Médecine interne

- ***Principal rédacteur de cette synthèse***
  Thomas PAPO, Bichat.
- ***Contexte général de la spécialité***
  - La médecine interne doit conserver ses deux missions :
    - M1, gérer les diagnostics difficiles, les maladies intriquées, la plupart des maladies systémiques, immuno-inflammatoires notamment, la prise en charge de maladies rares et orphelines ;
    - M2, assurer le premier aval médical des urgences et y garantir aux malades le plus haut niveau de compétence ; la médecine interne a également un rôle important dans la prise en charge des autres patients non programmés, idéalement en réseau avec les médecins généralistes.
  - Un hôpital aigu d'adultes ne peut pas se passer d'un service de médecine interne. La médecine interne perdrait sa masse critique si elle abandonnait sa mission M2 aux urgentistes (ou aux généralistes s'ils viennent jamais à l'hôpital).
  - En outre, une tendance lourde à l'ultraspécialisation des spécialités d'organe rend nécessaire le maintien de la vision transversale de la médecine interne, y compris dans les centres hospitalo-universitaires les plus performants.
- ***Modalités d'hospitalisation***
  - En ce qui concerne l'hospitalisation programmée, la réflexion porte sur les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle.
    La circulaire frontière a permis une réflexion globale sur les indications (extrêmement diverses) des HdJ en médecine interne, mais son impact a finalement été peu limitant. L'hospitalisation de semaine pourrait être amplifiée dans certaines zones d'activité de type M2 (biothérapies, éducation thérapeutique…).
  - Pour les hospitalisations non programmées, que les patients soient admis ou non via le SAU, les difficultés d'accès au plateau technique et la faible capacité d'accueil des SSR sont responsables de la majorité des séjours de durée excessive en médecine interne. Ainsi, l'activité de médecine non programmée (admission directe urgente) hors-SAU doit être quantifiable. Les équipes qui acceptent ce type de patients évitent l'engorgement du SAU. Une valorisation spécifique permettrait de ne pas pénaliser cette activité par une mesure sans nuance des indices de performance essentiellement basés sur les durées moyennes de séjour.
  - La médecine interne doit jouer un rôle central dans la création et l'animation des départements d'aval des urgences (DAU) médicales dans les hôpitaux où ils sont envisagés.
  - L'effort entrepris pour améliorer l'accès aux SSR est réel mais encore insuffisant. L'accès aux SSR polyvalents et SLD pour adultes lourdement handicapés ou aux malades en situation de grande précarité reste un problème majeur non résolu, en particulier pour les malades jeunes ne relevant pas de la gériatrie.
- ***Démographie médicale***
  - La médecine interne est une des premières spécialités choisies par les internes ; en 2011, il fallait être dans les 250 premiers à l'examen classant national (ECN) pour l'obtenir. Cette attractivité est croissante. La diversité de la spécialité séduit les jeunes : 70 inscrits au DES en Île de France. Le vivier peut donc croître, même si les DESC en détournent certains vers des spécialités sœurs (réanimation, maladies infectieuses, gériatrie, etc.). Les stages de médecine interne accueillent aussi les DES de médecine générale. Il existe quelques difficultés à trouver des CCA internistes car le nombre requis est élevé (nombre de lits, de services, et d'étudiants accueillis et formés).
  - L'augmentation du nombre de postes mis au choix des étudiants reçus à l'ECN devrait donc logiquement accompagner l'évolution de la demande.
- ***Filières et coopérations intra et extra-hospitalières***
  - La mission M2, dominante dans la majorité des services, intègre la médecine dans la filière d'aval des urgences, avec le SAU en amont, et les SSR en aval du service

de court séjour de médecine interne. Les réseaux avec les généralistes de ville sont à mieux développer dans la plupart des sites, pour favoriser les admissions directes ou programmées.
  - Un dimensionnement des structures d'aval (SSR, SLD, maisons d'accueil spécialisées [MAS], structures de maintien ou de facilitation du retour à domicile, HàD) en fonction du flux de malades doit limiter au strict minimum la stagnation inappropriée des malades en soins aigus de médecine interne et devrait impliquer l'ARS.
- ***Innovations diagnostiques***
  La médecine interne suivra les évolutions de la biologie et de l'imagerie. Elle peut développer son expertise dans l'évaluation des démarches diagnostiques.
- ***Innovations thérapeutiques***
  Au carrefour des maladies de différentes spécialités qui s'associent chez les malades dont ils s'occupent, les internistes sont bien placés pour créer ou finaliser des innovations thérapeutiques. De nombreux collègues internistes, souvent chefs de service hospitalier, ont d'ailleurs une valence universitaire en thérapeutique. À ce titre, ils devraient bénéficier d'aide logistique pour la recherche thérapeutique.
- ***Recherche clinique et translationnelle***
  - La médecine interne est un grand champ de recherche clinique et de progrès pour les maladies immuno-inflammatoires ou génétiques qu'elle prend en charge. Six services de l'AP-HP sont aussi centres de référence maladies rares.
  - Développer aussi la recherche clinique à partir de l'aval des urgences est un défi de première importance, mais riche en difficultés. Il faut favoriser les projets multicentriques en coopération avec les urgences et les SSR.
- ***Concurrence hors AP-HP***
  La médecine interne est une spécialité principalement hospitalière, et qui concerne un nombre très élevé de malades. Dans ce domaine, l'AP-HP ne se trouve pas en concurrence, mais plutôt en complémentarité avec les autres établissements publics ou privés d'Île-de-France. Néanmoins, au gré de l'évolution de la nomenclature et de la T2A, on voit émerger des structures privées qui bénéficient d'administrations légères et souples dont le dynamisme pourrait les amener à devenir concurrentielles, y compris dans le domaine de la médecine interne non programmée.
- ***Restructurations***
  Les services de médecine interne sont impactés par de nombreuses fusions interhospitalières en cours ou à venir : Saint Louis-Lariboisière, Louis Mourier CASH de Nanterre, Paul Brousse-Bicêtre-Antoine Béclère.
- ***DHU***
  La médecine interne est partie intégrante de 2 DHU parmi les 8 labellisés en 2012 : i2B porté par David KLATZMAN, Pitié, et FIRE porté par Bruno CRESTANI, Bichat.
- ***Synthèse***
  - La médecine interne doit assumer de front :
    a. sa mission M1 qui par ses interfaces (génétique, immunologie…) facilite l'activité académique (recherche, publications) et fonde de nombreux centres (de référence ou non) à l'AP-HP comme zones de recours hospitalier en soins secondaires ou tertiaires (médecine diagnostique, maladies orphelines et systémiques),
    b. sa mission de proximité M2 qui lui donne une raison d'être fonctionnelle plus homogène à l'hôpital et doit être reconnue et valorisée.
  - Le plus grand besoin hospitalier immédiat est l'expansion de l'aval, en particulier pour les adultes lourdement handicapés, à qui il faut une filière complète mieux organisée (aigu, SSR, SLD, MAS).
  - Les relations médecine interne/médecine générale, longtemps figées sur le duel ambulatoire/hospitalier, se détendent, évoluant vers la reconnaissance mutuelle de leur complémentarité, tant dans le domaine des soins que de l'enseignement. Les capacités de recherche dans le domaine du premier aval des urgences sont à développer.

La recherche sur les maladies rares, inflammatoires ou génétiques, reste une thématique majeure de la médecine interne.