne disposant d'aucune donnée sur la part relative que représente la gériatrie dans le temps de travail des médecins déclarant l'exercer à titre complémentaire en ville ou encore dans le secteur administratif, le groupe de travail propose d'estimer que leur exercice correspond principalement à celui de leur spécialité ordinale, et donc de les exclure du champ des médecins exerçant la gériatrie. Cette hypothèse mériterait toutefois que soient engagés des travaux d'enquêtes complémentaires pour être confirmée.

12. À ce jour on dénombre toujours environ 420 capacités de gériatrie / gériatologie déliurées chaque année.

TABLEAU 5 Médecins exerçant à titre principal la gériatrie

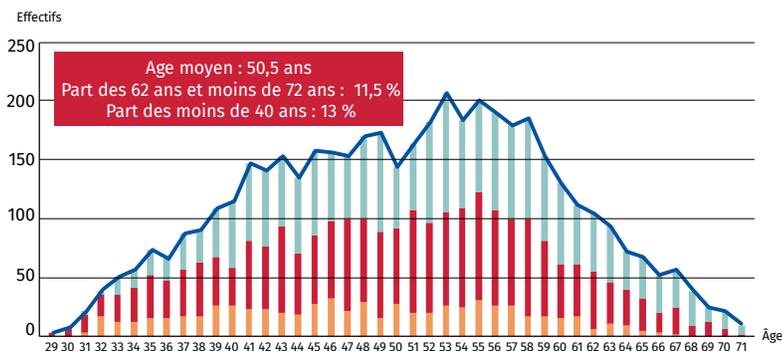
Total des médecins ayant déclaré un exercice de gériatrie	5 871
dont médecins n'ayant pas la spécialité d'exercice et travaillant dans le secteur « autre »	1 209
Champ retenu pour l'analyse démographique	4 662

Sources: RPPS/DREES 2018 - Traitement ONDPS.

Ainsi, sur les **5 871** médecins déclarant un exercice de gériatrie/gérontologie (corrigé des données du CNG) seuls **4 662** médecins sont supposés exercer à titre principal la gériatrie/gérontologie.

3.4 Estimation des départs à la retraite des gériatres dans les 5 prochaines années

La pyramide des âges des 4 662 gériatres retenus dans notre champ d'analyse est plus classique que celle des médecins internistes, en forme de cloche avec des effectifs plus élevés parmi les 50-60 ans (Graphique 3).

GRAPHIQUE 3 Pyramide des âges des médecins exerçant la gériatrie en spécialité d'exercice ou comme exercice complémentaire


Lecture: Au 1^{er} janvier 2018, 22 médecins en activité de 31 ans déclarent avoir la gériatrie comme spécialité d'exercice (16) ou l'exercer à titre complémentaire (3), ou occupent un poste de PH de gériatrie sans avoir déclaré d'exercice en gériatrie (3).

Champ: médecins en activité au 1^{er} janvier 2018 de moins de 72 ans déclarant exercer la gériatrie avec la spécialité d'exercice ou avec une compétence complémentaire en gériatrie / gérontologie (hors médecins exerçant leurs compétences en ville et en administration) - données corrigées après prise en compte des données du CNG sur les praticiens hospitaliers.

Sources: RPPS/DREES 2018 – CNG 2018 - Traitement ONDPS.

Spécialité relativement jeune avec des entrées significatives en milieu de carrière du fait du poids relatif des médecins ayant obtenu la capacité de gérontologie¹²,

13. La question de sa reconnaissance a pu être posée en 2004, lors de la création de la spécialité de médecine générale, lorsqu'ont été précisées les conditions que devaient remplir les médecins généralistes ayant obtenu leur diplôme avant 2004 pour être requalifiés en « spécialistes de médecine générale ».

la part des effectifs de 62 ans et plus apparaît faible comparativement à celle de l'ensemble de la population médicale. Elle s'établit en effet à 11,5 % environ, contre 21,5 % pour l'ensemble des médecins.

En reprenant les lois de cessation d'activité par âge pour les médecins salariés de la DREES, on peut estimer à 600 environ le nombre de gériatres de moins de 72 ans qui cesseraient leur activité à l'horizon des 5 prochaines années.

Il s'agit toutefois de noter que cette estimation constitue probablement un majorant, dans la mesure où nous avons retenu dans le champ d'analyse tous les médecins (sauf les PH occupant des postes dans d'autres spécialités) déclarant exercer à un titre ou à un autre la gériatrie/gérontologie au sein du secteur hospitalier.

4. La médecine polyvalente une activité hospitalière qui ne relève pas d'une spécialité particulière et qui est exercée principalement par des médecins généralistes

Le fait que la médecine polyvalente ne corresponde pas à une spécialité ou une compétence reconnue par les textes¹³, et l'absence de diplôme associé, rendent impossible l'identification directe de ces médecins dans nos sources de données. Estimer le nombre de praticiens exerçant la médecine polyvalente nécessite donc préalablement un travail de conceptualisation des contours de cette activité, que nous avons fait le choix de réaliser par exclusions successives.

4.1 Présentation des hypothèses sous-jacentes à l'estimation des médecins polyvalents

Pour bien cerner notre sujet le groupe de travail a fait le choix de réduire le champ d'analyse aux seuls médecins généralistes travaillant exclusivement en secteur hospitalier (public, privé, PSPH). Un tel choix a nécessité d'une part d'isoler les médecins déclarant exercer à titre exclusif à l'hôpital, et d'autre part d'identifier parmi eux ceux qui exercent effectivement la médecine générale.

Une première analyse a donc consisté à retirer du champ d'analyse l'ensemble des médecins généralistes déclarant dans le RPPS au moins une activité libérale.

14. Parmi les autres spécialités, on peut noter pour les plus importantes en effectif, la rhumatologie, l'hépatogastro-entérologie, la cardiologie, la médecine physique et de réadaptation et la pneumologie.

Parmi les 23 305 médecins généralistes exerçant exclusivement à l'hôpital selon le RPPS, ont ensuite été retirés ceux déclarant au moins un exercice en médecine d'urgence ou en gériatrie, faisant l'hypothèse que leur exercice principal est dans ce cas la médecine d'urgence ou la gériatrie.

De même, comme pour la médecine interne et la gériatrie, nous avons tenu compte des données du CNG sur le nombre de PH pour affiner notre analyse. En effet, sur l'ensemble des médecins généralistes exerçant exclusivement à l'hôpital selon le RPPS, les données du CNG nous ont permis de retirer du champ d'analyse ceux occupant un poste de PH dans une autre spécialité autre que la médecine polyvalente. Cette correction est particulièrement importante pour la médecine d'urgence (2 300 médecins environ) ainsi que pour la gériatrie (550 médecins environ), dans la mesure où nombre de ces professionnels ne semblent pas avoir fait enregistrer leur compétence en médecine d'urgence ou de gériatrie dans le RPPS. Ces praticiens ont été recodés comme exerçant dans la discipline du poste de PH qu'ils occupent, c'est-à-dire la médecine d'urgence et la gériatrie.

Enfin, sur les 3 543 médecins qui déclarent exercer un poste de PH en médecine polyvalente, ont été retirés ceux qui déclarent exercer une autre spécialité à titre principal dans le RPPS. Ils sont notamment 120 médecins déclarant exercer la médecine interne, et 77 médecins déclarant exercer la gériatrie (ces derniers ayant d'ailleurs précédemment été intégrés respectivement aux champs des internistes et des gériatres) marquant ainsi le fait que ces services de médecine polyvalente accueillent en leur sein des médecins de plusieurs spécialités, même si dans leur très grande majorité ceux-ci sont issus de la filière de médecine générale (85 %)¹⁴.

Une partie de l'activité de la médecine polyvalente n'est pas centrée autour de la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques, sans que l'on puisse pour autant en estimer la mesure. Une enquête quantitative pourrait permettre d'affiner davantage cette proposition d'estimation.

Finalement, grâce à l'ensemble de ces hypothèses, il nous est possible de proposer une estimation du nombre de médecins exerçant la médecine polyvalente égale à 10 839.

TABLEAU 6 Construction du champ des médecins exerçant la médecine polyvalente en 2018

Médecins ayant déclaré la médecine générale comme spécialité ordinale	Secteur hospitalier
Médecins exerçant dans le secteur hospitalier	23 305
(1) Médecins exerçant uniquement dans le secteur hospitalier	18 132
(2) dont médecins ayant déclaré exercer l'urgence dans le RPPS ou occupant un poste PH urgence (*)	5 102
(3) médecins ayant déclaré exercer la gériatrie dans le RPPS ou occupant un poste de PH de gériatrie (**)	1 634
(4) dont médecins occupant un poste de PH dans une autre spécialité (***)	746
(5) dont doubles comptes urgentistes-gériatres	189
Médecins polyvalents (champ redressé) = (1)-(2)-(3)-(4)+(5)	10 839

(*) Les compétences de médecine d'urgence retenues sont la CAPA d'aide médicale urgente, la CAPA de médecine de catastrophe, et le DESC de médecine d'urgence. Dans ce décompte sont exclus les médecins généralistes occupant un poste de PH de médecine polyvalente, et ajoutés en revanche les PH de médecine d'urgence n'ayant pas déclaré de compétences d'urgence dans le RPPS.

(**) Les compétences de gériatrie retenues sont la CAPA de gériatrie, le DESC non qualifiant de gériatrie. Dans ce décompte sont exclus les médecins généralistes occupant un poste de PH de médecine polyvalente, et ajoutés en revanche les PH de gériatrie n'ayant pas déclaré de compétences de gériatrie dans le RPPS.

(***) dont 120 en psychiatrie.

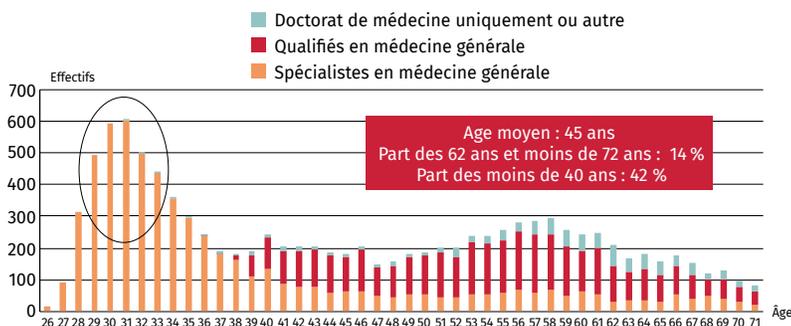
Champ : médecins généralistes de moins de 72 ans au 1^{er} janvier 2018, travaillant dans le secteur hospitalier.

Sources : RPPS/DREES 2018 et CNG 2018 - Traitement ONDPS.

4.2 Estimation des départs à la retraite des médecins polyvalents

La pyramide des âges des médecins polyvalents se distingue très nettement de celle des internistes et des gériatres dans la mesure où elle se caractérise par un fort pic pour les moins de 35 ans.

GRAPHIQUE 4 Pyramide des âges des médecins polyvalents



Lecture: Au 1^{er} janvier 2018, 591 médecins en activité de 30 ans déclarent exercer la médecine polyvalente, tous détiennent un DES de médecine générale.

Calcul: Pour le calcul des effectifs, les médecins de 72 ans et plus ont été déduits.

Champ: médecins polyvalents tels que défini dans les tableaux précédents.

Sources: RPPS /DREES 2018 - Données CNG 2018 - Traitement ONDPS.

À ce jour, il nous est difficile de proposer une explication claire de ce pic. L'examen des diplômes montre que plus de la moitié de ces jeunes médecins polyvalents ont obtenu leur diplôme de thèse dans les trois dernières années. Il est donc possible d'émettre l'hypothèse qu'une part d'entre eux est encore en formation, dans le cadre d'un DESC par exemple. Une enquête auprès de ces jeunes médecins permettrait toutefois de valider cette hypothèse.

Ce profil particulier de la pyramide des âges des médecins polyvalents hospitaliers n'a toutefois pas d'incidence sur le nombre de ceux ayant 62 ans et plus et donc sur le nombre de ceux qui seraient susceptibles de partir à la retraite dans les cinq prochaines années. En reprenant les lois de cessation d'activité par âge de la DREES pour les médecins salariés, **nous pouvons estimer à 1 500 environ le nombre de médecins polyvalents de moins de 72 ans qui cesseraient leur activité à l'horizon des 5 prochaines années.**

5. Conclusion

La médecine interne, la médecine polyvalente, ainsi que la gériatrie sont identifiées comme trois spécialités principales dans la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques en aval des urgences. Estimer le nombre de ceux qui exercent ces spécialités, notamment afin d'anticiper des besoins de formation à venir, est particulièrement complexe. En effet la plasticité des spécialités et leurs recompositions successives au cours des dernières années ont transformé considérablement les champs d'intervention de chaque spécialité.

Dans cette analyse, nous avons proposé de (re)dessiner les contours statistiques de ces trois exercices pour mieux identifier ceux qui les exercent. Ainsi, grâce à au croisement du RPPS, des bases du CNG sur les praticiens hospitaliers, de la SAE, ainsi que grâce à la formulation d'hypothèses lors des échanges avec les membres du groupe de travail, nous avons estimé le nombre de médecins exerçant la médecine interne à 2 185, la gériatrie à 4 662, et la médecine polyvalente à 10 839.

En ne supposant aucune entrée dans la spécialité au-delà de 58 ans, et en reprenant les lois de décès par âge de l'INSEE et les lois de cessation d'activité par âge pour les médecins salariés de la DREES, nous avons déduit de ces estimations des probabilités de cessation d'activité à un horizon de 5 ans. Finalement, il est possible d'estimer le nombre de médecin de moins de 72 ans susceptibles d'arrêter leur activité au cours des 5 prochaines à 500 pour ceux qui exercent la médecine interne, à 600 pour ceux qui exercent la gériatrie, et à 1 500 pour ceux qui exercent la médecine polyvalente.

Toutefois cette estimation du nombre potentiel de professionnels susceptibles de partir à la retraite dans les prochaines années ne suffit pas pour déterminer quel doit être le nombre des professionnels qu'il faudrait former.

En effet, cette analyse démographique des trois spécialités nécessite d'être mise en perspective avec le regard que portent les professionnels sur leurs propres spécialités, sur l'évolution de leur profession, ainsi que sur les enjeux démographiques auxquels leurs spécialités devront se confronter, notamment dans le cadre des orientations retenues de la réforme de l'Organisation et la Transformation du Système de Santé.



3. Contributions des professionnels de santé enseignants, en activité et en formation

CONTRIBUTION DES INTERNISTES

Optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques

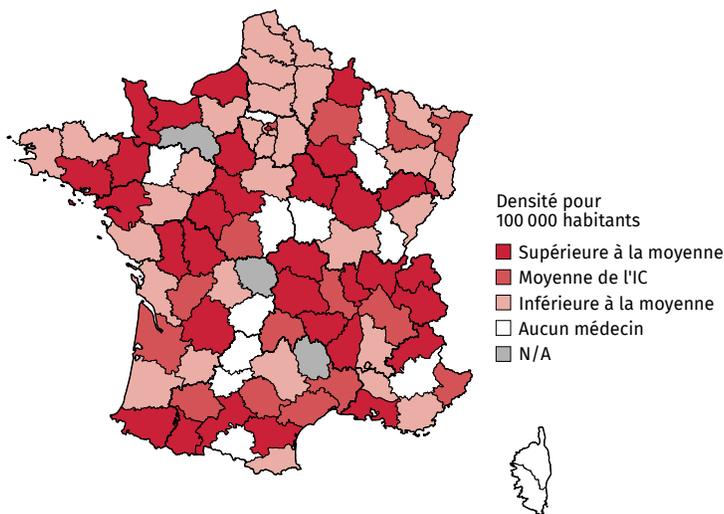
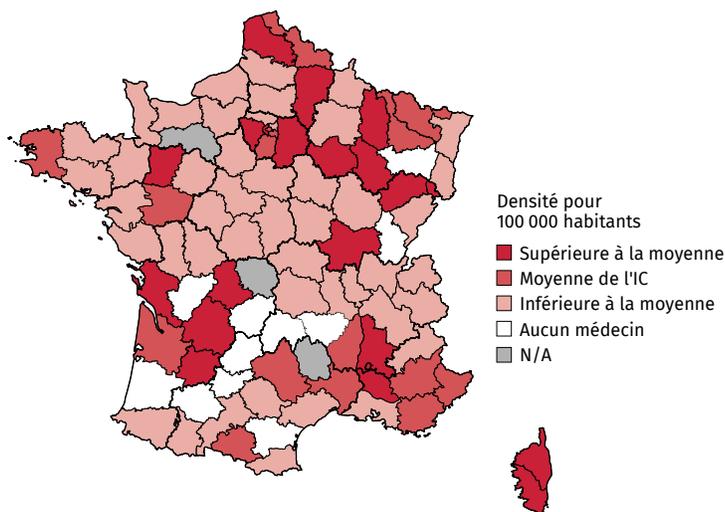
Conseil National
Professionnel
des Internistes (CNPI)



23 janvier 2019

1. Données démographiques

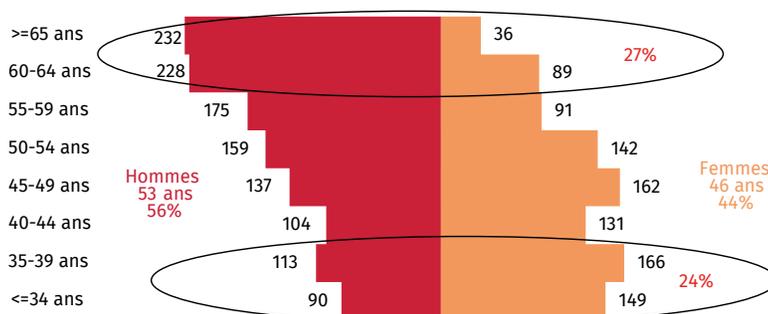
D'après le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), **2 771 internistes** exerçaient en France en décembre 2017, dont **86 % pratiquaient en milieu hospitalier**, très majoritairement dans des établissements publics (77 % du total des internistes) [Cf. CNOM DATA]. La densité de spécialistes en médecine interne est modeste (**2,6 internistes pour 100 000 habitants**) et leur répartition territoriale hétérogène (Cartes 1 et 2).

CARTE 1 Répartition géographique des médecins spécialistes en médecine interne en France âgés de moins de 40 ans**CARTE 2 Répartition géographique des médecins spécialistes en médecine interne âgés de 60 ans et plus**

Sources identiques pour les Cartes 1 et 2 : CNOM, Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1^{er} janvier 2017 (Chap. IV «L'approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales - 1^{re} partie : Les disciplines médicales - Fiche 16 - Médecine interne - Carte n°130 - p.253) - Traitement ONDPS/NDBD (maquettage).

La pyramide des âges (Graphique 1) notait **27 % d'internistes âgés de plus de 60 ans contre seulement 24 % âgés de moins de 40 ans**, laissant craindre en l'absence de mesures correctrices une **diminution nette du nombre d'internistes exerçant en France** et la disparition de services hospitaliers de la spécialité dans de nombreux territoires, suite au départ à la retraite dans un avenir proche des confrères les plus âgés (130 par an estimés par l'ONDPS pour les années 2019-2024).

GRAPHIQUE 1 Pyramide des âges des médecins spécialistes en médecine interne exerçant en France



Sources : CNOM, Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1^{er} janvier 2017 (Chap. IV "L'approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales - 1^{re} partie : Les disciplines médicales - Fiche 16 - Médecine interne - Graphique N°94 - p.252).

2. Le métier d'interniste hospitalier

Celui-ci comporte plusieurs volets :

- une **activité d'expertise et de recours** (programmée ou non) comprenant le diagnostic et la prise en charge de situations complexes ou intriquées ainsi que ceux de nombreuses maladies rares de l'adulte. Cette prise en charge, spécifique de notre spécialité, représentait à l'origine de la discipline la part d'activité prédominante, parfois même exclusive, des services de médecine interne. Le recrutement des patients s'est depuis largement diversifié.
- une **activité d'hospitalisation non programmée en aval des urgences** (malades ne relevant pas d'un service de spécialités d'organe ou n'ayant pu y être admis, malades poly-pathologiques) **ou auprès de**

1. <http://www.snfmi.org/>

patients hospitalisés dans d'autres services (chirurgie, spécialité médicale d'organe) et présentant des problèmes médicaux intercurrents ou admis au décours des urgences en dehors de la filière la plus adaptée à leur situation (« hébergements »). Ceci amène les internistes à être confrontés à des situations fréquentes relevant de spécialités médicales diverses (ce d'autant qu'elles ne sont pas représentées sur le site hospitalier où exerce l'interniste), des situations où coexistent des comorbidités somatiques ou psychiatriques, et souvent avec des intrications médico-sociales. Ce deuxième volet d'activité, croissant ces vingt dernières années, est désormais la part majoritaire de l'hospitalisation traditionnelle de la plupart des services de médecine interne. Cette évolution de la discipline reste méconnue de nombreux acteurs et justifie fréquemment d'être explicitée.

Les internes en formation dans notre spécialité sont avertis de la double polarité de notre discipline et en sont majoritairement satisfaits, tous sachant que leur exercice futur sera construit de la sorte. Un certain nombre de candidats au DES souhaitent privilégier l'activité de médecine polyvalente pour leur pratique future.

- **la coordination des soins aux malades poly-pathologiques avec les professionnels de santé de ville** représente une activité additionnelle exercée par les internistes.

La place des internistes dans le système de santé amène ceux-ci à positionner leur apport à l'optimisation des parcours complexes des personnes âgées principalement lors des phases d'hospitalisation.

3. Formation des spécialistes en médecine interne

Celle-ci tient compte de l'évolution du profil-métier des internistes puisque le programme de compétences à acquérir au cours du DES de médecine interne et immunologie clinique, établi suite à une enquête réalisée selon la méthode Delphi auprès de 100 internistes représentatifs de la spécialité, comporte depuis la rentrée universitaire 2017-2018 **une majorité d'items consacrés aux situations fréquentes** (140 sur 267) [voir le programme de compétences du DES de médecine interne et immunologie clinique sur le site de la SNMFI¹]. Le DES de médecine générale ayant une formation recentrée sur la prise en charge ambulatoire et ceux de la plupart des autres spé-

2. « *Durée et typologie des séjours hospitaliers dans les services de médecine interne et médecine polyvalente en France: résultats de l'étude multicentrique du groupe SifMi* », S. Sovaila et al., La Revue de Médecine Interne - Volume 39, Supplément 2, décembre 2018, Pages A85-A86.

cialités conduisant à une hyperspécialisation précoce, le DES de médecine interne et immunologie clinique représente désormais la seule formation transversale conduisant à un **exercice hospitalier permettant la prise en charge polyvalente des patients adultes de tous âges**.

4. Place des internistes dans la prise en charge hospitalière non programmée des personnes âgées

En l'absence de données nationales exhaustives et validées, nous rapportons ici plusieurs études permettant d'estimer indirectement cette prise en charge.

4.1. Médecine interne et hospitalisation post-urgences

En 2015, 11,9 % des 781 527 patients admis aux urgences des hôpitaux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) ont été hospitalisés (hors UHCD). **La médecine interne est la spécialité qui en a accueilli le plus grand nombre** (n=39 716) devant la cardiologie (n=35 725), l'hépatogastro-entérologie (n=27 713) et la gériatrie (n= 24 526) (des hospitalisations successives dans des services de spécialités différentes sont possibles) [D. Brun-Nay, DOMU, décembre 2016].

Une **enquête nationale** réalisée par la Société nationale française de médecine interne (SNFMI) pendant une semaine en 2017 dans 40 services (25 CHU ; 8 CH ; 2 ESPIC ; 1 hôpital d'instruction des armées - HIA) montre que **55 %** des séjours hospitaliers en médecine interne (n=1 247) concernent des personnes admises initialement aux urgences [S. Sovaila et al. SNFMI Grenoble 2018²].

Les données du **CHU de Rouen** notent que **64 %** des séjours en médecine interne observés en 2016 (n=7 604) sont effectués au décours d'un passage par les urgences [DIM CHU Rouen, communication personnelle].

4.2. Personnes âgées hospitalisées en médecine interne

Dans l'enquête 2017 de la SNFMI, **35 %** des 1 247 séjours hospitaliers en médecine interne ont été réalisés par des personnes de plus de 75 ans [S. Sovaila et al. SNFMI Grenoble 2018].

Les données du CHU de Rouen de 2016 notent que les malades de plus de 75 ans représentent **49 %** des séjours en médecine interne (n= 7 604) [DIM CHU Rouen, communication personnelle].

4.3. Personnes âgées hospitalisées en médecine interne au décours d'un passage aux urgences

Au CHU de Bordeaux, 10 587 patients de plus de 75 ans ont été hospitalisés (hors UHCD) en 2017 au décours immédiat d'un passage aux urgences adultes médico-chirurgicales : **les services de médecine interne sont ceux qui en ont accueilli le plus grand nombre** (n=1 432 soit 13,5 %) devant ceux de gériatrie (n=1 030 soit 9,7 %), neurologie (n=660 soit 6,3 %) et cardiologie (n=525 soit 5 %) [DIM CHU Bordeaux, communication personnelle].

Au CHU de Rouen, **60 % des séjours post-urgence en médecine interne (n=4 866) concernent des personnes de plus de 75 ans** [DIM CHU Rouen, communication personnelle].

Ces diverses enquêtes, complémentaires les unes aux autres, **montrent que dans les hôpitaux dotés de services de médecine interne, cette spécialité contribue le plus à la prise en charge des patients hospitalisés en post-urgences, accueille une proportion très importante de personnes âgées, et contribue majoritairement à l'hospitalisation non programmée des personnes âgées de plus de 75 ans.** Il est évident que cette activité s'exerce en complémentarité avec la gériatrie dont le référentiel métier s'attache toutefois prioritairement à la prise en charge de personnes les plus âgées, poly-pathologiques et en situation de dépendance physique ou mentale.

5. Constat sur la médecine polyvalente

Dans de nombreux hôpitaux, le plus souvent de taille modeste et ne disposant pas de service de médecine interne et/ou de gériatrie court-séjour, existent des services de médecine polyvalents qui contribuent fortement à la prise en charge hospitalière des personnes âgées. Ces services assurent un maillage territorial indispensable des lits de médecine qui ont de plus vocation à s'étendre, puisque le plan « Ma Santé 2022 » exprime l'ambition de labelliser 500 à 600 hôpitaux de proximité (intégrés aux groupements hospitaliers de territoire) d'ici à 2022 pour assurer des activités de médecine polyvalente, de soins aux personnes âgées et de SSR. **Le positionne-**

ment de cet exercice dit « polyvalent » est néanmoins difficile car il ne correspond ni à une qualification ordinale ni à une spécialité universitaire. De plus, il existe une difficulté prévisionnelle pour les recrutements destinés d'une part à compenser les futurs départs à la retraite des médecins exerçant cette activité et dont le nombre s'avère considérable (n=360/an selon l'ONDPS pour les années 2019-2024) et d'autre part à satisfaire au fonctionnement de ces nouveaux hôpitaux de proximité. En effet, les médecins issus des DES correspondants aux qualifications dont disposent les médecins polyvalents actuels (principalement médecine générale et médecine d'urgence) seront désormais tenus à un exercice exclusif de leurs spécialités et leur formation ne sera plus du tout adaptée à l'exercice de médecine polyvalente hospitalière (exercice ambulatoire pour les généralistes, pratique centrée sur les 24 premières heures pour les urgentistes).

Ce constat laisse penser que **la part déjà prise par la médecine interne ne peut que croître** afin de permettre le maintien d'une prise en charge qualitative et quantitative adaptée au service de cette population.

6. Prospective

L'évolution démographique de la population française et la part croissante du taux d'hospitalisation conventionnelle lié à l'âge laissent penser que dans les années à venir **le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées de façon non programmée dans les hôpitaux français devrait croître**. Si les dispositions annoncées dans le plan « Ma Santé 2022 » laissent espérer un moindre recours aux urgences et une redistribution partielle des sites d'hospitalisation (développement d'hôpitaux de proximité), l'augmentation globale du nombre des hospitalisations non programmées de personnes âgées poly-pathologiques semble néanmoins inéluctable. Le schéma pyramidal des structures hospitalières figurant dans le dossier de presse publié lors de la présentation du plan « Ma Santé 2022 » (CHU « au sommet », hôpitaux de recours « en zone intermédiaire », hôpitaux de proximité « à la base ») méconnaît cependant l'accueil majoritaire de patients non programmés et de proximité exercé par les CHU et les hôpitaux de recours. Les services de médecine interne y réalisent une part importante d'activité « polyvalente » concernant particulièrement des patients âgés de leur bassin de population.

La médecine interne est prête à prendre toute sa part dans ce type de prise en charge et est, en complémentarité avec la gériatrie, la seule spé-

cialité qui a développé un programme de formation en accord. La plupart des spécialités médicales ont, parallèlement au développement d'une formation universitaire d'emblée très spécialisée, développé une prise en charge hospitalière de plus en plus ambulatoire et souvent assortie d'une diminution capacitaire des lits d'hospitalisation traditionnelle. La prise en charge par les internistes des maladies rares s'effectue préférentiellement en ambulatoire (hôpital de jour ou consultation). En revanche, l'accueil des patients en aval des urgences, et singulièrement des personnes âgées, relève de l'hospitalisation traditionnelle, justifiant donc une vigilance quant aux réductions capacitaires non concertées.

Ce rôle ne pourra néanmoins être joué que si le flux d'internes en formation dans le DES de « médecine interne et immunologie clinique » est nettement supérieur à celui des médecins internistes destinés à partir à la retraite (n=130/an pour les cinq prochaines années), pour couvrir en partie le nombre des départs à la retraite des médecins de médecine polyvalente (n=360/an pour les cinq prochaines années).

En 2017 et 2018 ce sont respectivement 113 et 123 étudiants qui ont été autorisés à s'inscrire au DES de médecine interne et immunologie clinique.

Les représentants de la spécialité de médecine interne [Société nationale française de médecine interne (SNFMI), Sous-section 53-01 du CNU ; option médecine interne, Collège national des enseignants de médecine interne (CEMI), Collège professionnel des internistes, Syndicat des internistes français (Syndif)] estiment que la prospective suivante est nécessaire et raisonnable (prenant en compte les capacités de formation du DES de médecine interne et immunologie clinique et les souhaits d'exercice des jeunes internistes) :

- flux national d'internes autorisés à s'inscrire au **DES de médecine interne et immunologie clinique de 200/an** ;
- flux national d'internes autorisés à s'inscrire au DES de médecine interne et immunologie clinique par la **voie du 2^e DES** (à compter de 2020) de **20/an**, additionnels par rapport au flux initial (soit 220/an au total des flux à compter de 2020).

Devant le constat que, même avec un nombre augmenté d'internistes et de gériatres formés, les départs à la retraite des actuels médecins de médecine polyvalente ne seront pas tous remplacés et qu'il existera des besoins supplémentaires pour pourvoir des postes dans les hôpitaux de proximité,

ils proposent de renforcer leur effort de formation diplômante en médecine polyvalente hospitalière par deux voies :

- celle du **diplôme inter-universitaire (DIU) de médecine polyvalente hospitalière (100-140/an)**. Ce DIU, qui comporte des enseignements à distance et un parrainage individuel de proximité, est proposé depuis l'année universitaire 2016/2017 par les universités de Lyon I, Nantes et Paris-XIII sous la responsabilité d'internistes hospitalo-universitaires (**Annexe I**). Cette formation permet à des praticiens ne disposant pas d'un DES de médecine interne de travailler dans le domaine de la médecine hospitalière munis d'une formation diplômante. À partir de l'année universitaire 2018-2019, le comité pédagogique du DIU s'est élargi à des médecins représentant la Fédération française de médecine polyvalente. Les gériatres n'ont à ce jour pas souhaité intégrer ce dispositif de formation et préféré se concentrer sur des formations spécifiques à la prise en charge des sujets âgés. Une centaine de praticiens ont été inscrits les deux premières années au DIU (2016, année de sa mise en place, et en 2017). Ce nombre a augmenté à 140 en 2018.
- celle d'une **formation spécialisée transversale (FST) de médecine hospitalière polyvalente**, accessible de façon contingentée par spécialité aux étudiants de troisième cycle issus de différents DES et dont la maquette (**Annexe II**) a reçu un accueil favorable du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (CNESER) le 15 janvier 2019. Les DES pressentis comme pouvant donner accès à cette FST sont (de façon non restrictive) les DES de médecine cardio-vasculaire, endocrinologie-diabétologie-nutrition, gériatrie, hépato-gastro-entérologie, médecine générale, médecine physique et réadaptation, médecine d'urgence, neurologie et pneumologie compte tenu de la typologie des patients pris en charge dans les unités hospitalières de médecine polyvalente. Les DES de médecine interne et immunologie clinique n'ont pas vocation à suivre cette FST puisque leur cursus de formation intègre déjà la formation à la médecine hospitalière polyvalente. Nous proposons que cette FST puisse disposer d'un **flux de 120 à 150/an**. Les internistes sont prêts, si cela est souhaité par les doyens, à assurer le pilotage de la formation au sein des UFR médicales **mais il est souhaitable et nécessaire que plusieurs collègues d'enseignants soient impliqués** dans l'ajustement du programme des compétences et dans la délivrance des enseignements de **cette FST**. L'ensemble des collègues d'enseignants des spécialités médicales seront interrogés et particulièrement ceux des DES précités. La médecine générale est citée parmi les spéciali-

tés à associer au projet, dont elle pourrait d'ailleurs être le principal vivier de candidats, car nombreux sont les futurs spécialistes en médecine générale souhaitant travailler en établissements hospitaliers, volontiers à temps partagé. Cette appétence est renforcée par le décloisonnement entre médecine de ville et structures hospitalières de proximité exprimée dans le plan « Ma Santé 2022 » qui a ainsi l'ambition de créer 400 postes de praticiens à exercice mixte ville-hôpital.

La spécialité de médecine interne recommande de favoriser au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT) le **travail en réseau** entre internistes (exerçant le plus souvent dans des centres hospitaliers intégrant des activités de recours et des plateaux techniques développés, volontiers support de GHT), gériatres et praticiens de médecine polyvalente non internistes exerçant dans les établissements hospitaliers, dont naturellement les hôpitaux de proximité : circuit de recours facilité, staffs communs, télémédecine, consultation avancée, postes médicaux partagés. Ces dispositions nous semblent de plus pouvoir contribuer à l'attractivité des postes de praticiens « polyvalents ».

Au total, la communauté interniste est volontaire pour contribuer, par la formation initiale des internes inscrits au DES de médecine interne et immunologie clinique, par le pilotage des enseignements de médecine polyvalente et par la coordination de réseaux de soins hospitaliers, en particulier dans les territoires, à mieux structurer les modalités de formation et d'organisation d'une pratique médicale largement destinée aux personnes âgées poly-pathologiques.

Annexe I : Programme des enseignements du DIU de médecine polyvalente hospitalière

DIU de médecine polyvalente hospitalière: ANNÉE 1

DISCIPLINE	DURÉE DISCIPLINE POUR LES ÉTUDIANTS (en heure)	MODULE	SÉQUENCE DU MODULE	Mise à disposition des cours et des pré-tests	Contrôles continus à réaliser
Cardiologie	12	Cardiologie 1	Maladie athéromateuse (y compris syndrome coronarien aigu du sujet âgé)	le 06/11	entre le 13 et le 27/11
			HTA et traitements		
			Valvulopathie		
		Cardiologie 2	Fibrillation auriculaire	le 20/11	entre le 27/11 et le 11/12
			Insuffisance cardiaque - diurétiques		
		Cardiologie 3	Maladie thrombo-embolique veineuse	le 04/12	entre le 11 et le 25/12
Prescription anticoagulants/antiagrégants					
Pneumologie	4	Pneumologie	Bronchopneumopathie chronique obstructive/asthme/ insuffisance respiratoire chronique	le 18/12	entre le 25/12 et le 08/01
			Dyspnée et pleurésie		
			Imagerie pulmonaire (syndrome alvéolaire, syndrome interstitiel, opacités pulmonaires)		
Endocrinologie	4	Endocrinologie	Diabète, complications aiguës et chroniques, traitements	le 08/01	entre le 15 et le 29/01
			Insuffisances surrenaliennes		
			Dysthyroïdies		
Hépatogastroentérologie	8	Hépatogastro-entérologie 1	Ascite	le 22/01	entre le 29/01 et le 12/02
			Hémorragies digestives		
			Douleurs abdominales		
			Diarrhée aiguë et chronique		
		Hépatogastro-entérologie 2	Perturbations du bilan hépatique	le 05/02	entre le 12 et le 26/02
			Infection à helicobacter pylori		
			Pancréatites		
			Cirrhose		



Neurologie	8	Neurologie 1	Syndrome confusionnel	le 19/02	entre le 26/02 et le 12/03
			Polyneuropathies dont syndrome de Guillain-Barré		
			Accident Vasculaire Cérébraux		
		Neurologie 2	Céphalées	le 05/03	entre le 12 et le 26/03
			Syndrome démentiel et troubles cognitifs		
			Maladie de Parkinson		
Convulsion/épilepsie (CAT en urgence)					
Dermatologie	4	Dermatologie	Ulcères de jambe	le 19/03	entre le 26/03 et le 09/04
			Dermo-hypodermites des membres inférieurs		
			Mycoses et ecto-parasitoses		
			Prurit		
			Plaie de pression/Escarres		
Hématologie	8	Hématologie 1	Anémie	le 02/04	entre le 09 et le 23/04
			Transfusion des produits sanguins labiles (culots globulaires culots plaquettaires)		
			Adénopathies/splénomégalie		
		Hématologie 2	Trombopénie/Trombocytose/Éosinophilie	le 16/04	entre le 23/04 et le 07/05
			Hyperlymphocytose et leucémie lymphoïde chronique		
			Hémoglobinopathie drépanocytose thalassémie		
			MGUS/Myélome multiple		
Gériatrie	10	Gériatrie 1	Évaluation gériatrique standardisée (autonomie et dépendance)	le 30/04	entre 07 et le 21/05
			Élaborer un plan d'action pour favoriser le retour à domicile après une hospitalisation chez un patient âgé		
		Gériatrie 2	Chute du sujet âgé (troubles de la marche et de l'équilibre)	le 14/05	entre le 21/05 et le 04/06
			Dénutrition du sujet âgé		
		Gériatrie 3	Particularités thérapeutiques - iatrogénie chez le sujet âgé	le 28/05	entre le 04 et le 18/06
		ORL Ophtalmologie	2	ORL Ophtalmologie	Vertiges d'origine périphériques
Épitaxies					
Crise de glaucomes					
Œil rouge douloureux					

DIU de médecine polyvalente hospitalière : ANNÉE 2

Discipline	Durée discipline pour les étudiants (en heure)	Module	Séquence du module	Mise à disposition des cours et des pré-tests	Contrôles continus à réaliser
Cancérologie	8	Cancérologie 1	Diagnostic des cancers, place des marqueurs tumoraux et des autres explorations complémentaires	du 2/10 au 15/10	du 09/10 au 22/10
			Urgences cancérologiques : compression médullaire, hypertension intracrânienne, syndrome cave, fièvre du neutropénique, tamponnade		
		Cancérologie 2	Prise en charge de la douleur aiguë	du 16/10 au 29/10	du 23/10 au 05/11
			Prise en charge d'un patient en fin de vie		
Maladies infectieuses	8	Maladies infectieuses 1	Bronchopneumopathie	du 30/10 au 12/11	06/11 au 19/11
			Infections urinaires		
			Infections sévères : endocardite, méningite, spondylodiscite, tuberculose, infections herpétiques		
		Maladies infectieuses 2	Bactériémie et sepsis sévère	du 13/11 au 26/11	du 20/11 au 03/12
			Accidents d'exposition aux liquides biologiques		
			Prescription des anti-infectieux		
Néphrologie-urologie	8	Néphrologie-urologie 1	Insuffisance rénale	du 27/11 au 10/12	du 04/12 au 17/12
			Troubles de la miction		
			Hématurie/protéinurie		
			Œdèmes		
		Néphrologie-urologie 2	Hypercalcémie	du 11/12 au 07/01	du 18/12 au 07/01
			Hyponatrémie		
Psychiatrie	8	Psychiatrie 1	Agitation (délire, angoisse et attaque de panique)	du 08/01 au 21/01	du 15/01 au 28/01
			Trouble du sommeil de l'adulte		
			Addictions et alcoolisme		
		Psychiatrie 2	Syndrome dépressif et conduite suicidaire	du 22/01 au 04/02	du 29/01 au 11/02
			Soins sans consentement		
			Prescription des psychotropes		



Rhumatologie	4	Rhumatologie	Polyarthrite et épanchement articulaire	du 5/02 au 18/02	du 12/02 au 25/02
			Douleurs diffuses		
			Ostéopathies fragilisantes		
			Arthropathies microcristallines		
			Anti-inflammatoires non stéroïdiens		
Médecine interne	8	Médecine interne 1	Amaigrissement	du 19/02 au 11/03	du 26/02 au 18/03
			Fièvre prolongée et syndrome inflammatoire		
			Malaise et perte de connaissance		
			Purpuras		
			Syndrome de Raynaud et acrosyndrome: quand évoquer une cause secondaire		
		Médecine interne 2	Pseudo-polyarthrite rhizomélisque et maladie de Horton	du 12/03 au 01/04	du 19/03 au 08/04
			Autres maladies systémiques du sujet âgé		
			Corticothérapie systémique		
			Recherche d'auto-anticorps		
			Hypersensibilité et allergie/ Œdème de Quincke et anaphylaxie		
Neurologie (2)	4	Neurologie 2	Syndrome démentiel et troubles cognitifs	du 02/04 au 15/04	du 09/04 au 22/04
			Céphalées		
			Maladie de Parkinson		
			Convulsion/épilepsie (CAT en urgence)		



Aspects organisationnels et législatifs	14,5	Aspects organisationnels et législatifs 1	Statuts et organisation du travail d'un PH	du 16/04 au 29/04	du 23/04 au 30/05
			Organisation intra hospitalière, CME, autres commissions hospitalières		
			Management		
			Aspects pratiques: principaux interlocuteurs de l'administration, comment participer aux différentes commissions hospitalières, se faire entendre, peser auprès de l'adm et de la communauté		
			Différents réseaux et coopération inter-services et inter-hospitaliers de prises en charge des patients et réseaux ville-hôpital		
	14,5	Aspects organisationnels et législatif 2	Sujets en situation de précarité	du 30/04 au 13/05	du 14/05 au 27/05
			Planifier un protocole de soin, faire une demande d'invalidité, ou d'allocation personnes âgées (connaître les points importants des formulaires)		
			Connaître le cadre réglementaire encadrant la mise en œuvre des directives anticipées, de la limitation des soins et de toute autre décision médicale concernant la fin de vie		
	14,5	Aspects organisationnels et législatif 3	Associations de patients, droits et devoirs des patients	du 14/05 au 03/06	du 28/05 au 10/06
			Laïcité, éthique, communication avec l'entourage		
			Rudiments de notions médico-économiques		
			Incidentalome, juste prescription des examens complémentaires, balance bénéfices/risques		
Savoir quand conseiller une demande d'ALD, de longue maladie, etc.					
ORL	4	ORL	Vertiges d'origine périphériques	du 04/06 au 17/06	du 11/06 au 24/06
			Épithaxies		
		Ophtalmologie	Crise de glaucomes		
			Œil rouge douloureux		
Examen terminal sur poste informatique à Lyon				session 1: le 22 juin de 14h à 17h (convocation à 13h30) session 2: le 5 juillet de 14h à 17h (convocation à 13h30)	

Annexe II : Projet de maquette au janvier 2019 de la formation spécialisée transversale de médecine polyvalente hospitalière

1. Organisation générale

1.1 Objectifs généraux de la formation

L'objectif de la FST de médecine hospitalière polyvalente est de former des médecins pour exercer dans des services ayant une activité de médecine polyvalente, notamment d'aval des urgences.

Les médecins hospitaliers polyvalents ou exerçant une médecine dite polyvalente sont des spécialistes issus de différentes spécialités médicales.

La formation sera multidisciplinaire et abordera les points suivants :

- prise en charge des pathologies aiguës justifiant une admission directe non programmée ou en aval des urgences;
- orientations diagnostiques devant les principales situations cliniques et biologiques rencontrées en milieu médical hospitalier;
- prise en charge des décompensations aiguës de pathologies chroniques;
- organisation de la continuité des soins avec le médecin généraliste et les spécialistes concernés, en amont, durant et en aval de l'hospitalisation;
- conformité des stratégies thérapeutiques hospitalières avec les recommandations nationales;
- participation à la filière de soins, en tissant des liens étroits avec les spécialistes d'amont (médecins généralistes, urgentistes), au niveau hospitalier notamment dans le cadre du GHT et en aval avec les SSR, le réseau gériatrique et les structures de référence (service de recours au sein des CHU ou des CH en disposant, centres de référence/compétence maladies rares).

1.2 Collèges d'enseignants impliqués dans cette FST

Collège national des enseignants de médecine interne (CEMI) en lien avec les collèges des DES concernés (sollicitations en cours), en particulier : Collège national des enseignants de cardiologie; Collège national des généralistes enseignants; Collège des enseignants de gériatrie; Collège des enseignants d'hépatogastro-entérologie; Collège des enseignants d'endocrinologie-diabétologie-maladies métaboliques; Collège des enseignants de médecine physique et réadaptation; Collège des enseignants de médecine d'urgence; Collège des enseignants de neurologie; Collège des enseignants de pneumologie.

1.3 Durée de la FST

2 semestres.

1.4 Sélection des candidats à la FST

Conformément à l'article 6 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

2. Caractéristiques

2.1 Enseignements hors stages

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- enseignement en présentiel : séminaires nationaux/régionaux/locaux ;
- ateliers avec mises en situation et échanges interactifs ;
- enseignement en autonomie notamment par e-learning.

Connaissances à acquérir

Elles sont détaillées sur la plateforme numérique de la FST et concernent en particulier :

- les modalités de prescription et la hiérarchisation des investigations à visée diagnostique les plus courantes en milieu médical hospitalier polyvalent (biologie, imagerie, tests fonctionnels) ;
- intégrer la « multimorbidité médico-sociale » dans la démarche clinique, diagnostique et thérapeutique ; l'évaluation et prévention de la fragilité et de la dépendance ;
- le diagnostic et la prise en charge des pathologies aiguës ou chroniques les plus fréquentes rencontrées en milieu médical hospitalier polyvalent : maladies cardiovasculaires et thrombo-emboliques, diabète, maladies de l'appareil locomoteur, infections communautaires et nosocomiales, pathologies hématologiques fréquentes, pathologies respiratoires, cirrhose, insuffisance rénale, pathologies allergiques, pathologies neuro-psychiatriques, particularités de la personne âgée ;
- les modalités de prescription, de surveillance et les interactions médicamenteuses significatives des traitements les plus utilisées en milieu médical hospitalier polyvalent notamment les anti-infectieux, les anti-thrombotiques, l'insulinothérapie, l'oxygénothérapie, la corticothérapie, les produits sanguins labiles ;
- structuration des établissements publics de santé, organisation de la vie hospitalière et gouvernance, modalités de financement, notion de management, aspects organisationnels et législatifs ;
- l'établissement de soins dans son environnement territorial : coordination avec les acteurs de santé extrahospitaliers et mise en place de parcours de soins efficaces.

2.2 Stages

Stages à réaliser

Deux stages d'un semestre dans un lieu bénéficiant de l'agrément fonctionnel pour la FST de médecine hospitalière polyvalente.

Critères d'agrément des stages dans la FST

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :

- a/** la nature et le lieu : services de médecine interne ou dans des services de médecine polyvalente, en CHU ou hors CHU.
- b/** un recrutement de patients couvrant un éventail suffisant des pathologies, parmi celles décrites dans le paragraphe « connaissances à acquérir » ci-dessus, en particulier les plus fréquentes et une proportion majoritaire de d'admissions non programmées ;
- c/** un fort niveau d'encadrement ;
- d/** une supervision directe des prescriptions ;
- e/** la possibilité pour l'étudiant de troisième cycle de mettre en application l'apprentissage théorique et pratique qu'il aura acquis au cours de sa formation hors stage ;
- f/** des réunions bibliographiques ;

g/ des staffs de discussion de dossiers (revue de morbi-mortalité, comités de retour d'expérience, réunions de concertation pluri-disciplinaire, staffs multidisciplinaires, etc.).

2.3 Compétences à acquérir

Compétences spécifiques à la FST à acquérir :

- être capable de structurer une approche diagnostique efficiente dans les situations cliniques et/ou biologiques les plus souvent observées dans les services de médecine polyvalente hospitalière, notamment en admission en aval des urgences ou en admission directe non programmée dans le cadre de la filière de soin des urgences;
- être capable d'effectuer les principaux gestes : ponction pleurale, ponction d'ascite, ponction articulaire, ponction lombaire, biopsie cutanée, gaz du sang, pose d'une voie veineuse périphérique, massage cardiaque externe, utilisation d'un défibrillateur automatique, pose d'une sonde vésicale masculine;
- être capable d'identifier des signes de gravité nécessitant une prise en charge immédiate;
- être capable de prévenir et de prendre en charge les complications et risques fréquents en hospitalisation [escarres, thromboses veineuses, risques infectieux nosocomiaux, troubles de l'hydratation (pertinence des perfusions), état nutritionnel, douleur, agitation];
- être autonome dans l'élaboration d'hypothèses diagnostiques pour les pathologies fréquentes dans leurs spécificités hospitalières, l'initiation du traitement en hospitalisation en pesant les balances bénéfiques/risques, l'argumentation d'une démarche diagnostique et thérapeutique, l'organisation d'une stratégie thérapeutique globale et leur documentation pour la continuité des soins intra-hospitaliers;
- être capable de rédiger synthèses et comptes rendus hospitaliers intégrant la conciliation médicamenteuse, identifier et hiérarchiser les problèmes des patients complexes;
- garantir la continuité des soins en collaborant avec le médecin traitant en amont et en aval de l'hospitalisation;
- être capable d'utiliser de façon adaptée l'organisation des soins (filières, soins de suite et réadaptation, hospitalisation à domicile, soins palliatifs, en proposant des plans personnalisés de soins);
- être capable de collaborer avec les principaux interlocuteurs de l'administration, les autres médecins hospitaliers, les médecins libéraux et avec les structures d'aval de l'hospitalisation.

2.4 Évaluation

Modalités de l'évaluation des connaissances

Conformément au VIII de l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- autoévaluation, certifiée par le coordonnateur local ou le tuteur, à l'aide des questions qui suivent les cours mis en ligne sur la plateforme numérique (e-enseignement et e-évaluation);
- utilisation des connaissances : présentation de cas cliniques lors de séminaires régionaux ou interrégionaux;
- Soutenance de mémoire.

Modalités de l'évaluation des compétences

Conformément au VIII de l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- évaluation des stages;
- compétences acquises en stage : portfolio numérique, saisi par l'étudiant et certifié par le maître de stage, contenant les actes techniques qu'il a réalisés hors stage:

bilan, certifié par le coordonnateur local, de l'activité réalisée sous forme de mise en situation.

Portfolio comprenant :

- les traces d'apprentissage et d'évaluation au cours du cursus;
- 3 entretiens (à l'entrée dans la FST, à mi-parcours au début du 2^e stage et avant la soutenance du mémoire) avec le pilote de la FST ou son représentant. Ces entretiens sont destinés à faire le point sur la complétion de la formation théorique et le déroulement de la formation pratique.

2.5 Modalités de validation de la FST :

Modalités de l'évaluation des connaissances

Conformément au VIII de l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- la validation formalisée de l'ensemble de la formation théorique;
- la soutenance d'un mémoire;
- la validation du portfolio;
- la validation de tous les stages exigés pour la FST;
- l'avis du pilote de la FST.

CONTRIBUTION DES GÉRIATRES

10 recommandations pour les établissements de santé



Claude JEANDEL (CNP-G), Gaëtan GAVAZZI (CNEG), Olivier GUERIN (SFGG), Arnaud CAUPENNE (AFG)

3 mars 2019

1. Introduction

Le vieillissement démographique qui caractérise la plupart des pays occidentaux, représente un défi à la fois social, médical et économique. Les projections, quelles que soient les hypothèses retenues, concluent à une accélération du vieillissement de la population, l'augmentation la plus spectaculaire devant concerner les plus de 75 ans. En France, entre 2000 et 2030, l'effectif des plus de 75 ans devrait ainsi passer de 4,2 à 8,3 millions et celui des 85 ans ou plus de 1,2 à 2,4 millions.

Malgré les appréciables gains en espérance de vie, l'arrivée de générations nombreuses au grand âge augmentera aussi mécaniquement le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques incapacitantes. Les données issues de l'enquête Handicap Santé de 2008-2009 estimaient ainsi à 811 000 le nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile et à 1,5 million celui des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, quel que soit le lieu de vie. Selon les estimations du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) le coût global de la dépendance pour l'Assurance maladie était en 2010 compris entre 8,9 et 20,9 milliards d'euros. Ce coût est amené à progresser, le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine devant être multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030 et par 2 entre 2010 et 2060.

Face aux risques de maladies chroniques et de dépendance, la mise en œuvre de mesures préventives qui visent à en différer l'âge de survenue devient capitale. Toutefois, les effets de la prévention demandent un certain délai avant d'être perceptibles. Par conséquent, le vieillissement aura dans tous les cas un impact de plus en plus marqué sur notre système de santé aux échéances proches, accentué par l'amointrissement probable du rôle de la famille dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'avère donc nécessaire de prendre la mesure des enjeux liés à cette évolution démographique, au plan de notre protection sociale mais aussi de l'offre de soins.

2. Les enjeux de l'adaptation de la prise en charge intra-hospitalière des personnes âgées

L'usage de l'hôpital n'est pas le même en fonction des tranches d'âge, et celui qu'en font les personnes âgées remet en question l'organisation des soins à l'hôpital. Aujourd'hui, le recours des personnes âgées à l'hôpital est particulier, caractérisé par une fréquence d'hospitalisation importante, un fort taux de passage par les urgences ainsi que par une durée moyenne de prise en charge longue. À titre d'illustration, en 2010, 33 % des personnes âgées de 75 ans ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année (contre 23 % des 60 à 74 ans), pour une durée moyenne de 12 jours (7 jours pour les 60 à 74 ans), avec au moins une hospitalisation en urgence pour 44 % d'entre elles (versus 23 % pour les 60 à 74 ans). Cela reflète un état de santé des personnes âgées associant des pathologies chroniques de plus en plus nombreuses et de plus en plus sévères et donc à plus haut risque de décompensation que le reste de la population, et ce dans une organisation de soin qui leur est de plus en plus inadaptée.

2.1. Des recours à l'hôpital plus fréquents

Le profil de recours aux soins des personnes âgées présente certaines spécificités.

Tout d'abord, **le nombre d'affections déclarées s'accroît avec l'âge**. L'organisme connaît des altérations sous l'effet des années qui le fragilise : risques accrus de pathologies et d'accidents, moindre tolérance médicamenteuse, récupération plus difficile, etc. Ainsi, d'après la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), 85 % des personnes

de 75 ans et plus présentent au moins une pathologie, 57 % sont en affection de longue durée (ALD) et en moyenne sept molécules différentes leur sont délivrées au moins trois fois par an. Elles recourent donc plus souvent aux soins et sont surreprésentées dans la population hospitalisée.

En outre, **leurs séjours hospitaliers se révèlent multiples et fragmentés**. En effet, les hospitalisations multiples, définies par au moins deux séjours dans une même année, s'avèrent plus nombreuses avec l'âge et présentent des délais de réadmission de plus en plus resserrés, en particulier à partir de 70 ans. En outre, notamment du fait d'un manque d'organisations capables de prendre en charge les poly-pathologies, les personnes âgées connaissent de fréquents changements de prise en charge durant leur séjour, passant d'un service de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) à l'autre au sein de l'hôpital (en fonction de la disponibilité des lits et des besoins), ou de services MCO vers des services de Soins de suite et réadaptation (SSR). Cette mobilité traduit un manque de fluidité du parcours de soins des personnes âgées qui nuit à leur bon rétablissement. L'absence de prise en compte de l'impact des affections chroniques et des pathologies aiguës sur la fonctionnalité globale des individus et de leurs capacités à récupérer jusqu'à l'état antérieur d'une part, l'absence d'anticipation de la iatrogénie et du parcours de soins ambulatoire à organiser, d'autre part, sont des facteurs clés de ces parcours fragmentés.

Le parcours hospitalier des sujets âgés doit être court, dense, couvrant et finalisé.

Autre spécificité, ces séjours hospitaliers sont très souvent non programmés. **Le recours aux urgences est ainsi particulièrement élevé pour les personnes âgées à partir de 70 ans**. La part des hospitalisations qui ont été précédées d'un passage par les urgences est très fortement corrélée avec l'âge. Le pourcentage des personnes âgées admises aux urgences passe ainsi de 11 % entre 60 et 74 ans, à 24 % après 75 ans, pour atteindre 40 % à 80 ans.

L'arrivée aux urgences peut s'expliquer par de multiples raisons. Le HCAAM énumère ainsi des causes « légitimes », telles que la survenue d'un malaise dans l'espace public, un risque de décompensation rapide, une difficulté à établir un diagnostic autre que celui d'un risque vital global, etc. Mais au-delà, d'autres facteurs explicatifs du recours aux urgences traduisent une sous-optimalité de l'organisation des soins aux personnes âgées : par exemple la difficulté pour le médecin traitant de prendre contact avec les services de spécialités, le manque de personnels infirmiers de nuit dans

les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou encore les défaillances ponctuelles des aidants familiaux du fait de leur fatigue physique et psychique. Là encore, les hospitalisations inadéquates sont aussi le reflet de l'absence d'anticipation du parcours de soin. S'il ne peut être organisé depuis la communauté, le passage hospitalier devrait l'élaborer mais il n'est que trop rarement établi en dehors des unités de gériatrie.

2.2. Des durées de séjour plus longues en établissement de santé

Jusqu'à 60 ans, les durées moyennes de séjour (DMS) n'augmentent que très légèrement avec l'âge. En revanche, à partir de 70-75 ans, cette augmentation devient nettement plus forte. Ainsi, la DMS à 60 ans est à peine plus élevée qu'à 45 ans mais double entre 60 et 80 ans. Cette hausse trouve l'essentiel de son explication dans la surreprésentation des personnes âgées dans les séjours très longs : près d'un quart des hospitalisations en MCO des plus de 80 ans dépassent ainsi dix jours.

L'accroissement de la DMS avec l'âge est fortement concentré sur six situations de diagnostic et de traitement hospitalier associées, la présence de l'une de ces affections étant susceptible lors d'une hospitalisation d'induire ou de majorer une perte d'autonomie préexistante. Il s'agit des affections du système nerveux (notamment AVC et démences), de l'appareil respiratoire (broncho-pneumopathies, gripes, pathologies tumorales), de l'appareil circulatoire (notamment l'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme), les troubles mentaux (qui recouvrent les psychoses, les névroses et les affections démentielles), et les traitements médicaux et chirurgicaux des affections de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif (affections invalidantes qui regroupent l'ensemble de la pathologie rhumatologique aiguë ou chronique). Si elles ne représentent que 37 % des journées d'hospitalisation en population générale, ces six situations de diagnostic et de traitement sont surreprésentées aux grands âges (elles constituent 60 % des journées d'hospitalisation des 85 ans et plus).

Les profils médicaux sont caractérisés par une plus forte sévérité. Ainsi, en comparaison aux autres tranches d'âge, les séjours des personnes âgées de 80 ans et plus présentent une proportion plus importante de complications ou morbidités associées (CMA) de niveau de sévérité 2 et 3. Les séjours de niveaux 4 représentent également plus de 3 % des séjours pour les plus de 80 ans, contre 1 % tous âges confondus.

Au-delà de la nature et de la gravité des cas, d'autres raisons médicales peuvent justifier la différence observée quant à la durée d'hospitalisation, à l'image de la plus lente récupération des personnes âgées, des risques de décompensation qu'elles courent, ou encore des difficultés éventuelles rencontrées pour établir un diagnostic.

En outre, **il est important de noter que l'allongement de la DMS avec l'âge est plus marqué dans certains territoires de résidence que sur d'autres**, signe que l'organisation de la prise en charge des personnes âgées fait fortement varier le recours à l'hôpital.

La mauvaise gestion des sorties, l'insuffisance des relations entre l'hôpital et les soins de ville, mais aussi entre l'hôpital et les EHPAD, ou le manque de places dans des établissements adaptés (SSR ou EHPAD) peuvent expliquer que l'hospitalisation perdure.

Ces différents motifs contribuent à l'existence de fortes inégalités territoriales de la durée de séjour.

Ainsi, en se limitant aux six états pathologiques précités, il s'avère que si la durée de séjour des personnes âgées hospitalisées avait, sur l'ensemble du territoire, le profil qu'il a dans les territoires où il est le mieux maîtrisé, il en résulterait une diminution d'environ 3 millions de journées d'hospitalisation que l'on peut valoriser à 2 milliards d'euros.

2.3. Les patients âgés en établissement de santé : une population très inhomogène aux besoins différenciés

Si la demande en soins hospitaliers doit augmenter significativement au cours des prochaines années pour les patients âgés de 75 ans et plus, il convient toutefois, de préciser que cette demande concernera une population de patients relativement hétérogène.

Il est ainsi classique de distinguer une typologie de patients de plus de 75 ans aux besoins spécifiques : les patients mono ou pauci pathologiques et les patients dits « gériatriques ».

- Les patients indemnes de pathologies chroniques invalidantes, hospitalisés pour une pathologie d'organe dominante facilement identifiable. Ces patients doivent bénéficier des services de court séjour relevant de la spécialité concernée par l'affection motivant

1. UM (suivi d'un chiffre) : unité médicale.
Nomenclature du PMSI
MCO.

le recours à l'hôpital. Cependant, en raison de la vulnérabilité liée à leur âge ils peuvent démasquer à l'occasion de cette affection une pathologie sous-jacente ou accuser une perte d'autonomie fonctionnelle. Ceci justifie qu'ils puissent bénéficier au cours de leur séjour d'une évaluation gériatrique pouvant nécessiter le recours à une équipe mobile de gériatrie.

- Les patients dits « gériatriques », se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques à haut risque d'induire une dépendance secondaire à l'occasion d'un épisode aigu ou déjà à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique (pathologies neurodégénératives) et par l'intrication fréquente de plusieurs pathologies aiguës. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation volontiers atypiques de ces affections n'orientent pas d'emblée vers une pathologie d'organe précise exposant au risque d'une orientation inadéquate en service de spécialité. La poly-pathologie caractérisant ces patients explique le plus grand risque d'instabilité et de défaillance ou de multi défaillance d'organe lors de l'affection aiguë ayant nécessité l'hospitalisation. L'hospitalisation inadaptée ou l'inadaptation de la prise en charge de la pathologie et de la dépendance qu'elle induit conduit à une acquisition nosocomiale de dépendance fonctionnelle (de 20 à 30 % selon les unités d'accueil) rendant les sorties complexes et augmentant le risque de ré-hospitalisation.

La spécificité de l'état de santé des personnes âgées, qui ne trouve pas de réponse pleinement idoine aujourd'hui, plaide en faveur d'un soin gériatrique et d'une organisation hospitalière appropriés, capables de mieux les soigner, dans leur diversité, et surtout de ne pas contribuer à la détérioration de leur état de santé particulièrement sur le plan fonctionnel.

2.4. Données comparatives des séjours hospitaliers (établissements publics) en unité de court séjour gériatrique (UM 27) versus « autres spécialités médicales adultes non classées ailleurs ou unité de médecine indifférenciée » (UM 29)

Ces données issues du PMSI (via l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation - ATIH) visent à comparer les profils de patients hospitalisés en gériatrie aiguë UM¹ 27 et en UM 29. La médecine UM 29 « Autres

2. GHM : Classification médico-économique des groupes homogènes de malades (Cf. le manuel des GHM est disponible sur la page internet www.atih.sante.fr)

3. CMD : catégorie majeure de diagnostic. Nomenclature du PMSI MCO.

4. Casemix : éventail des cas médicaux et chirurgicaux par un établissement de santé et qui peuvent être décrits par GHM, par groupes homogènes de journées (GHJ) pour les prises en charge en soins de suite ou de réadaptation, par groupes homogènes de tarifs (GHT) pour les soins en hospitalisation à domicile, par CMD, par catégorie majeure clinique (CMC).

spécialités médicales adultes » est définie comme étant le nombre total de séjours avec GHM² non Z et non C avec un passage en UM 29.

a/ Le nombre total de séjours entre 2013 et 2017 croît plus vite en médecine gériatrique + 17,1 % qu'en médecine polyvalente + 4,4 %. Le nombre de séjours en UM de médecine gériatrique augmente constamment de : + 2,4 % entre 2013 et 2014, + 5,5 % entre 2014 et 2015, + 3,9 % entre 2015 et 2016, + 4,4 % entre 2016 et 2017.

b/ La population des 75 ans et plus représente 90 % des séjours en médecine gériatrique (UM 27) versus 34 % en UM 29 et seulement 19 % en médecine Hors UM 27 et Hors UM 29.

c/ En 2017, la durée moyenne de séjour en UM gériatrique est de 9,38 *versus* 4,49 en médecine tout type.

d/ Ce qui ressort de façon très significative est la prépondérance de certaines CMD³ comme étant plus « spécifique » du passage en UM de gériatrie :

- la CM08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif ;
- la CM09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins ;
- la CM10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles ;
- la CM11 Affections du rein et des voies urinaires ;
- la CM12 Affections de l'appareil génital masculin ;
- la CM13 Affections de l'appareil génital féminin ;
- la CM18 Maladies infectieuses et parasitaires ;
- la CM19 Maladies et troubles mentaux ;
- la CM22 Brûlures ;
- la CM26 Traumatismes multiples graves.

Les GHM avec un passage en UM 27, qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent 83 % de son Casemix⁴ dans la CM08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif.

Les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent 76 % de son Casemix dans la CM09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins.

Les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent 79 % de son *Casemix* dans la CM10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles.

Les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent 84 % de son *Casemix* dans la CM11 Affections du rein et des voies urinaires.

Les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent 89 % de son *Casemix* dans la CM12 Affections de l'appareil génital masculin.

Les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent 74 % de son *Casemix* dans la CM13 Affections de l'appareil génital féminin.

Les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent 78 % de son *Casemix* dans la CM18 Maladies infectieuses et parasitaires.

Les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent 96 % de son *Casemix* dans la CM19 Maladies et troubles mentaux.

Les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent 84 % de son *Casemix* dans la CM22 Brûlures.

Les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent 77 % de son *Casemix* dans la CM26 Traumatismes multiples graves.

TABLEAU 1 Les 20 GHM les plus fréquents en UM 27 en nombre de passages et importance (ratio) par rapport aux passages en UM 29

Nomenclature des 20 GHM les plus fréquents		UM 27		UM 29		Ra- tiofreq GHM
		Ratio Nb sej /sej total pour 10 000 sêj		Ratio Nb sej/sej total pour 10 000 sêj		
05M093	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	14 408	331	56 740	157	2,1
04M053	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	13 527	310	40 722	113	2,75
19M063	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 3	13 282	305	8 812	24	12,48
11M044	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	8 345	191	15 609	43	4,43
10M163	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	7 060	162	19 549	54	2,99
04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	6 203	142	14 102	39	3,64
16M113	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	5 400	124	12 231	34	3,66
19M062	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 2	5 161	118	5 242	15	8,15
08M193	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3	4 754	109	6 442	18	6,11
01M303	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 3	4 372	100	16 704	46	2,17
05M054	Syncopes et lipothymies, niveau 4	4 079	94	3 805	11	8,88
04M033	Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	3 586	82	17 755	49	1,67
23M064	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 4	3 491	80	4 315	12	6,7
05M094	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 4	3 398	78	13 098	36	2,15
11M043	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	3 394	78	13 810	38	2,03
09M053	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	3 093	71	14 403	40	1,78
08M263	Fractures du rachis, niveau 3	3 074	71	5 383	15	4,73
19M073	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans, niveau 3	2 848	65	3 862	11	6,11
08M103	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, niveau 3	2 756	63	7 045	20	3,24
08M293	Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, niveau 3	2 674	61	7 791	22	2,84
Total sur les 20 GHM		114 905		278 420		
Ensemble des GHM		435 814		3 608 145		

Sources : PMSI/ATIH.

5. DAS : diagnostic associé significatif. Nomenclature du PMSI.

e/ Les niveaux de sévérité 3 et 4 sont très notablement majoritaires dans les GHM UM Gériatrique, respectivement :

- en niveau 4 : les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent **92 % de son Casemix en niveau de sévérité 4 ;**
- en niveau 3 : les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent **96 % de son Casemix en niveau de sévérité 3 ;**
- en niveau 2 : les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent **60 % de son Casemix en niveau de sévérité 2 ;**
- en niveau 1 : les GHM avec un passage en UM 27 qui sont 1,5 fois plus fréquents que ceux en UM 29 représentent **11 % de son Casemix en niveau de sévérité 1.**

Ceci est lié aux DAS⁵ (morbidités) des patients plus sévères, également aux durées de séjour plus longues en UM 27 et à l'effet âge qui impactent sur les niveaux 3 et 4.

3. Quelles mesures pour améliorer la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital ?

La prise en charge hospitalière des personnes âgées n'est pas toujours adaptée, ce qui peut résulter de manquements en amont et en aval des secteurs ambulatoire et médico-social. Toutefois, cela ne dédouane pas l'hôpital de ses responsabilités : son fonctionnement et son organisation contribuent aussi à ces défaillances. Il est possible d'agir pour que l'hôpital réponde mieux aux besoins des personnes âgées et n'entraîne pas des situations de perte d'autonomie. De nombreuses pistes méritent d'être explorées.

3.1. La constitution de filières gériatriques, une avancée notable

Comme analysé précédemment, le patient hospitalisé âgé de 75 ans et plus justifie une approche particulière.

D'une part, la fréquence de la poly-pathologie remet en question la traditionnelle structuration des hôpitaux en services spécialisés et cloisonnés.

6. Jeandel C., Pfitzenmeyer P. et Vigouroux P. (2006), « Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir », rapport remis au ministre de la Santé.

Un état de santé dégradé par plusieurs facteurs impose une démarche intégrée, reposant sur la prise en charge des comorbidités et la gestion de la « complexité médico-psycho-socio-environnementale ». L'approche globale a pour finalité la prise en compte des troubles affectant la sphère cognitive, les troubles affectifs et comportementaux, les morbidités somatiques, la prévention des pathologies nosocomiales et iatrogènes et la prévention de la maltraitance. D'autre part, la fréquence des situations d'instabilité et de décompensations et la plus lente récupération fonctionnelle après la survenue d'une affection médicale ou chirurgicale, appelle un soin continu intégrant la réadaptation et la réhabilitation fonctionnelle, soit dès la phase aiguë, soit dans la continuité du soin aigu.

Face à ces constats, le Plan Solidarité Grand Âge 2007-2012 a mis l'accent sur la nécessaire évolution des dispositifs de prise en charge des personnes âgées pour assurer une continuité entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé.

Ce plan a été inspiré du rapport « un programme pour la gériatrie »⁶, publié en 2006, qui énonçait cinq objectifs :

- créer un label « filière gériatrique » pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences ;
- faire contractualiser en tant que « partenaires de la filière gériatrique labellisée » les établissements et structures associés à la filière gériatrique ;
- prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques ;
- développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient ;
- et disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gériatrique.

Ces mesures ont été en partie concrétisées par la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Cette filière est une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique d'un territoire par l'élaboration d'une convention liant tous les services concernés : les courts séjours gériatriques, noyau dur de la filière, les équipes mobiles de gériatrie (qui peuvent intervenir dans les services de l'hôpital mais aussi à l'extérieur), les unités de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques) et les unités de soins de longue durée (SLD).

Pour améliorer les parcours communautaires il est important d'améliorer la compétence gériatrique de la médecine communautaire et il est souhaitable que les professionnels communautaires aient la possibilité de valider une compétence (DPC) sur la prise en soin et l'organisation des parcours des individus vieillissants.

Il est en outre important d'améliorer la compétence gériatrique hospitalière des médecins dits « polyvalents » s'occupant majoritairement de patients âgés et très âgés dépendants ou à risque de dépendance. Ceci est vrai aussi dans une moindre mesure pour tous les spécialistes d'organe qui prennent en soin des personnes vieillissantes.

Grâce à cela, le patient âgé bénéficie d'une palette complète de prises en charge répondant à trois catégories de besoins :

- les bilans ambulatoires, qui relèvent de la consultation ou de l'hôpital de jour gériatrique ;
- les hospitalisations non programmées, pour lesquelles les services d'urgence, les équipes mobiles de gériatrie et les courts séjours gériatriques ont un rôle de tout premier plan ;
- et les hospitalisations programmées, qui peuvent justifier l'avis gériatrique d'une équipe mobile quel que soit le service d'hospitalisation.

En outre, la filière gériatrique a vocation à faire intervenir dès que de besoin les équipes de soins palliatifs et des structures psychiatriques afin de proposer des dispositifs gradués de réponse.

Enfin, la filière s'appuie nécessairement sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation. Le développement des conventions de coopération entre établissement de santé et EHPAD répond notamment à cet objectif.

3.2. Dix recommandations pour les établissements de santé

Malgré les bénéfices apportés par la structuration de filières gériatriques, des marges de progrès demeurent. L'amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes âgées ne pourra s'effectuer qu'en partenariat avec l'ensemble des acteurs du soin et qu'après une sensibilisation à la question de la place de la gériatrie à l'hôpital, sans quoi les services ne seront pas réorganisés et cette spécialité n'attirera toujours pas de nouveaux soignants.

Il s'agit :

- d'optimiser l'accueil des personnes âgées de 75 ans et plus admises dans le cadre d'hospitalisations non programmées ;
- de poursuivre l'adaptation de l'offre des différents segments de la filière gériatrique ;
- et de rendre plus efficient le séjour hospitalier et le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ou déjà dépendantes au sein de l'ensemble des unités de soins.

Recommandation 1 : optimiser l'accueil des personnes âgées de 75 ans et plus, admises dans le cadre d'hospitalisations non programmées

Pour ce faire, il s'agit de réunir les conditions d'application du décret relatif à la médecine d'urgence (22 mai 2006).

Ce dernier précise en effet que : « la prise en charge des patients âgés relevant de la gériatrie du fait de leur poly-pathologie et de leur risque de dépendance est assurée : « 1° En priorité, sous réserve de l'existence d'une permanence médicale, en admission directe dans une structure de médecine gériatrique aiguë ; « 2° En l'absence d'une telle structure, et sous-réserve de l'existence d'une permanence médicale, dans toute structure de spécialité correspondant à la pathologie aiguë du patient ; « 3° Ou dans la structure des urgences lorsque l'état de santé du patient l'exige ».

Enfin, est précisé que « lorsque la prise en charge est assurée selon l'une des deux dernières modalités, il doit pouvoir être fait appel à un gériatre ou à un médecin formé à la prise en charge des personnes âgées, en vue d'organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale du patient ».

L'analyse comparée par l'ATIH des séjours entre 2010 et 2011, puis entre 2011 et 2012, montre une augmentation du nombre de séjours de médecine de 1% sur ces deux périodes, (7 200 922 en 2012) tandis que le nombre de séjours avec passage en unité de court séjour médecine gériatrique a respectivement augmenté de 10% puis de 15%, (168 662 séjours en 2012) sans modification significative de la durée moyenne de séjour. Ce constat peut témoigner, si l'on exclut une meilleure identification des séjours gériatriques par le codage, d'une augmentation de l'offre de court séjour gériatrique.

Le déploiement des filières gériatriques a notablement contribué à améliorer, tant au plan qualitatif que quantitatif, l'offre de soin dédiée aux

patients de plus de 75 ans relevant des structures gériatriques. Cependant, la répartition territoriale de l'offre demeure inégale et l'offre en unités de court séjour gériatrique, de soins de suite et réadaptation gériatriques et de soins de longue durée s'avère encore inadaptée au regard des besoins dans un grand nombre de territoires.

En outre, l'accès direct aux unités de court séjour gériatrique doit être facilité par la diffusion aux professionnels de santé du territoire un numéro de téléphone permettant l'accès direct au gériatre d'astreinte au sein de la filière gériatrique. À défaut, l'accueil des personnes âgées aux urgences doit impliquer un infirmier référent en gériatrie et bénéficier du recours organisé à l'équipe mobile de gériatrie.

Critères d'orientation des patients gériatriques vers les unités de court séjour gériatriques :

- « L'âge > 75 ans » est notoirement insuffisant ;
- Les critères suivants ont un pouvoir différenciant bien supérieur au seul critère âge :
 - présence ou non de troubles neuro-cognitifs préexistants ;
 - modes de présentation par « syndrome gériatrique » : confusion, chute, perte d'autonomie aggravée, dénutrition... ;
 - défaillance multi-organe (insuffisance cardiaque, rénal, respiratoire) ;
 - contexte social : isolement ;
 - provenance : EHPAD ;
 - autonomie antérieure à l'hospitalisation (ADL) ;
 - dépendance fonctionnelle aiguë indiquant un risque fonctionnel accru lié à l'hospitalisation.

Recommandation 2 : repérer les patients en risque de perte d'autonomie dans l'ensemble des services hospitaliers

Les actions à privilégier doivent consister au repérage au plus tôt après leur admission des patients âgés fragiles ou en perte d'autonomie et à la prévention de la « dépendance nosocomiale » (induite par l'hospitalisation) par la mise en œuvre des référentiels de bonne pratique.

Le repérage s'adresse d'une part aux personnes âgées dont les capacités à l'accomplissement des principaux actes de la vie quotidienne sont altérées avant l'hospitalisation, et d'autre part aux patients fragiles, autonomes

avant l'hospitalisation, mais susceptibles de perdre leur autonomie ou leurs réserves fonctionnelles pendant ou à l'issue de l'hospitalisation. Les outils de repérage doivent être communs à l'ensemble de l'établissement, faciles d'utilisation, applicables en un temps réduit (moins de 10 minutes), et utilisables par les différents acteurs hospitaliers, à commencer par les aides-soignantes.

En outre, afin de réduire le risque de complications post-opératoires chez les patients de plus de 75 ans, il est recommandé de procéder à une évaluation gériatrique pré-opératoire en recourant à l'expertise gériatrique des équipes mobiles de gériatrie ou à des consultations gériatriques. L'évaluation gériatrique doit être appliquée selon une approche graduelle en fonction des résultats du repérage.

***Recommandation 3 : prévenir la dépendance iatrogène
(cf. référentiel HAS 2017)***

Différentes recommandations doivent permettre de réduire l'incidence des événements indésirables induits par les soins, du risque iatrogénique médicamenteux, des pathologies nosocomiales et de la perte d'autonomie induite par l'hospitalisation. Il en va ainsi de la conciliation médicamenteuse et de l'optimisation diagnostique et thérapeutique qui peut procéder à l'admission, pendant et à la sortie de l'établissement de santé de l'application des référentiels de la HAS tels que celui sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA).

Le développement professionnel continu (DPC) des personnels hospitaliers doit aussi prioriser la prévention du risque iatrogénique médicamenteux, de la dénutrition, des plaies de pression, du risque infectieux, de la prévention des chutes, de la désafférentation sensorielle. Le suivi et l'analyse pluri-professionnelle de l'état d'autonomie des patients s'appuyant sur la confrontation des résultats de la mesure de l'autonomie réalisée à l'entrée (lors du repérage) et à la sortie de l'unité de soins doivent être déployés par l'établissement en tant qu'indicateur global de suivi.

Recommandation 4 : faciliter l'accès des patients âgés fragiles ou poly-pathologiques aux plateaux techniques

Cette disposition qui doit concerner l'ensemble des patients hospitalisés sans distinction d'âge, s'avère plus particulièrement cruciale dès lors qu'il s'agit de patients âgés en risque de perte d'autonomie ou porteurs de comorbidités chroniques incapacitantes. Le recours aux explorations com-

plémentaires conditionne en effet, plus souvent encore en présence d'une poly-pathologie ou de modes de présentation atypiques (syndromes gériatriques), le délai d'établissement du ou des diagnostics et par conséquent la rapidité des prises de décision tant au plan thérapeutique qu'en ce qui concerne l'orientation post-hospitalière. Les retards diagnostiques induits par les difficultés d'accès aux plateaux techniques (imagerie, échographie cardiaque, endoscopie, etc.) engendrent des prises de décision trop souvent différées, ce qui majore le risque de décompensations d'organes et de dépendance aggravée, facteurs d'allongement de la durée de séjour.

Dans cette optique, il s'agirait de mettre à disposition des plages horaires dédiées aux patients de plus de 75 ans poly-pathologiques et à risque de perte d'autonomie. Elle devrait permettre d'adapter les conditions de réalisation de ces explorations à cette population (transport, préparation, temps de réalisation, précautions particulières...).

Recommandation 5 : favoriser le regroupement de certaines compétences au sein de plateformes dédiées

Un certain nombre d'affections dont la fréquence augmente avec l'âge demeurent aujourd'hui insuffisamment prises en charge et génèrent incapacités et handicaps. Il en est ainsi par exemple des pathologies pelvi-périnéales, des affections bucco-dentaires ou encore des hypertonies déformantes acquises survenant chez le sujet âgé.

Si ces affections ont bénéficié d'avancées médico-chirurgicales significatives, l'application de ces dernières nécessite le regroupement au sein de plateformes médico-chirurgicales des compétences pluridisciplinaires requises (par exemple : urologie, gynécologie, médecine physique et de réadaptation et gériatrie pour les affections pelvi-périnéales). Il convient donc de favoriser de tels regroupements afin d'optimiser ces prises en charge.

Recommandation 6 : mieux anticiper et gérer les sorties

L'amélioration de la gestion intra-hospitalière des sorties nécessite d'identifier dès l'admission et au plus tard à la 48^e heure d'hospitalisation (en médecine – chirurgie, MC) ou au 7^e jour (en SSR), les patients de plus de 75 ans pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides (humaines, matérielles, financières) et des prises en charge, et ceux pour lesquels sera indiqué un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR), une hospitalisation à domicile ou un changement de lieu

de vie à la sortie de la prise en charge en MC (EHPAD, ou unités de soins longue durée, USLD).

En outre, d'autres mesures doivent pouvoir être mises en œuvre telles que :

- la professionnalisation de la fonction de gestion des sorties d'hospitalisation,
- la mise à disposition de l'hôpital, par « réservation contractuelle », de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'EHPAD de « transition », permettant de prendre en charge rapidement une personne âgée en sortie d'hospitalisation pour une durée de 45 jours, avant décision d'orientation définitive (retour à domicile, institutionnalisation, etc.),
- la systématisation de la remise le jour de la sortie des documents nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient en ville, en SSIAD ou en EHPAD (compte rendu de sortie, plan personnalisé de santé).

Recommandation 7 : adapter la gouvernance pour mobiliser la communauté hospitalière et parvenir au changement d'organisation souhaité

Afin de mettre en place concrètement les pistes de changement énumérées plus haut et ainsi d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé les niveaux stratégique et opérationnel des établissements doivent être fortement impliqués dans la mise en place d'une politique gériatrique active.

L'implication du niveau opérationnel peut se traduire par la mise en place auprès de la commission médicale d'établissement (CME) et de la direction des soins, d'une « commission de coordination gériatrique » sur le modèle des sous commissions de la CME existantes. Cette disposition a d'ailleurs été retenue comme une des propositions de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU lors de leurs Assises à Bordeaux en 2012.

Outre la diffusion de la culture gériatrique au sein de l'ensemble des unités, la mission de cette commission serait de mettre en œuvre l'ensemble les mesures préconisées et d'en évaluer l'impact. Ce dispositif devrait impliquer des « référents » gérontologiques (cadres de santé, infirmières, médecins ou assistantes sociales) chargés de relayer les actions de la commission au sein des structures internes de médecine et de chirurgie accueillant des patients de plus de 75 ans, plus particulièrement dans le cadre d'hospitalisations non programmées.

Recommandation 8 : doter les départements de gériatrie de commissions de réflexion éthique

Ces commissions auront pour finalité de reconnaître que la qualité d'un secteur gériatrique se juge non seulement sur les techniques qui y sont pratiquées mais également sur la dimension humaine amenant à reconnaître chacun des patients comme un individu relevant d'une attention particulière. De plus, elles favoriseront la réflexion sur les bonnes pratiques de soins pour une population très particulière ne répondant pas aux consensus de soins édictés chez l'adulte. Autre mission, elles devront contribuer à réduire la souffrance des soignants en gériatrie en leur offrant un espace de discussion élargi grâce à la présence de personnes ressources recrutées hors du secteur gériatrique (représentants des divers secteurs des sciences humaines, de la société, des utilisateurs du système de soins, des courants religieux et du monde politique).

Recommandation 9 : valoriser les métiers du Grand Âge

Au-delà des questions d'organisation interne des établissements de santé, il est nécessaire de renverser la tendance actuelle et faire des soignants de gériatrie des « soignants + ». En effet, nous constatons la désaffection de la plupart des soignants pour le monde gériatrique de moyen et long séjour. Alors que la gériatrie offre des intérêts certains sur le plan relationnel et technique, les soignants hospitaliers n'y vont que rarement par choix, négociant couramment avec la direction infirmière leur retour à terme vers un service de court séjour.

Les explications ont déjà été données. Elles sont sans doute d'ordre culturel (l'image de la personne âgée dans la société), mais la principale raison semble être la charge de travail très importante liée au handicap physique et/ou psychique d'une part croissante importante des patients ou résidents âgés.

Ainsi, les infirmiers en formation envisagent sans difficulté d'exercer la gériatrie mais, après leurs stages, répugnent à y faire carrière. Résultat, nombre des personnes âgées sont prises en charge par des soignants qui ne sont pas là par choix. On comprend volontiers que cela ne puisse être un facteur de qualité de la relation même si la grande conscience professionnelle des soignants masque cette réalité.

Par ailleurs, dans les services hospitaliers de court séjour non gériatriques, où une part croissante des patients est âgée, les soignants sont insuffisamment préparés aux particularités de la prise en charge gériatrique.

L'objectif de valorisation de ces métiers passe par :

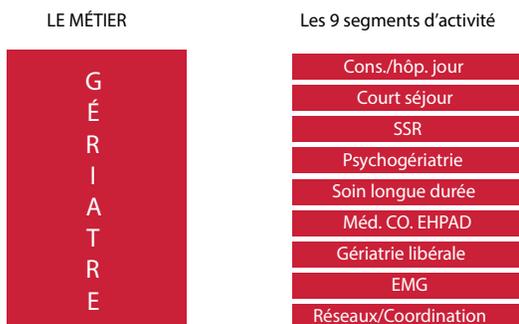
- la consolidation de la formation initiale en gériatrie dans les écoles d'infirmiers et d'aides-soignants ;
- le développement des formations continues en gériatrie auprès des professions de santé non médicales (en particulier les infirmiers, aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP), masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et aides ménagères) ;
- la valorisation par une bonification indiciaire les infirmiers diplômés d'État (IDE) et les AS qui, ayant suivi une formation complémentaire en gériatrie ou gérontologie (DU ou autre formation diplômante), s'engagent à exercer dans la filière gériatrique ;
- par la poursuite des campagnes de promotion de l'image des métiers de la gériatrie ;
- le renforcement des équipes soignantes (IDE, AS, agents de services hospitaliers, ASH) au sein des SSR gériatriques et des USLD ;

Recommandation 10 : adapter le nombre de gériatres aux besoins actuels et futurs, au sein des établissements de santé (publics et privés), des établissements et services médico-sociaux et de la communauté

La médecine gériatrique est une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés. Ce groupe de patients est considéré comme présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale. Les affections peuvent se présenter différemment avec l'âge avancé, et leur diagnostic est souvent difficile, la réponse au traitement retardée et le besoin de soutien médico-social nécessaire. La médecine gériatrique, dépasse ainsi la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie. La médecine gériatrique n'est pas définie spécifiquement par l'âge [des patients pris en charge] mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées. La plupart des patients ont plus de 65 ans, mais les principaux défis de la spécialité de médecine gériatrique concernent plus particulièrement le groupe des 80 ans et plus.

7. STSS, « Ma Santé 2022 », Concertation Grand Âge Autonomie.

SCHÉMA 1 Les 9 segments d'activité de la gériatrie (cf. référentiel métier de la gériatrie. Livre blanc de la gériatrie française 2011) :



Positionnement et modes d'exercice des médecins gériatres qualifiés et des médecins au regard des évolutions futures du système de santé⁷.

Les besoins en médecins gériatres qualifiés se situent principalement dans le cadre des modes d'exercice suivants :

- exercice au sein de la fonction hospitalière publique des centres hospitaliers publics (CH et CHU) ;
- exercice au sein des établissements de santé relevant de la convention collective nationale de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) ;
- exercice au sein des établissements de santé privés ;
- exercice au sein des dispositifs d'appui à la coordination ;
- exercice libéral afin de constituer un recours à l'expertise gériatrique complémentaire à celle assurée par les équipes mobiles de gériatrie.

D'autres besoins doivent pouvoir recourir à des compétences médicales ne nécessitant pas obligatoirement la qualification en gériatrie mais requièrent un niveau de compétence en gériatrie que doivent délivrer les formations diplômantes avec la possibilité d'accéder à la qualification de gériatrie sur critères *via* les commissions ordinales (cf. *infra*) :

- exercice au sein des hôpitaux de proximité ;
- exercice au sein des EHPAD et des futures plateformes de service portées par les EHPAD (médecins coordonnateurs d'EHPAD) ;
- exercice au sein des dispositifs d'appui à la coordination.

4. Une programmation stratégique en deux phases

2018 - 2023 : une phase de transition et des mesures provisoires dans l'attente de la « montée en charge » puis de la stabilisation du nombre de postes de DES de gériatrie (objectif cible : 450 ouvertures de postes par an).

2024 et au-delà :

- réunir les conditions nécessaires au maintien des (et au pourvoi des nouveaux besoins) effectifs en gériatres des trois secteurs ;
- mettre fin aux mesures provisoires envisagées lors de la phase de transition.

PHASE 1 : 2018 - 2023

Objectifs :

- pourvoir aux postes de PH (fonction publique hospitalière) et aux besoins croissants en gériatres des secteurs privés à but non lucratif et à but lucratif ;
- pourvoir aux besoins en spécialistes de gériatrie du secteur privé ;
- consolider le positionnement des médecins coordonnateurs par une reconnaissance s'appuyant sur une formation diplômante nationale.

Mesure 1 : montée en charge du nombre de postes de DES de gériatrie (de 200 en 2018 à 450 en 2023).

Mesure 2 : ouvrir une formation diplômante interuniversitaire nationale délivrant une compétence en gériatrie dédiée aux médecins exerçant en médecine et/ou SSR polyvalent : DIU de compétence en gériatrie strictement accessible aux médecins de médecine polyvalente hospitalière (médecine, SSR) exerçant dans les 3 secteurs et plus particulièrement aux médecins issus du concours de PH (cf. module 1 commun à la formation mentionnée en mesure 6 comportant une partie de rétro-enseignement d'au moins 20 heures).

Mesure 3 : inciter les médecins exerçant en médecine polyvalente à effectuer une demande de qualification ordinaire *via* les commissions (première instance et appel) de spécialités du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) dans la spécialité la plus proche de leurs modalités d'exercice (médecine interne, gériatrie, médecine physique et réadaptation etc..).

Les critères de qualification actuellement en vigueur seront prochainement révisés et pourront intégrer la formation précisée en 1.

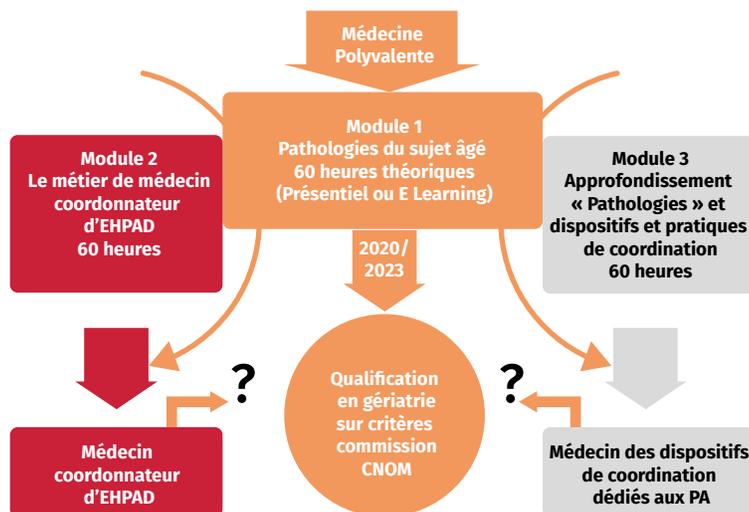
Mesure 4 : permettre l'adhésion des praticiens de médecine polyvalente au CNP de gériatrie et à la Société savante de gériatrie et ainsi :

- faciliter leur participation aux congrès (SFGG) ;
- aux programmes de DPC (CNP/ODPC) ;
- leur rattachement au CNP de gériatrie pour le suivi de leur formation professionnelle et ultérieurement de leur recertification.

Mesure 5 : lancer la procédure d'obtention de révision de la nomenclature (Cs de gériatrie accessible en recours).

Mesure 6 : mettre en œuvre dès 2019 une formation diplômante nationale aux métiers de médecin coordonnateur d'EHPAD et de médecin des dispositifs de coordination dédiés aux personnes âgées.

SCHÉMA 2 Illustration explicative de la Mesure 6



Sources : CNP-G/CNEG/SFGG/AJG - Traitement ONDPS/NDBD (maquettage).

PHASE 2 : 2024 et au-delà

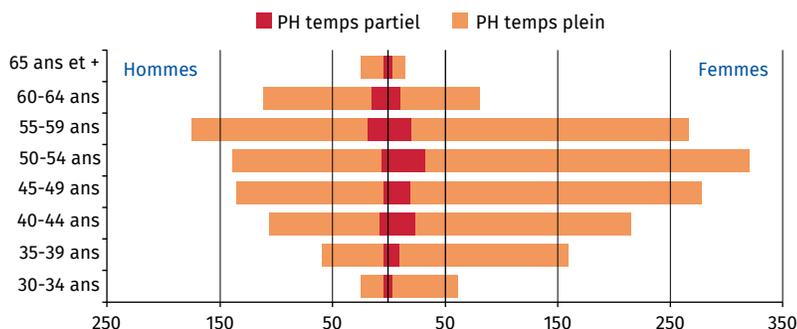
Réunir les conditions nécessaires au maintien des (et au pourvoi des nouveaux besoins) effectifs en gériatres des trois secteurs : objectif cible = 450 gériatres sortants par an (pour le seul secteur public/cf. besoins en postes publiés par le CNG mentionnés dans le tableau ci-dessous).

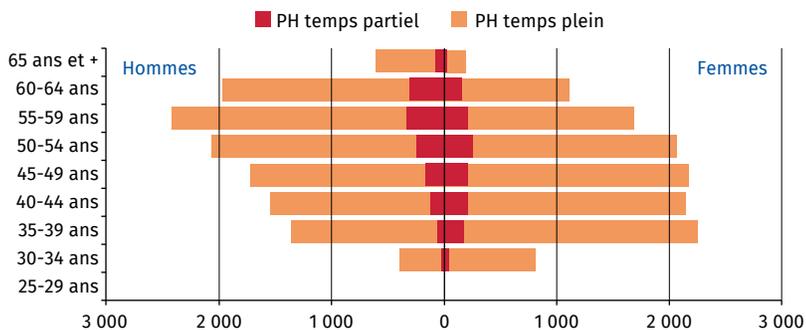
Mettre fin aux mesures provisoires envisagées lors de la phase de transition.

TABLEAU 2 Concours de PH en gériatrie pour la période de 2009 à 2018

Année	Spécialité	Type 1	Type 2	Total reçus	Postes Temps plein publiés	Postes Temps partiel publiés	Ensemble des postes publiés
		Pourcentage de réussite	Pourcentage de réussite				
2009	76 : Gériatrie	85,60 %	75,29 %	171	160	39	199
2010		92,54 %	68,12 %	171	193	34	227
2011		84,30 %	58,24 %	155	201	34	235
2012		84,40 %	72,73 %	148	214	45	259
2013		88,98 %	60,98 %	155	208	38	246
2014		93,81 %	56,96 %	151	238	39	277
2015		68,87 %	54,55 %	109	246	36	282
2016		90,90 %	57,30 %	151	277	44	321
2017		87,61 %	58,73 %	129	370	49	419
2018		X	X	X	432	63	495

GRAPHIQUE 1 La pyramides des âges des gériatres



GRAPHIQUE 2 La pyramide des âges des gériatres comparés aux PH médecins

Sources identiques pour le Tableau 2 et les Graphiques 1 et 2 : CNG - Traitement CNP-G/CNEG/SFGG/AJG et ONDPS/NDBD (maquettage).

CONTRIBUTION DE LA FÉDÉRATION FRANCOPHONE DE MÉDECINE POLYVALENTE

Médecine polyvalente hospitalière : au cœur de l'offre de soins et des territoires de santé



1. Préambule

Répartir, harmoniser et coordonner l'offre de soins de façon ubiquitaire au niveau national et au plus près des territoires de santé, sont des enjeux majeurs d'avenir, dans un contexte de démographie médicale, tant ambulatoire qu'hospitalier préoccupant. Il conviendra donc de proposer de plus en plus, une prise en charge globale, coordonnée et graduée des patients, et si possible économiquement efficiente.

Entre soins primaires ambulatoires (médecine générale de 1^{er} niveau) d'une part, et soins de spécialités et de recours d'autre part, la médecine polyvalente hospitalière, dédiée à cette prise en charge globale et de proximité du patient, assure au quotidien cette mission.

Garantir l'accessibilité pour les patients à des lits de médecine « non spécialisés » en assurant une prise en charge médicale globale, sûre, coordonnée et efficiente, et proposant une approche diagnostique et thérapeutique conforme aux données actuelles de la science (recommandations, consensus, règles de bon usage...), constitue le cahier des charges minimal d'un service de médecine polyvalente.

De par son caractère « polyvalent », la médecine polyvalente hospitalière propose en priorité aux services d'accueil des urgences (SAU), dont la fréquentation a littéralement explosé depuis une vingtaine d'années (passant de 7 millions de passages en 1990 à plus de 20 millions en 2018) un accès

facilité à des lits d'hospitalisation de médecine « non spécialisés », répondant ainsi de plus en plus souvent, à des patients poly-pathologiques et souvent complexes, récusés par les services de spécialités d'organe, bien souvent trop « spécialisés », et facilitant ainsi l'aval des urgences.

Face à la spécialisation médicale, voire dans un certain nombre de cas à « l'hyperspécialisation », fruit des progrès de la science, le concept de médecine globale (médecine holistique) porté par la médecine polyvalente, offre une complémentarité dans la prise en charge des patients, en collaboration avec les différents spécialistes d'organe quand cela est nécessaire.

Le recours à un spécialiste, voire un hyper-spécialiste, permet dans un certain nombre de cas d'apporter une réponse experte à une problématique médicale particulière et singulière, chez des patients parfaitement identifiés. Cela devient beaucoup plus complexe chez un patient présentant au même moment des problématiques médicales différentes, affectant plusieurs organes et/ou fonctions, dans un contexte de poly-pathologie sous-jacente, où clairement, la prise en charge « morcelée » du patient par les différents spécialistes devient trop compliquée, s'il n'y a pas, justement des praticiens formés à cette prise en charge globale et cet esprit de synthèse.

Comment concilier le développement de cette médecine de recours, avec une prise en charge globale et de proximité répondant au mieux aux attentes des patients et de la société ? C'est un enjeu majeur de santé publique et de suivi des patients.

Récemment le rapport du HCAAM dans son avis du 24 mai 2018 sur la stratégie de transformation de notre système de santé, arrivait au même constat :

- *« La spécialisation est bien sûr rendue nécessaire par l'évolution des savoirs et des techniques, mais elle paraît excessive au regard des besoins à couvrir et soulève des problèmes de coordination que l'on pressent à terme insolubles » [...]*;
- *« Comment assurer certaines gardes dès aujourd'hui dans des disciplines où les professionnels sont hyperspécialisés ? » [...]*;
- *« La filiarisation qui accentue encore la rigidité de ces spécialisations au détriment de toute approche globale et de possibilité de réorientations ultérieures est extrêmement préoccupante » [...]*;
- *« Une réflexion doit s'ouvrir permettant de réorienter les formations pour intégrer le besoin de médecine polyvalente et favoriser la capacité des professionnels de changer d'orientation au cours de leur vie ».*

De plus, dans son avis, le HCAAM propose le développement d'établissements de santé communautaire intervenant en proximité et censés assurer à terme une ligne d'hospitalisation de premiers recours, au service des médecins de ville et axée principalement sur la médecine polyvalente et la filière gériatrique. Le nombre de ces établissements de santé communautaire pourrait, dans les années à venir, se situer entre 550 et 600, comparé aux quelque 243 hôpitaux de proximité actuels.

Ce concept a été repris et présenté récemment par le Président de la République dans son discours sur la transformation de notre système de santé, avec entre autres la Mesure 4 qui prévoit la labellisation dès 2020, des premiers hôpitaux de proximité (500 à 600) ayant des missions de proximité en médecine polyvalente, soins aux personnes âgées, SSR, consultations de spécialités, consultations non programmées...

Ainsi, la volonté de développer des liens étroits entre médecine ambulatoire et médecine polyvalente hospitalière, est clairement affichée, avec la possibilité pourquoi pas d'activité médicale partagée entre la ville et l'hôpital, ce qui se fait d'ailleurs déjà dans un certain nombre de cas.

Ce nouveau concept mérite cependant d'être précisé et clarifié, en termes de typologie de patients pris en charge au sein de ces structures, de fonctionnement, de lien avec la médecine ambulatoire et les hôpitaux de recours, mais également en termes de praticiens appelés à exercer dans ces établissements. Quoi qu'il en soit le rôle de la médecine polyvalente de proximité est clairement mis en avant et les effectifs médicaux devront être discutés et anticipés.

Ainsi la réorganisation de notre système de santé et d'accès aux soins sur le territoire national, évoluerait vers un accès gradué et structuré de l'offre de soins avec plusieurs niveaux de recours :

- Niveau 1 : médecine ambulatoire de 1^{er} recours (généralistes et spécialistes de ville) ;
- Niveau 2 : établissements de santé communautaire (tels que les hôpitaux de proximité) ;
- Niveau 3 : centres hospitaliers de recours ;
- Niveau 4 : CHU/CHR/CHS/centres d'expertises.

2. Concept de médecine polyvalente hospitalière

La médecine polyvalente manque actuellement de lisibilité, tant du côté des autres médecins hospitaliers, ne sachant pas trop ce qu'il s'y fait, ni quel rôle précis elle a dans l'organisation des soins hospitaliers, mais également du côté des étudiants en médecine, ne sachant pas à quelle spécialité médicale elle se rapproche.

Il nous semble indispensable que la médecine polyvalente soit reconnue comme une activité médicale à part entière et spécifique, nécessitant une formation initiale et continue adaptée à ce mode d'exercice. Elle ne doit pas être une médecine par défaut, mais exercice professionnel, librement choisi.

Parmi les difficultés de lisibilité et de reconnaissance de la médecine polyvalente, les multiples appellations sont à elles seules sources de confusion. En effet, on peut voir plusieurs intitulés :

- Service médical d'accueil (NON)
- Service de médecine non programmée (NON)
- Service de médecine générale (NON)
- Service de médecine (NON)
- Service de médecine à orientation (NON)
- Service de médecine post-urgence (NON)

Service de médecine polyvalente ou service de médecine interne polyvalente (OUI), devrait être le terme commun, afin d'identifier clairement cette activité au sein des établissements de santé.

À ce jour, la médecine polyvalente manque d'une absence de consensus sur une définition claire et partagée. Elle ne correspond à aucune « définition réglementaire » et il n'existe pas à notre connaissance de textes réglementaires spécifiques concernant l'organisation de la prise en charge médicale globale des patients. Seule la législation relative à la sécurité et à la qualité des soins hospitaliers, comme dans n'importe quel autre service de soins hospitaliers, y fait référence.

De plus, en termes de formation des praticiens exerçant dans ces services, il n'y a pas à ce jour de DES spécifique de médecine polyvalente hospitalière, ni de qualification ordinale. Dans la majorité des cas, les praticiens

sont issus de la filière médecine générale (ancien ou nouveau régime), tout en sachant qu'ils n'exercent pas d'activité de médecine générale au quotidien, telle qu'elle est définie dans le référentiel métier, comme une médecine ambulatoire de 1^{er} niveau, et non une activité hospitalière. Mais nous pouvons trouver également des médecins issus d'autres spécialités, comme celle de la médecine d'urgence (la médecine polyvalente étant jusqu'à présent une possibilité de reconversion professionnelle après plusieurs années d'exercice souvent difficile au sein des services d'urgences), ou bien encore la médecine interne, la médecine gériatrique, voire d'autres spécialités.

Ainsi, nous pourrions tenter de proposer une définition « molle » et non consensuelle, de la médecine polyvalente, comme une activité médicale correspondant à la prise en charge du patient admis aux urgences, dont la ou les pathologie(s) qu'il présente ne relève(nt) pas d'emblée d'une spécialité d'organe ou bien ne nécessite(nt) pas l'intervention immédiate d'un spécialiste d'organe et/ou d'un plateau technique spécifique, et bien entendu compatible(s) avec les compétences spécifiques des médecins de médecine polyvalente. Elle s'inscrit dans une prise en charge globale du patient (approche holistique).

Elle a vocation à mettre en œuvre une démarche diagnostique et thérapeutique de première ligne, pour des patients présentant une symptomatologie « non déterminée et/ou floue » (bilan d'une altération de l'état général, bilan d'une fièvre prolongée, bilan d'un syndrome inflammatoire biologique, bilan de malaise, bilan d'un syndrome poly-algique...). Elle réalise la prise en charge des patients poly-pathologiques en lien avec les spécialistes d'organe quand cela est nécessaire.

Attention cependant, la médecine polyvalente n'a pas vocation à prendre de façon systématique les patients récusés des services de spécialités d'organe, au seul prétexte qu'il n'y a plus de soins spécifiques à leur proposer. De même, elle n'a pas vocation à prendre en charge, l'ensemble des problématiques purement sociales ou de maintien à domicile difficile de l'établissement, au risque de voir sa DMS augmentée, et de ne plus pouvoir assurer sa première mission, à savoir l'aval des services d'urgences.

De façon plus globale, la médecine polyvalente a vocation à s'occuper du « tout venant ». La provenance des patients se faisant majoritairement à partir des SAU/hospitalisation de très courte durée - HTCD (63 % des admissions dans l'enquête Med-Pol 2013 et 73,9 % dans l'enquête Med-Pol 2017), mais pas que... En effet, dans un certain nombre de cas, les patients

peuvent être admis en direct à la demande des médecins de ville, afin d'éviter le passage aux urgences (admissions programmées), ce qui permet de renforcer le lien ville-hôpital. Cette modalité d'admission doit être parfaitement organisée afin de ne pas impacter l'activité « non programmée » de ces services, qui doit rester la première de ses missions. Dans les deux enquêtes nationales sur la médecine polyvalente en France (enquête Med-Pol) en 2013, sur 46 services ayant répondu les admissions directes représentaient 22 %. Dans l'enquête Med-Pol 2017, ces admissions programmées représentaient 18,9 % pour les 66 centres participants. Bien entendu, les résultats de ces enquêtes incitent à la prudence en termes d'analyse, liée au faible nombre de services participants, mais on peut considérer que les admissions directes dans des services de médecine polyvalente ou apparentés représentent pas loin de 20 % des modalités.

L'activité principale de la médecine polyvalente se fait en secteur MCO, mais cette activité peut s'exercer selon d'autres modalités. Nous pouvons citer l'activité de médecine polyvalente au sein des SSR polyvalents, mais également en chirurgie, afin d'assurer la prise en charge médicale courante des patients, en milieu psychiatrique, afin d'assurer la prise en charge somatique des patients, voire dans des services de spécialités d'organe, afin que les spécialistes d'organe puissent se recentrer sur leur « cœur de métier » et développer des prises en charge à haute valeur ajoutée de la spécialité. De plus, ces activités de médecine polyvalente se développent non seulement au sein des établissements publics de santé, mais également de plus en plus au sein de structures privées.

C'est bien pourquoi les besoins actuels et futurs en médecins polyvalents formés spécifiquement à ces différentes modalités d'exercice sont importants, et nécessitent une politique de formation et de recrutement à la hauteur des enjeux sanitaires.

Les besoins en formation et de remplacement à terme des professionnels médicaux ont été estimés par l'ONDPS à environ 100/an pour la filière gériatrique, 130/an pour la filière médecine interne et 360/an pour la filière médecine polyvalente.

En termes de formation initiale des médecins polyvalents, le DES de médecine interne et immunologie clinique, répond en grande partie à cette formation, avec près d'une centaine d'*items* correspondant à cette activité, dans la maquette actuelle du DES. Les représentants de l'Association des jeunes internistes (AJI) soulignent cependant la nécessité de clarifier les attendus, ainsi que le périmètre précis de l'exercice même de la Médecine

Interne. En effet, il semble que les étudiants choisissent actuellement plus ce DES pour son versant « immunologie clinique » et maladies rares, que pour son versant médecine polyvalente pure.

Pour les praticiens non issus de cette filière, la mise en place de formations universitaires non qualifiantes (actuellement un DU et un DIU), permet d'assurer un socle théorique à cette pratique. Dans l'avenir, la mise en place d'une formation spécialisée transversale (FST), nous paraît indispensable et devra être accessible à l'ensemble des DES, y compris celui de médecine générale, afin de donner la possibilité à des praticiens de pouvoir changer d'orientation au cours de leur carrière, au profit de cette médecine polyvalente.

3. Propositions

- Nécessité d'une définition réglementaire de l'activité de médecine polyvalente hospitalière ;
- Lisibilité et reconnaissance de la médecine polyvalente comme une véritable activité médicale à part entière ;
- Reconnaissance ordinaire des formations universitaires en médecine polyvalente (actuellement un DU et un DIU) qui permettent d'assurer un socle théorique à cette pratique médicale ;
- Prise en compte dans la formation initiale en médecine polyvalente de tous les champs d'activité (MCO/SSR/chirurgie/psychiatrie...);
- Création à terme d'une formation spécialisée transversale (FST) de médecine polyvalente, accessible à l'ensemble des DES, y compris celui de médecine générale, afin de donner la possibilité à des praticiens de pouvoir changer d'orientation au cours de leur carrière, au profit de cette médecine polyvalente et de renforcer les liens entre la médecine de ville et l'hôpital ;
- Développer des postes partagés entre médecine ambulatoire et médecine polyvalente hospitalière (lien ville-hôpital dans le cadre par exemple des établissements de santé communautaire) ;
- Choix du terme commun de « Service de médecine polyvalente ou service de médecine interne polyvalente » afin d'identifier clairement cette activité au sein des établissements de santé.

4. Conclusion

La médecine polyvalente ne doit pas être définie comme une médecine par « défaut », mais bien comme une activité médicale à part entière, permettant une approche et une prise en charge globale du patient. Elle requiert des compétences médicales spécifiques, selon un référentiel « métier » clairement établi, et acquises lors d'une formation initiale adaptée aux différentes modalités d'exercice précédemment citées, mais également dans le cadre d'une formation médicale continue.

Entre soins de 1^{er} niveau (médecine ambulatoire) et centres de recours, de références et d'expertises, elle doit contribuer, au sein des territoires de santé, à remettre du lien entre la médecine de ville et l'hôpital et permettre ainsi, d'inscrire le patient dans un parcours de soins gradué et adapté au mieux à son état de santé.

Elle assure dans le secteur MCO, l'aval des urgences en mettant à disposition des lits « non spécialisés », permettant ainsi d'assurer la fluidité des soins non programmés, mais aussi la possibilité d'admettre des patients en direct, dans le cadre d'hospitalisations programmées, à la demande des médecins de ville, et permettant dans un certain nombre de cas, un passage inutile aux urgences.

Ses champs d'activités sont nombreux, avec en plus du secteur MCO, les SSR polyvalents, la médicalisation des services de chirurgie, la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie, voire même dans certains services de spécialités d'organe.

Elle a un lien étroit, d'une part avec la médecine générale ambulatoire, et d'autre part avec la médecine interne et la médecine gériatrique.

Cependant, elle manque encore cruellement de lisibilité et de reconnaissance, et doit se structurer et s'organiser afin de pérenniser cette activité, devenue incontournable dans la prise en charge quotidienne de très nombreux patients.

CONTRIBUTION DU COLLÈGE NATIONAL DES GÉNÉRALISTES ENSEIGNANTS -
COLLÈGE ACADÉMIQUE

Optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques



Pr Vincent Renard, Président du CNGE-CA

4 janvier 2019

1. Introduction

Le parcours de santé des personnes âgées poly-pathologiques est l'occasion d'une réflexion qui peut être étendue à beaucoup d'autres situations et constituer un exemple de modélisation de l'organisation du système de santé. Le devenir de ce dernier tel que nous le pensons doit impacter la formation et la répartition des professionnels de santé et non l'inverse.

La réflexion doit être prospective et s'adapter au monde de la santé de demain. La détermination du rôle des professionnels et du nombre respectif des différentes spécialités auxquelles il faut former les étudiants ne doit pas viser à reproduire ou adapter l'existant à la marge, mais tenir compte du paysage à venir et de l'évolution du système de santé. De ce point de vue, il est logique de construire une réflexion cohérente avec les pistes pertinentes déjà esquissées, comme celles, par exemple, de l'avis et du rapport 2018 du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) qui décline des propositions de transformation en profondeur, ou comme les éléments découlant du « virage ambulatoire » voulu par les tutelles afin de viser un rééquilibrage d'un système hospitalo-centré et dispendieux. La situation actuelle montre que la formation des futurs professionnels, leur

1. La déclaration d'Alma-Ata sur les soins primaires est disponible sur le site internet de l'OMS

à l'adresse suivante :
who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

répartition entre les différentes disciplines contribuent à impacter fortement et longuement les possibles évolutions du système.

2. Les différentes lignes médicales du système de santé

Pour viser une complémentarité efficace, il est nécessaire que les champs d'intervention des différents médecins soient définis, ce qui renseigne sur le contexte nécessaire à leur formation. Les interventions auprès des personnes âgées poly-pathologiques n'échappent pas à la ligne de partage essentielle entre les rôles des professionnels. Leur répartition se situe entre soins médicaux de première ligne dans l'environnement du patient, soins médicaux de deuxième ligne, médecine de recours et d'expertise et soins médicaux de troisième ligne dans les établissements de santé.

La médecine de 1^{re} ligne, faisant partie des soins premiers, se définit comme une médecine de premier recours, premier contact médical du patient avec le système de santé, avec plateau technique léger, faisant partie des soins premiers donc en ambulatoire.

On rappelle ici la définition des soins primaires/premiers par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au paragraphe VI de la déclaration d'Alma Ata¹ :

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».

La médecine générale est définie au plan européen (Wonca 2002 et 2011) comme la spécialité médicale des soins premiers, définie par un ensemble de caractéristiques. Les compétences professionnelles ont été définies suite à la définition du référentiel « métier » par une mission

« compétences » du ministère de la santé (premier recours/urgence, approche globale/complexité, continuité/coordination/synthèse, éducation/prévention/dépistage, relation communication/approche centrée patient, professionnalisme).

La médecine générale, médecine de 1^{re} ligne, gère les situations complexes et/ou incertaines, privilégie la clinique et ne doit recourir à la technique qu'en cas de nécessité ; sa finalité n'est pas d'aboutir impérativement à un diagnostic étiologique, mais de déterminer un diagnostic global de situation déterminant les procédures les plus favorables au patient à tout moment et dans une perspective sur la durée. Son champ est par définition ambulatoire.

La 1^{re} ligne médicale comprend tout ce qui concerne le recours médical dans l'environnement du patient sans plateau technique lourd : cabinets médicaux de médecine générale, maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), centres de santé pluri-professionnels (CSP), établissements de santé communautaires de proximité (ESCP, structures en devenir en y incluant les « hôpitaux de proximité » dont il faut modifier la définition réglementaire), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), médecine pénitentiaire (dont il faut également modifier les définitions réglementaires).

La médecine de 2^e ligne relevant des soins secondaires est définie comme la médecine de recours à une expertise ciblée ponctuelle ou répétée pouvant s'exercer dans des établissements de santé, mais aussi hors établissements en général dans des centres urbains. Elle est exercée par les médecins de toute spécialité que les médecins de premier recours sollicitent pour avis ou dont l'expertise est sollicitée de manière régulière dans le cadre de parcours de soins en coordination avec la médecine de première ligne.

Les spécialités de 2^e ligne contribuent à la gestion des situations nécessitant leur expertise, en apportant leurs réponses grâce à des actes techniques spécifiques, à des avis sur des procédures diagnostiques et/ou thérapeutiques, ou à des suivis spécifiques nécessités par les pathologies concernées. Son champ est soit ambulatoire, soit hospitalier en fonction du recours au plateau technique.

La médecine de 3^e ligne relevant des soins tertiaires, est définie comme la médecine nécessitant un plateau technique lourd et un environnement technique. Elle gère les situations graves et/ou compliquées, privilégie les explorations complémentaires et le recours au plateau technique ; sa

finalité est d'aboutir à un diagnostic étiologique, d'utiliser les moyens mis à disposition dans le temps le plus court possible et de manière ponctuelle unique ou répétée, et de mettre en œuvre les procédures thérapeutiques si elle nécessite des moyens relevant d'un plateau technique lourd. Son champ est hospitalier, elle s'exerce dans les établissements de santé.

La 3^e ligne médicale relève de tout ce qui concerne ce type de recours médical autour de la concentration des moyens que requiert l'état de santé des patients qui y sont adressés : centres hospitaliers universitaires (CHU) qui définissent l'excellence et regroupent les technologies et les expertises les plus avancées, centres hospitaliers généraux (CHG), centres hospitaliers (CH) à l'exclusion des « hôpitaux locaux », centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHSP), établissements de santé privés.

C'est pour ces raisons qui différencient la 1^{re} ligne, de la 2^e ligne et de la 3^e ligne, les problèmes de santé, les démarches, les missions, les compétences, étant de nature différente, que les champs d'activité doivent être clairement distincts. La collaboration entre les professionnels des différentes lignes du système de santé sera d'autant plus pertinente que ces professionnels auront des repères clairs de leur activité et de celle des professionnels avec qui ils collaborent pour le bien des patients.

3. Conséquences pour les disciplines et leur contexte de formation

La médecine générale et ses professionnels ressortent de la 1^{re} ligne avec un exercice dans l'environnement du patient, la gériatrie, la médecine interne ressortent de la 3^e ligne au sein d'établissements de santé, comme l'ont déterminé eux-mêmes les représentants de chacune de ces spécialités, en cohérence avec leur formation initiale.

La formation des médecins de 1^{re} ligne doit se faire en priorité dans l'environnement ambulatoire, d'où l'importance de stages ambulatoires dans la formation en médecine générale.

La formation des médecins de 3^e ligne doit se poursuivre dans l'environnement hospitalier où ils exerceront.

Les spécialités dont il existe des besoins de santé en 2^e ligne dans le champ ambulatoire (par exemple la cardiologie) doivent bénéficier du déve-

loppement de stages ambulatoires et non plus exclusivement de stages hospitaliers.

La différence du contexte de formation recoupe la ligne de partage et la complémentarité évoquées plus haut. La prévalence des problèmes de santé, les valeurs prédictives des examens complémentaires, les poids respectifs de la clinique et de la technique, les démarches décisionnelles sont par nature très différents, voire pour certains opposés.

La réflexion prospective en termes de formation ambulatoire et hospitalière ne doit pas se faire pour chaque spécialité en fonction du nombre de professionnels en exercice qui procède de l'histoire marquée par l'absence de réflexion sur l'organisation du système de santé. C'est cette dernière qui doit guider la prospective des effectifs et la nature des terrains de stage.

En résumé, les caractéristiques des disciplines sont fortement distinctes entre 1^{re}, 2^e et 3^e lignes et les compétences du médecin généraliste forment un tout nettement différent de celles d'un médecin hospitalier.

Dans le système de santé comme pour la formation initiale, il est important de différencier ce qui relève de la 1^{re} ligne médicale et de la 3^e ligne.

4. Facteurs présidant à l'évolution des effectifs professionnels et au mode d'exercice

L'histoire de la formation médicale initiale a été marquée depuis 1958 par une absence de prise en compte du métier de médecin généraliste ce qui a conduit à former des générations de ces professionnels sans identité ni référentiel préalables. Cet état de fait a abouti au recrutement par les établissements de santé au sens large d'un pourcentage important de médecins formés en médecine générale d'autant plus qu'il n'y a jamais eu de chaînage entre diplôme et secteur ou type d'activité. Ce prélèvement naturel aux dépens des effectifs de la médecine générale était peu apparent lorsque nous ne disposions pas de statistiques précises et avait peu de retentissement concret lorsque le nombre de médecins croissait. Aujourd'hui, la situation a changé et la stagnation des effectifs a révélé cette situation d'autant plus crûment que les conditions d'exercice de la médecine générale dans le système de santé apparaissaient de moins en moins valorisées par rapport à celles des autres spécialités.

La création de la filière universitaire de médecine générale il y a 10 ans, a permis à la médecine générale de s'installer progressivement dans le paysage universitaire, et commence aujourd'hui avec la réforme des DES à une phase où des effets pourront en être attendus sur la qualité de la formation et l'orientation de jeunes vers la discipline. Toutefois, cet effet ne pourra vraiment se manifester qu'après plusieurs années de mise en œuvre de la réforme de 2017. Il ne sera vraiment significatif à échelle industrielle qu'à deux conditions :

- l'orientation équilibrée du 2^e cycle entre les métiers de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes. La persistance jusqu'à présent d'une évaluation classante de fin de 2^e cycle formatée par des savoirs et une vision quasi exclusivement hospitalière constitue un obstacle majeur à une orientation équilibrée des étudiants ;
- la mise en œuvre d'une 4^e année professionnalisante, phase de consolidation du DES de médecine générale qui est le seul DES parmi toutes les disciplines à ne pas en bénéficier. La consolidation des apprentissages et la confrontation à la réalité de l'exercice en contexte ambulatoire de soins premiers sur la continuité, qui est une des compétences disciplinaires, sont nécessaires pour que les futurs professionnels soient prêts à exercer.

La formation hospitalière dans un contexte de 3^e ligne pour tous les internes a encore aujourd'hui comme conséquence une pratique inspirée des caractéristiques de cette dernière. Cette formation inadaptée pour le champ ambulatoire oriente les étudiants dans un modèle privilégiant la technique et l'utilisation des moyens pour diagnostiquer des pathologies peu prévalentes. Ce mode de raisonnement et de démarche est très apparent chez les spécialistes hors médecine générale. Beaucoup de ces derniers se sont installés dans le champ ambulatoire, pour une activité théorique de 2^e ligne ; or, l'accès direct fréquent des patients, qui est pour les professionnels d'intérêt économique indépendamment des besoins de santé, les conduit pour certains à avoir *de facto* une activité de 1^{re} ligne en appliquant les préceptes de 3^e ligne dont ils sont issus. Les effectifs ambulatoires, hors médecine générale, correspondent au ruissellement hors du contexte hospitalier formateur des ex-internes ayant assuré le fonctionnement des services hospitaliers sans que ces derniers ne puissent offrir les emplois correspondant au nombre des formés. Les conséquences de l'absence de gestion des effectifs globaux en fonction des missions respectives des professionnels et des besoins de santé, aboutissent à modeler le système de santé dans un recours à la 2^e ligne et à la 3^e ligne beaucoup plus important que son utilité pour la santé individuelle et collective, avec des

2. Rapport "Le
CHU de demain :
Symbiose créativité et
excellence" commandé
par Agnès Buzyn
et Frédérique Vidal,
ministres de la Santé
et de l'Enseignement
supérieur, co-rédigé
par les Six Conférences
du monde hospitalo-
universitaire, décembre
2018.

conséquences délétères en termes de pertinence et de dérive des coûts dont le recours inapproprié à la technique est très consommatrice.

En miroir, le système de santé a tendance en cas de difficulté ou de question, à réfléchir à son évolution en fonction de la manière dont il fonctionne préalablement. C'est ainsi que le problème de la démographie dans le champ ambulatoire engendre régulièrement des propositions reflet de l'hospitalo-centrisme déjà majeur et qui ne feraient que l'aggraver alors qu'il est question *a contrario* du « virage ambulatoire ». C'est ainsi qu'il est question d'exporter l'hôpital en ambulatoire, de proposer des consultations hospitalières « avancées », d'ouvrir des antennes hospitalières dans le champ ambulatoire, de réclamer pour l'hôpital des missions pour organiser le champ ambulatoire, d'en assumer la responsabilité, jusqu'aux propositions du récent rapport « Le CHU de demain² », sorte de prototype d'une vision hospitalo-centrée qui souhaite « structurer les parcours de proximité » voire « les parcours de prévention ». De cette vision délétère découle encore une vision nécessairement hospitalière des effectifs de formation, alors que cette vision a abouti à la situation actuelle d'appauvrissement progressif du champ, des vocations et de la place de la médecine générale et des soins premiers. Or, la réaction des tutelles ou du législateur à cette situation ne survient que maintenant où la situation est suffisamment dégradée pour devenir concrète dans les territoires et nécessite donc des modifications structurelles cohérentes en termes de formation et de répartition des tâches.

Actuellement, la situation en formation initiale se traduit encore trop souvent par un déshabillage des effectifs de la médecine générale par le recrutement des étudiants engagés dans cette voie par le secteur hospitalier, empêchant de fait le renouvellement de ces médecins de soins premiers dont les départs à la retraite ne sont pas compensés. Les conséquences en sont maintenant largement visibles dans les territoires et précipitent les élus vers la recherche de solutions immédiates qui sont soit inopérantes soit contre-productives à terme comme les mesures de contrainte qui ne peuvent qu'aggraver l'effet de fuite d'une discipline qui n'attire pas à l'entrée du cursus l'ensemble de ses effectifs potentiels.

Les jeunes diplômés de médecine générale grossissent donc toujours le stock des médecins polyvalents exerçant à l'hôpital, préférentiellement dans les services de médecine, par exemple en médecine d'urgence ou de post-urgence, et en gériatrie.

5. La question de la médecine polyvalente

L'absence de définition de l'activité ou de la catégorie de ces médecins a conduit à esquisser les contours des fonctions d'une médecine polyvalente hospitalière, dont l'activité se situe dans les établissements de santé donc de 3^e ligne, et dont le champ se définit actuellement en creux de ce qui n'est pas du ressort des autres disciplines. Il s'agit en fait de gérer les problèmes généraux de santé des patients hospitalisés, soit dans les services où cette fonction n'est pas assurée car l'activité est centrée sur une activité spécifique (services de chirurgie, services hyper-spécialisés), soit dans les services où l'état de santé des patients hospitalisés nécessite cette prise en charge (services de post-urgence, services de médecine accueillant des patients âgés et/ou poly-pathologiques).

La médecine polyvalente relève d'un mode d'exercice hospitalier dont la fédération de médecine polyvalente se réclame et qu'elle revendique en précisant que les médecins de médecine polyvalente n'exercent ni ne se destinent à la médecine générale. Paradoxalement, ces professionnels sont majoritairement issus d'un 3^e cycle de médecine générale mais leur formation spécifique en médecine générale s'est limitée au mieux à un seul semestre dans un contexte où leur projet hospitalier était le plus souvent déjà établi. Ils ont été recrutés le plus souvent dès l'origine par le secteur hospitalier aux dépens des effectifs du 3^e cycle de médecine générale (cf. supra). Ils n'ont donc ni la formation minimale, ni la pratique de la médecine ambulatoire de 1^{re} ligne et/ou de proximité. Leur pratique et leurs compétences sont *de facto* celles de la 3^e ligne. Vu l'absence de définition précise de leur activité, leur recensement est difficile mais leur nombre est estimé *a minima* à plusieurs milliers, dont les 3 000 « praticiens hospitaliers de médecine générale », dénomination qui doit disparaître vu que cette dénomination constitue en soi un oxymore.

La revendication catégorielle et identitaire des professionnels exerçant la médecine polyvalente hospitalière ne doit pas conduire à adhérer à des revendications de fonctions en contradiction évidente avec leur formation et leur exercice. Ils sont issus et exercent en 3^e ligne dont la pratique et la démarche ne correspondent pas notamment aux missions des médecins devant exercer dans tous les secteurs de la 1^{re} ligne y compris dans les établissements de santé communautaire de proximité et en médecine pénitentiaire. Ce ne sont pas des médecins « de proximité ».

La nécessité de former explicitement un corps de médecins exerçant les fonctions hospitalières de médecine polyvalente apparaît aujourd'hui nécessaire. Comme il s'agit de fonctions plus que d'une discipline spécifique, une formation spécialisée transversale (FST) prévue par la réforme du 3^e cycle est adaptée à cet objectif. Comme il s'agit de médecins exerçant dans les établissements de santé de 3^e ligne, dont l'orientation, le métier et la formation sont hospitalières, cette FST doit être ouverte aux DES des spécialités hospitalières qui peuvent y trouver une issue logique. Elle ne doit pas se faire aux dépens des effectifs du DES de médecine générale dont la formation est ouverte vers le champ de l'environnement des patients et cherche à inverser la tendance d'une formation à majorité hospitalière inadaptée à ses objectifs et aux nécessités du champ d'exercice.

Cette FST de médecine polyvalente hospitalière doit logiquement être placée sous la gouvernance de la médecine interne, spécialité hospitalière seule à ouvrir les possibilités d'une approche de la santé globale de tous les patients adultes hospitalisés. Ses effectifs devront être arbitrés en fonction des besoins des établissements au sein des spécialités hospitalières.

Pour les générations à venir, la spécialité médecine interne doit donc voir ses effectifs renforcés afin de former les futurs professionnels assurant ces fonctions, permettre d'en préciser le cadre, et compenser les départs à la retraite des médecins l'exerçant *de facto* dans les hôpitaux.

6. La place de la médecine générale

A contrario de ce qui a été évoqué ci-dessus, le DES de médecine générale forme les jeunes professionnels à un exercice de 1^{re} ligne dans l'environnement des patients. C'est la raison de l'évolution de la maquette de médecine générale vers une formation privilégiant les apprentissages en contexte ambulatoire afin que les spécialistes en médecine générale acquièrent les démarches de la 1^{re} ligne et ne reproduisent plus une démarche de 3^e ligne.

La prospective des soins premiers se caractérise par une mutation importante qui doit être intégrée à la réflexion pour définir les effectifs futurs de cette spécialité.

Cette mutation se caractérise par l'évolution vers un exercice regroupé et un exercice pluri-professionnel de soins premiers. C'est dans ce contexte

que la profession elle-même a inventé le concept de MSP dont le développement est maintenant largement accompagné par les tutelles, avec une logique proche des centres de santé pluri-professionnels, pour ceux ayant une démarche de 1^{re} ligne. C'est ainsi que des médecins exerçant la médecine générale ont investi depuis des années l'exercice salarié en centres de santé au sein d'équipes de premier recours, assument les fonctions de soignants et de coordonnateurs dans les EHPAD, représentent la grande majorité du personnel médical dans les établissements de santé communautaire de proximité.

Le législateur a posé les bases d'une réorganisation de l'activité en la centrant sur des bassins de vie, autour des patients et non plus autour de l'hôpital, en créant en 2016 les concepts « équipes de soins primaires/premiers » (ESP) et « communautés professionnelles territoriales de santé » (CPTS). Ces dernières ont vocation à dessiner un maillage territorial permettant aux spécialistes en médecine générale, dans le cadre des ESP et des MSP/CSP, d'assumer l'entière responsabilité des soins premiers en collaboration avec les autres professions de soins premiers, et en complémentarité avec les soins secondaires et tertiaires.

Dans ce contexte, le rapport récent du HCAAM, cité plus haut, plaide pour que ces évolutions se traduisent avec une stratégie de rupture, en une bascule de l'organisation du système vers le champ de l'environnement du patient (le « virage ambulatoire »). Il plaide pour la création des établissements de santé communautaire de proximité (ESCP), structures d'accueil avec plateau technique léger permettant aux patients, notamment âgés et/ou poly-pathologiques, d'être hébergés pour des séquences de soins ne pouvant pas être effectués au domicile, mais ne nécessitant pas le recours à des plateaux techniques lourds.

Il convient donc, pour permettre le fonctionnement de l'ensemble du secteur ambulatoire, cabinets, MSP et regroupement des professionnels, ainsi que les futurs ESCP, de conserver impérativement un contingent d'étudiants de 3^e cycle représentant 40 % de l'ensemble des internes. Dans une conception de l'organisation du système de santé axée sur les soins premiers, ce pourcentage peut apparaître insuffisant. On rappelle qu'il y a quelques années, les postes ouverts en médecine générale qui y incluaient alors la médecine d'urgence et la gériatrie représentaient 49 % à 51 % de l'ensemble des postes ouverts sans que cela empêche l'insuffisance des effectifs formés de médecins généralistes. Il est classiquement dit que les médecins de soins premiers doivent constituer au moins la moitié des futurs médecins formés si l'on souhaite que le système de santé soit

3. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2013, chapitre XI «L'avenir des hôpitaux locaux», pp.307-332 disponible en ligne : <https://www.ccomptes.fr/publications/securete-sociale-2013>

orienté vers les soins premiers. Le développement de la filière universitaire de médecine générale permet aux facultés d'absorber aujourd'hui le flux de 40 % des postes ouverts en médecine générale. Si une politique de développement de la filière est volontariste, il est possible d'envisager d'augmenter ce pourcentage à l'avenir au fur et à mesure que les possibilités de formation augmenteront et que la concrétisation de l'orientation du système vers les soins premiers se confirmera.

7. Les établissements de santé communautaire de proximité

Ces ESCP sont préfigurés par les « anciens hôpitaux locaux » aujourd'hui « hôpitaux de proximité », structures dont l'activité est aujourd'hui assurée en grande majorité par des médecins généralistes. Selon un rapport de la DGOS de 2017, les médecins généralistes représentent les deux tiers du personnel médical de ces structures, et 40 % d'entre elles notamment les ex-hôpitaux locaux, ne fonctionnant qu'exclusivement avec des médecins généralistes ayant par ailleurs leur activité de médecine générale en soins premiers. La présence du reste du personnel médical est liée, soit à l'histoire puisqu'ils étaient souvent employés du temps où certains centres hospitaliers ont été requalifiés en hôpitaux de proximité, soit à une politique hospitalo-centrée des collectivités.

La Cour des comptes dans son rapport de 2013³ sur l'avenir des hôpitaux locaux mettait en exergue le rôle prépondérant des médecins généralistes libéraux, en précisant que la même qualité de fonctionnement ne pourrait pas être assurée par l'équivalent horaire de médecins salariés hospitaliers. La Cour des comptes pointait, d'une part le grand intérêt du fonctionnement concerté avec les maisons de santé pluri-professionnelles où exercent en équipe les médecins généralistes, d'autre part le risque du fonctionnement avec des médecins hospitaliers qui renforçaient le désengagement des médecins généralistes non seulement de la structure mais aussi de l'ensemble du territoire.

Les ESCP sont souvent adossés à des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans lesquelles les personnes âgées sont suivies par leur médecin généraliste, ces EHPAD ayant un médecin coordonnateur dont la très grande majorité sont des médecins généralistes. L'établissement médico-social qui gère ces structures comprend souvent également des services de soins infirmiers à domicile qui font partie des équipes de soins premiers, et qui sont des acteurs très importants des

soins à domicile notamment des personnes âgées, en collaboration avec les médecins généralistes traitants.

Ces ESCP constituent le chaînon manquant du système de santé, ils sont méconnus, en nombre très insuffisant sur le territoire, puisqu'il en reste environ 250 labellisés « hôpitaux de proximité », le plan « Ma Santé 2022 » parlant d'un nombre de 600, et la ministre de la santé parlant d'un horizon de 1 000 CPTS. Ils ne sont pas encore considérés par la tutelle comme faisant partie de la première ligne alors que leur logique et leur bénéfice pour le système de santé résident dans leur intégration dans la même ligne de soins que la médecine générale et les soins premiers.

Leur développement, ayant pour objectif le maillage des territoires en cohérence avec les CPTS, doit permettre d'assurer en priorité une réponse adaptée aux problèmes de santé des personnes âgées et/ou poly-pathologiques qui sont prioritairement les bénéficiaires de cette restructuration des soins premiers et de la médecine générale. En effet, l'absence de possibilité de recours à de telles structures conduit à l'hospitalisation inutile dans les établissements à plateau technique lourd, avec les conséquences en termes d'engorgement, de surcoûts, de iatrogénie notamment avec la perte de repères induits chez des patients fragiles et âgés par ces hospitalisations. Le HCAAM notait dès avril 2010 (vieillesse, longévité et Assurance maladie) qu'il était préférable que les personnes âgées ne soient pas adressées aux urgences et dans les centres hospitaliers avec plateau technique lourd. Ces ESCP seraient donc le cadre de l'activité des médecins généralistes de soins premiers, puisque cet accueil et ce recours aux soins se feraient dans l'environnement peu éloigné du patient (petites et moyennes agglomérations urbaines) avec plateau technique léger (radiologie et biologie notamment). Ils n'ont pas vocation à accueillir l'activité des médecins polyvalents hospitaliers qui ont justement pour fonction d'assurer la cohérence globale des soins dans les établissements de 3^e ligne dans un raisonnement de soins tertiaires. Les ESCP n'ont d'ailleurs pas vocation non plus à intégrer les groupements hospitaliers de territoire (GHT), ni à relever de la fédération hospitalière de France (FHF), puisqu'il ne s'agit pas de centres hospitaliers avec plateau technique lourd, de 3^e ligne, mais d'établissements de proximité de 1^{re} ligne. La gouvernance réglementaire de ces structures devrait donc être repensée en cohérence avec leur intégration claire dans le système de santé de 1^{er} recours et les CPTS.

8. Changements d'exercice

La réglementation permet aujourd'hui de réorienter son exercice vers une autre discipline, si le professionnel souhaite modifier son activité de manière profonde. La possibilité de faire un deuxième DES est maintenant ouverte au cours de la carrière des médecins titulaires d'un premier DES.

Cette mesure entérine à la fois la possibilité de passerelles entre les disciplines, et la nécessité de se former aux compétences spécifiques des disciplines. L'exercice médical aujourd'hui est suffisamment spécialisé pour que les compétences ne soient pas transférables d'une discipline à l'autre sans que la société se soit assurée que les professionnels s'y soient formés.

Ce constat est évident entre les spécialités qui assurent des missions différentes avec des compétences différentes, y compris pour des spécialités de lignes différentes. Les professionnels qui exercent en 1^{re} ligne ne peuvent pas conduire sans nouvelle formation des démarches de 3^e ligne et réciproquement.

C'est pour ces raisons que la médecine de 1^{re} ligne au sein de la communauté et la médecine de 3^e ligne dans les établissements de santé hospitaliers ne doivent pas relever de la même formation initiale et nécessitent une nouvelle formation pour passer de l'une à l'autre.

Les étudiants au sein du DES de médecine générale sont souvent légitimement inquiets en commençant leur cursus d'une carrière les coupant de leur milieu identitaire hospitalier où ils ont été formés en 2^e cycle et où ils ont intégré l'identité d'un médecin de 3^e ligne. Ceux qui font plusieurs stages en médecine générale ambulatoire pendant leur cursus n'ont en règle générale plus ce dilemme identitaire à l'issue de leur formation.

Ils méconnaissent également souvent, faute d'immersions diverses au milieu professionnel de la médecine générale, l'ouverture des champs d'exercice de cette dernière au sein des soins premiers, notamment tous les exercices possibles en médecine générale, centres de santé et maisons de santé, mais aussi activités en PMI, en médecine scolaire, en EHPAD, en ESCP, ou en médecine pénitentiaire, sans parler des orientations différentes que peuvent avoir les exercices en fonction du contexte géographique, socio-économique ou culturel des lieux d'exercice. Cette méconnaissance est totale en début de cursus, elle reste importante en fin de cursus, notamment en raison de l'insuffisance de formation dans le contexte de

4. Prado insuffisance cardiaque : depuis 2013, le service est proposé pour le retour et le maintien à domicile des patients hospitalisés pour décompensation cardiaque. Le parcours de Prado insuffisance cardiaque, établi selon le guide du parcours de soins des insuffisants cardiaques de la Haute Autorité de santé, a été élaboré en collaboration avec la Société française de cardiologie (SFC). Le déroulement du service ou ses modalités pratiques sont disponibles à l'adresse suivante : https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado#text_19396

médecine générale ambulatoire et notamment de l'absence de la 4^e année professionnalisante du DES

Pour autant, la médecine générale n'est ni la voie alternative de repli à l'issue d'exercices hospitaliers exclusifs sans formation spécifique dans le DES de médecine générale, ni la formation ouvrant sur des exercices de 3^e ligne. La nécessité impérieuse pour les territoires et pour les patients de former les médecins qui exerceront en première ligne rend inappropriée la demande confuse de mêler pour les internes de médecine générale l'exercice de cette dernière à des exercices en centre hospitalier. Pour autant, la diversité des types d'exercice et de structures offre aux médecins généralistes des possibilités immenses de variété et d'évolution au cours de leur carrière.

9. Illustrations

La congruence de la formation, de l'exercice et de la structuration du système de santé, peut être illustrée par des exemples prototypaux.

9.1. Situations cliniques et parcours de soins

Il paraît intéressant de prendre des exemples à propos desquels la réflexion est partagée, comme le patient insuffisant cardiaque et la patiente ostéoporotique, dont les parcours devraient être étudiés dans le plan « Ma Santé 2022 ».

9.1.1. Situation du patient insuffisant cardiaque âgé de 80 ans poly-pathologique à un stade avancé de la maladie

Actuellement, ce patient est suivi dans son environnement par un médecin généraliste, par un cardiologue, le plus souvent dans un réseau informel, et il est hospitalisé dans un hôpital à plateau technique lourd à chaque décompensation. Il n'y a aucune incitation au suivi par un médecin généraliste autre que le dispositif du médecin traitant et de plus, le cardiologue comme le médecin généraliste peut être théoriquement le médecin traitant. La prééminence de la prise en charge revient au service hospitalier au point que les tentatives de coordination pour améliorer une situation sanitaire insatisfaisante, ont abouti à un système de l'Assurance maladie partant de l'hôpital et y revenant (Prado insuffisance cardiaque)⁴.

Dans cette conception, la dérive vers le tout hospitalo-centrisme aboutit à proposer au patient une coordination qui n'est pas de fait, sous la gouvernance de l'équipe hospitalière et à faire signer le patient par un conseiller de l'Assurance maladie dans sa chambre d'hôpital au moment où il est en butte à sa décompensation. Les besoins en termes de professionnels de santé sont alors centrés sur le service hospitalier, le cardiologue correspondant, le médecin généraliste traitant est optionnel, l'infirmier de suivi suit prioritairement les consignes de l'équipe hospitalière. Le parcours de santé de ce patient est défini par la Haute autorité de santé et par la Société française de cardiologie, avec consultation uniquement pour avis des acteurs de soins premiers dans l'écriture de ces parcours.

Le médecin généraliste dans une conception ambulatoire du système où il est le référent et l'expert du patient dans son contexte, devrait être l'acteur obligé et prioritaire, gérant la surveillance, le traitement et le recours à la technique, s'aidant de l'équipe des autres professionnels de la même équipe et sous sa responsabilité, notamment le recours à l'infirmier et aux prestataires, aidé par le conseiller de l'Assurance maladie ou de toute structure d'appui pour le volet organisationnel et administratif.

En cas de situation difficile n'engageant pas le pronostic, ne nécessitant pas le recours aux plateaux techniques lourds, mais ne permettant pas le maintien à domicile ou nécessitant un traitement requérant une surveillance médicale rapprochée, le passage en ESCP devrait être la règle. L'hospitalisation en centre hospitalier de référence devrait être réservée aux situations de décompensation grave et celles de bilans requérant le plateau technique lourd. La possibilité de ces hospitalisations programmées ou urgentes devrait être expliquée au patient au fur et à mesure de l'évolution de sa maladie respectant son autonomie et prenant en compte sa vulnérabilité.

Cette conception décentre le centre de gravité de la prise en charge vers le patient et son environnement habituel, et doit minimiser le recours aux hospitalisations lourdes dont le coût et la iatrogénie (liée notamment à la transplantation brutale du patient fragile en milieu inconnu) sont importants. Elle requiert un moindre effectif en termes de personnels hospitaliers, et un renforcement des acteurs de soins premiers.

Cet exemple peut également être décliné avec une situation de patient insuffisant cardiaque à un stade moins évolué où la prise en charge s'articule entre l'équipe de soins premiers et le cardiologue pour avis de 2^e ligne sans recours au centre hospitalier.

9.1.2. Situation d'une patiente ostéoporotique de 75 ans ayant eu une première fracture

Actuellement, cette patiente hospitalisée pour sa première fracture, par exemple du col fémoral, a été adressée sans avis du médecin généraliste traitant par le service d'orthopédie au rhumatologue hospitalier. Elle est convoquée à l'hôpital systématiquement une première fois pour le suivi orthopédique alors que les suites de son intervention pour prothèse de hanche sont simples et que la consultation ne débouchera pas sur une plus-value pour la patiente. Elle est convoquée à nouveau par le rhumatologue qui va prescrire un bilan non réalisé dans le service d'orthopédie et optera pour un traitement médicamenteux annuel par perfusion nécessitant, pour une patiente fragile, un bilan préalable et une à deux nuits d'hospitalisation. Elle sera à nouveau convoquée par le rhumatologue hospitalier pour réévaluation de manière systématique et non concertée. Dans l'intervalle, elle consultera son médecin généraliste traitant qui n'aura pas la main sur cette prise en charge et devra pourtant intervenir en rapport avec ce problème pour ce qui constitue les mesures les plus importantes, notamment la diététique et l'activité physique, mais de manière non recon nue et non valorisée dans la prise en charge.

Dans une conception ambulatoire du système de santé, le médecin généraliste devrait être l'acteur obligé et prioritaire, déclinant une prise en charge axée sur l'éducation thérapeutique, l'activité physique et la nutrition, avec intervention de l'infirmier, éventuellement de la diététicienne, au sein de l'équipe de soins premiers. Le traitement par voie orale, aussi efficace que le traitement par perfusion, éviterait les hospitalisations systématiquement programmées. L'hospitalisation ne serait nécessaire qu'en cas de nouvelle fracture, ce que la prise en charge hospitalière ne prévient pas, et dont la prévention doit théoriquement reposer prioritairement sur des changements de comportement plus que sur des traitements médicamenteux. En cas de difficultés pour regagner le domicile, la patiente serait orientée en service de rééducation/soins de suite à orientation gériatrique où les conditions du retour à domicile devraient être réunies.

Cette même patiente ostéoporotique en prévention primaire sans fracture, est actuellement souvent soumise à des bilans d'ostéoporose de 3^e ligne en cas de recours à des spécialistes en 2^e ligne qui reproduisent des démarches de bilans hospitaliers spécialisées, pour une situation prévalente en soins premiers, sans que ces bilans n'apportent aucun bénéfice aux patients concernés. Ces patientes sont adressées entre spécialistes de 2^e ligne (gynécologues médicaux, rhumatologues) sans recours ni retour

préalable au médecin généraliste car la formation initiale de ces professionnels ne conditionne qu'à une démarche vers plus de recours spécialisés en cas de problème, sans apprentissage d'un parcours coordonné par le spécialiste en médecine générale.

Ce fonctionnement nécessite des effectifs plus importants dans les services de rhumatologie hospitalière, des effectifs plus importants pour les spécialistes ambulatoires de 2^e ligne et un moindre recours aux équipes de soins premiers.

La cohérence et la récurrence de ces situations nourrissent et auto-entretiennent le fonctionnement du système de santé vers un fonctionnement hospitalier et surspécialisé.

La prise en charge de ces patients serait médicalement plus pertinente, et de manière hautement probable moins coûteuse, si elle était naturellement organisée autour du médecin généraliste et d'une équipe de soins premiers coordonnée.

9.2. Situation clinique et différences de prise en charge selon le secteur

9.2.1. Une patiente de 60 ans qui présente depuis 3 jours des douleurs abdominales

Elle consulte le médecin généraliste qui a un raisonnement de professionnel des soins premiers. Il constate une douleur diffuse, sur tout le cadre colique, sans étiologie précise, pouvant rentrer dans le cadre d'un trouble du transit, de troubles fonctionnels, ou d'un syndrome infectieux ponctuel mais rien ne l'oriente vers une situation nécessitant des examens complémentaires, *a fortiori* vers un problème chirurgical. La prévalence de ce type de situation est importante en première ligne. S'il connaît la patiente précédemment en tant que médecin traitant, il orientera d'autant plus sa prise en charge qu'il connaît finement ses antécédents, s'il sait si elle a déjà ou pas présenté ces troubles dans le passé, si elle a tendance à être facilement inquiète ou pas, s'il décode les représentations qu'elle se fait de ses douleurs.

Au plan médical, il lui prescrit un traitement symptomatique, lui donne des conseils, il en profite pour examiner son dossier en termes de prévention personnalisée, il la rassure, met en perspective en vérifiant qu'elle a bien

compris et qu'elle rappellera si les douleurs persistent ou si de nouveaux symptômes apparaissent, de manière à ce qu'il n'y ait aucune perte de chance dans le cas peu probable où ses douleurs diffuses aient été le symptôme inaugural d'une affection organique.

Il n'y a pas nécessité de recherche de diagnostic étiologique, la première ligne médicale gère l'incertitude avec sécurité pour le patient, en s'appuyant sur la continuité des soins, comme cela est pratiqué et enseigné par les médecins de soins premiers.

Cette patiente consulte aux urgences où elle consulte un professionnel qui a un raisonnement de soins tertiaires. La prévalence des problèmes graves n'étant pas censée être la même qu'en ambulatoire, la patiente a tout d'abord un examen clinique sommaire pour orienter les examens complémentaires qui sont en majorité du temps pratiqués, et qui le sont pour un syndrome douloureux abdominal. La patiente a donc un prélèvement sanguin et une échographie abdominale ou un scanner, pour lesquels elle reste aux urgences plusieurs heures. Ces examens sont très utiles pour faire un diagnostic étiologique, ou en tout cas l'orienter, si cette patiente présente par exemple une pathologie chirurgicale ou infectieuse (par exemple, appendicite, sigmoïdite). La patiente est ensuite revue de manière plus approfondie avec les résultats de ces examens. Si ces derniers sont normaux et l'examen clinique rassurant, la patiente peut ressortir des urgences avec un traitement symptomatique, mais sans l'accompagnement qu'elle peut avoir en soins premiers car la structure n'est pas conçue pour cela. Si les examens sont anormaux, même sans que l'anomalie ne soit en rapport avec les symptômes, ou si la douleur abdominale est persistante, la patiente peut être gardée en observation ou se voir programmer d'autres examens complémentaires. Elle peut être convoquée pour d'autres examens ultérieurement en fonction d'anomalies décelées, la plupart du temps sans savoir si ces anomalies étaient déjà connues, et sans avis du médecin traitant.

La prise en charge se caractérise par une recherche du diagnostic étiologique même si la clinique n'est pas évocatrice, dans le temps court du passage hospitalier, avec recours très fréquent à la technique et aux examens complémentaires, comme cela est pratiqué et enseigné par les médecins hospitaliers de soins tertiaires.

9.2.2. Une patiente de 80 ans a chuté à domicile

Elle est vue à domicile par son médecin généraliste appelé par l'entourage, la patiente vivant seule, avec une poly-pathologie, atteinte coronarienne, hypertension artérielle, arthrose diffuse, correctement équilibrée sous traitement, avec une discrète altération cognitive mais autonome à domicile.

L'évaluation faite par le médecin généraliste conclut à une chute mécanique favorisée par un mauvais chaussage et un tapis mal positionné, sans modification de l'examen clinique, et sans suspicion de cause cardio-vasculaire ou neurologique.

La douleur lombaire est notable, la patiente ne peut pas rester seule à domicile, l'entourage familial ne peut pas assurer une présence à domicile. Le diagnostic de situation est donc établi. Le médecin contacte un établissement pour prendre la patiente en charge.

La patiente est accueillie en établissement de santé communautaire de proximité après contact avec un collègue médecin généraliste intervenant dans cet établissement. Elle est prise en charge par un des médecins généralistes de l'hôpital local, en concertation avec le sien, donc dans une logique de soins premiers.

Elle bénéficie alors d'un traitement antalgique sous surveillance, d'une aide à la toilette et aux actes de la vie quotidienne, a une radio programmée pour vérifier l'absence de tassement vertébral, éventuellement d'une prise de sang s'il existe une suspicion de déshydratation ou d'autre désordre concomitant. Elle peut bénéficier de rééducation précoce, reste accueillie le temps que la douleur soit diminuée pour envisager soit le retour direct à domicile, soit le passage en soins de suite si le retour à domicile n'est pas encore possible après quelques jours. L'objectif est le retour à domicile. Sa famille ou son entourage peuvent facilement venir la visiter.

La même patiente est hospitalisée en centre hospitalier dans la ville distante. Elle est prise en charge par les médecins hospitaliers donc dans une logique de soins tertiaires.

La patiente va bénéficier d'un bilan de chute, avec recherche étiologique de sa chute. Elle bénéficiera plus rapidement de la radiologie et systématiquement de la biologie pour s'assurer des mêmes éléments que précédemment. Elle sera mise sous perfusion systématiquement. Dans le cadre de la recherche d'un diagnostic étiologique, il sera pratiqué un bilan de

chute avec bilan cardio-vasculaire pour rechercher une origine à sa chute, quels que soient son suivi en ambulatoire et l'avis initial du médecin généraliste. Au moindre doute au plan neurologique, un avis sera demandé et un bilan sera pratiqué. Ces éléments sont importants à rechercher et sont permis par le plateau technique lorsque le doute ou la suspicion cliniques existent. La patiente sera plus loin de chez elle et avec accès plus difficile de l'entourage. Vu sa perte de repères, et la prolongation de l'hospitalisation nécessitée par les examens pratiqués, elle aura plus de risque de présenter une aggravation des troubles cognitifs qui engendreront eux-mêmes demande de bilan et de prise en charge supplémentaires.

9.3. Un exemple d'hôpital de proximité :

Buis-les-Baronnies 26170

Les données sont issues des rapports d'activité et social 2017 de cet établissement. L'établissement est implanté dans une zone rurale éloignée des grands centres urbains et classée par l'ARS en zone fragile. Il comporte 6 lits de médecine, 19 lits de soins de suite, deux secteurs d'EHPAD de 119 lits au total, un service de soins infirmiers à domicile, et un foyer logement.

Le service de médecine a accueilli 108 patients sur l'année et 167 l'année précédente, en provenance de leur domicile pour 65 % d'entre eux, et d'un autre secteur de la structure pour 30 % d'entre eux.

La sortie permet un retour à domicile directement dans 25 % de cas, un transfert dans un secteur médicosocial de l'établissement dans 44 % des cas. Il n'y a que 9 % de transfert dans un autre établissement sanitaire et on note 15 % de décès. Les patients de plus de 70 ans constituent 89 % des patients hospitalisés.

L'établissement comporte une salle de radiologie, fonctionnant 3 jours par semaine avec une manipulatrice issue de l'hôpital et une interprétation par télé imagerie depuis le centre hospitalier de Valence. La radiologie est accessible pour les patients provenant des lits de médecine, des lits du SSR mais aussi pour les consultants externes qui sont issus du bassin de l'établissement à 95 % et qui concentrent 40 % de l'activité de radiologie.

Le service de soins de suite a pour but la prise en charge de patients dont l'état nécessite des soins continus, pour une durée limitée. Il assure la continuité des soins actifs et des traitements nécessaires en vue du retour à une existence autonome. Les hospitalisations concernent des patients

de plus de 70 ans dans 94 % des cas et pour la totalité des patients du bassin de vie environnant. Les patients proviennent pour 17 % de l'hôpital de proximité et pour 83 % des centres hospitaliers environnants. À l'issue de l'hospitalisation, ils retournent à domicile pour 46 % d'entre eux, sont transférés dans le secteur médico-social de l'établissement pour 20 % d'entre eux, dans d'autres établissements médico-sociaux pour 24 % d'entre eux.

Les 119 lits de l'EHPAD se répartissent avec 52 lits pour les patients sans autonomie, 28 avec une autonomie limitée et 39 avec une autonomie préservée.

Le SSIAD peut accueillir 51 patients, 70 ont été pris en charge en 2017, le « foyer logement » regroupe 10 pavillons individuels.

Les fonctions médicales de l'établissement sont assurées exclusivement par les médecins généralistes libéraux, au nombre de 6, implantés sur le territoire. Les personnels non médicaux pour l'ensemble de toutes les structures de l'établissement se montent à 145 équivalents temps plein dont 119 pour le personnel des services de soins.

Cet exemple préfigure les établissements de santé communautaire de proximité. Il illustre comment il est inséré dans le territoire avec un ensemble de structures complémentaires relevant des soins premiers et de la médecine générale. Il contribue simultanément à ancrer les médecins dans les territoires, et à conserver une démarche de 1^{re} ligne bénéfique aux patients, notamment la grande majorité d'entre eux qui sont des patients âgés fragiles et/ou poly-pathologiques. Il est complémentaire de l'activité des généralistes, permet d'avoir recours à l'hospitalisation sans plateau technique lourd, sans exploration inutile, et donc avec une meilleure pertinence, une meilleure efficacité, proche de l'environnement des patients.

10. Conclusion

Dans ce paysage ainsi dessiné, la logique et la complémentarité de prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques s'articulent avec :

- un secteur de 1^{re} ligne, formé par les équipes de soins premiers coordonnées par les médecins généralistes, au plus près et dans l'environnement des patients, au sein des cabinets médicaux, des

- maisons/centres pluri-professionnels de soins premiers, et des ESCP. Ce secteur a vocation à être organisé en maillant le territoire sous l'égide des CPTS prévues par le législateur ;
- un secteur de 3^e ligne dans les établissements de santé, regroupant les expertises :
 - des gériatres, spécifiques des problèmes de santé des patients âgés nécessitant un plateau technique lourd ou des avis de 3^e ligne ;
 - des internistes, spécifiques des problèmes de santé compliqués et frontières, et avec les médecins polyvalents hospitaliers, des problèmes de santé généraux des patients hospitalisés.
 - le secteur de 2^e ligne des spécialistes d'organe sollicités pour leur expertise spécifique et le recours à la technique mise en œuvre dans le secteur ambulatoire sur la demande des équipes de soins premiers et avec retour vers ces équipes.

Les médecins généralistes sont les médecins de 1^{re} ligne, formés pour ce faire, et doivent donc être en responsabilité de cette 1^{re} ligne. Ce sont les médecins de proximité qui travaillent en collaboration avec les équipes de soins premiers, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, pharmaciens, etc.

Les médecins hospitaliers, dont les médecins polyvalents, sont des médecins de 3^e ligne, formés pour ce faire. Ils travaillent en établissements de santé avec plateaux techniques lourds, en collaboration avec les équipes hospitalières.

C'est en fonction de cette architecture que doivent être pensés les effectifs des différents professionnels à former, et non en fonction des besoins de fonctionnement des services hospitaliers ou de stricte compensation des départs en retraite. Les effectifs des étudiants en médecine interne doivent dans ce contexte être augmentés, et la médecine interne devant être en responsabilité d'une FST de médecine polyvalente hospitalière ouverte aux internes des DES des spécialités hospitalières médicales. Les effectifs des internes en médecine générale doivent être au moins maintenus à 40 % de la cohorte globale, avec une maquette fortement incitative pour un exercice en médecine générale ambulatoire auquel elle doit naturellement conduire dans toute sa diversité, et avec la perspective d'une augmentation de ce pourcentage en fonction de l'évolution du système de santé et des capacités de formation.

CONTRIBUTION DE L'INTERSYNDICALE NATIONALE DES INTERNES

Optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques



InterSyndicale Nationale des Internes

Isabelle RIOM, Vice-présidente de l'ISNI

24 janvier 2019

1. Introduction

La prise en charge du sujet âgé poly-pathologique soulève de nombreuses problématiques relevées par le groupe de travail piloté par l'ONDPS. Parmi elles, la question de la formation des médecins impliqués est centrale. En effet, diverses spécialités sont concernées et la création et/ou modification de certains DES à la faveur de la Réforme du Troisième cycle des études médicales (R3C) ne permet pas d'optimiser à ce jour le paysage actuel.

2. Formation à la prise en charge du sujet âgé poly-pathologique

2.1 La place centrale de la gériatrie

La création du DES de gériatrie permet de mieux définir la formation des futurs gériatres à travers une maquette uniforme et dédiée à la prise en charge du sujet âgé. De fait, le gériatre est l'expert du soin et de la prévention autour du sujet âgé poly-pathologique.

2.2 Formation à l'ambulatoire des gériatres

Ce domaine offre toutefois de très nombreux modes d'exercice. Dans sa formation, une grande place est accordée à la prise en charge hospitalière – que ce soit en service de médecine aiguë ou en Soins de suite et de

réadaptation (SSR). Or, le manque de médecins spécialisés en Gériatrie se fait également lourdement ressentir dans le secteur ambulatoire, comme en atteste aussi le manque de solutions d'aval et/ou d'anticipation auquel sont confrontés les médecins hospitaliers (cf. enquête qualitative pilotée par les *Asclépiades*, cf. Partie I du présent rapport). Dès lors, il nous paraît essentiel que la formation des gériatres soit également tournée sur l'ambulatoire, en particulier avec la découverte des structures médico-sociales multiples existantes sur les différents territoires, des stages auprès des médecins exerçant en unité mobile de gériatrie extérieure, etc.

Proposition 1 :

Apporter une dynamique ambulatoire à la formation dans le DES de gériatrie.

2.3 Les besoins réels et spécifiques d'une médecine aiguë polyvalente

Outre l'expertise du sujet âgé, on observe un réel besoin d'une médecine aiguë hospitalière associée et centralisée sur le sujet adulte, sans – cette fois – de distinction d'âge. En effet, les spécialités d'organe ne permettent pas de répondre à tous les besoins observés dans les services d'accueil des urgences. Une filière urgences - médecine polyvalente a ainsi été créée dans de nombreux établissements, offrant ainsi plus de facilités et une expertise globale. La médecine globale aiguë doit ainsi occuper une place centrale dans les centres hospitaliers.

Par leur définition globale, la gériatrie et la médecine polyvalente apportent une réponse à la prise en charge du sujet poly-pathologique. Il nous paraît bien sûr essentiel que ces réponses soient articulées et optimales. Dans le cas du sujet âgé poly-pathologique qui nous intéresse ici, des besoins spécifiques y sont associés. Une culture dédiée interprofessionnelle s'impose donc pour ces deux spécialités.

Proposition 2 :
Intégrer la formation à la prise en charge du sujet âgé poly-pathologique dans une culture interprofessionnelle.

2.4 Formation à la médecine polyvalente

- **Via le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine interne**

Depuis plusieurs années, on observe une réflexion et des engagements forts portés sur la médecine polyvalente par la communauté des médecins internistes. En particulier, une grande place lui est aujourd'hui accordée dans la maquette de médecine interne à la faveur de la R3C, ce que nous saluons vivement. Parallèlement, la recherche en médecine polyvalente doit être encouragée, ainsi que la nomination de personnel universitaire dans cette thématique spécifique.

Proposition 3 :
Accentuer et inciter à la recherche en médecine polyvalente.

Dès lors, la formation théorique d'aujourd'hui en médecine interne permet un enseignement d'une prise en charge globale. Sur le plan pratique, la création d'agrément dédiés en médecine polyvalente - comme cela est actuellement en discussion - implique aussi sa participation dans la maquette de médecine interne.

Proposition 4 :
Intégrer la médecine polyvalente dans la formation pratique en DES de médecine interne.

Par ailleurs, nous regrettons le manque de communication sur la part de la médecine polyvalente dans le devenir du futur interniste. En effet, beaucoup de jeunes étudiants choisissent la médecine interne pour son expertise sur les pathologies immunes et rares, au détriment de la médecine polyvalente. Avoir renommé le DES de médecine interne en DES de médecine interne et immunologie clinique peut aussi être perçu comme un message en ce sens. Pourtant, les besoins en médecine polyvalente dépassent manifestement ceux de la médecine interne « immunologique ». Ces deux aspects ne doivent bien sûr pas être antinomiques et une communication sur les issues du DES de médecine interne nous paraît nécessaire pour éclairer et optimiser le choix des étudiants dans

leur spécialité. Renommer à nouveau le DES peut notamment être une solution pour plus de clarté.

Proposition 5 :

Améliorer la communication et la visibilité du versant polyvalent dans le DES de médecine interne.

- **Via une formation spécialisée transversale (FST) de médecine polyvalente**

Mais la médecine globale et polyvalente hospitalière est susceptible d'intéresser légitimement d'autres étudiants et d'autres médecins. Des réponses doivent donc leur être apportées. En lien avec les valeurs portées par nos structures, nous ne pouvons imaginer un DU comme seule solution. À la faveur de la R3C, une FST a ainsi été proposée par le Collège des enseignants de médecine interne (CEMI) ; ce que nous saluons. À l'heure d'un cloisonnement et d'une filiarisation, toujours plus poussée, imposés par la R3C, nous insistons toutefois sur son caractère pluridisciplinaire. La formation diplômante à la médecine polyvalente ne doit pas avoir de caractère exclusif dans sa pratique et doit permettre un exercice mixte au médecin diplômé de cette FST.

a) Enseignants et pilotes

De par son histoire et sa politique, il paraît parfaitement logique qu'une FST soit pilotée par les enseignants de médecine interne. Outre ces derniers, l'expertise globale sera optimisée si d'autres enseignants – d'autres spécialités donc – interviennent dans la FST.

b) Maquette et aménagement

Aujourd'hui, les maquettes de la plupart des spécialités autorisent moins de flexibilité et donc moins de latitudes pour répondre aux exigences d'une maquette de FST supplémentaire. Néanmoins, il est essentiel que les étudiants en FST de médecine polyvalente aient accès à ces stages pour parfaire leur formation. Dès lors, la mise en place d'une telle FST doit s'accompagner d'une réflexion réelle sur l'aménagement des maquettes que cela doit imposer dans celle du DES d'origine de l'étudiant en Troisième cycle.

c) Accessibilité

Enfin, et surtout, la question de l'accessibilité à cette FST est centrale. De par son caractère global, il nous paraît essentiel qu'elle soit proposée à toutes les spécialités potentiellement concernées, que ce soit en médecine générale ou dans les autres disciplines de spécialité médicale. Cette accessibilité est essentielle et doit être garantie à l'étudiant intéressé dans les limites d'un potentiel contingentement décidé à l'échelle nationale. Les coordonnateurs de DES d'origine – en tant que garants – doivent donc veiller à la formation optimisée de l'interne en regard de sa FST.

d) Formation continue

L'ISNI demande que la médecine polyvalente soit également accessible *via* un véritable développement professionnel continu (DPC), sans distinction sur le DES d'origine. La FST de médecine polyvalente ou un 2^e DES devront pouvoir être ainsi proposés aux médecins diplômés déjà détenteurs d'une FST ou non. Également, ce diplôme doit pouvoir être reconnu et accessible *via* une validation des acquis de l'expérience (VAE).

Proposition 6 :

Créer une FST de médecine polyvalente ouverte et accessible à tous les internes susceptibles d'être intéressés, que ce soit en spécialité médicale ou en médecine générale. La formation doit y être adaptée et flexible pour permettre une formation optimale.

3. Flux

Si notre expertise – en tant que structures jeunes – se porte essentiellement sur la formation des étudiants, il apparaît toutefois que cette réflexion doit s'accompagner sur celle des flux de futurs médecins dans les différentes spécialités. Outre les besoins réels, les capacités de formation sont centrales et doivent être prises en compte dans le calcul de distribution des postes.

À travers ces deux prismes, nous observons toutefois clairement que les besoins sont tels dans ces spécialités, que les flux doivent être optimisés et augmentés pour garantir aux patients concernés une prise en charge optimale.

Proposition 7 :
Augmenter les effectifs au sein du DES de médecine interne et du DES de gériatrie.

4. Conclusion

Dès lors, il apparaît que la formation des soignants à la prise en charge de la personne âgée poly-pathologique doit être globale, multidisciplinaire, claire et non limitante. En ce sens, une FST est une piste intéressante, si tant est que les règles soient respectées par tous les acteurs impliqués. Cette réflexion doit être accompagnée par celle sur la formation continue. Une réflexion à plus long terme peut cependant être menée sur l'articulation de la formation des internes à la prise en charge des maladies auto-immunes et/ou rares avec la médecine polyvalente ; à travers des diplômes bien dédiés.

CONTRIBUTION DE L'INTERSYNDICALE NATIONALE AUTONOME REPRESENTATIVE
DES ETUDIANTS EN MEDECINE GENERALE

Optimisation des parcours complexes - patients âgés poly-pathologiques



17 décembre 2018

1. Introduction : contexte

L'évolution de la démographie de la population française est aujourd'hui marquée par le vieillissement de la population. L'augmentation significative de la part des pathologies chroniques et des nombreuses comorbidités chez ces patients âgés nous amène à réfléchir sur l'amélioration de leur parcours de santé. Les patients âgés poly-pathologiques représentent la majeure partie des actes et prises en charge des médecins généralistes. Au quotidien, ces derniers se voient confrontés à la gestion et la coordination des parcours de soins complexes de ces patients.

Afin d'optimiser ces prises en charge, les médecins généralistes peuvent s'appuyer sur un réseau pluriel de professionnels du monde médical, paramédical et médico-social, associant médecins, gériatres, plusieurs spécialistes d'organe, pharmaciens, infirmiers diplômés d'État, masseurs-kinésithérapeutes, assistants sociaux, etc.

Le nombre et la diversité des acteurs justifient, pour une optimisation de ces prises en charge complexes en ville et à l'hôpital, une réflexion sur la gestion et la coordination de ces parcours avec l'ensemble des professionnels concernés.

1. La durée de la maquette du DES de médecine générale est actuellement de 3 ans. Dans le cadre d'une réflexion sur une maquette de DES en 4 ans, afin de pallier des lacunes identifiées dans leur formation initiale et consolider leurs compétences, les étudiants de médecine générale ont posé leurs conditions pour un allongement de leur formation, à savoir: une quantité et qualité de maîtres de stage des Universités suffisants; un encadrement pédagogique de qualité pérennisé; un nombre d'enseignement de médecine générale, actuellement insuffisant, augmenté; et une formation pédagogiquement pertinente. Le respect de ces conditions est nécessaire pour envisager sa mise en place.

2. Médecins généralistes et gériatres, pivots de la coordination de ces prises en charge

Si les médecins généralistes ont pour mission de coordonner les parcours de ces patients et d'assurer leur suivi au long cours, les médecins gériatres ont également un rôle pivot dans ces prises en charge.

Le gériatre apporte un avis expert sur le diagnostic et la prise en charge spécifique complexe et adaptée à chaque patient.

Lors des hospitalisations, parfois nécessaires, le médecin gériatre hospitalier devient le coordonnateur de la prise en charge du patient âgé, apportant des soins spécifiques, assurant le lien entre le médecin généraliste – les autres spécialistes intervenant ponctuellement – le patient et son entourage.

Reconnaissant l'enjeu de se saisir des besoins spécifiques de cette population, patientèle majeure des généralistes, et de réfléchir à une optimisation de leurs parcours de soins, l'ISNAR-IMG propose la mise en place d'un semestre en « santé de la personne âgée », dans le cadre d'une maquette du DES de médecine générale repensée en 4 ans¹.

Ce stage serait spécifiquement orienté vers la prise en charge des sujets âgés poly-pathologiques. Il s'organiserait autour de services de gériatrie et de praticiens de ville disposant d'une expertise en gériatrie (médecins généralistes, gériatres en ville) sous la coordination d'un médecin, généraliste ou autre spécialiste, disposant d'une expertise dans le domaine de la gériatrie. Cet accent de leur formation sur la santé de cette population particulière et complexe dans sa prise en charge est souhaité par la jeune génération de médecins généralistes.

3. Développement des stages ambulatoires

Comme mentionné précédemment, la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans les prises en charge des patients âgés poly-pathologiques est primordiale.

Afin de développer l'inter-professionnalité nécessaire à une prise en charge optimale des patients, il semble particulièrement important de former les différents acteurs à ce travail en réseau.

Tout d'abord, grâce à l'apprentissage du travail en inter-professionnalité, qui doit débiter au plus tôt dans les études de santé, dès la formation initiale, et largement se généraliser auprès de tous les jeunes professionnels. Mutualiser ces enseignements serait aussi gage d'un apprentissage à travailler ensemble, réussi.

Ensuite, il est important de découvrir le travail de l'autre afin de mieux le comprendre et, *in fine*, optimiser le travail collaboratif.

Les médecins gériatres et les médecins généralistes, en tant que pivots dans la coordination de ces parcours de soins complexes, doivent particulièrement se coordonner dans ces prises en charge. Il est donc important que les futurs gériatres puissent découvrir les particularités des prises en charge de ces patients en médecine générale.

C'est pourquoi l'ISNAR-IMG encourage le développement des stages ambulatoires en médecine générale pour les médecins gériatres. Peu sensibilisés à la médecine ambulatoire, la pratique des futurs gériatres s'enrichirait de la découverte de la spécialité de médecine générale, axée autour des soins primaires, pour à terme proposer des soins coordonnés pertinents avec l'ensemble des acteurs.

Les internes de médecine générale proposent de ce fait qu'un stage ambulatoire chez un médecin généraliste soit proposé aux internes du DES de gériatrie, sous condition qu'un nombre suffisant de terrains de stage soit proposé, afin de permettre aussi bien aux internes de médecine générale et de gériatrie d'avoir une formation de qualité.

4. Formation spécialisée transversale de médecine polyvalente

Actuellement, les services de médecine polyvalente semblent majoritairement gérés par des médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier, ainsi que par des médecins internistes.

Ces services, selon les données fournies par des représentants de la médecine polyvalente, prennent en charge en grande partie des patients âgés poly-pathologiques.

La poly-pathologie, de par sa complexité et sa spécificité de prise en charge, requiert des connaissances et des compétences singulières, comprises

dans le spectre du vaste éventail des compétences du médecin généraliste. **Aussi, de par son approche globale du patient, la médecine générale est tout à fait légitime, au même titre que d'autres spécialités (comme la médecine interne, par exemple) pour s'occuper de patients relevant de la médecine polyvalente.**

Bien conscients des spécificités de ces prises en charge hospitalières et de ses différences avec l'exercice de la médecine générale de ville, il nous semble cohérent de reconnaître aux médecins exerçant en service de médecine polyvalente leurs spécificités et leur expertise, comme c'est déjà le cas pour les autres spécialités.

La création d'une FST de médecine polyvalente est aujourd'hui une nécessité. Elle permettra l'ouverture d'une formation spécifique, adaptée aux compétences requises dans ce domaine spécifique.

De plus cette FST offrirait une voie reconnue pour les étudiants de médecine générale souhaitant exercer en milieu hospitalier, ou souhaitant s'orienter vers un exercice mixte, partagé entre la ville et l'hôpital.

Ainsi, l'ISNAR-IMG soutient l'ouverture d'une FST de médecine polyvalente, qui soit accessible aux internes de médecine générale comme à ceux des autres DES intéressés.

5. Conclusion et propositions de l'ISNAR-IMG

- L'ISNAR-IMG propose la mise en place d'un stage en santé de la personne âgée, sous la coordination d'un médecin expert en médecine gériatrique, dans le cas où la maquette du DES de médecine générale serait repensée en 4 ans.
- L'ISNAR-IMG soutient la création de stage en médecine générale ambulatoire pour les internes en DES de médecine gériatrique, à condition qu'un nombre de terrains de stage suffisant soit proposé pour que les internes de médecine générale puissent réaliser leur maquette de DES dans sa version définitive.
- L'ISNAR-IMG souhaite la création d'une FST de médecine polyvalente, qui soit accessible également aux internes en DES de médecine générale, ainsi qu'aux internes des autres DES qui porteraient un projet professionnel cohérent.



4. Point de vue du Président de l'ONDPS

CONTRIBUTION DE L'ONDPS

Comment relever le défi du vieillissement de la population et de son impact sur les besoins de santé et de formation médicale en France ?



Patrice Diot, Président de l'ONDPS

7 mars 2019

1. Quelle est l'ampleur du défi ?

L'évolution des conditions de vie et le progrès médical font que la durée de vie s'allonge et que la population vieillit, dans la plupart des pays occidentaux. En France, entre 2000 et 2030, l'effectif des plus de 75 ans devrait doubler, de même que celui des plus de 85 ans. Naturellement, du fait de la fragilisation des individus avec l'âge et compte tenu de l'organisation de l'offre de soins, cette évolution démographique s'accompagne d'une inflation des handicaps et de la dépendance, des affections de longue durée, des poly-pathologies, du recours aux urgences hospitalières et des séjours hospitaliers de longue durée.

2. Sur quels professionnels devrions-nous compter ?

La prise en charge médicale de cette population âgée de plus de 75 ans, définition consensuelle du champ de la médecine des personnes âgées, est partagée entre diverses professions médicales, médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, et de nombreuses autres professions de santé,

infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicures-podologues, etc.

S'agissant des médecins, sur lesquels s'est concentrée la réflexion animée par l'ONDPS, puisque la commande portait surtout sur des enjeux de régulation des flux entre les diverses spécialités, les spécialistes de médecine générale sont évidemment les premiers concernés. La médecine générale se définit comme la « médecine des soins premiers », pratiquée en ville, c'est-à-dire en dehors de l'hôpital. La réforme du troisième cycle des études médicales mise en place en 2017 a permis la création d'un DES de gériatrie, et donc le renforcement de cette spécialité créée en 2004 via un DESC de type 2 qualifiant. Les gériatres exercent dans un milieu hospitalier dont ils déplorent le cloisonnement, mais aussi dans des établissements de santé privés, dans des EHPAD, dans des dispositifs d'appui à la coordination, et pour certains en libéral.

La médecine interne est une spécialité à exercice très majoritairement hospitalier (85 %). Souvent considérés, à juste titre, comme les spécialistes des maladies rares, systémiques ou pluri-viscérales, ils revendiquent aujourd'hui avec force et engagement leurs compétences pour l'exercice de la médecine polyvalente hospitalière et la prise en charge des situations médicales fréquentes. De fait, plus de la moitié des 267 items du programme du DES de médecine interne et immunologie clinique, tel qu'adopté lors de la réforme de 2017, portent sur ces situations fréquentes, et certains internes envisagent de privilégier l'activité de médecine polyvalente hospitalière pour leur exercice futur.

La médecine polyvalente hospitalière ne figure pas parmi les 44 DES d'après la réforme. Certains de ces professionnels se sont regroupés au sein de la fédération francophone de médecine polyvalente (FFMP) créée en octobre 2014. L'activité principale de la médecine polyvalente se fait en secteur MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), mais aussi au sein de SSR polyvalents (services de soins de suite et de réadaptation), en chirurgie, en milieu psychiatrique, non seulement au sein des établissements publics de santé, mais également de plus en plus au sein de structures privées. Elle est majoritairement exercée par des médecins issus du DES de médecine générale.

Les urgences hospitalières sont aujourd'hui un passage obligé fréquent pour l'entrée des personnes âgées dans le système de santé. L'enjeu est précisément de revoir le parcours du patient, et d'éviter ce passage par

les urgences qui est, dans bien des cas, inadapté aux besoins de cette patientèle.

3. Quels sont les freins et les enjeux organisationnels ?

Les spécialités médicales impliquées dans la prise en charge de la personne âgée poly-pathologique se voient et se veulent très différentes les unes des autres. Le déterminisme des différents positionnements est sans doute complexe, mélange de besoins de reconnaissance, de questionnements existentiels, d'affirmation de spécificités et de compétences, de revendications d'excellence pédagogique. L'augmentation du nombre des spécialités lors de la réforme de 2017, et l'organisation très tubulaire des enseignements, a probablement amplifié une excessive étanchéité entre les spécialités et à un manque de considération pour l'altérité dans la formation et l'offre de soins.

Les instances universitaires de la médecine générale sont très attachées à la hiérarchisation de la médecine en trois lignes, la première ligne correspondant aux « soins premiers » en ville, la médecine générale, la deuxième ligne correspondant à une médecine de recours proposée par toutes les autres spécialités que la médecine générale, en établissement de santé ou en centre urbain et la troisième ligne à la médecine hospitalière appuyée sur un plateau technique lourd.

Elle estime aussi que la médecine dans des établissements de santé communautaire ou de proximité, relève d'une démarche de « soins premiers » et doit être confiée aux médecins généralistes, dont la formation est axée sur cette démarche.

Elle considère aussi que la médecine polyvalente actuelle est pratiquée par des médecins hospitaliers qui sont certes issus de l'ancien DES de médecine générale, mais qui ne sont pas ou plus généralistes, qui ont une démarche, un raisonnement, et des décisions de médecins de troisième ligne, et dont le recrutement futur devrait donc être assuré par un vivier qui ne soit pas pris sur les effectifs de la médecine générale.

Elle considère enfin la médecine interne et la gériatrie comme des spécialités exclusivement hospitalières, de deuxième ligne et de troisième ligne.

Il y a aujourd'hui 102 000 médecins qualifiés en tant que médecins généralistes en France, soit 45 % du nombre total des médecins. Mais parmi eux, seulement 48 000 exercent en tant que médecins généralistes libéraux à titre exclusif, les autres ayant de fait des exercices partagés ville-hôpital, dans les services de médecine polyvalente des hôpitaux de proximité notamment, ou s'étant détournés vers la médecine d'urgence, la gériatrie, l'allergologie et diverses autres modalités d'exercice (acupuncture, homéopathie...). Selon les données de la CNAMTS, le nombre de médecins généralistes libéraux à titre exclusif s'est réduit de 3 % entre le 31 décembre 2000 et le 31 décembre 2016. Le Collège national des généralistes enseignants – Collège Académique (CNGE-CA), qui milite pour que le pourcentage de postes d'internes réservés à la médecine générale ne soit pas inférieur à 40 % des quelque 8500 postes à répartir annuellement, a donc raison d'être attentif.

Les instances de la gériatrie, comme celles de la médecine générale, revendiquent une approche holistique de leur exercice, mais centrée dans leur cas sur la santé des personnes âgées. Leur réflexion est très focalisée sur les enjeux de la prise en charge hospitalière. Elles évoquent aussi la nécessité de développer des métiers du grand âge. Les gériatres ont créé des filières gériatriques adaptées à la gestion de la « complexité médico-psycho-socio-environnementale », cette prise en compte de la dimension psycho-sociale constituant un lien très marquant avec les spécialistes de médecine générale. Les gériatres praticiens hospitaliers sont au nombre d'environ 2400. La spécialité étant récente, ils ont été formés pour la plupart *via* le DESC de gériatrie ou des diplômes universitaires ou inter universitaires de gériatrie. Les deux campagnes d'ouverture de postes d'internes qui ont eu lieu depuis la création de la spécialité ont conduit à affecter 200 postes à la gériatrie, quand la spécialité en revendiquait 450. Le nombre de postes restés vacants, 29 en 2017 et 36 en 2018, montre que la spécialité doit renforcer son attractivité, et elle y travaille au travers d'une politique particulièrement active de communication auprès des étudiants. Elle reste sur la revendication de 450 postes d'internes à ouvrir à terme dans sa spécialité, avec une montée en charge étalée jusqu'en 2023.

La fédération de médecine polyvalente hospitalière se décrit comme se situant entre soins primaires ambulatoires (médecine générale de 1^{er} niveau) d'une part, et soins de spécialités et de recours d'autre part, très connectée aux services d'urgences, et constituant un aval naturel, pour la prise en charge de la poly-pathologie ne relevant pas de services de spécialités d'organe. Elle revendique une offre de soins globale et de proximité du patient, globalité et proximité étant aussi des mots-clés de la médecine générale.

1. op. cit.

Elle aussi se revendique d'une médecine holistique. Dans le droit fil du rapport du HCAAM¹ et de la stratégie de transformation du système de santé, avec le cap annoncé de 500 à 600 établissements communautaires ou de proximité, elle reprend la volonté politique de développer des liens étroits entre médecine de ville et médecine polyvalente hospitalière, avec la possibilité d'activités médicales partagées entre la ville et l'hôpital. Pour autant, les instances de la médecine générale ne considèrent pas ces médecins hospitaliers comme appartenant à leur spécialité, au motif que leur activité n'est pas de ville et ne s'inscrit pas dans le champ des « soins primaires ». Le nombre de médecins exerçant une activité de médecine polyvalente est estimé à plus de 10 000 en France aujourd'hui, avec un nombre de départs à la retraite estimé aux alentours de 1 500 au terme des 5 années à venir. Le renouvellement de ces médecins polyvalents et la formation de leurs successeurs sont donc un enjeu majeur.

Les instances de la médecine interne sont très attentives quant à leur rôle dans la formation et l'exercice de la médecine polyvalente. Préoccupées par l'augmentation des prises en charge non programmées et par les risques de voir disparaître des services hospitaliers de médecine interne dans de nombreux territoires compte tenu du départ à la retraite d'un nombre significatif de leurs confrères, elles revendiquent l'ouverture de 200 postes d'internes par an au DES de médecine interne et immunologie clinique, et l'ouverture de 20 postes supplémentaires par an à partir de 2020, par la voie du deuxième DES. En outre, compte tenu de l'importance qu'elles accordent au champ de la médecine polyvalente hospitalière, dans leur champ de compétences, elles demandent l'ouverture d'une FST de médecine polyvalente hospitalière, qui ne serait pas ouverte aux internes de la discipline, formés par essence selon eux dans le cadre de leur DES, mais à d'autres disciplines, dont la médecine générale. Celle-ci correspondrait à des flux de 120 à 150 par an (l'actuel DIU de médecine polyvalente attire et forme 100 à 140 étudiants par an). Il n'est pas certain que cette initiative vertueuse des internistes pour garantir la formation des médecins polyvalents de demain soit bien comprise par les autres disciplines, généralistes, gériatres, médecins polyvalents, et il est à craindre qu'elle ne permette pas en l'état de répondre aux besoins, alors que ces besoins sont bien prégnants et urgents. Les représentants des internes (ISNI, ISNAR-IMG) revendiquent une formation diplômante à la médecine polyvalente qui n'ait pas de caractère exclusif dans sa pratique et qui permette un exercice mixte aux futurs diplômés de cette FST.

2. op. cit.

3. *Instruction n°DGOS/DIR/2019/27 du 6 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure - 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires (Le 18 septembre 2018, le Président de la République s'est engagé à ce que "400 postes supplémentaires de médecins généralistes à exercice partagé ville-hôpital puissent être financés et envoyés dans les territoires prioritaires, salariés par le centre hospitalier de proximité ou un centre de santé pour y proposer des consultations")*
circulaire.legifrance.gouv.fr

4. Que faut-il faire ?

Il faut sortir des représentations et des questions de sémantique.

Les représentations des spécialités entre elles s'expriment au travers d'une sémantique ancienne et clivante.

Soins primaires, soins premiers, soins de premiers recours et soins de proximité sont autant de notions fondamentales auxquelles sont attachées les différentes organisations professionnelles sans pour autant s'accorder sur les contours de ces concepts. S'agissant de la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques, il apparaît important de se référer plus particulièrement à la définition des soins primaires selon la terminologie de la déclaration d'Alma Ata de 1978² qui propose une définition très large, englobant à la fois des soins curatifs mais aussi des prises en charge sociales et des politiques de prévention. Les soins primaires regroupent ainsi l'ensemble des services de santé de première ligne incluant la médecine générale mais aussi les autres spécialités médicales et professionnels de santé de premier recours (pédiatres, gynécologues..., pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, professionnels de la rééducation...) ainsi que les acteurs du médico-social, en particulier les EHPAD. Ce concept est aujourd'hui réinvesti à travers celui de la proximité en englobant également des établissements de santé communautaire. Dans ce cadre, les soins primaires ne signifient pas que des soins curatifs, les médecins généralistes le savent très bien, mais à l'instar de tout notre système de santé, ils sont en difficulté pour assumer le défi de la prévention, sur lequel notre pays est en retard. La prévention, priorité du plan « Ma Santé 2022 », ne figure d'ailleurs pas actuellement dans le référentiel « métier » de la médecine générale établi en 2009.

L'emploi du terme hôpital dans le dialogue entre médecins généralistes et médecins des autres spécialités **est devenu bloquant** en ce qu'il définit un territoire dans lequel les médecins généralistes ne se retrouvent pas dans la mesure où ils caractérisent leur exercice comme celui de « soins premiers » en ville. Dans ce contexte, l'instruction DGOS du 6 février 2019³ permettant le recrutement pour deux ans d'au minimum 200 jeunes médecins généralistes à exercice partagé ville-hôpital, nécessitera sans doute de la pédagogie, et sûrement la déclinaison opérationnelle du mot « hôpital » dans le sens plus large d'établissements de santé communautaires. Il n'est dès lors pas pertinent de ne voir la plupart des spécialités hors médecine générale dans des exercices obligatoirement liés à des plateaux techniques plus ou moins lourds.

Souhaitons que le passage à la dénomination d'établissements de santé communautaires, ouverts sur la ville, contribue vite au décroisement indispensable et à l'amplification d'un dialogue fécond entre médecine générale et médecine des autres spécialités.

La dénomination médecine polyvalente hospitalière est aussi un frein à l'évolution des représentations : pratiquée par des médecins formés en premier à un exercice de ville, la médecine polyvalente n'a pas de raison de se déclinier comme exclusivement hospitalière, surtout dans le contexte de « Ma Santé 2022 », qui encourage les exercices mixtes, conditions d'exercice plébiscitées par les jeunes médecins. Les médecins polyvalents devraient considérer leur mission au-delà du lien privilégié avec les services d'urgences hospitaliers. L'enjeu est précisément de développer des parcours de soins, en lien ville-établissements, qui ne passent plus par les services d'urgences.

Il faut revoir la formation, développer la pluri-professionnalité, et adapter progressivement les flux dans une perspective de décroisement.

Le train de réformes des trois cycles des études de médecine est une formidable opportunité pour adapter la formation aux enjeux du XXI^e siècle, ceux liés à l'allongement de la durée de vie, au handicap, à l'association de pathologies chroniques. Les facultés de médecine y sont prêtes.

Ces réformes qui visent, d'une part avec la suppression en 2020 du *numerus clausus* à l'unité près, à mieux recruter les futurs professionnels en élargissant leur éventail socio-culturel et en tenant compte de leurs vocations initiales, et d'autre part avec la réforme du deuxième cycle à développer leur formation hors des murs des facultés de médecine et des CHU et à mieux tenir compte de leurs compétences et de leurs projets professionnels, devraient permettre de mieux les répartir.

Il s'agit en somme de former des médecins répondant mieux aux attentes de l'ensemble des territoires, de l'ensemble des terrains de soins, publics ou privés, et désireux d'y servir.

En attendant d'observer les effets de ces réformes, se pose la question de la stratégie à adopter dans les 5 à 7 ans qui viennent.

Une FST de médecine polyvalente peut constituer un outil de décroisement entre les spécialités et l'exercice ville-hôpital. Le projet de FST de médecine polyvalente hospitalière proposé par la médecine interne, a reçu

un avis favorable du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (CNESER) le 15 janvier 2019. Pour autant, il n'est pas trop tard pour faire évoluer ce projet vers une FST de médecine polyvalente, à un parcours qui couvrirait deux modalités d'exercice complémentaires entre elles, c'est-à-dire médecine de ville et médecine en établissement, développant les complémentarités avec les spécialités concernées, médecine générale, médecine interne, gériatrie notamment, voire d'autres spécialités. Il n'est pas interdit d'imaginer par exemple que les enseignants de psychiatrie ou de médecine d'urgence contribueraient utilement à l'enseignement de compétences nécessaires à l'exercice de la médecine polyvalente, non abordées dans le deuxième cycle, ni davantage dans les maquettes des autres DES. Une telle FST de médecine polyvalente offrirait ainsi aux étudiants une véritable formation transversale pour l'exercice décloisonné dans toutes ses formes.

La réflexion quant aux objectifs de cette FST et la conception de la maquette associée devraient être bien partagées entre internistes - qui ont eu le grand mérite d'initier la réflexion pédagogique-, médecins généralistes, gériatres, médecins polyvalents, voire des enseignants d'autres disciplines. Les médecins à exercice plutôt hospitalier et les médecins généralistes doivent identifier ensemble les champs de compétences à développer, notamment dans les registres du psycho-social, du biomédical et du lien ville-établissements. Il s'agit de la construction d'une formation à la prise en charge polyvalente de la santé et du bien-être, en particulier des personnes âgées. Cette FST devrait être orientée plus particulièrement vers les internes des collèges d'enseignants qui en auront revisité ensemble le contenu et l'enseigneront ensemble également, tout en la rendant accessible naturellement à l'ensemble des DES.

Si les diverses spécialités parviennent à travailler ainsi ensemble, et à faire des propositions pour une répartition des postes en FST de médecine polyvalente entre elles, médecine générale incluse, les ouvertures de postes d'internes pourraient être augmentées dès 2019 en médecine générale et en médecine interne, avec la réserve que le nombre d'inscrits aux ECN 2019, et *a fortiori* du nombre de postes à ouvrir *in fine*, est à ce jour inconnu. Les effectifs à ouvrir en gériatrie pourraient être reconsidérés à partir de 2020, selon les résultats de la campagne 2019 en termes d'attractivité, avec une vision qui se devra d'être pluri-annuelle.



Annexes générales

1. Note de cadrage



Dossier suivi par :
Le Secrétariat général
Tél : 01 40 56 82 32
Courriel : drees-ondps@sante.gouv.fr

Paris, le 7 décembre 2017

Optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques : impacts sur la formation et la répartition des professionnels en santé, plus particulièrement en médecine interne et en gériatrie

Note de cadrage du groupe de travail

Depuis le début des années 1950, le système de santé a connu des transformations majeures dans l'organisation des prises en charge, tant en ville qu'à l'hôpital, modifiant les pratiques, les rôles et les modes d'articulation des professionnels entre eux.

Au cours de ces soixante dernières années, la spécialisation du champ médical s'est en effet considérablement accrue, du fait de l'amélioration des connaissances et des progrès techniques et scientifiques. Simultanément, cette surspécialisation, voire hyperspécialisation, s'est accompagnée d'un besoin croissant de prises en charge médicales, paramédicales ou encore sociales, globales et polyvalentes ; le vieillissement de la population justifiant un recours à des spécialités transversales (médecine interne et médecine gériatrique, notamment) en appui à la médecine générale et le développement de réponses coordonnées pluridisciplinaires, voire pluri-professionnelles.

En médecine de ville, alors que la spécialisation des professionnels s'accroît, de nouveaux cadres d'exercice fondés sur le regroupement des soignants émergent. Largement plébiscités par les jeunes médecins, ces regroupements prennent des formes diverses : cabinets de groupe (monodisciplinaires ou encore pluridisciplinaires), pôles de santé ou encore maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Regroupements auxquels sont venus s'ajouter ces dernières années des dispositifs de coordination comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), ou encore les plateformes territoriales d'appui (PTA) visant à coordonner les parcours complexes.

■ Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP
Adresse visiteurs : 18 place des cinq martyrs du lycée Buffon - 75014 PARIS
Tél. : 01 40 56 89 36 – Courriel : drees-ondps@sante.gouv.fr

Dans les établissements de soins, les évolutions sont tout aussi visibles : hausse du niveau d'équipement des établissements, changement de l'architecture hospitalière, mais aussi investissement des professionnels hospitaliers dans des projets de refonte de leurs activités avec, par exemple, le développement de la chirurgie de jour en substitution à de l'hospitalisation complète. Dans le même temps, des structures d'hospitalisation programmée de durée déterminée (hôpitaux de jour et de semaine) se sont développées en réponse aux besoins de soins intégrés et de prises en charge pluridisciplinaires comme c'est le cas, notamment, en oncologie où de tels séjours permettent de regrouper les examens complémentaires et les diverses consultations nécessaires.

En dépit de ces évolutions, les prises en charge, en particulier pour les personnes présentant des maladies complexes et/ou pluri-pathologiques pour lesquelles l'approche transversale revêt un caractère d'importance, restent, dans bien des cas, inadaptées.

Ces prises en charge, en tenant compte des difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques des patients, doivent faire appel à la concertation entre professionnels, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital, et elles interrogent alors sur la coordination du parcours et l'organisation des interventions des différents acteurs.

En ce sens, les passages fréquents aux urgences pour ces patients et les difficultés pour leur trouver des solutions d'aval¹ constituent un révélateur des limites des coordinations mises en place à ce jour, tant dans la liaison entre l'hôpital et la ville que dans les organisations intra-hospitalières alors que, comme on le sait, chez ces personnes fragiles, les hospitalisations peuvent être particulièrement délétères (syndrome de glissement)². La place des services hospitaliers à vocation polyvalente, en particulier de médecine interne, de médecine polyvalente et de gériatrie, dans l'accueil des patients âgés et pluri-pathologiques est donc à interroger, comme celle des organisations de soins de ville où les coopérations entre les acteurs de soins primaires, dont le médecin généraliste, et ceux du second recours, contribuent à la qualité des parcours de soins.

Même si les prises en charge complexes des personnes âgées pluri-pathologiques ont déjà fait l'objet de réflexions³, notamment dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), les conséquences en termes de besoins en professionnels de santé n'ont jusqu'alors pas été étudiées.

En réponse à la lettre de mission adressée par la Ministre des solidarités et de la santé à Patrice Diot, président de l'ONDPS, le 28 juillet 2017, il est envisagé d'examiner l'ensemble des structures intervenant dans les prises en charge globales des personnes présentant des maladies complexes et/ou pluri-pathologiques, notamment celles des personnes âgées, afin d'identifier les différents modèles d'organisation permettant d'améliorer les parcours de soins et d'en évaluer l'impact sur les besoins en professionnels de santé.

¹ DREES, Études et résultats n°973 de septembre 2016 – « *Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers* ».

² DREES, Études et résultats n°1007 de mars 2017 – « *Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier* » et DREES, Études et résultats n°1008 de mars 2017 – « *Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue* ».

³ HAS « *Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA)* », mars 2014.

Pour ce faire, l'ONDPS se propose :

- d'établir un état des lieux de l'existant portant sur l'ensemble des services hospitaliers principalement concernés par ces prises en charge globales nécessitant des soins complexes et coordonnés en articulation entre eux et avec les professionnels et structures de ville et les autres services hospitaliers ;
- de recenser l'ensemble des schémas et expérimentations relatives à l'organisation de ces prises en charge complexes et coordonnées puis de déterminer leur impact sur les besoins en formations de personnels.

Un état des lieux des structures hospitalières concernées

Nous serons donc amenés à décrire l'ensemble de l'activité des principaux services hospitaliers concernés (services de médecine interne, de gériatrie et de médecine polyvalente), en identifiant notamment celles consacrées aux personnes les plus fragiles, dans une approche intégrée visant à étudier et analyser les logiques de coordination et de coopération, entre eux et avec la ville (EHPAD, SSIAD, médecins généralistes, quelle que soit leur modalité d'exercice) et les autres services hospitaliers (notamment les services de soins de suite et de réadaptation -SSR- ou encore les services d'hospitalisation à domicile -HAD-).

Cet état des lieux conduira à détailler les activités des professionnels travaillant dans les services retenus et plus particulièrement celles des médecins, des infirmiers et des étudiants en formation.

À ce stade, nous ne disposons pas de chiffres consolidés sur les effectifs des personnels de ces services. Les systèmes d'information actuels ne permettent pas d'identifier précisément leur poids respectif, encore moins leurs temps travaillés et leurs profils de carrière. Il est donc nécessaire de chercher à établir un cadrage national à partir des différentes sources disponibles et d'enquêtes que nous nous proposons de mener.

Pour compléter l'approche, il est également prévu de réaliser des monographies portant sur les professions de gériatre et d'interniste afin notamment de venir préciser le nombre de ces professionnels médicaux, leurs modalités d'exercice ainsi que leurs perspectives de carrière. La manière dont le médecin généraliste articule sa prise en charge avec celle de ces spécialistes sera également examinée.

Les schémas d'organisation et leurs impacts sur les besoins en professionnels

Il est envisagé d'élaborer différents schémas d'organisation des prises en charges faisant intervenir les services hospitaliers concernés en s'appuyant notamment sur des modèles ayant déjà été mis en place, qu'ils soient propres à l'hôpital (unité d'hospitalisation de courte durée ou d'aval, *fast track*, réservation centralisée de lits et recours à des gestionnaires de lits,...) ou articulés avec la ville (notamment, au sein des filières gériatriques, les conventions avec les services spécialisés et les admissions directes en gériatrie).

À ce titre, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou encore les structures médicales pluri-professionnelles seront étudiés en tant qu'acteurs en amont des prises en charge hospitalières

ou en aval dans le cadre du retour à domicile. Les modalités d'articulation entre l'hôpital et ces structures de prise en charge de ville s'avèrent en effet déterminantes pour éviter de nouvelles ré-hospitalisations.

De même, le rôle du médecin généraliste dans l'organisation des prises en charge apparaît comme essentiel.

De facto, une synthèse de ces schémas d'organisation ainsi que des expérimentations existantes sera réalisée. Pour cela, nous nous appuierons sur des enquêtes de terrain réalisées auprès des différentes structures hospitalières afin de mettre en lumière les articulations existantes entre les services concernés et les structures et professionnels en amont et en aval du passage dans ces services. Ces différents schémas d'organisation pourront être examinés sous la forme de modèles de Markov. Ils seront comparés sur la base d'une évaluation de leurs impacts sur les besoins en personnels et en formation. L'analyse portera plus précisément sur les deux spécialités les plus concernées (internistes et gériatres), pour lesquelles seront également examinées les trajectoires professionnelles. Pour les autres professionnels de santé concernés (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) seul l'impact différentiel en termes de besoins en personnels et en formation, des schémas et expérimentations étudiés, sera estimé.

À titre d'exemple, il sera souhaitable d'étudier les conséquences sur le travail des professionnels et les besoins en personnel de la mise en œuvre de prises en charge médicalisées dans les EHPAD sur la base de la note méthodologique et de synthèse documentaire de la HAS⁴.

⁴ « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad ? » - Haute autorité de santé (juillet 2015).

2. Sigles et acronymes utilisés

A

- **AC/FA** Arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire
- **ADL** Autonomie antérieure à l'hospitalisation
- **ADELI** Automatisation des listes de professions de santé
- **AJG** Association des jeunes gériatres
- **AJI** Association des jeunes internistes
- **AMP** Aide médico-psychologique
- **ANAP** Association nationale d'appui à la performance
- **AOMI** Artérite oblitérante des membres inférieurs
- **APA** Aide personnalisée à l'autonomie
- **APSL** Association de professionnels de santé libéraux
- **AP-HP** Assistance publique – Hôpitaux de Paris
- **ARS** Agence régionale de santé
- **AS** Aide-soignant
- **ASH** Agent des services hospitaliers
- **AVC** Accident vasculaire cérébral

C

- **CAM** Conseiller de l'Assurance Maladie
- **CAPA** Capacité (diplôme de spécialité en médecine)
- **CASEMIX** Éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par

- un établissement de santé (nomenclature PMSI)
- **CCAM** Classification commune des actes médicaux
- **CDD** Contrat à durée déterminé
- **CDI** Contrat à durée indéterminé
- **CEE** Communauté économique européenne
- **CEMI** Collège national des enseignants de médecine interne
- **CES** Certificat d'études spéciales
- **CH** Centre hospitalier
- **CHU** Centre hospitalier universitaire
- **CHG** Centre hospitalier général
- **CHR** Centre hospitalier régional
- **CHSP** Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie
- **CHU** Centre hospitalo-universitaire
- **CLCC** Centre de lutte contre le cancer
- **CLIC** Centre local d'information et de coordination gérontologique
- **CMA** Complications et morbidités associées
- **CMD** Catégorie majeure de diagnostic (nomenclature du PMSI)
- **CME** Commission médicale d'établissement
- **CMG** Collège de la médecine générale
- **CNP** Conseil national professionnel
- **CNAMTS** Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés

- **CNCEM** Coordination nationale des collèges d'enseignants en médecine
 - **CNEG** Collège national des enseignants chercheurs de gériatrie
 - **CNESER** Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche
 - **CNFPT** Centre national de la fonction publique territoriale
 - **CNG** Centre national de gestion
 - **CNGE-CA** Collège national des généralistes enseignants de médecine générale – Collège Académique
 - **CNP/CPGF** Conseil national professionnel de gériatrie/Collège professionnel des gériatres français
 - **CNP/FEDMER** Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation/Fédération française de médecine physique et de réadaptation
 - **CNPI** Conseil national professionnel de médecine interne
 - **CNOI** Conseil national de l'Ordre des infirmiers
 - **CNOM** Conseil national de l'Ordre des médecins
 - **CNOMK** Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
 - **CNOP** Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
 - **CNU** Conseil national des Universités
 - **COFEMER** Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et réadaptation
 - **CPAM** Caisse primaire d'Assurance Maladie
 - **CPGF** Conseil national professionnel de gériatrie
 - **CPTS** Communauté professionnelle territoriale de santé
 - **CSP** Centre de santé pluri-professionnel
- D**
-
- **DAS** Diagnostic associé significatif (nomenclature PMSI)
 - **DE** Diplôme d'état
 - **DES** Diplôme d'études spécialisées
 - **DESC** Diplôme d'études spécialisées complémentaire
 - **DEFM** Demandeurs d'emploi en fin de mois
 - **DGCS** Direction générale de la cohésion sociale
 - **DGESIP** Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
 - **DGOS** Direction générale de l'offre de soins
 - **DGS** Direction générale de la santé
 - **DIM** Département de l'information médicale
 - **DIU** Diplôme inter-universitaire
 - **DMP/DP : DMP** Dossier médical partagé et DP
Dossier pharmaceutique
 - **DMS** Durée moyenne de séjour
 - **DPC** Développement professionnel continu
 - **DREES** Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
 - **DROM** Départements et régions d'Outre-mer
 - **DSS** Direction de la sécurité sociale

- **DU** Diplôme universitaire

E

- **ECN** Épreuves classantes nationales (internat de médecine)
- **EEE** Espace économique européen
- **EHPAD** Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **EMG** Équipe mobile gériatrique
- **EMGT** Équipe mobile gériatrique territoriale
- **ES** Établissement de santé
- **ESCP** Établissement de santé communautaire de proximité
- **ESPIC** Établissement de santé privé d'intérêt collectif
- **ETP** Équivalent temps plein (travaillé)
- **ESMS** Établissement social et médico-social
- **ESP** Équipe de soins primaires

F

- **FEDMER** Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation
- **FEHAP** Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée
- **FFMP** Fédération francophone de médecine polyvalente
- **FHP** Fédération hospitalière privée
- **FNPS** Fichier national des professions de santé
- **FST** Formation transversale spécialisée

G

- **GHM** Groupe homogène de malades (nomenclature du PMSI)
- **GHT** Groupement hospitalier de territoires

H

- **HAD** Hospitalisation à domicile
- **HAS** Haute autorité de santé
- **HC** Hospitalisation complète
- **HCAAM** Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie
- **HCFEA** Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
- **HCFIPS** Haut Conseil du financement de la protection sociale
- **HDJ** Hôpital de jour
- **HTA** Hypertension artérielle
- **HTCD** Hospitalisation de très courte durée
- **HPST** Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

I

- **IDE** Infirmier diplômé d'État
- **IDEC** Infirmier diplômé d'État, coordonnateur
- **INSEE** Institut national de la statistique et des études économiques
- **ISNAR-IMG** Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
- **ISNI** Intersyndicale nationale des internes



L

- **LISA** Outil pour lutter contre l'isolement des personnes âgées
- **LMD** Licence Master Doctorat
- **LogimedH** Logiciel de gestion "stratégique" qui a pour objectif de mieux anticiper les besoins en ressources humaines en santé (des médecins hospitaliers notamment)

M

- **MAIA** Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (anciennement : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer)
- **MCO** Initiales de Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Ce sont les activités principales des hôpitaux
- **MG** Médecine générale
- **MPR** Médecine physique et de réadaptation
- **MSP** Maison de santé pluriprofessionnelle

N

- **NC** Numerus clausus
- **NGAP** Nomenclature générale des actes professionnels
- **NHS** National Health Service

O

- **OCDE** Organisation de coopération et de développement économique
- **OMS** Organisation mondiale de la santé
- **ONDAM** Objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie
- **ONDPS** Observatoire national de la démographie des professions de santé
- **ORL** Oto-rhino-laryngologie

P

- **PACES** Première année commune aux études de la santé
- **PAERPA** Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- **PASA** Pôle d'activité et de soins adaptés
- **PCEM1** Première année du premier cycle des études de médecine
- **PH** Praticien hospitalier
- **PIB** Produit intérieur brut
- **PMI** Protection maternelle et infantile
- **PMSA** Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
- **PMSI** Programme de médicalisation des systèmes d'information
- **PPS** Plan personnalisé de santé
- **PRADO** Programme d'accompagnement du retour à domicile (après hospitalisation)



- **PSP** Pôle de santé
- **PSPH** Établissement de santé privé; participant au service public hospitalier
- **PTA** Plateforme territoriale d'appui

R

- **RPPS** Répertoire partagé des professionnels de santé

S

- **SAE** Statistique annuelle des établissements de santé
- **SAMU** Service d'aide médicale urgente
- **SAU** Service d'accueil des urgences
- **SCD** Soins de courte durée
- **SFGG** Société française de gériatrie et de gérontologie
- **SFMG** Société française de médecine générale
- **SISA** Société interprofessionnelle des soins ambulatoires
- **SLD** Soins de longue durée
- **SNFMI** Société nationale française de médecine interne
- **SSIAD** Service de soins infirmiers à domicile
- **SNIR** Système national inter-régimes
- **SNIIRAM** Système national inter-régimes de l'Assurance Maladie
- **SOFMER** Société française de médecine physique et de réadaptation
- **SROS** Schéma régional d'organisation des soins
- **SSR** Soins de suite

- et de réadaptation
- **STSS** Stratégie de transformation du système de santé
- **SYNDIF** Syndicat des internistes français

T

- **T2A** Tarif à l'activité

U

- **UCC** Unité cognitivo-comportementale
- **UFR** Unité de formation et de recherche
- **URPS** Union régionale des professionnels de santé
- **UHA** Unité d'hébergement et d'accueil
- **UHCD** Unité d'hospitalisation de courte durée
- **UHR** Unité d'hébergement renforcé
- **UHU** Unité d'hospitalisation des urgences
- **UM** Unité médicale (nomenclature PMSI)
- **UPU** Unité d'hospitalisation post-urgences
- **URPS** Union régionale des professionnels de santé
- **USLD** Unité de soins de longue durée

W

- **WONCA** World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

3. Table des illustrations

Partie 1 : PARCOURS ET ORGANISATION DES SOINS

CONTRIBUTION DE L'ANAP

Les enseignements à prendre en compte en matière de virage ambulatoire et de parcours ville-hôpital

- SCHÉMA 1 > Vers une nouvelle approche centrée sur les besoins du patient dans son environnement..... 28

CONTRIBUTION Les Asclépiades/ONDPS

Enquête qualitative

- TABLEAU 1 > Caractéristiques des cinq terrains d'enquêtes retenus 33
- ENCADRÉ 1 > Procédure d'enquête 34
- SCHÉMA 1 > Parcours-type d'un patient âgé poly-pathologique..... 36
- SCHÉMA 2 > Reconstitution des parcours intra-établissement : l'exemple du CH de Bourges 38
- TABLEAU 2 > Répartition pour 3 établissements enquêtés des différents modes de sortie des patients âgés poly-pathologiques des services de gériatrie aiguë.....43

Partie 2 : QUEL DENOMBREMENT ET QUELLES PERSPECTIVES DEMOGRAPHIQUES ?

CONTRIBUTION DE L'ONDPS

Internistes, gériatres, médecins exerçant la médecine polyvalente hospitalière : quel dénombrement et quelles perspectives démographiques ?

- ENCADRÉ 1 > Spécialisation du champ médical: de quel exercice de spécialité parle-t-on? 56
- TABLEAU 1 > Les internistes au 1^{er} janvier 2018 selon le type d'établissements recensés dans le RPPS.....57
- TABLEAU 2 > Construction du champ des médecins exerçant la médecine interne en 2018 59
- GRAPHIQUE 1 > Pyramide des âges des médecins internistes 60
- TABLEAU 3 > Les gériatres au 1^{er} janvier 2018 selon le type d'établissements recensés dans le RPPS 62
- GRAPHIQUE 2 > Spécialité d'origine des médecins déclarant exercer la gériatrie à titre complémentaire 63
- TABLEAU 4 > Construction du champ des médecins exerçant la gériatrie en 2018..... 64

→ TABLEAU 5 >	Médecins exerçant à titre principal la gériatrie	66
→ GRAPHIQUE 3 >	Pyramide des âges des médecins exerçant la gériatrie en spécialité d'exercice ou comme exercice complémentaire.....	66
→ TABLEAU 6 >	Construction du champ des médecins exerçant la médecine polyvalente en 2018	69
→ GRAPHIQUE 4 >	Pyramide des âges des médecins polyvalents.....	70

Partie 3 : CONTRIBUTIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE ENSEIGNANTS, EN ACTIVITE ET EN FORMATION

CONTRIBUTION DES INTERNISTES

Optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques

→ CARTE 1 >	Répartition géographique des médecins spécialistes en Médecine Interne en France âgés de moins de 40 ans	75
→ CARTE 2 >	Répartition géographiques des médecins spécialistes en médecine interne âgés de 60 ans et plus.....	75
→ GRAPHIQUE 1 >	Pyramide des âges des médecins spécialistes en médecine interne exerçant en France	76

CONTRIBUTION DES GERIATRES

10 recommandations pour les établissements de santé

→ TABLEAU 1 >	Les 20 GHM les plus fréquents en UM 27 en nombre de passages et importance (ratio) par rapport aux passages en UM 29.....	101
→ SCHÉMA 1 >	Les 9 segments d'activité de la gériatrie	112
→ SCHÉMA 2 >	Illustration explicative de la Mesure 6	114
→ TABLEAU 2 >	Concours de PH en gériatrie pour la période de 2009 à 2018.....	115
→ GRAPHIQUE 1 >	La pyramides des âges des gériatres.....	115
→ GRAPHIQUE 2 >	La pyramides des âges des gériatres comparés aux PH médecins	116

4. Lettre de mission triennale pour l'ONDPS



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 28.3.2017

Cab/AB/LC/IT/Pég D17-018147

Monsieur le Président,

Je tiens tout d'abord à vous faire part de l'intérêt que le Gouvernement porte aux travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

Depuis sa création en 2003, l'ONDPS a su engager des études très utiles pour le pilotage de la politique nationale de santé. Les rapports publiés sont de qualité et la concertation qu'il mène chaque année, pour faire au Gouvernement des propositions sur le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision, est largement saluée par l'ensemble des acteurs concernés.

Ainsi, dans le cadre de la Grande Conférence de la Santé qui s'est tenue le 11 février 2016 sous la Présidence du Premier ministre, il a été décidé d'élargir les missions de l'Observatoire pour qu'il développe les travaux et études permettant d'évaluer, en lien avec les besoins de santé de chaque région, les perspectives en matière démographique et de formation propres à chaque territoire afin d'améliorer l'accès aux soins.

Dans sa mesure n°1, il est précisé que cet Observatoire doit en particulier formuler des propositions sur le *numerus clausus* des médecins. Bien que le décret n°2010-804, modifié, relatif aux missions et à la composition de l'ONDPS et de ses comités régionaux rattachés, permet théoriquement à l'Observatoire de formuler des propositions au Gouvernement sur le *numerus clausus* des médecins, il n'en a pas été saisi à ce jour et ne formule de propositions que sur les *numerus clausus* des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, et sur le nombre de postes d'internes à ouvrir pour les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie.

Aussi, pour se mettre en conformité avec les décisions prises lors de la tenue de la Grande Conférence de la Santé, je vous demande de me faire également des propositions sur le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine. L'intégration dans votre programme de travail de l'examen du *numerus clausus* des médecins, que nous vous demandons de prendre en charge dès cette année, doit s'accompagner de propositions sur les modalités même de cette régulation pour l'ensemble des *numerus clausus* de médecine, pharmacie, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

Professeur Patrice DIOT
Président de l'ONDPS
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Comme cela a été précisé dans la Grande conférence de la santé, celle-ci doit s'appuyer sur un dialogue renforcé au niveau régional afin que les propositions qui vous sont remontées par vos comités régionaux tiennent compte à la fois des besoins en santé de leur territoire et des capacités de formation présentes ou à développer pour atteindre les objectifs fixés en termes de santé publique. Cette démarche pourrait probablement reposer sur une évolution du fonctionnement des Comités régionaux, et des groupes de travail qui peuvent y être rattachés, visant à associer de manière plus large les spécialités aux travaux d'évaluation prospective des besoins. Je souhaiterais disposer dès cette fin d'année de vos premières propositions relatives à ces évolutions.

De même, je vous demande de me faire des propositions, méthodologiques dans un premier temps, permettant la détermination du nombre de postes à ouvrir par subdivision, à compter de 2019, pour les options et les formations spécialisées transversales proposées dans le cadre du 3^{ème} cycle des études médicales. L'entrée en vigueur à compter de 2021 du dispositif dit de 2^{ème} DES, autorisant des médecins en exercice à se réorienter vers une nouvelle spécialité, nécessitera également de disposer d'une méthodologie permettant d'anticiper et d'accompagner le déploiement de cette nouvelle mesure, en lien avec les autres dispositifs de régulation existant.

Il paraît souhaitable que l'articulation sur ces différentes procédures soit réfléchi en amont, et je vous y invite.

En outre, afin d'enrichir les réflexions actuelles sur les besoins futurs de santé en lien avec les évolutions des modes de prise en charge, des techniques, des pratiques et des coopérations entre professionnels, je vous invite à développer au cours de ces trois prochaines années des travaux et des études permettant d'avoir un diagnostic éclairé sur certaines professions pour lesquelles les activités se modifient et peuvent relever d'exercice pluri-professionnel.

Parmi les thèmes d'études que vous pourriez engager avec l'ensemble de vos partenaires, il me semble important que vous m'apportiez des éléments d'analyse sur :

- En lien avec la mise en œuvre de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, et de l'ouverture de postes dans les nouveaux DES, la réalisation de monographies permettant de disposer d'une vision fine de l'évolution des besoins tenant compte en particulier de la démographie des professionnels exerçant dans les spécialités, à l'instar des travaux menés début 2017 pour l'anesthésie réanimation et la médecine intensive de la réanimation. Cette approche pourrait concerner en priorité des spécialités telles que :
 - o la gériatrie,
 - o la médecine interne,
 - o la médecine d'urgence,
 - o les spécialités chirurgicales
 - o la psychiatrie et la pédopsychiatrie
 - o les chirurgiens-dentistes
 - o les masseurs-kinésithérapeutes.
- La prise en charge de la santé des femmes par les différents professionnels de santé, médecin généraliste, sage-femme, gynécologue et masseur-kinésithérapeute, pourra par ailleurs faire l'objet d'une démarche spécifique et multi professionnelle.

Vos travaux pourront s'appuyer sur les données démographiques disponibles concernant ces différentes spécialités et prendre en compte également les évolutions en cours ou envisagées dans la prise en charge des patients et l'exercice des professions ou spécialités concernées.

L'association à ces travaux des ressources des bureaux métiers de la DGOS ou de la DGS mais également des représentants des professions elles-mêmes, par l'intermédiaire de leurs Conseils nationaux professionnels par exemple, sera de nature à éclairer les réflexions conduites.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Agnès BUZYN



Ce rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) présente les principaux enseignements issus du groupe de travail 2018-2019 consacré aux impacts de l'optimisation des parcours complexes des personnes âgées poly-pathologiques sur les enjeux de démographie médicale.

Les travaux de ce groupe se sont appuyés sur l'expertise des professionnels de santé, enseignants, en activité et en formation, sur la base d'auditions, de contributions écrites (publiées dans leur intégralité), mais également sur des enquêtes de terrain et sur des analyses démographiques.

Ils ont permis plus particulièrement d'étudier les besoins en formation et la répartition des professionnels de santé en médecine interne, en gériatrie, en médecine polyvalente et en médecine générale.



ONDPS

Ministère des Solidarités et de la Santé
14, avenue Duquesne
75 350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 89 36
Courriel : drees-ondps@sante.gouv.fr