



Articles publiés
sous la direction de

MALLORY MORET BOCHATAY

Service de médecine
interne et des soins
intensifs
Groupement
hospitalier de l'ouest
lémanique
Nyon

OMAR KHERAD

Service de médecine
interne
Hôpital de la Tour
Meyrin/Genève

Médecin interniste ou hospitaliste?

Dre MALLORY MORET BOCHATAY et Pr OMAR KHERAD

Rev Med Suisse 2023; 19: 1579-80 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.840.1579

Comment définir le travail du médecin interniste généraliste? S'agit-il réellement d'une spécialité? Travaille-t-il en milieu hospitalier ou en cabinet? Ces interrogations reflètent dans la population et expriment peut-être, au-delà d'un problème de définition, un défaut à plusieurs niveaux d'une vraie valorisation de notre métier. Dans la culture populaire, le héros médical est en effet rarement interniste. Dr House est peut-être l'exception qui confirme la règle, encore qu'il est capable d'exercer toutes les spécialités dans le même épisode, rendant la fiction plutôt éloignée de la réalité.

La pratique du médecin interniste varie beaucoup selon les pays, comme en témoigne une enquête publiée en 2013 sur les disparités de fonctionnement de la discipline.¹ En France, par exemple, les internistes sont identifiés comme des «supers diagnosticiens» qui gèrent, en milieu hospitalier, les pathologies rares et complexes, alors que leurs collègues généralistes suivent en ambulatoire l'adulte dans une approche holistique avec un parcours de formation bien distinct.

En Suisse, la médecine interne et la médecine générale ont fusionné en 2015, avec la création d'un seul titre ISFM de médecine interne générale. Ce changement était attendu, car contrairement à nos collègues européens, l'écrasante majorité des internistes en formation en Suisse poursuivent leur carrière en ambulatoire. La confusion entre des médecins qui avaient des parcours quasi identiques mais des titres différents n'avait plus lieu d'être. D'aucuns sont restés toutefois sceptiques, notamment quant aux conséquences d'un tel rapprochement sur la structuration des programmes de formation et sur les effets

à long terme d'une fusion entre deux mondes aux philosophies relativement différentes, l'hospitalier et l'ambulatoire. L'ISFM a choisi d'offrir deux orientations professionnelles aux internistes en formation: l'une en pratique ambulatoire (cursus de médecin de famille) et l'autre en milieu hospitalier (cursus d'interniste hospitalier), avec un tronc commun de formation, puis des modules complémentaires dépendant du futur environnement de pratique. Les arguments qui avaient conduit à la fusion des deux spécialités visaient à revaloriser la profession de généraliste délaissée par les futurs médecins en formation

pour faire face à une pénurie attendue en ambulatoire. Force est de constater que presque dix ans après, la situation demeure insatisfaisante malgré tous les efforts consentis. La proportion visée de plus de 50% de médecins généralistes pour atteindre un système de santé performant,

capable de répondre aux charges d'une population vieillissante, n'est de loin pas atteinte et aucun signal ne permet de prédire un changement dans le bon sens. Par ailleurs, seule une minorité des médecins internistes finiront cadres en médecine interne hospitalière, soit par choix, soit par défaut, alors que les besoins dans cette spécialité se font également ressentir.

La médecine interne hospitalière est progressivement devenue une spécialité à part entière en Suisse, suivant la tendance actuelle outre-Atlantique, où les médecins qui exercent cette fonction s'appellent les «hospitalistes». Ces médecins jouent un rôle clé dans la prise en charge globale d'une bonne partie des patients, de plus en plus âgés et polymorbides. Leur mission consiste à faire des synthèses dans les situations complexes et à intégrer l'ensemble des données dans la mise en place

**LA PROPORTION
VISÉE DE 50% DE
MÉDECINS
GÉNÉRALISTES
N'EST DE LOIN
PAS ATTEINTE**

Bibliographie

- 1 - Cranston M, Semple C, Duckitt R, et al. The practice of internal medicine in Europe: organization, clinical conditions and procedures. Eur J Intern Med. 2013 Oct;24(7):627-632.

des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. La prise en charge globale d'un patient avec ses comorbidités, ses contraintes sociales et ses valeurs humaines, conditionnant chaque décision médicale et pesant les risques et bénéfiques, est une science subtile, faisant appel à des compétences multiples, qui ne rentrent pas aisément dans un catalogue de formation.

Les cursus tels qu'ils sont proposés aujourd'hui par l'ISFM permettent-ils de valoriser à la fois la formation des médecins se destinant à une carrière hospitalière et celle de ceux qui s'installeront en cabinet?

L'un des problèmes réside dans le fait que, malgré la création de filières ambulatoires, les médecins internistes continuent à se former majoritairement dans des centres hospitaliers, souvent bien au-delà du nombre d'années requis pour la formation post-graduée avant une installation en cabinet. La clause du besoin sur l'ouverture des cabinets ne fera que renforcer ce phénomène. En parallèle, l'application de la loi sur les cinquante heures a eu pour effet d'accroître les effectifs nécessaires au bon fonctionnement des services hospitaliers. Cette formation hospitalocentrée est bien éloignée de la pratique de la médecine générale en cabinet. Il est en effet étonnant de constater qu'un titre de spécialiste en médecine interne générale permet actuellement à un médecin de s'installer après avoir effectué uniquement six mois de médecine «ambulatoire» aux urgences. Il devient primordial d'accompagner les médecins qui ont choisi un cursus ambulatoire non seulement durant leurs années d'internat dans nos institutions, mais également au terme de leur passage, en leur assurant un avenir professionnel qui réponde tant à leurs exigences qu'à celles de la population. Seule une étroite collaboration avec les structures de soins ambulatoires, tant publiques que privées, permettra de relever

ce défi en les intégrant dans les filières de formation.

De l'autre côté du spectre, la médecine interne hospitalière, engagée dans la formation et la recherche, au centre d'un réseau de soins impliquant tous les acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, y compris les spécialistes, doit être valorisée, enseignée et développée. Tous les critères sont ainsi réunis pour remettre sur la table la création d'une formation approfondie d'interniste hospitalier reconnue par la FMH. Il nous semble en effet important que les services de médecine interne hospitaliers soient dirigés par des médecins avec une formation structurée qui les aura préparés à cette fonction. La «séniorisation» des services de spécialité, tout en fidélisant les spécialistes cliniciens dans les hôpitaux, permettrait également d'intégrer un plus grand nombre de médecins internistes pour la prise en charge globale des patients. Ces médecins, formés spécifiquement et souhaitant faire une carrière hospitalière, donneraient tout un sens au terme «hospitaliste».

Cette frontière, qu'on a voulue tenue en Suisse, entre la médecine interne ambulatoire et la médecine interne hospitalière, pose des défis complexes, tant pour la formation que pour la défense des intérêts des internistes hospitaliers et médecins installés. Toutefois, médecine interne hospitalière et ambulatoire ne doivent pas s'opposer. Face à la pénurie de professionnels, leurs activités se complètent et tentent de répondre au mieux aux attentes de la population sans les dénigrer l'une par rapport à l'autre. Nous pensons que la valorisation de ces deux métiers différents passe par la création de filières de formation distinctes en axant les cursus selon les besoins réels de la profession.

**LA MÉDECINE
INTERNE HOSPITALIÈRE DOIT
ÊTRE VALORISÉE,
ENSEIGNÉE ET
DÉVELOPPÉE**