

Contribution au plan stratégique médical 2020-2024

Assistance publique – Hôpitaux de Paris

Nom de la spécialité :

Médecine Interne et Immunologie Clinique (MIIC)

Principaux rédacteurs :

Membres du bureau de la Collégiale : Zahir AMOURA, Jean-Benoit ARLET, Olivier BENVENISTE, Anne BOURGARIT DURAND, Olivier FAIN, Sophie GEORGIN-LAVIALLE, Bertrand GODEAU, Luc MOUTHON, Thomas PAPO, Damien SENE
Rapporteuse du groupe de travail DOMU sur la prise en charge en ambulatoire : Brigitte RANQUE

Q1. Contexte général de la spécialité

La MIIC a trois pôles d'activité primordiaux et indissociables :

1. Une activité « intégratrice » de la prise en charge hospitalière de la **filière non programmée aigue** en provenance de la ville, l'admission pouvant être directe ou en aval des urgences. Il faut souligner le rôle majeur de la discipline dans cette activité. Dans une optique de réduction capacitaire en lits d'hospitalisation traditionnelle, cette activité devra absolument être prise en compte car ces malades ne peuvent pas être pris en charge en ambulatoire.
2. Une activité **d'expertise diagnostique et de prise en charge des grands syndromes** (fièvre prolongée, altération de l'état général, thromboses...), des pathologies **auto-inflammatoires, auto-immunes, immuno-hématologiques ou génétiques** des plus fréquentes aux plus rares, souvent dans le cadre de centres maladies rares labélisés.
3. En fonction des spécificités locales et de l'absence sur le site d'une spécialité d'organe, les services de MIIC peuvent avoir **une activité spécialisée aux confins des spécialités** (par exemple : infectiologie, diabétologie, onco-hématologie), sans négliger les deux activités précédentes.

Les problématiques rencontrées par la MIIC pour ces activités sont :

1. La MIIC prend en charge une grande partie de l'aval des urgences et la filière non programmée en provenance de la ville, notamment chez des patients avec des atteintes multi-organes.
 - a. L'augmentation de l'activité en aval des SAU s'accompagne parallèlement d'une augmentation des entrées directes non programmées dans nos services qui n'est pas comptabilisée, alors que ces patients non-programmés posent les mêmes problèmes que ceux en provenance des urgences.
 - b. Pour cette patientèle, nous pouvons à l'APHP avoir clairement des gains d'efficience par un accès plus rapide aux plateaux techniques. La marche en avant lors du bilan raisonné des patients non programmés est trop souvent bloquée par les délais d'obtention des examens clefs (pouvant atteindre plusieurs jours). Les demandes d'examen dématérialisées, la meilleure gestion des transports sont des pistes faciles d'amélioration. Le dimensionnement des plateaux techniques (machines et personnel dédié) dévolus à cette activité non programmée pose néanmoins question.
 - c. Notre efficience peut aussi s'améliorer en fluidifiant notre propre aval. Notre propre

aval quand les patients ne sont pas en état de retourner à domicile (même avec l'aide de l'HAD) est très dépendant des places en SSR. Ces dernières sont clairement insuffisantes pour notre spécialité moins organisée en filière que d'autres, comme la gériatrie, la neurologie ou la cardiologie.

- d. Il nous reste enfin les « bed-blockers ». Il s'agit le plus souvent de patients jeunes dépendants, précaires ou colonisés BHR où les structures d'accueil post MCO sont plus ou moins inexistantes. Nous estimons ces bed-blockers comme occupant 10% de nos lits.
2. Le financement des CNR à l'AP-HP pose le problème de la dotation DGOS versée à chaque groupe hospitalier qui est en grande partie détournée de sa vocation première : la coordination et l'organisation des soins et de la recherche de ces pathologies.

Q2. Évolution épidémiologique des pathologies de la spécialité

1. Le vieillissement de la population, la polyopathie et les maladies chroniques augmentent les recours aux urgences et les besoins d'hospitalisation dans les services type DMIIC ayant cette capacité intégratrice.

Les chiffres de la DOMU montrent une augmentation du nombre de passages au SAU suivis d'une admission sur site de 14% sur 7 ans (de 2011 à 2018) et jusqu'à 25% sur certains sites, en particulier en extra-muros. Il y a eu en 2018 : 884667 passages aux SAU de l'AP-HP (+2,7% vs 2017) ayant entraîné 156889 admissions sur site (+1,7% vs 2017).

L'évolution actuelle de la démographie médicale en ville (départs massifs à la retraite des médecins généralistes, défaut de candidats pour les remplacer), l'hyperspécialisation des services de spécialité et la diminution des lits d'hospitalisation dans ces services concourent également au recours à notre spécialité. Il faut également souligner que les difficultés que rencontrent de nombreuses structures hospitalières publiques hors AP-HP au niveau de l'Ile-de-France (manque de médecins par défaut d'attractivité, diminution du nombre d'internes) conduisent certaines de ces structures à se tourner vers l'AP-HP pour prendre en charge les malades les plus complexes.

2. Concernant les maladies auto-immunes et systémiques et tout ce qui relève de l'activité d'expertise de la spécialité, l'évolution des pratiques conduit à prendre en charge en ambulatoire une partie importante de ces patients qui étaient auparavant pris en charge en hospitalisation conventionnelle, ce qui peut poser un problème de financement (problème de la circulaire frontière en HDJ). Le développement de l'activité ambulatoire ne va pas entraîner de baisse des besoins médicaux et va nécessiter un transfert d'activité du PNM vers de nouveaux métiers (coordination des soins pour les maladies chroniques, éducation thérapeutique, prise en charge coordonnée des co-morbidités de manière analogue à ce qui est développé par les oncologues). D'autre part, l'arrivée de thérapeutiques coûteuses et la complexité de la prise en charge diagnostique (NGS, biomarqueurs complexes, imagerie spécialisée, etc...) conduit également à concentrer la prise en charge d'un certain nombre de patients sur les CNR avec le transfert de patients qui auparavant étaient plus facilement pris en charge dans des hôpitaux dits « périphériques ». Il faut également souligner qu'avec les progrès de la prise en charge pédiatrique des pathologies génétiques (ou auto-immunes), un certain nombre de pathologies prises en charge en transition par les internistes à l'âge adulte vont poser un vrai problème épidémiologique. On citera notamment la drépanocytose avec une augmentation des hospitalisations pour crise vaso-occlusive chez l'adulte de 4 % /ans. Il faut donc anticiper une augmentation de 40 % d'activité d'hospitalisation dans les 10 ans (au SAU et dans les services de médecine interne).

En conclusion, les internistes vont devoir dans les années à venir continuer à prendre en charge une partie très importante de l'aval des urgences (activité revendiquée et non subie !) mais ils devront également continuer à jouer leur rôle d'experts dans la prise en charge des maladies auto-immunes, inflammatoires, génétiques et systémiques. Il est donc capital que le dimensionnement des services de médecine interne, les moyens médicaux et en PNM alloués soient correctement évalués pour que nous puissions continuer à mener de front ces deux activités qui sont complémentaires.

Q3. Contexte en matière de démographie médicale

La MIIC à l'APHP est répartie sur 16 services de taille variée (de 26 à 99 lits).

Concernant les séniors, notre discipline reste très attractive, aussi bien pour les postes de PH que pour les postes HU, à de rares exceptions qui tiennent surtout à des problèmes locaux organisationnels ou d'encadrement. La prospective de la très grande majorité des services de l'AP-HP est assurée pour les 5 ans à venir. La jeune génération reste en effet très attirée par l'AP-HP et la concurrence des salaires proposés par le privé n'a pas la même acuité que celle rencontrée dans d'autres disciplines. Il faut néanmoins rester extrêmement vigilant car la dégradation ressentie par un grand nombre de collègues des conditions de travail à l'AP-HP pourrait très rapidement changer la donne.

Dans ce contexte, la plus grande inquiétude pour notre discipline concerne les internes DES. Au plan national, la prise en charge spécialisée de médecine polyvalente en aval des services d'urgences dans les hôpitaux généraux justifierait à elle seule l'augmentation du nombre de DES de MIIC. De plus, la réforme du troisième cycle a entraîné de graves difficultés de fonctionnement dans un certain nombre de services. En effet, la maquette du DES de Médecine générale (MG) a été profondément modifiée, réorientée vers la formation en ambulatoire, limitant à un le nombre des stages dans des services de médecine polyvalente dont fait partie la médecine interne. De plus, les effectifs des DES de MG sont passés de 1800 en 2016 à 1300 en 2019 en IDF du fait d'un défaut d'attractivité avec un déficit de recrutement de l'ordre de 100 DES par an. En conséquence, en deux ans, le nombre des postes de DES de MG ouverts dans les services ayant l'agrément pour le DES de médecine interne a diminué de 143 à 71 en IDF avec une proportion de postes non pris dépassant 18%. Parallèlement, pour accueillir les DES de gériatrie et de médecine d'urgence, nouveaux DES dans le contexte de la réforme, nous avons ouvert un nombre important de postes de DES en phase socle pour passer à un total de 96 postes de DES de MIIC au premier mai 2017 à 161 postes de DES de MIIC au premier mai 2019 (73 postes ancien système/phase d'approfondissement et 88 en phase socle) mais avec une proportion de postes non pris dépassant 20%.

Il faut souligner que ce manque d'internes n'est pas lié à une désaffection de la jeune génération pour notre spécialité qui reste très attractive mais au fait que contrairement à la plupart des autres spécialités, nous avons laissé une large place aux autres disciplines dans la maquette du troisième cycle avec quatre stages libres, car nous considérons que cela est indispensable pour assurer une réelle formation polyvalente aux internes. Ce problème d'inadéquation entre le nombre de postes nécessaires et le nombre d'interne n'est pas rencontré dans toutes les régions de France et la DGOS devrait en tenir compte dans la répartition nationale des internes sur le territoire national, ce d'autant que l'IDF n'accueille pas un nombre d'internes proportionnel à sa population : elle forme 21% des étudiants de premier et deuxième cycle et accueille 18% seulement des DES alors qu'elle héberge près de 20% de la population de notre pays. L'attractivité est ici primordiale. Elle est dépendante de l'encadrement pédagogique, la charge de travail et la qualité de vie au travail. Cette dernière est aussi tributaire du fonctionnement hospitalier et du glissement de tâche. Néanmoins, malgré nos plus grands efforts pour obtenir un nombre plus important de DES de MIIC auprès de la

DGOS et de l'ONDPS (groupe de travail sur le sujet âgé polypathologique) et avant une augmentation du numerus clausus (dont les effets seront sensibles d'ici une dizaine d'années), nos services se retrouveront régulièrement en pénurie de DES. Notre spécialité devra faire appel régulièrement aux DFMS, PAA et autres FFI.

Q4. Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence

1. La patientèle non programmée d'aval des urgences est assurée par l'augmentation constante des admissions. Ce mouvement ne montre pas pour le moment de signe d'essoufflement.
2. La patientèle des CNR est relativement captive de ce dispositif qui amène une bonne visibilité de l'offre de soins pour ces maladies rares, notamment via les associations de patients.

On assiste néanmoins à une certaine concurrence dans la mesure où certains patients de MIIC sont transférés des SAU vers des structures privées ou de type ESPIC faute de places suffisantes dans nos services. Ces transferts ne concernent bien sûr ni les patients « bed-blockers », ni les patients aux soins lourds, mais des patients moins comorbides avec une moindre charge paramédicale, un retour au domicile plus aisé, en bref avec des intrications médico-sociales moins lourdes. Ceci a pour risque de concentrer sur l'APHP les patients à prise en charge complexe tant sociale que de devenir (bed-blockers, séjours non payés...).

D'autre part, l'hyper organisation fonctionnelle des structures de petite taille, tant sur le plan accès au plateau technique, outils informatiques, effectifs et organisation globale, rendent ces structures nettement plus attractives pour les plus jeunes, plus dynamiques et plus performantes à activité identique. Le CHU/AP-HP n'attire plus sur ces thématiques, la qualité de vie au travail étant un des éléments essentiels des critères de choix des professionnels médicaux et para médicaux.

Q5. Modalités d'amélioration de l'attractivité

Pour les patients et les correspondants de ville :

Les réseaux ville-hôpital notamment entre les MG et nos services peuvent s'améliorer sur certains sites.

Pour les PM :

La plainte principale et récurrente quel que soit le niveau hiérarchique des médecins, de l'interne au chef de pôle/DMU est le **glissement de tâche**. La désorganisation, l'outil informatique mal adapté, la pénurie de personnel support (brancardiers ou secrétaires par exemple) conduisent la quasi-totalité des médecins à devoir développer une énergie importante pour que le système continue à tourner et les obligent à effectuer un nombre considérable de tâches qui ne relèvent pas de nos fonctions (brancarder, taper son courrier, prendre soit même les rendez-vous...). Outre que ce glissement de tâche est économiquement absurde, il est la source d'une profonde frustration et participe à la multiplication des conflits et à une forme d'épuisement au travail qui caractérisent aujourd'hui l'hôpital public en général et notre institution en particulier. Pour remédier à cela, il faut :

- Améliorer l'organisation globale et la qualité de vie au travail, augmenter le temps médical dédié au soin/raisonnement médical, réinvestir dans les personnels clés : assistantes sociales, secrétariat hospitalier, brancardiers...
- Inventer de nouvelles formes de prise en charge : consultations longues, équipe mobiles, hôpital ambulatoire...

- Positionner la médecine interne comme l'interlocuteur intégrateur ville-hôpital essentiel, en créant du lien en amont et en aval de l'hôpital.

La volonté de l'informatisation complète et du zéro papier est louable mais ne doit pas se solder par des coupes sombres dans les moyens humains comme aux secrétariats.

Néanmoins, nous ne souffrons pas encore d'une grosse concurrence externe pour le PM et nous ne pouvons pas offrir de poste de PH ou HU à tous les CCA que nous formons. Cette tendance favorable est fragile si le problème du glissement de tâche ne s'améliore pas !

Pour les PNM :

Les services intramuros (et pas seulement dans notre spécialité) ont du mal à retenir les personnels les plus formés. En effet, le prix du logement à Paris ou les heures de transport font qu'après quelques mois ou années dans notre institution, le PNM bien formé nous quitte. L'amélioration ici nécessite une politique ambitieuse du logement pour le PNM à l'APHP...

D'autre part, la charge de travail des soignants en MIIC s'alourdit depuis 15 ans (patients plus comorbides, plus vieux, plus dépendants et surtout une durée de séjour plus courte). La durée de temps de travail est raccourcie avec moins de temps passé au chevet du patient. Il faut revoir à la baisse le nombre de patients par PNM.

Q6. Marge de progression du virage ambulatoire

Un virage ambulatoire a déjà été largement amorcé pour le suivi des pathologies chroniques auto-inflammatoires, auto-immunes, immuno-hématologiques ou génétiques dans les services de médecine interne de l'AP-HP, mais une marge de manœuvre existe encore, sous réserve d'une amélioration de la souplesse d'organisation des hôpitaux de jour et d'un assouplissement de la circulaire frontrière. Il est également envisageable de rendre ambulatoire une partie non urgente de l'activité de diagnostic qui est actuellement réalisée en hospitalisation post urgence, lorsque le degré de sévérité des problèmes médicaux le permet, en favorisant un lien direct avec les médecins généralistes, si nécessaire après une consultation d'évaluation des besoins diagnostiques. Cela nécessite également une fluidification du circuit de programmation. Une des solutions serait la contractualisation avec les services d'imagerie de plages horaires dédiées à ces séjours ambulatoires avec possibilité de programmation directe par les internistes.

En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique non programmée, des expérimentations sont en cours: circuit de consultations rapides pour réévaluer un traitement prescrit par le SAU en ambulatoire ou HDJ non programmée (par exemple pour les crises vaso-occlusives drépanocytaires). Pour les patients ambulatoires mais précaires ou demeurant loin du centre de recours, un système d'hébergement hôtelier pris en charge par l'assurance maladie permettrait de réduire les coûts et d'améliorer le confort des patients. En revanche, de nombreux patients dépendants (âgés et/ou polypathologiques) continueront à avoir besoin de séjours hospitaliers conventionnels.

Q7. Innovations diagnostiques à venir dans les 5 à 10 ans

De plus en plus de biomarqueurs tels que des auto-anticorps spécifiques ou des signatures biologiques de nos différentes maladies autoimmunes/autoinflammatoires émergent et évitent parfois la nécessité de gestes invasifs pour confirmation diagnostique anatomopathologique. Certains traceurs spécifiques de nos maladies pourraient être utilisés en PET-scan ou PET-IRM. Le programme France génomique en cours de déploiement dans les maladies autoimmunes/autoinflammatoires par « whole genome sequencing » pourrait permettre de

dépister les causes génétiques de ces maladies, en améliorer le diagnostic et la prise en charge. Il est clair que ces innovations diagnostiques qui touchent toutes les disciplines et la nôtre en particulier vont accentuer la diminution du nombre d'hospitalisations pour « diagnostic » qui ont déjà été significativement réduites au cours des dernières années. Il faudra néanmoins garder la possibilité de pouvoir hospitaliser les malades les plus complexes lorsqu'une stratégie diagnostique réellement multidisciplinaire est requise. Une solution peut être le développement d'hôpitaux de jour regroupant dans une même structure toutes les disciplines impliquées dans la prise en charge des maladies systémiques et auto-immunes (médecine interne, dermatologie, rhumatologie, néphrologie, etc...).

Q8. Innovations thérapeutiques à venir dans les 5 à 10 ans

Après différentes biothérapies ne nécessitant plus d'administration hospitalière, différentes petites molécules per os (souvent des inhibiteurs de kinase) vont révolutionner les traitements immunosuppresseurs ou modulateurs. Ces traitements ne nécessiteront plus d'hospitalisation. En revanche, pour certaines pathologies comme la drépanocytose, si de nouvelles thérapeutiques de fond permettent théoriquement de réduire le besoin hospitalier, la prévalence augmentant, le nombre de séjours hospitaliers pourrait ne pas diminuer.

Q9. Innovations globales dans les prises en charge dans les 5 à 10 ans

1. Amélioration du parcours de soins pour les patients fragiles et dépendants évitant le recours systématique au SAU et permettant une sortie plus rapide de nos services (bed-blockers notamment).
2. Développement d'alternatives à l'hospitalisation conventionnelle pour les pathologies chroniques et le diagnostic (hôtel des patients ?).
3. Bascule ambulatoire de l'immunologie clinique.

Q10. Recherche clinique et translationnelle

Chacun des services de MIIC est rattaché à une structure de recherche et la production scientifique est soutenue. Au cours des 10 dernières années, le niveau scientifique a augmenté grâce aux centres maladies rares et à une relative bonne complémentarité des thématiques de recherche entre les différents services de l'AP-HP. Cette bonne santé de la recherche peut être encore mieux structurée. Pour cela, il nous faut :

1. Faire en sorte que chacun des services de MIIC de l'AP-HP appartiennent au même centre investigateur. Autrement dit, lorsqu'un patient d'un service B est éligible à un projet thérapeutique dont l'investigateur principal est dans le service A d'un autre site, le coinvestigateur du service B peut aussi inclure avec l'aide d'un ARC qui se déplacera. Il y a des freins médico-administratifs à surmonter comme l'interface parfois complexe avec les différentes pharmacies.
2. Utiliser l'outil institutionnel TranSMART (proposé pour l'analyse de l'entrepôt de données de l'AP-HP) afin d'intégrer les données phénotypiques, d'immunophénotypes, de microbiotes, de omics, de NGS etc... de nos différentes cohortes de patients pour effectuer des études épidémiologiques. Les cohortes des uns pouvant servir de population contrôle aux autres...
3. Utiliser le programme France Génomique afin de découvrir de nouveaux gènes des maladies

immuno-inflammatoires. Cela permettra le dépistage plus précoce des patients, des familles et l'optimisation de la prise en charge.

4. Saisir la formidable opportunité de l'entrepôt de données de l'AP-HP pour développer la recherche en soins courants qui a toujours été le maillon faible de notre discipline alors que notre activité hospitalière en post urgence nous met en position de force dans ce domaine.
5. Mener une recherche sur les organisations des soins et ses effets sur les populations, en développant la recherche ville-hôpital.

Q11. Aspects universitaires de la spécialité

Concernant la recherche, le niveau scientifique de la discipline a considérablement augmenté au cours des 10 dernières années. La labélisation « centres de maladies rares » a été une opportunité pour notre discipline, un grand nombre de services de la spécialité au sein de l'AP-HP étant site coordinateur ou site constitutif et la quasi-totalité des services sont centre de compétence au sein des filières maladies rares : MARIH, FAI2R, filière Globules rouges ou FILENEMUS. Comme cela a été souligné, presque tous les services de médecine interne de l'AP-HP sont en lien avec des équipes de recherche translationnelle labélisées. Tous les jeunes qui ont eu une promotion universitaire au cours des 5 dernières années sont titulaires d'une thèse de sciences et avec des productions scientifiques parfois impressionnantes comme en témoigne le fait qu'il n'est pas rare de voir des cliniciens nommés PUPH à 40 ans avec des scores SIGAPS supérieur à 2500. Notre discipline supporte désormais largement la comparaison avec d'autres disciplines qui étaient antérieurement considérées comme « plus scientifiques ». Comme cela a été évoqué antérieurement, les innovations diagnostiques et thérapeutiques en cours dans les maladies rares sont un atout pour notre discipline. A de rares exceptions près, la prospective universitaire et l'avenir sont assurés dans la majorité des services de l'AP-HP.

Concernant l'enseignement, la réforme du deuxième cycle actuellement en cours et qui revalorise l'enseignement au lit du malade dans le cadre des stages hospitaliers est également un atout pour notre discipline qui a toujours considéré qu'il s'agissait d'un axe prioritaire de la formation. Notre discipline ne néglige pas pour autant les innovations et un grand nombre de jeunes internistes universitaires sont impliqués, par exemple, dans le développement de l'enseignement par simulation.

Q12. Modalités d'évaluation de la pertinence de soins dans la spécialité

Bon nombre de soins en MIIC ne relève plus d'un MCO et ne répondent pas à une logique pertinente. Ils sont contraints par l'impossibilité du retour à domicile de patients polyopathologiques dépendants et à notre manque d'aval...

Synthèse

La Médecine Interne et l'Immunologie Clinique :

1. Est un parfait équilibre entre soins non programmés en lien avec la ville et/ou les urgences et activité d'expertise et de recours dans le domaine des maladies rares et des pathologies systémiques et immunologiques/inflammatoires.
2. L'activité d'hospitalisation évolue vers des prises en charge de patients plus lourds, polyopathologiques, âgés. Cette activité non programmée va augmenter alors que l'activité

de recours dans les maladies rares est en train de glisser vers l'ambulatoire (mais attention, pas totalement).

3. Notre discipline ne présente pas actuellement de problème d'attractivité avec des perspectives hospitalières et universitaires assurées. Pour le moment, nous ne notons pas de concurrence avec le privé comme c'est le cas pour d'autres disciplines.
4. Les problèmes majeurs actuels sont :
 - a) La désorganisation de nos services et le glissement de tâche : notre discipline n'échappe pas au risque d'épuisement professionnel et de démotivation.
 - b) L'accès au plateau technique et aux lits d'aval : attention car nous risquons d'être fortement impactés par les difficultés que rencontrent l'amont (les urgences) et l'aval (gériatrie, SSR).
 - c) Le manque d'internes qui est une bombe à déminer rapidement.

En conclusion, la médecine interne aura un rôle majeur à jouer au sein de l'AP-HP mais il faut que **le capacitaire et les moyens médicaux et PNM** soient au rendez-vous.