

Médecine interne: Les généralistes sont de retour!

Werner Bauer, Küssnacht ZH

S'agit-il d'une réalité, d'une évidence, d'une illusion ou d'une hallucination?

Est-ce que les généralistes sont vraiment de retour, ou s'agit-il d'un frémissement à l'horizon?

Les internistes sont des généralistes et une définition de leur fonction est requise

Les internistes se considèrent comme des généralistes, à savoir des médecins qui s'occupent non seulement des organes malades, mais qui intègrent également le patient dans sa complexité et dans une perspective globale de stratégie préventive, diagnostique et thérapeutique.

Un groupe de travail de la Fédération Européenne de Médecine Interne (FEMI) a entrepris d'analyser la position de la médecine interne dans les systèmes de santé du futur et d'en tirer les conséquences nécessaires. Les débats internes étaient animés et imprégnés de la diversité européenne. Dans la première étape, il s'agissait de définir notre domaine professionnel de manière pratique et claire. Dans cet exercice linguistique de description, empreint de créativité, il nous fallait sans cesse éviter l'écueil des formulations négatives («non spécialiste», «non cardiologue») et trouver une description dense et pertinente (comme par exemple celle proposée par l'ACP, pour qui l'interniste est le «*doctor for adults*»).

Loin d'être vraiment orientée vers le marketing, cette description de la médecine interne (déclaration de mission) possède le mérite d'être claire et différenciée et elle est provisoirement énoncée en anglais comme suit:

«Internal medicine is a core medical discipline that is responsible for the care of adults with one or more complex, acute, or chronic illnesses, both in the hospital and in the community. It is patient-centred, scientifically based and committed to ethical, scientific and holistic principles of care. Internal medicine creates and promotes medical knowledge, methods and clinical abilities. It analyses the findings of other medical specialties and integrates them into specific concepts of diagnosis, treatment and care for the individual patient.»

Les rivalités entre internistes et spécialistes vont-elles cesser?

Il faut être candide pour espérer que, face aux problèmes démographiques, financiers et structurels de notre système de santé actuel, nous serons capables d'établir de manière automatique un partenariat et un partage des tâches nécessaire entre les différents corps de métier.

Non, l'aspiration aux revenus, au pouvoir et à la visibilité du médecin restera un facteur important dans la vie hospitalière et la médecine ambulatoire. Chaque discipline médicale porte en elle la conviction de la qualité de ses méthodes en espérant élargir plutôt que réduire l'éventail des indications de son domaine de compétence. Et les patients? Eux aussi seront toujours fascinés par les possibilités techniques, le désir de sécurité documentée et l'espoir d'une prise en charge hautement spécialisée. Mais, de plus en plus, les patients ne se présentent pas sous forme d'une pathologie unique et simple. Bien sûr que les situations cliniques simples existent: une fracture de tibia, une lithiase rénale ou la douleur d'une sinusite frontale. Mais le patient souffrant d'une fracture du tibia peut également présenter une ectasie aortique et prendre des médicaments hypotenseurs. La patiente souffrant d'une lithiase urinaire pourrait souffrir d'un trouble métabolique la prédisposant à la lithiase rénale, et le patient souffrant d'une sinusite récidivante est peut-être diabétique. Il est évident qu'il existe des patients dont le diagnostic est parfaitement clair et la stratégie thérapeutique bien établie; mais la proportion de patients plus âgés est en croissance constante et il contribue à augmenter la prévalence des cas complexes. Une étude effectuée en Irlande a montré que chez les patients hospitalisés en soins aigus, la moyenne du nombre de diagnostics significatifs se montait à quatre (4 +/- 1,8 codes CIM-9).

Dans ces situations, il faut éviter l'approche typique d'un «*cursus doctorum*», qui implique une utilisation probablement bien intentionnée de méthodes de traitement et d'instruments diagnostiques, mais qui est dépourvue de concept et de coordination. Dans la situation actuelle de pénurie de ressources, les médecins les mieux placés pour assurer cette coordination devraient être des généralistes compétents.

«Managed Care», DRG et réseaux de soins ne peuvent pas fonctionner sans la compétence des généralistes

Dans les secteurs ambulatoires et stationnaires du système de santé, il faut que diagnostic et traitement se déroulent selon un concept coordonné si l'on veut garantir une qualité élevée et une gestion des ressources optimale pour chaque patient. Les modèles de traitement intégrés, la gestion des maladies, la prise de décisions (partagées) sont des concepts universellement utilisés qui, quoique percutants, posent souvent problème. Une chose est certaine: il est fréquent qu'un ensemble de spécialistes compétents qui travaillent en paral-

lèle sur la situation d'un patient ne parviennent pas à maîtriser le problème dans sa globalité. Un concept personnalisé doit réunir le diagnostic, le traitement, la communication et les décisions importantes, et il ne doit pas perdre de vue l'ensemble. Jusqu'ici tout paraît simple et convaincant. Mais pourquoi le généraliste rencontre-t-il donc tant de difficultés? Pourquoi doit-il continuellement défendre son identité?

La réponse paraît claire: c'est à cause des nombreuses incitations qui dirigent les protagonistes du monde médical vers les spécialistes et les centres hospitaliers, qu'il s'agisse des jeunes médecins qui planifient leur carrière, ou des directeurs d'hôpitaux, en passant par le patient – qui apprend de sa cousine que le pneumologue XY est excellent dans le traitement de l'essoufflement trop rapide (il reste à espérer que le docteur XY ait suivi le parcours postgradué en médecine interne, et qu'il soit capable de diagnostiquer l'anémie éventuelle sous-jacente à la dyspnée juste avant de prévoir une pléthysmographie).

Si nous voulons améliorer sérieusement les structures, le parcours des patients, la gestion des maladies, le développement de réseaux, et de plus compléter ce mouvement par une collaboration entre les différentes disciplines médicales, il faudra bien attribuer aux généralistes un rôle de premier plan. La mise en œuvre imminente des DRG (diagnostic related groups) devrait aussi inciter à réfléchir à ce sujet. Si la réflexion est conduite avec une certaine sagesse, elle cherchera à éviter le conflit entre généralistes et spécialistes.

Tous les fils reliant l'information, les diagnostics, les mesures thérapeutiques et la coordination du traitement stationnaire avec ses phases pré et post-hospitalières devraient être coordonnés par une personne de référence. En d'autres termes, ces domaines doivent disposer d'un coordinateur pour des raisons organisationnelles, financières et bien sûr humaines. Aujourd'hui encore, nous parvenons des rapports sur l'action obstinée de tel médecin ou de telles institutions, sur l'utilisation exagérée des ressources, sur les errances et les souffrances inutiles de certains patients.

Le généraliste:

«Not your grandparents' internist»¹

Une idée fait son chemin: l'interlocuteur individuel est indispensable.

Il peut aussi arriver qu'il s'agisse d'un spécialiste – par exemple le neurologue, lors d'une sclérose en plaques, ou le néphrologue, chez un patient en hémodialyse. Mais ce dernier doit être prêt à défendre la devise de William Osler (1892): «*The various organs, the diseases of which are subdivided for treatment, are not isolated, but complex parts of a complex whole, and every day's experience brings home the truth of the saying: When one member suffers all the members suffer with it.*»

Il ne fait pas de doute qu'une solide formation postgradué en médecine interne constitue la meilleure base pour assurer une activité de généraliste. Chez nous comme aux États-Unis, on fait appel aux médecins internistes comme médecins d'hôpitaux pour assurer la prise en charge intégrée des patients – même dans les services de chirurgie.

Après tout, dans le domaine ambulatoire, les médecins de famille doivent bien considérer la personne entière lors de la prise en charge et prescrire des mesures tenant compte d'une appréciation d'ensemble. A l'heure actuelle, ils en sont encore à défendre leur position et leurs conditions de travail.

Il faudra bien que les nouveaux développements dans la gestion des soins, l'établissement de réseaux de soins, la définition des modèles alternatifs de traitement intégré et le raccourcissement du séjour hospitalier valorisent le rôle attribué au «médecin disposant d'une vue d'ensemble». Toutefois, selon le docteur E. Rich, le médecin de famille, l'interniste et le médecin hospitalier du futur n'incarneront plus l'image du généraliste d'autrefois qui bravait la tempête de neige pour atteindre la cabane du forestier et dispenser des soins sur place, allant de l'assistance à l'accouchement jusqu'à la réduction d'une fracture ouverte, parce qu'il faisait tout et qu'il devait tout faire.

Les réalités, l'évidence, l'illusion et l'hallucination

Il est tout à fait réel qu'une formation postgradué en médecine interne, solidement étayée et incorporant les acquisitions modernes, procure une excellente base pour pratiquer la médecine générale.

Il est tout à fait évident que l'on a besoin de généralistes pour venir à bout des situations complexes, en médecine comme dans d'autres professions d'ailleurs (que ce soit dans la fabrication industrielle ou dans le milieu bancaire).

Bien que cela ne soit pas évident, il est tout à fait réel qu'il y a une opportunité actuellement pour réduire le risque de fragmenter et de désintégrer le système de santé.

Il est probablement encore illusoire de penser que les décideurs et la population soient à même de reconnaître les avantages d'un système qui garantirait la progression par étapes, la coordination des méthodes et l'utilisation rationnelle des ressources.

Et si quelqu'un voit déjà poindre à l'horizon les signes avant-coureurs d'un système de santé optimisé, il s'agit hélas très certainement d'une hallucination.

¹ Eugene Rich, président de la «Society of General Internal Medicine».