

Renaissance des internistes à l'hôpital – d'abord en Angleterre et aux Etats-Unis

Lumière sur la médecine hospitalière ou interne en 2012

Reto Krapf, rédacteur en chef

A de nombreux endroits, les 20–30 dernières années ont mené à la destruction d'une médecine interne de haute qualité dans les hôpitaux suisses. La médecine interne, globale et intégrante, a été de plus en plus remise en question. D'abord, une vague d'études ont tenté de montrer qu'un spécialiste pouvait traiter une maladie relevant de son domaine d'expertise de manière plus efficace qu'un interniste. Je n'ai jamais compris ces recherches, elles m'ont toujours rappelé la «self fulfilling prophecy», car si le cardiologue n'était pas capable de mieux traiter l'infarctus du myocarde que moi, pourquoi au juste la médecine aurait-elle besoin d'un tel spécialiste? Par la suite, les internistes exerçant en stationnaire se sont vu retirer toujours plus de compétences. Au service des urgences, il existait (ou existe?) des listes de symptômes que l'interniste n'avait pas le droit d'investiguer et de traiter. Dans de nombreux endroits, ce qu'il reste encore à la médecine interne, c'est désormais une population de patients DRG, peu intéressante car déficitaire, nécessitant des efforts élevés de prise en charge et entraînant des forfaits bas.

L'estime personnelle des internistes a souffert durablement du fait qu'ils ne pouvaient, voire même devaient, désormais soigner uniquement les patients dont tous les autres médecins de l'hôpital ne voulaient tout simplement pas. La constante justification a également réduit l'attractivité de la spécialité pour la relève, diminué sa valeur au sein des directions hospitalières (budgets!), entraîné une récession dramatique des internistes sollicitant une habilitation et décimé ainsi les candidats potentiels aux postes de médecins-directeurs et médecins-chefs. Il y a 15 ans, mon processus de sélection comptait un nombre de candidatures encore supérieur à 70. Récemment, lors d'une nouvelle nomination de titulaires pour des postes intéressants, ce nombre était réduit à 15.

De même, les caractéristiques des patients stationnaires ont subi des changements radicaux: les disciplines de spécialité et les domaines opératoires sont confrontés de manière croissante à des patients multimorbides de plus en plus âgés. Il s'est avéré que les interventions ou les traitements en série par de nombreux experts différents sont trop onéreuses et que les effets indésirables sont lourds de conséquences lorsque des spécialistes sont obligés d'exercer en dehors de leur domaine d'expertise. Les hôpitaux réalisent que les spécialistes ne sont intéressants financièrement (c'est la nouvelle façon de parler!) que s'ils emploient leurs propres méthodes, et ce en quantité la plus élevée possible.

Pour ces raisons, l'idée s'est de plus en plus imposée aux Etats-Unis, selon laquelle des internistes compétents sont à nouveau requis. Un peu plus tard, ce point de vue s'est également imposé en Angleterre et il est à présent mis en pratique sur le plan sous l'égide de l'«Institute of acute medicine» (IAM). L'idée conductrice de l'IAM est d'équiper les internistes de compétences étendues, leur permettant d'assurer la prise en charge des patients dans les 72 premières heures de l'hospitalisation.

Au printemps, j'ai eu l'occasion d'analyser le «Hospitalist-System». J'ai visité l'hôpital universitaire de Yale à New Haven, un centre universitaire de médecine tertiaire comptant 1000 lits (dont 110 réservés à la médecine intensive!), et le Kaiser Permanente Hospital privé de Palo Alto (450 lits, dont 50 réservés à la médecine intensive). A ma grande surprise, le système d'hospitalistes est parfaitement établi et adoré, et ce aussi bien des spécialistes que des hospitalistes.

Satisfaire une série de critères, que je ne peux pas tous mentionner ici, est essentiel à la réussite. La délégation aux hospitalistes de certains tests et interventions bien définis me semble toutefois représenter un élément central. Par exemple: l'hospitaliste dialyse de manière autonome un patient présentant une insuffisance rénale aiguë, mais tout en établissant le contact téléphonique avec le néphrologue de service en ce qui concerne l'indication. Les spécialistes peuvent se concentrer sur leurs compétences de fond. Chez les hospitalistes, cette extension des compétences a donné lieu à plus de considération, un sentiment de responsabilités plus important et un grand plaisir. Soudain, il vaut à nouveau la peine de développer l'ambition de, par exemple, comprendre les causes d'une insuffisance rénale aiguë et sa physiopathologie ou de se documenter sur le sujet. Les hospitalistes sont devenus pour les spécialistes des interlocuteurs précieux et critiques. Du point de vue de la formation initiale et continue, les hospitalistes endossent pour la relève le rôle central.

Cette renaissance, pour moi inattendue de par son succès [1], appelle à l'adaptation du concept à notre système suisse. Elle ne peut réussir que si les spécialistes et les internistes se retrouvent dans un nouvel esprit d'équipe et apprennent à se compléter et se remplacer mutuellement de manière plus efficace.

Référence

1 Wachter R, Bell D. Editorial: Renaissance of hospital generalists. *BMJ*. 2012;344:e652.



Reto Krapf