

La **Médecine Interne** en France

L'Interniste... c'est le spécialiste que l'on consulte lorsque les autres sont dépassés... ! Cette définition populaire ne manque pas de réalisme mais ne résume néanmoins pas toutes les activités de la Médecine Interne.

C'est pourquoi, les Internistes ont voulu expliquer leur spécialité dans ce Livre Blanc promu par le Collège National Professionnel de Médecine Interne. Ils ont souhaité dire que s'ils sont reconnus comme des spécialistes consultants de 2^e et 3^e recours pour les maladies complexes de l'adulte, ainsi que les maladies chroniques de l'immunité, ils assurent également à l'hôpital un rôle clé dans la prise en charge des malades tout-venant, hospitalisés via les urgences. Leur expertise diagnostique est le garant de cette double activité et supporte l'intitulé de spécialiste de l'adulte proposé par la communauté américaine. Cette définition impliquait d'éclaircir les relations de la Médecine Interne avec la Médecine Générale et les autres spécialités, et d'illustrer l'apport d'une activité centrée sur la prise en charge globale du patient à l'heure de l'ultra-spécialisation.

Destiné aux médecins eux-mêmes, ce Livre s'adresse aussi aux différentes institutions : caisses d'assurance maladie, direction des hôpitaux, ANAES, URCAM, URLM, doyens des facultés, étudiants, mais également parlementaires et ministres afin que tous puissent avoir une idée claire de la profession d'Interniste.

LA MÉDECINE INTERNE EN FRANCE

La **Médecine Interne** en France

Livre Blanc
promu par
le Collège National Professionnel
de Médecine Interne

La **Médecine**
Interne
en France

La **Médecine** **Interne** en France

Livre Blanc

promu par

le Collège National Professionnel
de Médecine Interne

Coordonnateur :

Professeur Jean-Louis Dupond

Sommaire

Avant-propos	
Pourquoi un Livre Blanc ?	11
Par Jean-Louis DUPOND	
Préface	
Historique de la Médecine Interne	13
Par Pierre GODEAU	
1970 : Naissance de la spécialité de Médecine Interne : L'œuvre du Professeur Claude LAROCHE	17
Par Daniel SERENI	
Introduction	
La Médecine Interne en France	19
Par Daniel SERENI	
Ethique de la Médecine Interne : rapport avec la prise en charge globale du patient	25
Par Didier SICARD	
De la tradition clinique à la prise en charge globale du patient : l'état d'esprit Interniste	27
Par Patrice QUENEAU	
Etat de la Médecine Interne en France	
La Médecine Interne et le secteur privé	32
Par Jean-Marc ZIZA	
Recensement des Internistes en France	39
Par François BLANC	
La Médecine Interne dans les hôpitaux des armées	47
Par Jean-Pierre ALGAYRES	
La Médecine Interne dans les départements et territoires d'Outre-Mer	51
Par Jacques BEYLOT	
La formation de l'Interniste	
Maquette du DES de Médecine Interne	56
Par Hubert COURTOIS	
Objectifs pédagogiques du DES de Médecine Interne	58
Par Hubert COURTOIS	
Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires : DESC, DU, DIU	60
Par Hubert COURTOIS	
Les congrès de la Société Nationale Française de Médecine Interne	62
Par Bernard DEVULDER	

L'Ecole Européenne de Médecine Interne	64
Par Daniel SERENI	
Le Séminaire national d'enseignement du DES de Médecine Interne	66
Par Olivier BLETRY	
Les Printemps de la Médecine Interne ou l'Ecole du diagnostic de Lille	67
Par Bernard DEVULDER	
 Structures et expression de la Médecine Interne	
Une structure de représentation nationale : le CNPI	72
Par Daniel SERENI	
La Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI)	75
Par Bernard DEVULDER	
La Revue de Médecine Interne	84
Par Bernard DEVULDER	
Le site internet de la SNFMI : medinterne.net	86
Par Patrick CHERIN	
Un syndicat national : le SYNDIF	88
Par Daniel SERENI	
Commission Pédagogique Nationale de Médecine Interne : COPENAMI	92
Par Hubert COURTOIS	
Le conseil scientifique de la SNFMI	94
Par Jean CABANE	
La formation médicale continue de l'Interniste	97
Par Jacques Henri BARRIER	
La commission d'évaluation des pratiques du Collège National Professionnel des Internistes (CNPI)	102
Par Claude JEANDEL	
 Le CNU et la prospective hospitalière	
Le CNU et la prospective hospitalo-universitaire	106
Par Jacques BEYLOT	
 Les champs d'activité de la Médecine Interne	
Résultats d'une enquête nationale de Pratique en Médecine Interne	112
Par Pierre POTTIER, Jacques-Henri BARRIER, Pierre LOMBRIL, Bernard DEVULDER, Olivier BLETRY, Daniel SERENI, Jean-Marc ZIZA, Claude JEANDEL, Jean-Louis DUPOND	
L'activité des services de Médecine Interne Français en 2000-2001 à partir des données du PMSI	122
Par Bernard GOICHOT, Nicolas MEYER	
Les grands domaines d'expertise reconnus de l'Interniste	133
Par Jean-Charles PIETTE	

Les nouveaux terrains de la Médecine Interne	
La Médecine Interne hospitalière face aux problèmes des Urgences	140
Par Jean-Louis DUPOND, Daniel SERENTI et le CNPI	
Pourquoi des Internistes aux Urgences	142
Par Pierre HAUSFATER	
Précarité et Médecine Interne	145
Par Dominique FARGE	
Médecine Interne et Médecine Pénitentiaire	150
Par Didier SICARD	
Les unités médicales post-accueil	151
Par Bernard GROSBOIS	
Relations avec la Médecine Interne des pays étrangers francophones	
Sociétés de Médecine Interne des pays du Maghreb	156
Par Jean-Louis DUPOND	
La Médecine Interne et la Francophonie Médicale	158
Par Jacques SOUBEYRAND et Jacques BEYLOT	
Les interfaces avec les disciplines proches	
Médecine Interne et Thérapeutique	162
Par Claire LE JEUNNE	
Médecine Interne et Allergologie	165
Par Denise MONERET-VAUTRIN et Gisèle KANNY	
Médecine Interne et Oncologie	170
Par André-Paul BLANC	
Médecine Interne et Psychiatrie	173
Par Hugues ROUSSET	
Médecine Interne, Maladies Génétiques et Maladies Métaboliques	176
Par Isabelle DURIEU	
Médecine Interne et Santé Publique	178
Par Pierre-Jean WEILLER	
Médecine Interne et Gériatrie	180
Par Jean-Louis DUPOND	
Médecine Interne et Pathologie Infectieuse	182
Par Pierre VEYSSIER	
Médecine Interne – Médecine Générale : parentés et différences	184
Par Daniel SERENI	
Synthèse	
En résumé : « Qu'est-ce-qu'un Interniste ? »	190
Par Daniel SERENI	

Activités d'enseignement

Place de la Médecine Interne dans l'enseignement des sciences humaines et sociales	197
Par Hugues ROUSSET	
Place de la Médecine Interne dans l'enseignement de la sémiologie	199
Par Philippe VINCENEUX	
Place des enseignants de Médecine Interne au cours du 2 ^e cycle des études médicales	201
Par Hubert COURTOIS	
Place de la Médecine Interne dans l'enseignement de l'éthique	203
Par Didier SICARD	
L'enseignement de la Gériatrie	205
Par Claude JEANDEL	
Troisième cycle de formation en Médecine Interne et en Médecine Générale : spécificités et convergences	208
Par Jacques FOURCADE	

Activités scientifiques et de recherche

Synthèse des grandes avancées scientifiques en Médecine Interne : 1993-2003	212
Par Jean CABANE	

Les groupes d'étude et de recherche en Médecine Interne

Groupe d'étude des vascularites systémiques	230
Par Loïc GUILLEVIN	
Groupe d'étude et de recherche sur les maladies musculaires acquises et dysimmunitaires : Le GERMMAD	234
Par Patrick CHERIN	
Groupe de recherche sur la Sclérodermie	235
Par Jean CABANE	
Groupe d'étude et de recherche en Médecine Interne et Maladies Infectieuses sur le virus de l'hépatite C : GERMIVIC	239
Par Patrice CACOUB	
Intergroupe francophone du Myélome	241
Par Bernard GROSBOIS	
Réseau SIDA	243
Par Philippe MORLAT	
Amylose et fièvres héréditaires	246
Par Gilles GRATEAU	
Groupe de recherche sur l'Artérite à Cellules Géantes (GRACG)	249
Par Pierre DUHAUT	

Partenariat avec structures officielles	254
L'Inserm et le Comité d'Interface avec la SNFMI Par Patrick CHERIN	
Médecine Interne et industrie pharmaceutique Par Hervé LEVESQUE	256
Médecine Interne Française et Europe	
La Fédération Européenne de Médecine Interne (EFIM) Par Daniel SERENI	262
L'Union Européenne des médecins spécialistes (UEMS) et le Collège Européen de Médecine Interne (Board) Par Jean-Frédéric BLICKLE	266
Le Conseil Scientifique de la Fédération Européenne de Médecine Interne Par Loïc GUILLEVIN	271
L'Avenir de la Médecine Interne	274
Par Pierre GODEAU, Jean-Charles PIETTE et les membres du groupe de travail : Zaïr AMOURA, Olivier BLETRY, Patrice CACOUB, Philippe CHASSAGNE, Patrick CHERIN, Joseph EMMERICH, Nicolas GALEZOWSKI, Marc GATFOSSÉ, Bertrand GODEAU, Bernard GOICHOT, Loïc GUILLEVIN, Eric HACHULLA, Serge HERSON, Hervé LEVESQUE, Philippe MORLAT, Jean-Jacques MOURAD, Thomas PAPO, Jean-Louis PELLEGRIN, Hugues ROUSSET, Bertrand WECHSLER	
Conclusion	280
Par Daniel SERENI	
Annexes	283
1 – Ouvrages pédagogiques édités ou co-édités par les Internistes français	
2 – Liste des diplômés inter-universitaires (DIU) et diplômes d'université (DU) coordonnés ou animés par les enseignants de Médecine Interne	280
3 – Les congrès de la Société Nationale Française de Médecine Interne Liste des villes et des Présidents de congrès	
4 – Thèmes scientifiques des 50 premiers congrès français de Médecine Interne	
5 – Commission pédagogique nationale de Médecine Interne (2004)	
6 – Enquête nationale de pratiques en Médecine Interne Sous l'égide du Collège National Professionnel de Médecine Interne	
7 – Activités des services de Médecine Interne française en 2000 – 2001 à partir des données du PMSI	
8 – Liste des abréviations	
Liste des Souscripteurs	317

Cet ouvrage a été réalisé à l'initiative du Collège National Professionnel des Internistes, organisme représentatif des trois instances nationales de la Médecine Interne :

- **Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI)**
- **Syndicat National des Internistes Français (SYNDIF)**
- **Conseil National des Universités (CNU)**

Sous-section Médecine Interne ; Gériatrie - Biologie du Vieillessement

Composition du comité de pilotage du Livre Blanc

Jacques BEYLOT

Olivier BLETRY

Bernard DEVULDER

Jean-Louis DUPOND (Coordonnateur)

Jean-Charles PIETTE

Hugues ROUSSET

Daniel SERENI

Jean-Marc ZIZA

Le Comité de Pilotage remercie tout particulièrement les médecins Internistes, et les experts qui ont participé à la rédaction du Livre Blanc et en particulier les relecteurs et les membres du COMITE EDITORIAL.

Ainsi que Madame Chantal ROLLIER pour son assistance technique.

Les deux enquêtes sur les pratiques en Médecine Interne ont été réalisées par :

Pierre POTTIER et Jacques-Henri BARRIER (Nantes)

Et Bernard GOICHOT (Strasbourg)

Les enquêtes sur la démographie des Internistes ont été réalisées par :

François BLANC (Montpellier)

et Jean-Marc ZIZA (Paris)

Réunions du Comité Editorial

Le Comité Editorial composé des Présidents et Secrétaire Général de la SNFMI, du SYNDIF ainsi que des Présidents et Vice-Président du CNU, s'est réuni pour la relecture et les corrections des manuscrits : le 3 mai et le 25 juin 2004.

Pourquoi un **Livre Blanc** ?

Pourquoi la Médecine Interne Française, bien insérée à l'hôpital par ses compétences et son histoire est-elle souvent mal identifiée à l'extérieur de l'hôpital ?

Pourquoi certains la trouvent-ils exclusive et difficilement accessible sauf recommandations, voire réticente à toute dynamique d'affichage ?

Et pourquoi les Internistes tardent-ils à donner une définition claire et non ambiguë de leur discipline ?

Pour répondre à ces interrogations, la Médecine Interne a décidé de s'expliquer dans un Livre Blanc. Son premier objectif sera de clarifier son exercice et ses champs d'application et d'expliquer son impact sur la santé publique tant stratégique qu'économique. Elle tentera de définir sa place dans le tissu sanitaire français, ses relations et ses différences avec la médecine générale et les autres spécialités dans le but de clarifier son intitulé et ses missions. En effet, si le terme de Médecine Interne, proposé par l'école allemande, a fait gagner à la discipline ses galons de spécialité, il lui a sûrement fait perdre en contrepartie un peu du sens de son exercice qui se reconnaissait auparavant avec une fortune plus grande dans la pathologie interne, autrement dit les affections profondes ou cachées. C'était l'époque où les Internistes étaient des consultants vus de loin, que leur réputation de clinicien suffisait à repérer. Par la suite, le foisonnement des spécialités d'organes a obscurci le paysage et la Médecine Interne a perdu de sa lisibilité, sauf pour les Généralistes qui l'ont depuis longtemps choisie comme relais de leur activité en cas de situation complexe ou de diagnostic difficile.

Pour les autres, le grand public et l'administration, la Médecine Interne se devait de s'expliquer et c'est là une des légitimités de ce Livre Blanc. Le premier chapitre de

ce livre ne sera pas consacré à définir a priori la Médecine Interne comme il eût peut-être été attendu qu'il le fit. Les Internistes ont en effet préféré laisser la Médecine Interne se définir elle-même par ses actes, ses travaux, ses missions, son enseignement, sa recherche et ses perspectives. Ainsi, dans ce livre, la Médecine Interne :

Dira :

- *Ce qu'elle sait* après 5 ans d'internat et 2 ans de clinicat.
- *Ce qu'elle sait faire* en matière de polypathologie, de diagnostics difficiles, de maladies systémiques, mais également d'affections psychosomatiques ou de maladies orphelines, c'est-à-dire en somme de pathologie générale.
- *Ce qu'elle fait* : et pour le dire, elle s'appuiera sur une enquête de pratiques et les statistiques d'activité hospitalière fournies par le PMSI.
- *Ce qu'elle doit faire* et combien il est essentiel pour la communauté de reconnaître et de faire reconnaître son rôle de consultant.

Montrera :

- *Qu'elle pratique une médecine de l'adulte globale, approfondie et étendue*, aussi bien en ville qu'à l'hôpital (186 groupes homogènes de malades sont répertoriés dans les services de Médecine Interne).

Expliquera :

- *Que la prise en charge globale du malade est "payante" à l'heure de l'ultra-spécialisation.*
- *Et qu'une médecine centrée sur le diagnostic n'est pas "un luxe" !* dans le contexte médical actuel où 20 % des Français actifs présentent un état de fatigue inexplicé, une altération de l'état général, voire des désordres biologiques inflammatoires incompris alors que les maladies systémiques sont devenues la première cause de fièvre prolongée.

Et tout ceci pour apporter une réponse claire à la question :

- « *Qu'est-ce que la Médecine Interne ?* » à l'intention des ministres, tutelles, directeurs des hôpitaux, ARH, caisses d'assurance maladie, mais également du public, des médias et de tous ceux qui vouent à la médecine française confiance, considération et espoir.

Historique de la Médecine Interne

L'histoire de la Médecine Interne est indissociable de celle de la médecine.

Le concept même de Médecine Interne ne s'est individualisé en France que dans la deuxième moitié du XX^e siècle alors que, dès la fin du siècle précédent, il s'était imposé dans les pays de langue allemande ou anglaise et que la Société Italienne de Médecine Interne fêtait son centième anniversaire en 1987 !

La médecine était une et indivisible et l'essor des diverses spécialités médicales ne prit réellement son envol qu'après la guerre de 1939-45, parallèlement au renouveau économique, à l'avènement d'une thérapeutique réellement efficace et aux progrès incessants de la biotechnologie. La complexité croissante de la médecine et le développement continu des procédés d'exploration imposèrent dès lors une spécialisation, condition indispensable du progrès et du développement de la recherche.

Le revers de la médaille, celui d'un émiettement aboutissant à ce que l'on baptisa la "balkanisation" de la médecine, ne fut pas immédiatement perceptible et ce n'est que très progressivement que le corps médical prit conscience de cette évolution.

Pour les médecins de ma génération, celle de l'immédiat après-guerre, la voie royale de l'internat débouchait soit sur un exercice purement libéral, soit sur une carrière hospitalo-universitaire qui comportait nécessairement une installation "en ville". En effet, le temps partiel était la règle avant la réforme de 1958 due à Robert Debré. Cette réforme instaura le temps plein avec le triple objectif de soins, d'enseignement et de recherche, assurant à ceux qui choisissaient la voie des concours une autonomie financière et d'excellentes conditions de travail, le choix éventuel d'une activité privée n'étant qu'un complément d'exercice. L'objectif de l'interne était alors d'acquérir des connaissances pluridisciplinaires en réservant trois semestres à la spécialité choisie, de sorte qu'à l'issue des quatre années d'internat la plupart des collègues avait reçu de fait une formation très proche de celle d'un Interniste. En outre, dès avant la nomination

à l'internat, un externat plus ou moins long avait permis une rotation dans divers services de médecine, gage d'une solide formation pratique clinique d'ensemble.

Ainsi, dans les années cinquante et la décennie suivante, la nécessité d'une autonomisation de la Médecine Interne n'était pas évidente. Les grands services de clinique médicale étaient des services de "médecine" au sens global du terme et même si le chef de service avait une préférence pour telle ou telle spécialité, il continuait à s'intéresser généralement à l'ensemble de la médecine.

C'est ainsi qu'aux concours d'assistantat puis de médecin des hôpitaux jusqu'en 1962, les épreuves n'étaient pas centrées sur une spécialité et le titre obtenu était celui de "Médecin des Hôpitaux" sans spécification d'une discipline déterminée. De même, on se présentait au concours d'agrégation en médecine et non pas dans une spécialité. Ce n'est qu'à partir de 1968 au décours de la mise en place du plein temps hospitalo-universitaire, que la Médecine Interne s'individualisa parmi les autres disciplines.

Cependant, si elle s'était déjà illustrée par le renom de brillantes individualités comme à Paris Fred Siguier dont le charisme, la compétence clinique, l'étendue des connaissances, le goût pour l'enseignement, le sens de la formule, la parfaite maîtrise de la langue française et enfin un don théâtral incontestable assuraient à sa personnalité une place prépondérante, il n'y avait pas au niveau national de cohérence ni d'homogénéité dans l'organisation de notre spécialité.

Certes, de nombreuses écoles avaient acquis une réputation incontestable : Pasteur Valléry-Radot puis Paul Milliez, René Moreau, André Lemaire, Lucien de Gennes, Louis Justin Bensaçon à Paris, Henri Warembourg et Marc Linquette à Lille, Jules Stahl et Julien Wärter à Strasbourg, Olmer et Maurice Mongin à Marseille, René Herbeuval à Nancy pour n'en citer que quelques-uns, avaient eu une influence qui s'exerçait bien au-delà de leur région d'activité et même au-delà de nos frontières, mais il y avait en réalité peu de contacts entre les Internistes issus de ces grands services de clinique médicale.

Les réunions des Sociétés de médecine locales et régionales et de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, de la Société de Médecine des Armées attiraient un public assez nombreux mais de moins en moins concerné du fait de la concurrence croissante des Sociétés de Spécialités. Ceux qui avaient une double appartenance se partageaient entre les séances des Sociétés de Cardiologie, de Pneumologie, de Gastro-entérologie etc, et celles des Sociétés de médecine. Seuls les congrès des médecins de langue française permettaient de réunir, avec une faible périodicité malheureusement, les représentants les plus concernés des diverses spécialités et c'est à cette occasion que des liens amicaux et intellectuels, à vrai dire assez lâches, s'établissaient entre les Internistes.

Ainsi, pendant près de vingt ans, chacun travailla “dans son coin”. La lecture de la presse médicale française, des revues de langue anglaise, l’organisation de leur service et la promotion de leurs élèves, la publication des observations “phares” mais peu de grandes séries de patients, étaient le lot des Internistes dont la plupart ne gardaient que des relations très intermittentes avec leurs collègues des différentes régions.

C’est le grand mérite de Claude Laroche d’avoir fait prendre conscience aux Internistes de ma génération qu’il était indispensable de sortir de leur cocon et du confort d’une activité clinique, certes intensive et gratifiante, mais souvent limitée au cadre de leur service ou de leur hôpital, les charges d’enseignement occupaient le reste de leur temps et les activités de recherche restaient en quelque sorte la récompense d’un amateurisme déjà comblé par une situation hospitalo-universitaire enviable.

Certes, l’année 1970 avait vu le baptême officiel de la spécialité de Médecine Interne : la qualification en Médecine Interne étant créée par l’Ordre des Médecins. Alors que la Médecine Interne ne figurait pas dans la liste des spécialités obtenues par CES, les commissions de qualification exigèrent en règle une longue formation par l’internat et le clinicat et un minimum d’activité dans de grands services qualifiants comme le rappela Jacques Debray en 1987 au cours d’une table ronde consacrée à la place de la Médecine Interne dans le système de santé français.

L’année 1970 était donc à marquer d’une pierre blanche et cette même année les “Bulletins et Mémoires de Société Médicale des Hôpitaux de Paris” changeaient de nom, laissant la place aux “Annales de Médecine Interne”. Cependant, la cohésion des Internistes au niveau national restait un vœu pieux et plusieurs années s’écoulèrent avant qu’elle ne fût réalisée.

En 1976, alors que j’avais eu le privilège d’être choisi par mes aînés pour présider pour un an la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, je consacrai ma conférence inaugurale au thème : “Pour la défense de Médecine Interne”. “Fort bien !” me dit Claude Laroche... “mais maintenant il faut agir”. Une double action fut envisagée : prendre le maximum de contacts avec des collègues provinciaux, organiser des séances communes pour apprendre à nous connaître... C’est ainsi que forts du succès d’une première séance thématique consacrée à la pathologie iatrogène, décision fut prise de renouveler cette expérience. Dans les années qui suivirent, des réunions eurent le mérite d’être dès le départ à la fois scientifiques et conviviales et de réunir des Internistes à chaque fois plus nombreux, notamment à Nice, à Lyon, à Paris et à Marseille.

La communauté des Internistes s’organisait progressivement. Il restait à lui donner un label officiel.

«La Médecine Interne répond aujourd'hui à des exigences et des besoins nouveaux» et «toute réflexion sur la Médecine Interne paraît aujourd'hui fondamentale» : ces affirmations de Simone Veil, alors ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, avaient marqué le colloque organisé le 3 février 1978 à Nancy sous la présidence du Professeur Hervé Herbeuval par le Syndicat National des Médecins Spécialistes en Médecine Interne sur le thème "La Médecine Interne dans l'Hôpital de demain".

La Société Nationale Française de Médecine Interne a été fondée le 24 mai 1978 par la volonté unanime du Conseil d'Administration du Syndicat National des Médecins Spécialistes de Médecine Interne présidé par Claude Laroche. Marc Dorner en fut le premier président, Michel Bourel, le vice-président de la SNFMI et du Syndicat, et c'est à Lille les 7 et 8 décembre 1979 que l'essai fut transformé avec l'organisation du premier congrès national de Médecine Interne où Bernard Devulder inaugura ses fonctions de secrétaire général avec le dynamisme qu'on lui connaît.

Dans cet avant-propos au Livre Blanc de la Médecine Interne, nous ne pouvons malheureusement pas citer tous les noms de ceux qui ont œuvré à l'organisation et à la promotion de notre spécialité. Nous nous bornerons à évoquer la mémoire de ceux qui ont trop tôt disparu : Paul Audoly, Paul Barjon, Claude Bétourné, Gérard Cuny, Jean Dry, Maurice Grivaux, Daniel Hervouet, Jacques Jaillard, Maurice Rapin, Marcel Simon et Yves le Tallec dont la présidence, succédant à celle de Jacques Debray, marqua l'amplification des rapports de la Médecine Interne Française avec les membres de l'Europe. Ce fut effectivement une seconde naissance de notre spécialité à l'époque de la mondialisation. Toutefois, si notre participation à l'EFIM et à l'ISIM est une nécessité, elle n'est pas la marque d'une perte d'autonomie mais le symbole d'un rayonnement que la génération actuelle est prête à assumer sur le chemin tracé par nos aînés.

1970 : Naissance de la spécialité de Médecine Interne

L'œuvre du Professeur Claude LAROCHE

La Médecine Interne doit tout au Professeur Claude Laroche décédé le 14 juillet 2003 à l'âge de 86 ans. Il fut tout à la fois son fondateur, sa mémoire historique, son conseiller et son guide.

C'est grâce à son initiative que la spécialité de Médecine Interne a vu le jour en France en 1970.

Ayant fait le constat que la fragmentation de la médecine en spécialités de plus en plus nombreuses était une conséquence inéluctable du progrès médical, il a su voir la nécessité d'élever la Médecine Interne au rang de spécialité médicale. Il ne s'agissait nullement de la défense d'intérêts personnels. Claude Laroche, véritable Interniste, était aussi un endocrinologue reconnu, et il aurait pu poursuivre sa carrière dans ce domaine. C'est sa conviction que la prise en charge globale des patients devait être valorisée et défendue qui l'a guidé dans cette décision.

Il souhaitait que soit reconnue en France une spécialité née dans les pays germaniques à la fin du XIX^e siècle qui se développait dans le reste du monde depuis l'après-guerre et avait acquis ses lettres de noblesse dans les publications anglo-saxonnes. Cette médecine interne, spécialité de la non spécialité d'organe, devait être une médecine de haut niveau, exigeant une formation longue, élitiste, validée exclusivement par l'internat des hôpitaux. Il fallait une grande force de conviction pour imposer des idées

aussi originales. Il emporta l'adhésion de Simone Veil, alors ministre de la Santé. Le plus difficile était fait. La même année il fondait la première structure nationale destinée à rassembler ces spécialistes d'un genre nouveau : le Syndicat National des Médecins Spécialistes de Médecine Interne.

Quelques années plus tard, l'existence de spécialistes de médecine interne était une réalité vivante, confirmée par la nomination de professeurs dans la même discipline. Claude Laroche, toujours président du Syndicat, décida avec quelques autres que le moment était venu de créer une société savante pour les Internistes : c'était la naissance de la Société Nationale Française de Médecine Interne.

En feuilletant le programme du premier congrès de la SNFMI à Lille, les 7 et 8 décembre 1979, on peut trouver les noms de ceux qui ont cru à la médecine interne et ont aidé Claude Laroche à la fonder : Michel Bourel, Jacques Debray, Marc Dorner premier président, Jacques Jaillard, Yves Le Tallec, Roger Levrat, Maurice Mongin, Henri Warembourg, sans oublier leurs élèves qui continuent à faire prospérer la Société.

Claude Laroche a laissé la place à d'autres pour diriger la SNFMI et le Syndicat, mais il ne s'est jamais éloigné de la défense de la médecine interne. Assidu aux réunions de la SNFMI et du SYNDIF, Claude Laroche savait, avec une verve que l'âge n'avait guère émoussée, faire entendre une voix volontaire tout aussi riche de créativité et parfois d'audace que de sagesse. Ce fut un grand Interniste et un grand patron. C'était aussi un homme généreux, honnête, fidèle à sa parole, respecté et aimé. La Médecine Interne Française sait ce qu'elle lui doit et perpétuera sa mémoire.

La Médecine Interne en France

1) Définition

Dans le public, tout le monde ou à peu près sait ce qu'est un Cardiologue ou un ORL ou un Pédiatre. Par contre la spécialité de Médecine Interne est mal connue et même méconnue et ce n'est pas là le moindre des problèmes que rencontre cette spécialité dans notre pays. Il ne faudrait pourtant pas croire qu'il s'agit d'un problème uniquement français. Ainsi aux Etats-Unis où plus de 100 000 médecins spécialistes de Médecine Interne ("Internists") exercent, la méconnaissance de la spécialité de Médecine Interne existe également. Une enquête publiée en 1998 dans l'*American Journal of Medicine* révélait que parmi les Américains interrogés sur la Médecine Interne, 1/3 savait à peu près de quoi il s'agissait, 1/3 pensait qu'il s'agissait du soin des maladies de l'intérieur du corps par opposition à celles de la peau et enfin le dernier tiers pensait qu'il s'agissait de la médecine réalisée par les "internes" !

Le terme de Médecine Interne vient de l'allemand *Inneren Medizin* qui a été utilisé à la fin du 19^e siècle pour mettre l'accent sur le fait qu'il s'agissait d'une approche physiopathologique de la médecine et non pas seulement une observation de manifestations les plus visibles des maladies. Depuis lors, les médecins qui se réclament de la Médecine Interne ont gardé une exigence de qualité et ont toujours mis l'accent sur l'importance de la recherche et de la connaissance approfondie dans l'exercice médical. Le terme de Médecine Interne a connu un succès croissant dans les pays germaniques puis de langue anglaise et s'est introduit aux Etats-Unis au cours du XX^e siècle. Mais ce n'est qu'assez récemment au cours des deux dernières décennies que la Médecine Interne a connu un franc succès aux Etats-Unis en supplantant les Généralistes pour la prise en charge globale des patients.

La deuxième caractéristique fondamentale de la Médecine Interne est de se donner comme objectif une prise en charge globale du malade par opposition aux spécialités d'organe qui ne prennent en charge que les problèmes et maladies liés à un organe ou appareil.

Les Américains définissent très simplement les médecins Internistes en disant que ce sont les "spécialistes de l'adulte". Ce qui n'appartient pas à la Médecine Interne, c'est donc la pédiatrie, la chirurgie, la gynécologie et les spécialités d'organes.

En France, comme dans la plupart des pays européens, aux deux éléments précédents (médecine globale de haut niveau prenant en charge les adultes), il faut ajouter la notion de médecin hospitalier. La Médecine Interne reste une spécialité à prédominance hospitalière même si un pourcentage non négligeable d'Internistes a une activité mixte de cabinet et hospitalière. Cette prédominance de la prise en charge hospitalière des malades est très claire en France où plus de 80% des Internistes exercent de façon prédominante voire exclusive dans des hôpitaux publics ou privés.

On peut donc proposer une tentative de définition de la Médecine Interne qui réunisse les principaux éléments constitutifs de son essence :

La Médecine Interne est une spécialité de haut niveau ayant pour objectif une prise en charge globale des patients à l'âge adulte s'exerçant de façon prédominante en milieu hospitalier public ou privé.

De la définition précédente il découle que le champ d'action de la Médecine Interne est vaste et qu'il ne saurait être question pour l'Interniste de prendre en charge tous les problèmes médicaux des patients adultes, du diagnostic au traitement le plus sophistiqué. Le rôle de l'Interniste est d'abord celui d'un spécialiste du diagnostic. Il est le "consultant", c'est-à-dire un médecin de deuxième ou de troisième recours à qui l'on adresse les patients pour un diagnostic difficile, pour le débrouillage d'une situation confuse devant une symptomatologie pauvre ou au contraire trop riche ou encore masquée par la coexistence de nombreuses pathologies chez le même patient. En outre l'Interniste (en France en particulier) est le spécialiste des maladies systémiques ou générales, des maladies immunitaires, des maladies génétiques diagnostiquées à l'âge adulte, des maladies rares. L'Interniste c'est le spécialiste de tout ce qui n'est pas la spécialité d'organe.

Mais une spécialité médicale c'est avant tout un métier, une profession. Au-delà de la définition plus ou moins théorique de la Médecine Interne, l'important est d'observer ce que font les Internistes dans la réalité de leur pratique professionnelle quotidienne. Ce Livre Blanc fournit les résultats d'une enquête sur les pratiques médicales des

Internistes ainsi que les résultats du recueil des principaux diagnostics des malades suivis en consultation ou hospitalisés en Médecine Interne. Il découle de tout ceci que la Médecine Interne répond à des missions de santé publique clairement identifiées.

Les services hospitaliers de Médecine Interne ont en effet pour mission de recevoir et de prendre en charge :

- les patients hospitalisés en médecine en aval des services d'urgence
- les pathologies aiguës ne relevant pas de service à haute technicité spécialisée
- la pathologie aiguë des personnes âgées
- les malades sans diagnostic
- les polyopathologies
- les maladies systémiques et générales
- les maladies immunitaires
- les consultations sans rendez-vous des hôpitaux, et les permanences d'accès aux soins de santé.

L'Interniste dans un hôpital ou comme consultant de ville peut aussi avoir un domaine de sous-spécialité. Il reste Interniste tant qu'il exerce cette sous-spécialité de façon minoritaire et qu'il continue à prendre en charge les problèmes de Médecine Interne les plus variés. Dans la plupart des pays européens cette situation est même la règle puisque les spécialités médicales telles que la Cardiologie, la Rhumatologie, la Pneumologie, la Gastro-Entérologie, la Dermatologie, la Néphrologie ne peuvent s'acquérir que lorsqu'on a été d'abord Interniste. Si la situation est différente en France, il existe cependant une similitude avec les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) que peuvent acquérir les Internistes. C'est ainsi que de nombreux Internistes deviennent, en plus de leurs compétences générales en Médecine Interne et via les DESC, des sous-spécialistes en maladies infectieuses, réanimation médicale, gériatrie, médecine vasculaire, etc.

2) La Médecine Interne face aux enjeux de la Médecine de soins moderne

L'histoire des spécialités médicales et de la Médecine Interne en France est assez récente. En dehors de la gynécologie-obstétrique, seules les spécialités chirurgicales et la pédiatrie s'étaient individualisées avant l'ère de la médecine scientifique moderne. La Neurologie ou plus exactement la Neuro-psychiatrie et la Cardiologie sont probablement parmi les plus anciennes des spécialités médicales. Mais c'est surtout au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle que le nombre des spécialités médicales a rapidement augmenté. En France on recense 15 spécialités médicales cliniques

d'adulte à part entière c'est-à-dire dont l'accès dépend d'un diplôme d'études spécialisées (DES). Il faut y ajouter les "spécialités" ou devrait-on dire "compétences" ou encore "sous-spécialités" pour utiliser la traduction du terme anglo-saxon de *sub-specialty* dont l'accès se fait via le DESC ou diplôme d'études spécialisées complémentaires dont la durée est de 1 à 2 ans après un DES.

Cette multiplication des spécialités s'est faite dans un premier temps par une fragmentation au sein de la Médecine d'adulte. A l'hôpital, il n'existe plus beaucoup, sauf dans certaines régions de France et notamment dans l'Est, de départements de Médecine Interne. C'était la règle autrefois dans tous les hôpitaux. Au sein de ces départements, des unités spécialisées se sont individualisées pour permettre l'application des progrès médicaux. Cette spécialisation allait de pair dans de nombreux cas avec un besoin de recours à un plateau technique spécialisé ou à des moyens thérapeutiques complexes qui justifiaient encore plus l'autonomisation de ces unités qui sont ensuite devenues des services comme ceux de Néphrologie ou de Cardiologie par exemple.

C'est dans ce contexte qu'en 1970 les fondateurs de la Médecine Interne Française, au premier rang duquel se situait le regretté Professeur Claude Laroche, ont eut l'idée d'utiliser le terme de Médecine Interne pour maintenir l'existence d'une Médecine Hospitalière de haut niveau, polyvalente et globale, face à l'éclosion des nouvelles spécialités. Historiquement un autre élément important est à prendre en compte dans la particularité française de la Médecine Interne ; c'est le fait qu'à l'initiative de Fred Siguier et de son école avec en particulier Pierre Godeau, les Internistes se sont particulièrement intéressés à ce que Fred Siguier appelait "les maladies vedettes" ou plus communément aujourd'hui les maladies systémiques ou générales. C'est sur ces bases et dans ce contexte que s'est fondée la Médecine Interne française dans le dernier quart du XX^e siècle. Est-ce à dire que la place relative de la Médecine Interne et des spécialités médicales est clairement et définitivement identifiée? Certainement pas! Ce genre de problème ne peut pas être considéré comme figé à long terme. Les besoins de santé, l'organisation des hôpitaux, les mentalités du public, des médecins, comme celles des politiques et des administrations sont évolutifs. La fragmentation de la médecine en sous-spécialités est loin d'être un processus terminé. On voit se sous-spécialiser les spécialités médicales elles-mêmes. Certains services de Cardiologie ne s'occupent que d'insuffisance coronaire, d'autres uniquement de rythmologie. Tel service de Neurologie ne prend en charge que la pathologie vasculaire, tel autre que les maladies dégénératives du système nerveux... On pourrait multiplier les exemples de ce type. De la rhumatologie sont nées la rééducation, la

médecine physique, la podologie. L'allergologie, la médecine d'urgence, la gériatrie, la médecine vasculaire et d'autres entendent devenir des spécialités médicales à part entière et le réclament tant au plan national qu'europpéen. Cette hyper-spécialisation de la médecine moderne correspond incontestablement à un besoin et à une logique dans le contexte du progrès médical actuel. Mais cette donnée n'affaiblit en rien le concept de Médecine Interne. Bien au contraire, l'existence de cette médecine hyper-fragmentée ne fait que rehausser le besoin d'une prise en charge globale. La Médecine générale y joue incontestablement un rôle majeur au premier niveau, celui de la médecine de famille, de la médecine de prévention, du premier recours. Au-delà, la place de l'Interniste est celle du diagnostic des cas difficiles, de la prise en charge des malades qui doivent être hospitalisés. C'est donc le deuxième recours après la Médecine générale voire le troisième recours après avis d'un spécialiste d'organe. L'Interniste, grâce à sa formation de spécialiste à la fois longue (5 à 7 ans) et pluridisciplinaire, dispose des aptitudes nécessaires pour établir une synthèse dans les situations complexes. Dans les cas si fréquents de polyopathie, c'est à l'Interniste qu'est confié le rôle de coordination et d'harmonisation entre les différents spécialistes.

Le meilleur atout de la Médecine Interne dans le contexte du progrès médical et de la richesse en spécialités et sous-spécialités médicales, c'est le patient lui-même. C'est en effet l'intérêt du patient de pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale et coordonnée de ses problèmes médicaux. A partir d'un certain niveau de complexité cette prise en charge ne peut lui être procurée que par le spécialiste de Médecine Interne.

Ethique de la médecine interne :

rapport avec la prise en charge globale du patient

La médecine interne revendique cette singularité contemporaine de demeurer une médecine de la personne globale. Singularité car c'est devenu un lieu commun de constater l'approche de plus en plus sectorielle du corps au nom d'une efficacité et donc d'une compétence nécessairement limitée à un champ particulier. Cette revendication a dans sa noblesse affiché quelques exigences. Sinon, elle ne se différencierait de la médecine générale que par son activité éventuellement hospitalière et la formation universitaire de ses spécialistes. "Spécialiste" de médecine interne exige en effet de celui-ci :

- De ne pas se comporter en poly ou pluri-spécialiste accumulant les procédures diagnostiques et thérapeutiques des spécialistes d'organes sans discernement.
- De ne pas se jeter sur la dernière information du "New England Journal of Medicine" pour l'appliquer immédiatement sans jugement critique aux malades qu'il suit.
- De ne pas chercher, derrière tout symptôme, sous prétexte qu'il s'agit de son territoire et de sa sphère d'intérêt intellectuel une maladie rare ou "vedette" .

En un mot être spécialiste de médecine interne exige humilité et discernement : humilité d'avoir sans cesse à apprendre, discernement pour ne pas sans cesse évoquer le diagnostic de maladie systémique sous prétexte qu'elle concerne l'ensemble de la personne.

Cette prise en charge globale de la personne suppose au contraire un esprit plus critique qu'encyclopédique. Critique de l'accumulation d'exams inutiles par la perception de la place importante et la fréquence du stress, de l'anxiété, sous toutes ses

formes dans la gestation des symptômes, l'ambivalence des manifestations dites psychosomatiques qui réclament plus de discernement que d'examen. L'Interniste doit être capable par son regard de restituer la personne dans son ensemble, c'est-à-dire prendre en compte les éventuelles conséquences iatrogènes de telle ou telle thérapeutique vasculaire, neurologique, anti-inflammatoire, corticoïde, immunosuppressive, pour privilégier l'équilibre des différentes fonctions et ne pas déséquilibrer la thérapeutique de l'une au détriment de l'autre.

Souvent sollicité par le malade qui a déjà vu un spécialiste d'organe, sur le choix à faire entre différents projets diagnostiques ou thérapeutiques, il se doit de ne pas apparaître comme le plus savant, mais comme celui qui reste attentif à toutes les dimensions de la personne ; certes, tous les médecins, ont a priori cette attention bien sûr à cœur, mais parfois une certaine méconnaissance de ce qui échappe à leur stricte spécialité peut, peut-être, les rendre moins attentifs à cette dimension globale.

Enfin, et ce n'est pas le moindre intérêt, le spécialiste de médecine interne doit être un économiste de la santé au sens éthique du terme, c'est-à-dire relativiser sans cesse les choix les plus rationnels et les moins coûteux dans l'intérêt de la personne mais en même temps de la société, proposer des études prospectives à long terme sur les meilleures stratégies qui respectent l'ensemble de la personne. Il doit être capable d'une écoute extrême plutôt que d'être toujours le chasseur des maladies exceptionnelles. Confronté aux maladies rares ou orphelines, il ne doit pas les envisager avec une fréquence excessive, même si par essence, c'est vers lui que convergent des demandes d'aide au diagnostic pour celles-ci.

A ce titre, l'Interniste reste par son éthique exigeante, un acteur central du système de santé, s'il se veut aussi ambitieux dans son projet de prise en charge globale de la personne que modeste dans sa capacité à vouloir êtreindre l'ensemble de la médecine.

Attentif aux dernières acquisitions scientifiques, il doit davantage rester une mémoire critique de la médecine qu'une bibliothèque ambulante. C'est peut-être dans cette approche clinique, ailleurs devenue presque obsolète, que l'Interniste continue de maintenir une grande tradition éthique du "prendre soin".

De la **tradition clinique** à la **prise en charge** **globale du patient**

L'état d'esprit Interniste

**« Le trop d'expédients peut gâter une affaire : On perd du temps au choix ?
On tente, on veut tout faire. N'en ayons qu'un, mais qu'il soit bon »**

(Le chat et le renard, Jean de la Fontaine, Fables, Livre IX, XIV)

Les Internistes, maîtres de la grande tradition clinique.

Les Internistes sont les chevaliers blancs de la grande tradition clinique. Et rien ne vaut de consulter ces maîtres de la culture médicale pour ces malades en proie à des symptômes aussi fréquents que la douleur, l'asthénie ou la fièvre, et bien d'autres encore, face auxquels l'essentiel réside dans l'enchaînement des démarches suivantes :

- Qualité de l'interrogatoire, avec sa double composante de récit spontané par le malade de sa plainte, en veillant à ne pas l'arrêter trop tôt dans son récit souvent tellement précieux, puis d'interrogatoire orienté en fonction d'hypothèses réfléchies.
- Qualité de l'examen clinique, attentif et complet.
- Qualité de la démarche diagnostique, toujours fondée sur un jugement sûr, au bénéfice d'une demande hiérarchisée et progressive des examens "complémentaires" dont on ne dira jamais assez combien ils doivent le rester, en "complément" de cette approche clinique.

Et quelle magie que de voir la maîtrise des Internistes dans leur art d'apprécier toute la valeur d'un symptôme, mais aussi de savoir faire surgir, d'"accoucher" tel symptôme masqué, oublié par le malade car jugé a priori sans importance, ou encore de savoir déceler avec soin, expérience et talent, ces signes d'examen, parfois discrets, mais de grande valeur sémiologique pour un clinicien averti.

Les Internistes, défenseurs d'une médecine holistique.

Oui, la Médecine Interne est l'ultime rempart contre l'atomisation de la médecine, celle-là même qui menace les malades d'une parcellisation "multi-mono-organique" excessive.

Sans contester un instant l'inestimable apport de l'hyperspécialisation, si souvent salvatrice, et que tour à tour l'opinion magnifie et vilipende, force est de constater combien le malade demande à ce que soit respectée son identité de personne "globale" menacée par la maladie dans son être physique et psycho-affectif. Les Internistes, comme les thérapeutes, sont engagés dans ce combat pour une médecine holistique, fondée sur le respect de l'unicité et de l'intégrité de l'Homme souffrant, malade, handicapé.

Les Internistes, orfèvres dans l'art de la décision thérapeutique optimale et personnalisée.

Et qu'en est-il de la qualité de la décision thérapeutique, finalité de la médecine et cependant science et art difficiles s'il en est? L'Interniste est, à n'en pas douter, un des plus pertinents pour décider du meilleur traitement : par son savoir scientifique, toujours très étendu, mais aussi par son expérience clinique et in fine par cet "esprit médecine interne", art de personnaliser chaque décision et chaque prescription à chaque malade, à chaque moment de sa maladie, en tenant compte de son contexte physiopathologique, mais aussi socio-psychologique et environnemental. Ce contexte qui conduira à privilégier telle stratégie chez tel malade, ne serait-ce que pour en favoriser, par exemple, l'observance, clef de son succès.

Les Internistes, chefs d'orchestre de la chaîne des soins.

L'enjeu de la qualité médicale impose enfin de déjouer les pièges des accidents thérapeutiques, notablement sous-estimés et cependant si souvent évitables. Mais à trois conditions : que l'indication du traitement soit bien posée, que sa surveillance soit irréprochable, mais aussi que la chaîne de soins soit bien orchestrée. Or, l'Interniste est bien le chef d'orchestre idéal de tout traitement complexe, notamment lorsqu'il est prescrit chez un malade à risques. Car l'Interniste sait hiérarchiser l'indispensable de l'accessoire, déterminer la bonne dose et la bonne durée de chaque médicament, en n'omettant pas de "déprescrire" ceux devenus inutiles ou inutilement dangereux.

**“L'esprit médecine interne” condition indispensable
d'un enseignement et d'une recherche clinique de qualité.**

Pour toutes les raisons précitées, il n'est pas de bonne formation médicale, initiale et continue, sans cet “esprit médecine interne”, sans lequel la médecine irait à sa perte, faute du sens clinique nécessaire à la prise en charge optimale des malades.

De même, toute recherche clinique de qualité, seule réellement utile aux malades, impose le concours de cet “esprit médecine interne” de la part de tous les cliniciens concernés.

Ainsi, à maints égards, les Internistes sont les garants de la qualité de la médecine et donc de l'éthique médicale, en cela même qu'ils sont les défenseurs de cette prise en charge holistique des malades, si profondément souhaitée.

Il n'est pas étonnant, dès lors, que les relations entre la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI) et l'Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET) aient toujours été au beau fixe, au bénéfice de collaborations multiples, efficaces et toujours confiantes.



État de

la Médecine

Interne

en France

La Médecine Interne et le **secteur privé**

De nombreux Internistes comme d'autres médecins spécialistes exercent en dehors du secteur public (Centres Hospitaliers Universitaires ou non) dans le secteur "privé" de la santé, qu'il s'agisse du secteur libéral ou du secteur privé non lucratif participant au Service Public (PSPH). Il faut rappeler à cet égard que le secteur privé assure plus de la moitié de la prise en charge de la population française.

1) La Médecine Interne libérale

La place et le rôle des Internistes libéraux se sont modifiés au cours des cinquante dernières années.

a) Modes d'exercice

Initialement l'Interniste était le "consultant des consultants" exerçant le plus souvent de façon mixte à l'hôpital le matin et en clientèle libérale l'après-midi en clinique ou en cabinet privé. Au moment de la création du temps plein hospitalier s'est créée une sorte de dichotomie entre la médecine interne libérale "de ville" et la médecine hospitalière. L'Interniste libéral exerce en cabinet privé parfois au sein d'un cabinet de groupe ou dans une clinique privée. Au sein de cette clinique il assume parfois le rôle de responsable de l'unité de médecine. Cette fonction est difficile car il y est seul contrairement à ses collègues hospitaliers entourés d'assistants, d'internes et d'externes et nous verrons que sa rémunération est mal assurée. L'Interniste libéral garde le plus souvent une attache forte avec le secteur hospitalier, qu'il soit public ou privé, ce qui le différencie du médecin Généraliste dont la formation et le fonctionnement sont tournés vers la consultation extra hospitalière. Il est ainsi susceptible d'utiliser et d'offrir à ses correspondants et à ses patients un plateau technique hospitalier d'exploration et de traitement.

Une dernière forme d'exercice de la médecine interne libérale réside dans la consultation privée en secteur hospitalier public, une ou deux demi-journées par

semaine effectuées par les médecins des hôpitaux à qui l'hôpital fournit les locaux de consultation moyennant une redevance d'honoraires.

L'Interniste quel que soit son mode d'exercice est toujours resté le médecin de recours appelé par ses pairs Spécialistes ou Généralistes pour débrouiller et arbitrer une situation médicale complexe. La médecine libérale ne saurait se priver de ce professionnel.

b) Rôle et place de l'Interniste

Lorsque les spécialités médicales furent créées, souvent à partir de la médecine interne, celle-ci est apparue clairement comme une spécialité à part entière, mais la juridiction ordinale acceptait initialement d'accorder, dans certaines circonstances de qualification, une compétence secondaire à certains Internistes. Ceci leur permettait à côté de leur spécialité-mère d'exercer une autre spécialité qu'il s'agisse de la cardiologie, de la rhumatologie, de l'endocrinologie ou des maladies infectieuses et même de la gastro-entérologie pour ne citer que les plus importantes. Ces passerelles permettaient à l'Interniste d'élargir son champ de compétences et de disposer des revenus plus rémunérateurs d'une spécialité qui pouvait "coter des actes" alors que l'acte intellectuel de médecine interne ne repose que sur la consultation dont le contenu et la juste rémunération n'ont jusqu'ici jamais été clairement évalués et rémunérés. L'existence de ces passerelles rendait très attractive notre spécialité. Néanmoins son fort ancrage hospitalier pouvait inquiéter un jeune médecin et le faire hésiter à franchir le pas du libéral sans bénéficier de l'apport financier lié à la pratique d'actes techniques référencés. Pour les hospitaliers, des passerelles représentaient un intérêt majeur dans nombre d'hôpitaux généraux incapables de multiplier les services de spécialités grâce à la création de services de "médecine à orientation..." en général coordonnés par un Interniste sachant s'entourer de spécialistes d'organe.

Avec la naissance des DES en 1984 l'exercice des spécialités est devenu exclusif en dehors des DES "C" (oncologie, maladies infectieuses, médecine vasculaire, gériatrie) mais ceux-ci n'ont pas vocation à créer des spécialités d'exercice. Cette exigence d'exercice exclusif des spécialités sans extension à des activités voisines a pu contribuer à éloigner de nombreux internes de la Médecine Interne en général et de son exercice libéral en particulier.

Puissent l'influence de l'Europe, les conséquences dramatiques du déficit de démographie médicale, le désir de favoriser les échanges avec les autres spécialités – dont la médecine générale – permettre à l'Interniste français de retrouver la double spécialité d'antan, plus conforme à l'esprit de la Médecine Interne et aux besoins de santé publique.

C'est ce qui semble se dessiner puisqu'un arrêté récent paru au Journal Officiel du 21 mars 2004 donne à nouveau aux instances ordinaires la possibilité de qualifier en Médecine Interne des médecins issus d'autres spécialités à condition qu'ils répondent à certains pré-requis.

c) Démographie des Internistes libéraux

L'impossibilité d'exercer une compétence parallèlement à la spécialité de médecine interne, les difficultés financières des médecins du secteur 1 détournent les jeunes spécialistes de l'exercice libéral de la médecine interne. Ceci risque de la priver d'un mode d'exercice essentiel de la médecine française : la médecine libérale. Le tableau 1 illustre l'évolution des effectifs des médecins libéraux. Un grand nombre des Internistes comptabilisés est issu de l'ancienne organisation des spécialités et profite encore d'une compétence. Ils sont sur-représentés et faussent certainement la réalité des chiffres. La médecine interne est la spécialité dont l'effectif a le plus baissé entre 2000 et 2001 (-2,8%) avec son alter ego, la pédiatrie (-1,3%) ; même constat entre 1990 et 2001 (-1,1%) si on excepte la neuro-psychiatrie (qui a disparu). Les Internistes libéraux étaient au nombre de 626 en 2001.

Si l'on considère les médecins libéraux actifs à part entière (APE) c'est-à-dire hors PH temps partiel et temps plein, hors médecins ayant cessé ou commencé leur activité libérale en cours d'année et en excluant ceux de plus de 65 ans, l'effectif des Internistes est de 390 et reste globalement stable sur 15 ans (+ 0,2%).

d) Répartition des effectifs des Internistes libéraux par secteur conventionnel

Au 31/12/2003, sur 626 médecins, 6 n'étaient pas conventionnés (secteur 3) et parmi les 620 médecins conventionnés, 72 bénéficiaient du droit au dépassement permanent (DP) en raison de leur notoriété : ce corps est en extinction car le DP a disparu et ces médecins sont en passe de prendre leur retraite. 270 Internistes exerçaient en secteur 1 et 278 en secteur 2 (source : CNAMTS/SNIR 2001).

Parmi eux, il est probable que ceux qui exercent exclusivement la médecine interne (sans compétence de cardiologie, rhumatologie, endocrinologie...) soient moins de cent cinquante. Dans ces conditions, il est compréhensible que ces médecins ne constituent pas un groupe de pression très percutant. Qui se soucierait d'une grève des Internistes libéraux ? Bien que le SYNDIF qui a à cœur de les représenter et de les défendre soit "poliment" reçu par les grands syndicats médicaux, il ne pèse pas

bien lourd au moment des votes de bureau, fort de quelques mandats de cotisants, dérisoires par rapport à la masse des cardiologues, dermatologues, neurologues ou autres spécialistes bien représentés dans le secteur libéral.

e) Evolution des honoraires totaux par Médecin actif à part entière (APE)

Le tableau II indique que les honoraires des Internistes se situent à un niveau “honorable” (130177 F en 2001) par rapport à ceux d’autres spécialités cliniques comme l’endocrinologie, la pédiatrie ou la rhumatologie mais au-dessous de la moyenne des spécialistes (150715). Ce chiffre traduit mal la réalité des faits et surestime la rémunération de notre spécialité qui ne dispose pas d’acte technique et dont les praticiens exercent pour moitié en secteur 1, secteur dont les honoraires n’ont pas été réévalués depuis plus de dix ans. Nous avons vu par ailleurs que la majorité des Internistes exercent encore avec une compétence d’exercice qui leur permet de consolider leurs revenus ce qui n’est plus possible pour les plus jeunes qui ont une exclusivité d’exercice souvent en secteur 1.

Par ailleurs la rémunération des Internistes qui travaillent en clinique privée et assurent la prise en charge des patients hospitalisés dans le secteur de médecine est mal évaluée et ne correspond pas au travail fourni, qui est comparable à celui des médecins hospitaliers.

Puissent la refonte de la nomenclature des actes médicaux (consultation) et la future tarification à l’activité (T2A) valoriser et prendre en compte la réelle activité clinique intellectuelle des Internistes et les pluri-pathologies qui constituent la base de l’activité professionnelle des Internistes.

2) Les Internistes des Hôpitaux PSPH

a) Les hôpitaux privés participant au service public représentent une part importante et originale de l’hospitalisation en France. Par exemple, en 2001 on dénombrait 1010 établissements publics, 1151 établissements privés commerciaux dits “lucratifs” et 891 établissements privés non lucratifs dont 572 PSPH.

Ceux-ci représentent 52 637 lits d’hospitalisation en France auxquels s’ajoutent 8691 places ambulatoires. 13 720 médecins travaillent dans ces hôpitaux.

Leur gestion est privée, indépendante et est assurée par une Direction Générale sous le contrôle et l’impulsion d’un conseil d’administration et est, comme dans le secteur public assurée par le budget global hospitalier. Ils dépendent souvent d’une fondation privée, d’une association loi 1901 ou d’une mutuelle.

Leur indépendance leur assure cependant une réactivité importante et une forte adaptabilité aux changements ce qui permet à nombre d'entre eux de figurer parmi les établissements les plus efficaces et les plus compétitifs du paysage hospitalier français.

Malgré de nombreux regroupements la majorité d'entre eux a une taille modeste, humaine.

b) Place des Internistes dans les PSPH

Ils sont salariés et n'exercent pas d'activité privée dans l'établissement. Leur salaire est le plus souvent calqué sur une convention collective. Il est en général supérieur en début d'exercice à celui du public.

Leur organisation est la même que dans l'hôpital public mais reste soumise au droit privé et les médecins n'ont pas les avantages du fonctionariat public.

Les Internistes sont "temps plein" ou souvent "temps partiel" ; consultants dans un service de spécialité ou organisés au sein d'un **véritable service de Médecine Interne** comparable à ceux des secteurs public et universitaire.

Dans chaque établissement la place de la médecine interne, plus ou moins importante selon les endroits, est déterminée par le projet d'établissement établi par la commission médicale d'établissement dont l'avis consultatif est soumis à la direction et au conseil d'administration.

De nombreux services participent à l'enseignement de la médecine interne recevant étudiants hospitaliers, résidents de médecine générale et internes de spécialité. Des Praticiens Universitaires travaillent dans nombre d'entre eux, souvent comme chef de service.

Beaucoup d'entre eux sont impliqués dans des actions de recherche clinique parfois financées par des fonds privés.

La démographie des Internistes dans ces établissements pourtant regroupés au sein d'une fédération (la FEHAP) est difficile à établir en raison de leur disparité. Une action de coordination et de recensement des Internistes serait souhaitable.

Evolution des effectifs de médecins libéraux

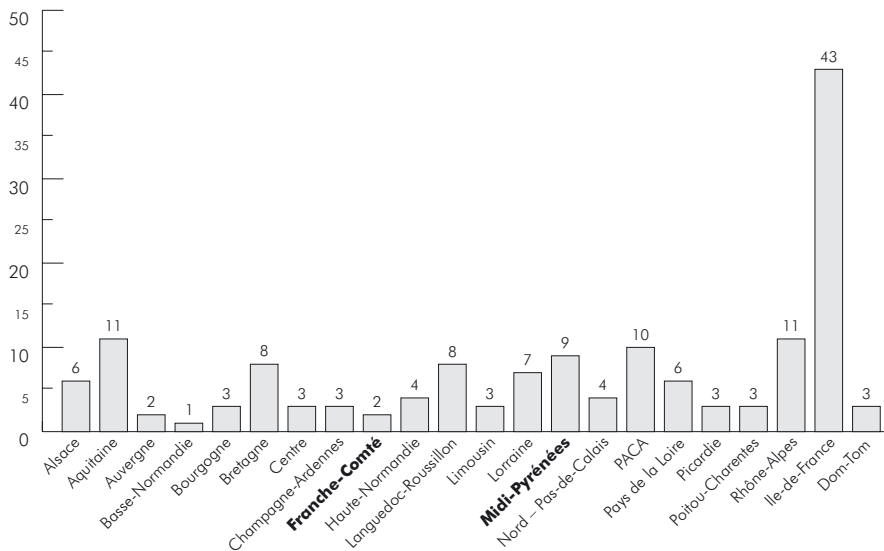
	Effectifs au 31 décembre						TCAM en %		
	1980	1985	1990	1995	2000	2001	00-01	90-01	85-01
Généralistes	40047	46324	51197	53765	54272	54432	+0,3	+0,6	+1,0
MEP	4076	6143	6962	6806	6551	6517	-0,5	-0,6	+0,4
Total omnipraticiens	44 123	52 467	58 159	60 571	60 823	60 949	+0,2	+0,4	+0,9
Anesthésie	2149	2430	3089	3310	3304	3296	-0,2	+0,6	+1,9
Cardiologie	2180	2736	3465	3801	3949	3981	+0,8	+1,3	+2,4
Chirurgie *	3610	3536	3681	3683	3453	3419	+1,0	-0,7	-0,2
Dermato-vénérologie	1470	2081	2895	3209	3279	3277	-0,1	+1,1	+2,9
Radiologie	2968	3507	4529	4890	5164	5234	+1,3	+1,3	+2,5
Gynéco-obstétrique*	3158	4225	5637	5856	5661	5635	-0,5	0,0	+1,8
Appareil digestif*	1162	1335	1850	2021	2099	2098	0,0	+1,2	+2,7
Médecine Interne	742	632	709	719	844	626	-2,8	-1,1	-0,1
Neuro-chirurgie*	86	64	105	134	134	134	0,0	+2,2	+4,7
O.R.L.*	1853	2082	2394	2413	2331	2332	0,0	-0,2	+0,7
Pédiatrie	2322	2552	3080	3145	2911	2874	-1,3	-0,6	+0,7
Pneumologie	716	797	1043	1099	1123	1120	-0,3	+0,6	+2,1
Rhumatologie	1240	1517	1916	1945	1892	1891	-0,1	-0,1	+1,4
Ophthalmologie*	2751	3504	4513	4618	4542	4561	+0,4	+0,1	+1,7
Urologie*	171	235	286	340	437	465	+6,4	+4,5	+4,4
Neuro-psychiatrie*	1652	1342	1165	899	555	521	-6,1	-7,1	-5,7
Stomatologie*	1196	1346	1534	1394	1213	1192	-1,7	-2,3	-0,8
R.R.F.	365	516	740	700	616	613	-0,5	-1,7	+1,1
Neurologie	124	236	492	616	737	751	+1,9	+3,9	+7,5
Psychiatrie**	1695	3060	4761	5688	5961	5993	+0,5	+2,1	+4,3
Néphrologie	88	110	187	235	267	277	+3,7	+3,6	+5,9
Anapath.	-	-	461	610	675	708	+4,9	+4,0	-
Chirur. orthopédique	-	-	683	1076	1520	1578	+3,8	+7,9	-
Endocrinologie	-	-	440	574	704	717	+1,8	+4,5	-
Total spécialistes	31 698	37 873	49 655	52 975	53 171	53 293	+0,2	+0,6	+2,2
<i>Dont :</i>									
Spé. médicales	15526	18479	24896	26874	27364	27463	+0,4	+0,9	+2,5
Chirurgicales*	12825	14992	18833	19514	19291	19316	+0,1	+0,2	+1,6
Psychiatriques**	3347	4402	5926	6587	6516	6514	0,0	+0,9	+2,5
Total médecins	75 821	90 340	107 814	113 546	113 994	114 242	+0,2	+0,5	+1,5

Evolution des honoraires totaux par médecin actif à part entière (APE)

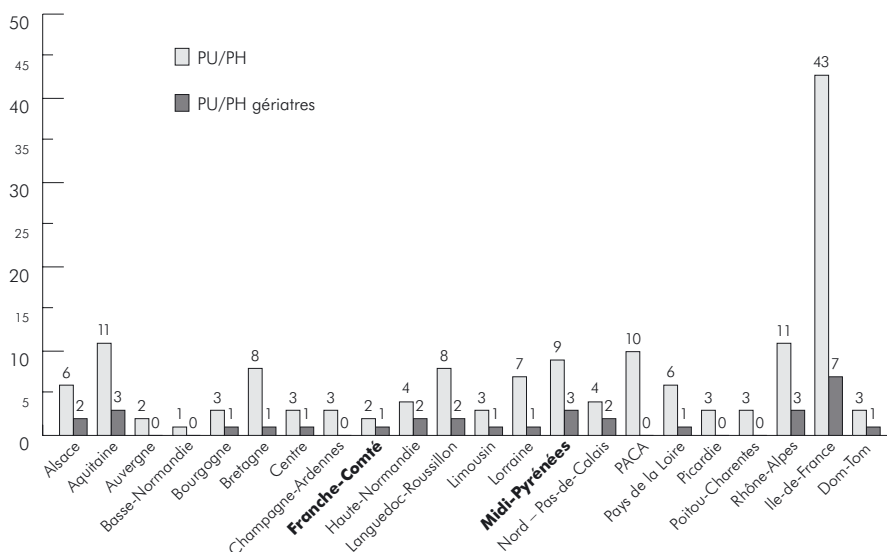
en euros	1985	1990	1995	2000	2001	honoraires médians 2001	TCAM %		
							00-01	90-01	85-01
Généralistes	64 407	78 075	92 896	105 700	107 471	103 907	+1,7	+2,8	+3,2
MEP	58 975	73 773	88 474	103 327	107 306	96 265	+3,9	+3,4	+3,7
Total omnipraticiens	63 805	77 570	92 404	105 449	107 454	103 229	+1,9	+2,9	+3,2
Anesthésie	103 353	142 528	182 855	204 403	210 819	206 747	+3,1	+3,5	+4,5
Cardiologie	98 883	136 048	159 121	189 914	197 003	176 472	+3,7	+3,3	+4,3
Chirurgie *	126 090	165 095	190 231	209 205	215 463	201 250	+3,0	+2,3	+3,3
Dermato-vénérologie	70 798	91 778	106 380	115 329	120 478	110 697	+4,5	+2,4	+3,3
Radiologie	287 006	375 222	381 015	465 442	480 432	451 156	+3,2	+2,2	+3,2
Gynéco-obstétrique *	94 966	111 372	126 270	145 548	149 743	127 836	+2,9	+2,6	+2,8
Appareil digestif *	110 026	131 539	150 650	165 735	168 755	162 296	+1,8	+2,2	+2,6
Médecine Interne	76 927	106 733	134 449	146 146	149 123	130 177	+2,0	+3,0	+4,2
Neuro-chirurgie *	108 348	208 456	235 880	255 705	260 285	248 918	+1,8	+1,9	+5,6
O.R.L. *	89 080	114 248	134 110	152 808	157 676	149 459	+3,3	+2,8	+3,5
Pédiatrie	58 859	74 979	91 399	103 935	108 329	99 683	+4,2	+3,2	+3,8
Pneumologie	75 246	96 757	122 734	136 537	137 980	132 856	+1,1	+3,1	+3,8
Rhumatologie	76 269	90 578	109 484	125 174	127 738	113 897	+2,0	+3,1	+3,2
Ophthalmologie *	92 113	117 908	151 670	181 886	191 371	164 514	+5,2	+4,4	+4,6
Urologie *	117 183	181 376	209 571	222 268	228 760	220 056	+2,9	+2,0	+4,2
Neuro-psychiatrie *	71 307	81 818	89 282	97 536	100 433	89 122	+3,0	+1,8	+2,1
Stomatologie *	96 726	133 726	169 869	193 019	203 319	184 012	+5,3	+3,7	+4,6
R.R.F.	84 756	96 851	117 492	129 312	134 656	113 602	+4,1	+2,9	+2,8
Neurologie	83 937	97 404	113 564	130 378	133 303	124 440	+2,2	+2,8	+2,9
Psychiatrie **	49 618	65 967	82 674	94 864	98 172	85 129	+3,5	+3,6	+4,3
Néphrologie	134 373	136 580	175 863	189 443	181 489	190 968	-4,2	+2,5	+1,8
Anapath.	-	229 660	268 138	291 190	291 957	269 393	+0,3	+2,1	-
Chirur. orthopédique	-	203 852	224 599	245 453	252 766	242 107	+3,0	+1,9	-
Endocrinologie	-	57 626	73,699	84 376	90 652	82 252	+7,4	+4,1	-
Total spécialistes	107 002	136 338	157 932	184 816	191 292	150 715	+3,5	+3,0	+3,6
Total médecins	81 175	103 434	121 545	140 680	144 657	116 272	+2,8	+3,0	+3,6

Résultats

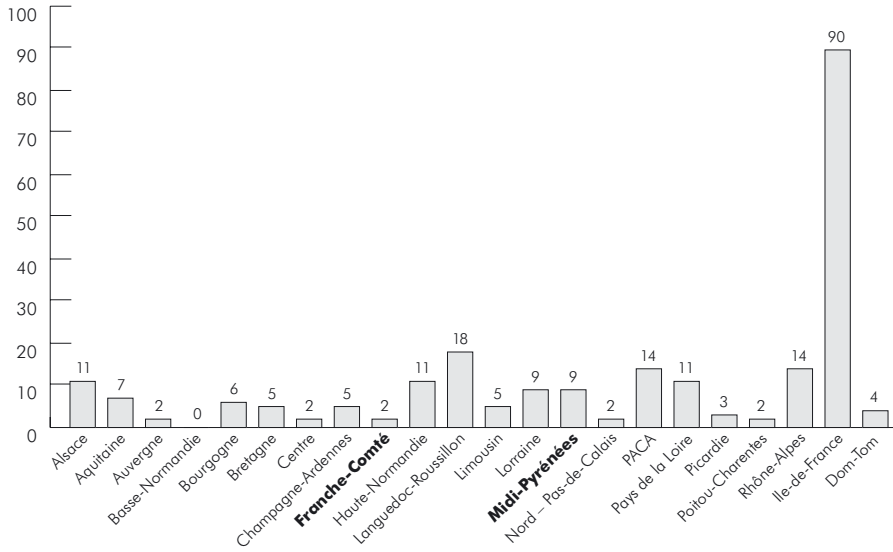
PU/PH (153)



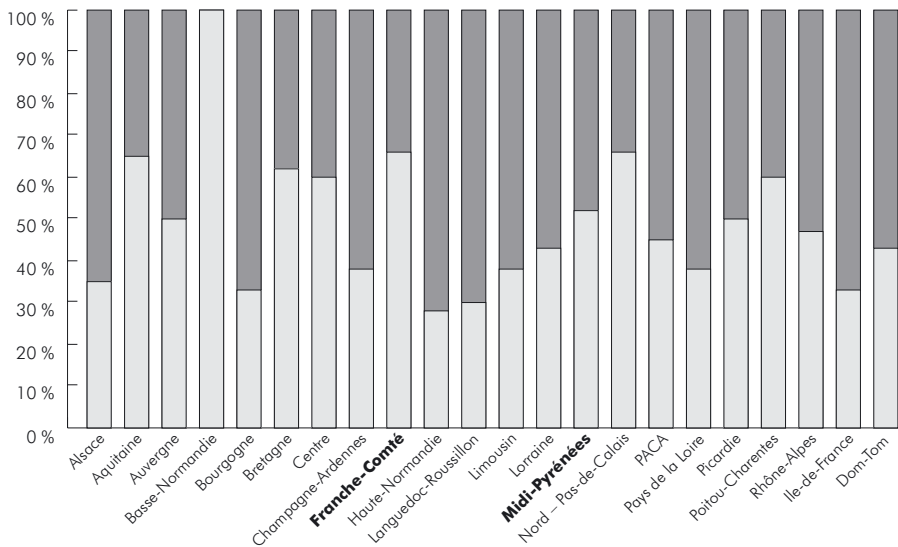
PU/PH (153) dont Gériatres (32)



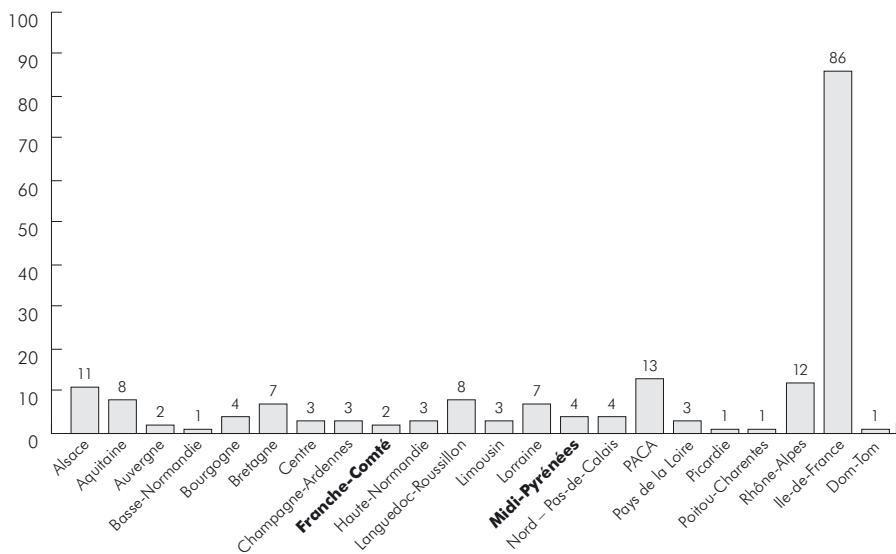
CHU : PH (128 + 90?), PHU (11) et MCU/PH (3)



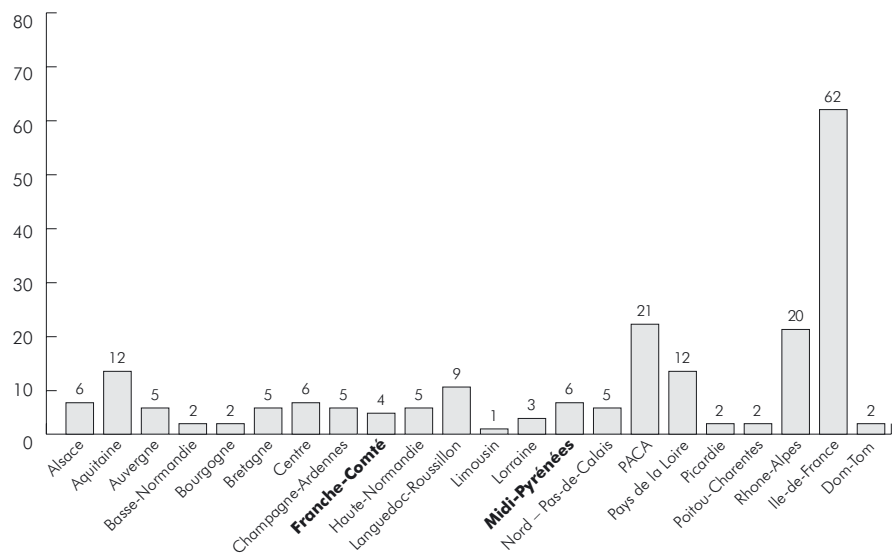
CHU : PU/PH (153) et PH (218)



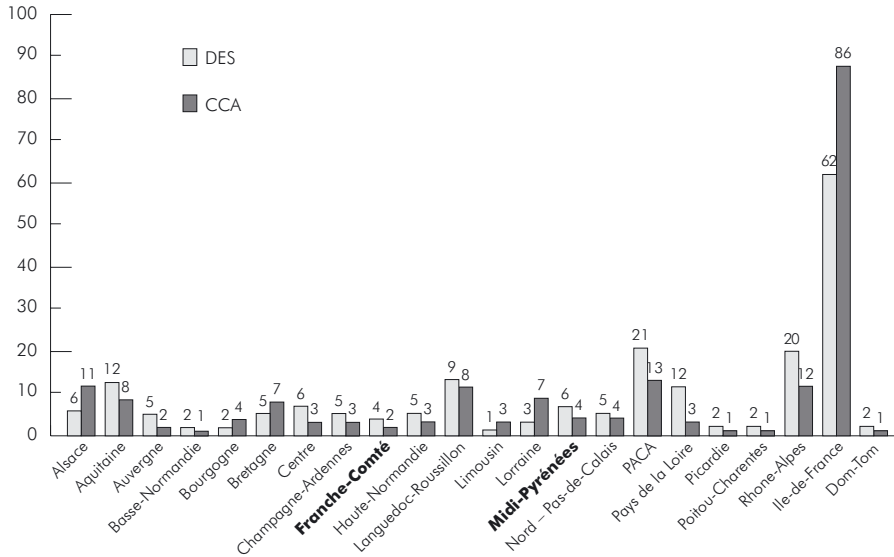
CCA (101 + 86 ?)



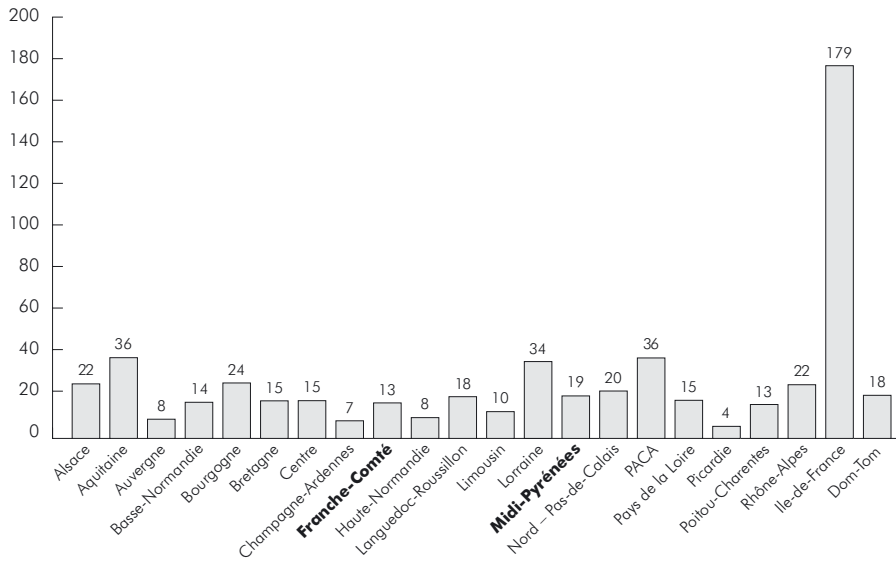
DES (197)



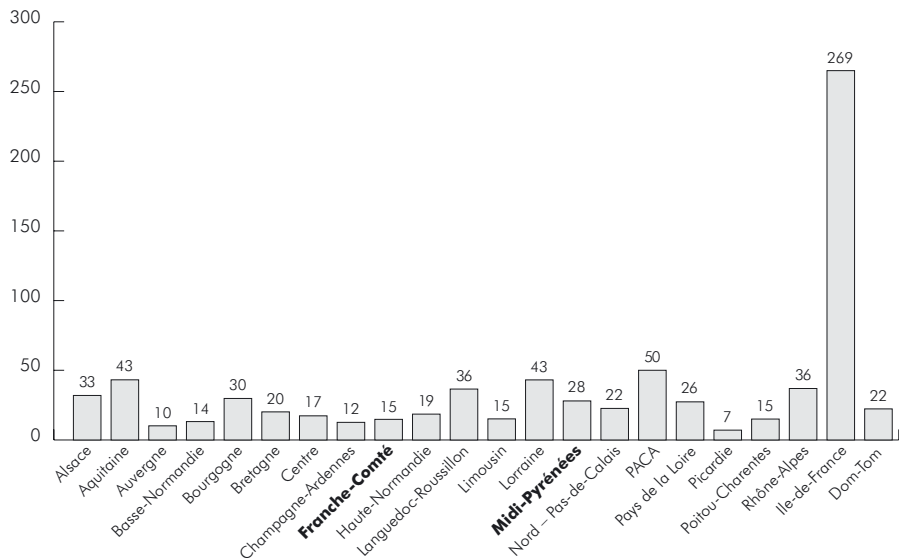
DES (197) et CCA (101 + 86 = 187 ?)



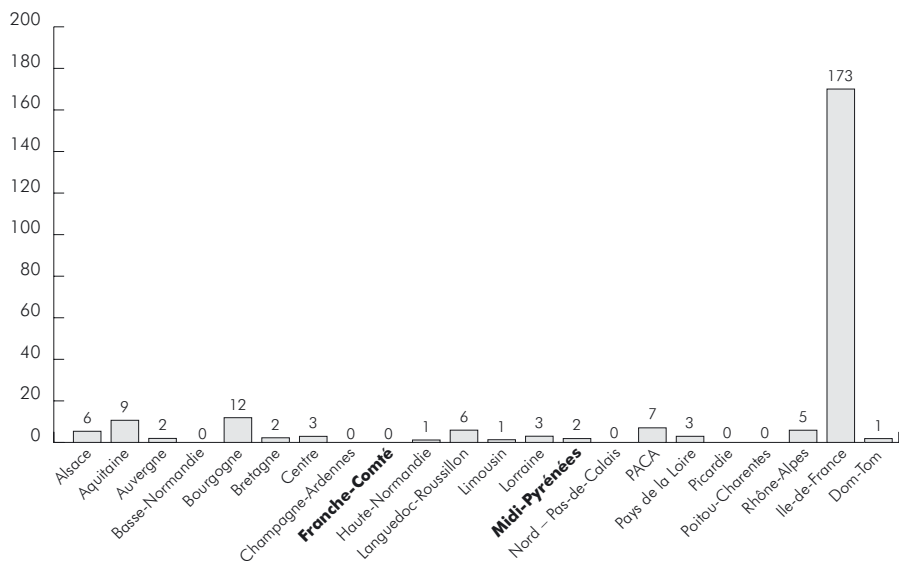
CHG : PH (371 + 179 ?)



PH en CHU (218), PH en CHG (550), PHU (11) et MCU/PH (3)

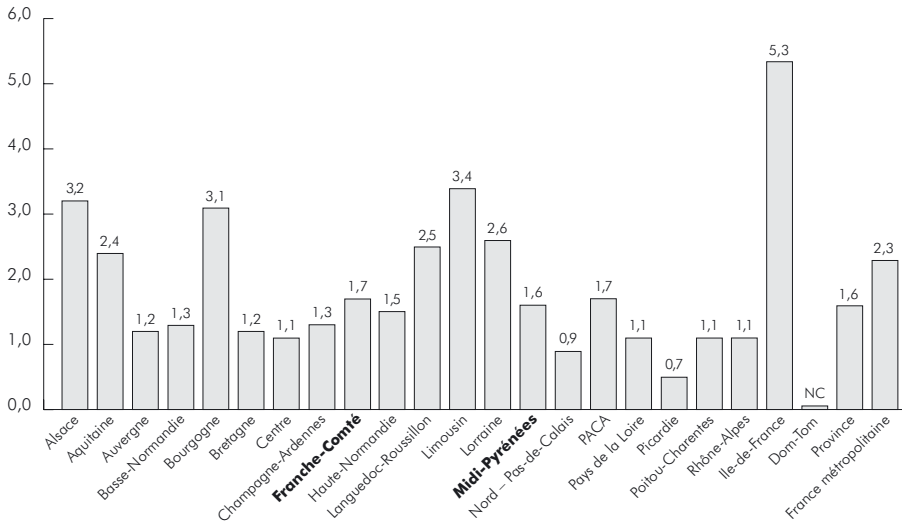


Libéraux (63 + 173?)

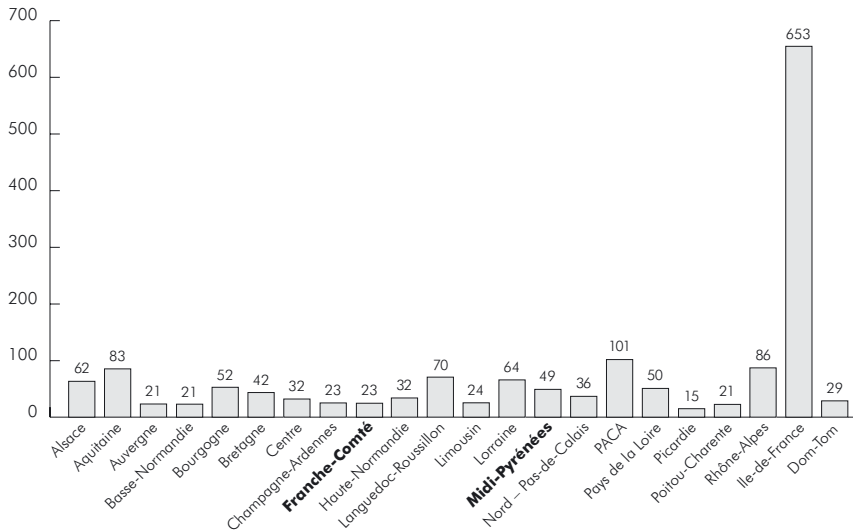


Nombre d'Internistes seniors pour 100.000 hab.

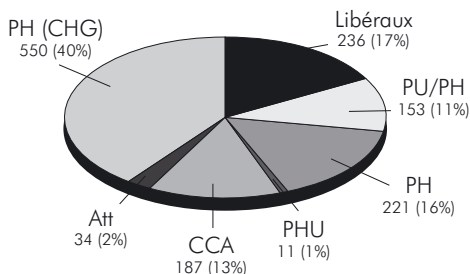
- Province : variation de 0,7 à 3,4 int/10⁵ habitants
(Moyenne : 1,7 int/10⁵ habitants)
- Paris / Ile-de-France : 5,3 int/10⁵ habitants)



Les Internistes de France (936 + 653? = 1589), DES compris (197)



Les Internistes seniors par fonction (1392)



Conclusion et perspectives

Conclusion

CHU

- PU/PH :

- Province : résultats exhaustifs (110).
- Ile-de-France : résultats exhaustifs (43).

- PH, PHU, MCU/PH :

- Province : résultats exhaustifs (142).
- Ile-de-France : résultats non exhaustifs (90).

- CCA :

- Province : résultats exhaustifs (94).
- Ile-de-France : résultats non exhaustifs (86).

- DES :

- Province : résultats exhaustifs (135).
- Ile-de-France : résultats exhaustifs (62).

CHG

- PH :

- Province : résultats exhaustifs (371).
- Ile-de-France : résultats non exhaustifs (179).

Libéraux

- Province : résultats exhaustifs (63).
- Ile-de-France : résultats non exhaustifs (173).

Récapitulatif

Internistes	PU/PH	PH	MCU/PH	PHU	CCA	Att	DES	PH(CHG)	Libéraux
Province & Dom/Tom	110	132	3	7	101	14	135	371	63
Ile-de-France Paris	43	86 ?	0	4	86 ?	20	62	179 ?	173 ?
TOTAL	153	218	3	11	187	34	197	550	236

1589 Internistes recensés (dont 936 en province)

La Médecine Interne dans les **hôpitaux** **des armées**

I – Les Hôpitaux des Armées.

La mission dévolue au Service de santé des armées (SSA) est le soutien sanitaire des forces armées. Celui-ci s'étend depuis la mise en condition des unités sur le territoire jusqu'au soutien des forces projetées sur les théâtres d'opérations où la France est engagée dans des missions d'interposition ou de maintien de la paix.

Les actions du service doivent répondre aux critères de qualité et aux règles de bonnes pratiques qui prévalent en santé publique. Il en va bien entendu ainsi de sa composante hospitalière. Conçu et dimensionné pour répondre au contrat opérationnel fixé par le ministre de la Défense, l'ensemble hospitalier militaire possède une capacité de 3200 lits répartis sur 9 hôpitaux d'instruction des armées (HIA) en métropole et un centre hospitalier des armées à Djibouti.

La garantie d'un maintien des compétences techniques du personnel implique une activité quotidienne soutenue et diversifiée. Elle est assurée par le concours au service public hospitalier selon les termes de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale. La disparition de la traditionnelle clientèle d'appelés a entraîné une évolution des activités, plus orientées vers les soins au profit d'une clientèle de proximité, et une profonde modification de la physionomie des hôpitaux des armées : sans renier leur mission de soutien des forces, ces derniers la servent désormais dans un cadre renouvelé de partenariat avec le service public, en adoptant les modes de financement et de fonctionnement des autres établissements de soins et la nécessaire démarche d'accréditation.

II - La médecine interne dans les Hôpitaux des Armées.

Dans les 9 HIA, il y a un ou deux services de médecine interne, dans lesquels les activités habituelles de notre spécialité, mais également des activités plus originales, sont exercées.

A – Activités traditionnelles :

1 – Prise en charge diagnostique des états pathologiques sans signes d'orientation vers une affection d'organe.

2 – Coordination de la gestion de situations complexes mettant en cause plusieurs pathologies d'organe et en particulier leurs thérapeutiques spécifiques : l'Interniste des hôpitaux des armées est le médecin auquel s'adressent naturellement les spécialistes d'appareil en cas de polyopathie difficile à cerner et à traiter.

3 – Les maladies systémiques (vascularites, connectivites, granulomatoses, maladies de surcharge...), maladies nobles et "vedettes" ne représentent qu'une activité limitée, assurée en réseau avec les services spécialisés des CHU.

4 – 8 HIA sur 9 disposent d'un service d'accueil des urgences (SAU) et le dernier d'un service de garde polyvalente. La place des Internistes est essentielle : consultations quotidiennes en cas de situations complexes et hospitalisations fréquentes dans leurs services : selon les HIA, 10 à 20 % des patients hospitalisés après passage par le SAU le sont dans les services de médecine interne.

5 – Les activités d'enseignement occupent enfin une place importante : elles concernent la formation initiale et continue des médecins des armées et différentes actions menées dans le cadre hospitalo-universitaire. La majorité des Internistes des hôpitaux des armées est membre de la SNFMI, témoignant de la nécessité d'échanges réguliers avec le milieu scientifique et hospitalier civil. Les activités de recherche clinique représentent un pôle d'avenir.

B – Activités particulières :

1 – La capacité des hôpitaux des armées (comprise entre 211 et 436 lits) n'autorise pas la présence de toutes les spécialités médicales dans des services autonomes au recrutement incertain, artificiellement soutenus et sources de dépenses inutiles. Comme les hôpitaux généraux, les services de médecine interne des HIA ont donc vocation à assumer la majorité des situations courantes relevant de nombreuses spécialités associées : endocrinologie et diabétologie, rhumatologie, pathologie vasculaire par exemple. Deux spécialités sont particulièrement représentées :

– Les maladies infectieuses représentent un pôle traditionnel de compétence des médecins militaires. Les services de médecine interne assurent la prise en charge des maladies infectieuses et tropicales qui représentent pour certains services leur activité principale. 5 HIA possèdent un centre de consultation de médecine des voyages.

– La cancérologie est une activité en expansion depuis quelques années. Dans la plupart des HIA, elle est assurée par des spécialistes de médecine interne, titulaires du DESC de cancérologie. La prise en charge des patients se fait naturellement dans le cadre des réseaux régionaux en cancéro-hématologie.

Cette mission de complémentarité fonctionnelle de la médecine interne vis-à-vis de ces différentes spécialités (Tableau I) permet une souplesse et une efficacité dans l'organisation des soins.

2 – La présence des Internistes sur les théâtres d'opérations extérieures est certes moins importante que celle des chirurgiens et des anesthésistes-réanimateurs : ils sont cependant fréquemment détachés en Centre-Europe, Asie ou Afrique intertropicale pour des missions de 2 à 4 mois passionnantes au plan humain et professionnel.

3 – Les expertises et les décisions concernant l'aptitude au service représentent enfin un aspect particulier du travail des spécialistes hospitaliers militaires. Leur connaissance de la spécificité du milieu militaire et de la grande majorité des états pathologiques explique la désignation fréquente des Internistes militaires comme experts.

III - Les spécialistes en médecine interne des Hôpitaux des Armées.

A – Le recrutement des Internistes militaires est obtenu par une filière spécifique : la formation initiale des médecins des armées est faite dans les écoles de Bordeaux et de Lyon et les facultés de médecine de ces deux villes. Les assistants sont nommés par concours et suivent la formation du DES choisi : pour les 6 derniers concours, la médecine interne a représenté 18,5% des postes de spécialités médicales ouverts. La majorité des assistants en médecine interne valide un DESC (le plus souvent cancérologie, médecine vasculaire ou maladies infectieuses). Après l'obtention du DES, les médecins sont nommés, sur concours, spécialistes des hôpitaux des armées. Le titre de professeur agrégé est également attribué sur concours comportant épreuve de titres, leçons et épreuves cliniques. La présence de professeurs des universités dans les jurys de ces différents concours garantit leur valeur.

La modification du 3^e cycle des études médicales va entraîner une modification de la première étape de cette formation : les élèves des écoles de Lyon et Bordeaux

passeront, comme leurs camarades civils, l'examen national classant qui déterminera, en fonction de leur classement, leur future spécialité et l'HIA d'affectation.

B – La professionnalisation des armées a cependant nécessité de nouvelles voies de recrutement, permettant l'ouverture des hôpitaux des armées aux médecins civils :

1 – L'accueil d'internes civils de spécialité et de résidents en médecine générale est désormais possible : plusieurs d'entre eux effectuent actuellement un semestre hors CHU dans les HIA. Cette possibilité réglementaire se heurte cependant à la pénurie générale en internes et résidents.

2 – Les médecins spécialistes civils peuvent enfin signer un engagement contractuel avec le service de santé des armées : ces engagements renouvelables pendant 10 ans permettent aux médecins intéressés d'exercer leur activité professionnelle dans des hôpitaux performants dotés de plateaux techniques modernes. 39 médecins spécialistes recrutés selon ce statut (dont un Interniste) exercent dans les HIA au 1er juin 2003.

La médecine interne représente un pôle important d'activité et un atout certain pour les hôpitaux des armées. La nécessaire réorganisation liée à la professionnalisation des armées rapproche le fonctionnement de nos services de celui du service public auquel ils assurent désormais leur concours : les nouvelles modalités de recrutement des spécialistes hospitaliers militaires méritent enfin d'être mieux connues.

Tableau I :

Spécialisations des services de médecine interne des Hôpitaux des Armées.

HIA – Ville	Médecine interne	Pathologie Infectieuse	Cancérologie	Endocrinologie Diabétologie	Rhumatologie	Pathologie Vasculaire	Gastro-Entérologie
Val de Grâce - Paris	x	x		x			x
Begin - Saint-Mandé (94)	x	x	x	x		x	
Percy - Clamart (92)	x	x	x		x		x
Saint Anne - Toulon	x	x	x		x		
Laveran - Marseille	x	x		x			
Robert Picqué - Bordeaux	x	x		x		x	
Desgenettes - Lyon	x	x	x	x			
Clermont Tonnerre - Brest	x	x	x	x			
Legouest - Metz.	x	x	x	x			

La **Médecine** **Interne** dans les départements et territoires d'**Outre-Mer**

Le développement de la médecine interne dans les DOM-TOM ne semble pas avoir jamais été une priorité ni pour les chefs des établissements hospitaliers, ni pour les décideurs en matière de santé publique. Au nom de l'éloignement géographique, la spécialisation d'organe a partout pris le dessus et le développement des biotechnologies résume souvent la politique hospitalière... Acquérir le scanner de dernière génération, même si celui-ci existe dans un établissement hospitalier très proche, acquérir une IRM, voire demain un cyclotron apparaît pour beaucoup comme la solution miracle qui va résoudre les problèmes de santé de la population concernée...

Or ces problèmes sont pourtant du même ordre que ceux que nous rencontrons tous les jours dans notre environnement. En dehors de la Guyane et à un moindre degré de Mayotte, qui sont effectivement confrontés à des pathologies tropicales parfois sévères, au paludisme essentiellement, les grandes pathologies rencontrées sont celles que nous connaissons dans l'hexagone : les troubles cardiovasculaires, coronariens et hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale, l'obésité, l'alcoolisme, le tabagisme, les accidents de la circulation, les suicides... l'âge de la population concernée en règle générale plus jeune qu'en métropole apportant des nuances à l'expression de ces pathologies mais sans en modifier profondément la prise en charge.

Le médecin Interniste devrait donc avoir toute sa place devant de telles situations, mais il faut bien constater qu'il reste malheureusement, "l'oiseau rare" !

ANTILLES

Sur le plan hospitalo-universitaire notre discipline n'y est présente que par un seul emploi de PU-PH dont l'affectation hospitalière au CHU de Fort-de-France se situe dans le service de rhumatologie et de médecine interne.

Depuis que l' "internat Antilles-Guyane" existe, c'est-à-dire depuis 20 ans, un seul interne s'est inscrit dans notre spécialité. Il termine actuellement son DES et sera prochainement promu chef de clinique.

Au CHU de Fort-de-France il y a 3 services de médecine interne actuellement agréés pour le DES, tous dirigés par un praticien hospitalier.

Il existe par ailleurs un Interniste installé en secteur libéral.

GUADELOUPE

Il existe un seul service qui était dirigé jusqu'ici par un PU-PH de pathologie infectieuse mais agréé pour notre DES. Toutefois le titulaire est actuellement en détachement au Laos pour une durée indéterminée. La direction du service est assurée par une de ses collaboratrices, ancienne chef de clinique de médecine interne de Montpellier.

GUYANE

Un seul service a été agréé pour notre DES au Centre Hospitalier de Cayenne. Il s'agit d'un hôpital de jour prenant en charge en particulier les patients VIH. Il est dirigé par une ancienne chef de clinique de l'AP-HP.

ILE DE LA RÉUNION

Un seul service est agréé pour notre DES, au Centre Hospitalier Départemental de Saint-Denis. Ceci étant, d'autres Internistes sont présents dans d'autres établissements mais soit leur encadrement est actuellement trop réduit pour qu'ils puissent être agréés, soit ils se sont en fait orientés vers des spécialités d'organe comme la néphrologie au Centre Hospitalier Sud Réunion de Saint-Pierre.

Il faut rappeler à ce sujet que l'Ile de la Réunion compte plus de 750.000 habitants...

MAYOTTE

Aucun service n'est dirigé par un spécialiste de médecine interne...

NOUVELLE CALÉDONIE

Un service de médecine interne existe au Centre Hospitalier Territorial de Nouméa et il est agréé pour recevoir des DES. Il est orienté par son chef de service vers la diabétologie et la nutrition mais l'encadrement médical et le recrutement lui permettent de valider également le DESC de pathologie infectieuse.

POLYNÉSIE FRANÇAISE

Il existe un Interniste au sein du Centre Hospitalier Territorial de Mamao (Papeete), ancien chef de clinique de Bordeaux qui exerce son activité au sein d'un département de médecine associant à côté de la médecine interne l'hépatogastro-entérologie et la pneumologie. Cette unité est agréée pour accueillir des DES de notre spécialité.



La formation

de l'Interniste

Maquette du **DES** de Médecine Interne

Depuis 1999 les membres de la Commission Pédagogique Nationale de Médecine Interne (COPENAMI) ont entrepris la rénovation de la maquette du DES de Médecine Interne. La gestation fut longue et l'accouchement dystocique. Plusieurs ébauches successives furent nécessaires pour parvenir à condenser le vaste domaine de la Médecine Interne, qui ne se restreint ni à un organe, ni même à un appareil. Le projet finalisé fut soumis à plusieurs reprises aux différents conseillers techniques des ministres, mais il rencontra l'opposition d'un ancien conseiller du ministre de la Santé, qui s'interrogeait sur la légitimité de la Médecine Interne en regard de la création du DES de Médecine Générale. Ce nouveau DES était selon lui prioritaire. Pourtant les représentants des Généralistes et des gériatres avaient été associés à la préparation du projet pour une délimitation adéquate des convergences et différences des deux DES.

Finalement, une ultime version de cette maquette du DES de Médecine Interne fut présentée le 27 janvier 2003 au Professeur DENOS, conseiller technique du ministre de l'Education Nationale et au Professeur THIBAUT, conseiller technique du ministre de la Santé, en présence du président de la sous-section 53-01 du CNU et des représentants de la SNFMI et du SYNDIF, avec la participation de deux observateurs : le président du collège des enseignants de gériatrie et le président du CNGE.

Le texte fut finalement retenu et publié au Journal Officiel en octobre 2003 après avis du CNESSER. Les principales innovations de la nouvelle maquette concernaient :

– **Sa présentation**, qui se singularise de celle des autres disciplines par l'individualisation d'objectifs généraux, puis d'objectifs spécifiques.

– **Un cursus hospitalier modifié** avec en particulier limitation des semestres obligatoires en Médecine Interne à 3 semestres sur 10, de façon à favoriser une formation diversifiée.

– **L’obligation d’un semestre hospitalier dans un service agréé de gériatrie.**

– **L’ouverture sur les grands problèmes de santé publique :** pathologie artérielle de surcharge, pathologie de l’environnement et maladies tropicales, maladies orphelines et psychosomatiques, pharmacologie clinique, santé publique, allergologie, à côté des grandes thématiques spécifiques de la Médecine Interne, comme les maladies systémiques, les granulomatoses et les maladies de surcharge.

Cette nouvelle maquette du DES devrait favoriser l’inter-disciplinarité. En outre, il est souhaité que les objectifs généraux traités dans le DES puissent bénéficier aux autres disciplines médicales, ce qui pourrait jeter les bases d’un tronc commun de spécialités médicales (y compris le DES de médecine générale) dans le but d’acquérir une culture générale médicale de base qui trop souvent manque aux futurs spécialistes.

Les conditions de validation du DES de Médecine Interne ne figurent pas dans la maquette puisqu’elles font l’objet de dispositions réglementaires (décret antérieur), de nature générale et applicables à l’ensemble des DES. Cette validation repose sur l’accomplissement du cursus des stages hospitaliers (qui font l’objet d’une évaluation), sur la participation active aux réunions de formation organisées dans la région et l’inter-région, enfin sur la soutenance d’un mémoire, validé par les coordonnateurs de l’inter-région.

Les formations sont délivrées à l’échelon régional, inter-régional et national avec un nombre d’heures d’enseignement atteignant 316 en moyenne, réparties sur 5 ans. De nombreuses équipes de Médecine Interne, issues de différentes régions ont choisi de fédérer leurs actions et leurs moyens dans le cadre de séminaires multi-régionaux. Ainsi, les régions Rhône-Alpes, Bourgogne, Franche-Comté, Alsace et Lorraine se sont réunies pour créer un séminaire pédagogique du Centre-Est qui réunit tous les ans à Annecy une cinquantaine de DES issus de ces différentes régions à l’occasion d’un séminaire de deux jours. Enfin, le Conseil Scientifique de la SNFMI et la COPENAMI organisent une fois par an un séminaire national auquel il faut ajouter l’Ecole du Diagnostic de Lille (Printemps de la Médecine Interne) qui organise une fois par an un séminaire de deux jours axé sur la démarche diagnostique, ainsi que les deux congrès annuels de la SNFMI. Ces multiples sources de formation offertes aux DES de Médecine Interne français, et la diversité des thématiques enseignées, illustrent l’investissement des enseignants de Médecine Interne dans les actions de formation qui constituent un des points forts historiques de la discipline.

Objectifs pédagogiques

du **DES** de Médecine Interne

Formation théorique

Elle comporte environ 250 heures d'enseignement.

Objectifs généraux

Outre les objectifs spécifiques développés plus loin, **l'étudiant du DES de Médecine Interne est capable de prendre en charge (diagnostic et traitement) les pathologies plus fréquemment rencontrées dans les services de Médecine Interne** : les maladies générales ou systémiques, infectieuses, inflammatoires, vasculaires, tissulaires, métaboliques ; la douleur, les soins palliatifs. **Il connaît les démarches diagnostiques et thérapeutiques en présence de symptômes isolés ou de grands syndromes :**

- Cliniques : grandes urgences médicales - asthénie - fièvre prolongée - dyspnée - oedèmes - amaigrissement - syndrome douloureux diffus - ictère.
- Biologiques : anémie - syndrome inflammatoire prolongé - hyperéosinophilie - thrombopénie - anomalies biologiques hépatiques.

Objectifs spécifiques

- Maladies inflammatoires et/ou systémiques notamment : sarcoïdose et granulomatoses systémiques, vascularites, amyloses, fibroses idiopathiques, polyarthrite, mastocytose, histiocytoses.
- Pathologie artérielle dégénérative et inflammatoire ; maladie veineuse thromboembolique.
- Maladies infectieuses et tropicales
- Lymphomes, cancers métastasés, syndromes paranéoplasiques
- Particularités de la pathologie et de la prise en charge du sujet âgé
- Pathologie liée à l'environnement
- Allergie
- Immunodépression

- Troubles endocriniens et métaboliques
- Imbrication somatopsychique
- Principales maladies orphelines et maladies génétiques à révélation tardive
- Principales familles médicamenteuses et éléments de pharmacologie clinique
- Epidémiologie et problèmes de Santé Publique
- La formation théorique des internes en DES de Médecine Interne tire un grand parti des ouvrages pédagogiques de culture médicale générale et spécialisée édités par les Internistes français (Annexe 1).

Formation pratique

Elle comporte 10 semestres hospitaliers obligatoires.

A – Trois semestres au moins dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées (DES) de Médecine Interne dont deux au moins doivent être effectués dans des services hospitalo-universitaires.

B – Un semestre dans un service de gériatrie.

C – Un semestre dans un service d'accueil et des urgences ou dans un service de réanimation ou dans un service de soins intensifs.

D – Cinq semestres dans des services hospitaliers agréés pour un autre DES ou pour un DESC, notamment cancérologie, allergologie et immunologie clinique, médecine vasculaire, nutrition, pathologie infectieuse et tropicale.

E – Deux des dix semestres doivent être réalisés dans des services d'un centre hospitalier non universitaire agréés pour le DES de Médecine Interne ou pour un autre DES.

L'obligation de ne réaliser que 3 semestres hospitaliers (sur 10), dans des services agréés de Médecine Interne, de manière à favoriser une formation éclectique.

L'obligation d'un semestre hospitalier dans un service agréé de Gériatrie.

L'application de cette maquette du DES devrait permettre une ouverture large vers les autres spécialités. Il est souhaitable que cette ouverture puisse déboucher à terme sur un tronc commun des spécialités médicales qui permettrait ainsi aux spécialistes d'organe d'acquérir une culture médicale générale qui trop souvent manque aux futurs spécialistes dont les compétences sont très sélectives.

Les conditions de validation du DES de Médecine Interne ne figurent pas dans la maquette puisqu'elles font l'objet de dispositions réglementaires (décret antérieur), de nature générale et applicables à l'ensemble des DES. Cette validation repose sur l'accomplissement du cursus des stages hospitaliers (qui font l'objet d'une évaluation) sur la participation active aux réunions de formations organisées dans les régions et inter-régions, enfin sur la soutenance d'un mémoire organisée dans chacune des inter-régions.

Diplômes d'études spécialisées complémentaires : **DESC, DU, DIU**

Rappel des dispositions réglementaires.

Les DESC sont de deux types :

- Diplômes du groupe I qui ont une durée de 2 ans dont 2 semestres réalisés pendant l'internat.
- Diplômes du groupe II : leur durée est de 3 ans dont 4 semestres effectués pendant l'internat. Ils ouvrent droit à la qualification de spécialiste dans la spécialité correspondant à l'intitulé du diplôme.

Pour tous les DESC, les candidats doivent être titulaires du DES donnant accès au DESC postulé.

Quels DESC pour les titulaires du DES de Médecine Interne ?

Le DES de Médecine Interne prépare de façon prioritaire au DESC de Cancérologie, Gériatrie, Allergologie et Immunologie Clinique, Médecine Vasculaire, Nutrition, Pathologie Infectieuse et Tropicale, Réanimation Médicale.

Environ 25% des étudiants inscrits au DES de Médecine Interne préparent un DESC. Il s'agit essentiellement et par fréquence décroissante des DESC de Maladies Infectieuses et Tropicales, de Cancérologie, de Réanimation Médicale, d'Allergologie et d'Immunologie Clinique et de Nutrition.

L'importance de ces chiffres ne doit pas surprendre, car le DES de Médecine Interne apporte à l'étudiant des compétences étendues qui servent de pré-requis idéal pour une spécialisation complémentaire dans un domaine plus restreint. Mais, en contrepartie, la préparation d'un DESC apporte à l'étudiant la possibilité de pratiquer une autre activité avec pour conséquence indirecte un appauvrissement des effectifs des Internistes exclusifs.

Les diplômes d'université (DU) et les diplômes inter-universitaires (DIU) offerts aux DES de Médecine Interne

Dans de nombreuses facultés, les enseignants de Médecine Interne ont mis sur pied des enseignements complémentaires (diplômes d'université et diplômes inter-universitaires) destinés à doter les étudiants de compétences particulières ou originales pour améliorer leur expertise dans de nombreux domaines soit généraux comme la recherche médicale, la pédagogie, la santé publique ou les risques thérapeutiques, soit spécifiques comme la gériatrie, les maladies systémiques, la médecine d'urgence ou les démarches qualité en Médecine Générale (Annexe 2).

Une initiative originale de la Médecine Interne et de la Rhumatologie : un DIU par le Web sur : Rhumatismes inflammatoires et maladies systémiques.

Le premier diplôme inter-universitaire de médecine dispensé sur Internet à l'intention des Internistes pour leur formation médicale continue ou initiale, a été créé en 2001. Ce projet, né d'une réflexion menée au sein du club Rhumatismes et Inflammation (CRI) regroupe rhumatologues et Internistes sous le parrainage de la Société Nationale Française de Médecine Interne et de la Société Française de Rhumatologie. Il est coordonné par un comité composé de Professeurs de Médecine Interne et de Rhumatologie.

L'enseignement comporte 32 semaines de cours couvrant l'ensemble des rhumatismes inflammatoires et les principales maladies systémiques en allant de la physiopathologie aux données thérapeutiques les plus récentes. Chaque cours comprend une mise au point, deux cas cliniques interactifs, une bibliothèque d'images, un forum permettant aux médecins en formation de poser toutes les questions qu'ils souhaitent à l'expert responsable de la semaine en cours. Quatre QCM valident la semaine permettant un accès à la semaine suivante. Ces QCM comptent pour 40 % de la note finale, l'examen final se faisant en direct sur le Web.

Les congrès

de la **Société Nationale Française**

de **Médecine Interne**

Depuis le premier congrès organisé à Lille en juin 1979, la Société Nationale Française de Médecine Interne organise sous l'autorité de la commission scientifique et technique des congrès, deux congrès par an en juin et en décembre, alternativement dans chacune des villes de CHU ou des gros centres hospitaliers français (Annexe 3). Chaque congrès dure trois jours. La première journée est consacrée à une session du conseil scientifique de la SNFMI dont l'objectif est de valider et activer les protocoles de recherche, lancer les nouveaux programmes, auditionner les investigateurs principaux, activer les registres des maladies rares ou des affections faisant l'objet de travaux coopératifs épidémiologiques, diagnostiques ou thérapeutiques, dynamiser le site interne medinterne.net et désigner les lauréats des bourses Marcel Simon. Ces bourses sont octroyées aux jeunes Internistes qui se sont distingués par des travaux originaux de haut niveau, essentiellement pour l'obtention d'un DEA dans les grandes thématiques de Médecine Interne.

En outre, une fois par an une réunion est organisée avec les chercheurs de l'INSERM, qui, à partir de rapports présentés par des experts nationaux ou internationaux, fait le point sur les grandes avancées scientifiques en Médecine Interne et l'apport des nouvelles biotechnologies à visée diagnostique ou thérapeutique. Les 2^e et 3^e journées du congrès sont consacrées à des thèmes de Médecine Interne, sélectionnés par le conseil scientifique, présentés par des rapporteurs experts, suivis de communications orales et affichées, portant sur chacun des thèmes des congrès ou sur des sujets libres de Médecine Interne. Les communications orales et affichées sont sélectionnées de façon anonyme par un jury composé des membres de la commission scientifique et technique des congrès. Au cours des 50 premiers congrès, les sessions

thématiques ont porté **soit sur les domaines d'expertise d'excellence de la médecine interne** : maladies systémiques, vascularites, myosites inflammatoires, immunopathologie et mécanismes de l'inflammation, oncologie, dermatologie, **soit sur des thématiques émergentes** : maladies psychosomatiques, nouvelles maladies infectieuses, pathologies tropicales, maladies alcooliques, pathologie des prothèses, rythmes biologiques, techniques d'information et de communication (Annexe 4). A l'occasion de chaque congrès, des prix et bourses sont accordés aux auteurs des meilleures communications orales et affichées.

L'Ecole Européenne de Médecine Interne

L'Ecole Européenne de Médecine Interne ou European School of Internal Medicine (ESIM) est une initiative originale de la European Federation of Internal Medicine (EFIM). Depuis la création de cette école en 1998 cinq générations d'Internes Français ont pu y participer soit au total jusqu'ici 30 jeunes Internistes.

L'ESIM est un cours international de haut niveau d'une durée d'une semaine organisé chaque année à ALICANTE dans le sud de l'Espagne sous la responsabilité du Professeur Jaime MERINO, Président de l'EFIM entre 2001 et 2003.

Le premier but de l'ESIM est de fournir aux jeunes Internistes Européens un enseignement dont le programme change chaque année mais qui est toujours consacré à des sujets d'actualité dans les domaines les plus variés. Les problèmes médicaux y sont abordés sous leurs aspects physiopathologiques, diagnostiques et très souvent thérapeutiques.

Le deuxième intérêt de l'école est d'être un point de rencontre pour des Internistes européens permettant des échanges et création de liens d'amitié entre jeunes Internistes mais aussi des contacts extrêmement passionnants et fructueux entre les enseignants et les Internes. Ces échanges sont facilités par l'ambiance conviviale qui règne dans le complexe résidentiel où le cours est organisé. Il faut y ajouter la chaleur exceptionnelle de l'accueil réservé par le Professeur MERINO.

Les cours, les discussions d'observation, les présentations de dossiers ainsi que toutes les conversations se font en anglais. Parler l'anglais couramment est donc un critère indispensable pour pouvoir participer à l'école. Les Internes présentent des

cas cliniques qu'ils font discuter par leurs collègues, participent à des discussions anatomo-cliniques, présentent des résultats personnels, etc.

La participation des différents pays européens est importante avec la présence quasi constante chaque année de représentants de la France, d'Espagne, de l'Italie, du Portugal, de la Suisse, de l'Allemagne, de la Grande-Bretagne, d'Israël, de la Suède, etc. Cette école théoriquement européenne a largement dépassé les frontières de l'Europe puisqu'elle accueille, depuis trois ans régulièrement, un ou deux résidents américains ainsi que des enseignants venant d'Australie et des Etats-Unis.

Grâce aux bourses décernées par la SNFMI, la participation française a été régulière depuis la création de l'école en 1998. La prise en charge du voyage et des frais de séjour des résidents par la SNFMI se fait en intégralité. De même la SNFMI prend en charge le déplacement d'un ou deux enseignants chaque année.

A la fin de chaque session de l'ESIM, une évaluation très précise du contenu et de la forme est faite par les résidents. Cette évaluation est extrêmement favorable (les évaluations des résidents à la fin de la session de 2002 ont donné les résultats suivants : pour les enseignements, note moyenne : 8,18/10 ; l'appréciation sur la capacité de l'ESIM à établir des liens entre les Internistes et les différents pays : 8, 8/10...)

La SNFMI a décidé en 2003 de poursuivre son effort budgétaire de prise en charge de la participation des Français à l'ESIM, soit 4 internes et 2 enseignants par an. La sélection des candidats se fait sur dossiers jugés par un jury composé du Président de la SNFMI et des deux représentants du Conseil d'Administration de la SNFMI à l'EFIM.

Le **Séminaire** **National** **d'Enseignement** du **DES** de Médecine Interne

La création de ce séminaire fut l'œuvre de Pierre Godeau, alors Président de la Société Nationale Française de Médecine Interne.

L'idée était de réunir un échantillon de tous les internes de France en fin de DES de Médecine Interne, en séminaire résidentiel de 48 heures, chaque coordonnateur du DES choisissait deux à cinq internes en fin de DES de son inter-région. La liste de ces internes était centralisée par le Secrétariat Général de la SNFMI.

Le séminaire se déroule en deux parties :

Enseignement thématique sur les grandes problématiques de Médecine Interne sur deux demi-journées,

Forum interactif avec le Président de la SNFMI, le Président du Conseil Scientifique et les enseignants du séminaire sur les préoccupations des jeunes Internistes : débouchés après le clinat, carrière hospitalière, hospitalo-universitaire ou libérale, choix des DESC en fonction de l'orientation des carrières; la Médecine Interne, l'Europe.

Les **Printemps** de la Médecine Interne ou **l'Ecole du** **Diagnostic de Lille**

Le premier art du clinicien Interniste est évidemment celui de la démarche diagnostique. C'est en effet l'apanage de l'Interniste que de gérer ou de coordonner le difficile cheminement du diagnostic face à des situations cliniques complexes, inhabituelles, surprenantes, qu'il s'agisse de celles qui caractérisent les maladies rares ou les maladies orphelines, que Fred Siguier appelait autrefois "maladies vedettes, maladies d'avenir..." , ou qu'il s'agisse de formes cliniques inattendues, voire exceptionnelles, de maladies fréquentes.

Pour étayer sa démarche diagnostique, l'Interniste a vocation à rassembler toutes les compétences utiles : il est ainsi l'animateur naturel des symposiums qui, dans tous les services hospitaliers et hospitalo-universitaires de Médecine Interne, rassemblent régulièrement les membres de l'équipe médicale et les divers spécialistes concernés par ces débats.

L'idée de "Printemps de la Médecine Interne" est née de cette longue expérience vécue des confrontations cliniques, dont les premiers exemples de haute notoriété ont été donnés par les cliniciens des Grandes Ecoles parisiennes, ou à l'étranger au Massachusetts Hospital.

L'originalité du système réside dans la volonté de ses instigateurs d'ajouter à sa dimension académique (formation médicale continue des Internistes et des Spécialistes proches de leur discipline), une considérable dimension interactive, ludique et conviviale. Il s'agissait donc d'organiser un véritable jeu d'esprit, volontiers provocateur,

autour de la discussion de dossiers cliniques particulièrement difficiles, sélectionnés par un jury national anonyme.

En proposant ce concept de “Printemps de la Médecine Interne” en 1995, le Professeur Bernard DEVULDER et ses collaborateurs ont mis en place un système de formation de haut niveau, assorti d'échanges professionnels, culturels et amicaux dans une ambiance exceptionnelle.

D'année en année, le style des Printemps de la Médecine Interne s'est rodé. Chacun sait que les spectateurs deviennent acteurs et que chaque animateur devient rhéteur, entraîné par le jeu spirituel et brillant qui, pour chaque dossier clinique discuté, aiguise l'esprit, attise la controverse, suscite le questionnement et fait exploser la bonne humeur et le bonheur intellectuel.

Les débats organisés autour de chaque dossier, parfois avec un brin de perversité, sont animés pour tenter de mieux former, en guidant ou au contraire en déstabilisant, en créant le doute, en mêlant l'ironie à l'interrogation, en bousculant les certitudes ou parfois en stupéfiant les incroyables... !

La méthode est la suivante : les auteurs exposent le problème en cinq minutes, les experts-consultants risquent tout en présentant leur démarche diagnostique en dix minutes, la salle réagit alors intensément dans un feu roulant de questions qui explosent pendant dix autres minutes, les réponses des auteurs et de l'expert consultant étant vives, paraissant sincères voire complètes, mais laissant finalement l'auditoire perplexe en amplifiant les douleurs... que seules peuvent atténuer “les cinq dernières minutes” pendant lesquelles l'auteur révèle et démontre “le bon diagnostic”...


Des experts consultants, choisis parmi les pédagogues Internistes les plus brillants, doivent organiser une démarche diagnostique, la défendre publiquement et la publier, au risque évident de formuler une solution erronée... à l'issue d'une démonstration didactique très enrichissante pour tous les congressistes.

Les actes des “Printemps de la Médecine Interne” sont systématiquement édités dans un numéro spécial de la Revue de Médecine Interne.

Les sessions printanières de Médecine Interne donnent lieu à une animation professionnelle et amicale de tout premier plan, facilitant l'installation des réseaux

thématiques de recherche, la communication entre les membres des comités scientifiques et éditoriaux de la Revue de Médecine Interne, et même l'éclosion de groupes culturels et musicaux, comme le très fameux orchestre des Internistes de France qui, régulièrement chaque année, offre aux participants, sous la houlette du Professeur Gilles GRATEAU, un concert admirable, de musique classique ou de jazz.

Décidément, comme le soulignait puissamment Jean-Louis DUPOND, Président d'Honneur de la Société Nationale Française de Médecine Interne : *“Les Printemps... C'est l'éveil des sens, la sève qui monte... et les plus beaux diagnostics de Médecine Interne qui s'offrent au regard de l'Interniste électrisé...”*.



Structures

et expression

de la médecine

interne

Une structure de représentation nationale : **le CNPI**

Le Collège National Professionnel de Médecine Interne (CNPI) est né le 27 janvier 2001 lors d'une réunion commune entre les Conseils d'Administration du SYNDIF et de la SNFMI.

Le but de la création du Collège Professionnel des Internistes était de disposer d'une structure unique qui puisse s'exprimer au nom de l'ensemble des Internistes français quel que soit leur mode d'exercice, et être leur interlocuteur auprès des pouvoirs publics.

Le Collège regroupe les trois organisations nationales en Médecine Interne : la SNFMI, le SYNDIF et le CNU de Médecine Interne.

Les missions du Collège sont de représenter et de valoriser la Médecine Interne auprès des instances officielles.

Le Collège représente les Internistes lorsque les autorités administratives, ministérielles, politiques ou autres sollicitent une représentation de la spécialité dans son ensemble en dehors des compétences spécifiques des organisations déjà existantes telles que le syndicat (SYNDIF) ou la société savante (SNFMI) par exemple. Le Collège National Professionnel de Médecine Interne a également pour mission d'organiser des discussions ou rencontres d'intérêt stratégique pour les Internistes.

Le Collège lui-même est composé d'un conseil de quinze membres : les Présidents et Secrétaires Généraux de la SNFMI et du SYNDIF ainsi que le Président et le Vice-Président de la sous-section de Médecine Interne du CNU en font partie de droit. Le

Collège comporte aussi un représentant de la Commission Pédagogique Nationale de Médecine Interne, du Collège Interniste de Formation Médicale Continue, du Collège d'Évaluation des Pratiques en Médecine Interne, le Président du Conseil Scientifique de la SNFMI, un Interniste des Centres Hospitaliers désigné par le SYNDIF, un Interniste libéral désigné par le SYNDIF, un représentant de l'Association des Jeunes Internistes et enfin trois personnalités désignées par les bureaux de la SNFMI et du SYNDIF. Enfin à ce Collège de quinze membres peuvent s'adjoindre si besoin des experts nommés à titre provisoire par le Collège en raison de leurs compétences spécifiques. Le Collège est dirigé par un bureau composé par les Présidents et Secrétaires Généraux de la SNFMI et du SYNDIF ainsi que des Président et Vice-Président de la sous-section de Médecine Interne du CNU. Le bureau du Collège désigne un Coordinateur dont la durée du mandat est de deux ans.

Depuis sa mise en place le Collège a pu remplir sa mission de représentation nationale des Internistes auprès des pouvoirs publics et notamment des ministères de Tutelle dans plusieurs circonstances :

- Réunion avec le Directeur de Cabinet de Madame GUINCHARD-KUNSTLER, Secrétaire d'Etat aux Personnes Agées le mercredi 6 mars 2002 sur la question des liens entre la Médecine Interne et la Gériatrie, notamment dans le cadre de la mise en place de filières gériatriques.

- Réunion avec les conseillers techniques auprès des ministres de la Santé et de l'Éducation Nationale pour les problèmes hospitaliers et hospitalo-universitaires pour un large échange de vue sur la Médecine Interne dans le système hospitalier français.

- Contacts et échanges avec d'autres Cabinets Ministériels ou des chargés de mission sur des questions intéressant la Médecine Interne Française.

Le CNPI est représenté à l'ANAES par l'intermédiaire du Professeur Claude JEANDEL, Coordinateur de la Commission d'évaluation des pratiques.

Le CNPI est représenté à la Fédération des Spécialités Médicales par le Professeur Jacques BARRIER, membre du bureau de cette Fédération.

Le CNPI a organisé une réunion débat intitulée "Profession Interniste" le mercredi 11 décembre 2002 à Paris. Au cours de cette réunion à laquelle assistait une cinquantaine d'Internistes venus de toute la France, les points suivants ont été débattus :

- Evolution des rapports avec la Médecine Générale.

– Présentation de l'enquête sur les diagnostics en Médecine Interne réalisée à partir des données PMSI et diligentée par le CNPI.

– Enquête sur la démographie des Internistes Français et les perspectives à moyen terme. Le CNPI a poursuivi l'initiative, lancée par le SYNDIF, de contacts et réunions de travail avec les représentants de la Médecine Générale, qui ont débouché sur la création de séances d'enseignement communes aux DES de Médecine et aux résidents du 3^e cycle de Médecine Générale de la même région à partir de 2002 dans différentes facultés de médecine comme Bordeaux, Rouen et Paris.

Le conseil du CNPI comporte 16 membres avec un Directoire de 6 membres, composé des Présidents et Secrétaires Généraux de la SNFMI, du SYNDIF, ainsi que du Président et Vice-Président de la Sous-Section 53-01 du CNU.

La Société Nationale Française de Médecine Interne **SNFMI**

La spécialité de Médecine Interne est officiellement née en 1970, avec la création par l'Ordre des Médecins, cette année là, de la qualification en Médecine Interne. La création du vocable "Médecine Interne" – à la fois voulue et décidée pour adhérer à une harmonisation internationale et pour clairement distinguer cet exercice de celui de la Médecine Générale (médecine omnipraticienne, médecine de famille, médecine de premier recours) – dictait aux Internistes de tous horizons, comme partout en Europe et dans le monde, la nécessité de se rassembler, de faire connaître et respecter leurs spécificités, et de fédérer leurs compétences au service de la qualité des soins, de la formation et de la recherche médicales.

Sous l'impulsion du Professeur Claude LAROCHE qui présidait le Syndicat National des Médecins Spécialistes de Médecine Interne, puis du Professeur Pierre GODEAU qui, Président de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1976, allait présenter sa conférence inaugurale "Pour la défense de la Médecine Interne", l'action fut engagée en faveur de ce rassemblement, d'abord lors de "Journées de Médecine Interne" à PARIS, à MARSEILLE, à NICE, à LYON, puis au sein du groupe dynamique des membres fondateurs de la Société Nationale Française de Médecine Interne (S.N.F.M.I.), les Professeurs ou Docteurs AGIUS, BABEAU, BAR, BEAU, BOU, BOUREL, BOUTARIC, CAQUET, COULHON, CUNY, DAULEUX,

DEBRAY, DELBOY, DEVULDER, DORNER, DRY, DURAND, GODEAU, GROUSSIN, HERBEUVAL, HERREMAN, HILLEMAND, KLOTZ, LABRAN, LAPORTE, LAROCHE, LE HENAND, LE TALLEC, LEVRAT, LOUVIER, MONGIN, PARIENTE, POMMEY, TEMPE, THOMAS, TOULOUSE, VALLETEAU de MOULLIAC, WISNER. Ce groupe a élaboré les statuts de la SNFMI, co-signés le 24 mai 1978 par le Professeur Michel BOUREL, Président, le Professeur Bernard DEVULDER, Trésorier, le Docteur Bernard POMMEY, Secrétaire Général du Bureau Constitutif et mis en place en novembre 1978, à LYON, son premier Conseil d'Administration (Président : Professeur Marc DORNER, Doyen de la Faculté de Médecine de STRASBOURG et Chef du Département de Médecine Interne de la Clinique Médicale des Hospices Civils de STRASBOURG ; Secrétaire Général : Professeur Bernard DEVULDER, Chef de Service de Médecine Interne du C.H.U. de LILLE, et ancien Chef de Laboratoire d'Immuno-Pathologie à l'Institut Pasteur de LILLE).

La S.N.F.M.I. avait pour mission "d'étudier toutes les questions relatives à la Médecine Interne, d'en promouvoir la diffusion auprès des médecins et des futurs médecins et d'en assurer la représentation à l'échelon national et international" (article 2 des statuts) et pour moyens d'action (article 5) :

- *l'organisation de congrès, de conférences ou de toute autre réunion scientifique;*
- *la publication d'un Bulletin ;*
- *l'institution de missions d'études ou de Prix.*

Initialement composé de 20 membres élus pour quatre années consécutives par l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration de la S.N.F.M.I. allait ultérieurement comporter 24 membres (3 par inter-région et 6 pour l'Ile-de-France, dont 2/3 exerçant en C.H.U. et 1/3 en dehors des C.H.U) élus pour six années consécutives et renouvelés par tiers tous les deux ans. Ce Conseil d'Administration élit chaque année, au scrutin secret, un Bureau comportant un Président, un ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire Général, des Secrétaires Généraux Adjoint, un Trésorier et un Trésorier Adjoint.

Les statuts de la S.N.F.M.I. étant publiés, son Conseil d'Administration étant élu, le règlement intérieur de la Société ayant été rapidement arrêté à l'unanimité et avec la fermeté nécessaire, il fallait rassembler et réunir la famille des Internistes de France et annoncer publiquement son existence, sa cohésion, ses projets et ses légitimes ambitions. La gestation durera une année, et les 7 et 8 décembre 1979, à LILLE, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Gernez-Rieux du C.H.U., en présence de 300 Internistes déterminés et devant les journalistes des presses professionnelles et grand public, la S.N.F.M.I. faisait prendre acte de sa naissance officielle, de ses missions et de ses objectifs, sous la présidence engagée de Monsieur Jacques BARROT, ministre de la Santé.

C'était le premier congrès français de Médecine Interne, organisé à LILLE par le Secrétaire Général de la S.N.F.M.I., et offrant sous la Présidence des Professeurs Marc DORNER et Marc LINQUETTE un programme équilibrant session à thème ("Les nouvelles conceptions de l'étiopathogénie des maladies auto-immunes" avec un prestigieux rapport du Professeur Jean-François BACH) et session de communications libres, cette organisation préfigurant celle des congrès à venir, de semestre en semestre, sans aucune discontinuité pendant 25 ans.

Sur ces bases fondatrices et dans cet esprit à la fois fédérateur et promoteur, la S.N.F.M.I. n'allait cesser, à compter de cette année 1979, marquée d'un extraordinaire bouillonnement intellectuel et organisationnel, de « *se fortifier, se développer grâce au dynamisme, à la foi d'hommes et de femmes dont les tempéraments divers s'unissent dans une volonté commune d'efficacité* », sous la houlette de ses Présidents successifs les Professeurs Marc DORNER (STRASBOURG) de 1979 à 1982, Jacques DEBRAY (PARIS) de 1983 à 1987, Yves LE TALLEC (TOULOUSE) de 1988 à 1991, Pierre GODEAU (PARIS) de 1992 à 1996, Jean-Louis DUPOND (BESANÇON) de 1997 à 2000, Olivier BLETRY (PARIS) de 2001 à 2003, Hugues ROUSSET (LYON) depuis 2004.

En juin 1989, lors du dixième anniversaire de la S.N.F.M.I., le Professeur Jacques DEBRAY proclamait avec vigueur que « *le navire lancé à LILLE en 1979 va connaître la boue, les flux et reflux d'une époque mouvementée, des réformes et contre-réformes; il devra affronter les réactions et décisions parfois divergentes, sinon contradictoires, des pouvoirs successifs, et aussi les incompréhensions, voire les hostilités à base ou non de mauvaises informations, d'autres communautés médicales* ». Inlassablement en effet « *l'Interniste met au service de la communauté des malades, des médecins de famille, des autres spécialistes, sa capacité de synthèse et de réflexion globale, nourrie par sa longue formation diversifiée, ses connaissances sans cesse actualisées de la valeur et des limites du recours aux ressources biologiques nouvelles, aux technologies affirmées* ».

L'histoire de la S.N.F.M.I. a été marquée par la réélection à scrutin secret, chaque année depuis 25 ans, à l'unanimité des membres du Conseil d'Administration, de son Secrétaire Général, le Professeur Bernard DEVULDER, et par un Secrétariat Administratif d'une exceptionnelle qualité, assuré par Madame Martine WAREMBOURG. Conformément à l'article 9 du Règlement Intérieur, le Secrétaire Général de la S.N.F.M.I. a rempli sa mission : « Il prépare l'ordre du jour de chaque mission et l'adresse à tous les membres au moins dix jours avant la date prévue. Il annonce les pièces de la correspondance, rédige et signe tous les actes de la Société. Il recueille le texte des communications et discussions, et assure l'impression des comptes-rendus ».

Constituée initialement de 300 membres, la S.N.F.M.I. en comportait plus du double cinq ans plus tard, 940 lors de son dixième anniversaire en 1989, et 1383 en 2004. Les tableaux ci-dessous montrent leur répartition actuelle en membres titulaires (30, 4 %), tous “qualifiés en Médecine Interne” et membres associés (50,8 %) qui, s'ils sont qualifiés en Médecine Interne pourront devenir titulaires, les autres, nos collègues spécialistes de toutes disciplines, venant par leurs compétences distinctives et leur intérêt pour la Médecine Interne, enrichir le potentiel multi-disciplinaire de la S.N.F.M.I. (76,2 % des membres de la S.N.F.M.I. sont qualifiés en Médecine Interne).

La S.N.F.M.I. est fière de comporter de nombreux membres associés à titre étranger (6,6 % de son effectif). Elle est d'autre part heureuse d'accueillir chaque année une cohorte de plus de 130 membres juniors, inscrits à la préparation du D.E.S. de Médecine Interne, à qui elle offre la gratuité d'inscription à ses congrès, de consultation de son site Internet (med.interne.net), de réception de l'ensemble des messages informatiques ou postaux du Secrétariat Général, du “Journal de l'Interniste » (revue professionnelle trimestrielle), et des volumes scientifiques de ses congrès semestriels, en proposant en outre des tarifs hautement préférentiels d'abonnement à La Revue de Médecine Interne.

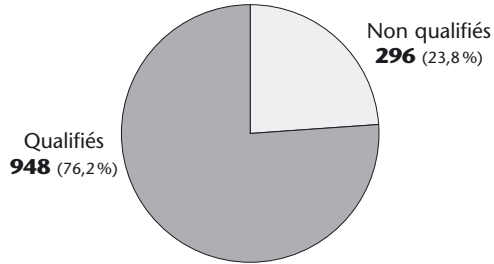
Les membres de la S.N.F.M.I. sont 397 à exercer leur activité en C.H.U. (hospitalo-universitaires, praticiens hospitaliers, attachés consultants), 627 à l'exercer en Centres Hospitaliers et 83 à avoir une activité libérale prépondérante. 31 autres membres sont Internistes dans les Hôpitaux des Armées.

Le dynamisme de la S.N.F.M.I. est corrélé au jeune âge de ses membres (plus de la moitié ont moins de 49 ans...) autant qu'à la jeunesse d'esprit de leurs aînés !

Evolution des membres de la S.N.F.M.I. de 1979 à 2004

1979.....354	1980.....414	1981.....488
1982.....521	1983.....565	1984.....698
1985.....736	1986.....739	1987.....786
1988.....800	1989.....941	1990.....988
1991.....1017	1992.....1077	1993.....1138
1994.....1182	1995.....1221	1996.....1240
1997.....1255	1998.....1311	1999.....1365
2000.....1367	2001.....1370	2002.....1375
2003.....1383	2004.....1383	

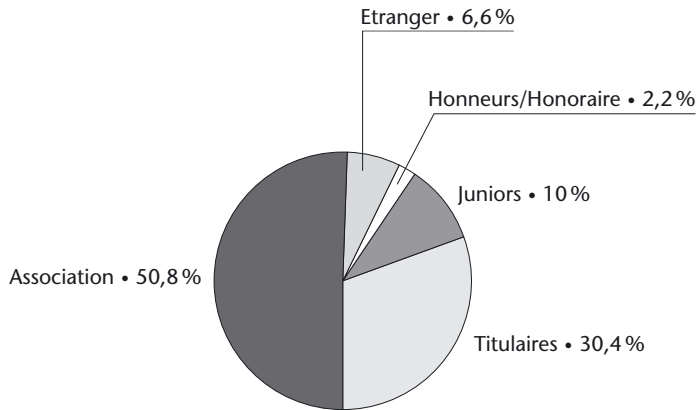
Qualification en Médecine Interne



Répartition entre membres qualifiés et non qualifiés en Médecine Interne

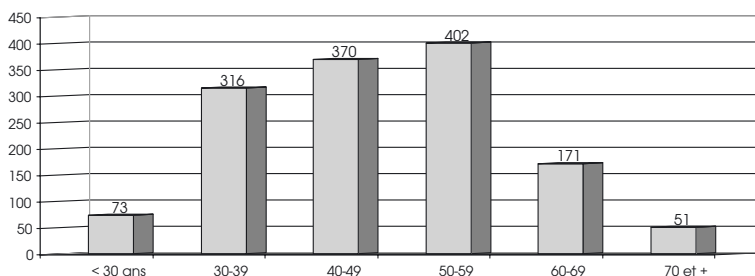
Statut des membres

Docteurs : 75,3% – Professeurs : 24,7%

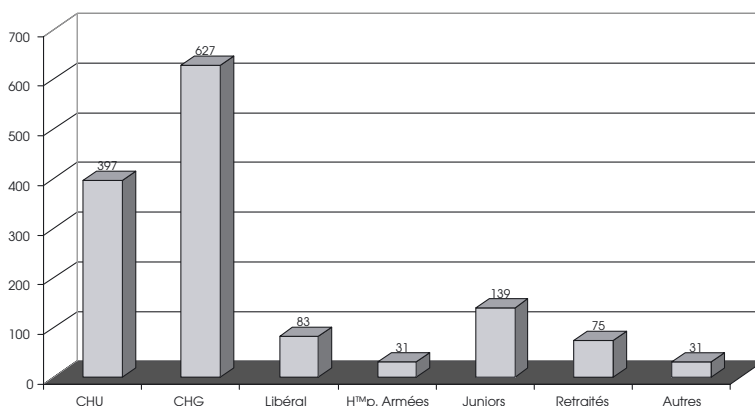


Les différentes catégories de membres de la S.N.F.M.I.

Nombre de membres par tranche d'âge



Mode d'exercice



La notoriété de la S.N.F.M.I. est fondée :

- **En externe**, sur son engagement aux côtés du Syndicat National des Spécialistes de Médecine Interne (dénommé aujourd'hui SYNDIF : Syndicat des Internistes Français) pour représenter la Médecine Interne Française auprès des Autorités Ministérielles de Tutelle et des grandes institutions nationales, comme l'A.N.A.E.S. (Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé), ou la F.S.M. (Fédération des Spécialités Médicales). Ce partenariat entre la S.N.F.M.I. et le SYNDIF a été concrétisé chaque année depuis près de 25 ans par l'animation, sous l'égide de la Commission Stratégique Nationale de Médecine Interne coordonnée par le Professeur Bernard DEVULDER, d'un séminaire professionnel national associant nos représentants au C.N.U. (première sous-section de la 53^e section du C.N.U.). Cette Commission

Stratégique a eu le mérite, lors de ses grandes réunions ouvertes de septembre, de forger la Médecine Interne Française, d'en harmoniser les styles, d'établir des liens confraternels forts entre Internistes Hospitalo-Universitaires, Internistes Hospitaliers et Internistes Libéraux, et des partenariats exemplaires ou prometteurs entre eux tous et les autres acteurs du système de santé : spécialistes médicaux de tous horizons, médecins Généralistes, représentants des systèmes et organismes institutionnels publics ou privés, et des ministères de tutelle. Lieux remarquables d'échanges et de débats, ces réunions stratégiques ont toujours apporté aux participants une information précise sur les textes officiels, les réformes annoncées, les expériences pilotes de leur adaptation dans les milieux professionnels concernés, les évolutions attendues en matière de démographie, de nomenclature des actes, de réglementation des concours hospitaliers ou universitaires. Partenaires du Collège National Professionnel des Internistes (C.N.P.I.), la S.N.F.M.I., le SYNDIF et le CNU (sous-section 53-01) ont décidé en 2003 que ces "Journées de Septembre" s'intituleraient désormais "Journées Claude LAROCHE" dans le respect de la mémoire du regretté Professeur Claude LAROCHE.

• **En interne**, sur sa capacité à impulser les fonctionnalités et les missions d'une part de son Conseil Scientifique, d'autre part de diverses commissions particulièrement importantes (la Commission Pédagogique Nationale de Médecine Interne – COPENAMI – qui a récemment structuré le Conseil du Collège des Enseignants de Médecine Interne – COCONEMI –, le Conseil Interniste de Formation Continue; la Commission d'Evaluation des Pratiques) et spécialement sur les attributions et le dynamisme de trois groupes essentiels :

– Le Comité de Rédaction de La Revue de Médecine Interne dont le Directeur de la Publication, Rédacteur en Chef, est conjointement nommé par le Conseil d'Administration de la S.N.F.M.I. et par l'éditeur contractuellement engagé (initialement les Editions BAILLIERE; actuellement et depuis près d'une décennie, les Editions ELSEVIER France).

– Le Comité Editorial du site Internet de la S.N.F.M.I. (Medinterne.net) dont le coordonnateur est mandaté par le Conseil d'Administration de la S.N.F.M.I. au sein de la Société créatrice et animatrice du site par contrat avec la S.N.F.M.I. (initialement les Editions Scientifiques et Médicales ELSEVIER, actuellement et depuis trois années, la SARL SANTOR).

– La Commission des Congrès (C.S.P.T.C. : Commission Scientifique, Pédagogique et Technique des Congrès de la S.N.F.M.I.) qui a vocation à proposer au Conseil d'Administration de la S.N.F.M.I. les dates, lieux, thèmes, modalités d'organisation, conditions de financement, programmes scientifiques et culturels, et procédures

d'évaluation de chacun des Congrès Français de Médecine Interne organisés chaque semestre sous l'égide de la S.N.F.M.I., en juin et en décembre de chaque année, et dont l'annonce est systématiquement faite aux membres de la Société et aux médias (presse et internet) trois ans avant leur déroulement effectif.

Au cours de chacun de ces congrès, se tiennent systématiquement :

- une assemblée générale de la S.N.F.M.I. (statutaire en juin, ordinaire en décembre), une assemblée et/ou un point d'information du SYNDIF,
- une réunion ouverte du Conseil Scientifique de la S.N.F.M.I. avec une fois sur deux (en juin) une importante réunion thématique animée par le Comité d'Interface entre l'INSERM et la S.N.F.M.I.,
- une réunion plénière du comité de rédaction de La Revue de Médecine Interne, réunion stratégique et de coordination associant rédacteurs, chargés de mission, responsables de rubriques, correspondants étrangers, conseillers scientifiques et conseillers éditoriaux régionaux,
- une assemblée solennelle au cours de laquelle sont proclamés les noms des Lauréats des Bourses de Recherche (Bourses Fred Siguier), des prix de communications orales ou affichées, et des jeux-concours de diagnostics difficiles organisés en partenariat avec La Revue de Médecine Interne (ELSEVIER-France) ou avec certains Laboratoires de l'Industrie Pharmaceutique (maladies rares, maladies orphelines...),
- des rencontres organisées avec les représentants d'associations de malades souffrant d'affections qui concernent la Médecine Interne,
- une assemblée de l'Amicale des Jeunes Internistes (A.J.I.), qui est à la fois rattachée à la S.N.F.M.I. et au SYNDIF,
- et, depuis le congrès de GRENOBLE en décembre 2003, une session de Formation Continue des Infirmiers et Infirmières des services de Médecine Interne des Hôpitaux et des Cliniques.

La S.N.F.M.I., conformément à ses statuts (article 5) et à son règlement intérieur (article 8), édite un bulletin sous la responsabilité du Bureau. Ce bulletin de la S.N.F.M.I., dénommé "*Le Journal de l'Interniste*" – distinct des actes des Congrès de la S.N.F.M.I. qui constituent chaque semestre un numéro spécial volumineux de *La Revue de Médecine Interne* – a longtemps été publié dans le corps même des numéros mensuels de La Revue de Médecine Interne. Il est désormais édité chaque trimestre dans un élégant cahier imprimé quadrichromie.

La S.N.F.M.I., par délibération de son Conseil d'Administration, et sur proposition de ses principaux conseils ou commissions, accorde régulièrement des bourses, des prix, ou des parrainages.

Ainsi, les **Prix Fred Siguier** qui ont pendant 15 ans récompensé les meilleurs travaux des jeunes Internistes, sont devenus depuis une décennie les “Bourses Fred Siguier” pour subventionner les Internes sélectionnés pour participer au séminaire de l’E.S.I.M. (European School of Internal Medicine) qui chaque année rassemble à ALICANTE, en ESPAGNE, une soixantaine d’Internistes en formation, provenant de 20 pays sous l’égide de l’E.F.I.M. (European Federation of Internal Medicine).

Les **Bourses Marcel Simon** (3 000 euros), attribuées chaque année depuis 1990 par le Conseil Scientifique de la S.N.F.M.I., sont destinées à encourager les protocoles de recherche bénéficiant du parrainage de la S.N.F.M.I.

Les **Prix de Communications** encouragent leurs auteurs, après présentation de leur travail, lors d’un congrès de la S.N.F.M.I., à participer effectivement au(x) congrès suivant(s).

Les **Bourses “Francophonie” de la S.N.F.M.I.** qui sont dispensées grâce aux fonds dévolus à la S.N.F.M.I. lors de la dissolution de l’A.M.L.F. (Association des Médecins de Langue Française), encouragent des Internistes étrangers à venir en stage en France ou à participer scientifiquement à un congrès de Médecine Interne, ou des Internistes français à assurer la présence scientifique nationale à l’étranger.

Certaines décisions budgétaires du Conseil d’Administration peuvent encourager de grandes causes, comme par exemple le développement de congrès franco-maghrébins de Médecine Interne (TUNISIE en 2003, ALGERIE en 2005, MAROC en 2007), l’implication effective de la S.N.F.M.I. dans les congrès de l’E.F.I.M. et tout particulièrement dans celui, qui, sous présidence française (Professeur Daniel SERENI) se déroulera à PARIS en septembre 2005, la contribution à des initiatives scientifiques exceptionnelles, comme par exemple le X^e International Symposium on Amylosis and Amyloidosis, présidé à TOURS du 18 au 22 avril 2004 par le Professeur Gilles GRATEAU.

Enfin de nombreux parrainages de la S.N.F.M.I. sont accordés par son Conseil d’Administration à des congrès divers, des conférences de consensus, des groupes ou des actions thématiques de recherche (voir sur medinterne.net leur nombre considérable et leurs objectifs diversifiés), des organisations pédagogiques innovantes (comme “**Les Printemps de la Médecine Interne**” de LILLE).

2004 est aussi pour la S.N.F.M.I. l’année annonciatrice de profondes évolutions dans l’organisation et la gestion, que préfigurent l’élection d’un Président ouvert à l’esprit de consensus et au renforcement des partenariats, et la prochaine cessation d’activités d’un Secrétaire Général qui, après vingt-cinq ans de fonction, mettra fin à la mission de “Secrétaire Perpétuel” qui lui a été aimablement confiée par ses collègues.

La **revue** de Médecine Interne

Dès sa création, la Société Nationale Française de Médecine Interne a souhaité disposer d'un organe d'expression privilégié susceptible d'offrir à ses membres et aux spécialistes francophones de toutes disciplines et de tous horizons la possibilité de publier et de lire des travaux édités après rigoureuse sélection d'un comité de lecture indiscutable.

C'est ainsi qu'en 1980 "La Revue de Médecine Interne" a été confiée aux Editions Baillière par le Conseil d'Administration de la S.N.F.M.I.

Dès lors et sous l'impulsion du premier coordonnateur du Comité de Rédaction, Bernard DEVULDER, puis de ses rédacteurs en chef successifs, Edward HOUSSET et Jean-Noël FIESSINGER et de l'ensemble des membres du Comité de Rédaction nommés par la S.N.F.M.I. "La Revue de Médecine Interne" n'allait cesser d'évoluer, s'affirmant peu à peu comme l'un des tous premiers vecteurs scientifiques médical francophone.

Depuis plus d'une décennie, la gestion de "La Revue de Médecine Interne" est assurée par le groupe Elsevier France, dans le cadre d'un contrat très sérieux et rigoureux qui a été co-signé avec le Président du Conseil d'Administration de la S.N.F.M.I., le Professeur Pierre GODEAU.

Au cours de ces dix dernières années, "La Revue de Médecine Interne" a considérablement amplifié sa notoriété, son facteur d'impact, sa qualité éditoriale.

Elle est désormais publiée chaque mois et diffusée auprès d'environ 2000 abonnés dont la quasi-totalité des services hospitaliers de Médecine Interne français et francophones, et des établissements universitaires. Au sein des services ainsi abonnés, le nombre de lecteurs est considérable, les articles étant très largement photocopiés au sein des institutions hospitalières et universitaires de formation, à des fins non commerciales d'enseignement, et conformément au dispositif réglementaire en vigueur.

"La Revue de Médecine Interne" offre à ses lecteurs 12 numéros par an comportant des éditoriaux, des articles originaux, des revues générales, des mises au point spécifiques (notamment sur les maladies orphelines), des communications brèves, des images didactiques, et des lettres à la rédaction. En outre, chaque numéro comprend un espace

de littérature scientifique commentée, particulièrement instructif et dynamique. Au-delà de cette périodicité mensuelle, “La Revue de Médecine Interne” s’exprime également sous la forme de numéros spéciaux, qu’il s’agisse de numéros thématiques, de numéros colligeant les actes des congrès français de Médecine Interne, ou du numéro spécial de formation continue rapportant les dossiers cliniques des “Printemps de la Médecine Interne”. Cette animation scientifique importante et régulière est assurée par un comité de rédaction très actif, comportant un Rédacteur en Chef (Directeur de la Publication), des Rédacteurs adjoints, des Chargés de Mission, des Correspondants Interrégionaux, des Conseillers Scientifiques Régionaux, et des Conseillers Editoriaux français ou étrangers qui ont une mission électorale de vigilance scientifique.

L’essor de la notoriété de “La Revue de Médecine Interne” a été spectaculaire depuis l’année 2000, grâce à la mise en place par l’éditeur, Elsevier, d’un site électronique d’une exceptionnelle ampleur, ScienceDirect.

ScienceDirect permet un accès à la version électronique intégrale de plus de 1800 revues scientifiques, techniques et médicales, publiées par Elsevier Science et les principaux éditeurs STM. ScienceDirect constitue la plus importante base de données scientifiques directement accessible depuis les ordinateurs particuliers ou institutionnels : accès au texte intégral de plus de 1.100.000 articles dans 16 domaines scientifiques, recherche et navigation conviviales grâce à une interface internet simplifiée, liens directs vers des articles en texte intégral grâce à de nombreuses bases de données secondaires.

Grâce à ScienceDirect, les handicaps de la francophonie pour la diffusion scientifique internationale sont indiscutablement maîtrisés. L’utilisation rapidement croissante du site confirme largement l’engouement des cliniciens et des chercheurs pour ce mode de diffusion de l’information scientifique. Ainsi pour “La Revue de Médecine Interne”, le nombre d’articles téléchargés est passé de 19 000 en 2002 à plus de 50 000 en 2003, pour un nombre mensuel de plus de 2 500 utilisateurs. Totalement interfacé avec le Medline®, ScienceDirect assure la diffusion intégrale des articles avec leur iconographie en couleurs dès leur acceptation par le Comité de Rédaction, c’est-à-dire souvent plusieurs semaines ou mois avant la publication imprimée. Ce progrès dans la communication scientifique est remarquable et augure de nouveaux développements potentiels, dont la mise en ligne de fichiers multi-médias (diaporamas, vidéos, enregistrements sonores...), complémentaires des articles publiés.

Ainsi, 25 ans après sa fondation en 1980, “La Revue de Médecine Interne”, organe officiel de la Société Nationale Française de Médecine Interne (S.N.F.M.I.) est indéniablement le vecteur et le promoteur le plus performant de la culture Interniste française par la presse et par la communication électronique.

Le site internet de la SNFMI : **medinterne.net**

En 1998, la SNFMI s'est dotée d'un outil moderne, dynamique et ambitieux de communication nationale et internationale; le site internet : medinterne.net.

Medinterne.net fournit toutes les informations en temps réel concernant :

- La vie de la SNFMI : présentation du Bureau, du Conseil d'administration, les bourses SNFMI, présentation et modalités d'inscription aux Congrès spécifiques (SNFMI, Printemps), la Revue de Médecine Interne.
- L'enseignement et la vie de l'Association des Jeunes Internistes (AJI) : Législation, Maquette du DES, Programmes pédagogiques : national et régionaux, Intervenants, Coordonnées des responsables régionaux et nationaux des DES et DESC, des responsables de l'AJI, Annonces de postes de stages d'internes, CCA, stages de DEA, Thèse de science.
- La recherche : Protocoles avec téléchargement possible des protocoles et des cahiers d'observation, financement et bourses, guide du jeune investigateur avec bases méthodologiques en recherche clinique et biologique.
- Le comité d'interface INSERM-SNFMI : Informations INSERM, subventions, contrats de recherche, postes d'accueil DEA, post-DEA, informations sur les laboratoires, les CIC, IFR, informations en direct du comité d'Interface INSERM-SNFMI.
- Les congrès : annonces des prochains congrès de la SNFMI et hors SNFMI avec modalités d'inscriptions, comptes-rendus de congrès sous différentes formes : comptes-rendus écrits, comptes-rendus filmés téléchargeables avec accès aux diaporamas des présentations de communications, interview de leaders d'opinions...
- Une rubrique emploi avec les offres les plus récentes concernant les propositions de postes de CCA, PH... sur le territoire.

- Formation médicale continue (rapport en direct des congrès, cas cliniques, mises au point, bibliographie, revues de presse, banque d'images, photothèque.
- Lien avec le syndicat et son site internet.
- Lien avec d'autres sociétés savantes et d'autres sites d'organismes officiels, Conférences de consensus, Agence du médicament, ministère, sénat, certaines associations de patients).
- Forum de discussion.
- Informations administratives, juridiques, fiscales et sociales (Journal Officiel et commentaires, Sites ministère, sénat, Dépêches médicales ou législatives quotidiennes de l'AFP).
- Accès au medline, aux sites médicaux utiles, et autres moteurs de recherche bibliographique.
- Accès aux versions "full text" de certains articles internationaux.
- Rubrique axes pathologiques : avec mise au point, cas cliniques, comptes-rendus de congrès..., portant sur les principales pathologies intéressant les Internistes.

Depuis l'an 2000, le site medinterne.net est hébergé par la Société Santor, éditeur des sites Internet de nombreuses sociétés savantes. L'accès à medinterne.net est libre pour les professions de santé : étudiants, médecins spécialistes ou non, paramédicaux, industriels avec une vérification du statut professionnel. Certaines rubriques ne sont accessibles qu'aux membres de la SNFMI. Un accès est réservé au grand public afin de mieux faire connaître la Médecine Interne. Le nombre d'internautes à medinterne.net (2200 inscrits au 1^{er} trimestre 2003 dont 54% d'Internistes, 22% de rhumatologues, 16% d'autres spécialités; et près de 10% d'inscrits provenant de pays étrangers), et la richesse de l'information disponible avec plus de 25000 pages vues, témoignent du dynamisme de ce site.

Un syndicat national : **le SYNDIF**

Le SYNDIF ou Syndicat des Internistes Français est le nouveau nom du Syndicat National des Médecins spécialistes en Médecine Interne créé en 1970, à l'initiative des fondateurs de la Médecine Interne Française réunis autour du Professeur Claude Laroche.

De 1970 à 1979 le Syndicat des Médecins spécialistes en Médecine Interne a été la seule représentation nationale des Internistes Français jusqu'à la création toujours sous l'impulsion de Claude Laroche de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). Le SYNDIF représente au plan professionnel, les Internistes Français dans le respect des différents modes d'exercice de la Médecine Interne dans notre pays : en milieu libéral, en milieu hospitalier non universitaire, en centre hospitalier universitaire.

Le Conseil d'Administration du SYNDIF reflète bien ce souci par sa composition puisque les trois composantes professionnelles de la Médecine Interne y sont statutairement représentées.

Le Conseil d'Administration élit un bureau en son sein composé d'un Président, de Vice-Présidents, d'un Secrétaire Général et d'un Trésorier. Les Présidents du Syndicat des Internistes Français ont été successivement depuis sa création : le Professeur Claude Laroche, le Docteur Claude Labram, le Professeur Geneviève Delzant et le Professeur Daniel Séréni depuis 1993.

Le Syndicat est représenté au niveau régional par un correspondant qui assure la liaison avec le Collège Régional de Médecine Interne dont l'activité est plus ou moins importante selon les régions. Les moyens d'expressions du SYNDIF sont un bulletin et un site internet Syndif.net accessible soit directement soit à partir d'autres sites et notamment celui de la SNFMI. Les assemblées générales statutaires annuelles du

SYNDIF sont organisées à l'occasion du Congrès de décembre de la SNFMI. La SNFMI donne la parole au Président du SYNDIF pour un flash d'informations à l'occasion de chaque Congrès.

Les buts du SYNDIF sont la défense des intérêts professionnels des Médecins Internistes et au-delà, la défense de la Médecine Interne au sein du système de soins français.

Les Internistes libéraux (plus de 300 Internistes ont un exercice libéral exclusif) sont représentés par le SYNDIF via deux confédérations syndicales médicales transversales représentatives : la CSMF et la FMF. Le SYNDIF délègue deux représentants à l'UEMS pour faire entendre la voix de la Médecine Interne Française au plan international. Dans le cadre de la Médecine libérale, le cheval de bataille du SYNDIF depuis de nombreuses années est la promotion de l'acte de consultant en Médecine Interne. Après avoir longuement tenté d'obtenir une lettre clé spécifique pour la Médecine Interne, la situation semble actuellement en voie de déblocage dans une autre direction. En effet le changement envisagé pour la nomenclature avec la suppression des lettres clés qui seront remplacées par trois niveaux de consultation en fonction de leur longueur et de leur degré de complexité devrait favoriser une discipline comme la Médecine Interne. Le but annoncé de cette réforme est en effet de rééquilibrer l'importance de l'acte intellectuel médical par rapport à l'acte technique. Ainsi on peut espérer que l'acte de consultant de Médecine Interne sera évalué au niveau 3 c'est-à-dire au plus haut niveau de complexité et de durée de consultation, ce qui correspondra logiquement au plus haut niveau d'honoraires.

Chez les hospitaliers, la défense de la Médecine Interne, c'est avant tout la défense de l'existence des services de Médecine Interne dans les Centres Hospitaliers. La situation est bien entendu variable d'une région à l'autre, d'un CHU à l'autre et d'un Centre Hospitalier à l'autre. Si dans les CHU il existe toujours au moins un service de Médecine Interne, de nombreux services ont cependant disparu au cours des dernières années. Ces disparitions de services ont été la conséquence de restructurations, de diminution de lits pour des raisons budgétaires ou autres et enfin du choix de certaines Administrations et Commissions Médicales d'Etablissements qui ont pu préférer créer des services hautement spécialisés au détriment des services de Médecine Interne. Ces réductions de lits sont considérées par le SYNDIF comme nuisibles à la santé des Français. Elles ont été excessives. Elles ont abouti à une situation de pénurie de lits de Médecine Interne. Cette pénurie entraîne une situation tendue en période

normale pour répondre aux missions de la Médecine Interne Hospitalière. Il va de soi qu'en cas de crise comme on l'a vécu lors de la canicule de l'été 2003 la situation devient intenable et les lits de Médecine Interne dans les Centres Hospitaliers manquent cruellement pour une prise en charge de qualité des patients admis.

Le SYNDIF s'est engagé au début de l'année 2001 dans une réflexion active avec les représentants de la Médecine Générale Française sur le thème des rapports entre la Médecine Interne et la Médecine Générale et plus précisément de l'avenir des deux spécialités dans le contexte de la création d'un DES de Médecine Générale. Un des thèmes de combat du SYNDIF depuis plusieurs années a été celui de la défense du droit de prescription des Internistes. L'apparition dans différents domaines de la pathologie de nouveaux médicaments d'utilisation plus ou moins complexe et surtout de coût élevé a conduit les pouvoirs publics à les réserver à un nombre limité de prescripteurs. Sans contester cette attitude les Internistes ont défendu le fait qu'ils prenaient en charge un pourcentage important de patients dans des domaines que les pouvoirs publics avaient cru devoir réserver aux spécialistes purs. C'était le cas par exemple de l'hépatite C et/ou encore de la polyarthrite rhumatoïde et/ou des maladies chroniques de l'intestin pour les anti-TNF alpha. En fait à chaque fois que la voix des Internistes s'est fait entendre dans ce domaine les pouvoirs publics ont compris leurs raisons. Deux exemples récents, celui des anti-TNF alpha ou encore celui d'un médicament destiné au traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire ont confirmé le droit des Internistes de prescrire ces médicaments. La situation est plus complexe dans le cas des traitements anti-cancéreux. La prescription des chimiothérapies anti-cancéreuses est en effet réservée aux titulaires du DESC ou d'une capacité en Oncologie. Pour les Internistes qui travaillent dans des Centres Hospitaliers qui ne comportent pas de service d'Oncologie et ont en charge un nombre non négligeable de patients atteints de ce type de pathologie, le problème n'est pas simple. Nous encourageons les Internistes de ces hôpitaux à acquérir eux-mêmes ou à faire acquérir par l'un de leurs collaborateurs la formation nécessaire. De notre côté nous continuons à défendre le principe de l'utilisation des antimitotiques dans les maladies systémiques et générales par les Internistes. C'est le cas par exemple du CYCLOPHOSPHAMIDE ou encore du METHOTREXATE, indispensables dans de nombreux cas de vascularites et de maladies autoimmunes.

Le SYNDIF comme nous l'avons déjà dit, travaille en étroite liaison avec la SNFMI. Cette collaboration se traduit chaque année traditionnellement par l'organisation

commune d'un séminaire de réflexion stratégique qui est coorganisé par la SNFMI et le SYNDIF. Plus récemment cette collaboration s'est élargie institutionnellement avec la création du Collège National Professionnel des Internistes. D'autres initiatives communes au SYNDIF et à la SNFMI portent leurs fruits. C'est le cas de la Commission d'Evaluation des pratiques, de la Commission de Formation Médicale Continue.

Le SYNDIF et la SNFMI partagent par l'intermédiaire du CNPI la représentation de la Médecine Interne au sein de la Fédération des Spécialités Médicales.

Une spécialité médicale doit être représentée, défendue et animée dans deux domaines : celui de la connaissance et de la recherche, c'est le rôle de la SNFMI, et celui de la défense professionnelle, c'est le rôle du SYNDIF.

Commission Pédagogique Nationale de Médecine Interne **COPENAMI**

Création

La création de la commission pédagogique nationale de Médecine Interne (COPENAMI) a été décidée par les conseils d'administration de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI) et du Syndicat des Internistes Français (SYNDIF) le 11 décembre 1997. Elle a été présentée lors du séminaire pédagogique de Maffliers le 17 janvier 1998.

Travaux

Cette commission se réunit à Paris selon un rythme dicté par les travaux en cours. Les principales études réalisées concernent :

– La démographie des Internistes en cours de formation. Ce fut le premier objectif de travail car les effectifs des futurs Internistes sont insuffisants et à travers eux, c'est l'avenir même de la discipline qui est en jeu. Deux enquêtes successives, l'une réalisée en 1998, l'autre en 2002 ont montré la difficulté d'assurer la relève des médecins

Internistes appelés à prendre leur retraite dans les 10 prochaines années. L'origine de cette faiblesse démographique est pluri-factorielle : la rigueur excessive du numerus clausus (dont l'élargissement récent ne pourra effacer les effets délétères pour les 15 prochaines années), la longueur de la formation (5 années suivies d'un clinat très souhaitable), la difficulté de cette discipline vaste par essence, s'opposant à l'étroitesse des autres spécialités d'appareils ou d'organes, encore aggravée par l'émergence de sur-spécialités (que certains appellent de façon moins flatteuse des sous-spécialités), la perception floue de notre discipline par nos contemporains (les "usagers") mais aussi une lisibilité insuffisante pour nos étudiants, la préparation par de nombreux étudiants (25 %) du DES de Médecine Interne d'un DESC et le choix pour certains d'entre eux de l'exercice exclusif de cette nouvelle spécialité.

- Une étude a été réalisée sur les possibilités de formation à l'étranger, surtout en Europe.

- Une enquête a tenté d'établir l'inventaire du rôle des enseignants de Médecine Interne au cours du 2^e cycle des études médicales afin de valoriser cet investissement et de le majorer à la faveur de la réforme de la 2^e partie du 2^e cycle et de l'institution d'enseignements transversaux.

- La maquettes du DES de Médecine Interne a fait l'objet d'une révision complète, tant en ce qui concerne les stages hospitaliers que l'enseignement théorique.

- Un sous-groupe de la COPENAMI est chargé de donner un avis pour l'octroi des bourses : il s'agit du groupe d'attribution des bourses de formation initiale (GRATBOUFI).

- La COPENAMI organise conjointement avec le conseil scientifique de la SNFMI un séminaire national et annuel destiné aux étudiants préparant le DES de Médecine Interne. La création du Conseil du Collège National des Enseignants de Médecine Interne (COCONEMI) a été présentée au conseil d'administration de la SNFMI en décembre 2002 et approuvé le 8 janvier 2003. Ce conseil a pour objectif de publier un corpus de Médecine Interne constitué à partir des 345 items du programme de l'examen national classant qui a fait suite au concours d'internat. Les membres de ce conseil sont nommés par les conseils d'administration de la SNFMI et du SYNDIF sur proposition de la COPENAMI (Annexe 5).

Le conseil scientifique de la SNFMI

La SNFMI s'est dotée d'un conseil scientifique ayant pour mission de promouvoir le développement de la connaissance scientifique en Médecine Interne. Ce conseil est compétent pour toute question de recherche ou de communication scientifique ; il interagit avec la commission technique des congrès auxquels il participe systématiquement (tout congrès comporte le jeudi après-midi une session de deux à trois heures organisée par lui) ainsi qu'avec la commission pédagogique nationale (COPENAMI) pour organiser des manifestations de formation, par exemple des internes (séminaire national des Vaux-de-Cernay). Les activités du conseil scientifique sont visibles en permanence sur le site web de la SNFMI.

Composition

Le conseil scientifique comprend une quinzaine de membres désignés par le conseil d'administration parmi les enseignants et les praticiens de la société, de Paris comme de province. Des membres des laboratoires et des organismes de recherche comme le CNRS et l'INSERM en font partie pour promouvoir la communication entre cliniciens et fundamentalistes. Ce conseil est renouvelé tous les trois ans.

Objectifs

Le conseil scientifique a pour objectif de promouvoir l'extension et la transmission des connaissances dans le domaine de la médecine interne. Il est concerné par la formation scientifique des juniors et des seniors de la société.

Fonctionnement

Le conseil prépare les deux congrès annuels de la SNFMI et examine les protocoles de recherche qui lui sont soumis. Il propose à la commission technique des congrès une organisation pour les sessions du jeudi qui lui sont consacrées. Il examine également les demandes de bourses qui peuvent concerner soit des Internistes demandant un soutien pour un protocole de recherche, soit des Internistes ayant besoin d'un soutien pour un déplacement de France vers l'étranger ou vice versa, soit toute autre demande ayant un rapport avec la recherche ou la formation Internistes. Il promeut la formation de groupes de travail thématiques et se tient au courant de leurs travaux. Il peut recommander au conseil d'administration de la SNFMI le financement exceptionnel de projets de recherche innovants.

Réalisations

Les séances publiques du conseil scientifique ont lieu rituellement le jeudi précédant le congrès semestriel. Plusieurs centaines de membres de la SNFMI y assistent régulièrement. Y sont présentés des projets de protocoles de recherche multicentrique en médecine interne, de même que l'état d'avancement des protocoles soutenus par le conseil. Le conseil propose aussi des exposés sur les sujets les plus innovants et les plus stimulants en techniques de recherche, et une fois par an un point est fait sur une interface avec l'INSERM. A cette occasion sont décernées deux bourses de 3 000 euros récompensant les projets présentés, les bourses Marcel Simon.

Le conseil scientifique participe à la création et au fonctionnement de groupes de travail thématiques sur les différentes maladies de médecine interne. C'est ainsi que sont nés les groupes de recherche sur les vascularites, la sclérodermie, le lupus, les maladies par erreurs innées du métabolisme à l'âge adulte, la fibromyalgie et la fatigue chronique, l'hémophilie acquise, les histiocytoses, la sclérodermie, les mastocytoses, etc. Ces groupes n'ont pas vocation à bourgeonner pour devenir des mini-sociétés savantes distinctes, mais au contraire à pousser dans le cadre de la SNFMI pour l'enrichir de leurs découvertes.

Un retour est évidemment indispensable et le conseil scientifique demande que toute publication issue d'un travail audité et soutenu par la SNFMI mentionne ce soutien dans le texte publié. De même, les récipiendaires de bourses de la SNFMI font l'objet d'un suivi pour tenir le conseil scientifique au courant de l'état d'avancement de leurs travaux. Ceci est important pour d'une part aplanir les difficultés

qui peuvent surgir de façon inopinée dans toute recherche, et d'autre part susciter une présentation puis une publication des résultats dans les congrès et revues de médecine interne. Il faut rappeler à ce sujet que les bourses Marcel Simon qui sont décernées à chaque congrès sont payées pour moitié à la présentation du projet et pour moitié à la publication.

Prospective

L'avenir du conseil scientifique est clairement dessiné : grâce aux progrès des outils de communication, la mise sur pied de protocoles coopératifs de médecine interne permettra de développer de plus en plus d'activité et de connaissance en médecine interne. Il est prévu que la coopération soit de plus en plus nationale et européenne dans le cadre de l'EFIM et d'autres groupes thématiques issus d'autres mouvances (par exemple l'European League Against Rheumatism (EULAR), de spécialités voisines comme la rhumatologie, la néphrologie, la pneumologie, la neurologie, la psychiatrie, l'endocrinologie, ou des sociétés horizontales comme celles de pédiatrie, d'erreurs innées du métabolisme, d'angiologie, ou de microcirculation). Le conseil scientifique a pour projet de soutenir de plus en plus de projets de recherche, d'une part par l'audit scientifique qu'il leur apporte (le label SNFMI apposé sur les projets audités peut les aider à trouver un financement), d'autre part en suscitant directement des bourses pour financer tout ou partie de protocoles typiquement Internistes. Dans ce domaine le conseil scientifique pourra être amené à nouer des partenariats avec des industriels, des associations ou des financeurs intéressés à développer des actions de recherche médicale.

La **formation** **médicale continue** de l'Interniste

Le spécialiste en Médecine Interne, du fait des multiples spécificités de son exercice médical, a toujours été très conscient de la nécessité d'entretenir et de perfectionner ses compétences. Situé à l'interface de la Médecine Générale et des diverses spécialités médicales d'organes, l'Interniste est obligatoirement en perpétuelle remise en question. Il n'a pas attendu de premier texte sur la FMC obligatoire (ordonnance de 1996) ni les décrets qui ont suivi pour fréquenter régulièrement et dans l'exacte mesure de sa disponibilité les réunions de formation et congrès. Dans une société en mutation, où la péremption des savoirs est rapide et où les exigences de compétence sont de plus en plus pressantes, la Médecine Interne a su se doter de structures et de moyens efficaces avec un souci de démarche-qualité sinon d'assurance-qualité.

Le Collège Interniste de FMC

Suite à une enquête en 1995 sur la Formation Médicale Continue dans la spécialité de Médecine Interne, les conseils d'administration de la SNFMI et du Syndicat des Internistes (SYNDIF) ont conjointement décidé le 13 décembre 1996 la création d'une structure de partenariat co-présidée par les Présidents de la SNFMI et du SYNDIF. « Ce Collège Interniste de Formation Continue assure la représentation de la spécialité de Médecine Interne auprès des autorités et instances nationales et régionales responsables notamment en application des textes de loi encore actuellement actualisés. Il assure en outre la concertation entre les collèges régionaux de Médecine Interne pour toutes questions concernant la structuration, l'accréditation et la validation des actions de FMC des Internistes » : tel est le texte annonçant la création de cette structure dans le Journal de l'Interniste de la Revue de Médecine Interne. Le Collège Interniste de

FMC est maintenant mandaté par le Collège National Professionnel de Médecine Interne. Outre les Présidents de la SNFMI et du SYNDIF, il se compose de leurs Secrétaires Généraux Adjointes et de douze membres, 6 désignés par chacune des deux parties en respectant au mieux les modes d'exercice et la localisation géographique.

Le coordonnateur du Collège Interniste de FMC représente la spécialité à la Fédération des Sociétés Médicales (structure fédérative des sociétés savantes et collèges nationaux professionnels des spécialités). Deux personnes sont déléguées à la FSM de façon à ce qu'il y ait un représentant hospitalier et un libéral. Le coordonnateur représente la spécialité au Bureau de cette Fédération avec actuellement une fonction de Vice-Président après avoir été Secrétaire Général.

Par ailleurs, il faut savoir que les Internistes ont toujours été très présents dans le débat sur la FMC que ce soit au Conseil National de FMC des Médecins Libéraux (rappelons l'activité inlassable du professeur BERNARDOU de Paris, du Professeur GRILLIAT de Nancy, du Professeur CONRI de Bordeaux, du Professeur MASSOT de Grenoble, de moi-même et d'autres) ainsi qu'au niveau de l'association des responsables universitaires de FMC puisque le Professeur Claude CONRI de Bordeaux a été longtemps le Président de "FMC Université". Il en est de même au niveau des conseils régionaux de FMC où nombre d'Internistes ont œuvré avec le souci de rendre service à la collectivité.

Sans attendre la mise en application des textes sur la FMC obligatoire, le Collège Interniste de FMC s'est préoccupé des besoins de formation en Médecine Interne. L'enquête de 1995 ayant été réalisée dans un groupe restreint (l'ensemble des deux conseils d'administration soit une cinquantaine de membres), il a été jugé nécessaire de faire une enquête nationale de pratique dont la méthodologie a été validée par des experts en Santé Publique et dont le résumé synthétique des résultats est exposé dans ce Livre Blanc. Il est apparu au Collège Interniste de FMC que l'objectif incontournable des diverses actions de Formation Médicale Continue ne pouvait être que les modifications de pratique des Internistes. A cet égard, il lui est apparu qu'une structure chargée de l'évaluation des pratiques aurait une fonction importante pour la spécialité. Le Collège Interniste de FMC a donc suscité la création d'une Commission Nationale d'Évaluation des Pratiques présidée par Claude JEANDEL avec laquelle elle doit travailler en partenariat très étroit.

La FMC de l'Interniste : quoi et comment ?

Etat des lieux :

– **La formation dans le milieu professionnel** : les réunions, les staffs hospitaliers, le plus souvent hebdomadaires sont des constantes que ce soit dans les CHU ou

les hôpitaux généraux. Les Internistes hospitaliers se forment grâce à des présentations de cas et des exposés théoriques à côté de leurs collègues libéraux de proximité et des Internistes en formation. Il s'agit là d'une activité irremplaçable car efficace.

– **Les activités de formation formelles** : elles peuvent être spécifiques à la Médecine Interne comme les congrès nationaux de la SNFMI ou les réunions régionales. Les congrès nationaux de la SNFMI attirent plus d'un Interniste sur 3 deux fois par an soit approximativement 2 500 journées-formation (les absents ne doivent-ils pas tenir la “boutique” ?) Les principes de la charte de la qualité pour la FMC telle qu'elle a pu être édictée par la Fédération des Spécialités Médicales représentent un objectif prioritaire pour la Commission Scientifique Pédagogique et Technique des congrès de la SNFMI. La transparence des communications vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique est assurée. Les fonds permettant l'organisation de ces réunions sont mutualisés. Les thèmes de formation des congrès sont choisis de façon autonome et professionnelle. Certaines sessions ont plus des objectifs d'information scientifique. D'autres (2 par congrès) ont des objectifs de formation professionnelle (les rapports et mises au point sur un thème d'intérêt pratique). Même si elles sont un objectif d'ordre scientifique, les présentations affichées et les communications orales ne doivent pas être négligées en terme de formation personnelle à côté des avancées scientifiques que cela représente. La Médecine Interne est une spécialité axée sur la pratique médicale diagnostique et décisionnelle ce qui explique que l'Interniste va privilégier les congrès de la SNFMI, la réunion des Printemps de la Médecine Interne et les réunions de son association régionale telles qu'il en existe un peu partout en France, plus que les congrès internationaux des autres spécialités souvent hyper-spécialisées ou même que les réunions de la Fédération Européenne de Médecine Interne. Ceci est également plus vrai pour ceux qui ont une vocation de Médecine Interne Générale que pour ceux qui ont un domaine d'intérêt précis. Pour ceux-ci, la fréquentation des grands congrès internationaux est régulière. (Citons les congrès de l'ACR aux USA).

Les supports de formation

La Revue de Médecine Interne et les Annales de Médecine Interne sont les deux revues de la spécialité. La première est l'organe officiel de la SNFMI avec des numéros spéciaux consacrés aux congrès de spécialité ; la périodicité de parution est importante et permet l'actualisation régulière de tous les domaines d'action de l'Interniste. Il est intéressant de noter que ces revues polyvalentes sont lues par nombre de lecteurs des autres spécialités médicales. A côté d'articles à vocation scientifique, il existe des mises au point dont le but est très clairement la formation. Les revues

papier restent essentiels pour la formation de l'Interniste même s'il apparaît de nouveaux supports tels que l'électronique (MedInterne.net) dont l'évaluation d'impact reste à faire mais qui devraient prendre une place importante.

Les moyens de formation spécifiques à la Médecine Interne

- Réunions hebdomadaires de service
- Associations locales et régionales
- Les Printemps de la Médecine Interne (Lille)
- Congrès de la SNFMI
- Congrès francophones de Médecine Interne
- Congrès européens de Médecine Interne (EFIM)
- Congrès nationaux et internationaux thématiques
- Revue de Médecine Interne
- Annales de Médecine Interne
- Site Internet : <http://www.MedInterne.net>

Les besoins de formation des Internistes

L'enquête de 1995 ciblée sur les responsables de la spécialité et l'enquête nationale exhaustive de 2002 permettent de dégager un certain nombre d'axes forts :

- L'offre de formation doit être diversifiée : elle doit être biomédicale comme professionnelle ; elle doit être spécifique (par exemple les maladies dites de système) comme non spécifique (citons quelques thèmes des prochains congrès : traitement du diabète, l'anticoagulation de demain, la dermatologie et la Médecine Interne, les maladies infectieuses émergentes, les techniques de l'information et de la communication, l'athérome, les myopathies, les complications vasculaires du diabète, les actualités thérapeutiques en gériatrie, l'Interniste et la décision médicale...).

- L'offre de formation doit concerner l'activité prédominante de consultance dans le domaine diagnostique et thérapeutique. L'Interniste aime se former en situation active de résolution de problèmes. Ceci représente un des objectifs de la réunion annuelle des Printemps de la Médecine Interne à Lille.

- L'offre de formation doit viser l'excellence : amené à gérer des situations complexes (fièvre nue, durable, syndrome inflammatoire inexplicé, fatigue chronique...), l'Interniste doit garder une capacité à identifier les maladies rares souvent dénommées "orphelines". Cette spécificité de sa formation est importante.

- L'offre de formation doit être transversale : polypathologie, etc.
- Les Internistes, confrontés à la multiplicité des besoins de formation, souhaitent que l'on privilégie l'interactivité, les ateliers, la résolution de problèmes. Tout ceci rejoint un courant maintenant très classique de la pédagogie de l'adulte dans l'objectif d'acquisition d'une compétence professionnelle. Ils insistent sur la nécessité de travailler sur les conduites pratiques, sur l'apprentissage de la stratégie, de la décision ou de l'analyse critique.

Quelle stratégie pour la FMC de l'Interniste ?

Tenant compte de la multiplicité des besoins dont il a été fait état, la Médecine Interne est confrontée à un véritable défi :

- D'une part elle doit s'astreindre à une démarche-qualité. C'est la raison pour laquelle elle a œuvré à l'élaboration d'une charte pour la FMC des sociétés savantes.
- Elle sait également que les modifications de pratique des médecins ne sont pas toujours faciles, surtout dans un domaine d'expertise aussi large. La spécialité a pris conscience qu'elle doit multiplier les moyens à mettre en œuvre pour entraîner ces modifications de pratique : analyse des pratiques collectives, évaluation des pratiques individuelles, utilisation de tous les supports de formation tels que les revues, internet, l'utilisation de méthodes pédagogiques actives avec résolution de problèmes, etc. La spécialité se pose les questions suivantes : dans quelles conditions pouvons-nous affirmer que les savoirs scientifiques que nous produisons et transmettons deviennent ou sont des recommandations de pratiques utilisables ? Dans quelles conditions les Internistes sont-ils amenés à changer favorablement leurs pratiques pour le bien des patients ? C'est le concept d'une véritable responsabilisation de ses membres.

La Commission d'Évaluation des Pratiques du Collège National Professionnel des Internistes : CNPI

La Commission d'Évaluation des Pratiques du CNPI, mise en place sous l'impulsion de la SNFMI et du SYNDIE, a pour finalité de constituer l'interface entre les composantes du CNPI et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

Rappel sur les missions de l'ANAES et sur ses relations avec les Sociétés Savantes.

L'ANAES assure une triple mission : évaluation, accréditation des établissements de santé, et nomenclature (admission des actes, prestations et fournitures au remboursement par l'Assurance Maladie). C'est dans ce cadre qu'elle est impliquée dans un travail commun avec la SNFMI et les autres Sociétés Savantes.

La mission d'évaluation a pour finalité d'établir l'état des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine et à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital et en médecine libérale.

Dans cette optique, l'ANAES réalise dans les établissements de santé et auprès des

médecins libéraux des actions d'évaluation des pratiques professionnelles, de formation à l'audit clinique et des programmes d'amélioration de la qualité.

Elle organise ou labellise des "Recommandations pour la Pratique Clinique" (RCP) et des "Conférences de Consensus" sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques ou thérapeutiques, à partir de méthodes et principes explicites, en s'appuyant sur l'analyse rigoureuse de la littérature scientifique et sur l'avis des professionnels de santé.

En 2003, il a été décidé de laisser plus de place aux initiatives des sociétés scientifiques et de créer une banque de recommandations en langue française (BRF) réunissant toutes les RPC qu'elles auront élaborées selon une méthodologie commune (Grille AGREE). Le Conseil Scientifique de l'agence intervient non plus pour labelliser mais pour évaluer les RPC élaborées par les sociétés scientifiques. Les RPC déjà publiées depuis moins de 5 ans seront reprises et incluses dans la banque de données si elles ont été élaborées selon une méthodologie correcte.

La mission de veille scientifique et professionnelle.

Une des nouvelles missions de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) est de développer une démarche de veille scientifique dans le domaine de la santé.

Cette démarche doit permettre l'identification des innovations afin d'anticiper les actions pouvant s'inscrire dans des programmes de santé. Il s'agit donc d'une nouvelle mesure qui doit être élaborée conjointement par les sociétés savantes et l'ANAES.

Thèmes de RPC proposés à l'ANAES par la Commission d'Évaluation des Pratiques en 2002 après réalisation d'une enquête d'évaluation des besoins et retenus au programme 2002.

Thèmes de RPC proposés :

- Asthénie chronique isolée – Fièvre prolongée
- Anémie ferriprive (étiologies, traitement) – Œdèmes (diagnostic)
- Corticothérapie (indications) – Corticothérapie en pratique ambulatoire
- Anticoagulation chez le sujet âgé
- Maladie veineuse thrombo-embolique (diagnostic, modalités thérapeutiques)
- Maladie de Horton/PPR (durée optimale du traitement)
- Uvéites (enquête étiologique) – Gammopathies monoclonales
- Syndrome fibromyalgique (diagnostic, traitement)
- Purpura thrombopénique auto-immun (conduite thérapeutique à long terme)
- Cytopénies immunologiques (diagnostic, traitement).

Thème(s) retenu(s) ayant obtenu un partenariat ANAES :

- Stratégie diagnostique de la MVTE de l'adulte (hors grossesse et réanimation)
- Stratégies préventives de la MVTE

NB : le thème relatif aux Stratégies thérapeutiques de la MVTE de l'adulte (hors grossesse et réanimation) est du ressort de l'AFSSAPS.

Thèmes de RPC proposés et retenus au programme 2003 :

– Thèmes proposés :

- Stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans les thrombophilies de l'adulte (hors grossesse)
- Stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans les uvéites
- Stratégies diagnostiques dans les pertes de connaissance brève de l'adulte

– Thèmes retenus :

- Stratégies diagnostiques dans les pertes de connaissance brèves de l'adulte.



Le CNU

et la prospective

hospitalière

Le CNU et la prospective hospitalo- universitaire

La sous-section 53-01 de Médecine Interne a, comme toutes les autres sous-sections du CNU, un double rôle :

– Proposer l’inscription sur la liste d’aptitude des candidats qui paraissent dignes aux yeux de ses membres réunis en jury d’être nommés professeurs des universités, praticiens hospitaliers (PU-PH), maîtres de conférences des universités – praticiens hospitaliers (MCU-PH) et praticiens hospitalo-universitaires (PHU) (session d’avril).

– Choisir parmi leurs collègues ceux qui paraissent devoir être promus, soit à la première classe, soit à la classe exceptionnelle des professeurs (session de juin).

La sous-section comporte deux options, l’une correspondant à notre discipline proprement dite, l’autre intitulée “gériatrie et biologie du vieillissement”.

Si chacune de ces options correspond à des orientations et à des activités de soins, d’enseignement et de recherche différents, si l’option “gériatrie” est souvent ouverte à des candidats dont la formation initiale n’a pas été forcément celle du DES de médecine interne, le jury et les conditions requises sont dans les deux cas identiques quelle que soit l’option du concours. C’est donc de façon globale que sont présentées ici l’organisation et les modalités de fonctionnement de la sous-section.

La sous-section comporte quinze membres, douze PUPH et 3 MCUPH (dont deux d’entre eux sont actuellement issus de sous-sections qui nous sont proches) ce nombre

élevé étant lié au fait que la médecine interne, avec près de 150 PU-PH est quantitativement la plus importante des disciplines cliniques.

Sachant que le mandat des membres, éventuellement renouvelable soit par élection soit par nomination, est de six ans, le décalage des collègues élus ou nommés explique que chaque sous-section se renouvelle pour moitié tous les trois ans.

Jacques BEYLOT préside la sous-section. Il occupe également actuellement les responsabilités de président de la 53^e section qui réunit la “médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement” et la “chirurgie générale” (sous-section 53-02).

Prospective hospitalo-universitaire en Médecine Interne

A l'initiative du Président Jacques BEYLOT, le CNU s'est engagé depuis plusieurs années dans une démarche prospective. Cette démarche se justifie à un double titre :

– **L'analyse de la situation démographique** : comme beaucoup d'autres, notre discipline vieillit... En mars 2000, la Division des Personnels Enseignants de l'Enseignement Supérieur du Ministère de l'Education Nationale diffusait un tableau établissant la part des enseignants-chercheurs atteignant 65 ans d'ici dix ans, présenté par sous-section du CNU. Le pourcentage pour la “médecine interne ; gériatrie” était de 47 % (soit en chiffres absolus 79 sur 169). Selon les calculs que Jacques BEYLOT avait établis en août 2001, nous avons alors atteint 48,5 % (79 sur 163). En septembre 2002, le pourcentage semblait un peu plus réconfortant puisqu'il était de 44 % (correspondant à 69 sur 156 mais on constatait en même temps la réduction progressive de nos effectifs globaux : 156 au lieu de 169 il y a deux ans, alors que nous intégrions dans le dernier chiffre les onze candidats inscrits sur la liste d'aptitude en avril 2002. En avril 2004, le nombre des collègues qui atteindront 65 ans dans les dix ans a un peu diminué (43,1%) mais ce taux est plus élevé si l'on ne prend en compte que les seuls Internistes (**47,3% contre 28,1% pour les gériatres**). Quant aux effectifs, ils ont encore baissé, puisque **nous ne sommes plus que 146 dont 114 “Internistes”**, cette baisse étant liée soit à des non-remplacements d'emplois suite aux départs à la retraite soit surtout à des changements de section. Face à cette situation la relève est insuffisante, le chiffre de candidats se présentant chaque année devant la sous-section étant en moyenne de six pour sept à neuf départs.

– **La trop grande imprévision devant les vacances d'emploi** qui sont pourtant arithmétiquement inscrites dans le calendrier... Les successions, soit immédiates soit décalées dans le temps par redéploiement, devraient être mieux programmées. Sachant

qu'aujourd'hui le pré-requis exigé par les textes réglementaires impose aux candidats éventuels à un emploi de PU-PH un parcours moyen de 5 à 8 ans entre la fin de leur internat et le moment où ils rempliront les conditions pour se présenter devant le CNU (obtenir l'HDR, la thèse de 3^e cycle même si elle n'est pas indispensable au sens réglementaire du terme, obligation de mobilité qui va prendre effet à partir de la révision des effectifs 2006 pour les candidats aux concours de type 1), sachant que le nombre actuel des DES et/ou des chefs de clinique assistants est relativement peu fourni (en particulier dans l'option gériatrie) et surtout que ce "vivier" est réparti de façon très inégale entre les CHU et que nos collègues se préoccupent trop tardivement de leurs successions.


Partant de ce constat, le CNU a lancé une démarche destinée à améliorer la prospective dans ses deux options, médecine interne et gériatrie, en souhaitant que dans chaque CHU, nos collègues engagent eux aussi une réflexion avec les instances hospitalo-universitaires de façon à éviter des pertes d'emploi résultant d'une concertation insuffisante entre le doyen, le président de la CME, le Directeur Général du CHU, le Directeur de l'ARH et les représentants de la discipline.

Cette prospective a été conduite depuis 1998 par un inventaire UFR par UFR, CHU par CHU des équipes actuelles, des départs attendus et des possibilités de promotion des CCA, des PHU et/ou des PH, qu'ils appartiennent à ces équipes ou qu'ils soient susceptibles de venir d'ailleurs. Ces prévisions se sont appuyées sur des enquêtes effectuées auprès de un ou deux représentants de la discipline dans tous les CHU français. Elles ont été complétées parfois par une interrogation des instances elles-mêmes et à plusieurs reprises par des interventions directes du Président "sur le terrain". De même, le Président est amené à recevoir régulièrement les candidats potentiels pour leur donner des conseils d'orientation et les encourager mais aussi parfois pour les dissuader, lorsque le fossé était trop grand entre leur investissement pédagogique et scientifique et ce qui était attendu d'eux. Ce travail réactualisé une à deux fois par an est régulièrement adressé aux Conseillers des ministres.

Cette démarche a permis entre autres de faire apparaître l'attente particulièrement marquée en gériatrie, dont les besoins à court et moyen terme sont très importants et le "vivier" encore trop réduit. Ceci éclaire l'esprit d'ouverture dont fait preuve le jury, vis-à-vis de candidats venant d'autres disciplines (neurologie, psychiatrie, rhumatologie, santé publique...) à condition qu'ils aient une authentique activité de soins en gériatrie, qu'ils soient clairement impliqués dans son enseignement et que leur thème de recher-

che ait conduit à des publications d'aussi bonne qualité que ceux se présentant dans l'autre "option" de notre discipline. Ceci étant, cet esprit d'ouverture ne signifie pas que nous ne souhaitions pas voir de jeunes collègues issus du DES de médecine interne s'engager dans le DESC de gériatrie et concourir sur des emplois hospitalo-universitaires. C'est d'ailleurs dans cet espoir que nous avons plaidé pour que la nouvelle maquette du DES prévoie un semestre obligatoire dans un service de gériatrie.

En résumé, si les missions essentielles du CNU sont de nommer les futurs professeurs des universités, et maintenant des maîtres de conférence, puis de garantir la qualité des promotions, les membres de la sous-section estiment qu'il doit aussi jouer un rôle de soutien et de conseil des collègues qui localement se battent mais trop souvent dans le désordre ou dans un trop grand isolement. Le président et les membres du CNU sont attentifs à apporter toute aide aux candidats potentiels pour identifier les embûches qu'ils peuvent rencontrer, et les mettre en garde contre les promesses qui risquent de ne pas être tenues, et leur expliquer les exigences auxquelles ils devront répondre et intervenir autant qu'il est possible de le faire, dans le respect de l'autonomie des établissements, pour soutenir l'ouverture d'un emploi au moment souhaité, c'est-à-dire en concordance avec le moment où la promotion est possible. Or, de tels objectifs ne peuvent être remplis que grâce à une connaissance très approfondie des situations locales, d'où l'importance stratégique de cette démarche prospective.



**Les champs
d'activité
de la médecine
interne**

Et les autres membres du collège Interniste de F.M.C et de la commission d'évaluation des pratiques en Médecine Interne.

Résultats d'une enquête nationale de pratique en Médecine Interne

Introduction

Sous l'égide du Conseil National Professionnel de Médecine Interne, une enquête nationale de pratique en Médecine Interne a été menée avec l'aide des membres du collège Interniste de F.M.C et de la commission d'évaluation des pratiques en Médecine Interne. Cette enquête avait pour objectif de contribuer à l'élaboration d'un Livre Blanc sur la spécialité en renseignant sur les pratiques usuelles en Médecine Interne et sur les besoins de formation des Internistes.

Méthodologie

Un questionnaire a été envoyé à tous les Internistes répertoriés sur le fichier ADELI (n=2155) (annexe 6) en mars 2002. Une seconde relance a été effectuée en juillet 2002.

Ce questionnaire colligeait :

- 1) des données concernant les Internistes (âge, sexe, lieu et mode d'exercice libéral ou public, qualification de la structure d'exercice)
- 2) les diagnostics principaux de tous les patients vus au cours d'une demi-journée de consultation et de visite en salle
- 3) des données plus précises concernant les 3 premiers patients vus en consultations et en visite en salle dès la réception du questionnaire à savoir :
 - leur âge et leur sexe,
 - une description détaillée de la ou des problématiques rencontrées,
 - la nature de la symptomatologie,
 - les compétences médicales requises,
 - la complexité du problème clinique soumis à l'Interniste.

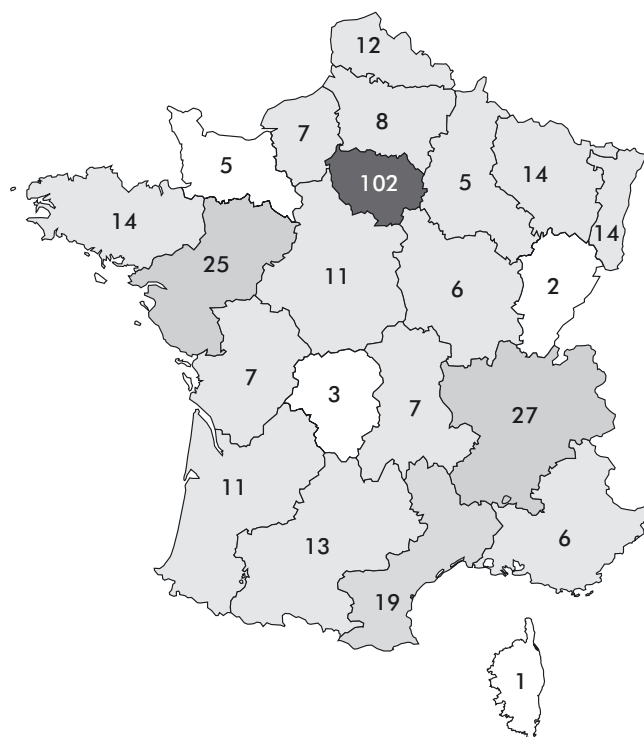
Résultats

1°) Données générales

- 360 questionnaires ont été retournés (taux de réponse 17%).
- 332 questionnaires étaient exploitables.
- Les questionnaires ont été réceptionnés pendant 6 mois.
(d'avril à septembre 2002)
- 5.641 diagnostics principaux ont été répertoriés.
- 978 patients vus en consultation ont été analysés.
(âge moyen : **54 ans**, 55% de femmes, 28% de nouveaux patients)
- 891 patients vus au cours des visites en salle ont été analysés.
(âge moyen : **64 ans**, 51% d'hommes, 42% de nouveaux patients)

Figure 1

Répartition des réponses par région (74 départements représentés)



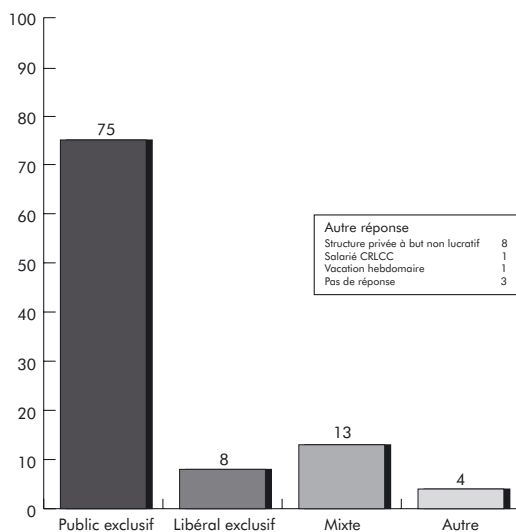
2°) Données concernant les Internistes et leur cadre d'exercice

Sexe-ratio : 3 hommes/1 femme

Age moyen : 49 ans pour les hommes, 42 ans pour les femmes

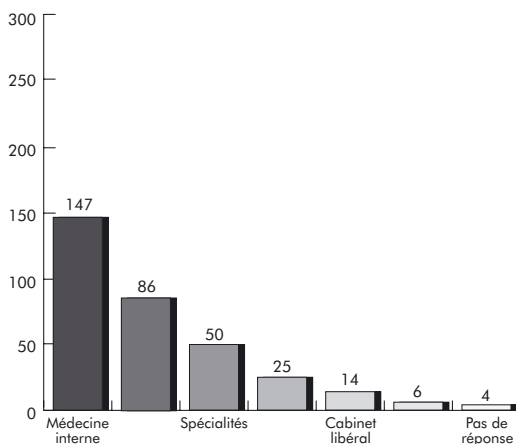
Le mode d'exercice des Internistes ayant répondu est principalement hospitalier public (Résultats en pourcentage).

Figure 2



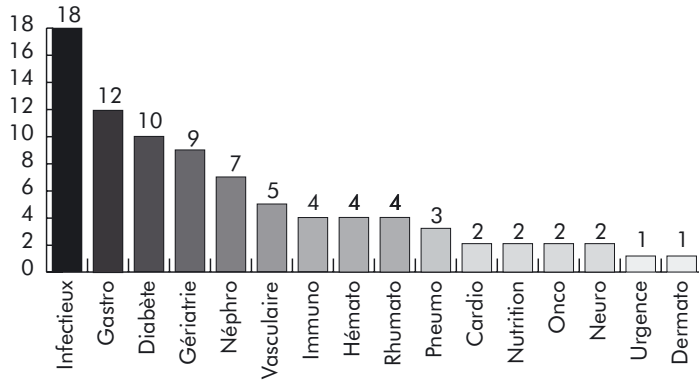
Les Internistes exercent surtout au sein d'un service de "Médecine Interne" avec (26%) ou sans orientation (44%).

Figure 3



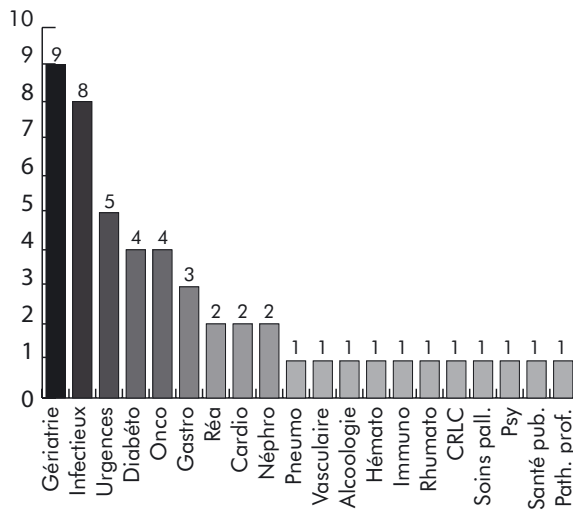
Les spécificités des services de Médecine avec orientation exprimée dans lesquelles exercent les Internistes sont variées.

Figure 4



Les services de spécialités où exercent les Internistes sont divers.

Figure 5



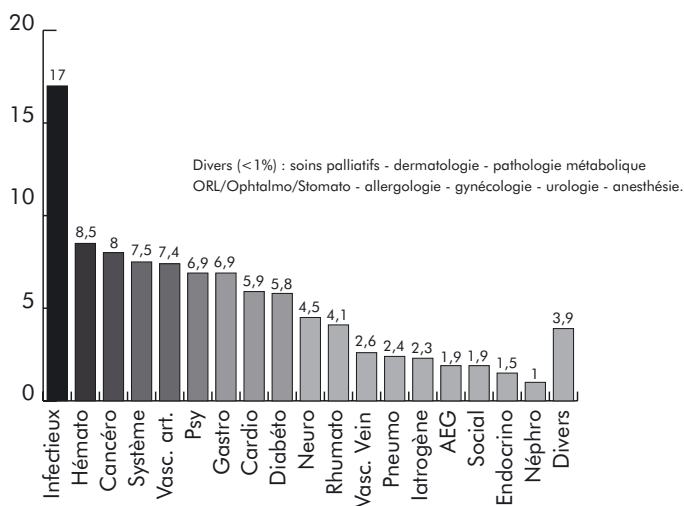
NB : Les 3 diagrammes précédents démontrent l'adaptabilité professionnelle du médecin Interniste dans les différents milieux de spécialité.

3°) Etude générale des pathologies rencontrées par l'Interniste

2.725 et 2.886 diagnostics principaux ont été colligés dans les secteurs respectifs consultation et hospitalisation.

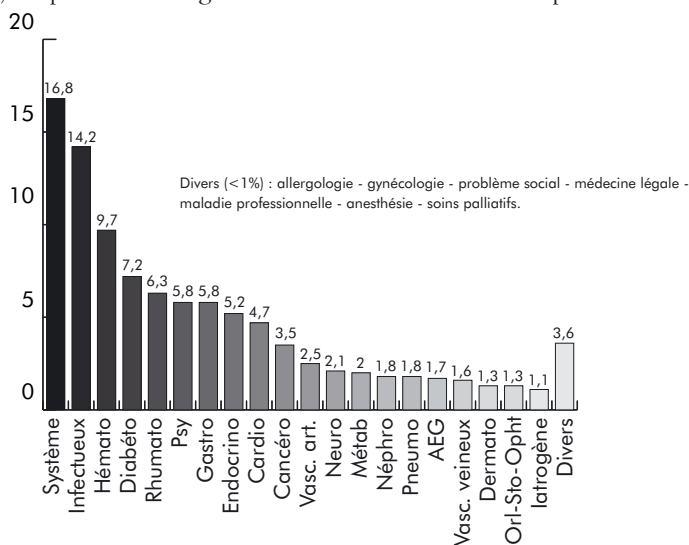
Les principales problématiques pathologiques des patients hospitalisés sont d'ordre infectieux, hématologique et cancérologique (résultats en pourcentage).

Figure 6 : patients vus en hospitalisation.



En consultation, les prises en charge des maladies dites rares ou orphelines sont prédominantes.

Figure 7 : patients vus en consultation.



Un exemple :

Les maladies de systèmes ou orphelines vues en consultation.

Du plus fréquent...

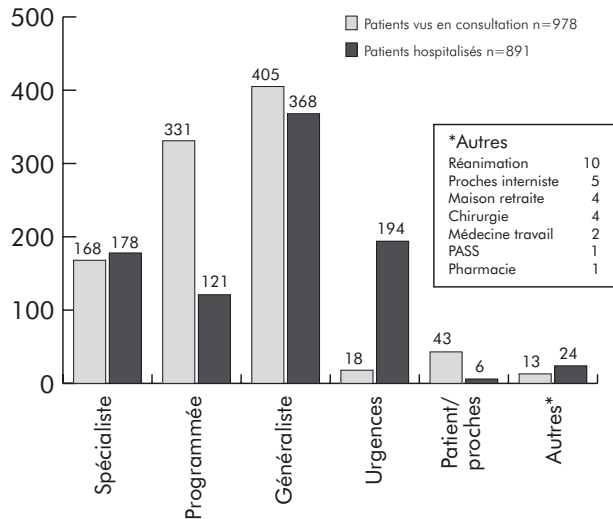
au plus rare.

Horton	70	Périartérite noueuse	12	Angiodème	2
Lupus	60	Polymyosite	11	Amylose	2
Goujerot	46	Vascularite X	11	Cirrhose biliaire	12
Connectivite intriquée	32	Syndrome des APL	7	Maladie périodique	2
Sd inflammatoire	30	Churg et Strauss	7	Aortite	1
Sarcoidose	28	Dermatomyosite	6	Neuropathie optique	1
Fièvre inexpliquée	20	Takayashu	6	Cholangite sclérosante	1
Wegener	18	Still	6	Sd de Reynolds	1
Béhçet	17	Granulomatose	4	Oedème des mains	1
Sclérodermie	15	Purpura rhumatoïde	3	Mac Duffie	1
		Myalgies	3	Recklinghausen	1
				Sd Sneddon	1
				Fasciite à éosinophiles	1
				Myosite à inclusion	1
				Sd de Protée	1

4°) Etude approfondie des situations pathologiques rencontrées (pour les 3 premiers patients).

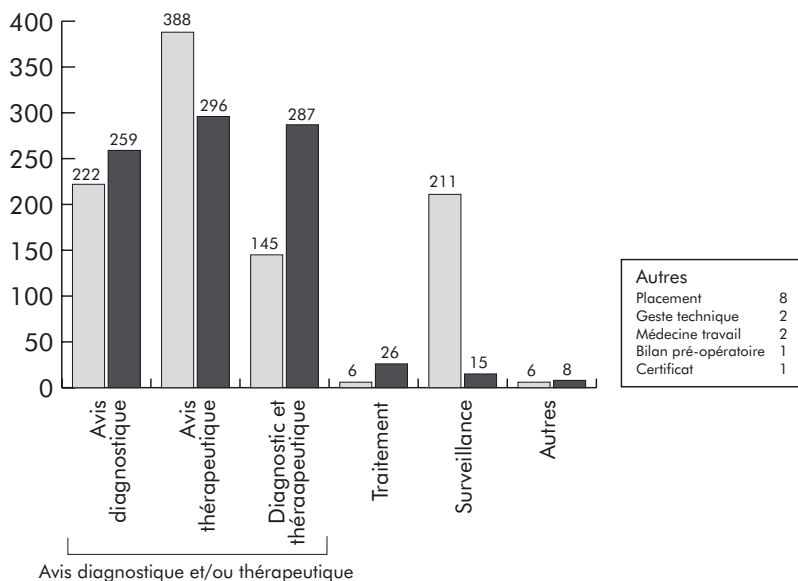
Les patients sont adressés par d'autres médecins Généralistes (2^e recours) plus que spécialistes (3^e recours). La venue directe est exceptionnelle.

Figure 8



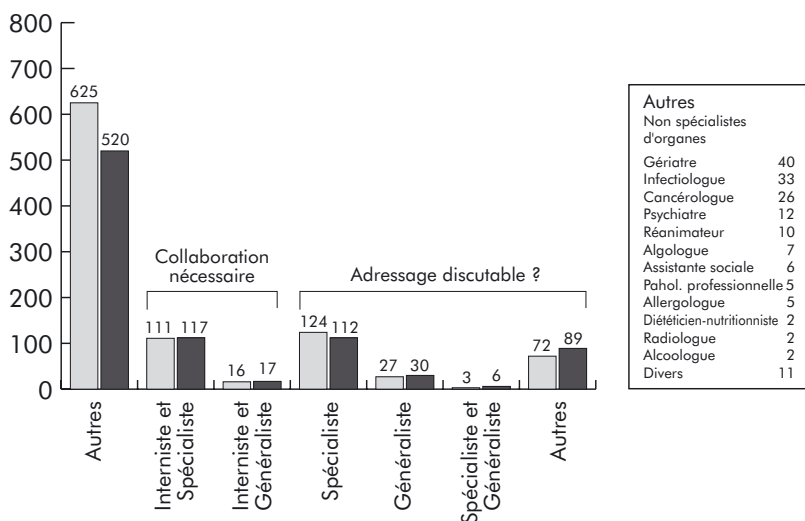
Le patient est plus souvent adressé pour un avis que pour une prise en charge.

Figure 9



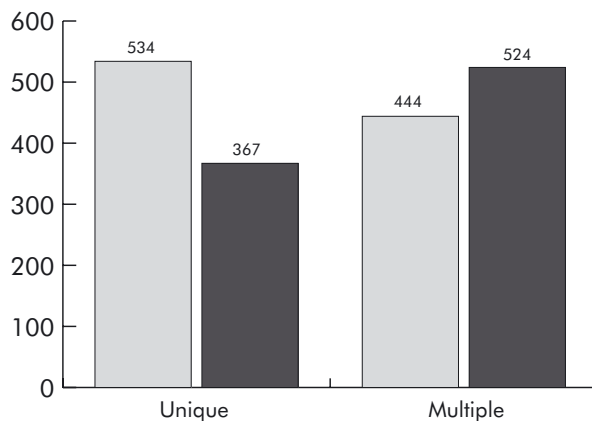
Vis-à-vis des problèmes présentés, la seule compétence de l'Interniste est le plus souvent suffisante. Une collaboration lui est parfois utile.

Figure 10



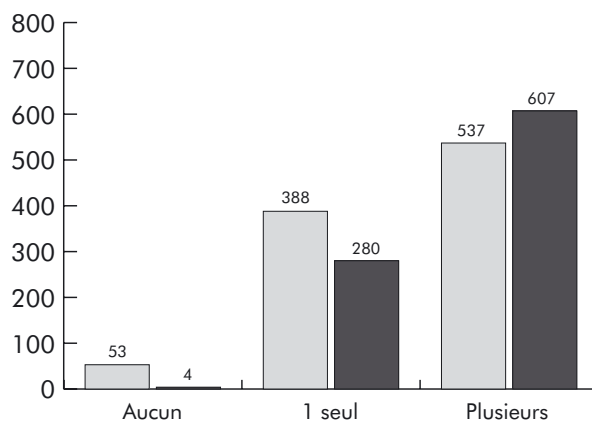
La problématique du patient est très souvent multifactorielle.

Figure 11



Pour le problème principal le patient est le plus souvent polysymptomatique

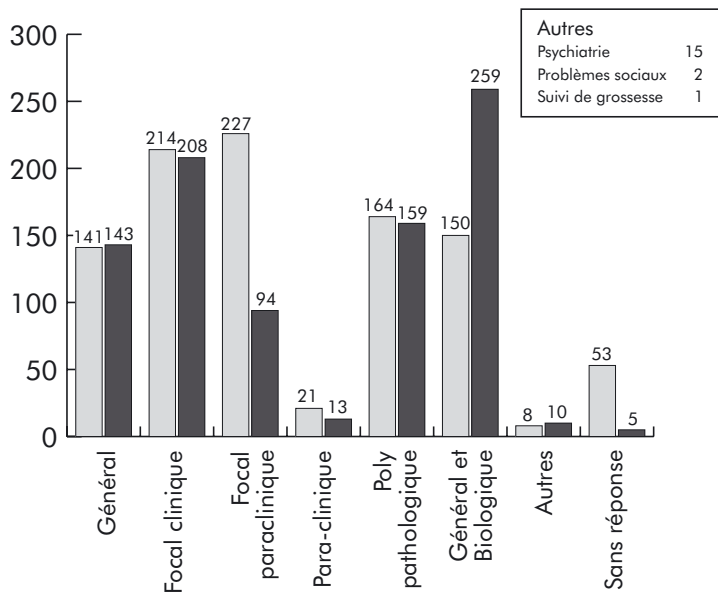
Figure 12



NB : les 3 diagrammes précédents montrent que la problématique des patients de l'Interniste est souvent complexe, qu'elle soit unique ou multiple.

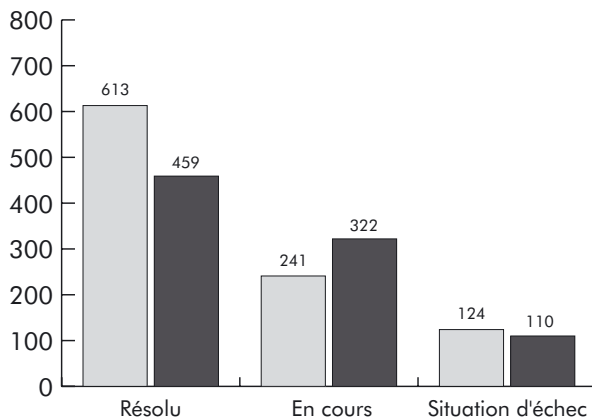
Pour le problème principal, les symptômes sont autant focalisés que liés à un état polypathologique.

Figure 13



Au terme de l'entrevue, le problème principal est souvent résolu. (2 fois sur 3 en consultation, 1 fois sur deux en hospitalisation)

Figure 14



La liste des problèmes diagnostiques non résolus immédiatement est variée

A l'issue de la consultation **108/367**
(29%) diagnostics sont en cours

A l'issue de la visite en salle **84/346**
(15%) diagnostics sont en cours

Polyarthrites	12
Syndromes inflammatoires	7
AEG	7
Adénopathies	6
Douleurs abdominales	6
Fièvres	5
Douleurs thoraciques	5
Neuropathies périphériques	5
Myalgies/myosites	5
Asthénies chroniques	5

Fièvres	12
AEG	6
Neuropathies	6
Syndromes inflammatoires	5
Anémies	5
Pneumopathies chroniques	4
Hépatopathies	3
Néphropathies	3
Sérites	3
Malaises	3
Atteintes ORL	3

Cette enquête démontre que la spécificité de l'Interniste est bien la prise en charge de la complexité. En effet, dans la grande majorité des cas, les problèmes médicaux qui sont référés à l'Interniste en raison d'une prétendue complexité ne posent en fait pas de problème majeur à l'Interniste pour leur résolution.



Conclusion

Ce type d'enquête descriptive transversale est d'interprétation délicate (imperfection du fichier ADELI). Toutefois nous avons constaté une motivation certaine des Internistes pour évaluer leurs pratiques professionnelles puisque le taux de participation approche 20% (le double du taux habituellement observé lors d'études sur les pratiques dans d'autres disciplines)

Après analyse des résultats, le profil type de l'Interniste peut être résumé ainsi :

- 1/ Sa formation lui assure une bonne concordance avec les exigences de son exercice professionnel.
- 2/ Ses niveaux d'intervention privilégiés en consultation et en hospitalisation sont le 2^e et le 3^e recours.
- 3/ Sa "patientèle" est variée, requérant des compétences larges.
- 4/ Son champ de compétence lui permet d'avoir à la fois une expertise très spécialisée (surtout en consultation) et polyvalente (surtout en hospitalisation).
- 5/ La prise en charge de la complexité est l'une des expertises de l'Interniste.

Et l'ensemble des médecins ayant participé à l'enquête.

L'activité des services de Médecine Interne français en 2000-2001 à partir des données du PMSI

Le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) a comme objectif de caractériser la production hospitalière en généralisant dans les hôpitaux le recueil d'informations administratives et médicales (diagnostics et actes) sous forme de Résumés d'Unités Médicales (RUM), regroupés en cas de séjours multi-unités en Résumés de Sortie Standardisés (RSS). Un algorithme appelé fonction de groupage (FG) permet de classer les séjours dans des Groupes Homogènes de Malades (GHM) réunissant des cas comparables en termes de pathologies et de mobilisations de ressources hospitalières. Les indicateurs obtenus sont principalement utilisés en gestion externe pour la répartition des budgets entre établissements en fonction des pathologies prises en charge. Ils sont de plus en plus introduits dans le cadre de la gestion interne, constituant un outil d'évaluation de l'activité hospitalière. Outil économique, le PMSI est aussi actuellement en France la seule source d'information sur l'activité médicale des services hospitaliers. Il est donc devenu incontournable pour décrire l'activité des services de Médecine Interne français. Nous avons donc procédé à une enquête postale pour recueillir les données d'activité PMSI des services de Médecine Interne sur l'ensemble du territoire.

Méthodes

Aucune liste "officielle" des services de Médecine Interne n'étant disponible en France, nous nous sommes basés sur celle fournie par la SNFMI. Cette liste comprenait les adresses de 480 chefs de service. Ont été exclus tous les services dont la dénomination ne comportait pas "Médecine Interne", ceux où la dénomination "Médecine Interne" était associée à une spécialité d'organe bien définie ("...et cardiologie", "...et néphrologie"...) ou à "Urgences". Ont également été exclus tous les services dont l'intitulé comprenant les termes "Gériatrie" ou "Gérontologie". Les intitulés associant la

Médecine Interne à une spécialité de DESC (immunologie, maladies infectieuses, nutrition...) ont été conservés sauf la réanimation. Les intitulés "...et thérapeutique", ou "...et maladies systémiques" ont également été conservés. Il faut souligner que l'intitulé du service sur la réponse reçue ne correspondait pas toujours à l'intitulé enregistré par la SNFMI et que certains services avaient des dénominations entrant dans les critères d'exclusion. En l'absence de renseignement sur l'ancienneté du changement de dénomination, ces services ont été conservés dans l'analyse.

Un questionnaire standardisé a été expédié aux 212 services retenus, demandant pour l'activité 2000 ou 2001 lorsqu'elle était disponible, le nombre de lits, le nombre de RSS, et la liste des 20 GHM les plus fréquemment rencontrés (Annexe 7). Quarante-seize questionnaires correctement renseignés ont pu être exploités (41 services de CHU, 50 services de CHG, 5 services privés participant au service public (PSPH)), représentant un total de 3601 lits (1450 dans les CHU soit 40,3%, 1970 soit 54,7% dans les CHG, 181 soit 5,0% dans les PSPH). Les services des hôpitaux militaires, trop peu nombreux, n'ont pas été retenus pour l'analyse. Une dizaine de questionnaires est arrivée après le début de l'analyse ou contenait des informations inexploitables.

Résultats

L'analyse a porté sur un total de 192197 RSS (81 142 pour les CHU, soit 42,2%, 104 185 soit 54,2%, 6 870 soit 3,6% dans les PSPH).

Un total de 184 GHM était cité (le nombre total de GHM est de 649 dont 397 "médi-caux", 313 après exclusion de la pédiatrie, de l'obstétrique et de la traumatologie).

Les tableaux I à IV indiquent les 20 GHM les plus fréquemment cités sur l'ensemble des services, sur les CHU, les CHG et les PSPH. Le nombre limité de services PSPH rend toute analyse aléatoire mais l'activité de ces services ne semble pas différer notablement de celle des CHG. Les 10 premiers GHM par nombre de citations sont peu différents entre CHG et CHU. La principale différence concerne les GHM 340 et 341 où est classée la majorité des maladies systémiques, dans les 10 premiers pour les CHU, non représentés dans les 20 premiers pour les CHG. Le GHM 619 (névroses dépressives) est 8ème dans les CHG, alors que la CMD 19 (troubles mentaux) n'est pas représentée dans les 20 premiers GHM des CHU. Les autres différences dans les rangs 10 à 20 concernent essentiellement les GHM 198, 28 et 29 (syncopes et convulsions) non représentés dans les CHU.

Le rang moyen de chaque GHM (tableau V) fournit un autre type de renseignement que le nombre de citations. En effet un GHM peut être cité souvent mais dans les derniers rangs, correspondant à une activité partagée et peu spécifique, quantitativement minoritaire, alors qu'un GHM avec un rang moyen proche de 1 correspond probablement à une activité spécifique. Les 8 premiers GHM classés par rang sont en

fait les mêmes que les 8 premiers par ordre de citations, et les mêmes en CHU et en CHG. Les différences les plus importantes (plus de 30 rangs de différence) entre les 2 types d'hôpitaux concernent logiquement les GHM 340 et 341, respectivement aux 7^e et 5^e rangs en CHU et aux 44^e et 60^e rangs en CHG. Les autres différences sont plus difficilement explicables : les GHM 28 et 29 (neurologie) d'une part, 454 et 604 (maladies infectieuses) d'autre part sont plus représentés en CHG probablement en l'absence de service de la spécialité. Enfin certaines différences relèvent peut-être plus d'une répartition différente entre hospitalisation conventionnelle et prise en charge ambulatoire ou tout simplement sont liées à des procédures de codage différentes.

Un indice de polyvalence a été calculé en prenant en compte le nombre de CMD différentes correspondant aux 20 premiers GHM de chaque service. Il est à $8,85 \pm 2,12$ dans les CHU, et à $9,33 \pm 4,95$ dans les CHG (différence non significative). Par comparaison, l'indice a été calculé pour 9 services des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg représentant 7 spécialités différentes : la moyenne est à 5,77 avec des extrêmes de 2 à 9.

Discussion

Cette enquête est à notre connaissance la première du genre à étudier l'activité des services de Médecine Interne français à partir des données médico-économiques du PMSI. Les limites et les défauts du système PMSI sont bien connus et ont été discutés ailleurs. La pertinence du PMSI pour décrire l'activité d'un service de médecine interne n'a fait l'objet que d'analyses très partielles. L'objectif de cette enquête n'était pas d'étudier cette pertinence mais de décrire l'activité des services de médecine interne vue à travers l'outil particulier du PMSI, outil développé plus dans un but économique que médical et utilisé largement par les tutelles administratives et politiques. Elle a l'avantage de reposer sur des données administratives incontestables, ce qui n'est pas le cas des enquêtes de pratiques de type déclaratives.

Le premier résultat de ce travail est l'extrême diversité de l'activité puisque près de 60% de l'ensemble des GHM potentiellement observables dans un service de médecine sont cités au moins une fois. Vingt-trois CMD sont représentées sur un total de 27 (tableau VI). Trois grandes tendances se dégagent : premièrement, la part très importante des services de Médecine Interne dans la prise en charge de pathologies générales fréquentes, comme les pneumopathies, l'insuffisance cardiaque, les anémies, le diabète ou les accidents vasculaires cérébraux. Il est impossible de savoir par ce type d'enquête et par le PMSI d'une façon générale si les malades porteurs de ces affections, hospitalisés en médecine interne, diffèrent de ceux hospitalisés dans des services de spécialités d'organe. On peut supposer que la polyopathie et peut-être l'âge, sont des facteurs qui ont une influence sur le type de service hospitalier d'accueil. Deuxièmement, les maladies systémiques (lupus, sclérodémie, vascularites,

amylose...), dont la plupart sont regroupées dans les GHM 339, 340, ou 341 sont bien représentées dans les CHU (5^e et 9^e par nombre de citations, 5^e et 7^e par rang) mais n'apparaissent pas dans les 20 premiers GHM des CHG. Ceci peut traduire assez logiquement la plus grande spécialisation des CHU et leur rôle de centre de référence pour des pathologies relativement rares. Il faut cependant être prudent dans l'interprétation car nous ne disposons pas des données quantitatives et ces classements peuvent simplement refléter la plus grande participation des services de médecine interne des CHG à la prise en charge d'affections communes (par exemple quand les CHG ne disposent pas de services de spécialité d'organe). Troisièmement, en dehors de leurs orientations spécifiques, les services de médecine interne dans leur ensemble, semblent particulièrement engagés dans la prise en charge des maladies hématologiques bénignes (GHM571) ou malignes (GHM589) ainsi qu'en cancérologie (GHM587). L'activité diagnostique est très mal mesurée par le PMSI mais l'importance des GHM 675, 672 et 671 ("signes et symptômes..." et "autres facteurs influençant l'état de santé") reflète probablement indirectement cette activité.

Les limites de cette enquête sont nombreuses et doivent la faire considérer plus comme une "photographie" que comme une étude à valeur scientifique. Le nombre de services ayant participé et le nombre de RSS analysés, près de 200 000, lui donnent cependant un certain poids, même si l'on ne peut être certain de la représentativité de notre échantillon. Le questionnaire a volontairement été limité de façon à obtenir un taux de réponse maximal (environ 50%). Seul le classement des GHM et non le nombre de RSS dans chaque GHM dans chaque service a été obtenu. Il nous a donc été impossible de mesurer la part réelle des services de médecine interne dans la prise en charge d'un GHM donné, mais ceci aurait également nécessité d'avoir accès pour chaque hôpital à l'ensemble des données du PMSI et aurait rendu l'analyse extrêmement lourde. La dernière limite, intrinsèque de l'outil utilisé, est que nous n'avons étudié que l'activité d'hospitalisation conventionnelle, excluant l'activité d'hôpital de jour (très mal décrite et valorisée par le PMSI) et celle de consultation, qui diffèrent souvent de façon très importante de l'hospitalisation traditionnelle. D'autres méthodes seraient nécessaires pour étudier l'apport des Internistes dans ces activités.

Cette étude, malgré ses limites méthodologiques, montre que les Internistes français sont largement engagés dans la prise en charge des affections médicales communes cardio-vasculaires, respiratoires, neurologiques, infectieuses ou métaboliques. Les services de médecine interne des CHU, à côté de cette activité polyvalente, sont particulièrement impliqués dans la prise en charge des maladies systémiques. Dans les CHG, une partie de l'activité est vraisemblablement liée à l'absence de service de spécialité d'organe. Ainsi, en dehors d'une activité de pathologie générale commune à tous les

services, il semble que les orientations plus spécifiques de certains services répondent à un besoin non satisfait par les autres spécialités et ceci confirme que les Internistes remplissent un rôle essentiel dans l'organisation hospitalière de notre pays.

Nous tenons à remercier tous les médecins des services de Médecine Interne et des DIM qui nous ont fourni leurs données d'activité.

Tableau I

Classement des 20 GHM les plus souvent cités (total)

Rang	GHM	Nombre citations	CMD	Intitulé du GHM
	129	74	4	Pneumonies et pleurésies banales, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
	571	69	16	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans
	184	67	5	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire
	675	63	23	Autres facteurs influant sur l'état de santé
	18	59	1	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires
	418	54	10	Diabète, âge supérieur à 35 ans
	256	49	6	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
	420	40	10	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
	343	39	8	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical
	672	39	23	Signes et symptômes sans CMA
	40	38	1	Affections du système nerveux, avec CMAS
	619	36	19	Névroses dépressives
	589	33	17	Lymphomes ou leucémies, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
	198	31	5	Syncopes et lipothymies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
	671	29	23	Signes et symptômes avec CMA
	340	28	8	Affections du tissu conjonctif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
	341	28	8	Affections du tissu conjonctif, âge inférieur à 70 ans sans CMA
	587	28	17	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA
	136	25	4	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
	127	24	4	Cedème pulmonaire et détresse respiratoire

Tableau II

Classement des GHM les plus souvent cités dans les CHU.

Rang	GHM	Nombre citations	CMD	Intitulé du GHM
1	571	36	16	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans
2	129	34	4	Pneumonies et pleurésies banales, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
3	184	30	5	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire
4	675	27	23	Autres facteurs influant sur l'état de santé
5	341	23	8	Affections du tissu conjonctif, âge inférieur à 70 ans sans CMA
6	18	22	1	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires
7	256	20	6	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
8	672	20	23	Signes et symptômes sans CMA
9	340	20	8	Affections du tissu conjonctif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
10	418	19	10	Diabète, âge supérieur à 35 ans
11	40	19	1	Affections du système nerveux, avec CMAS
12	589	17	17	Lymphomes ou leucémies, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
13	671	16	23	Signes et symptômes avec CMA
14	127	16	4	Cedème pulmonaire et détresse respiratoire
15	343	14	8	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical
16	674	14	23	Suivi thérapeutique sans antécédent d'affections malignes
17	420	13	10	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
18	587	13	17	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA
19	118	12	4	Embolies pulmonaires
20	257	11	6	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA

Tableau III

Classement des GHM les plus souvent cités dans les CHG

Rang	GHM	Nombre citations	CMD	Intitulé du GHM
1	129	35	4	Pneumonies et pleurésies banales, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
2	18	34	1	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires
3	675	33	23	Autres facteurs influant sur l'état de santé
4	418	33	10	Diabète, âge supérieur à 35 ans
5	184	32	5	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire
6	571	29	16	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans
7	256	26	6	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
8	619	26	19	Névroses dépressives
9	420	24	10	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
10	343	22	8	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical
11	198	21	5	Syncopes et lipothymies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
12	672	19	23	Signes et symptômes sans CMA
13	28	19	1	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
14	40	17	1	Affections du système nerveux, avec CMAS
15	136	17	4	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
16	823	17	24	Motifs de recours de la CMD n°23 : ambulatoire, sans acte opératoire
17	589	16	17	Lymphomes ou leucémies, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
18	29	16	1	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans sans CMA
19	650	15	21	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge de 18 à 69 ans sans CMA
20	587	13	17	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA

Tableau IV

Classement des GHM les plus souvent cités dans les PSPH

Rang	GHM	Nombre citations	CMD	Intitulé du GHM
1	129	5	4	Pneumonies et pleurésies banales, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
2	184	5	5	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire
3	571	4	16	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans
4	675	3	23	Autres facteurs influant sur l'état de santé
5	18	3	1	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires
6	256	3	6	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
7	420	3	10	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
8	343	3	8	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical
9	674	3	23	Suivi thérapeutique sans antécédent d'affections malignes
10	118	3	4	Embolies pulmonaires
11	185	3	5	Thrombophlébites veineuses profondes
12	391	3	9	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
13	418	2	10	Diabète, âge supérieur à 35 ans
14	40	2	1	Affections du système nerveux, avec CMAS
15	198	2	5	Syncopes et lipothymies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
16	587	2	17	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA
17	136	2	4	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
18	122	2	4	Tumeurs de l'appareil respiratoire
19	128	2	4	Bronchopneumopathies chroniques
20	119	2	4	Infections et inflammations respiratoires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans

Tableau V

Rang moyen de classement des GHM dans les CHU et les CHG

GHM	Rang CHU	Rang CHG	
129	2	1	Pneumonies et pleurésies banales, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
571	1	6	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans
184	3	5	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire
675	4	4	Autres facteurs influant sur l'état de santé
18	6	2	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires
418	10	3	Diabète, âge supérieur à 35 ans
256	9	7	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
420	18	9	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
343	16	10	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical
672	8	12	Signes et symptômes sans CMA
40	11	15	Affections du système nerveux, avec CMAS
619	24	8	Névroses dépressives
589	12	17	Lymphomes ou leucémies, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
198	30	11	Syncopes et lipothymies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
671	14	23	Signes et symptômes avec CMA
340	7	44	Affections du tissu conjonctif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
341	5	60	Affections du tissu conjonctif, âge inférieur à 70 ans sans CMA
587	17	20	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA
136	39	16	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
127	13	36	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire
674	15	35	Suivi thérapeutique sans antécédent d'affections malignes
28	68	13	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
257	21	24	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA
631	23	21	Éthylisme avec dépendance

187	22	30	Troubles vasculaires périphériques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
823	64	14	Motifs de recours de la CMD n°23 : ambulatoire, sans acte opératoire
118	19	47	Embolies pulmonaires
29	90	18	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans sans CMA
122	20	50	Tumeurs de l'appareil respiratoire
339	34	27	Fractures pathologiques et affections malignes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
185	25	52	Thrombophlébites veineuses profondes
650	99	19	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge de 18 à 69 ans sans CMA
128	33	39	Bronchopneumopathies chroniques
284	31	33	Hépatites alcooliques et cirrhoses
454	60	25	Infections des reins et des voies urinaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
618	69	22	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psycho-social
634	41	32	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans
37	47	34	Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
119	35	61	Infections et inflammations respiratoires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
427	36	48	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS
604	72	29	Septicémies, âge supérieur à 17 ans
817	62	26	Affections de la CMD n°17 : ambulatoire, sans acte opératoire
391	57	51	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans
419	43	37	Diabète, âge inférieur à 36 ans
11	88	31	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 81 ans
424	32	63	Autres troubles endocriniens, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
602	38	66	Maladies infectieuses et parasitaires, avec CMAS, avec ou sans acte
613	27	89	Maladies dues au VIH, avec une seule complication infectieuse
10	58	46	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 81 ans
347	29	99	Signes et symptômes concernant l'appareil musculo-squelettique et le tissu conjonctif

Tableau VI

Nombre de citations par Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD)

CMD	Nombre citations	Intitulé
1	28	système nerveux
2	1	œil
3	5	ORL, dents
4	14	appareil respiratoire
5	13	appareil circulatoire
6	11	tube digestif
7	8	Système hépato-biliaire et pancréas
8	11	affections et traumatismes de l'appareil musculo squelettique et du tissu conjonctif
9	6	Peau, tissus sous-cutanés et seins
10	9	affections endocrinienne, métaboliques et nutritionnelles
11	8	rein et voies urinaires
12	1	appareil génital masculin
14	1	grossesse accouchement et affection du post partum
16	6	sang et organes hématopoïétiques
17	7	affections myéloprolifératives et tumeurs de sièges imprécis et diffus.
18	5	maladies infectieuses et parasitaires.
19	7	maladies et troubles mentaux
20	5	troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci.
21	3	traumatismes, allergies et empoisonnements.
23	4	facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé.
24	26	séances et séjours de moins de 24 H.
25	4	VIH
27	1	transplantations d'organe (dont greffes de moelle).
Total	184	

Remarque : CMD non citées : 13 = appareil génital féminin ; 15 = nvx nés, prématurés et affections de la période périnatale ; 22 = brûlures ; 26= traumatismes multiples graves.

Les **grands domaines d'expertise reconnus** de l'Interniste

De prime abord, il est plus aisé de décrire les grands domaines d'expertise de tel ou tel spécialiste d'organe ou d'appareil – à l'évidence le rhumatologue est expert en articulations – que d'identifier ceux reconnus à l'Interniste par ses confrères, ses malades, voire la population générale dont seule une fraction connaît le terme "Interniste".

L'Interniste étant avant tout un "recours" pour le diagnostic, le champ qui lui est électivement dévolu est très divers. Il comporte notamment de nombreuses maladies rares touchant plusieurs organes, tissus ou appareils – en premier lieu les connectivites –, les situations diagnostiques complexes telles que fièvres prolongées et syndromes inflammatoires inexpliqués, ainsi que la polyopathie. Une telle approche étant développée dans d'autres chapitres : "*Qu'est-ce qu'un Interniste?*" par Daniel SERENI et "*Synthèse des grandes avancées scientifiques en Médecine Interne*" par Jean CABANE; nous aborderons cette brève réflexion sous un jour différent et parfois inattendu, en privilégiant l'activité clinique de l'Interniste, celle du soin donné aux malades.

L'Interniste, expert des "fondamentaux cliniques" de la Médecine : l'interrogatoire et l'examen physique.

Pierre Dac aimait à rappeler que « *l'établissement d'un diagnostic exact est un établissement... de premier ordre* ». Cette construction repose sur des fondations – l'interrogatoire, – et des pierres angulaires : les différentes étapes de l'examen physique, – qui pour l'Interniste conservent toute leur importance.

Quand on lui demandait sa spécialité, Fred Siguier, l'un des fondateurs de notre discipline, se désignait comme "spécialiste de l'interrogatoire". L'Interniste prend en effet le temps d'interroger longuement chaque nouveau patient sur son passé

médical proche et lointain, ses traitements, son environnement et son mode de vie, sans oublier ses antécédents familiaux. Les malades sont fréquemment surpris par l'exhaustivité de cette mise en situation qui bien souvent exhume déjà certains éléments d'importance capitale. L'examen physique qui lui succède n'est pas moins méticuleux. Intervenant après maints confrères qui ont déjà pratiqué cet examen, l'Interniste découvre rarement une anomalie flagrante, mais sa perspicacité peut lui faire découvrir un signe jusque-là méconnu, volontiers discret mais parfois fort instructif. L'Interniste n'est pas dermatologue mais il examine la peau et certaines muqueuses, quitte à surprendre le malade adressé pour un tout autre motif; il n'est pas cardiologue mais c'est souvent lui qui découvre le souffle diastolique venant éclairer le diagnostic d'une fièvre inexplicquée; il n'est pas endocrinologue mais un simple coup d'œil lui fait parfois déceler d'emblée telle ou telle pathologie hormonale; il n'est pas psychiatre mais demeure à l'écoute des mots, attentif au faciès et au regard, et c'est souvent lui qui évoque à juste titre l'existence d'un état dépressif masqué derrière des douleurs diffuses ou une asthénie rebelle. Certes l'examen physique n'est pas l'apanage de l'Interniste, mais les malades lui disent bien souvent : « *On ne m'a jamais examiné aussi complètement* ». Une égale attention est portée au dossier dont le patient est déjà porteur : l'Interniste n'est certes pas radiologue, mais sa relecture des clichés de thorax ou des planches de tomodensitométrie peut se révéler fort utile... En dehors des situations d'urgence, l'Interniste est donc le médecin qui "prend son temps", et nos collègues libéraux attendent évidemment avec impatience que la nomenclature tienne compte de cet aspect propre à notre exercice.

L'Interniste, homme de synthèse

La synthèse d'un dossier complexe est certainement notre domaine d'expertise le mieux "reconnu" par nos confrères, qui adressent leurs malades dans ce but. Basée sur l'analyse minutieuse décrite précédemment, la synthèse diagnostique résulte de la confrontation entre les données cliniques, biologiques et les documents fournis par l'imagerie. L'Interniste est celui qui doit trouver le fil conducteur permettant de relier des éléments en apparence disparates. Quelles que soient l'importance de ses connaissances et la richesse de son expérience, il recourt parfois aujourd'hui à l'aide procurée par les bases de données disponibles en ligne, qui permettent de croiser efficacement plusieurs mots-clés bien choisis. Mais le remplacement de l'Interniste par un ordinateur n'est pas en vue... Ce fil d'Ariane mène volontiers à l'identification d'une connectivité, beaucoup plus rarement à celui d'une cytopathie mitochondriale, diagnostic rendant enfin cohérente l'association a priori "illégitime" de symptômes

épars. Plus simplement, pour reprendre les comparaisons imagées fournies aux malades désireux de comprendre ce qu'est notre métier, l'Interniste est celui qui "ordonne les morceaux d'un puzzle" ou encore "prend des wagons épars pour en faire un train". Cette "démarche d'assemblage" est également exercée par d'éminents spécialistes d'organe ou d'appareil dotés d'une culture médicale encyclopédique et d'une grande curiosité intellectuelle que la Société Française de Médecine Interne s'honore de compter parmi ses membres. Saluons ici le nom et parfois hélas la mémoire de René Touraine (dermatologue), Jacques Chrétien (pneumologue), Jean-Pierre Benhamou (hépatologue) et Marcel-Francis Kahn (rhumatologue). Une ultime comparaison située hors du domaine médical permet de mieux cerner la nature de cette "démarche d'assemblage". Elle rejoint celle des artistes qui savent jouer avec les mots ou relier avec malice deux domaines de l'actualité. Bobby Lapointe et Plantu, "Internistes d'honneur", figurent ainsi parmi mes Maîtres aux côtés de Pierre Godeau.

L'Interniste comme arbitre, décideur et homme d'action pragmatique

Retenir ou homologuer l'existence d'une affection précise nécessite à l'évidence un choix entre différentes hypothèses. Parfois certes, le classement précis entre deux affections voisines n'est guère dénué de sanctions pratiques car leur traitement est similaire. Mais ce serait caricature que de réduire l'Interniste à un rôle d'entomologiste autant distingué qu'inutile ou désuet. Le plus souvent, l'avis qui lui est demandé est lourd de conséquences. Ainsi, il est fréquemment sollicité par nos Collègues réanimateurs confrontés à un malade en détresse vitale pour évaluer sur des arguments de présomption la probabilité d'une affection inflammatoire justifiant l'instauration immédiate d'une corticothérapie à fortes doses. Ailleurs, l'Interniste doit arbitrer entre l'origine organique ou psychiatrique de symptômes inexplicables non accompagnés d'anomalies biologiques, sans perdre de vue l'existence de situations intriquées. Malheur à lui s'il décide à tort de cesser les investigations, car aujourd'hui la robe noire de l'avocat suit à la trace la blouse blanche du médecin...

Mais la fonction d'arbitrage dévolue à l'Interniste ne se limite pas au seul domaine du diagnostic. Face à un patient porteur de plusieurs affections associées – situation dont la fréquence augmente parallèlement au vieillissement de la population –, il est nécessaire d'établir une hiérarchie entre des objectifs thérapeutiques parfois contradictoires pour aboutir à une prise en charge cohérente, incluant notamment l'indication et le choix de la date pour certaines interventions chirurgicales. Réputé "décathlonien de la Médecine", l'Interniste, souvent sollicité dans ce but,

réagit moins en athlète qu'en footballeur sachant lever la tête pour voir où se situe le jeu, à savoir identifier les vraies priorités du malade. Pour rester dans les comparaisons ludiques, l'Interniste se doit – tel le joueur d'échecs – d'anticiper plusieurs coups face aux risques des maladies, des explorations ou des traitements, et dans certaines situations au pronostic désespéré d'élaborer – tel le joueur de bridge – une hypothèse gagnante, même si elle est peu probable, permettant de naviguer entre ces nombreux écueils et de conduire au succès le chelem – la survie du malade –. L'Interniste, même s'il revendique le temps de la réflexion, est avant tout un homme d'action pragmatique, proche parent du chirurgien, tous deux se situant aux antipodes du rôle d'observateur passif et impuissant. Dans les circonstances intriquées résultant de la polyopathie, l'Interniste travaille avec modestie en étroite collaboration avec de nombreux spécialistes d'organe sur une base égalitaire. Il ne prétend pas être un chef d'orchestre, mais pense connaître la musique. Enfin, dans le domaine facultaire, sa vision globale, mise à profit de longue date dans le cadre du CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique), est à l'évidence indispensable pour la rédaction et la révision des dossiers transversaux.

L'Interniste, expert dans la prise en compte du facteur "temps"


A l'évidence, l'Interniste entretient un rapport particulier avec le temps. Il ne se distingue pas particulièrement par sa ponctualité aux réunions ou dans le rendu de ses manuscrits, mais se doit d'exercer une réelle maîtrise de ce facteur dans la prise en charge des malades, tant pour le passé que pour le futur. L'analyse rétrospective repose sur la reconstitution complète de la "trajectoire médicale" d'un patient : chronologie des diverses affections, mais aussi calendrier daté avec précision des traitements administrés (dose, durée, efficacité, tolérance) – identifiant parfois l'origine médicamenteuse de certaines anomalies biologiques jusque-là inexplicables –. Cet historique constitue le socle sur lequel repose un suivi ultérieur qui durera souvent de longues années, du moins pour la majorité des maladies systémiques. Les aspects prospectifs sont triples : hiérarchisation des objectifs thérapeutiques conduisant à l'élaboration d'un programme d'action dans les situations intriquées évoquées plus haut, planification de certains événements (grossesses lupiques), mais aussi "maîtrise du temps" quand la solution d'un problème diagnostique complexe se fait attendre. Ainsi devant une fièvre ou un état inflammatoire prolongé inexplicé, la gravité de la situation (altération profonde de l'état général voire survenue d'une défaillance viscérale conduisant le malade en réanimation) peut imposer des décisions thérapeutiques immédiates reposant parfois sur des bases fragiles. A l'inverse, l'impression est parfois

à l'extinction spontanée des troubles. Il faut alors savoir attendre une résolution complète en expliquant la situation au malade. Parfois, "le temps est un merveilleux examen complémentaire" selon la formule de Philippe Tard. Enfin, dans certains cas, c'est à l'Interniste qu'incombe la prise en charge d'un malade chez qui aucun diagnostic n'a pu être établi. Cette gestion de l'incertitude à court ou moyen terme est aussi, de facto, l'un de ses domaines d'expertise.

D'autres domaines dans lesquels l'Interniste dispose de compétences particulières seront simplement cités :

- la relation malade-médecin, dont la qualité est indispensable pour une prise en charge au long cours en particulier dans les affections complexes,
- une connaissance de la vie, une forme de sagesse et d'humanité à laquelle la communauté médicale recourt volontiers en sollicitant l'Interniste pour les problèmes éthiques et les fonctions de médiation,
- enfin la maîtrise des dépenses, car il est évident que la prise en charge simultanée de plusieurs affections est moins coûteuse que l'intervention successive de divers spécialistes.

Au total, l'Interniste est celui qui tente d'établir une prise en charge globale, intégrant les dimensions psychologiques et humaines : il soigne des malades et non des maladies. L'Interniste partage ce rôle avec le médecin Généraliste, mais leurs domaines d'intervention sont distincts, l'Interniste s'adressant principalement aux malades ou aux situations "hors normes".



Les nouveaux

terrains

de la médecine

interne

La Médecine Interne hospitalière **face aux problèmes des Urgences**

L'hôpital offre actuellement à la population une image sécurisante grâce à la haute qualification des médecins hospitaliers, à un plateau technique moderne et performant, et à la permanence des soins qui garantit à tout malade une prise en charge par un spécialiste compétent à toute heure du jour et de la nuit. L'activité de recherche clinique, conduite dans les CHRU et les gros CHR, jointe au dynamisme des commissions hospitalières d'innovation, renforce encore le pouvoir attractif de l'hôpital et conforte l'assurance de bénéficier des thérapeutiques les plus innovantes dans tous les domaines de la médecine et de la chirurgie. Ces ressources ont contribué à renforcer le pouvoir attractif de l'hôpital aux yeux de la population, même pour les soins de premier recours. Un motif supplémentaire d'attraction des urgences, surtout dans les grandes villes, tient au fait que de moins en moins de personnes ont un médecin de famille et que le recours aux urgences "phare toujours allumé dans la solitude de la grande cité" est une solution évidente. Tous ces faits ont eu pour conséquence un afflux rapidement croissant de patients vers les services d'urgence, et un encombrement des filières d'hospitalisation. Celles-ci sont actuellement parvenues à saturation dans la plupart des hôpitaux, d'où un dysfonctionnement majeur en particulier dans les services de Médecine Interne et de Gériatrie, et un encombrement des filières d'aval dont un des indicateurs est l'augmentation de la durée moyenne de séjour.

Face à cette nouvelle "patientèle" qui paraît difficile à contenir en raison des changements de mentalité de la population et de l'aménagement du temps de travail revendiqué par la "nouvelle vague" des médecins Généralistes, l'hôpital n'a pas pu trouver de solution adaptée. L'absence de stratégie prévisionnelle ne peut être considérée comme un reproche valable car rien ne laissait prévoir un tel "hospitalotropisme" vu les performances de la médecine libérale et les services rendus par la médecine de famille, de sorte que l'hôpital est resté dans sa configuration "trionphante" des années 80 avec : un noyau central réservé aux urgences entouré d'une couronne de services de spécialité d'organe de pointe, à haut niveau scientifique et technique, mais presque rien pour la médecine non orientée de l'adulte et du sujet âgé. Or, les travaux des commissions

consacrées aux urgences suggèrent que la solution pourrait venir d'une plus grande rapidité dans la décision diagnostique et thérapeutique initiale.

De tels enjeux impliquent :

– Une réduction du nombre des avis sollicités auprès des spécialistes d'organe et une limitation du recours aux plateaux techniques, source d'attente stérile et d'allongement des délais d'hospitalisation.

– Une autorité éclairée pour les transferts secondaires vers les services de spécialités ou les structures de soins de suite en cas de besoin.

Pour atteindre ces objectifs, le médecin responsable doit bénéficier d'une réputation dans l'établissement qui force la légitimité dans les transferts, et d'une expérience dans la polypathologie, appuyée par une expertise rigoureuse et une confiance validée dans la sémiologie clinique.

Le médecin Interniste répond à ces critères. Il tire son expérience de 5, voire le plus souvent 7, années de formation qui lui ont permis de se confronter à de très nombreux problèmes médicaux illustrant la plupart des aspects de la pathologie, y compris les affections rares et les maladies systémiques de mécanisme complexe. Il est spécialisé dans la démarche diagnostique dont il tire le plus souvent son identité aussi bien à l'hôpital qu'en ville. Il a acquis les connaissances indispensables des spécialités d'organe et véhicule sa spécificité par son expertise dans la synthèse diagnostique et thérapeutique. Enfin, il affiche une expérience étendue dans la pathologie aiguë du sujet âgé et la polypathologie pour laquelle il est souvent sollicité comme référent.

En raison de ses nombreuses spécificités, les Internistes sont de plus en plus sollicités par l'hôpital pour "monter en première ligne" dans l'accueil des patients, soit aux urgences, soit en post-urgence et ils ont entendu très favorablement l'appel. Ils ont ouvert de nombreuses unités d'hospitalisation post-porte dans les CHU français dont rend compte la synthèse effectuée par Bernard GROSBOIS dans ce document, et ils sont également présents dans les services d'urgence dans plusieurs CHU comme à la Pitié à Paris, à Lyon, à Nancy ou à Dijon.

Cette nouvelle mission de la Médecine Interne à l'hôpital doit activer les réflexions sur les changements structuraux nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital moderne qui, à terme, pourraient déboucher sur la création de véritables polycliniques médicales, confiées aux Internistes et destinées à accueillir tous les malades ne relevant pas d'une spécialité d'organe fléchée dès l'admission, et sur un rapprochement encore plus appuyé vers les urgences comme l'illustre, dans le chapitre suivant, l'expérience rapportée par Pierre HAUSFATER, Interniste urgentiste à l'hôpital de La Pitié à Paris.

Pourquoi des Internistes **aux urgences ?**

Quelles pathologies aux urgences ?

Une première façon d'aborder la place de la médecine interne dans les services d'urgence est d'essayer d'établir un état des lieux de la pathologie rencontrée dans ces services. Avec près de 4 à 5% d'augmentation d'activité annuelle depuis 10 à 15 ans il est apparu assez clairement que les urgences devenaient de plus en plus le mode d'accès privilégié de la population aux soins de santé, que ceux-ci soient réellement urgents ou non. Les raisons de ce changement de comportement de la population sont multiples et leur analyse "étiologique" n'a pas sa place ici. En revanche, ce recours sans cesse croissant aux services d'urgence a des répercussions directes sur l'éventail pathologique. Celui-ci n'est donc plus seulement cantonné aux détresses vitales mais comporte des situations polymorphes balayant par définition l'ensemble de la pathologie médicale et chirurgicale. Ces situations sont parfois médicalement et socialement complexes et bien souvent n'ont pu être solutionnées par la médecine libérale. A côté du patient consultant pour une symptomatologie de début brutal le jour de sa venue aux urgences se retrouvent d'autres patients ayant déjà bénéficié d'actes diagnostiques ou thérapeutiques en externe sans que leur état clinique ne s'en soit trouvé transformé radicalement. Un dernier groupe de patients de plus en plus prévalent dans les services d'urgence est constitué par la file active suivie dans les différents services de spécialité de l'hôpital. En effet, du fait de la précarisation du nombre de lits d'hospitalisation dans ces services, il leur est souvent difficile de faire face à leurs propres urgences, à savoir un problème médical aigu survenant chez un de leurs patients retournés au domicile. Dans ce cas de figure, le service d'urgence se trouve être le seul mode d'accès à une prise en charge rapide.

Ainsi, les services d'urgence se trouvent-ils actuellement au croisement de toutes les spécialités, ce qui n'est pas sans rappeler en partie la définition de la médecine interne.

Justification de l'intervention des Internistes aux urgences

En réponse au large éventail des pathologies vues aux urgences, le médecin y travaillant doit avoir cette compétence multidisciplinaire. Si les urgentistes, actuellement

formés, ont la compétence pour prendre en charge la plupart des détresses vitales, ils n'ont pas toujours le "bagage" médical nécessaire pour assurer la synthèse de situations devenues de plus en plus complexes. En effet, si dans un certain nombre de situations, la médecine libérale s'est trouvée en échec, c'est que le problème médical nécessite d'être exploré plus en profondeur et ne se satisfera pas d'un nouveau survol parfois trop rapide des signes fonctionnels. D'autre part, comme on l'a vu plus haut, le besoin croissant de prise en charge des problèmes médicaux urgents des patients suivis dans l'hôpital implique une parfaite connaissance des spécificités des pathologies rencontrées dans des services souvent ultra spécialisés (par exemple patients transplantés d'organe, bénéficiant de thérapies géniques, de protocoles thérapeutiques, atteints de maladies orphelines). L'interrogatoire policier du patient devrait, comme en médecine interne, être le temps privilégié de l'examen clinique aux urgences. Malheureusement, trop souvent négligé, il n'est pas rare qu'un diagnostic soit redressé le lendemain matin au service porte à partir du moment où le médecin en charge du patient aura posé **LA bonne question** ou aura fait resurgir **LE bon antécédent** ou **LA thérapeutique récemment introduite**, grâce à cet interrogatoire. Qui, mieux que l'Interniste, a acquis au cours de son cursus cette habitude de tirer le maximum d'informations de son patient ?

Une des autres compétences requises pour exercer correctement dans un service d'urgence est la parfaite connaissance du système de soin dans lequel évolue ce service. En d'autres termes, la qualité et la précision du "carnet d'adresse" des correspondants spécialistes représentent parfois la clé de la réussite dans un dossier d'urgence. Habitué à "jongler" entre avis spécialisés, structures de soins diverses et variées (hôpitaux de jour, de semaine, consultation externe) l'Interniste a en théorie toutes les compétences et toute la connaissance du milieu médical nécessaires pour apporter à chaque patient consultant aux urgences la réponse la plus adaptée à sa pathologie.

Impact de l'intervention des Internistes sur la qualité des soins aux urgences

Cet impact est bien sûr difficile à évaluer en l'absence d'outils fiables et en raison de la grande hétérogénéité des services d'urgence. Cependant, un certain nombre de faits coulent de source :

- Le réexamen d'un patient aux urgences par un médecin ayant bénéficié d'une spécialisation très polyvalente de 5 ans et connaissant de manière rigoureuse le système de soins dans lequel il évolue apporte bien souvent une valeur ajoutée.
- Si cette compétence n'a pas forcément d'impact vital à très court terme, en

revanche la bonne orientation d'un patient dès son admission aux urgences est un des premiers objectifs d'un médecin urgentiste.

– Il n'est pas rare qu'une authentique maladie systémique se révèle par une symptomatologie conduisant le patient aux urgences. Le médecin urgentiste non spécialiste, dont les préoccupations initiales seront autres, n'aura pas forcément à l'esprit l'éventail étiologique correspondant. Pour ne prendre qu'un exemple, une élévation significative des CPK pourrait être un peu trop rapidement rattachée à une rhabdomyolyse sur points de compression chez une patiente consultant pour chute, alors qu'un interrogatoire un peu plus pointu retrouverait un syndrome déficitaire musculaire ou des lésions cutanées évocatrices, permettant de faire le diagnostic de dermatopolymyosite dont la prise en charge thérapeutique n'aurait bien entendu rien à voir.

– En termes relationnels avec le reste des acteurs médicaux de l'hôpital, l'avis spécialisé de l'Interniste a souvent un poids bien plus important que celui du médecin urgentiste non spécialiste. La pratique courante montre qu'il est ainsi malheureusement plus facile à un Interniste de convaincre un collègue spécialiste du bien-fondé du diagnostic (et donc de la nécessité de prendre en charge le patient dans son service), ce dernier remettant plus difficilement en question l'expertise quasi unanimement reconnue de la Médecine Interne.

Au total, la place de l'Interniste aux urgences est une évidence qu'il ne faudrait pas ignorer. Il est le mieux formé pour apporter la polyvalence nécessaire aux missions dévolues aux services d'urgence : l'accueil et l'orientation des patients dits "non programmés". Les quelques spécificités requises pour exercer en toute sécurité dans un tel service ne sont pas insurmontables et comprennent essentiellement une bonne maîtrise des gestes vitaux, ce qui peut s'acquérir au cours d'un ou deux semestres dans un service de réanimation polyvalente. Cependant, peu d'Internistes sont actuellement attirés par de tels postes : à ces derniers je répondrai que la richesse et la diversité des pathologies rencontrées aux urgences compensent largement le "deuil" de la visite en salle d'hospitalisation conventionnelle. Enfin, d'un point de vue organisationnel, les services d'urgence ont tout intérêt à recruter des Internistes, garants jusqu'à preuve du contraire d'une fluidification de l'aval et d'une amélioration de la qualité de la prise en charge.

Précarité et Médecine Interne

Au cours des vingt dernières années, l'évolution des conditions socio-économiques, en France comme dans le reste de l'Europe, a conduit à l'augmentation majeure du nombre de patients vivant en situation de précarité (10% de la population vivent des minima sociaux, 1 enfant sur 10 vit dans un foyer en-dessous du seuil de pauvreté, 10% des chômeurs en 2003) et 1 Français sur 3 a connu au moins une fois le chômage au cours des dernières années. Depuis la loi de 1975 (dont la réforme est en cours) qui a inscrit la séparation du sanitaire et du social, l'évolution des technologies et des pratiques médicales a progressivement éloigné les plus démunis des consultations hospitalières publiques. Le seul mode d'accès aux soins de ces patients, hélas nombreux, est devenu les Urgences, où l'accueil de tout patient, quelles que soient ses ressources ou sa couverture sociale, est une obligation médico-légale. Mais les problèmes relevant d'une prise en charge sociale et/ou médicale au long cours ne peuvent être traités efficacement aux Urgences, dont l'activité est devenue inutilement surchargée et grevée par les surcoûts hospitaliers et les impayés. La loi du 27 juillet 1998 de "Lutte contre les exclusions" portant la création de la CMU au 1^{er} janvier 2000 est venue réinscrire avec force le rôle du service hospitalier pour répondre aux difficultés d'accès "aux soins et à la prévention" des plus démunis par la création des PASS (Permanences d'Accès aux Soins) et au sein des hôpitaux publics. La prise en charge médicale et sociale de ces nombreux patients constitue un enjeu certain pour les Internistes qui sont par définition les spécialistes aptes à l'apport transversal des patients et aux polyopathologies observées. Dans ces nouvelles "filiales de soins" le rôle des Internistes est aussi de contribuer à créer en France une médecine de premier recours ou de soins primaires, terrain de complémentarité essentielle entre la Médecine Interne, la Médecine Générale et la Santé Publique. En effet, l'ouverture au sein des PASS de consultations de médecine de premier recours dite "sans rendez-vous", permet d'assurer dorénavant à l'hôpital public une prise en charge sociale adaptée avec consultation médicale – examens complémentaires et délivrance de médicaments gratuits pour les plus démunis.

Pourquoi les Internistes ont-ils un rôle central à jouer dans la prise en charge des patients en situation de précarité ?

Parmi les spécialistes, l'Interniste est, à l'hôpital comme en ville, le plus à même de faire face à la complexité des problèmes posés par la réalité sociale et médicale de ces patients et les diverses spécificités des pathologies observées. L'Interniste, par son approche globale du patient et formé à la prise en charge multisystémique, pourra maintenir la qualité et la gratuité des soins dans ce contexte, sans s'exposer aux risques d'une médecine à deux vitesses. La polyvalence de notre formation nous permet alors d'appliquer notre réflexion éthique en accord avec une pratique d'excellence indispensable pour permettre sans débauche d'exams inutiles de répondre aux besoins de ces patients tout en répondant aux contraintes budgétaires actuelles. En effet, les maladies directement liées et/ou associées à la misère sont caractérisées par :

a) leurs formes cliniques graves, voire historiques (Mal de Pott, scorbut, béri-béri...), car les patients consultent à un stade tardif avec des complications viscérales sévères, parfois irréversibles, responsables d'un taux de mortalité deux à trois fois supérieur au reste de la population ;

b) l'association fréquente de plusieurs pathologies chez un même patient, en raison d'une part des difficultés d'accès aux soins mais aussi des priorités du patient, qui sont avant tout de pouvoir manger, se vêtir et se loger, dans des conditions souvent bien éloignées des exigences requises pour le dépistage et/ou le suivi d'une affection au stade précoce ;

c) la ré-émergence de pathologies anciennes, qui avaient disparu du paysage urbain et rural français (rickettsioses, anthroozoonoses). Ces différentes spécificités soulignent la place à prendre par les Internistes dans la prise en charge de ces patients.

Comment exercer ce rôle d'Interniste au centre de la prise en charge des patients en situation de précarité ?

1 – Au près des patients.

La démarche diagnostique et la conduite thérapeutique doivent être adaptées au contexte social. L'Interniste n'intervient pas seulement pour résoudre l'ensemble des problèmes médicaux posés par la coexistence de plusieurs affections, mais peut, par son approche multidisciplinaire déterminer l'objectif prioritaire à atteindre, en accord avec le patient, et en suivre l'évolution lors des consultations successives. Toute personne, résidant en France, sans condition de régularité de son séjour

depuis plus de trois ans, peut bénéficier de l'aide médicale en cas de soins dispensés par un établissement de santé lors de consultations externes. Ainsi, l'Interniste, par la polyvalence de ses compétences pourra apprécier au mieux le risque réel encouru par le patient (exemple : le risque cardiovasculaire absolu) ou ses proches (lutte anti-tuberculeuse adaptée) et mesurer la possibilité de les corriger selon le degré possible d'observance et de suivi du patient, tout en le convaincant de la nécessité d'un suivi double, médical et social.

2 – L'abord social du patient, la connaissance du cadre législatif et son enseignement.

L'Interniste doit donc avoir connaissance des conclusions du travailleur social ayant vu préalablement le patient et être à même, dans sa démarche diagnostique et thérapeutique, de différencier les difficultés d'accès au système de soins liées à l'institution elle-même de celles liées au patient. D'où la nécessité pour les médecins d'une connaissance des droits des malades et de la législation en vigueur, sans pour autant avoir à se substituer au rôle des travailleurs sociaux, afin de pouvoir convaincre tous les interlocuteurs concernés. Cette connaissance du droit des malades et de leur statut vis-à-vis de la couverture maladie est désormais inscrite dans le nouveau programme d'enseignement des objectifs terminaux du 2^e cycle des études médicales (module 1 et module 3 que les Internistes sont très souvent invités à enseigner), et prend toute sa réalité dans la question n° 46 "Sujets en situation de précarité : facteurs de risque et évaluation. Mesures de protection. Savoir évaluer la situation médicale, psychologique et sociale d'un sujet en situation de précarité".

3 – Développer le travail en réseau.

L'Interniste devra développer des structures de travail en réseau en complémentarité avec les travailleurs sociaux, les autres médecins concernés, voire les représentants des collectivités publiques locales. L'ouverture de l'hôpital vers la ville est le corollaire essentiel de ce travail en réseau.

A l'hôpital comme en ville, l'Interniste travaille en complémentarité avec d'autres spécialistes indispensables à la prise en charge complète de ces patients. Il est donc important de sensibiliser l'équipe d'ophtalmologie, de stomatologie, d'ORL ou de gynécologie à l'accueil des plus démunis et si l'infrastructure requise n'existe pas sur

place, de développer les collaborations nécessaires dans un réseau géographique proche. La délivrance gratuite de médicaments, possible à l'hôpital, continue à être active dans de nombreux organismes non lucratifs en ville qui coordonnent leurs actions. En concertation avec les pharmaciens hospitaliers ou de ville, l'Interniste travaille à sélectionner les spécialités les moins onéreuses en fonction du rapport qualité-prix dans chaque classe thérapeutique et à en établir la liste remise à jour régulièrement selon les principes thérapeutiques essentiels. Dans ce cadre, la prescription de génériques en ville pour ces patients comme pour d'autres est bien sûr un des axes essentiels pour contribuer autant que faire se peut à réduire nos déficits budgétaires chroniques.

Par un système de travail en réseau ouvert sur la ville, l'Interniste se doit d'être au centre de la coordination entre l'hôpital et la ville pour une prise en charge efficace de ces populations, qui sont devenues les patients les plus nombreux de nos patients dans l'exercice hospitalier public. Si l'hôpital public, malgré son évolution actuelle vers un pôle de haute technologie hyper-spécialisée, revient à sa mission initiale de service public par la généralisation des structures d'accueil des plus démunis, les Internistes doivent aussi maintenir et promouvoir leurs liens avec les médecins Généralistes de ville. En alliant les compétences développées depuis plus de vingt ans dans les organismes caritatifs, puis après récupération des droits sociaux, en adressant ensuite les patients vers des réseaux de médecins Généralistes de ville, l'Interniste est au centre d'un système de travail en réseau ouvert sur la ville.

Promouvoir l'enseignement, la recherche et l'évaluation.

Limitée à la pratique clinique, l'approche médicale de la précarité est bien sûr incomplète. En effet, la prise en charge adaptée des plus démunis est devenue une nécessité pour l'ensemble de ces médecins travaillant dans des secteurs géographiques particulièrement exposés à la recrudescence du chômage et de la précarité, en zone urbaine comme rurale, en Métropole comme dans les DOM-TOM notamment pour de nombreux Généralistes "de première ligne". L'Interniste a donc une action essentielle à mener en développant des actions d'enseignement spécifiques sur ce thème auprès des médecins de ville. Quels qu'en soient les supports (3^e cycle de médecine générale, enseignement post-universitaire, formation médicale continue) nous devons contribuer à une meilleure connaissance des données épidémiologiques et médicales actuelles sur la précarité, ainsi qu'à la maîtrise des conduites diagnostiques et thérapeutiques adaptées à ces patients. L'enseignement du personnel médical

et paramédical à la déontologie et le développement d'activités de recherche sont fondamentaux. Ces thématiques sont essentielles à promouvoir et permettront l'émergence indispensable d'une médecine de soins primaires qui allie l'épidémiologie à la Santé Publique, mais aussi la médecine clinique dans toute sa diversité, point d'excellence de l'Interniste. La mise en place effective de ces propositions devrait permettre de convaincre nos confrères spécialistes que la médecine interne est capable, au sein d'un hôpital hyper-spécialisé, de prendre en charge de façon globale et au meilleur coût l'ensemble des patients, quel que soit leur statut social.

Médecine Interne et **médecine pénitentiaire**

Il est difficile pour la médecine interne d'être simultanément attentive à l'ensemble de la personne et indifférente à la situation de cette personne.

A ce titre, la médecine des prisons interpelle l'Interniste plus que n'importe quelle autre discipline.

Une personne détenue, quelle que soit sa faute ou son crime, reste une personne digne en situation de faiblesse transitoire. Son enfermement est source d'une double angoisse : angoisse de ne pas toujours avoir une réponse adaptée et rapide à ses plaintes et angoisse d'un corps dont les fonctions prennent une importance démesurée en raison de la perte des repères temporeux et spatiaux habituels.

La prison enferme et rend malade, c'est une évidence. L'absence d'exercice aggrave le diabète, le stress exacerbe l'hypertension, les fonctions digestives perdent leur banalité pour devenir obsessionnelles au centre de la vie carcérale quotidienne.

La complexité de ce rapport au corps et l'accès rendu plus difficile à la médecine rendent encore plus nécessaire la présence du regard de l'Interniste. S'il est illusoire de transformer chaque prison en un centre de soins pluri-disciplinaire, il ne l'est pas de conférer à l'Interniste un rôle central. Lui seul peut avec une équipe de Généralistes, de spécialistes, de consultants, donner confiance dans ce qui est le meilleur du discernement. C'est si difficile d'évaluer la gravité d'une gêne d'une cage thoracique, d'une dyspnée, d'une douleur abdominale, d'un trouble du sommeil, d'une céphalée chez un détenu dont seul le corps exprime la détresse. Ce n'est pas d'un médecin légiste dont le détenu a besoin mais d'un vrai clinicien, attentif, capable en même temps de rassurer et de déclencher un plan de sauvetage d'urgence. Chaque prison devrait être reliée à un service de médecine interne dans l'évidence de ces missions. Ce n'est pas toujours le cas et c'est dommage car cette médecine de l'homme en prison est peut-être la plus noble qui soit, celle qui sait venir en aide sans excès ni carence.

Les unités médicales **post-accueil**

La prise en charge des patients venant des Services d'Accueil et d'Urgences (SAU) a de tout temps fait partie des missions des services de Médecine Interne. Au fil des années, la manière de remplir cette mission a évolué et a conduit au développement d'Unités Médicales Post-Accueil (UMPA).

1. Définition

1.1. Il s'agit d'unités d'hospitalisation traditionnelle se situant en premier aval du service des urgences et prenant exclusivement en charge des patients venant du SAU. Par conséquent, il n'y a pas d'admission directe ni d'hospitalisation programmée dans ces unités.

1.2. Les UMPA doivent être différenciées :

– **Des unités liées aux services des urgences** (UHTCD : Unité Hospitalisation de très courte durée, ZHTCD : Zone d'hospitalisation de très courte durée, lits portes...) dont la mission est de recevoir les patients pour une durée brève (le plus souvent 24 heures).

– **Des unités d'hospitalisation conventionnelle des services de Médecine Interne** où, à côté de patients admis directement sans passage par le SAU ou de patients admis de façon programmée, peuvent être hospitalisés dans une proportion variable des patients venant du SAU.

2. Enquête nationale

Un questionnaire a été adressé aux chefs de service de Médecine Interne des Centres Hospitaliers Universitaires. Le taux de réponse a été de 70%. Des informations ont été obtenues concernant 26 des 27 CHU représentant 49 établissements hospitaliers.

– Dans 15 établissements hospitaliers (9 en province et 6 en Ile-de-France) il existe une UMPA.

– Les responsables médicaux sont majoritairement des médecins Internistes (12 fois).

– Le nombre de lits de ces unités est en moyenne de 22 avec des extrêmes allant de 10 à 60 lits.

– La durée moyenne de séjour est très variable allant de 3 à 18 jours, avec une moyenne de 9 jours.

– Dans 7 CHU de province, il existe des projets de création de ce type de structure, à court ou moyen terme, dans la plupart des cas sous la responsabilité des Internistes.

3. Expérience du CHU de Rennes

3.1. En 1992, nous avons créé une Unité de Médecine Interne Générale dédiée exclusivement à la prise en charge des patients venant de l'Accueil Médecine.

Elle fait partie du Service de Médecine Interne et du Département de Médecine de l'Adulte dirigé par le Pr Leblay puis le Pr. Grosbois.

Elle compte actuellement 19 lits avec une extension prévue à 30 lits en 2007. La durée moyenne de séjour est de 11 jours. Le taux d'occupation des lits est de 98%.

Le personnel médical est constitué d'un Praticien Hospitalier Interniste, d'un Assistant Chef de Clinique Interniste et de deux internes. Une assistante sociale est spécifiquement attachée à l'Unité.

L'âge des patients admis est pour 20% inférieur à 60 ans, 50% de 60 à 80 ans et 30% supérieur à 80 ans. Au terme de l'hospitalisation, le devenir des patients est le suivant : retour à domicile dans 65% des cas, transfert dans un service de spécialité médicale ou chirurgicale 15%, transfert dans une structure de 2^e aval, type Soins de Suite et de Réadaptation 20%.

3.2. Cette unité assure la prise en charge diagnostique (42 % des patients) ou thérapeutique (58 % des patients) de situations pathologiques diverses dont les plus fréquentes sont constituées par :

– **la Médecine Interne** : fièvre inexplicquée, altération de l'état général, malaise et perte de connaissance...

– **la Neurologie** : accident vasculaire cérébral, crise convulsive, syndrome démentiel...

– **les infections courantes** : broncho-pneumopathie aigüe, pyélonéphrite aigüe, érysipèle.

De plus, les patients présentent fréquemment plusieurs pathologies associées et/ou intriquées.

3.3. Commentaires.

A partir de notre expérience, il nous semble que le bon fonctionnement d'une Unité de Médecine Post-Accueil nécessite de réunir quatre principales conditions :

– une équipe médicale spécifiquement affectée à cette Unité et formée à la prise en charge de la polyopathie ;

- la proximité géographique du Service d'Accueil Urgences permettant d'établir une relation de partenariat privilégié ;
- l'accessibilité du plateau technique afin de pouvoir mener dans les meilleurs délais les démarches diagnostiques ;
- la prise en compte dès l'admission, au même titre que la démarche diagnostique et thérapeutique, du devenir du patient à la sortie de l'Unité. C'est dire l'importance de la collaboration entre médecins et assistante sociale au sein de l'Unité.

4. Conclusion

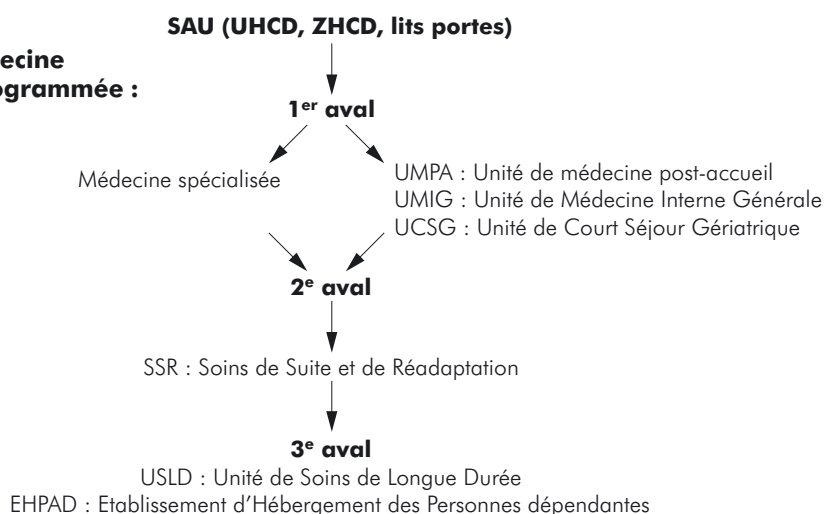
Les UMPA constituent l'une des formes de réponse les mieux adaptées à la prise en charge de la médecine non programmée au sein des établissements hospitaliers (annexe).

Du fait de leur formation basée tout autant sur l'excellence que sur la polyvalence, les médecins Internistes apparaissent les plus aptes à gérer ces unités.

La mise en place et la gestion de ce type d'unité peut également avoir un double aspect positif :

- un rôle fédérateur entre les services de Médecine Interne d'un même établissement ;
- l'amélioration de la lisibilité de notre discipline à la fois par les institutions hospitalières et universitaires et par les organismes de tutelle (ARH, Assurance Maladie...).

Filière de médecine non programmée :





Relations avec

la médecine

interne des

pays étrangers

francophones

Sociétés de Médecine Interne des **pays** **du Maghreb**

En 2003, le premier congrès franco-maghrébin de Médecine Interne était organisé à Tunis. Ce congrès, et les autres qui statutairement lui feront suite tous les deux ans dans chacun des pays participants, était l'aboutissant d'un projet élaboré deux ans plus tôt à Tunis, ancré dans une tradition culturelle et scientifique commune, et une volonté réciproque d'échanges et de coopération. Ce projet avait été élaboré "dans le secret" par le Professeur Lilia ROKBANI, Présidente de la Société de Médecine Interne de Tunisie et de la Société de Médecine Interne du Maghreb, le Professeur Jean-Louis DUPOND, Président de la Société Nationale Française de Médecine Interne, et son Secrétaire Général le Professeur Bernard DEVULDER à l'occasion du 4^e Congrès National de Médecine Interne de Tunis. Il avait été soutenu avec chaleur et enthousiasme par les personnalités éminentes des Sociétés de Médecine Interne de Tunisie, du Maroc et de l'Algérie, parmi lesquelles le Professeur Mansour BROUKI, les Professeurs Mohamed HACHIM, Mohamed B DRIDI, Skander M'RAD, Mohamed ADNAOUI et bien d'autres, auxquelles s'étaient associés les nombreux amis que comptaient les Internistes français en Afrique du Nord.

L'idée de ce projet était de formaliser et valoriser les liens tissés de longue date entre la Médecine Interne Française et Maghrébine, soit à titre individuel, soit à l'occasion du service militaire au titre de la coopération de nombreux jeunes Internistes français ou de la formation en France de nombreux Professeurs de Médecine Interne

maghrébins ou de l'accueil de leurs élèves dans des services de Médecine Interne Français. L'idée de ce premier congrès franco-maghrébin avait été encouragée par le Conseil d'Administration de la Société Nationale Française de Médecine Interne et son Secrétaire Général qui sut recruter l'adhésion des Internistes français et intervint activement pour en garantir la réussite et, en parallèle au dynamisme, au professionnalisme et à la contribution scientifique des Internistes maghrébins et de leurs sociétés savantes qui avaient été fondées depuis plusieurs années sur un modèle voisin de la SNFMI, reflétant ainsi l'adhésion à la culture médicale française et aux valeurs qu'elle colporte. Le premier congrès franco-maghrébin a illustré le besoin et la volonté d'échanges et de collaboration à propos des maladies systémiques, très fréquentes en Afrique du Nord, comme la maladie de Behcet, mais également le lupus érythémateux disséminé et la maladie de Sjögren.

Ce premier congrès a scellé un véritable partenariat entre la Médecine Interne Française et la Médecine Interne maghrébine, promoteur d'axes communs de recherche et d'études épidémiologiques et servant de cadre à des activités d'enseignement et d'échanges des jeunes Internistes en formation issus des deux communautés.

La Médecine Interne et la **Francophonie Médicale**

La médecine interne est une discipline prioritaire pour des pays confrontés au quotidien à la polypathologie et disposant d'un plateau technique limité. Elle est donc très présente dans tous les pays africains sub-sahariens. Une illustration de cet attachement a été la création en 1985 de la **Société Ivoirienne de Médecine Interne** dont le Président **Jacques DEBRAY**, alors président en exercice de la SNFMI a été le président d'honneur. Un autre exemple a été la volonté exprimée lors du dernier concours du CAMES d'établir des liens forts entre la Société Inter-Africaine de Médecine Interne et la SNFMI.

Le CAMES (Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur) est un bon témoin de cette volonté de ne pas privilégier les spécialités d'organe au détriment de la médecine interne. La section médicale de ce Jury et de ce concours, qui permet le recrutement des professeurs de médecine de quinze états francophones d'Afrique sub-saharienne (BENIN, BURKINA FASO, BURUNDI, CAMEROUN, CENTRE AFRIQUE, CONGO, CÔTE D'IVOIRE, GABON, GUINEE, MALI, NIGER, RWANDA, SENEGAL, TCHAD, TOGO) et de MADAGASCAR s'intitule en effet "*médecine et spécialités médicales*" et des Internistes français siègent régulièrement dans le jury aux côtés de leurs collègues africains ou malgaches. Ils peuvent témoigner de la bonne qualité des épreuves très fortement inspirées par celles de notre CNU.

Les Internistes se retrouvent également très actifs au sein de la **Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)**, toujours dirigée par son infatigable fondateur, **André GOUAZE**, ancien président de la Conférence des Doyens français.

Nous devons souligner au premier chef le rôle joué au sein de cette Conférence par **Jacques BARRIER** (NANTES), responsable de la **Commission Pédagogique** dont la mission est de promouvoir la formation pédagogique des formateurs dans toutes les Facultés de médecine d'expression française, d'aider ces établissements dans leur démarche et leur organisation pédagogique, de développer la recherche pédagogique francophone, d'assurer l'animation éditoriale de la Revue Pédagogique, organe de la Conférence ainsi que l'organisation thématique des Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale.

Nous devons aussi souligner le rôle joué par **Jacques BEYLOT** (BORDEAUX), chargé de mission à la CIDMEF, qui a initié **depuis 1995** la création d'un internat qualifiant à **MADAGASCAR** en convention avec la Faculté de Médecine d'ANTANANARIVO avec le soutien de notre Ministère des Affaires Etrangères. Parmi les six filières de cet internat figure naturellement la médecine interne, le nombre des internes admis chaque année dans notre spécialité étant en moyenne de trois à quatre ce qui signifie que, depuis dix ans, plus d'une trentaine d'Internistes ont été ainsi formés au terme de quatre ans d'internat dont une année effectuée en France en tant qu'AFS et faisant fonction d'internes, la formation théorique étant complétée grâce à des missions d'enseignement. Certains de ces internes sont devenus maintenant chefs de clinique, accueillis en tant qu'AFSA et ils participent à une relève urgente des deux Facultés (ANTANANARIVO et MAHAJUNGA) qui étaient totalement sinistrées.

Une autre formation existe depuis deux ans à **l'Ile MAURICE**, selon le même modèle. Dans ce pays qui ne dispose pas de Faculté de Médecine, des Généralistes occupant des fonctions d'assistants dans les hôpitaux ont été sélectionnés et bénéficient actuellement d'une formation théorique et pratique intensive pendant trois ans, la quatrième d'année se déroulant là encore en France en tant qu'AFS. Cette organisation, mise sur pied elle aussi par **J. BEYLOT** en collaboration avec notre Ministère des Affaires Etrangères et le Ministère de la Santé mauricien ne concerne pas que la médecine interne, d'autres formations de spécialistes étant en cours (pédiatrie, chirurgie orthopédie, etc.) mais pour la médecine

interne, six jeunes médecins ont été sélectionnés et engagés dans cette filière qui se déroule sous la responsabilité pédagogique du **Professeur Philippe MORLAT** (BORDEAUX).

Ces deux exemples ne résument pas toutes les actions entreprises. Nombreux ont été ou le sont encore les Internistes français participant par exemple à la formation de “la relève” dans notre discipline dans les **pays du Sud-Est asiatique** et tout particulièrement au **VIETNAM**, soit par des missions d’enseignement soit en allant sélectionner sur place les meilleurs étudiants susceptibles de venir en France sur des postes de faisant fonction d’internes. Parmi ces collègues qui se sont beaucoup investis dans ce domaine, citons le **Professeur Michel THOMAS** (PARIS).



Les interfaces

avec

les disciplines

proches

Médecine Interne et **Thérapeutique**

La thérapeutique est une discipline purement universitaire, sans correspondance hospitalière spécifique, au même titre que l'anatomie ou l'immunologie par exemple. Cette spécificité est à l'origine d'une transversalité de la discipline dont les membres ont des implantations hospitalières très diversifiées, tant médicales que chirurgicales (urologie, ophtalmologie).

Parmi ces disciplines hospitalières, la médecine interne a bien évidemment une place assez large, car la thérapeutique est un complément naturel de la médecine interne.

En général, les professeurs de thérapeutique exerçant en médecine interne ont également présenté leurs travaux au CNU de médecine interne.

Qu'est-ce que la thérapeutique ?

En 1992 est né le CNU de thérapeutique sous-section 48 04, dont la plupart des membres étaient issus du CNU de pharmacologie sous-section 48 03.

Cette scission était due au fait que bien que le médicament soit au centre des préoccupations de chaque sous-section, certains l'étudiaient sous ses aspects pré-cliniques : toxicité, tératogénicité, pharmacocinétique, pharmacodynamie animale, alors que les thérapeutes se sentaient plus concernés par **l'évaluation du médicament chez l'homme**. Cette évaluation est large puisqu'elle concerne le médicament depuis son plan de développement avec un accent particulier sur la méthodologie des essais cliniques et la participation aux instances officielles d'évaluation (AFSSAPS, ANAES), jusqu'à la prescription personnalisée en tenant compte du terrain et des thérapeutiques associées. L'étude des grandes règles de la thérapeutique générale, dont les problèmes posés par les traitements au long cours, l'observance et l'automédication entre autres, sont autant de thèmes de recherche pour les professeurs de thérapeutique. Au-delà de la commercialisation, la phase IV de pharmacovigilance permet d'affiner ce qui avait été pressenti au cours des essais cliniques, voire de mettre en évidence des effets indésirables, jusque-là peu ou pas connus.

Quels sont les liens de la médecine interne avec la thérapeutique ?

Une complémentarité dans la prise en charge des patients.

Ce qui fait l'art et la spécificité de la médecine interne ce sont les diagnostics difficiles nécessitant une connaissance vaste des maladies rares. Leur prise en charge et l'étude de traitements spécifiques pose des problèmes méthodologiques particuliers du fait du petit nombre de patients concernés, la complémentarité avec les thérapeutes paraît, dans ces situations, synergique.

A côté de cet aspect diagnostique fort, la médecine interne fait appel à une vision globale et synthétique du patient. Les médecins Internistes interviennent dans la prise en charge des patients polypathologiques, souffrant de plusieurs maladies et recevant de ce fait un certain nombre de traitements. Cet aspect de la médecine interne implique une bonne connaissance du médicament, des interactions médicamenteuses à risque, des effets indésirables potentiels graves de certains médicaments, ou bien de la démarche d'imputabilité dans l'analyse d'un effet indésirable peu ou pas connu jusqu'alors. Cette démarche d'imputabilité des effets indésirables des médicaments nécessite de connaître tous les diagnostics différentiels de l'événement incriminé et relève bien, de ce fait, d'une démarche d'Interniste.

Le thérapeute doit pratiquer un inventaire complet du terrain du patient pour optimiser le choix thérapeutique et qui, mieux que l'Interniste, est apte à réaliser ce bilan. Une fois le bilan fait, l'Interniste thérapeute interviendra dans la hiérarchisation des priorités thérapeutiques, favorisant un traitement, et arrêtant ipso facto un autre traitement devenant provisoirement inutile, voire dangereux.

L'ensemble de cette démarche permet un continuum entre un spécialiste des diagnostics difficiles et un spécialiste de la gestion des thérapeutiques en fonction des risques.

Médecine interne, thérapeutique et enseignement : le module 11

Une complémentarité dans l'enseignement de fin de deuxième cycle.

L'Interniste et le thérapeute sont totalement complémentaires en terme d'enseignement. Cette double compétence donne toute la légitimité à ces enseignants Internistes au niveau de l'ancien Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT), actuellement module 11, qui comporte deux parties : la synthèse thérapeutique pour la partie dédiée aux différentes classes thérapeutiques et la synthèse clinique sous la forme de conduite à tenir en présence d'un symptôme ou d'un syndrome plus ou moins défini tel que : asthénie, fièvre au long cours, syndrome inflammatoire...

La collaboration des deux enseignants est ici particulièrement souhaitée.

Pourquoi des Internistes thérapeutes ?

Tout médecin est par essence thérapeute puisque la prescription médicamenteuse est souvent, mais pas toujours, le terme de la consultation médicale. Cependant l'enseignant de thérapeutique a une expertise reconnue qui concerne l'évaluation des médicaments tant en pré AMM, que une fois commercialisés ou dans des nouvelles indications, chez des terrains à risque. Le suivi thérapeutique avec tous les problèmes posés par les traitements au long cours, dont le problème de l'observance, est un sujet de recherche pour les thérapeutes et les prescripteurs de traitements de longue durée. Il s'agit donc d'une orientation pour un Interniste vers l'évaluation des thérapeutiques.

La médecine interne au carrefour de toutes les spécialités, permet une prise en charge synthétique et complète des patients. La présence d'enseignants de thérapeutique au sein de la discipline, permet d'élargir le champ de compétence autour de l'évaluation des thérapeutiques, médicamenteuses le plus souvent, notamment chez les patients atteints de maladies rares.

Médecine Interne et **Allergologie**

L'histoire de l'allergologie en France trouve ses origines cliniques dans les disciplines de Médecine Interne et de Pédiatrie. Les relations entre Allergologie et Médecine Interne ont acquis leurs lettres de noblesse dans un passé qui n'est pas si lointain, puisque de grands aînés comme Fernand Widal et ses élèves s'intéressèrent au concept de maladie allergique, à la suite de la découverte de l'anaphylaxie par Richet et Portier. La triade asthme – polypose nasale – intolérance à l'aspirine est connue sous le nom de syndrome de Fernand Widal. Ultérieurement l'intérêt pour les pathologies allergiques (et assimilées...) fut développé par les professeurs Pasteur-Vallery-Radot, Robert Debré, pédiatre, Wolfrohm, Interniste, et Charpin, pneumologue.

Médecine Interne et Allergologie : importance du concept de maladie systémique.

Les maladies allergiques, au quatrième rang des maladies cataloguées par l'OMS, sont en augmentation constante de prévalence. Dans la population générale, la prévalence de l'asthme est estimée entre 2,7% et 6%, celle de la rhinite allergique à 28-30%, et l'allergie alimentaire à 3,2%. Le terrain atopique, détecté par tests cutanés aux allergènes courants, concerne le tiers de la population. Les accidents d'hypersensibilité médicamenteuse s'inscrivent dans les pathologies iatrogènes de tous mécanismes qui correspondent à 22% des hospitalisations. L'allergie médicamenteuse a une prévalence estimée de 2,9% chez le sujet âgé. En population pédiatrique, 8% à 12% des enfants présentent une dermatite atopique, 8% des enfants ont une allergie alimentaire. S'y additionnent les allergies professionnelles, respiratoires et cutanées, aux protéines et milliers de substances chimiques de l'environnement, et les allergies aux Hyménoptères.

La prise en charge des maladies allergiques sollicite l'expertise des Internistes pour de multiples raisons.

La première est que les différentes affections peuvent s'associer, simultanément ou successivement, chez un même individu. La succession, du nourrisson au jeune adulte, de troubles digestifs puis de dermatite atopique avec allergie alimentaire, auxquels succèdent l'asthme puis les rhinites allergiques, a été baptisée «la marche de l'allergie ». En fait il est fréquent que deux ou plus de deux organes-cible soient touchés simultanément, et l'on insiste sur le caractère de maladie systémique des affections atopiques.

Le fait que l'on assiste parallèlement à l'augmentation de prévalence des maladies auto-immunes, attirant du reste l'attention sur des facteurs environnementaux dans la pathogénie des deux types de maladies, est une seconde raison. Il faut s'attendre dans un proche avenir à suivre des patients associant ces deux types de pathologies.

L'importance de l'abord Interniste doit être soulignée, tant les affections allergiques offrent de nombreux diagnostics différentiels. Les symptômes élémentaires des maladies allergiques (angioedème, asthme, etc.) sont assez fréquemment le masque trompeur d'autres affections : il faut insister sur le fait que des angioedèmes orbitaires récidivants peuvent conduire au diagnostic d'une maladie de Gougerot-Sjögren, d'une sclérodermie, que des angioedèmes révèlent des pathologies du complément héréditaires ou acquises, que l'urticaire chronique est typiquement le symptôme d'affections variées, de l'expertise de l'Interniste, que l'asthme peut signifier l'installation d'un syndrome de Fernand Widal, affection inflammatoire des muqueuses respiratoires dont l'étiologie n'est pas liée à une hypersensibilité, que des chocs dits anaphylactiques peuvent recouvrir des mécanismes anaphylactoïdes, révéler une mastocytose, une gammopathie monoclonale, etc.

Enfin le vieillissement de la population ne met plus à l'abri, comme par extinction naturelle des processus d'hypersensibilité, des pathologies allergiques. Susceptibles de se pérenniser, voire de surgir de novo dans le troisième âge, elles nécessitent d'alerter les Internistes gériatres.

L'enseignement de l'allergologie : sa place dans l'enseignement de la Médecine Interne.

L'allergologie n'est pas une spécialité en France. En Europe les projets de formation l'envisagent comme une sur-spécialité, en insistant sur l'utilité d'un tronc commun de Médecine Interne...

En France, la formation ouverte aux Généralistes passe par une Capacité nécessitant deux ans d'études après examen probatoire puis examen écrit national très

sélectif. En 2001 a été institué un DESC d'Allergologie et d'Immunologie Clinique, refonte d'un DESC d'Immunopathologie, créé antérieurement par les Immunologistes. Ni l'un ni l'autre n'assurent un taux de renouvellement suffisant d'une communauté d'allergologues qui vieillit... L'enseignement des bases dans le cursus de la médecine générale est devenu une pressante nécessité.

La réforme des études médicales, avec la création du Module 8 (Immunopathologie) a élaboré un programme d'initiation aux maladies allergiques (enseignement inexistant auparavant dans la plupart des facultés de médecine). S'y additionne la possibilité, pour les enseignants en allergologie, d'intervenir dans d'autres modules et pôles, consacrés aux urgences, aux affections respiratoires, à la Santé Publique, etc. On se dirige donc, indéniablement, vers une meilleure initiation des Généralistes aux maladies allergiques. Celle-ci devrait permettre un meilleur dépistage et l'évitement de certaines erreurs, mais elle ne pourra assurer la prise en charge du diagnostic et des traitements des affections allergiques. La création de la filière de spécialité de Médecine Générale pourrait offrir l'opportunité d'un DESC d'Allergologie Générale, afin d'alimenter le pool des allergologues à pratique exclusive.

La formation aux principales maladies allergiques avait une place modeste dans l'enseignement de la Médecine Interne, d'après les résultats d'un questionnaire adressé en 2002 aux coordonnateurs régionaux. Huit réponses sur 18 confirmaient l'inclusion d'un enseignement spécifique dans le programme du DESC de Médecine Interne. Les moyens étaient divers : séminaire (1 fois), cours théoriques (4 fois), étude bibliographique (1 fois), cours associés à des staffs et des réunions bibliographiques (2 fois). Parmi les dix réponses négatives, deux étaient issues de villes où l'enseignement et la recherche en allergologie sont fortement représentés par les pneumologues. Certains coordonnateurs ayant répondu par la négative sont favorables à accorder à cette formation une enveloppe de cours de 10% à 15% du total. La majorité souhaite l'avis circonstancié de la Commission de Pédagogie de la SNFMI..

Les objectifs pédagogiques actuels du DES de Médecine Interne indiquent désormais l'hyperéosinophilie dans les objectifs généraux, et "l'allergie" dans les objectifs spécifiques. La formation pratique recommande, sur les 10 semestres hospitaliers, d'en consacrer un à un service hospitalier agréé pour un DESC d'allergologie et d'immunologie clinique. Il faut espérer une adéquation entre le nombre de ces services validants et le nombre d'Internistes en formation...

Les formes que pourrait prendre cet enseignement d'allergologie méritent d'être éclairées par les nouvelles techniques. Certes l'enseignement modulaire sous forme de séminaires, de séances bibliographiques, de présentations d'observations lors de staffs de Médecine Interne ont leur place. Des réunions Interface entre Internistes, allergologues d'autres spécialités, et immunologistes apporteraient une diversification enrichissante. Un enseignement par Internet sur notre site est appelé par les vœux d'une majorité et devrait voir le jour avec les Internistes allergologues s'ils y sont encouragés par la Commission de Pédagogie. Un CD-ROM pourrait être créé, offrant des cours, des référentiels diagnostiques fondés sur l'expérience Interniste. Une initiation plus spécifique à la démarche intellectuelle et pratique de l'Interniste allergologue pourrait être mise en place sous forme de stages annuels de deux à trois jours des jeunes Internistes de toutes régions dans un des services de Médecine Interne à activité allergologique. Cette initiation pratique, par l'assistance aux consultations, visites, activités techniques, activités de laboratoire, serait apte à montrer le cheminement diagnostique, avec le support visuel des tests cutanés, la confirmation objective des liens hypersensibilité-maladie par les multiples tests d'exposition et d'introduction réalistes. Elle montrerait à nos élèves le visage de véritable "Médecine expérimentale" dans le sens noble du terme, de cette orientation de la Médecine Interne allergologique, et pourrait susciter un renouveau de l'exercice en même temps qu'une ouverture supplémentaire vers la recherche en Médecine Interne.

Les services de Médecine Interne orientés vers l'allergologie : situation actuelle.

Le nombre de services de Médecine Interne de CHU à orientation allergologique reconnue a subi depuis une dizaine d'années une érosion inquiétante. En 2003 subsistent cinq services dans lesquels des PU-PH Internistes (ou PH) sont allergologues : Hôpital Tenon (Paris), Hôpital Louis Mourier (Colombes), CHU de Nancy, Besançon, Bordeaux, Nîmes. Encore faut-il remarquer que l'on ne compte que deux PU-PH Internistes de la nouvelle génération...

A l'inverse, les activités de consultation d'Allergologie sont couramment insérées dans des services de Pneumologie et l'on constate leur développement depuis quelques années dans les services de Dermatologie.

L'exercice libéral repose sur 600 Généralistes allergologues exclusifs, et environ le même nombre de spécialistes d'organes consacrant une part variable d'activité à

l'allergologie. La représentativité des Internistes est hélas restreinte, alors qu'aux Etats-Unis, 33% des allergologues sont des Internistes.

Conclusions.

Les caractéristiques des maladies allergiques : extrême fréquence, caractère systémique, importance des diagnostics différentiels touchant de nombreuses affections du domaine de la médecine interne, carence démographique des allergologues, invitent les Internistes de demain à développer ce champ de compétence.

Médecine Interne et **Oncologie**

Pour parler de l'interface entre la Médecine Interne et l'Oncologie, il faut d'abord définir clairement celle-ci. Mais dire que l'Oncologie est l'étude des tumeurs, apparaît bien trop réducteur et mieux vaut s'interroger sur le rôle de l'Oncologue dans sa pratique quotidienne. Ainsi traiterons-nous, dans cet article, de l'Oncologue, de la maladie cancéreuse, de la place de l'Interniste dans l'histoire d'un cancer, de l'interface entre Oncologue et Interniste, puis entre Oncologie et Médecine Interne.

L'Oncologue en France est celui qui utilise les thérapeutiques systémiques du cancer, que ce soit la chimiothérapie, les manipulations hormonales ou les traitements immunologiques ou cytologiques. En cela, il s'oppose aux Cancérologues spécialistes d'organes ou aux thérapeutes spécialisés dans un seul mode thérapeutique comme la chirurgie ou la radiothérapie. Sa présence aux U.C.P. (Réunions de Concertations Pluridisciplinaires) est tout à fait incontournable. Il est au fond celui qui, par définition, communique une conception plus générale de la maladie cancéreuse en partant de ses divers aspects diagnostiques et évolutifs. Il est celui ou devrait être celui, dont le raisonnement n'est pas freiné par les frontières des spécialités et dont la vision du malade cancéreux est globale. C'est dans la globalité de la vision du malade qu'Oncologue et Interniste se rejoignent.

La maladie cancéreuse nous le savons clairement, est liée à un dérèglement génomique. Reste que celui-ci se situe aux confins de l'inné et de l'acquis et ne peut être réellement appréhendé que par l'obtention d'une vue holistique sur la vie, son ontogénèse et son environnement. L'idée d'une maladie monoclonale à départ monocellulaire qui fut pendant longtemps un dogme, n'est peut-être plus tout à fait exacte. Quoi qu'il en soit, plus ou moins rapidement le cancer devient une maladie générale, non seulement du fait de son évolution métastatique, mais également par les nombreuses réactions métaboliques et immunologiques qu'elle entraîne. Réactions physiologiques ou dérèglement, de nombreux métabolismes sont perturbés tandis que

la cascade des cytokines et l'activation lymphocytaire aboutissent à divers signes généraux. Bien connus des Internistes, les syndromes paranéoplasiques en sont souvent la conséquence et leur identification aide au diagnostic et au suivi évolutif.

C'est dire que souvent, c'est l'Interniste qui fera le diagnostic de cancer, devant un amaigrissement, une fièvre au long cours, des sueurs nocturnes, un syndrome inflammatoire biologique par exemple. Mais la présence de l'Interniste ne se borne pas au diagnostic. Il est également sollicité lors de complications iatrogènes infectieuses, hématologiques, métaboliques et sa place après les traitements reste nécessaire au suivi de ces malades, dont les longues survies actuelles ne sont pas dépourvues de complications. Souvent d'ailleurs, l'Interniste qui manipule fréquemment les immunosuppresseurs dans de nombreuses maladies ou qui traite les malades atteints de déficits immunitaires congénitaux ou acquis, connaît parfaitement les risques cancérogènes de ces thérapeutiques ainsi que l'évolution maligne spontanée qui peut compliquer ces déficits. C'est dire que l'Oncologie n'est pas une science qui lui est étrangère, loin de là.

Il y a une interface nette entre Interniste et Oncologue qui vient avant tout de raisons historiques. Dans de nombreuses Facultés de Médecine Françaises, ce sont les Internistes qui ont créé l'Oncologie par nécessité et il faut souligner que de nombreux hématologistes nationaux sont issus de la Médecine Interne.

Mais c'est dans leur pratique actuelle que la Médecine Interne et l'Oncologie se rapprochent nettement. Dans les deux spécialités des conférences de consensus aboutissent régulièrement à des conduites de bonnes pratiques (S.O.R.S. Standard Options Recommandations) et de nombreux protocoles sont chaque année validés par des études randomisées, prospectives avec traitement statistique des résultats. Notamment tous les six mois, lors du Congrès National de Médecine Interne patronné par la S.N.F.M.I., un après-midi est consacré à ces protocoles en collaboration avec l'INSERM. La "belle observation" d'un cas unique exemplaire fait beaucoup moins recette. On voit d'ailleurs dans certains congrès de Médecine Interne, des plages entières du programme réservées à l'Oncologie. L'exemple le plus frappant fut le 42^e Congrès de Médecine Interne qui se tint à Aix-en-Provence du 8 au 10 juin 2000 et dont l'un des thèmes centraux fut "L'hématologie du sujet âgé". De même, lors du congrès de Marseille de juin 2003, 41 communications orales ou affichées ont concerné l'Oncologie. La réciproque est d'ailleurs vraie pour les congrès de Cancérologie dans lesquels l'approche Interniste des problèmes soulevés par les patients est un gage de qualité. Et nous avons déjà parlé des thérapeutiques qui se

rejoignent avec les immunosuppresseurs ou les anticancéreux. Mais il faut également souligner l'utilisation dans ces deux spécialités d'autres modes thérapeutiques communs tels que les greffes de cellules souches périphériques, les nouvelles biothérapies (anticorps monoclonaux, Interféron, Interleukine et anti-cytokines). Enfin, ces deux spécialités qui s'inspirent d'une démarche semblable, affichent le même intérêt pour l'épidémiologie, soit des facteurs cancérogènes, soit des maladies métaboliques ou infectieuses et se positionnent également vers la prévention.

En conclusion, il ne nous apparaît pas souhaitable que l'Oncologie puisse se pratiquer sans un bagage culturel d'Interniste ou au moins, loin d'un service de Médecine Interne. A l'inverse, il nous apparaît que la Médecine Interne devrait garder dans son patrimoine médical l'Oncologie sous peine de s'amputer d'un vaste champ pathologique et perdre ainsi son sens profond.

Médecine Interne et **Psychiatrie**

La Médecine Interne est au carrefour des autres spécialités. Les relations avec la psychiatrie posent des problèmes spécifiques pour les raisons suivantes :

1) L'expression somatique d'une pathologie s'intègre toujours dans un contexte psychosocial particulier et on peut reprendre les termes de Barsky sur le symptôme : « Voie finale commune à travers laquelle les troubles émotionnels, les troubles psychologiques et la pathologie organique s'expriment ensemble et poussent le malade à consulter » en l'appliquant aux syndromes et aux maladies, c'est-à-dire à toute "plainte" adressée au médecin. Les Internistes en relais de la médecine générale pour les problèmes diagnostiques ou thérapeutiques difficiles ne dépendant pas d'une spécialité définie sont en permanence confrontés à la nécessité de faire la part de ce qui est psychologique, social ou organique dans une intrication subtile. Les interactions sont de nature variable : co-morbidité psychiatrique et somatique, psycho-aggravation, expression somatisée de troubles psychiatriques : troubles de l'humeur, anxiété, troubles paniques..., troubles du comportement alimentaire ou alcoolisme...

L'éclatement des spécialités, la séparation de la psychiatrie et de la médecine somatique, en particulier de la neurologie, le départ de beaucoup de psychiatres à l'hôpital psychiatrique et leur raréfaction à l'hôpital général, la sollicitation de plus en plus importante des malades pour "comprendre" et être rapidement soulagés, tout ceci fait que les symptômes médicaux fonctionnels représentent une part importante de l'exercice de la médecine interne en consultation. La diminution des lits dans les services de psychiatrie et la crainte d'une hospitalisation en milieu psychiatrique expliquent la grande fréquence de traitement et donc d'hospitalisation en Médecine Interne pour des maladies psychiatriques (en particulier des états dépressifs).

2) Les Internistes ont besoin absolument de leurs collègues psychiatres, mais l'expérience montre que le mode de collaboration ne peut être la "consultation

en série” comme d’autres consultations de spécialité, mais bien de définir des modèles de collaboration étroite dans un même lieu à l’intérieur du service de Médecine Interne. Alliance, partenariat, définissent au mieux cette collaboration. Les psychiatres ont de leur côté développé une orientation particulière pour certains d’entre eux qui ont un intérêt particulier pour l’hôpital général : la psychiatrie de liaison. Des structures communes d’intervention en consultation (consultation conjointe) et en hospitalisation (quelques lits plus spécialisés où pourraient intervenir également des infirmières psychiatriques) doivent être développés et de nouveaux modèles d’intervention commune progressivement élaborés.

3) Ce partenariat Médecine Interne / Psychiatrie se développe selon plusieurs axes parfaitement complémentaires :

Epidémiologique : la part des symptômes médicaux fonctionnels à l’origine de beaucoup de souffrance mal prise en compte, d’examen complémentaires souvent inutiles, parfois dangereux et de toute façon très coûteux pour éliminer une pathologie organique est mal appréciée. Des études utilisant les critères et les outils d’analyse du DSM IV sont en cours sur la population de patients pris en charge par les services de Médecine Interne. Seuls les projets vraiment collaboratifs ont des chances d’être efficaces.

Théorique : l’interaction psycho-neuro-endocrino-immunologie repose actuellement sur des bases scientifiques solides et la psychosomatique n’est une illusion que si par un trait d’union paradoxal (psycho-somatique), elle sépare ce qu’elle se donne comme objectif de réunir. Il y a par contre pour l’avenir un défi passionnant à confronter différentes perspectives biopsychosociales, avec des méthodologies spécifiques à chaque discipline, face à une réalité clinique identique.

La recherche clinique : il reste à définir des “outils” spécifiques d’analyse et d’intervention pour ces malades présentant à la fois des troubles psychologiques et somatiques. Plusieurs travaux ont été déjà publiés sur la validation des échelles de dépression dans des services de Médecine Interne et la mise en place de thérapie cognitive, en particulier pour le traitement du syndrome de fatigue chronique.

Pédagogique : la collaboration étroite entre psychiatres ayant de l’intérêt pour la médecine somatique et les médecins Internistes est le meilleur moyen de formation réciproque qui s’étend à l’ensemble de l’équipe hospitalière et permet d’individualiser les “thématiques” qui font l’objet des différents enseignements de psychologie médicale et de formation à l’exercice pratique de la médecine au cours du troisième cycle. Ainsi, dans l’enquête que nous avons réalisée auprès des services CHU de

Médecine Interne, presque un sur deux des médecins Internistes est impliqué dans ce type d'enseignement (11 sur 24 des CHU interrogés).

Préventif : on sait que le “stress” est l'un des facteurs essentiels de pathologie cardiovasculaire, mais il est probable qu'à la fois troubles de personnalité, histoire de vie et événements de vie sont des facteurs de promotion et d'aggravation d'une pathologie somatique. Une discipline proche de la psychiatrie : “la psychologie de la santé” a pour objectif l'analyse de ces problèmes. Les Internistes sont bien sûr prêts à collaborer.

4) La Médecine Interne à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique représente le pôle médical de recours pour des malades présentant une pathologie psychiatrique sévère nécessitant une hospitalisation prolongée en milieu spécialisé. L'individualisation d'un service de Médecine Interne à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique a été possible dans quelques villes et d'autant plus utile que l'on connaît la fréquence plus importante que dans une population normale, des pathologies cardiovasculaires et métaboliques chez les malades ayant une pathologie psychiatrique chronique.

5) Les “liens” entre Médecine Interne et Psychologie Médicale sont formalisés par la participation des Internistes au Conseil d'Administration à la Société de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de Liaison, avec organisation de réunions communes et en particulier à Lyon en 2002 sur le thème justement de cette alliance avec la psychiatrie.

Au total, pour un meilleur soin des malades pour diminuer l'hospitalisation prolongée du fait de problèmes psychologiques ou psychiatriques, pour améliorer l'enseignement de la psychologie médicale auprès des futurs praticiens, une étroite alliance entre Médecine Interne et Psychiatrie doit continuer à être mise en place et permettre de définir des modèles d'intervention commune dans les services de Médecine Interne.

Médecine Interne, **maladies génétiques** et **maladies** **métaboliques**

La vision d'ensemble qu'a le médecin Interniste du malade et de la maladie en fait un acteur de choix pour la prise en charge de nombreuses maladies génétiques ou métaboliques non spécifiques d'organes.

Ainsi le médecin Interniste est un collaborateur de choix avec le généticien clinicien, le biologiste moléculaire, le biochimiste et le pédiatre.

1°) Le médecin Interniste est un interlocuteur de choix du pédiatre dans le relais à l'âge adulte de maladies génétiques ou métaboliques qui justifient une prise en charge multi-disciplinaire, médicale, kinésithérapique, nutritionnelle, sociale et psychologique. En effet pour les pédiatres, si certaines pathologies de l'enfant trouvent naturellement des correspondants adultes spécialistes (diabète, asthme, pathologie neurologique...), de nombreuses pathologies pédiatriques prises en charge de façon globale par les pédiatres naturellement formés à la pathologie générale trouvent dans la médecine interne un esprit d'ensemble proche de celui assumé par l'équipe pédiatrique.

Le service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Lyon Sud a ainsi développé depuis plus de dix ans une étroite collaboration avec le centre pédiatrique de mucoviscidose. Il a ainsi développé un centre suivant près de 150 patients adultes atteints de mucoviscidose, devenu Centre de Ressources et de Compétence pour la Mucoviscidose. Cette collaboration s'est également étendue à la prise en charge de certains déficits immunitaires et de certaines maladies métaboliques.

2°) La médecine interne est confrontée à des problèmes diagnostiques complexes ou atypiques où peuvent se discuter des présentations phénotypiques incomplètes ou tardives de maladies génétiques rares.

3°) La médecine interne est aussi impliquée dans la prise en charge au long cours de pathologies génétiques et/ou métaboliques révélées à l'âge adulte et d'expression multi-systémique : les thrombophilies d'origine génétique, les maladies du tissu élastique et du collagène, de nombreuses erreurs innées du métabolisme classiquement révélées à l'âge adulte comme l'hémochromatose génétique et certaines maladies lysosomales, certaines formes de mucoviscidose.

Deux enquêtes ont été réalisées à cinq années d'intervalle qui ont mis en évidence l'implication forte de nombreuses équipes de médecine interne dans la prise en charge de ces pathologies, soit dans la prise en charge diagnostique, soit dans le relais de la prise en charge pédiatrique.

Ainsi le médecin Interniste est impliqué fortement dans les maladies génétiques et/ou métaboliques tant en terme de prise en charge hospitalière qu'en terme de recherche clinique ou thérapeutique et en terme d'enseignement.

Médecine Interne et **Santé Publique**

On pourrait imaginer que le médecin Interniste soit à l'opposé du médecin de santé publique.

En effet l'Interniste pratique au quotidien une "patient based medicine" sans comptabiliser son temps d'interrogatoire et d'examen clinique.

A l'opposé, le médecin de santé publique pratique une "population based medicine" en se préoccupant des grands problèmes de santé et en cherchant des indicateurs d'analyse statistiques et épidémiologiques. De cette analyse naissent des propositions axées sur la prévention et les bonnes pratiques dans le système de santé.

En d'autres termes, l'un s'occupe des arbres quelquefois même en prenant une loupe ou un microscope, l'autre s'occupe de la forêt quitte à la regarder de très haut.

En fait ces deux spécialités médicales ont beaucoup de points communs.

Le mode de raisonnement est un premier point commun :

Le médecin de santé publique sait bien que s'il n'a pas formulé la bonne hypothèse il ne tirera pas grand chose d'une analyse statistique de même que l'Interniste sait bien que ce n'est pas la multiplication des examens complémentaires sans pensée directrice qui aboutira à un diagnostic.

Le second point commun est leur tout petit effectif :

Il existe trois spécialités médicales qui prennent en compte l'individu dans sa totalité : une spécialité qui est majoritaire, la médecine générale, et deux spécialités très minoritaires, la santé publique et la médecine interne.

Précisément la nécessité pour l'une comme pour l'autre d'être en liaison constante avec la médecine générale est un troisième point commun.

L'Interniste n'est pas plus un concurrent du médecin de santé publique qu'il n'est un concurrent du médecin spécialisé en médecine générale

L'Interniste est très conscient du "profond déséquilibre entre le soin et la prévention". De par ses activités quotidiennes il est en prise directe avec les problèmes touchant à la cancérologie, aux conduites addictives, au problème de la conséquence sur la santé des facteurs d'environnement, il est sensible à la qualité de vie des patients atteints d'affections chroniques, il est l'homme des maladies rares non pas parce qu'il a une mentalité de collectionneur d'objets rares mais parce qu'il connaît très bien les maladies fréquentes.

Dans le cadre d'une région ou d'un département, l'Interniste est aux premières loges pour apprécier la diversité des problèmes de santé, liée à des conditions locales, environnementales ou professionnelles et tout naturellement souhaite participer à la résolution de situations qu'il a contribué à décrire. La médecine interne contribuera sûrement à la définition des plans régionaux de santé publique et jouera son rôle d'expertise auprès des futurs groupements régionaux de santé publique qui devront assurer la surveillance épidémiologique, l'observation de la santé et les investigations épidémiologiques.

Médecine Interne et **Gériatrie**

La Médecine Interne et la Gériatrie sont classées à part dans le répertoire des spécialités médicales. Un moyen simple d'expliquer les différences pourrait être de les distinguer par l'âge de leurs malades, ce qui ferait de la Médecine Interne la spécialité de l'adulte par opposition à la Gériatrie en charge des personnes âgées.

Cette conception aurait l'avantage de satisfaire l'usager, le corps médical et l'administration en proposant un bon moyen d'identifier les différents spécialistes de la prise en charge globale qui se succèdent de la naissance à la mort. Mais une telle définition, basée uniquement sur les tranches d'âge ne permettrait pas pour autant de déduire que l'Interniste puisse être assimilé "au gériatre de l'adulte" ou le gériatre à "l'Interniste du sujet âgé". Certes, la formation et le cursus des Internistes et des gériatres sont souvent proches et le recrutement des professeurs des deux disciplines par le même CNU en est l'illustration. Néanmoins, chaque discipline a émis depuis de nombreuses années des prolongements dans des domaines très spécifiques et non partagés, qui concourent à leurs différences : la Médecine Interne s'est spécialisée dans les maladies complexes, quelles que soient les catégories d'âge et qui s'appellent : maladies systémiques et dysimmunitaires, maladies de diagnostic difficile, polyopathologies, maladies rares ou peu connues, maladies génétiques à l'âge adulte, symptômes inexpliqués, maladies psychosomatiques. La Gériatrie a aussi ses maladies complexes, mais qui sont enregistrées sous des vocables différents : polypathologie du sujet âgé, vieillard fragile, perte d'autonomie, handicap, cachexie, état grabataire, désorientation, confusion, démence. Ces champs d'activité donnent facilement une idée des différences entre les deux disciplines, mais ne soulignent pas suffisamment leur parenté. En effet, le vieillissement de la population, la pression de soins et d'hospitalisation qui en découle, l'encombrement des services d'urgence par les personnes âgées (15 à 20%) et les sollicitations de plus en plus

fréquentes des Généralistes pour l'avis d'un Interniste à propos d'affections restées sans solution chez le sujet âgé, ont modifié le paysage hospitalier du service de Médecine Interne et ont contribué à une extension de leur champ d'activité. C'est ainsi que la Médecine Interne hospitalière est de plus en plus présente à proximité des urgences, en aval direct des SAU et offre ainsi une réponse à la demande d'hospitalisation des patients ne relevant pas d'une spécialité d'organe ciblée, parmi lesquels figurent de nombreuses personnes âgées. L'objectif est de permettre une prise en charge globale et expérimentée des personnes âgées atteintes d'affection aiguë pour simplifier la procédure, éviter les interventions multiples de spécialistes d'organes ou le recours excessif au plateau technique et accélérer ainsi la démarche diagnostique en parfaite collaboration avec le gériatre. Les missions dévolues à chaque spécialité sont l'expertise médicale et médico-technique rapide pour l'Interniste et l'évaluation gériatrique globale pour le gériatre, dans le souci partagé d'une prévention effective ou d'une gestion adaptée du handicap. L'ouverture par les Internistes d'unités médicales post-accueil dans de nombreux centres hospitaliers et la création par les gériatres d'équipes mobiles hospitalières de gériatrie témoignent de cet engagement côte à côte des Internistes et des gériatres pour l'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées hospitalisées pour affections aiguës, dans le respect réciproque de leur spécialité. Un hospitalier de Médecine Interne ne saurait être interchangeable avec son homologue de Gériatrie et vice versa. La qualité des soins aux personnes âgées en pâtirait, mais à l'inverse, un Interniste sans l'expertise du gériatre ou le gériatre sans celle de l'Interniste ferait perdre des chances au patient âgé et altérerait les garanties d'excellence offertes à la population par les hôpitaux.

Médecine Interne et **pathologie infectieuse**

Pour montrer l'interface existant entre la médecine interne et la pathologie infectieuse, il faut bien définir celle-ci.

La pathologie infectieuse est une spécialité qui prend en charge le diagnostic, le traitement des infections bactériennes, virales, mycosiques et parasitaires. Elle développe les traitements curatifs, préventifs (ou prophylactiques) par l'hygiène, les anti-infectieux, les vaccins, les traitements de certains déficits immunitaires. Elle conseille les voyageurs de tous âges.

La société de pathologie infectieuse de langue française organise des conférences de consensus et s'associe la collaboration d'autres sociétés dont la société de médecine interne. Elle élabore, seule ou en collaboration avec d'autres sociétés, des recommandations pour la prise en charge de certaines infections (urinaires, fongiques, respiratoires, etc.) Elle participe activement à la lutte contre l'infection nosocomiale et soutient les équipes d'hygiène hospitalière. La société de médecine interne organise des congrès auxquels elle associe d'autres sociétés, dont la société de pathologie infectieuse.

La médecine interne est à l'évidence concernée par les pathologies infectieuses. Un grand nombre de patients infectés sont traités par les Internistes. Il peut s'agir de patients dont la pathologie est diagnostiquée et prise en charge par l'Interniste, ou qui lui sont confiés par le Généraliste ou les urgences de l'hôpital.

Il peut s'agir de patients adressés pour une prise en charge globale d'une fièvre prolongée associée ou non à une poly-pathologie. La prise en charge de maladies

systemiques peut permettre d'observer des complications infectieuses et certaines infections peuvent révéler des maladies générales.

Les infectiologues sont habituellement des Internistes qui après une formation complémentaire, exercent avec excellence, le diagnostic et le traitement d'affections, qui à l'interaction malade-médecin et physiopathologie, associent l'interaction particulière entre les anti-infectieux et les agents pathogènes. Le traitement de ces pathologies exige une bonne connaissance des interactions médicamenteuses, de la pharmacologie chez des sujets souvent fragiles et nécessite le respect de l'écologie en insistant sur les problèmes de la résistance des agents pathogènes aux anti-infectieux utilisés (recherche de l'équilibre entre l'intérêt individuel et l'intérêt collectif)

L'Interniste et l'infectiologue peuvent ici se compléter, s'associer pour répondre à des questions multiples sur les infections virales, les déficits immunitaires, le risque nosocomial.

L'Interniste peut recourir à l'infectiologue pour des situations justifiant un ajustement thérapeutique spécifique, l'infectiologue peut recourir à l'Interniste devant des situations révélant ou compliquant une pathologie inhabituelle ou rare.

Internistes et infectiologues invitent volontiers à leurs réunions ou congrès leurs collègues associés dans la prise en charge des patients les plus complexes, mais parfois les plus banals, pour élaborer des attitudes communes.

La médecine interne peut se compléter d'une formation d'infectiologue, l'infectiologie ne peut s'exercer qu'avec une vision Interniste du patient et de son environnement.

Médecine Interne, médecine générale : **parentés et différences**

Médecine Interne et Médecine Générale ont en commun de prendre en charge les malades de façon globale. Toutefois le médecin Généraliste et le médecin Interniste ont des modes d'exercice franchement différents.

Le médecin Généraliste est le médecin de famille, le médecin de premier recours, celui dont le champ d'activité est le plus vaste qui soit. Il prend en charge les problèmes de toutes les périodes de la vie depuis la naissance jusqu'au grand âge. Il s'occupe des vaccinations chez l'enfant, du suivi des femmes enceintes, parfois même encore des accouchements dans certaines zones rurales, de la petite chirurgie, des urgences au domicile des patients ou à son cabinet, etc. Cette étendue maximale du spectre d'intervention du médecin Généraliste implique qu'il doit avoir recours aux spécialistes pour la prise en charge de problèmes complexes ou lourds touchant ses patients.

Le médecin Interniste est un médecin de deuxième voire de troisième recours dont l'exercice est souvent hospitalier parfois mixte hospitalier et ambulatoire.

Le médecin Généraliste est un médecin de ville. Le médecin Interniste est un médecin hospitalier. Est-ce à dire que leurs modes d'exercice ne les font se rencontrer que pour établir la jonction entre la ville et l'hôpital pour la prise en charge de leurs patients communs? La réponse à cette question est non. Il existe des interfaces d'autre nature entre la Médecine Générale et la Médecine Interne.

La décision prise en 2002 de créer une spécialité de Médecine Générale correspondait à un souhait majoritairement exprimé par les organisations représentantes de la Médecine Générale. Il n'y aura plus désormais "deux niveaux" de médecins en France : les uns Généralistes et les autres spécialistes considérés comme "supérieurs" par le public. La plupart des médecins après réflexion récuse une telle analyse et préfèrent considérer que Généraliste et Spécialiste font des métiers différents. D'autres questions resteront à résoudre comme l'évolution de la nomenclature des actes médicaux, la prise en compte des différences des durées de formation dans la cotation des actes, etc.

Quoi qu'il en soit, l'actualité est à la reconnaissance que toute forme d'exercice de la médecine est un exercice spécialisé, qu'il s'agisse de la médecine générale ou des différentes spécialités y compris la Médecine Interne. Chez certains, la question de l'amalgame entre la médecine interne et la médecine générale s'est posée à cette occasion. Mais comme nous allons le voir cette hypothèse ne répond ni à la réalité de terrain, ni aux souhaits des médecins Généralistes ou des Internistes.

Cette question quoique provocante a eu le mérite de déclencher une rencontre au sommet entre les deux spécialités et de les engager dans une réflexion commune.

A l'initiative du syndicat des Internistes français soutenu rapidement par toutes les composantes de la Médecine Interne Française, une journée de réflexion et d'échanges a été organisée le 9 février 2001 entre responsables nationaux de la Médecine Interne et de la Médecine Générale. Les représentants de la Médecine Interne étaient les principaux acteurs du SYNDIF, de la SNFMI, du CNU de Médecine Interne, ainsi que des personnalités engagées à l'échelon national ou régional dans des actions communes avec les Généralistes, qu'il s'agisse de la formation initiale, de la formation continue ou d'autres domaines. Du côté des Généralistes étaient présents les secrétaires généraux et souvent plusieurs membres du bureau de tous les syndicats représentatifs des médecins Généralistes : UNOF (CSMF), MG France, SML ainsi que le Président et plusieurs membres du bureau du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) et des personnalités telles que le Président fondateur de la SFTG.

Cette réunion avait été précédée quelques mois auparavant par une initiative toulousaine qui avait réuni des Généralistes et Internistes sur le thème : "Convergences Médecine Interne-Médecine Générale".

Pour résumer une réunion très dense et très riche de discussions entre Internistes et Généralistes on peut dire que si la journée a commencé dans une ambiance légèrement tendue, les inquiétudes que les uns et les autres pouvaient ressentir ont rapidement été dissipées. Il est en effet apparu au cours des discussions que le mode d'exercice des uns et des autres était ressenti comme fondamentalement différent. Les Généralistes n'imaginent pas que le changement de leur statut en celui d'un spécialiste modifiera leur mode d'exercice qui est avant tout un exercice ambulatoire de premier recours. Les Généralistes sont et veulent rester les médecins de famille, les médecins de la prévention, les médecins qui reçoivent les malades au cabinet mais peuvent aussi se déplacer à leur domicile, s'occupent des urgences, de la petite chirurgie, des enfants, etc.

D'un autre côté, les Internistes aujourd'hui voient essentiellement leur mode d'exercice au niveau hospitalier, même si ce dernier n'est pas exclusif et s'ils peuvent partager leur temps avec un cabinet de ville. Les Internistes entendent rester des médecins de deuxième, voire de troisième recours. Ainsi le champ d'exercice des deux professions étant bien délimité et sans chevauchement, il est extrêmement clair que médecine générale et médecine interne sont deux exercices professionnels de la médecine totalement distincts.

Il n'en reste pas moins qu'il existe des interfaces entre Médecine Générale et Médecine Interne. C'est pour cette raison qu'un groupe de travail composé de Généralistes les Drs et Prs Alby, Budowski, Carson, Gay et d'Internistes les Drs et Prs J.Beylot, O. Bletry, H.Courtois, B.Devulder, D.Séréni et JM. Ziza, a été constitué. Ce groupe s'est réuni à 4 reprises. Plusieurs thèmes de travail ont été retenus et font encore l'objet de réflexions et de mises au point de part et d'autre :

a) – Proposer des modules communs d'enseignement entre DES de Médecine Interne et de Médecine Générale.

Des expériences ont été menées en 2002-2003 dans trois facultés de médecine. Des modules d'enseignement d'une journée réunissant les DES de Médecine Interne de la région et des résidents de médecine générale d'une faculté ont eu lieu. Ces expériences ont été globalement jugées très favorablement par les participants et doivent être poursuivies.

b) – Au cours de l'enseignement initial les services de Médecine Interne peuvent et doivent continuer à accueillir prioritairement les futurs Généralistes.

c) – Les médecins Généralistes pensent que les Internistes, forts d'une expérience de plus de 30 ans, pourront les conseiller et les aider pour la création d'une société savante et l'initiation d'une recherche clinique organisée de niveau national en médecine générale.

d) – Il existe des besoins hospitaliers en Médecine Interne même, comme aux confins de la Médecine Interne (médecine d'urgence, consultation de médecine sans rendez-vous et consultation PASS, gériatrie aiguë, etc.) qui ne peuvent actuellement être assurés faute d'effectifs par les Internistes seuls et qui ne sont pas assurés non plus par d'autres spécialités médicales. Il est indispensable que des passerelles existent entre les différentes spécialités médicales et que la situation actuelle du caractère définitif du choix d'un DES pour la vie entière du spécialiste soit annulée. Il est donc souhaitable que Généralistes et Internistes travaillent ensemble aux modalités de passage d'une spécialité à l'autre et plus particulièrement de la médecine générale à la médecine interne. Cette disposition pourra intéresser des médecins de formation initiale en Médecine Générale mais qui ont eu un exercice uniquement hospitalier dans un service de Médecine Interne.

En conclusion, Généralistes et Internistes exercent des métiers différents mais proches par leur souci d'une approche d'ensemble des problèmes médicaux de leurs patients. Les Internistes souhaitent le maintien de liens, interactions, échanges et travaux communs avec les Généralistes dans tous les domaines : professionnel, éducatif, universitaire, et de recherche clinique.



Synthèse :

qu'est-ce

qu'un

interniste ?

En résumé :

“Qu’est-ce qu’un Interniste ?”

Un Interniste est un médecin spécialiste dont le champ d’activité ne se limite pas à un organe ou un appareil. Médecin spécialiste longuement formé après cinq ans de DES et le plus souvent deux années au moins de clinicat, l’Interniste prend en charge les maladies de l’adulte depuis l’adolescence jusqu’au grand âge. Son rôle est avant tout de porter un diagnostic et de conduire une prise en charge thérapeutique. L’Interniste peut également participer à des actions de santé publique surtout quand elles impliquent la participation des médecins hospitaliers.

L’Interniste ne prend pas en charge la surveillance de la grossesse ni les soins aux enfants avant l’âge de l’adolescence sauf cas exceptionnel, ni la petite chirurgie, ni les urgences à domicile.

Les missions de l’Interniste sont celles d’un médecin consultant. C’est dire qu’il a avant tout un rôle diagnostique chez des patients qui lui sont adressés en deuxième, voire en troisième recours. Les compétences de l’Interniste basées sur sa formation et son expérience doivent lui permettre de répondre à des besoins diagnostiques dans les domaines des maladies systémiques et générales, des maladies rares, des maladies de l’immunité, des maladies génétiques rencontrées à l’âge adulte. Son domaine comporte aussi la prise en charge des patients atteints de polyopathie. L’Interniste joue un peu le rôle d’un chef d’orchestre chargé d’équilibrer, de hiérarchiser les explorations complémentaires et surtout les traitements. Dans ce cadre, l’Interniste est souvent celui à qui l’on demande un avis lorsqu’il s’agit de prendre une décision d’opérabilité chez un malade fragile atteint de multiples pathologies et recevant des traitements complexes.

En France les missions de l'Interniste se conçoivent donc comme celles d'un consultant de deuxième, voire de troisième recours. Il est aussi de façon prédominante un médecin hospitalier prenant en charge des malades admis dans une unité, un service ou un département de Médecine Interne. Il est désormais admis que tout hôpital de court séjour d'adulte doit comporter un service de Médecine Interne. La mission de l'Interniste Hospitalier se confond donc avec la prise en charge des malades qui sont admis dans de tels services. Les missions dévolues à ces services et aux Internistes qui les font fonctionner sont les suivantes :

- prise en charge des malades en aval des urgences médicales,
- prise en charge des malades sans diagnostic,
- prise en charge des malades atteints de polyopathologies ne relevant pas de façon prédominante d'une spécialité d'organe,
- prise en charge de la pathologie aiguë des personnes âgées,
- prise en charge de patients dont l'état ne requiert pas l'hospitalisation dans un service hautement spécialisé,
- prise en charge des malades relevant d'une spécialité d'organe non représentée dans l'hôpital.

Au sein de l'hôpital comme en tant que consultant de ville, l'Interniste interagit aussi bien avec les Généralistes qui adressent les malades et les suivent après l'hospitalisation qu'avec les spécialistes hospitaliers ou non. Comme nous l'avons vu l'Interniste n'est pas un spécialiste d'organe, c'est plutôt le spécialiste de tout ce qui ne se limite pas à l'atteinte d'un seul organe ou d'un seul appareil. Mais cette définition doit être nuancée pour deux raisons, l'une historique, l'autre liée aux besoins spécifiques locaux.

Historiquement la situation réglementaire et donc la formation et le mode d'exercice des Internistes sont différents selon qu'ils ont été formés avant ou après 1985. De 1970 à 1985 ils pouvaient avoir acquis une autre spécialité au cours de leur formation. C'est ainsi que de nombreux Internistes de cette génération étaient : Internistes et Cardiologues, Internistes et Rhumatologues, Internistes et Gastro-Entérologues, Internistes et Néphrologues, etc. Leur mode d'exercice en consultation ou en hospitalisation était de ce fait souvent mixte : à la fois celui d'une spécialité d'organe et celui de la Médecine Interne proprement dite avec les missions hospitalières énumérées ci-dessus.

Certains Internistes sont clairement devenus des spécialistes d’organe et ont alors quitté l’esprit et le giron de la Médecine Interne. C’est là une affaire de bon sens. Si on exerce la Médecine Interne au moins à 50% de son activité et qu’on y ajoute une part d’exercice spécialisé on reste certainement un Interniste. Dans le cas inverse on devient un spécialiste qui a eu autrefois une formation d’Interniste mais qui ne pratique plus la Médecine Interne.

A ce sujet, lors de la rédaction d’un rapport sur la Médecine Interne à l’Assistance Publique des Hôpitaux de Paris en 1998, la question a été résolue de façon très simple et consensuelle. Le problème se posait de savoir si on allait reconnaître comme services de Médecine Interne des services hospitaliers qui en avaient l’appellation mais qui recevaient depuis plusieurs années des malades de spécialité de façon très largement prédominante. La règle qui a été adoptée était la suivante : tout service qui reçoit plus de 50% de ses patients dans une spécialité donnée est un service de cette spécialité et n’est plus un service de Médecine Interne.

Cette question des Internistes “à spécialité secondaire” est très proche de la situation des pays germaniques dont l’Allemagne est bien entendu le chef de file avec ses 12000 Internistes. En Allemagne, tout spécialiste médical doit être Interniste avant de faire une spécialité médicale. La Médecine Interne est un tronc commun indispensable à la pratique de toutes les spécialités médicales que ce soit en ville ou à l’hôpital. On a donc coexistence “d’Internistes Généraux” et “d’Internistes spécialistes d’organes”. Parmi ces derniers, certains se considèrent comme des spécialistes d’organes purs et n’ont plus de rapport avec la Médecine Interne qui n’a été qu’une étape dans leur formation. D’autres, à l’inverse, se considèrent toujours comme Internistes et continuent à prendre en charge des malades hors de leur spécialité d’organe et participent aux activités de leur spécialité de Médecine Interne, à l’échelon régional, national et international.

La deuxième nuance à apporter à la définition de l’Interniste sans spécialité d’organe s’applique aussi bien aux Internistes d’avant 1985 qu’à ceux qui sont issus de la réforme créant les DES. Les Internistes issus du DES n’ont pas d’autre spécialité mais par contre ont eu la possibilité de s’inscrire en DESC et d’acquérir une compétence complémentaire qui parfois peut devenir également une spécialité d’exercice comme par exemple : maladies infectieuses, réanimation médicale, cancérologie, etc. Ainsi, selon les cas, l’Interniste de nouvelle génération qui a fait un DESC de pathologie infectieuse par exemple, deviendra-t-il un infectiologue exclusif ou un

Interniste exerçant plus particulièrement les fonctions de consultant en maladies infectieuses dans son hôpital.

Les besoins hospitaliers sont eux-mêmes un facteur majeur de différenciation secondaire de l'Interniste dans un domaine particulier. On l'a bien vu dans les années 80 lors de l'explosion de l'épidémie de SIDA. Les services de pathologies infectieuses n'avaient absolument pas la capacité nécessaire pour prendre en charge tous les patients. En outre les problèmes posés par les malades entraient tout à fait dans la compétence des Internistes. C'est donc tout naturellement que les Internistes sont devenus, au cours des dix premières années de l'épidémie, les spécialistes en première ligne de la prise en charge des patients infectés par le VIH, suivis par les infectiologues, des dermatologues, des pneumologues, etc.

L'Interniste, en raison de sa formation pluridisciplinaire, a en effet la possibilité de s'adapter à une situation nouvelle et d'orienter son activité vers la prise en charge de malades particuliers. Cette souplesse permet au système hospitalier de s'adapter à des besoins de santé publique nouveaux. Cela a été le cas plus récemment avec la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins Santé pour les personnes en situation de précarité. La majorité de ces consultations font partie, dépendent ou sont liées à des services de Médecine Interne.

Enfin, de façon plus durable le service de Médecine Interne ou le département de Médecine Interne, à l'instar des départements de Médecine Interne des Hôpitaux anglo-saxons, peut inclure une unité ou une section de médecine spécialisée lorsque l'hôpital ne dispose pas d'un service correspondant à cette spécialité. Chaque centre hospitalier ne peut pas disposer de services de toutes les spécialités médicales. Mais il n'est pas rare de trouver dans les hôpitaux non universitaires des services de Médecine Interne et Gastro-entérologie, Médecine Interne et Pneumologie, Médecine Interne et Endocrinologie, ou Médecine Interne et Rhumatologie, etc.

En conclusion, l'Interniste est un Médecin spécialisé dans la "non spécialité d'organe" ! Il a un goût marqué pour la pluridisciplinarité. Son objectif est d'assurer, seul ou avec d'autres, une prise en charge globale du patient qui se confie à lui. Ce métier ne se conçoit qu'avec une exigence de haut niveau de qualité, ce qui implique un grand effort de formation initiale et continue, et la curiosité la plus large possible.

Les Internistes ne s’estiment pour autant pas être les meilleurs ni encore moins des “supers médecins”. Ils sont convaincus du caractère indispensable de leur spécialité, véritable “troisième voie” entre le métier de Médecin Généraliste et celui de Spécialiste d’organe.



Activités

d'enseignement

Place de la Médecine Interne dans l'**Enseignement des Sciences Humaines et Sociales**

L'enseignement des Sciences Humaines et Sociales est une partie importante du programme de PCEM1 (P1) et par son coefficient (1/5^e des points) conditionne en grande partie la réussite au concours de sélection finale.

Globalement, les Sciences Humaines et Sociales peuvent se présenter comme l'étude des relations de "soi à soi", de "soi à l'autre" et de "soi aux autres"... Ainsi, dès le début des études, les étudiants sont-ils sensibilisés à la médecine de l'homme global dans ses différentes dimensions (relationnelle, existentielle, psychologique, sociale, culturelle et bien sûr physique...) et aux différentes contraintes collectives (économique, juridique, médiologique...).

Cet enseignement a finalement pour objectif de rendre tautologique le terme de "médecine humaniste" et sensibilise précocement les étudiants aux métiers de soins au sens large qu'ils seront amenés à pratiquer plus tard.

L'enseignement est d'environ 60 à 80 heures en cours magistraux, avec un enseignement dirigé complémentaire. Il s'agit d'un enseignement souvent très interactif au cours de Grandes Conférences. Dans beaucoup de facultés, les Internistes interviennent au cours de cet enseignement (8 sur 24 dans l'enquête que nous avons faite) et apparaissent même dans certaines facultés comme coordonnateurs responsables de l'enseignement.

L'esprit de cet enseignement est en effet très proche de celui de la Médecine Interne :

– Vision globale de la personne malade intégrant l'ensemble des données psychologiques, sociales et strictement médicales.

- Situation intermédiaire entre des pôles qui peuvent paraître très distants, mais qui sont complémentaires : médecine générale et spécialités les plus performantes, questionnement clinique et recherche fondamentale de haut niveau scientifique...
- Intérêt personnel de plusieurs Internistes selon les cas pour la réflexion éthique, l'histoire de la médecine ou l'anthropologie.

Place de la Médecine Interne dans l'**Enseignement** de la **Sémiologie**

Au cours des dernières décennies, la pédagogie médicale a connu de profonds bouleversements, auxquels les Internistes ont souvent contribué. C'est le cas notamment de la réorganisation de l'enseignement de sémiologie médicale au début des années 80, avec ses deux versants :

- L'enseignement par objectifs et la mise en place des modules bio-cliniques, qui ouvraient le chemin à l'apprentissage par problèmes.
- L'entrée plus précoce des étudiants à l'hôpital dès le PCEM 2.

Dans cet apprentissage du recueil des symptômes qui accompagne le premier abord de la personne malade, les Internistes sont "naturellement" placés en première ligne, par l'intérêt égal qu'ils portent à tous les appareils. De plus, leurs services sont des lieux de stages privilégiés pour les étudiants qui peuvent y rencontrer la diversité des symptômes qui caractérise la médecine interne.

L'enquête que nous avons menée auprès de l'ensemble des facultés est malheureusement loin d'être exhaustive (20 réponses sur 50), et illustre la diversité des organisations de l'enseignement. Les résultats montrent néanmoins que les Internistes sont fortement impliqués dans l'enseignement de la sémiologie :

- L'enseignement de la sémiologie médicale (PCEM2 et DCEM1), associe un enseignement théorique (magistral, travaux dirigés, apprentissage par problèmes) qui varie d'une cinquantaine d'heures à plus de 250 heures, à l'enseignement pratique dispensé au cours du stage hospitalier, dont le volume "réglementaire" total sur les deux années est de 400 heures. Dans certaines facultés, l'enseignement de la sémiologie a été réparti en modules coordonnés par les spécialistes d'organes.
- Dans les 20 facultés ayant répondu à l'enquête, 3 n'ont pas de coordinateur de la sémiologie. Lorsqu'il existe un coordinateur, il s'agit 13 fois d'un PU-PH de

Médecine Interne, et 4 fois d'une autre spécialité (Cardiologie, Neurologie, Réanimation médicale, Rhumatologie).

Il n'est pas surprenant de trouver les Internistes en situation de responsabilité dans un enseignement qui implique la relation médecin-malade, et impose l'abord de tous les organes avec un intérêt et une compétence identiques. Ce recueil méthodique apporte les arguments nécessaires à la construction d'hypothèses diagnostiques et à la recherche "éclairée" d'autres symptômes cliniques ou paracliniques, pour étayer la synthèse clinique conduisant aux hypothèses diagnostiques et aux propositions thérapeutiques.

Place des **Enseignants** de Médecine Interne au cours du **2^e cycle** **des Etudes Médicales**

Contexte réglementaire.

C'est celui de la réforme de la 2^e partie du 2^e cycle, c'est-à-dire l'arrêté du 10 octobre 2000 (JO du 17 octobre 2000) et publication au BO de novembre 2000 des 345 items avec leurs objectifs terminaux. C'est aussi l'arrêté du 29 mars 2001 fixant les thèmes devant faire l'objet de séminaires à partir de l'année universitaire 2001-2002.

Modalités de l'enquête.

La COPENAMI a réalisé une enquête pendant le printemps 2001 auprès de tous les professeurs d'université de Médecine Interne. L'objectif était de connaître l'investissement des Internistes dans cet enseignement rénové de la 2^e partie du 2^e cycle.

Résultats.

Les réponses ont permis de connaître la situation dans 32 unités de formation de recherche (UFR) dont 9 UFR d'Ile-de-France et 23 UFR de province. Parmi ces 32 UFR, 30 avaient mis en œuvre un programme rénové de l'enseignement de la 2^e partie du 2^e cycle et 17 d'entre elles avaient rédigé des objectifs pédagogiques adaptés, 7 UFR indiquaient que cette écriture était en cours.

La participation des enseignants de Médecine Interne aux différents modules est bien entendu d'importance différente selon le contenu de ces modules transversaux. La participation est majoritaire pour le module 8 (immunopathologie - réaction inflammatoire) avec la responsabilité de la coordination de ce module dans presque

la moitié des UFR. De même, l'implication des Internistes est forte (avec des chiffres voisins) dans le module 11 (synthèse clinique et traitement, urgences, décision médicamenteuse) ainsi que dans le module 5 (vieillesse) avec une fréquente responsabilité de la coordination de ces modules. La participation des Internistes est significative (mais moins forte, atteignant le quart ou le tiers des UFR) au cours des modules 1 (apprentissage de l'exercice médical), 7 (santé et environnement, maladies transmissibles), 9 (athérosclérose, HTA, thrombose). Hormis ces modules transversaux, le rôle des Internistes est curieusement plus modeste dans les 3 rubriques suivantes : situations cliniques fréquentes et/ou urgentes (items 182 à 219), les maladies et grands syndromes (items 220 à 290) et l'orientation diagnostique devant... (items 291 à 345).

Commentaires.

La place affirmée des Internistes dans l'enseignement et la coordination des modules 8, 11 et 5 reflète bien l'essence même de la Médecine Interne. Sa diversité est illustrée par la participation aux modules 1, 7 et 9.

L'implication plus modeste des Internistes dans l'enseignement des items 182 à 345 doit être interprétée avec nuances. D'une part, il faut rappeler qu'un enseignement spécifique de Médecine Interne était enseigné (à la date de cette enquête) dans 11 UFR. D'autre part, les médecins Internistes participent à des enseignements très divers, tels ceux des maladies métaboliques, de la cancérologie, de la nutrition, ce qui "disperse" leur rôle. Cette dernière remarque est illustrée par l'enseignement, dans certaines UFR (par exemple Clermont-Ferrand, Lyon, Strasbourg) d'un nombre de modules très sensiblement supérieur à ceux définis par la commission pédagogique nationale des études médicales.

La place de la Médecine Interne dans l'**Enseignement** **de l'Éthique**

L'éthique n'est pas une référence poussiéreuse pour colloques ou réunions de convenance. Elle est cet affrontement lucide de dilemmes toujours renouvelés dans les choix qu'offre la médecine contemporaine. Faut-il dépister génétiquement cette maladie que l'on ne peut ni prévenir, ni traiter ? Faut-il dire à un malade atteint d'un cancer que le protocole de recherches qu'on lui propose ne lui sera d'aucune utilité ? Faut-il obliger telle personne à consentir non dans son intérêt propre mais dans celui du tiers ? Faut-il permettre à un chercheur l'accès facile aux collections de cellules rassemblées par d'autres chercheurs ? Faut-il proposer une nouvelle greffe sans réelle espérance à un malade demandeur ?

La médecine interne est sans cesse confrontée au dilemme : « *doit-on s'arrêter ou poursuivre ?* »

A "faut-il", "doit-on", la médecine interne a vocation à inscrire sa marque, non pas avec l'orgueil démesuré d'une médecine qui saurait toujours mieux que quiconque résoudre la question, mais par son habitude à réfléchir en termes contradictoires, à animer justement cette réflexion. Quelle est la spécialité qui par sa réflexion, et plus qu'elle, a vocation à interroger l'écart croissant de "la médecine du nord" et "la médecine du sud" ? Elle ne se limite pas en effet aux maladies tropicales, de la pauvreté, de la précarité mais aborde les maladies chroniques dans leur écart pour leur prise en charge de plus en plus insupportable selon les régions géographiques. Aucun secteur n'échappe à son regard, pas plus la médecine de la grossesse, de la personne âgée que les maladies génétiques des enfants à révélation tardive ou qui arrivent à l'âge adulte. C'est cette ouverture qui permet peut-être un plus grand dis-

cernement et le retour permanent à la personne, quelle qu'elle soit, quel que soit son âge, son statut, son sexe, son origine. L'humanisme contemporain n'est pas l'invocation incantatoire de valeurs sans caractère opératoire. Il est un regard d'appartenance à la même communauté humaine, de soignants et soignés, dans cet affrontement d'une médecine de plus en plus efficace et intrusive et qu'il faut savoir parfois tenir à distance.

Il n'y a pas une éthique spécifique de la médecine interne, mais il appartient à l'Interniste d'être plus voué à la réflexion que d'autres par sa pratique même.

C'est cette vocation qui lui assure une place de choix dans l'enseignement de l'éthique, si cet enseignement même est possible. Enseigner l'éthique théorique n'a en effet pas beaucoup de sens. L'étudiant a de la peine à associer dans son esprit les grands principes de la philosophie morale et la pratique quotidienne lorsque l'écart est trop grand. C'est plutôt la réflexion permanente sur ce que constitue la personne dans son ensemble, l'abord de la souffrance dans sa grande diversité somatique et psychique, le sens du "prendre soin" qui permettent à la médecine interne d'être la discipline par excellence la plus ouverte sur les problèmes éthiques qui se posent de façon de plus en plus aiguë à la médecine contemporaine.

L'enseignement de la **Gériatrie**

Un enseignement de gériatrie : pour quelles finalités ?

L'enseignement de gériatrie délivré actuellement par les Unités de Formation et de Recherche de Médecine a pour triple finalité :

1 - D'apporter aux futurs jeunes médecins, quels que soient leur orientation et leur mode d'exercice ultérieurs, les bases théoriques et pratiques nécessaires à la prise en charge des patients âgés dont la proportion devrait augmenter de manière significative dans les années à venir (formation de "niveau 1 »).

Cette formation théorique est actuellement dispensée dans le cadre du Module transdisciplinaire 5 ("vieillesse") introduit lors de la réforme du deuxième cycle des études médicales en 2001. L'enseignement pratique est dispensé dans le cadre des stages hospitaliers de 2^e cycle (les directives ministérielles de mai 1995 rendant obligatoire le passage dans les services de médecine interne ou de gériatrie au même titre que dans ceux de pédiatrie, gynécologie-obstétrique et chirurgie).

2 - De délivrer une formation aux médecins devant assurer les fonctions de coordination au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) (formation de "niveau 2").

3 - De permettre l'acquisition d'une compétence en gériatrie afin de pourvoir les postes de Praticiens Hospitaliers dans les services de gériatrie : court séjour, soins de suite et réadaptation gériatrique, soins de longue durée, hospitalisation de jour, unité mobile de gériatrie, hospitalisation à domicile (formation de "niveau 3"). Cette compétence est actuellement obtenue soit par la validation de la Capacité de Gérontologie, soit par la validation du DESC de gériatrie (du groupe 1).

L'enseignement de gériatrie au cours du Premier cycle des Etudes médicales.

Dans certaines UFR, quelques heures d'enseignement dans le cadre du module de Sciences Humaines et Sociales en PCEM 1 visent à introduire une sensibilisation aux

aspects démographiques, philosophiques et éthiques se rapportant au vieillissement et sous-tendant les principaux concepts gériatriques.

Un enseignement relatif aux particularités séméiologiques et aux spécificités diagnostiques du malade âgé est délivré par certaines UFR en PCEM 2 ou/et DCEM 1.

L'enseignement de gériatrie au cours du Deuxième cycle des Etudes médicales.

L'enseignement de gériatrie au cours du Deuxième cycle des Etudes médicales **a été officiellement introduit** en 2001 à l'occasion de la réforme du 2^e cycle sous la forme d'un module transdisciplinaire intitulé "vieillesse" (module 5). Il est dispensé en DECM 2 (30%), DCEM 3 (47%) ou DCEM 4 (23%) et comporte selon les UFR entre 15 et 30 heures d'enseignement théorique. Afin de répondre à la philosophie de la réforme, certains thèmes sont abordés en pluridisciplinarité (ostéoporose, ménopause...). Certains thèmes qui faisaient l'objet d'un enseignement dans certaines facultés avant l'application de la réforme ne sont pas intégrés au contenu de ce module (organisation des soins...).

Par ailleurs, les gériatres universitaires participent à l'enseignement d'autres modules transdisciplinaires (module 4 : handicap, incapacité, dépendance), module 6 (douleur, soins palliatifs, accompagnement), module 11 (de la plainte du patient à la décision médicale).

L'enseignement de gériatrie au cours du Troisième cycle des Etudes médicales.

Depuis les années 1980, un enseignement de gériatrie est délivré dans le cadre **du troisième cycle aux résidents de Médecine Générale** sous la forme de séminaires et/ou d'enseignements dirigés. Cet enseignement, qui n'est pas dispensé dans toutes les UFR, est particulièrement apprécié des étudiants. La qualité de l'enseignement dispensé est tributaire et bénéficie de la collaboration des médecins Généralistes enseignants et des gériatres universitaires. Les services de gériatrie accueillent également des résidents en médecine générale et devraient permettre aux futurs internes en médecine générale de compléter leur formation à la gériatrie.

A l'initiative de la Commission Pédagogique Nationale de Médecine Interne (COPENAMI), la révision de la maquette du **DES de Médecine Interne** a intégré dans l'enseignement un module théorique consacré à la gériatrie ainsi qu'un stage obligatoire d'un semestre en service de gériatrie.

Les autres DES ne comportent pas officiellement d'enseignement relatif aux spécificités gériatriques de leur discipline. Un enseignement aux concepts gériatriques communs à l'ensemble de ces DES pourrait être envisagé.

Le **Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de Gériatrie (DESC)** a été créé en 1988 à l'intention plus particulièrement des étudiants titulaires des DES de Médecine Interne, cardiologie, neurologie, psychiatrie, médecine physique et réadaptation, rhumatologie, santé publique. L'enseignement théorique comporte 120 heures environ. Il est assuré en partie par chaque responsable de DESC et en partie sous l'égide du Collège National des Enseignants de Gériatrie dans le cadre de séminaires nationaux bi-annuels regroupant entre 30 et 40 étudiants. La formation pratique est assurée au cours de quatre semestres de stages dans des services agréés (dont deux en post-internat).

En 2003, le nombre de titulaires du DESC de gériatrie est d'environ 120 et 35 étudiants sont inscrits au DESC. Le nombre d'étudiants susceptibles d'être formés par le DESC est conditionné par le nombre de postes de Chef de Clinique-Assistant affectés aux services de gériatrie (**40 postes d'ACC en 2003**).

Depuis la rentrée universitaire 2004-2005, le DESC de gériatrie est devenu qualifiant (DESC de groupe 2). Les futurs détenteurs de ce DESC devront faire le choix d'un exercice exclusif en gériatrie s'ils se destinent à une activité gériatrique. La validation de ce DESC sera conditionnée par la validation de 4 semestres de stages en cours d'internat dans des services agréés (cf liste ci-dessous) dont au moins un en gériatrie et si possible un en médecine interne, et par la validation de 2 semestres de stages en post-internat dans des services de gériatrie.

Les Diplômes d'études spécialisés permettant de postuler au DESC de Gériatrie sont : Médecine Interne, Cardiologie et maladies vasculaires, Endocrinologie et métabolisme, Gastro-entérologie, Dermatologie et vénérologie, Hématologie, Médecine physique et de réadaptation, Néphrologie, Neurologie, Oncologie, Pneumologie, Psychiatrie, Rhumatologie, Santé publique et médecine sociale, Médecine Générale.

Ce DESC comporte un enseignement théorique de 150 à 200 heures.

Troisième cycle de formation en Médecine Interne et en Médecine Générale : spécificités et convergences

Le 3^e cycle de médecine interne, souvent prolongé d'un clinicat, prépare essentiellement à une carrière hospitalière ou à une activité de consultant, dans le cadre d'une médecine complexe.

Le 3^e cycle de médecine générale forme avant tout à l'exercice libéral de la médecine dite de premier recours.

Ainsi énoncés, les objectifs de formation de ces deux spécialités sont à la rigueur complémentaires, mais situés nettement aux deux antipodes de la prise en charge médicale. Pourtant les points de rapprochement sont nombreux.

Une démarche commune.

Souvent qualifiée de globale, elle dépasse, dans les deux cas, l'approche centrée sur une pathologie d'organe, pour situer le sujet malade dans son contexte. Les internes en médecine générale ne s'y trompent pas, qui reconnaissent les stages dans les services de médecine interne comme les plus proches, après le stage chez le praticien, tant par le recrutement que par le mode de prise en charge de leur futur exercice professionnel.

Des missions convergentes.

Nombre de services de médecine interne et de court séjour gériatrique remplissent une fonction d'accueil post-urgence, voire de porte, et une mission d'orientation indispensable. Ces tâches ingrates, un temps jugées avec condescendance, notamment dans les CHU, sont à présent reconnues comme précieuses, ne serait-ce qu'en raison de l'émergence de pathologies nouvelles, du retour d'anciennes pathologies ou de phénomènes comme la précarité, qui laissent les services de spécialités désarmés. Or, ces prises en charge sont en prise directe avec l'exercice libéral de la médecine de famille.

Parallèlement, un nombre croissant de jeunes médecins Généralistes tendent à s'orienter, à temps partagé ou en totalité, vers les carrières hospitalières qui leur sont ouvertes : médecine gériatrique, soins palliatifs, addictologie, voire les services de porte, structures dans lesquelles interviennent très souvent les Internistes. Ils jettent ainsi des liens entre deux formes de médecine de premier recours : libérale et institutionnelle. L'évolution de la médecine générale vers un DES va accroître ce phénomène, faisant de la médecine libérale la principale voie d'exercice du Généraliste, mais non la seule, et obligeant à concevoir dans le futur des passerelles (clincat?) de la médecine générale vers la médecine interne.

Une même implication dans l'enseignement.

Médecins Généralistes enseignants et Internistes ont appris à se connaître, à travailler ensemble et à s'estimer au sein des départements pédagogiques de médecine générale. Les Internistes en assurent très souvent la coordination. Inversement, les professeurs de médecine générale interviennent dans le cadre des formations de 2^e et 3^e cycle dans de nombreuses facultés, pour favoriser la prise en compte globale des problèmes. Sur le terrain enfin, internes et résidents reçoivent, au cours des stages dans les services de médecine interne, la même formation pratique.

Ces points de convergence incitent à réfléchir, sans méconnaître la nécessaire spécificité de ces deux filières, à la possible émergence d'autres missions communes.

Des objectifs d'enseignement qui doivent se rapprocher.

Les Généralistes enseignants ont accompli, souvent en dehors de la Faculté, parfois au sein des DU créés par certaines, un remarquable effort de formation pédagogique. Ils ont notamment privilégié de longue date les méthodes interactives, qui font à présent l'unanimité. Ils ont ainsi fait du 3^e cycle de médecine générale un lieu d'échange de pratiques plus que de recettes, préparant activement à la FMC. De son côté, si la formation des Internistes paraît a priori "plus théorique", elle se base elle aussi sur l'analyse de cas cliniques, la lecture critique et les débats ou exposés, toutes méthodes extrêmement actives. Surtout, on reconnaît dans les deux formations, que rien ne distingue sinon le programme, la même mise à profit du raisonnement médical, de la résolution de problèmes, de l'approche décisionnelle. D'ores et déjà certaines UFR ont montré la voie, en organisant au cours du 3^e cycle, des séances de formation théorique communes à la médecine interne et à la médecine générale, avec une appréciation très favorable.

Pourtant, au-delà des méthodes d'enseignement qui peuvent s'harmoniser davantage, et du choix des thèmes d'enseignement (privilégier les pathologies fréquentes telles que le diabète sucré, l'HTA, les maladies du vieillissement, voire l'asthénie, plutôt que les pathologies d'exception), une réflexion commune sur les objectifs semble pertinente. Une vision prospective sur la formation théorique au cours du 3^e cycle mène à penser qu'elle devra englober tôt ou tard pour partie, dans un effort de réunification, toutes les spécialités médicales. Dans chacun des programmes de spécialités, y compris la médecine générale, on note les mêmes besoins : outils de la recherche, épidémiologie, déontologie éthique, biologique, génétique, qui font intervenir des enseignants étrangers à la discipline concernée, et qui pourraient avantageusement être traités à l'ensemble des étudiants du 3^e cycle. Les enseignants Internistes, parfois les Généralistes enseignants figurent assez souvent parmi ces intervenants. Il conviendrait qu'ils coordonnent leurs participations et celles d'autres collègues, notamment des disciplines fondamentales, pour créer un véritable corpus de connaissances, commun au 3^e cycle, tout d'abord au profit des étudiants des deux filières de formation qui leur incombent, puis en le proposant aux autres spécialités.

Des lieux de stage privilégiés.

Les Internistes ne doivent pas oublier les objectifs propres à chacun des apprentissages. Tous les services de médecine interne ne doivent pas nécessairement être reconnus comme formateurs à la médecine générale. Les internes en médecine générale sont soumis à une maquette extrêmement précise, ce qui implique que leur stage en médecine interne ne peut être consacré à une activité certes de très haut niveau, mais parfois trop spécialisée, et éloignée des préoccupations d'un futur praticien de famille. Les commissions d'agrément commencent à faire cette différence, en privilégiant pour l'accueil des résidents les services de médecine interne les plus "Généralistes" ce qui les mène à favoriser les hôpitaux non universitaires. Une façon pour les CHU de continuer à recevoir des résidents – ne serait-ce que pour maintenir un lien nécessaire entre futurs Généralistes et universitaires – est de proposer des postes, à la faveur du semestre "ambulatoire", dans des structures telles que les consultations externes, les services de porte, la prise en charge de la précarité, qui dans de nombreux établissements dépendent de la médecine interne.

Telle est le challenge auquel doivent se préparer les Internistes, s'ils veulent continuer à former, notamment dans les CHU, les étudiants en médecine générale.



Activités

scientifiques

et de

recherche

Synthèse des **grandes** **avancées scientifiques** en Médecine Interne **1993-2004**

Il n'y a pas de limite à la curiosité ni au dynamisme des Internistes.

Leur activité n'a pas de bornes. Par conséquent, établir un relevé exhaustif des avancées scientifiques faites par les Internistes depuis dix ans est évidemment impossible. Dresser un aperçu est déjà une gageure, et en même temps un défi dangereux car il faut forcément faire des choix et risquer d'omettre tel ou tel. L'auteur s'excuse donc par avance des imperfections et manques possibles dans cette revue de quelques avancées faites par les Internistes dans la dernière décennie. Nous avons cherché la concision et donc volontairement limité les textes et publications au minimum. Beaucoup d'équipes valables ne sont pas mentionnées et dans celles qui le sont, un choix drastique a dû être fait.

Le but poursuivi est de donner une idée de l'activité de recherche qui a pu être déployée par les Internistes et non une comptabilité exacte. Evidemment ces travaux honorent leurs auteurs, mais ils sont loin d'être seuls, et il s'agit toujours de travaux collectifs, débordant la liste brute des signataires des articles.

La SNFMI a largement participé à bon nombre de ces travaux par le biais du conseil scientifique, des congrès et la participation active des membres qui ont inclus des malades dans les protocoles multicentriques.

Pour terminer, il faut rappeler que la terre est à ceux qui la cultivent et qu'une maladie n'est la propriété de personne; ceux qui travaillent dessus et font progresser la connaissance en sont les locataires non exclusifs, et beaucoup d'Internistes peuvent partager le même intérêt pour telle ou telle maladie. Aucune équipe ci-dessous n'a de monopole.

Vascularites et le Groupe Français des Vascularites.

Fondé par le premier président du conseil scientifique et un des plus dynamiques chercheurs de la SNFMI, Loïc Guillevin, le groupe français d'étude des vascularites (GFEV) a une production scientifique intense et soutenue. Parmi l'ensemble des publications nous avons sélectionné sept de ses travaux qui ont porté sur l'épidémiologie des vascularites systémiques, la validation d'un nouveau traitement des périartérites noueuses associées au virus HBV, l'identification des facteurs pronostiques, et les recommandations thérapeutiques. Les travaux de ce groupe ont un impact international maintenu depuis de nombreuses années.

Gayraud M, Guillevin L, le Toumelin P, Cohen P, Lhote F, Casassus P, et al. Long-term followup of polyarteritis nodosa, microscopic polyangiitis, and Churg-Strauss syndrome: analysis of four prospective trials including 278 patients. *Arthritis Rheum* 2001;44(3):666-75.

Guillevin L, Lhote F, Cohen P et al. Polyarteritis nodosa related to hepatitis B virus. A prospective study with long-term observation of 41 patients. *Medicine (Baltimore)* 1995;74:238-53.

Mahr A, Guillevin L, Poinssenet M, Ayme S. Prevalences of polyarteritis nodosa, microscopic polyangiitis, Wegener's granulomatosis and Churg-Strauss syndrome in a french urban multiethnic population in 2000 : a capture-recapture estimate. *Arthritis Rheum* 2004 ; 51 : 96-99

Bligny D, Mahr A, Toumelin PL, Mouthon L, Guillevin L. Predicting mortality in Wegener's granulomatosis : a survival analysis based on 93 patients. *Arthritis Rheum* 2004 ; 51 : 83-91

Guillevin L, Mahr A. Classification, epidemiology and diagnosis of systemic vasculitides. *Ann Pathol* 2003 ; 1 : 29- 33

Agard C, Mouthon L, Mahr A, Guillevin L. Microscopic polyangiitis and polyarteritis nodosa : How and when do they start. *Arthritis Rheum* 2003 ; 49 : 709 – 15

Guillevin L, Cohen P, Mahr A et al. Treatment of polyarteritis nodosa and microscopic polyangiitis with poor prognosis factors : a prospective trial comparing glucocorticoids and six or twelve cyclophosphamide pulses in sixty five patients. *Arthritis Rheum* 2003 ; 49 : 93 - 100

Lupus et syndrome des antiphospholipides.

Il est évident que le lupus, maladie vedette s'il en est, rassemble beaucoup de projets et d'intérêts fédérés depuis de nombreuses années autour de l'équipe de Pierre GODEAU et de Jean-Charles PIETTE.

L'équipe de Jean-Charles Piette a développé deux thématiques principales :

Pathogénie du lupus systémique. Le groupe de Zahir Amoura a mis en évidence le rôle du nucléosome dans la physiopathologie de la maladie et l'intérêt diagnostique des anticorps anti-nucléosome. Les aspects génétiques ont été étudiés en collaboration avec Elizabeth Tournier-Lasserre grâce au soutien de la SNFMI.

Syndrome des antiphospholipides, en particulier établissement de critères et caractérisation du "syndrome catastrophique". Ces travaux, menés via plusieurs collaborations internationales, ont conduit à la publication de nombreux articles internationaux et à l'édition de deux ouvrages de synthèse.

Le groupe de Clamart animé par D. Emilie, P. Galanaud et Llorente a testé le rôle de la cytokine IL10 et de la chimiokine SDF-1 dans la pathogénie du LED. Ces travaux ont débouché sur des propositions thérapeutiques originales en particulier pour les anticorps monoclonaux anti-IL10.

D'autres équipes ont mené des études sur les relations entre le lupus et les autres maladies systémiques, d'une part, et entre le lupus et l'état psychiatrique des sujets d'autre part. La médecine interne bordelaise s'est impliquée dans la recherche sur la différenciation des cellules dendritiques dans le lupus avec P Blanco. Des recherches sur le lupus cérébral ont été faites par d'autres équipes de Brest à Lille et le rôle des facteurs d'environnement précisé.

Amoura Z, Koutouzov S, Chabre H, Cacoub P, Amoura I, Musset L, Bach JF, Piette JC. Presence of antinucleosome autoantibodies in a restricted set of connective tissue diseases: antinucleosome antibodies of the IgG3 subclass are markers of renal pathogenicity in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2000, 43: 76-84

Michel M, Johanet C, Meyer O, Frances C, Wittke F, Michel C, Arfi S, Tournier-Lasserre E, Piette JC. Familial lupus erythematosus. Clinical and immunologic features of 125 multiplex families. *Medicine (Baltimore)* 2001;80:153-8

Asherson RA, Cervera R, Piette JC, Shoenfeld Y Ed. The antiphospholipid syndrome II. Autoimmune thrombosis. Elsevier (Amsterdam) 2002, 457 pages

Amoura Z, Combadière C, Faure S, Parisot C, Miyara M, Raphael D, et al. Roles of CCR2 and CXCR3 in the T cells-mediated response occurring during lupus flares. *Arthritis Rheum* 2003 ; 48 : 3487 – 16

Shoenfeld Y, Krause I, Kapvil F, Sulkes J, Lev S, Von Landenberg P, Font J, Zaech J, Cervera R, Piette JC. Prevalence and clinical correlations of antibodies against six beta 2 glycoprotein 1 related peptides in the antiphospholipid syndrome. *J Clin Immunol* 2003 ; 23 : 377 – 83

Asherson RA, Cervera R, Piette JC et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome. Clinical and Laboratory features of 50 patients. *Medicine* 1998 ; 77 : 195 – 207

Asherson RA, Cervera R, De Groot PG, Erkan D, Boffa MC, Piette JC et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome. : international consensus statement on classification criteria and treatment guidelines. *Lupus* 2003 ; 12 : 530 - 4

Llorente L, Richaud-Patin Y, Fior R, Alcocer-Varela J; Wijdenes J, Morel-Fourrier B, Galanaud P, Emilie D. In vivo production of interleukin-10 by non-T cells in rheumatoid arthritis, Sjögren's syndrome and systemic lupus erythematosus : a potential mechanism of B-lymphocyte hyperactivity and autoimmunity. *Arthritis Rheum*. 1994. 37 : 1647-1655

Llorente L, Garcia-Padilla C, Richaud-Patin Y, Claret E, Jakez-Ocampo J, Cardiel MH, Alcocer-Varela J, Granados J, Bahena S, Galanaud P, Emilie D. Dysregulation of Interleukin-10 production in relatives of patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1997, 40 : 1429-1435

Llorente L, Garcia-Padilla C, Richaud-Patin Y, Claret E, Jakez-Ocampo J, Cardiel MH, Alcocer-Varela J, Grangeot-Keros L, Wijdenes J, Alarcon-Segovia D, Galanaud P, Emilie E. Anti-interleukin-10 monoclonal antibody administration in systemic lupus erythematosus : an open pilot study. *Arthritis Rheum*. 2000, 43 : 1790-1800

Recherche sur le virus C.

Le virus C est au cœur des préoccupations de beaucoup d'Internistes comme ceux de Paris et de Toulouse qui collaborent dans le cadre du groupe GERMIVIC notamment sur sa place dans l'étiologie des cryoglobulinémies mixtes et l'individualisation d'authentiques périartérites noueuses secondaires à l'infection par VHC, justifiant une thérapeutique ciblée, et la fibrose hépatique secondaire à ce virus.

Cacoub P, Poynard T, Ghillani P, Charlotte F, Olivi M, Piette JC, Opolon P. Extrahepatic manifestations of chronic hepatitis C. *Arthritis Rheum* 1999, 42: 2204-2212

Cacoub P, Renou C, Rosenthal E, Cohen P, Loury I, Loustaud-Ratti V, Yamamoto AM, Camproux AC, Hausfater P, Musset L, Veyssier P, Raguin G, Piette JC. Extrahepatic manifestations associated with hepatitis C virus infection. A prospective multicenter study of 321 patients. *Medicine (Baltimore)* 2000, 79: 47-56

Cacoub P, Lidove O, Maisonobe T, Duhaut P, Thibault V, Ghillani P, Myers RP, Leger JM, Servan J, Piette JC. Interferon-alpha and ribavirin treatment in patients with hepatitis C virus-related systemic vasculitis. *Arthritis Rheum* 2002;46:3317-3326.

Alric L, Di-Martino V, Selves J, Cacoub P, Charlotte F, Reynaud D, Piette JC, Peron JM, Vinel JP, Durand D, Izopet J, Poynard T, Duffaut M, Rostaing L. Long-term impact of renal transplantation on liver fibrosis during hepatitis C virus infection. *Gastroenterology*. 2002; 123:1494-1499.

Boyer O, Saadoun D, Abriol J, Dodille M, Piette JC, Cacoub P, Klatzmann D. CD4+CD25+ regulatory T cells deficiency in patients with hepatitis C-mixed cryoglobulinemia vasculitis. *Blood* 2004;103:3428-30.

Myosites inflammatoires et répertoire des lymphocytes T.

L'équipe de Serge Herson et Patrick Chérin a développé une interface myologique et immunologique dont les publications décrivent les perturbations du répertoire T dans certaines myopathies inflammatoires, permettant d'opposer sur le plan physiopathologique les polymyosites et les dermatomyosites. D'autres équipes comme celles de Rouen et de Lille se sont également impliquées dans la recherche sur les myosites et en particulier leurs atteintes pulmonaires.

Benveniste O, Cherin P, Maisonobe T, Merat R, Chosidow O, Mouthon L, Guillemin L, Flahault A, Burland MC, Klatzmann D, Herson S, Boyer O.: Severe perturbations of the blood T cell repertoire in polymyositis, but not dermatomyositis patients *J Immunol* 2001 Sep 15;167(6):3521-9

I Marie, E Hachulla, P Cherin, S Dominique, PY Hatron, MF Hellot, B Devulder, S Herson, H Levesque, H Courtois: Interstitial lung disease in polymyositis and dermatomyositis. *Arthritis Rheum* 2002;47(6):514-22

Cherin P, Pelletier S, Teixeira A, Laforet P, Genereau T, Simon A et al. Results and long-term follow-up of intravenous immunoglobulin infusions in chronic refractory polymyositis : and open study with 35 adult patients. *Arthritis Rheum* 2002 ; 46 : 467 - 74

Benveniste O, Cherin P, Maisonobe T, Meret R, Chosidow O, Mouthon L et al. Severe perturbation of the blood T cell repertoire in polymyositis, but not dermatomyositis patients. *J Immunol* 2001 ; 167 : 3521 - 9

Fièvres périodiques.

L'équipe de Gilles Grateau a développé une interface clinico-génétique autour du thème des amyloses et fièvres périodiques, aboutissant à la description du gène de la fièvre méditerranéenne familiale. Ses travaux se développent dans la génétique des processus auto-inflammatoires, notamment du TRAPS (tumor necrosis factor receptor-associated periodic syndrome).

The French FMF Consortium. A candidate gene for familial Mediterranean fever. *Nat Genet* 1997;17:25-31.

Dupont M, Dross C, Smaoui N, Nedelec B, Grateau G, Clepet C, Gourdière I, Kone-Paut I, Delpech M, Demaille J, Touitou I. Genotypic diagnosis of familial Mediterranean fever (FMF) using new microsatellite markers: example of two extensive non-Ashkenazi Jewish pedigrees. *J Med Genet* 1997 May;34(5):375-81

Bernot A, da Silva C, Petit JL, Cruaud C, Caloustian C, Castet V, Ahmed-Arab M, Dross C, Dupont M, Cattani D, Smaoui N, Dode C, Pecheux C, Nedelec B, Medaxian J, Rozenbaum M, Rosner I, Delpech M, Grateau G, Demaille J, Weissenbach J, Touitou I. Non-founder mutations in the MEFV gene establish this gene as the cause of familial Mediterranean fever (FMF). *Hum Mol Genet* 1998 Aug;7(8):1317-25

Dode C, Andre M, Bienvenu T, Hausfater P, Pecheux C, Bienvenu J, Lecron JC, Reinert P, Cattani D, Piette JC, Szajnert MF, Delpech M, Grateau G. The enlarging clinical, genetic, and population spectrum of tumor necrosis factor receptor-associated periodic syndrome. *Arthritis Rheum* 2002;46:2181-8.

Dode C, Papo T, Fieschi C, Pecheux C, Dion E, Picard F, Godeau P, Bienvenu J, Piette JC, Delpech M, Grateau G. A novel missense mutation (C30S) in the gene encoding tumor necrosis factor receptor 1 linked to autosomal-dominant recurrent fever with localized myositis in a French family. *Arthritis Rheum*. 2000;43:1535-42.

Maladie de Behçet.

L'équipe de Bertrand Wechsler a développé une recherche clinique sur la maladie de Behçet et particulièrement les formes neurologiques ainsi que la prise en charge de ces malades difficiles.

B Wechsler, A Sbai, LT Du-Boutin, P Duhaut, D Dormont, JC Piette: Manifestations neurologiques de la maladie de Behçet *Rev Neurol (Paris)* 2002 Oct;158(10 Pt 1):926-33

Polychondrite atrophiante.

La série réunie par le groupe de Jean-Charles Piette a permis de préciser certains aspects cliniques et physiopathologiques de cette affection.

Hansson AS, Heinegard D, Piette JC, Burkhardt H, Holmdahl R. The occurrence of autoantibodies to matrilin 1 reflects a tissue-specific response to cartilage of the respiratory tract in patients with relapsing polychondritis. *Arthritis Rheum* 2001;44:2402-12.

Frances C, el Rassi R, Laporte JL, Rybojad M, Papo T, Piette JC. Dermatologic manifestations of relapsing polychondritis. A study of 200 cases at a single center. *Medicine (Baltimore)* 2001;80:173-9.

Papo T, Wechsler B, Bletry O, Piette AM, Godeau P, Piette JC. Pregnancy in relapsing polychondritis: twenty-five pregnancies in eleven patients. *Arthritis Rheum* 1997 ; 40:1245-9.

Maladies systémiques et grossesse.

L'équipe de la Pitié a développé une compétence particulièrement fructueuse, celle de la gestion des grossesses survenant chez des femmes atteintes de maladies chroniques et notamment les multi-systémiques auto-immunes qui posent des problèmes spécifiques dans cette période à risques.

B Wechsler: Grossesse et médecine interne: une nouvelle rubrique Rev Med Interne. 2002 Feb;23(2):121

Huong du LT, Wechsler B, Vauthier-Brouzes D, Duhaut P, Costedoat N, Lefebvre G, Piette JC. Importance of planning ovulation induction therapy in systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome: a single center retrospective study of 21 cases and 114 cycles. Semin Arthritis Rheum. 2002 Dec;32(3):174-88

Costedoat-Chalumeau N, Amoura Z, Duhaut P, Huong Du LT, Sebbough D, Wechsler B, Vauthier D, Denjoy I,

Lupoglazoff JM, Piette JC. Safety of hydroxychloroquine in pregnant patients with connective tissue diseases:

A study of one hundred thirty-three cases compared with a control group. Arthritis Rheum 2003;48:3207-11.

Costedoat-Chalumeau N, Amoura Z, Lupoglazoff JM, Huong Du LT, Denjoy I, Vauthier D, Sebbough D, Fain O, Ghillani P, Musset L, Wechsler B, Duhaut P, Piette JC. Outcome of pregnancy in patients with anti-SSA Antibodies : a prospective study of 152 pregnancies with special focus on children ECG and comparison to a control group. Arthritis Rheum (sous presse)

Endocardites et Maladie de Whipple.

L'équipe marseillaise de Pierre-Jean Weiller a développé avec Didier Raoult une interface clinico-bactériologique de pointe dans le domaine des endocardites à germes atypiques, aboutissant entre autres à la description originale d'infections cardiaques, à la première culture du germe de la maladie de Whipple. Cette équipe a développé aussi une ligne de recherche sur la fièvre Q. La maladie de Whipple intéresse aussi les auteurs lyonnais qui avec Hugues Rousset, Denis Vital Durand et la SNFMI ont colligé nombre de maladies de Whipple typiques ou atypiques en particulier neurologiques pour en montrer le nécessaire traitement antibiotique ultra-prolongé.

Raoult D, Birg ML, La Scola B, Fournier PE, Enea M, Lepidi H, Roux V, Piette JC, Vandenesch F, Vital-Durand D, Marrie TJ: Cultivation of the bacillus of Whipple's disease. N Engl J Med 2000 Mar 2;342(9):620-5

Raoult D, Tissot-Dupont H, Foucault C, Gouvenet J, Fournier PE, Bernit E, Stein A, Nesri M, Harle JR, Weiller PJ. : Q fever 1985-1998. Clinical and epidemiologic features of 1,383 infections. Medicine (Baltimore) 2000 Mar;79(2):109-23

Gerard A, Sarrot-Reynauld F, Liozon E, Cathebras P, Besson G, Robin C, Vighetto A, Mosnier JF, Durieu I, Vital Durand D, Rousset H.: Neurologic presentation of Whipple disease: report of 12 cases and review of the literature. Medicine (Baltimore) 2002 Nov;81(6):443-57

Mastocytoses et le groupe AFFIRM.

L'équipe autour d'Olivier Lortholary a suscité la formation d'un groupe de recherche (AFFIRM) et développé une recherche très active sur les mastocytoses systémiques, en particulier leur traitement.

Casassus P, Caillat-Vigneron N, Martin A, Simon J, Gallais V, Beaudry P, Eclache V, Laroche L, Lortholary P, Raphael M, Guillevin L, Lortholary O.: Treatment of adult systemic mastocytosis with interferon-alpha: results of a multicentre phase II trial on 20 patients. *Br J Haematol* 2002 Dec;119(4):1090-7

Amylose : Lille, Besançon.

Le groupe lillois autour d'Eric Hachulla a montré entre autres un intérêt vif pour l'amylose, son diagnostic, et plus fondamentalement sa genèse, son traitement et son suivi évolutif.

Ce travail clinique a débouché sur la production du composant P qui fait l'objet d'un dossier déposé à l'European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA) qui a obtenu le 10 janvier 2003 une désignation orpheline pour ce composant SAP (EU/3/03/134). L'obtention d'une telle désignation est la première étape d'une démarche d'AMM pour laquelle l'équipe travaille activement pour rassembler les fonds nécessaires à la poursuite de ce projet avec le développement d'une chaîne de fabrication et des essais cliniques de phase I et II. L'amylose est aussi au cœur des préoccupations de l'équipe de Besançon dont Nadine Magy, particulièrement les facteurs initiant la formation de dépôts amyloïdes.

E Hachulla, L Maulin, M Deveaux, T Facon, O Blétry, PH Vanhille et coll. Prospective and serial study of primary amyloidosis with serum amyloid P component scintigraphy : from diagnosis to prognosis. *Am J Med* 1996 ;101 :77-87.

Magy N, Liepnieks JJ, Benson MD, Kluge-Beckerman B. Amyloid-enhancing factor mediates amyloid formation on fibroblasts via a nidus/template mechanism. *Arthritis Rheum.* 2003 May;48(5):1430-7.

Fatigue chronique.

Ce sujet, à l'interface de la médecine et de la psychiatrie, concerne notamment Hugues Rousset et Pascal Cathébras qui ont inventé les consultations triangulaires médicopsychiatriques, une forme novatrice de prise en charge des symptômes médicalement inexpliqués. L'équipe de Paris Saint-Antoine aussi s'est impliquée dans ce domaine en montrant les biorhythmes du syndrome de fatigue chronique et ses difficultés thérapeutiques avant de travailler sur les marqueurs biologiques de cette mystérieuse maladie.

Cathebras P, Jacquin L, le Gal M, Fayol C, Bouchou K, Rousset H.: Correlates of somatic causal attributions in primary care patients with fatigue. *Psychother Psychosom* 1995;63(3-4):174-80

Tiev KP, Cabane J, Imbert JC.: Traitement de la fatigue chronique postinfectieuse : étude randomisée double aveugle de deux doses de sulbutiamine (400-600 mg/jour) versus placebo *Rev Med Interne*. 1999 Oct;20(10):912-8.

Tiev KP, Demettré E, Ercolano P, Bastide L, Lebleu B, Cabane J. RNase L levels in peripheral blood mononuclear cells: 37-kilodalton/83-kilodalton isoform ratio is a potential test for chronic fatigue syndrome. *Clin Diagn Lab Immunol*. 2003 Mar;10(2):315-6.

Drépanocytoses et Purpura thrombopénique immun.

Le groupe de Créteil autour de Bertrand Godeau a développé une ligne de recherche en hématologie non cancéreuse, incluant la drépanocytose et le purpura thrombopénique immunologique dont les traitements ont été codifiés et les complications mieux comprises notamment les embolies graisseuses pulmonaires des crises aiguës drépanocytaires.

Godeau B, Chevret S, Varet B, Lefrere F, Zini JM, Bassompierre F, Cheze S, Legouffe E, Hulin C, Grange MJ, Fain O, Bierling P, French ATIP Study Group. Intravenous immunoglobulin or high-dose methylprednisolone, with or without oral prednisone, for adults with untreated severe autoimmune thrombocytopenic purpura: a randomised, multicentre trial. *Lancet* 2002 ; 359 : 23 - 9

Godeau B, Bierling P. High dose dexamethasone as initial treatment of immune thrombocytopenic purpura. *N Engl J Med* 2003 ; 349 : 2267 – 8

V Perronne, M Roberts-Harewood, D Bachir, F Roudot-Thoraval, JM Delord, I Thuret, A Schaeffer, SC Davies, F Galacteros, B Godeau: Patterns of mortality in sickle cell disease in adults in France and England. *Hematol J* 2002;3(1):56-60

Malnutrition – Carences vitaminiques.

L'équipe de Michel Thomas et Olivier Fain a décrit le retour de maladies carencielles qu'on croyait disparues, notamment le scorbut, une donnée essentielle pour prendre en charge des patients en situation de précarité.

Fain O. Le retour des déficiences vitaminiques *Rev Med Interne* 2000 Nov;21(11):941-2

Fain O, Mathieu E, Thomas M: Scurvy in patients with cancer. *BMJ* 1998;316(7145):1661-2

Précarité et tuberculose.

La précarité a été largement abordée par les travaux pionniers de Jacques Lebas et Dominique Farge, qui ont montré l'intérêt médical et économique de structures de consultation gratuite avec dispensation de médicaments et d'aide sociale aux patients sans domicile fixe.

Poinsignon Y, Marjanovic Z, Bordon P, Georges C, Farge D : La résurgence de la tuberculose et de la précarité. *Rev Méd Interne* 1998 ; 9 : 649-57

Maladies de surcharge.

L'équipe autour de Nadia Belmatoug a développé une expertise en maladies lysosomales à l'âge adulte, notamment la maladie de Gaucher dont elle a décrit les résultats du traitement remplacement enzymatique. Plus globalement, le thème des maladies métaboliques à l'âge adulte est un domaine des maladies orphelines qui est un champ d'action privilégié des Internistes, à la suite des pédiatres.

Schaison G, Caubel I, Belmatoug N, Billette de Villemeur T, Saudubray JM. Résultats français du traitement de remplacement enzymatique dans la maladie de Gaucher. Bull Acad Natl Med 2002;186(5):851-61

Infection à VIH et cytokines.

Un nombre très important d'Internistes s'est impliqué avec intensité dans l'infection VIH, en particulier Delfraissy, Morlat, Galanaud, et d'autres collègues qui ont approfondi l'épidémiologie et la sensibilité au traitement, les modes de résistance, les traitements et les bonnes pratiques de prise en charge des patients. L'infection VIH est un cadre privilégié d'étude des molécules de communication intercellulaire qui sont d'un intérêt particulier pour les Internistes.

Msellati P, Dupon M, Morlat P, Lacoste D, Pellegrin JL, Dabis F. A cohort study of 89 HIV-1-infected adult patients contaminated by blood products: Bordeaux 1981-1989. Groupe d'Epidemiologie Clinique du SIDA en Aquitaine (GECSA). AIDS 1990;4:1105-9.

Morlat P, Marimoutou C, Dequae-Merchadou L, Pellegrin I, Mercie P, Neau D, Beylot J, Dabis F.

Dual nucleoside regimens in nonadvanced HIV infection: prospective follow-up of 130 patients, Aquitaine Cohort, 1996 to 1998. J Acquir Immune Defic Syndr 2000;23:255-60.

Bonnet F, Saves M, Morlat Ph, Droz C, Chene G, Peuchant E, Lacoste D, Salamon R, Beylot J: Correlation of soluble interleukin-2 and tumor necrosis factor type II receptors, with immunologic and virologic responses under HAART. J Clin Immunol 2002 ; 22 : 75 - 82

Lamotte O, Demoustier A, deGoer MG, Wallon C, Gasnault J, Goujard C, Delfraissy JF, Taoufik Y : Persistence of replication-competent HIV in both memory and naive CD4 T cell subsets in patients on prolonged and effective HHART. AIDS 2002;16 (16):2151-7

Delfraissy JF. Infection VIH en 2002 : progrès et limites. Rev Med Interne. 2002 Dec;23 Suppl 5:529s-531s

Boué F, Wallon C., Goujard C., Barre-Sinoussi F., Galanaud P, Delfraissy JF. HIV induces IL-6 production by human B lymphocytes. Role of IL-4. J Immunol, 1992, 148(12):3761-7.

Les granulomes malins centro-faciaux revisités.

Problème épineux par excellence, celui des multiples origines des granulomes détruisant le centre de la face a été abordé par une étude multicentrique de la SNFMI animée par Grange et Cabane. L'identification des granulomes centro-faciaux de cause

inconnue comme lymphomes malins a été une autre avancée majeure du même groupe dans ce domaine.

Grange C, Cabane J, Dubois A, Raphael M, Chomette G, Lamas G, Godeau P, Meyer B, Imbert JC. Centofacial malignant granulomas. Clinicopathologic study of 40 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1992 Jul;71(4):179-96.

J Cabane, M Raphael, G Lamas, D Mossalayi, A Dubois, G Chomette, P Godeau, C Marty-Double, JF Rossi : Origin of centofacial granulomas: surface markers and gene rearrangement of malignant cells. *Laryngoscope* 1992;102(4):472

Abcès aseptiques intra-abdominaux à Clermont-Ferrand.

Le thème des abcès aseptiques des organes extra-digestifs comme la peau, la rate, le cerveau, fait l'objet de recherches originales sous la houlette d'une équipe auvergnate : est-ce la maladie de Crohn ou une entité neutrophilique plus vaste ?

Andre M, Aumaitre O, Papo T, Kemeny JL, Vital-Durand D, Rousset H, Ninet J, Pointud P, Charlotte F, Godeau B, Schmidt J, Marcheix JC, Piette JC. Disseminated aseptic abscesses associated with Crohn's disease: a new entity? *Dig Dis Sci*. 1998 Feb;43(2):420-8

Thrombose et thrombophilie.

De nombreuses équipes de médecine interne sont impliquées dans le domaine de la thrombose avec notamment des recherches sur les thromboses veineuses des membres supérieurs, le diagnostic des thromboses veineuses des membres inférieurs, les facteurs de risque génétiques des coagulopathies, et les différentes causes de thrombophilie. Les Internistes sont également présents dans la recherche thérapeutique sur la thrombose comme par exemple sur la durée des traitements par antivitamines K avec le groupe de Laurent PINEDE et Jacques NINET. La collaboration des Internistes de Nancy autour de Denis Wahl avec l'équipe INSERM sur les nouvelles approches anti-thrombotiques a mené à des études très novatrices sur la thrombine, les anticoagulants et le syndrome des antiphospholipides. Il s'agit de travaux cognitifs mais aussi de découvertes ayant fait l'objet de brevets en vue d'innovations thérapeutiques. A l'opposé, l'hémophilie acquise auto-immune est l'objet d'une recherche clinique et thérapeutique avec le groupe SACHA.

E Héron, O Lozinguez, J Emmerich, F Jacq, JN Fiessinger. Long-term sequelae of spontaneous axillary-subclavian venous thrombosis. *Ann Intern Med* 1999; 131:510-3.

E Héron, O Lozinguez, M Alhenc Gelas, J Emmerich, JN Fiessinger. Hypercoagulable states in primary upper-extremity deep vein thrombosis. *Arch Intern Med* 2000 ; 160:382-6.

J Constans, ML Nelzy, R Salmi et al. Clinical prediction of lower limb deep vein thrombosis in symptomatic hospitalized patients. *Thrombosis Haemostasis* 2001, 86, 985-90

Quere I, Perneger TV, Zittoun J, Bellet H, Gris JC, Daures JP, Schved JF, Mercier E, Laroche JP, Dauzat M, Bounameaux H, Janbon C, de Moerloose P. Red blood cell methylfolate and plasma homocysteine as risk factors for venous thromboembolism: a matched case-control study. *Lancet*. 2002 Mar 2;359(9308):747-52

Pinede L, Ninet J, Duhaut P, Chabaud S, Demolombe-Rague S, Durieu I, Nony P, Sanson C, Boissel JP; Investigators of the "Duree Optimale du Traitement AntiVitamines K" (DOTAVK) Study. Comparison of 3 and 6 months of oral anticoagulant therapy after a first episode of proximal deep vein thrombosis or pulmonary embolism and comparison of 6 and 12 weeks of therapy after isolated calf deep vein thrombosis. *Circulation*. 2001 May 22;103(20):2453-60

Bossi P, Cabane J, Ninet J, Dhote R, Hanslik T, Chosidow O, Jouhan-Flahaut C, Horellou MH, Leynadier F, Liozon E, Pouchot J, Robin JP, Sanderson F, Schaeffer A, Sicard D, Staikowsky F, Wechsler B, Zittoun R: Acquired hemophilia due to factor VIII inhibitors in 34 patients. *Am J Med* 1998;105(5):400-408

H Levesque, JY Borg, P Bossi, J Goudemand, B Guillet, J Cabane : Hémophilie acquise : approche actuelle diagnostique et thérapeutique. *Rev Méd Interne* 2001 ; 22(9) : 854-866

DG Wähl, H Bounameaux, P de Moerloose, FP Sarasin : Prophylactic antithrombotic therapy for patients with systemic lupus erythematosus with or without antiphospholipid antibodies. Do the benefits outweigh the risks ? A decision analysis. *Ann Med Intern* 2000;160:2042-8

Rythmes biologiques : une nouvelle voie de recherche en pathologie.

Le thème des biorythmes et des retentissements de leurs modifications sur la santé est un domaine novateur qui a été développé par certains Internistes de Strasbourg. Il s'agit d'un outil d'analyse qui a pu être appliqué à d'autres pathologies d'intérêt en médecine interne comme la fatigue chronique ou le hoquet chronique.

Goichot B. Rythmes biologiques et pathologies humaines *Rev Med Interne*. 2001 Jun;22 Suppl 1:32s-36s
J. Cabane, M.C. Renaud, K.P. Tiev : The biorhythm of fatigue in chronic fatigue syndrome. *J CFS* 2000;110-116

WA Whitelaw, J.-P. Derenne, J. Cabane : Hiccups as a dynamical disease. *Chaos* 1995 ; 5 (1) : 14-17

Avancées en recherche vasculaire.

Les maladies vasculaires sont depuis longtemps un domaine où les Internistes sont impliqués, notamment ceux du Sud-Ouest parisien qui – au sein d'un ensemble fécond de travaux – ont fait avancer la connaissance dans des domaines aussi importants que l'hypertension et la rigidité artérielle, le diagnostic des phéochromocytomes.

H Safar, JJ Mourad, M Safar, J Blacher: Aortic pulse wave velocity, an independent marker of cardiovascular risk. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2002;95(12):115-1218

JJ Mourad, B Pannier, J Blacher, A Rudnicki, A Benetos, G London, ME Safar : Creatinine clearance, pulse wave velocity, carotid compliance, and essential hypertension. *Kidney Int* 2001;59(5):1834-1841

ME Safar, J Blacher, JJ Mourad, GM London : Stiffness of carotid artery wall material and blood pressure in humans : application to antihypertensive therapy and stroke prevention. *Stroke* 2000;31(3):782-790

E Héron, G Chatellier, E Billaud, E Foos, PF Plouin. The urinary metanephrin-to-creatinine ratio for the diagnosis of pheochromocytoma. *Ann Intern Med* 1996;125:300-3.

Groupe de recherche sur la sclérodermie.

C'est sous l'égide de la SNFMI qu'est né en 1996 le groupe de recherche français sur la sclérodermie qui a promu les recherches sur cette maladie, aussi bien sur les aspects épidémiologiques et immunologiques que cliniques, ses aspects digestifs et endothéliaux, sur les atteintes cérébrales avec calcifications ainsi que sur l'atteinte pulmonaire et l'HTAP, la distensibilité artérielle comme marqueur de la sclérodermie, les relations avec la vitamine C, les problèmes posés par la grossesse et le traitement des formes sévères par intensification chimiothérapeutique. Pour plus de détails sur le GFRS, voir le chapitre correspondant.

L Mouthon, P Garcia de la Pena Lefebvre, Y Chanseau, M Tamby, MCBouissier, L Guillevin : Pathogénie de la sclérodermie : aspects immunologiques *Ann Méd Interne* 2002 ;153(3) :167-178

I Marie, H Levesque, P Ducrotte, P Denis, J Benichou, MF Hellot, N Cailleux, X LeLoet, P Joly, P Lauret, H Courtois : Manometry of upper intestinal tract in patients with systemic sclerosis. A prospective study. *Arthritis Rheum* 1998;41(10):1874-83

I Marie, H Levesque, P Ducrotte, P Denis, MF Hellot, J Benichou, N Cailleux, H Courtois: Gastric involvement in systemic sclerosis: a prospective study *Am J Gastroenterol* 2001;96(1):77-83

I Marie, JL Beny: Endothelial dysfunction in murine model of systemic sclerosis: tight skin mice 1. *J Invest Dermatol* 2002;119(6):1379-87

E Héron, P Fornes, A Rance, J Emmerich, O Bayle, JN Fiessinger: Brain involvement in scleroderma: two autopsy cases. *Stroke* 1998;29:719-21.

E Héron, A Hernigou, G Chatellier, P Fornes, J Emmerich, JN Fiessinger: Intracerebral calcification in systemic sclerosis. *Stroke* 1999;30:2183-5.

M Remy-Jardin, J Remy, B Wallaert, D Bataille, PY Hatron: Pulmonary involvement in progressive systemic sclerosis: sequential evaluation with CT, pulmonary function tests, and bronchoalveolar lavage. *Radiology* 1993;188(2):499-506

D Launay, E Hachulla, PY Hatron, L Goullard, T Onimus, S Robin, AL Fauchais, V Queyrel, U Michon-Pasturel, M Hebbar, F Saulnier, B Devulder : Aerosolized iloprost in CREST syndrome related pulmonary hypertension. *J Rheumatol* 2001 ;28(10) :2252-2256

J Constans, P Gosse, JL Pellegrin et al. Alteration of arterial distensibility in systemic sclerosis. *J Intern Med* 1997, 241, 115-18

P Gosse, J Taillard, J Constans, on behalf of the ERAMS investigators: Evolution of ambulatory measurements of blood pressure and parameters of arterial stiffness over a 1-year period in patients with systemic sclerosis. *J Hum Hypertension* 2002;16:627-630

KP Tiev, G le Moël, V Neguin, M Iglarz, D Manene, M Ziani, N Cherubin, M Baret, J Cabane: Decrease of leukocyte ascorbic acid status in patients with systemic sclerosis in comparison with patients suffering from Raynaud's phenomenon and healthy volunteers. *Rheumatology* (sous presse)

M Rabhi, KP Tiev, T Genereau, J Cabane: Grossesse et sclérodermie *Ann Méd Interne* 2002 ; 153 (3) : 193-200

Farge D, Marolleau JR, Zohar S, Marjanovic Z, Cabane J, Mounier N, Hachulla E, Philippe P, Sibilia J, Rabian C, Chevret S, Gluckman E; Intensification et Autogreffe dans les Maladies Auto Immunes Resistantes (ISAMAIR) Study Group. Autologous bone marrow transplantation in the treatment of refractory systemic sclerosis: early results from a French multicentre phase I-II study. *Br J Haematol* 2002 Dec;119(3):726-39

Syndromes auto-immuns multiples et interface stress – maladies auto-immunes à Besançon.

L'auto-immunité fait partie des centres d'intérêt et de recherche des Internistes bisontins autour de Jean-Louis Dupond avec en particulier la mise au point de la classification des syndromes auto-immuns multiples et l'identification de l'influence des traits de personnalité sur les maladies auto-immunes. Cette équipe a aussi dans son portefeuille d'autres avancées originales sur des maladies orphelines plus rares (Ehlers Danlos, dysautonomies).

P Humbert, JL Dupond : Les syndromes auto-immuns multiples (S.A.M.) *Ann Med Interne* 1988;139 :159-168

DAVuitton, B de Wazières, JL Dupond : Psycho-immunologie : un modèle en question. *Rev Méd Interne* 1999 ;20 :934-46

Brest : cardiomyopathie du post partum ; maladies auto-immunes.

Les liens franco-africains ont permis à l'équipe de médecine interne de Brest autour d'Arnaud Cénac de faire progresser la connaissance sur les myocardiopathies du post-partum ; et c'est également à Brest qu'a lieu une recherche fructueuse sur les maladies auto-immunes.

Cenac A, Djibo A.: Postpartum cardiac failure in Sudanese-Sahelian Africa: clinical prevalence in western Niger. *Am J Trop Med Hyg.* 1998 Mar;58(3):319-23.

Saraux A, Jouquan J, Le Goff P, Youinou P, Levy Y, Piette JC, Guillevin L, Semana G, Salmon D, Viard JP, Bach JF, Shoenfeld Y.: Environmental factors may modulate antiphospholipid antibody production in family members of patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1999 May;42(5):1062-4.

Le tour de France du Horton.

L'artérite à cellules géantes ou maladie de Horton fait partie des maladies vedettes sur lesquelles beaucoup de travaux ont été menés. L'équipe nantaise autour de JH Barrier et celle de Limoges avec les Liozon, soutenus par la SNFMI ont développé une dynamique de recherche épidémiologique, cognitive clinique et thérapeutique sur la maladie de Horton, identifiant par exemple le rôle de la thrombocytose comme facteur de risque de thrombose, et des cytokines. Des recherches intensives ont eu lieu

aussi sous la direction de Pierre Duhaut, initialement à Lyon puis à Amiens notamment en épidémiologie et virologie à la recherche de l'agent viral coupable, peut-être un virus parainfluenzae. Des découvertes ont été faites sur les enzymes dégradant la media des artères temporales.

Chevalet P, Barrier JH, Pottier P, Magadur-Joly G, Pottier MA, Hamidou M, Planchon B, El Kouri D, Connan L, Dupond JL, De Wazieres B, Dien G, Duhamel E, Grosbois B, Jego P, Le Strat A, Capdeville J, Letellier P, Agron L. : A randomized, multicenter, controlled trial using intravenous pulses of methylprednisolone in the initial treatment of simple forms of giant cell arteritis: a one year followup study of 164 patients. *J Rheumatol.* 2000 Jun;27(6):1484-91.

Liozon E, Loustaud V, Ly K, Vidal E.: Association between infection and onset of giant cell arteritis: can seasonal patterns provide the answer? *J Rheumatol.* 2001 May;28(5):1197-8.

Liozon F, Vidal E, Barrier J.: Does dapsone have a role in the treatment of temporal arteritis with regard to efficacy and toxicity? *Clin Exp Rheumatol.* 1993 Nov-Dec;11(6):694-5.

Liozon E, Herrmann F, Ly K, Robert PY, Loustaud V, Soria P, Vidal E.: Risk factors for visual loss in giant cell (temporal) arteritis: a prospective study of 174 patients. *Am J Med.* 2001 Aug 15;111(3):211-7.

D Emilie, E Liozon, MC Crevon, C Lavignac, A Portier, F Liozon, P Galanaud: Production of interleukin 6 by granulomas of giant cell arteritis *Hum Immunol* 1994;39(1):17-24

E Liozon, F Boutros-Toni, K Ly, V Loustaud Ratti, P Soria, E Vidal: Silent, or masked, giant cell arteritis is associated with a strong inflammatory response and a benign short term course. *J Rheumatol* 2003;30(6):1272-6

Duhaut P, Bosshard S, Dumontet C. Giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: role of viral infections. *Clin Exp Rheumatol.* 2000 Jul-Aug;18(4 Suppl 20):S22-3

T Généreau, N Peyri, M Berard, P Cherin, J Cabane, P LeHoang, L Guillevin, S Herson, MC Boffa : Human neutrophil elastase in temporal (giant cell)arteritis : plasma and immunohistochemical studies. *J Rheumatol* 1998 ;25(4) :710-713

Duhaut P, Pinede L, Demolombe-Rague S, Loire S, Seydoux D, Ninet J, Pasquier P : Giant cell arteritis and cardiovascular risk factors : GRACG. *Arthritis Rheum* 1998 ; 41 : 196 – 205

Duhaut P, Berruyer M, Pinede L, Demolombe-Rague S, Loire R, Seydoux D et al. Anticardiolipin antibodies giant cell arteritis : a prospective multicenter case control study. *GRACG. Arthritis Rheum* 1998 ; 41 : 701 - 9

Vitamine B12 et thyroïde en Alsace.

Jean-Louis Schlienger fait partie de ceux qui ont un tropisme particulier, quoique non exclusif, vers les dysthyroïdies et les carences en vitamine B12 particulières aux sujets âgés.

Andres E, Kaltenbach G, Noel E, Noblet-Dick M, Perrin AE, Vogel T, Schlienger JL, Berthel M, Blickle JF. Efficacy of short-term oral cobalamin therapy for the treatment of cobalamin deficiencies related to food-cobalamin malabsorption: A study of 30 patients. *Clin Lab Haematol.* 2003 Jun;25(3):161-166.

Immuno-allergologie.

L'École de Médecine Interne et d'Immuno-allergologie de Nancy, animée par les Professeurs Denise Moneret-Vautrin et Gisèle Kanny, a ouvert les yeux de la communauté médicale sur l'impact majeur en termes de santé publique des maladies allergiques, ce qui a valu à leurs auteurs une reconnaissance internationale en particulier dans les domaines de l'allergie médicamenteuse avec un accent pour les produits anesthésiques et les curares. Leur contribution à la connaissance et reconnaissance de l'allergie alimentaire a permis de cerner l'importance croissante du risque dans la population, d'éclairer le mécanisme de la réaction allergique ou anaphylactique et d'apporter une aide au diagnostic, à la prise en charge thérapeutique, préventive et curative, en particulier dans le domaine des nouveaux allergènes comme le sésame, le lupin et les organismes génétiquement modifiés.

Moneret-Vautrin DA, Kanny G, Gueant JL, Widmer S, Laxenaire MC. Prevention by monovalent haptens of IgE-dependant leucocyte histamine release to muscle relaxants. *Int Arch Allergy Immunol* 1995 ; 107 : 172-175

Kanny G, Moneret-Vautrin DA, Flabbee, Beaudoin E, Morisset M, Thevenin F. A population study of food allergy in France. *J Allergy Clin Immunol* 2001 ; 108 : 133-40

Moneret-Vautrin DA, Rance F, Kanny G, Olsewski A, Gueant JL, Dutau G, Guerin L; Food allergy to peanuts in France. Evaluation of 142 observations. *Clin Exp Allergy*, 1998 ; 28 : 113 – 9

Kanny G, de Hauteclouque C, Moneret-Vautrin DA. Sesame seed and sesame oil contain masked allergens of growing importance. *Allergy* 1996 ; 51 : 952 – 957

Moneret-Vautrin DA, Guerin L, Kanny G, Flabbee J, Fremont S, Morisset M. Cross-allergenicity of peanut and lupin : the risk of lupin allergy in patients allergic to peanuts. *J Allergy Immunol* 2003 ; 111 (4), 897-9

Education des patients pour l'observance du traitement anti-VIH à Nice.

L'équipe niçoise autour de JG Fuzibet a développé des progrès de recherche à l'interface hématologie – médecine interne et aussi VIH – médecine interne dans le domaine très difficile de l'éducation des malades en vue d'améliorer l'observance des traitements.

Pradier C, Bentz L, Spire B, Tourette-Turgis C, Morin M, Souville M, Rebillon M, Fuzibet JG, Pesce A, Dellamonica P, Moatti JP. Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study. *HIV Clin Trials*. 2003 Mar-Apr;4(2):121-31.

Nouvelles causes d'œdèmes angioneurotiques.

A côté des classiques œdèmes angioneurotiques héréditaires, l'équipe de Grenoble autour de Christian Massot a identifié des formes imputables aux contraceptifs et proposé des solutions. La SNFMI participe à ces recherches.

Bouillet L, Ponard D, Drouet C, Jullien D, Massot C. Angioedema and oral contraception. *Dermatology*. 2003;206(2):106-9.

Avancées sur les histiocytoses en collaboration avec les pédiatres.

Maladies complexes autour de cellules protéiformes en mouvement à travers la majorité des tissus humains, les histiocytoses sont un domaine de quête et de communication avec les pédiatres qui voient de nombreux cas chez l'enfant et collaborent de plus en plus avec les Internistes dans le cadre d'un groupe de recherche spécifique.

Weinmann P, Crestani B, Tazi A, Genereau T, Mal H, Aubier M, Valeyre D, Moretti JL, Le Guludec D, Lebtahi R. ¹¹¹In-pentetreotide scintigraphy in patients with Langerhans' cell histiocytosis. *J Nucl Med*. 2000 Nov;41(11):1808-12.

Avancées dans le syndrome de Gougerot-Sjögren.

Le syndrome de Gougerot-Sjögren, la connectivite la plus fréquente, a fait l'objet de travaux de plusieurs équipes Internistes notamment dans l'étude du devenir de ses signes cliniques, biologiques et histologiques à moyen terme, de ses atteintes cérébrales, de ses complications originales.

Wattiaux MJ, Ginsburg C, Giral P, Bennani M, Bigel P, Wioland M, Cabane J, Wattiaux MJ : Syndrome de Gougerot Sjögren primaire : Evolution spontanée sur 1 an des signes cliniques, biologiques et histologiques. *Presse Méd* 1995 ;24(21) :983-986

I. Guillevin: Atteinte du système nerveux central dans le syndrome de Gougerot-Sjögren *Rev Méd Interne* 1998 ;19 suppl1 :35S-38S

J de Sèze, Stojkovic T, Hachulla E, Breteau G, Michon-Pasturel U, Mounier-Vehier F, Hatron PY, Vermersch P : Association myélopathie-syndrome de Sjögren : analyse des signes cliniques et radiologiques et évolution clinique. *Rev Neurol (Paris)* 2001 ;157 (6-7) :669-678


M Lambert, M Hebbar, N Viçet, PY Hatron, E Hachulla, B Devulder : Bronchiolite oblitérante avec pneumonie organisée (BOOP) : une rare complication du syndrome de Gougerot – Sjögren. *Rev Méd Interne* 2000 ; 21(1) :74-77

Conclusion : mission impossible.

Evidemment voilà un panorama bien incomplet, mais l'exhaustivité est hors d'atteinte : il s'agissait de donner en une centaine de références un aperçu "impressionniste" de la diversité et de la qualité des travaux par lesquels la spécialité de médecine interne fait avancer la connaissance en sciences humaines.

Les thèmes horizontaux, les interfaces, les maladies orphelines et multi-systémiques sont bien entendu des domaines d'expression privilégiée des Internistes, mais il n'y a là aucune exclusive. L'investissement dans les nouvelles maladies comme le SIDA, la précarité, montre bien aussi l'ouverture d'esprit et l'investissement des problèmes de santé publique qui sont des caractéristiques de la spécialité. L'Interniste ne se complaît pas obligatoirement dans les maladies rares et s'investit aussi bien dans l'hypertension artérielle ou d'autres grands problèmes courants.

Le lecteur est encouragé à approfondir selon ses goûts ou centres d'intérêt les références des auteurs sus-cités : il découvrira que nous avons fait une sélection sévère. L'auteur exprime ses regrets renouvelés à tous ceux qui n'ont pu voir ici leurs travaux cités en partie ou en totalité, mais à titre d'excuse il avoue avoir réduit l'exposé des travaux de sa propre équipe au strict minimum. Il fallait faire des choix, et on a fait celui de tenter de faire un tour de France des travaux de recherche Internistes : forcément la Grande Boucle ne peut faire un détour par toutes les villes, même avec la meilleure bonne volonté du monde. Les jours et les nuits de toute une année n'y suffiraient pas, et après des millions de coups de pédale personne n'irait au bout.



**Les groupes
d'étude
et de recherche
en médecine
interne**

Groupe d'étude des **vascularites** **systemiques**

S'il est un domaine où la Médecine Interne a su faire preuve d'initiative et engrangé le résultat de ses efforts, c'est bien celui de la prise en charge des vascularites systémiques. Lorsque nous avons fondé un groupe de réflexion sur le traitement des vascularites systémiques, les démarches prospectives de ce type n'étaient pas la règle, loin s'en faut. L'aventure a commencé en 1980 par la brève présentation d'un protocole lors d'un congrès de Médecine Interne qui avait lieu à Créteil. A cette époque, j'avais souhaité comparer un groupe de patients atteints de périartérite noueuse ou de syndrome de Churg et Strauss traités par corticoïdes, échanges plasmatiques et Cyclophosphamide et un groupe ne recevant pas de Cyclophosphamide. L'intérêt suscité fut grand et ce protocole a donné lieu à une première publication internationale 12 ans plus tard ! C'était long mais c'est souvent le prix d'une recherche clinique de qualité qui ne se contente pas de résultats à court terme mais analyse en profondeur l'impact du traitement d'une maladie. Dès le début de 1981, le groupe s'est structuré et regroupe aujourd'hui plus de 150 investigateurs pour la majorité français mais aussi étrangers (Belgique, Grande-Bretagne). Les investigateurs sont pour la majorité d'entre eux, des médecins Internistes de CHU, d'hôpitaux généraux mais aussi de nombreux spécialistes rhumatologues, pneumologues, infectiologues, néphrologues, etc. Au cours des 20 dernières années, le GFEV a évalué le traitement de très nombreuses vascularites, toujours à partir de protocoles prospectifs, randomisés pour la majorité d'entre eux. Nous avons successivement évalué les indications du Cyclophosphamide par voie orale puis celle du Cyclophosphamide par voie intra-veineuse dans la périartérite noueuse et le syndrome de Churg et Strauss. La même démarche a été entreprise

pour la granulomatose de Wegener montrant ainsi que le Cyclophosphamide administré par une IV était utile pour obtenir la mise en rémission des patients mais ne permettait en aucun cas, de maintenir une rémission prolongée. Plus récemment, nous avons étudié la durée optimale du traitement par le CYCLOPHOSPHAMIDE et avons mis en place divers protocoles stratifiant l'intensité du traitement en fonction de la gravité de la maladie. Ceci a été possible car le GFEV a pu établir les critères de sévérité d'un certain nombre de vascularites nécrosantes systémiques et créer un score qui est aujourd'hui adopté par l'ensemble de la communauté médicale internationale. Ce score de gravité, simple d'emploi, permet de prédire le pronostic de la maladie dès la première consultation et a donc permis de développer des stratégies de "riposte thérapeutique graduée".

Les protocoles de traitement de la périartérite noueuse due au virus de l'hépatite B ont été un des succès du GFEV. Autrefois, cette forme clinique de la maladie était traitée comme les formes non virales. Ce n'est qu'à la fin des années 70 que Christian TREPO a montré la responsabilité du virus puis a suggéré l'efficacité des antiviraux et, ensemble, nous avons pu établir un premier protocole qui a transformé le cours évolutif de cette forme de la maladie. En effet, avec une stratégie employant courte corticothérapie, échanges plasmatiques et antiviraux spécifiques, les trois quarts des malades ont pu être guéris en deux mois environ. Le taux de rechute était faible et la mortalité réduite. Depuis, ce traitement a été optimisé et a bénéficié des apports de la pharmacopée antivirale. La Lamivudine, l'Interféron Alpha, l'Adénovir ainsi que les stratégies d'association, sont aujourd'hui au cœur des stratégies de traitements.

Aujourd'hui, le GFEV poursuit son action, en étendant son domaine à des vascularites longtemps négligées. Après la périartérite noueuse et le syndrome de Churg et Strauss, nous avons étudié le traitement de la granulomatose de Wegener, celui de la polyangéite microscopique, des cryoglobulinémies dues au virus de l'hépatite C montrant il y a plus de 10 ans, que l'Interféron associé aux échanges plasmatiques, avait un intérêt dans la prise en charge thérapeutique mais ne prévenait malheureusement pas les rechutes très habituelles dans cette maladie. Aujourd'hui, nous mettons au point des nouveaux protocoles s'adressant à des groupes de patients plus ciblés, notamment les sujets âgés de plus de 75 ans qui sont classiquement exclus de la plupart des essais thérapeutiques, alors que le vieillissement de la population plaide au contraire, pour qu'une stratégie de traitement soit adaptée à cette tranche d'âge. L'artérite à cellules géantes fait aussi l'objet de nos programmes de développement.

Le groupe essaie aussi d'établir les critères diagnostiques de la périartérite noueuse, réfléchit à la nosologie des vascularites nécrosantes et à la place respective qu'il faut accorder à certains symptômes biologiques : positivité des sérologies virales, présence d'une cryoglobulinémie, etc.

Les moyens de la recherche : toute recherche clinique a un coût et celui-ci est difficilement chiffrable. Lorsque nous avons débuté, aucun moyen n'était dévolu à la recherche clinique qui ne recevait pas, dans notre pays, l'attention qu'elle méritait contrairement à ce qui se passait dans les pays anglo-saxons. Les choses ont évolué même si les moyens sont faibles alors que la tâche est difficile. La mise en place de la loi Huriet nous a obligés à faire entrer les patients dans des cadres protocolaires mieux contrôlés qu'autrefois et cette difficulté nouvelle a généré plus de rigueur dans la conception des protocoles et suscité une meilleure réflexion autour des questions posées, ce qui nous a permis d'obtenir des résultats qui font indiscutablement autorité. L'appel systématique, tous les ans ou tous les deux ans, aux crédits publics pour chaque nouvelle étude, est essentiel au fonctionnement du groupe, permettant ainsi de rémunérer un attaché de recherche clinique, un peu de secrétariat et surtout de payer les molécules coûteuses qui font l'objet de nos études actuelles. Depuis 1980, le groupe a été soutenu par un contrat de recherche externe de l'INSERM, deux réseaux INSERM, deux PHRC, plusieurs promotions et financements émanant de l'AP-HP de Paris, des promotions venant également des Hospices Civils de Lyon et de Lille. Actuellement, le GFEV reçoit une subvention du GIS "Maladies Rares" et d'une UPRES (EA 34 09) et d'un PHRC et d'un contrat AP-HP. Quelques dons de patients contribuent également au fonctionnement du groupe.

Au plan international, l'impact du GFEV est important. Il est aujourd'hui un acteur majeur de la recherche dans le domaine des vascularites nécrosantes et les résultats de protocoles que nous publions sont regardés avec la plus grande attention et font autorité. Un certain nombre de sociétés nationales et internationales s'intéressent au fonctionnement de ce groupe. A plusieurs reprises, il nous a été demandé de faire des conférences pour présenter les résultats de nos travaux mais aussi, pour expliquer le schéma d'organisation que nous avons mis en place pour obtenir autant d'investigateurs et autant de patients dans les protocoles coopératifs. La réponse sur ce plan est généralement décevante pour nos collègues étrangers car, si les fonds que nous obtenons permettent le financement des molécules, des cahiers de recueil de données, de quelques frais de bureautique et de secrétariat, ils

ne rémunèrent malheureusement pas le temps passé par les investigateurs qui sont tous bénévoles et qui participent au protocole du GFEV pour des raisons essentiellement amicales, avec la volonté de faire avancer la recherche clinique.

La cohérence de projets qui se complètent au fil des années est également appréciée. Le GFEV est toujours resté éloigné "d'études rapides" répondant à des questions d'intérêt ponctuel et immédiat.

Quels sont les travaux actuellement en cours ?

– Le GFEV participe aux travaux de l'European Vasculitis Study Group et de l'International Vasculitis Study Group. A ce titre, nous relayons un certain nombre de protocoles internationaux. Actuellement, nous évaluons l'indication du mycophénolate mofetil en traitement d'entretien des vascularites associées aux ANCA. Nous évaluons également la durée optimale de traitement des vascularites ANCA positifs.

– Le GFEV propose pour sa part un protocole testant les immunoglobulines (IGANCA) dans les vascularites nécrosantes ANCA positifs en rechute puis envisage de débiter un protocole testant l'indication des anti-TNF dans les formes échappant aux thérapeutiques conventionnelles. Un protocole d'épargne cortisonique est également en place. Les études sur l'athéromatose induite par la corticothérapie et les maladies en cause, sur les nouveaux critères pronostiques sont également en cours.

– Plus récemment, le GFEV a entrepris d'apporter son soutien et de collaborer à un certain nombre d'études plus fondamentales et a participé ou participe à plusieurs travaux visant notamment à évaluer le rôle des ANCA et des anticorps anticellule endothéliale et de rechercher des agents pathogènes responsables des vascularites...

Après 20 ans d'existence, le GFEV a montré à quel point une initiative organisée autour d'une maladie ou d'un groupe de maladies permet de développer une recherche clinique de qualité. Le GFEV reste aujourd'hui la seule structure au monde susceptible de réaliser des études cognitives sur les vascularites nécrosantes et de mettre en place de larges essais thérapeutiques prospectifs.

Groupe d'Etude et de Recherche sur les **Maladies Musculaires Acquises et Dysimmunitaires** le GERMMAD

Le GERMMAD (Groupe d'Etude et de Recherche sur les Maladies Musculaires Acquises et Dysimmunitaires) a été créé en 1997 sur proposition de l'AFM. Il a pour buts :

1°) La constitution d'un réseau national sur les maladies inflammatoires du muscle, dans une perspective de soins et de recherche, par une collaboration multidisciplinaire.

2°) La création, si besoin est, de réseaux régionaux à partir du comité national.

3°) La promotion, aide ou élaboration de protocoles de recherche et d'études multicentriques, dans différents domaines : clinique, fondamental, épidémiologique et thérapeutique dans le domaine des pathologies musculaires inflammatoires.

4°) Le développement d'un partenariat avec d'autres organismes de recherche.

Les pathologies concernées sont : les maladies musculaires acquises et dysimmunitaires : notamment polymyosite, dermatomyosite, myosite à inclusions, myosites granulomateuses, myosites au cours des connectivites... Les Internistes, à l'origine du GERMMAD, constituent le noyau central du GERMMAD.

Depuis sa création, le GERMMAD a permis l'élaboration de multiples protocoles multicentriques de recherche épidémiologique, clinique ou fondamentale dans le domaine des myopathies inflammatoires, à l'origine de plusieurs publications internationales annuelles.

Groupe de recherche sur la **Sclérodermie**

La sclérodermie est une maladie orpheline, caractérisée par un durcissement de la peau touchant quelques dizaines de patients pour 100.000 habitants, qui occupe une place particulière car :

- c'est une maladie impliquant les microvaisseaux, le système immunitaire et les fibroblastes de la peau, dont le caractère multi-systémique est bien marqué par le fait qu'elle est capable (dans ses formes systémiques) de toucher non seulement la peau mais aussi le tube digestif, les poumons, le cœur, les reins et d'autres organes ;

- c'est une maladie dont la compréhension physiopathologique est très incomplète et qui n'a donc pas de traitement efficace reconnu. Les tentatives de traitements immuno-suppresseurs et immuno-modulateurs divers, les vasodilatateurs et antifibrosants sont peu efficaces et les seules thérapeutiques actuellement bien reconnues sont les traitements symptomatiques des conséquences de la maladie ;

- c'est une maladie chronique dont les malades se sont groupés depuis 1992 en une association (Association des Sclérodermiques de France, ASF) très dynamique et bien organisée en délégations régionales dont l'objectif est non seulement de soutenir psychologiquement les malades et leur famille, mais aussi de faire des actions de sensibilisation et de recueil de fonds pour lutter contre la maladie.

Contact avec l'association des malades et travail en commun.

Ayant rencontré la présidente de l'ASF, un groupe d'Internistes, dermatologues et angiologues, a débuté un travail coopératif en 1993 pour fonder un conseil scientifique au service de l'ASF afin de conseiller et de guider les responsables de l'association dans les actions de communication et de recherche qu'elle soutenait. Les médecins ont participé aux réunions de l'association et noué des liens de partenariat avec l'ASF, aboutissant à de multiples actions dont des collectes d'échantillons de sang pour études scientifiques, des enquêtes, la mise en place d'une bibliothèque, des examens capillaroscopiques proposés aux patients assistant aux assemblées générales de l'ASF, des biopsies de peau, etc. La suite logique était l'éducation de

l'ASF dans le domaine de la recherche scientifique et les médecins y ont collaboré largement par des articles de journal, des exposés, des documents, des plaquettes d'information, etc. de façon à faire connaître les règles de bonne pratique de recherche à l'ASF. Les membres du conseil d'administration et la présidente, convaincus de l'intérêt de la recherche, ont donc poussé logiquement les médecins à fonder un groupe médical de recherche en 1996.

Groupe Français de Recherche sur la Sclérodermie (GFRS).

Le GFRS est donc né en 1996 sous l'égide de la SNFMI avec l'aval bienveillant des différentes sociétés savantes concernées (angiologie, microcirculation, dermatologie, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, neurologie, néphrologie, rhumatologie), et avec pour objectif premier de mettre sur pied une réunion annuelle pour mettre en commun les données de recherche les plus récentes sur la maladie, et promouvoir la recherche. Cette action a été facilitée par la mise à disposition d'une salle de réunion de grande qualité qui se renouvelle depuis annuellement. Un rythme annuel de réunion d'automne a été maintenu depuis. Il correspond bien au tempo des découvertes fondamentales et cliniques dans ce domaine. D'emblée le programme mêlait des exposés magistraux et des communications de recherche fondamentale et recherche clinique avec une bourse aux protocoles et un compte-rendu de la réunion de l'American College of Rheumatology (ACR) qui est une des instances de référence outre Atlantique et qui se tient généralement un mois avant. Cette formule perdure et se développe, passant d'une demi à une journée. Le nombre et la qualité des communications augmentent régulièrement, de même que les protocoles proposés. Le fait que la sclérodermie attire des financements dans le cadre du PHRC et qu'elle soit un thème de congrès Interniste français (Grenoble 12/2003) et européen (Paris, 2005) témoigne de l'intérêt sur cette maladie qu'a su faire naître le GFRS.

Actions du GFRS.

Le GFRS comporte un bureau de 15 membres, issus des différentes spécialités, concernés par la maladie, de Paris et de province, qui se réunit trimestriellement dans une salle hospitalière prêtée gracieusement dans un service de médecine interne, et édite des comptes-rendus de travail. S'agissant d'un travail sur une maladie orpheline, c'est évidemment une activité bénévole. Les membres du bureau se déplacent sur leurs fonds propres et le secrétariat est assuré bénévolement par deux personnes. Une association loi de 1901 de service sert à collecter les inscriptions à

la journée annuelle et à défrayer les étrangers invités (le bilan financier est légèrement déficitaire). L'écriture collective de numéros thématiques de revues de formation médicale (Revue du Praticien, octobre 2002), la discussion de protocoles de recherche, la sélection de projets et leur classement pour recommandation pour financement par l'ASF, la mise sur pied de la réunion annuelle d'automne avec invitation de leaders, la participation à des journées d'information des médecins et du grand public font partie depuis 1999 des actions de routine du GFRS. Les progrès des moyens de communication informatique et notamment le fax et l'internet ont beaucoup facilité cette action.

En 2000, une jeune interne rouennaise a présenté un projet de recherche sur l'endothélium des aortes de souris tsk-1 (un modèle de sclérodermie) en demandant un financement d'un an plein temps pour mener à bien ce protocole dans un laboratoire de Genève. Séduit par le projet, le GFRS a œuvré de façon à lui obtenir de la part de l'ASF une bourse annuelle de 120 000 F, et avec un complément obtenu par l'institut Vasa l'affaire a pu être un succès. Sur la lancée, le GFRS a sollicité et obtenu d'un laboratoire et d'une mutuelle d'assurances à partir de 2002 l'attribution de deux bourses de recherche, respectivement de 7 000 et 22 000 euros pour d'autres jeunes chercheurs travaillant sur la sclérodermie. Parallèlement, les protocoles financés par l'ASF sur audit par le bureau du GFRS se sont multipliés, atteignant en 2002 douze projets pour un total de plus de 50 000 euros.

Partenariat avec un laboratoire naissant.

Adapté à cette maladie orpheline et profitant du cadre légal français et européen spécifique est né le laboratoire Actelion dont le produit essentiel a démontré son efficacité dans l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), complication classique de la sclérodermie. Le GFRS a donc naturellement noué des liens de travail avec Actelion pour mener des actions de communication et de recherche sur l'HTAP et la sclérodermie (information, enquête sur les médecins concernés par la maladie, établissement d'un annuaire national, description des pratiques de dépistage, épidémiologie, traitement des lésions digitales et pulmonaires). Ces actions ont été des succès. Actelion est devenu un partenaire régulier des congrès nationaux de la SNFMI.

Liaison avec les structures européennes et internationales.

Le GFRS monte un outil de communication par internet (site web : sclérodermie.net) qui a pour objectif de promouvoir l'information et la recherche sur la maladie. Cette action qui est soutenue concrètement par la SNFMI prend depuis 2003 une

dimension européenne. Les membres du GFRS ont en effet participé à la fondation d'un groupe de recherche européen (EUSTAR) sur la sclérodémie et participent à la mise sur pied d'un réseau internet européen sur la sclérodémie.

Conclusion.

L'exemple de la sclérodémie montre comment un groupe peut monter une dynamique de communication et de recherche collective où le travail fourni bénévolement rapporte, à ceux qui s'investissent, un outil de travail transversal d'une puissance proportionnelle à la motivation des participants. L'existence d'une structure associative partenaire, l'ASF, très volontaire et dynamique, a été indiscutablement décisive dans ce succès.

Les autres facteurs de réussite ont été la position bienveillante des sociétés savantes dont la SNFMI (qui a joué un rôle initiateur et prend progressivement une part plus active dont on peut se réjouir), l'enthousiasme des médecins fondateurs, la participation des équipes hospitalières et le soutien des malades et de leur famille. La satisfaction de voir les progrès d'une structure légère transversale animée par les Internistes n'est pas le moindre des stimulants pour développer son champ d'action.

Groupe d'Étude et de Recherche en **Médecine Interne** **et maladies infectieuses** **sur le Virus de l'hépatite C** GERMIVIC

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est apparue au début des années 1990 comme un problème majeur de santé publique. En 1998, un groupe de recherche spécifiquement tourné vers les pathologies liées au VHC a été créé : le GERMIVIC (Groupe d'Étude et de Recherche en Médecine Interne et Maladies Infectieuses sur le Virus de l'Hépatite C) qui a mis en place plusieurs groupes de travail :

Un groupe "épidémiologie" qui a permis de préciser le profil des patients infectés par le VHC, d'en analyser les modalités évolutives et de préciser les modes de contamination du virus chez les patients non infectés par le VIH, non transfusés, non toxicomanes.

Un groupe "manifestations extra-hépatiques" qui a permis d'identifier la grande fréquence des atteintes cliniques extra-hépatiques (arthralgies, myalgies, paresthésies, syndrome sec, fatigue) présentes chez plus de la moitié des patients, ainsi que la fréquence de la production de certains auto-anticorps (cryoglobulinémies, anticorps anti-nucléaires, anticardiolipine, anti-muscle lisse et anti-thyroïdiens) retrouvés chez 70% de patients. Ce groupe a également étudié les liens possibles entre infection par le VHC et lymphoprolifération maligne, estimés à 2,5%.

Un groupe "co-infection VIH – VHC" a mis en œuvre une étude thérapeutique majeure, promue par l'ANRS visant à comparer chez les malades traités par RIBAVIRINE 800 mg/jour, l'INTERFERON alpha 2b standard (3 millions d'unités trois fois par semaine) et l'INTERFERON alpha 2b pégylé (1 µg/kg/semaine). Cette étude a inclus 430 malades et était toujours activée au moment de la mise de cet article sous presse.

Ce groupe a également permis de définir le taux et les causes de mortalité des patients co-infectés après introduction des thérapeutiques anti-VIH modernes mais a montré une diminution majeure du nombre total de décès, du nombre de décès liés au SIDA, alors que parallèlement les décès rapportés à une maladie hépatique terminale augmentaient.

Projets de recherche

Le GERMIVIC a projeté d'assurer le suivi à long terme de la cohorte des patients ayant terminé le programme thérapeutique et d'étudier en biologie moléculaire les différentes souches virales VHC en fonction des modes de contamination et enfin d'analyser la performance des marqueurs biochimiques de fibrose hépatique (Fibrotest*, Actitest*) comparés aux données de la biopsie hépatique chez les patients mono-infectés VHC, co-infectés VIH – VHC, ou atteints de vascularite systémique induite par le VHC afin d'étudier les causes de mortalité – morbidité chez les patients co-infectés par le VIH – VHC.

Intergroupe Francophone du **Myélome**

Présentation.

L'Intergroupe Francophone du Myélome (IFM) a été fondé en 1993 par la réunion de plusieurs groupes français travaillant sur le myélome (GEM, GERM, POF). Il a été présidé successivement par Régis Bataille (Laboratoire d'Hématologie, CHU Nantes) de 1994 à 1997, Bernard Grosbois de 1997 à 2000 (Service de Médecine Interne, CHU Rennes) et Michel Attal de 2000 à 2003 (Service d'Hématologie, CHU Toulouse).

Ce groupe rassemble plus de 150 équipes françaises, belges et suisses. Ses membres viennent de disciplines différentes : Hématologie Clinique, Médecine Interne, Rhumatologie, Hématologie biologique, Biostatistiques.

Travaux et résultats.

Les protocoles anciens ont permis de démontrer :

- Protocole IFM 94 : supériorité de la double autogreffe par rapport à une seule autogreffe chez les patients de moins de 65 ans.
- Protocole IFM 95-01 : absence d'intérêt de la Dexaméthasone en première ligne de traitement conventionnel chez les patients de 65 à 75 ans.
- Protocole IFM 95-02 : équivalence entre traitement par Melphalan 200 mg/m² et Melphalan 140mg/m² avec TBI.

Participation des Internistes.

Les Internistes français sont impliqués dans l'ensemble des protocoles.

Ils sont **investigateurs principaux** dans trois protocoles :

- Protocole thalidomide au cours des myélomes en phase avancée (Pr.B. Grosbois, Rennes).
- Protocole diphosphonates dans les stades I (Pr. J. G. Fuzibet, Nice).
- Protocole sujets âgés de plus de 75 ans (Dr C. Hulin, Nancy) comparant Melphalan Predrisme avec ou sans thalidomide.

Ils participent comme **investigateurs associés** aux protocoles en cours :

Chez les sujets de moins de 65 ans :

– Avec un ou aucun facteur de mauvais pronostic (b2 microglobuline > 3 mg/l, délétion du chromosome 13) : double autogreffe puis comparaison de surveillance, pamidronate seul et pamidronate + thalidomide (IFM 99-01).

– Avec deux facteurs de mauvais pronostic :

- Si donneur HLA identique : mini allogreffe de moëlle osseuse (IFM 99-03)
- En l'absence de donneur HLA identique : Melphalan haute dose avec ou sans anticorps anti-interleukine 6 (IFM 99-04)

Chez les sujets de 65 à 75 ans : comparaison Melphalan prednisone, Melphalan prednisone thalidomide et intensification par Melphalan à doses intermédiaires (IFM 9-06).

Domaines d'expertise des Internistes.

Les Internistes apportent leur expertise dans deux domaines particuliers :

– **La recherche de facteurs prédictifs de transformation des gammopathies monoclonales de significations indéterminées (MGUS) en myélome multiple** (B. Grosbois et O. Decaux - Rennes en collaboration avec R. Bataille et H. Avet-Loiseau- Nantes). Cette étude prospective et longitudinale est basée sur les données cytogénétiques et les profils d'expression des gènes sur les plasmocytes médullaires.

– **Le protocole de traitement de l'amylose AL** comparant une chimiothérapie conventionnelle (Melphalan et Dexaméthasone) et un traitement intensif par Melphalan haute dose et autogreffe de cellules souches périphériques chez les patients de moins de 70 ans.

Réseau **SIDA**

En 2003 on estimait qu'environ 80 000 patients séropositifs pour le VIH étaient suivis dans des services hospitaliers français de CHU et CHG, principalement en consultations et hôpital de jour. Selon les régions et les hôpitaux, la prise en charge des patients est effectuée par des cliniciens de spécialités différentes : principalement infectiologues, Internistes, immunologistes mais aussi hématologues, pneumologues, gastro-entérologues en fonction des affinités personnelles de certains spécialistes pour la pathologie liée au VIH. Quelle place réelle les Internistes ont-t-ils prise dans le cadre de la prise en charge de cette affection ?

Les principaux "réseaux" institutionnels ont été interrogés afin de tenter d'apprécier la proportion de patients porteurs du VIH suivis par des Internistes : Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Sida (FNCLS), Coordination nationale des réseaux ville-hôpital VIH, Bases de données hospitalières nationales DMI-2 (Direction des Hôpitaux), Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS). Seule l'ANRS dispose d'informations exploitables relatives aux spécialités des équipes médicales prenant en charge les personnes infectées par le VIH : 30 % des patients inclus dans des essais thérapeutiques de l'Agence sont suivis par des Internistes et parmi les 33 principaux centres participant régulièrement aux protocoles, 7 sont des services de Médecine Interne. Ces données, concernant exclusivement les patients inclus dans des essais, sous-estiment vraisemblablement la part des Internistes dans la prise en charge clinique des patients, en particulier compte tenu du rôle de ceux-ci dans les centres hospitaliers généraux incluant moins fréquemment des malades dans les protocoles. Malgré l'absence de données publiées, il semble en effet que l'on puisse attester d'une importante implication dans la prise en charge des sujets infectés par le VIH des Internistes des hôpitaux généraux alors que la part prise par les services de Médecine Interne de CHU est restée souvent limitée, à l'exception bien sûr de quelques régions ou établissements où l'intérêt pour cette pathologie a été, à l'inverse, très important.

A défaut de pouvoir fournir des données nationales fiables, ce qui est d'ailleurs un constat dommageable de carence d'informations dans le domaine de la prise en charge du VIH, il nous est apparu opportun de mentionner l'existence de "réseaux régionaux" au sein desquels l'identification des partenaires est plus aisée : celui que nous exposons en détail est le Groupe d'Epidémiologie Clinique du Sida en Aquitaine (GECSA) qui, pionnier en la matière, a constitué depuis 1987 une base de données commune relative aux patients porteurs du VIH suivis au CHU de Bordeaux et dans 4 hôpitaux généraux de la région (Bayonne, Dax, Libourne et Villeneuve-sur-Lot), la Cohorte Aquitaine regroupant depuis sa création les observations de près de 6000 patients dont actuellement environ 2500 en file active annuelle. Outre son intérêt "historique", une caractéristique de ce réseau est la part importante des Internistes dans ce groupe puisque 3 services cliniques du CHU et l'ensemble des services de CHG sont des unités de Médecine Interne, prenant au total en charge plus de la moitié des patients de la Cohorte.

En sus des cliniciens, participent au groupe des épidémiologistes (coordonnant le réseau au sein de l'Unité INSERM 593 ex U 330) et des biologistes, principalement immunologistes et virologues. A chaque contact de patients avec un service membre du GECSA (consultation, hôpital de jour ou traditionnel), et après recueil du consentement écrit du patient, une fiche de recueil standardisée et rendue anonyme est complétée avec des données épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques. La mise en commun des données permet de bénéficier d'un outil dont l'exploitation est double : bilan d'activités médico-économiques, transmis aux autorités de tutelle par l'intermédiaire du Centre d'Information et de Soins sur l'Immunodéficience Humaine (CISIH) de Bordeaux, partenaire du GECSA, et recherche clinique. Celle-ci a été menée au travers de l'exploration de la base standard de données ou dans le cadre d'études thématiques temporaires "greffées" sur la cohorte. Grâce à la proximité et la réactivité réciproque des partenaires de ce groupe multidisciplinaire, les cliniciens ont trouvé dans la participation à ce "réseau" l'intérêt majeur de permettre le développement de projets de recherche multidisciplinaires partant de leurs préoccupations de soignants. Outre les études d'épidémiologie descriptive permettant de mieux connaître les caractéristiques des patients suivis dans les services, ce sont surtout les analyses des facteurs pronostiques d'évolution qui ont permis d'améliorer les

connaissances et les pratiques, qu'il s'agisse d'études menées du temps de l'histoire "naturelle" de l'infection ou de celui de l'évolution "modifiée" par les antirétroviraux.

Cette collaboration multidisciplinaire a parallèlement eu le grand mérite de favoriser la formation de nombreux praticiens aux exigences de la recherche clinique, qui, il y a une dizaine d'années, restait peu familière à de nombreux cliniciens et en particulier peut-être aux Internistes ; elle a ainsi favorisé le parcours hospitalier ou hospitalo-universitaire de plusieurs d'entre eux, disposant ainsi en quelque sorte d'un "laboratoire d'accueil". Plus de 130 publications indexées et d'encore plus nombreuses communications orales ou affichées ont en effet été produites par le GECSA qui anime une des plus importantes cohortes de patients séropositifs VIH au niveau européen voire mondial, et qui reçoit depuis 1992 le soutien de l'ANRS.

L'implication des Internistes dans la prise en charge du VIH devrait continuer à être forte dans les CHG et il apparaîtrait logique qu'un plus grand nombre de collègues de CHU s'y intéressent compte tenu des nombreuses caractéristiques de la pathologie VIH qui devraient retenir l'attention de l'Interniste : immuno-dépression, atteinte multiviscérale, complications infectieuses et tumorales, coexistence fréquente des infections par les virus des hépatites B ou C, retentissement psychologique, prise en compte de la situation socio-économique, et depuis l'avènement des trithérapies, co-morbidités liées à la chronicité de l'infection (et donc au vieillissement des sujets atteints) et pathologies iatrogènes, en particulier métaboliques et cardio-vasculaires. Le réseau de l'ANRS relatif aux essais thérapeutiques et la Cohorte Aquitaine démontrent que la participation d'Internistes à des réseaux de soins et recherche clinique multidisciplinaire dans le domaine de l'infection VIH est possible et gratifiante.

Amyloses et fièvres héréditaires

RÉSEAU DE RECHERCHE SUR LES AMYLOSES HÉRÉDITAIRES.

Introduction.

Les amyloses héréditaires constituent avec l'amylose AL et l'amylose AA une des grandes variétés d'amyloses multisystémiques, et intéressent au premier plan les Internistes. L'épidémiologie des amyloses reste mal connue. Les quelques données disponibles des États-Unis d'Amérique suggèrent par extrapolation une incidence de l'amylose AL de l'ordre de 500 cas par an en France, une valeur proche de celle de l'incidence de la leucémie myéloïde chronique. Rien n'est solidement établi pour les amyloses AA et héréditaires.

Le caractère multisystémique des amyloses explique que certaines formes sont de diagnostic difficile. Il est en particulier parfois difficile de distinguer l'amylose AL de formes héréditaires d'amylose, liées à la transthyrétine ou au fibrinogène. Cela est pourtant crucial car le traitement des amyloses repose toujours actuellement sur la réduction de la production du précurseur de la protéine amyloïde. Il est donc très différent d'une variété d'amylose à l'autre, y compris pour les seules formes héréditaires.

L'identification précise de ces diverses formes nécessite une collaboration entre les services cliniques, les laboratoires hospitaliers de diagnostic, auxquels se sont adjointes naturellement des unités de recherche plus fondamentales. L'ensemble a été formalisé sous la forme d'un réseau de recherche "Amyloses héréditaires" sous l'égide du groupement d'intérêt scientifique (GIS) ISERM-AFM-Ministère "Maladies rares" 2002.

Constitution et objectifs du réseau "Amyloses héréditaires".

Il associe des équipes cliniques d'Internistes et neurologues, sans exclusion de la participation d'autres équipes, car toute équipe supplémentaire peut être incorporée sans difficulté dans ce type de réseau, et des laboratoires.

Le but du réseau, qui inclut une équipe portugaise, est de permettre de progresser aussi bien dans la prise en charge clinique et thérapeutique des formes fréquentes comme des formes les plus rares d'amyloses héréditaires et d'avancer dans la compréhension des mécanismes les plus intimes de la formation de l'amylose. A ce titre les variétés héréditaires représentent un modèle incontournable pour l'étude de l'amylogénèse. L'amylose de la transthyrétine permet aussi d'aborder les relations des amyloses avec le vieillissement.

Dans une perspective thérapeutique, un objectif majeur du réseau est de mieux définir :

- 1) la composition la plus exhaustive du dépôt amyloïde in vivo, en faisant appel à de nouvelles techniques (microdissection laser, analyse double dimensionnelle et spectrométrie de masse,
- 2) les interactions entre les protéines amyloïdes et les autres composants qui y sont associés in vivo, en particulier les liaisons aux protéoglycanes. Ces diverses interactions peuvent à terme constituer des cibles thérapeutiques pour des inhibiteurs de la formation du dépôt amyloïde.

RÉSEAU DE RECHERCHE SUR LES FIÈVRES RÉCURRENTES HÉRÉDITAIRES.**Introduction.**

Un groupe d'affections héréditaires, centré sur la fièvre méditerranéenne familiale (FMF) a progressivement émergé des causes de fièvres récurrentes. Ces maladies, dénommées "maladies inflammatoires intermittentes héréditaires" ou "syndromes auto-inflammatoires" actuellement au nombre de quatre, ont trouvé une autonomie plus solide grâce à la génétique. En plus de la FMF, on distingue ainsi maintenant : la fièvre intermittente par mutation du récepteur de type 1A du Tumor necrosis factor, dénommée TRAPS pour TNF receptor associated periodic syndrome, le syndrome d'hyperimmunoglobulinémie D, et un sous-ensemble qui regroupe le syndrome de Muckle-Wells, l'urticaire familiale au froid et le syndrome CINCA. Des équipes françaises, incluant des Internistes et des laboratoires ont découvert 2 des 4 gènes impliqués, et participé à la découverte du troisième des 4 connus actuellement.

La fièvre méditerranéenne familiale est une maladie récessive très fréquente dans certaines populations très présentes en France, arabe maghrébine, juive sépharade, arménienne. La fréquence des hétérozygotes est supérieure à 1/7 dans les populations juives sépharades et turques. On peut estimer la population affectée à plusieurs milliers de malades en France.

Le diagnostic de FMF est crucial car le traitement par la colchicine prévient aussi bien les récurrences fébriles et douloureuses que l'amylose secondaire qui fait toute la gravité de l'affection. Ce diagnostic qui était purement clinique et beaucoup un diagnostic d'exclusion, est maintenant facilité par le diagnostic génétique et cela permet de mieux administrer la colchicine. Les autres formes de fièvres intermittentes héréditaires se sont distinguées de la FMF par des signes cliniques distinctifs, mais c'est surtout le diagnostic génétique qui permet un diagnostic de certitude. Il est crucial d'en faire le diagnostic car ces maladies ne sont pas sensibles à la colchicine et requièrent d'autres traitements anti-inflammatoires pour prévenir les accès inflammatoires et l'amylose secondaire à l'inflammation. L'identification précise de ces diverses formes nécessite une collaboration entre les services cliniques, les laboratoires hospitaliers de diagnostic, auxquels se sont adjoints des unités de recherche plus fondamentale. L'ensemble a été formalisé sous la forme d'un réseau de recherche "Fièvres récurrentes héréditaires" sous l'égide du groupement d'intérêt scientifique (GIS) INSERM-AFM-Ministère "Maladies rares" 2000.

Les objectifs de ce réseau INSERM sont d'élucider les mécanismes de ces maladies héréditaires de la réaction inflammatoire et de découvrir les autres gènes responsables de formes non encore expliquées par des mutations des 4 gènes identifiés jusqu'ici.

A ces réseaux INSERM est adjoint un Programme hospitalier de recherche clinique sur les fièvres héréditaires qui devrait être opérationnel en septembre 2003.

Le coordinateur du réseau a des contacts avec plusieurs équipes étrangères. Ceci a permis à deux étudiants français de faire un stage dans le laboratoire du Pr Benson à Indianapolis. Le coordinateur du réseau a organisé en avril 2004 le dixième symposium international sur l'amylose à Tours.

Groupe de Recherche sur **l'Artérite** **à Cellules Géantes**

GRACG

L'étude GRACG est une étude cas-témoins multicentrique, prospective (sur cas incidents) portant sur les facteurs de risque étiologiques de la maladie de Horton (MH) et de la pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR). Elle est suivie d'une étude en double cohorte des cas et des témoins sur 5 années portant sur les facteurs pronostiques de la maladie et l'étude des complications naturelles et iatrogènes. L'étude, débutée en janvier 1991, a permis, avec l'inclusion de 600 nouveaux patients et de leurs témoins appariés par âge et par sexe, tirés au sort dans la population générale de Saint-Etienne, de rassembler la plus importante série prospective mondiale de MH et de PPR. Elle est placée sous la double égide de la SNFMI et du RECIF (Réseau d'Epidémiologie Clinique International Francophone). L'étude a été financée par deux contrats PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) nationaux, la Région Rhône-Alpes et les Hospices Civils de Lyon, et l'est actuellement par un troisième contrat PHRC national (2002, Amiens).

Quarante services de médecine interne, rhumatologie, gériatrie, neurologie et ophtalmologie répartis dans 30 villes françaises, plus de 100 médecins spécialistes et une centaine de Généralistes participent à l'étude. Les résultats de l'étude sont régulièrement présentés dans les congrès de la SNFMI, et l'ACR (American College of Rheumatology) et de l'EULAR (European Ligue against Rheumatism).

Certains facteurs de risque de la maladie de Horton et de la pseudo-polyarthrite rhizomélique ont été mis en évidence, notamment :

– La pré-existence d'une maladie vasculaire périphérique qui augmente le risque de MH par 3, et les antécédents de tabagisme, qui augmentent le risque de MH par 6, et de PPR par 3.

– Les facteurs de risque viraux : il s'agit là sans doute de l'aspect le plus intéressant de l'étude : nous avons montré que la séroprévalence IgM anti HPIV-1 (virus para-influenza de type 1 était significativement plus élevée chez les patients que chez les témoins, alors que les séroprévalences IgG et IgM pour les autres virus inducteurs de cellules géantes (Rougeole, virus respiratoire syncytial, parainfluenza de type 2 et 3, Herpes 1 et 2, et Epstein-Barr virus), étaient identiques chez les patients et les témoins. Cette différence a été confirmée par l'emploi de trois techniques sérologiques différentes et par les analyses stratifiées en fonction de la région d'origine du cas et de la période d'inclusion.

– Les antécédents de grossesse, qui protègent contre la maladie. Ces résultats ont été confirmés sur deux autres groupes témoins.

D'autres aspects de la maladie ont pu être étudiés :

– L'association aux dysthyroïdies : rapportée sur des séries de moindre importance que la nôtre, et rétrospective, elle n'est pas retrouvée sur notre série prospective. La recherche d'une étiologie commune à la MH et à la thyroïdite de Hashimoto doit donc être abandonnée.

– Les facteurs de risque de la cécité dans la MH, essentiellement la positivité de la biopsie.

– Les déterminants de la thrombose : nous avons pu montrer que, si la prévalence des anticorps anti-cardiolipine est significativement augmentée dans la MH à biopsie positive par rapport à la MH à biopsie négative et à la PPR ou aux témoins, ces anticorps ne jouaient pas de rôle dans les phénomènes thrombotiques observés dans la MH, qui sont dus à la sévérité de l'atteinte artérielle.

– Notre série nous a permis de comparer les MH à biopsie positive avec les MH à biopsie négative, qui semblent ne pas exactement partager les mêmes caractéristiques épidémiologiques et les mêmes facteurs de risque.

– Nous avons testé la validité des critères de l'ACR (American College of Rheumatology), qui s'avèrent être à la fois suffisamment sensibles et spécifiques pour pouvoir servir de critères diagnostiques (contrairement à leur vocation initiale) dans un service de médecine interne.

Enfin, la prévalence des dysthyroïdies dans la population générale de personnes âgées a été déterminée à 8,25% sur les témoins de Saint-Etienne, parallèlement à l'étude GRACG, et le rôle pathogène des anticorps anti-peroxydase.

Perspectives de recherche actuelle :

Nous travaillons depuis, avec des résultats préliminaires intéressants, sur la recherche

en nested-PCR du génome viral au niveau des biopsies d'artère temporale, et la sensibilité du virus HPIV-1 à différents antiviraux.

L'étude de double cohorte des patients et des témoins issus de la population générale se poursuit avec la mesure de l'incidence des complications naturelles et iatrogènes de la maladie, et des pathologies associées. L'étude en double cohorte devrait être finie en 2007.

Enfin, un groupe européen de recherche sur la maladie de Horton et la pseudo-polyarthrite rhizomélique est en cours de constitution, et ses membres français, italiens, anglais et espagnols se rencontrent régulièrement depuis deux années.



Partenariats

avec

structures

officielles

L'INSERM

et le Comité d'Interface

avec la SNFMI

L'INSERM est un établissement public à caractère scientifique et technologique. Placé sous la double tutelle du ministère de la recherche et du ministère de la santé, l'INSERM a pour objectif la recherche dans le domaine de la santé de l'homme, dans ses différentes dimensions, fondamentale, médicale, cognitive, et de santé publique.

Les 4 missions de l'INSERM :

- conduire les recherches biologiques, médicales, en biotechnologie et santé publique dans tous les grands domaines de la santé,
- former, informer et diffuser les connaissances (publications scientifiques, colloques, conférences, participation à l'enseignement universitaire),
- transférer les résultats de la recherche vers d'autres partenaires institutionnels [autres organismes de recherche (CNRS, INRA, CEA...), l'université, l'hôpital, les agences, les sociétés savantes, mais aussi des partenaires industriels et sociaux (administration de la santé (DGS, direction des hôpitaux), organismes de sécurité sociale (CNAM, CANAM), mutuelles, agences], afin de les transformer en produits ou services utiles à la santé,
- développer des partenariats nationaux et internationaux.

L'INSERM propose ainsi de nombreux contrats, bourses et subventions de recherche, actions thématiques concertées, réseaux de recherche clinique, postes

contractuels de recherche pour étudiants dans le cadre de DEA ou de thèse de 3^e cycle, création de réseaux mixtes de recherche (CIC) INSERM-hôpital.

L'INSERM a par ailleurs développé avec chaque Société Savante, et notamment la SNFMI, un comité d'Interface. L'objectif principal du comité INSERM-SNFMI est de favoriser les échanges entre cliniciens Internistes et équipes de recherche de l'INSERM afin de développer des partenariats synergiques et spécifiques de recherche et de formation pour les Internistes.

Les principaux rôles de ce comité d'interface INSERM-SNFMI sont :

– l'élaboration par les comités, en lien avec la SNFMI de groupes de recherche sur banques de données (banque de tissus, cellules et ADN, permettant de créer des réseaux, en liaison étroite avec le programme Collection soutenu par l'INSERM en collaboration avec le Ministère de la Recherche et le Ministère chargé de la Santé),

– l'identification d'essais cliniques et thérapeutiques que l'INSERM devrait mener sur des thèmes délaissés,

– la réalisation d'activités d'animation : organisation des journées communes entre l'INSERM et la SNFMI : réunion mixte du jeudi après-midi des congrès de la SNFMI de juin, point de départ d'une réflexion et de thématiques de recherche commune...,

– l'identification de médecins (CCA, AHU, PH, MCU-PH, PUPH) susceptibles de postuler au programme des "contrats d'objectifs ou d'interface" dans le cadre d'une extension de la politique d'accueil de l'INSERM permettant sur des contrats de 3 à 5 ans, de soutenir la participation dans des unités et des formations de recherche INSERM, d'activités de médecins,

– la proposition de registres et de cohortes sur des thèmes jugés prioritaires par la SNFMI,

– la participation active à la mise en place des programmes européens du 6^e PCRD.

Médecine Interne et **Industrie** **Pharmaceutique**

Les relations entre les médecins hospitaliers, les praticiens de ville et l'industrie pharmaceutique ont toujours existé et s'inscrivent, dans le cadre de la promotion d'un produit à travers non pas le consommateur (le patient), mais son intermédiaire (le médecin prescripteur). Les médecins ont besoin de l'industrie, mais l'industrie a besoin des médecins qui sont les prescripteurs des produits qu'ils développent. Les médecins ont besoin de l'industrie pharmaceutique, car elle leur fournit des molécules de plus en plus efficaces. Elle est un formidable agent d'innovation en médecine et, en plus, elle contribue largement à notre formation continue. L'industrie pharmaceutique a besoin des praticiens en tant que prescripteurs, mais également en tant que promoteurs de produits. La place du médecin prescripteur est d'ailleurs analysée par l'industrie lors du développement et de la commercialisation d'un produit. « Les laboratoires et les cliniciens, en même temps qu'ils stabilisent et testent une molécule, en déterminent les applications thérapeutiques, voire redéfinissent les pathologies. Les spécialistes du marketing ou de la galénique, les visiteurs médicaux et les publicitaires, affinent ces mises en relation entre propriétés du médicament et définition des usagers, et construisent peu à peu à partir d'une molécule de plus en plus élaborée, un marché pour un médicament » (*M Akrich. Petite anthropologie du médicament. Technique & Cultures 1995*). Le développement et la commercialisation d'un produit s'accompagnent d'une stratégie de marketing élaborée. Le choix des centres investigateurs et/ou de pharmacologie clinique sont loin d'être pris au hasard, mais fonction certes de leur compétence et spécificité, mais aussi de leur impact local, national ou international. Ces leaders nationaux ou régionaux peuvent alors être "utilisés" pour promouvoir ou placer le nouveau médicament au sein d'algorithmes

thérapeutiques ou de consensus thérapeutiques. Le marketing s'adapte alors aux types de médecins ciblés, spécialistes ou Généralistes. Le prescripteur idéal, vu de l'industrie, est le médecin spécialiste, coordonnant voire même assurant la quasi-totalité des prescriptions d'une maladie fréquente, chronique ou prolongée (diabétologue et insuline, par exemple). L'autre cible privilégiée concerne le spécialiste référent ou considéré comme tel dans un domaine thérapeutique fréquent (infectiologue et antibiotiques, cardiologue et inhibiteurs de l'enzyme de conversion, rhumatologue et anti-inflammatoires non stéroïdiens, gynécologue médical et traitement hormonal substitutif de la ménopause, etc.). L'intervention de l'industrie pharmaceutique dans l'information et la formation médicale continue, bien qu'indispensable, peut parfois poser problème en dépit de la législation, car la logique commerciale n'est pas celle de la médecine praticienne et encore moins celle de la santé publique. La tâche de tout médecin spécialiste ou non est, de fait, de s'informer et d'informer son patient, en se méfiant de la désinformation, sans y succomber lui-même.

Cette relation est, tout au moins en Europe et en France, particulière car la publicité directe auprès du consommateur pour les produits remboursés par la sécurité sociale, via les organes de presse classiques (télévision, presse écrite non spécialisée) est interdite. Si une telle législation est souhaitable, elle peut facilement être contournée par les industriels, en se servant habilement de la presse écrite ou grâce à internet. De fait le risque est grand pour les médecins, mais aussi pour les industriels, d'instaurer des relations privilégiées qui directement ou non pourraient correspondre à une présentation biaisée de certains résultats, et plus grave à une incitation (indirecte) à des prescriptions, voire même à une redéfinition d'une pathologie ou d'une indication. Ceci est évident en psychiatrie, car certaines catégories diagnostiques sont "socialement construites". Par exemple, les anti-dépresseurs ont modelé la définition moderne de la dépression, passée du statut de symptôme à celui de maladie du siècle. Une fois l'efficacité prouvée dans un domaine, la recherche de nouveaux marchés est développée afin de créer de nouvelles indications ou plus grave de nouveaux besoins (lien entre dépression et anxiété souvent associées chez un même patient) (P Cathébras Rev Med Interne 2003). La prise en charge de l'hypercholestérolémie par les statines est un autre exemple ; la cible en terme de LDL cholestérol est passée à 1,6 g puis de 1,2 g puis inférieure de 1g, et plus récemment à une indication clinique (prévention secondaire de la maladie athéromateuse symptomatique indépendamment du niveau de cholestérol).

MÉDECINE INTERNE ET INDUSTRIE :

Etat actuel.

Les Internistes, de par leur place dans la médecine de spécialités, ne sont pas considérés par l'industrie pharmaceutique comme une cible prioritaire. Il n'existe pas de secteur ou de gamme "médecine interne" au sein des laboratoires, comme il peut exister un secteur cancérologie, cardiologie, gastro-entérologie, ou douleur. Quand une "gamme médecine interne" est individualisée, elle regroupe de manière disparate des secteurs médicaux tels l'urologie, la gastro-entérologie, la chirurgie générale ou la psychiatrie. De fait, les relations entre les Internistes et les industriels sont saines avec pour corollaire un investissement relativement faible des industriels pour la formation continue en médecine interne (organisation de réunions de formation continue ou de congrès) ou même une aide à la recherche sous forme de bourses ou de prix de recherche.

Le caractère transversal et global de notre discipline est pourtant une opportunité de tisser des liens et un partenariat constructif. Sans être de grands "prescripteurs", les Internistes sont tous des consultants et de fait des thérapeutes performants, critiques sur les indications, les biais éventuels des études et les informations diffusées par des revues médicales sans comité de lecture ou par l'industrie pharmaceutique. Contrairement à certains laboratoires pharmaceutiques, l'APFFAPS est consciente de la place des Internistes en thérapeutique, car de nombreuses molécules dont la diffusion est limitée à un prescripteur spécialiste peuvent être prescrites par les Internistes (exemples : la prescription d'interféron aux cours des infections par le virus de l'hépatite C, des bêta-bloquants dans l'insuffisance cardiaque ou des glytazones dans le diabète de type II, des inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine dans l'hypertension artérielle pulmonaire, anti-TNF alpha dans la polyarthrite rhumatoïde ou la maladie de Crohn...)

De fait, les Internistes sont souvent investigateurs principaux ou co-investigateurs de protocoles thérapeutiques promus par l'industrie pharmaceutique, et à ce titre sont des partenaires privilégiés des industriels avec des contrats de droit privé, rémunérant directement ou via des associations de recherche.

De plus, des relations privilégiées peuvent être tissées avec l'industrie pharmaceutique lors des congrès nationaux de notre société, ou encore lors de réunions médicales régionales de formation médicale continue. Ces réunions scientifiques

sont l'occasion d'échanges entre les Internistes et l'industrie pharmaceutique. Les industriels peuvent rencontrer en un seul et même lieu plusieurs centaines de médecins d'une même discipline, occasion pour eux de véhiculer une information ou une image concernant une ou plusieurs molécules. Les médecins quant à eux peuvent avoir une aide logistique pour organiser ces réunions scientifiques indispensables pour diffuser des informations, pour la formation médicale continue mais aussi pour organiser des travaux de recherche multi-centriques prospectifs. Sans un tel partenariat, certaines maladies n'auraient jamais pu faire l'objet de recherche thérapeutique ou physiopathologique en dépit d'autres financements publics (PHRC par exemple) ou privés (associations de malades, instituts, fondation...) possibles.

L'avenir.

Le partenariat entre l'industrie pharmaceutique et la médecine interne doit être renforcé. Le maintien d'un partenariat lors des congrès nationaux et internationaux, mais également lors de réunions régionales doit être maintenu, tant il est essentiel pour la diffusion des connaissances et le maintien d'une formation médicale continue de haut niveau.

Les Internistes hospitaliers de par leur approche transversale sont des interlocuteurs privilégiés pour réaliser des protocoles de recherche clinique mais aussi pour participer à des protocoles de recherche thérapeutique, préalables à la commercialisation de nouveaux produits indispensables pour nos patients.

Enfin, le financement par l'industrie pharmaceutique de bourses de recherche, sur des thèmes de médecine interne (maladies inflammatoires, maladies systémiques, maladies orphelines, polyopathie), dont l'obtention serait assujettie à un protocole de recherche soumis à un conseil scientifique (désigné par le conseil d'administration), serait le témoin fort d'un partenariat privilégié et bénéfique pour les deux partenaires.

Ces bourses qui, si possible, doivent être nombreuses et conséquentes, permettraient une aide importante pour la mise en place de travaux de recherche de qualité, notamment pour "des affections oubliées des appels d'offre nationaux ou des industriels", du fait de leur rareté ou de leur non-priorité. Une telle aide donnerait aux industriels une image forte, sur l'importance qu'ils attachent à la recherche thérapeutique et physiopathologique, en général, indépendamment des retombées économiques potentielles.



Médecine

interne

française

et Europe

La **Fédération** **Européenne** de Médecine Interne

EFIM

La Fédération Européenne de Médecine Interne ou European Federation of Internal Medicine (EFIM) est née en 1995 sous l'impulsion d'un Italien Ugo Carcassi, d'un Espagnol Jaime Mérimo, d'un Suisse Philippe Jaeger, d'un Anglais Christopher Davidson et d'un Français Yves Le Tallec. Ces cinq Internistes Européens occupaient des responsabilités au sein du bureau ou du Conseil d'Administration de la seule société européenne de Médecine Interne existante qui s'appelait l'Association Européenne de Médecine Interne d'Ensemble (AEMIE). L'AEMIE regroupait des Internistes Européens sur une base de volontariat individuel et organisait essentiellement des Congrès dont la fréquentation était devenue de moins en moins importante après une vingtaine d'années d'existence de l'Association. L'AEMIE avait également réussi à promouvoir la publication d'un journal européen de Médecine Interne, l'European Journal of Internal Medicine (EJIM), publié successivement chez plusieurs éditeurs européens.

Devant la difficulté de mobiliser les Internistes Européens individuellement pour une structure totalement indépendante de leurs structures nationales, les fondateurs de l'EFIM, ont eu l'idée de remplacer l'AEMIE par une Fédération des Sociétés Nationales de Médecine Interne des différents pays européens. L'initiative a été bien reçue par l'ensemble des Sociétés Nationales et ce sont aujourd'hui 27 pays qui adhèrent à l'EFIM. Près de 35.000 Internistes sont ainsi réunis dans cette vaste Fédération qui dépasse les frontières de l'Europe géographique. On compte en effet, en dehors des pays de l'Europe de l'Ouest et de l'Europe Centrale, Israël, la Turquie et plus récemment un premier pays africain, en tant que membre associé : l'Algérie.

Chaque Société Nationale délègue au Conseil d'Administration de l'EFIM deux représentants. Le Conseil d'Administration se réunit une à deux fois par an. Il élit en son sein un bureau composé d'un Président, d'un Vice-Président élu, d'un second Vice-Président, d'un Trésorier, d'un Secrétaire Général. Les membres du bureau doivent, selon les statuts, être de nationalités différentes. Le Président est élu pour deux ans après avoir été pendant deux ans Vice-Président membre du bureau. Il devient ensuite past-Président pendant deux ans continuant à faire partie du bureau à titre consultatif. Les Présidents de l'EFIM ont été successivement : de 1997 à 1999 Yves LE TALLEC (France), de 1999 à 2001 Philippe JAEGER (Suisse) de 2001 à 2003 Jaime MERINO (Espagne) et 2003 à 2005 Daniel SERENI (France).

Les activités de l'EFIM sont nombreuses et se répartissent en 4 thèmes principaux : l'EJIM, l'ESIM, les Congrès, les projets coopératifs.

a) L'EJIM (European Journal of Internal Medicine) est l'organe d'expression de l'EFIM. L'EJIM dont nous avons vu la naissance sous l'égide de l'AEMIE poursuit son développement et sa croissance sous le parrainage de l'EFIM. Il est désormais publié par ELSEVIER en langue anglaise, sous la responsabilité du Professeur Peter de LEEUW, Interniste Universitaire Néerlandais entouré d'un conseil de rédaction multinational européen. Dix numéros par an sont publiés comportant des articles originaux, un ou deux éditoriaux, des cas cliniques, des revues générales, etc. Le nombre d'articles soumis à l'EJIM est important et croît régulièrement d'année en année ce qui entraîne un taux de rejet de plus de 50% pour les articles originaux et permet d'assurer un haut niveau de qualité au journal.

L'étape cruciale pour le développement du journal sera l'obtention, que les Internistes Européens espèrent prochaine, d'un impact factor. Le journal est référencé dans PUBMED et MEDLINE. Le journal est distribué aux abonnés à titre personnel ou institutionnel et fait l'objet d'une formule d'abonnement combinée à l'inscription au Congrès de l'EFIM tous les deux ans.

b) L'ESIM (European School of Internal Medicine) est une des réalisations les plus originales de l'EFIM. Cette école est réservée aux jeunes Internistes au cours de leur formation de spécialité en Médecine Interne issus de tous les pays de l'EFIM.

c) Les Congrès sont une des activités principales de l'EFIM comme pour toute société savante. Leur périodicité est de deux ans. Ils ont eu lieu successivement à MAASTRICHT en 1997, à FLORENCE en 1999, à EDIMBOURG en 2001, à BERLIN en

2003. Le Congrès de 2005 est prévu à PARIS avec la participation de la SNFMI.

Les Congrès de l'EFIM réunissent entre 1000 et 1500 Internistes Européens. Contrairement aux Congrès de la SNFMI, les Congrès de l'EFIM ne proposent pas de thèmes privilégiés. Ils sont plus proches des Congrès de l'American College of Physicians-American Society of Internal Medicine c'est-à-dire qu'on y aborde de façon très large tous les problèmes d'actualité en Médecine Interne. Deux types d'approche coexistent au cours de ces Congrès.

L'une, majoritairement représentée, est celle qu'on pourrait appeler Formation Médicale Continue avec des mises au point, des actualités sur des procédures diagnostiques, des traitements, des prises en charge diverses. L'autre est une approche de recherche clinique qui se développe de plus en plus, notamment grâce au succès des séances dites de communications libres.

d) Les projets.

1) Le groupe de travail sur la recherche clinique.

Animé par le Professeur Loïc GUILLEVIN, ce groupe de travail a pour objectif de développer la recherche clinique multicentrique européenne au sein de l'EFIM. Les premières réalisations concrètes du groupe de travail ont concerné une enquête sur la corticothérapie dans les maladies systémiques et vascularites ainsi que la mise en place d'une recherche de type pharmaco-épidémiologique sur le risque d'athérome lié à la corticothérapie. D'autres projets de recherche sont en cours d'élaboration. La mise en place d'un réseau de chercheurs Internistes fortement ancré sur les jeunes est un des axes prioritaires des animateurs de ce groupe. Le développement d'une recherche clinique au sein de l'EFIM est considéré comme un objectif primordial par le bureau exécutif de l'EFIM.

2) Le projet sur le professionnalisme médical.

L'EFIM a participé à une initiative Nord-Américaine lancée par l'American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) et l'American Board of Internal Medicine consacrée à l'élaboration d'une charte sur le professionnalisme médical. Le professionnalisme médical est un terme plus courant chez les Américains que chez les Européens. Il s'agit d'un concept décrivant les rapports entre la profession médicale et la société. Ce concept englobe donc ce que nous appelons la déontologie mais aussi l'éthique médicale et certains aspects purement professionnels qui sont plutôt l'affaire de syndicats professionnels dans notre pays. Cette aventure passionnante a abouti, après de nombreuses heures de travail en commun, à l'élaboration d'une charte publiée conjointement dans *Annals of Internal Medicine* et le *Lancet* en

février 2002. Cette charte, précédée d'un préambule expliquant l'importance des principes du professionnalisme médical dans le contexte socio-économique et politique mondial actuel, comporte trois principes suivis de dix engagements. La diffusion de cette charte (publiée en français dans le troisième numéro du journal de l'Interniste en Français en juin 2003) a été extrêmement large non seulement en Amérique de Nord mais dans les pays européens et au-delà. Ce projet se poursuit actuellement par la mise en place d'un travail de collaboration entre l'EFIM et l'ACP-ASIM sur des questions éthiques dans la pratique clinique, les relations avec les compagnies pharmaceutiques, la recherche, les relations avec les journaux médicaux, les problèmes d'enseignements, etc.

3) L'European Board of Internal Medicine ou Collège Européen de Médecine Interne est un groupe de travail commun à l'UEMS et à l'EFIM dont le but est de favoriser l'harmonisation de la Médecine Interne Européenne. Le Board de Médecine Interne est composé de représentants de l'UEMS et de l'EFIM. Cette parité exprime la volonté de réunir les forces de la représentativité professionnelle et celles de la Fédération. Les objectifs du bureau sont :

- la mise en place d'un système de contrôle de qualité dans la formation initiale des Internistes,

- la mise en place d'un examen européen de qualification en Médecine Interne,

- l'harmonisation des Formations Médicales Continues, et leur validation entre états.

Les autres projets de l'EFIM actuellement en cours de développement sont aussi variés qu'ambitieux :

- réalisation d'un livre blanc sur la Médecine Interne Européenne,

- mise en place d'un réseau d'échange pour les jeunes Internistes,

- réalisation d'une enquête sur la qualité des soins en Médecine Interne,

- élaboration d'une Formation Médicale Continue européenne en Médecine Interne dont le développement se fera en deux temps : mise en place d'un groupe d'experts européen puis rédaction de mises au point, recommandations, mises à jour, etc. qui pourront faire l'objet de diffusions sur le site Web de l'EFIM et de numéros spéciaux aussi bien de l'EJIM que de journaux nationaux de Médecine Interne dans leur langue originale, etc.

Enfin l'EFIM a créé une Fondation domiciliée à ZURICH qui permettra de recueillir des fonds issus du bénévolat ou d'autres formes de sponsoring. Le rôle de cette Fondation est de permettre la réalisation des projets de l'EFIM avec pour but final celui de l'amélioration de la qualité des soins en Europe.

L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) et le Collège Européen de Médecine Interne (BOARD)

L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) a vu le jour en 1958, moins d'un an après la signature du traité de Rome.

Elle regroupe les médecins spécialistes européens de toute discipline et mode d'exercice. Ses buts sont d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la qualité de la médecine spécialisée au sein de l'Union Européenne et de défendre le statut de médecin spécialiste sur le plan international.

L'UEMS a contribué avec le Comité Permanent des Médecins Européens à la rédaction des directives européennes réglant la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle des diplômes au sein de la Communauté Européenne et a participé à l'élaboration des rapports et recommandations publiés par le Comité Consultatif pour la Formation des Médecins.

Le Comité Exécutif se compose d'un président, de 4 vice-présidents, d'un secrétaire général, d'un trésorier et d'un officier de liaison avec le Comité Permanent. Les chartes publiées par l'UEMS reposent sur le travail de 36 sections monospécialisées composées de 2 délégués de chacun des 18 pays membres désignés par l'organisme national compétent et représentant les aspects universitaires et professionnels.

Au même titre que l'UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens), l'AEMH (Association Européenne des Médecins des Hôpitaux), la CIO (Conférence Internationale des Ordres), la FEMS (Fédération Européenne des Médecins Salariés) et le PWG (Permanent Working Group of European Junior Doctors), l'UEMS transmet ses avis au CP (Comité Permanent des Médecins Européens – Standing Committee of

European Doctors) lequel a voix consultative auprès de l'ACMT (Advisory Committee on Medical Training) également conseillé par des experts professionnels, universitaires ou gouvernementaux. L'ACMT transmet ses recommandations aux DG 5 et 15, qui en informe le Conseil des ministres de l'Union Européenne (figure 1).

Parmi les documents régulièrement mis à jour par l'UEMS, citons les chartes pour la formation du médecin spécialiste, la formation médicale continue, la visite des centres de formation.

Les Internistes français sont actuellement représentés à l'UEMS par le Professeur J.F. BLICKLE, Président de la Section et du Board, et le Professeur D. SERENI. Tous deux sont membres du Syndicat des Internistes Français (SYNDIF).

Les collèges européens (Boards) ont été mis en place en 1994 à la demande de l'UEMS, dans le but de donner une impulsion nouvelle à la mise en place d'une médecine de haute qualité dans les pays européens. Le Board de Médecine Interne, composé initialement uniquement de délégués de l'UEMS, a désigné le groupe de pilotage du Manuel Européen de Médecine Interne et 3 groupes de travail chargés de l'harmonisation de la formation initiale (définition des objectifs généraux et du contenu du tronc commun des spécialités médicales et de la formation des Internistes après le tronc commun), d'une réflexion sur l'éclatement des spécialités médicales, ayant conduit à la création d'une Fédération des sections de pathologie interne (FOSSIP), de la formation médicale continue et d'un diplôme européen de Médecine Interne.

En 2002, la composition du Board a été modifiée et le nombre de ses membres réduit à 4 représentants de l'UEMS et 4 représentants de l'EFIM. Le projet du diplôme européen, déjà en place dans plusieurs sections monospécialisées, est remis à l'étude, de même que la maquette de formation initiale des Internistes européens et les exigences requises pour les centres de formation et la formation médicale continue des Internistes européens. Les documents rédigés par le Board devraient être soumis à l'approbation de la section de l'UEMS lors de sa prochaine réunion plénière en septembre 2003.

Figure 1 : Relations de l'UEMS avec les institutions européennes.

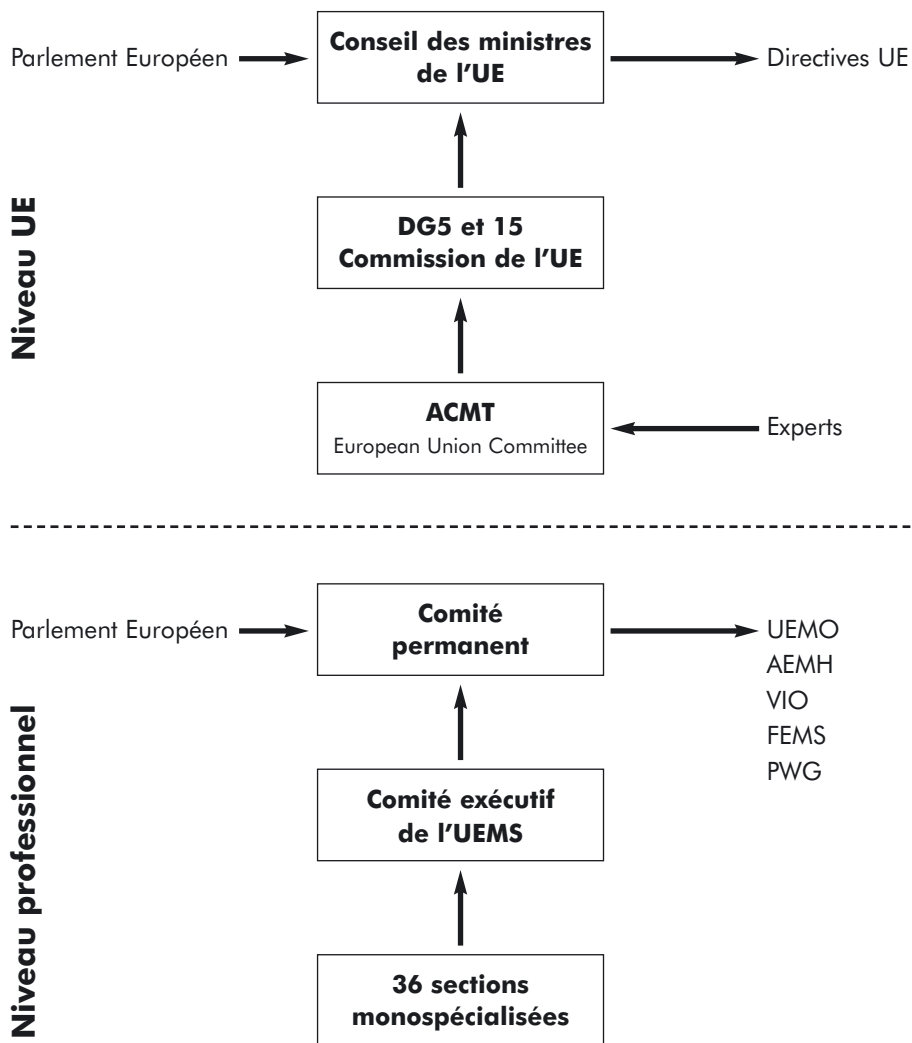


Tableau 1 : Sections monospécialisées et comités multidisciplinaires de l'UEMS.

36 sections monospécialisées :

Allergologie	Médecine physique et de réadaptation
Anatomo-pathologie	Néphrologie
Anesthésiologie	Neurochirurgie
Biopathologie médicale	Neurologie
Cardiologie	Neurophysiologie clinique
Chirurgie	Ophthalmologie
Chirurgie cardiaque et thoracique	Orthopédie
Chirurgie pédiatrique	Oto-rhino-laryngologie
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	Pédiatrie
Dermato-vénérologie	Pneumologie
Endocrinologie	Psychiatrie
Gastro-entérologie	Psychiatrie et Psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent
Gériatrie	Radiologie
Gynécologie-obstétrique	Radiothérapie
Maladies infectieuses	Rhumatologie
Médecine du travail	Santé publique
Médecine interne	Stomatologie et chirurgie oro-maxillo-faciale
Médecine nucléaire	Urologie

4 comités communs multidisciplinaires :

- Soins intensifs (MJCICM). Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine.
- Urologie pédiatrique.
- Chirurgie de la main.
- Médecine de la douleur.

Tableau 2 : Pays membres de l'UEMS.

18 pays membres :

Allemagne	Islande
Autriche	Italie
Belgique	Luxembourg
Danemark	Norvège
Espagne	Pays-Bas
Finlande	Portugal
France	Royaume Uni
Grèce	Suède
Irlande	Suisse

Membres associés :

Azerbaïjan	République tchèque
Croatie	Roumanie
Estonie	Slovakie
Hongrie	Slovénie
Malte	Turquie
Pologne	

Le **Conseil Scientifique** **de la Fédération** **Européenne** de Médecine Interne

Aucune société savante ne peut aujourd'hui se dispenser d'initiatives de recherche clinique et ne doit limiter son action à la publication de résultats de travaux financés par d'autres organismes de recherche, même si des soutiens extérieurs sont essentiels.

La Fédération Européenne de Médecine Interne (EFIM) a parfaitement compris les enjeux du futur et a mis en place un groupe de recherche clinique. Depuis 2 ans, ce groupe a pour buts, le développement de protocoles de recherche clinique et thérapeutique, la constitution de cohortes, la mise en place de réseaux permettant de mieux étudier des pathologies rares, la formation de nos jeunes collègues à la recherche clinique. Le champ d'investigation n'est pas celui de la recherche fondamentale mais l'EFIM peut aussi agir comme catalyseur d'initiatives de laboratoire. L'étude des pratiques médicales au sein des divers pays d'Europe, la mise en place de règles de bonnes pratiques à l'échelle de la fédération font aussi partie des objectifs de l'EFIM. Comme pour tout programme novateur et ambitieux, les obstacles sont multiples et les progrès sont lents. Toutefois, pas à pas, des projets se mettent en place : une enquête portant sur l'usage des corticoïdes dans certaines maladies inflammatoires a été réalisée et a montré l'hétérogénéité des pratiques entre les pays mais aussi la place que certaines sous-spécialités associées à la médecine interne prennent dans la prise en charge de maladies identiques. Une étude française et israélienne est aussi en cours dans le domaine de l'athéromatose observée au cours des maladies auto-immunes recevant une corticothérapie prolongée.

Il ne faut cependant pas méconnaître les difficultés rencontrées par l'initiative de l'EFIM et les obstacles à la réalisation d'un certain nombre de projets. La "culture" de recherche clinique est différente d'un pays à l'autre et le taux de participation aux études entreprises est parfois faible, voire inexistant. A cet égard, la SNFMI qui a développé de tout temps une politique de recherche clinique fait preuve d'un dynamisme à ce jour inégalé.

Le niveau de développement économique des pays participant à l'EFIM est variable et certains projets ne peuvent être activés de façon identique dans tous les pays. L'absence de financement de la recherche nuit aussi à la faisabilité de certains projets. L'EFIM devrait se tourner naturellement vers la commission économique européenne pour obtenir les financements nécessaires à ces travaux. Actuellement cette ambition ne peut être satisfaite car les objectifs de ces programmes ne sont pas les mêmes que ceux de l'EFIM.


Le partenariat avec des industriels conduisant des études à l'échelon européen est aussi une piste à explorer. C'est ce que nous avons fait en prenant le relais de suivi de cohortes de maladies rares au-delà des objectifs d'un laboratoire pharmaceutique. Seule une société savante peut aujourd'hui conduire des études à long terme alors que l'industrie pharmaceutique a des objectifs plus immédiats.

L'enseignement et la formation à la recherche sont nos atouts pour l'avenir. L'European School of Internal Medicine (ESIM) contribue efficacement et avec succès à la formation des jeunes Internistes. Le groupe de recherche de l'EFIM souhaite aussi mettre en place des séminaires de recherche dont la finalité est d'initier et de former les Internistes qui le souhaitent à la recherche clinique.

Les ambitions de l'EFIM sont grandes. Bien que la mise en place du programme de recherche soit difficile, le "train est en marche" et l'EFIM ne reculera pas. Il en va de la survie de la discipline qui ne peut exister sans une dimension de recherche de qualité.

Addendum : les projets dans le détail

- La corticothérapie en Europe (achevé)
- Athéromatose des maladies auto-immunes (en cours, début en 2001)
- Suivi à long terme de l'hypertension artérielle pulmonaire de la sclérodemie systémique (en cours, début en 2003).



L'avenir

de la médecine

interne

Avec la participation de Z. Amoura, O. Blétry, P. Cacoub, Ph. Chassagne, P. Chérin, J. Emmerich, N. Galezowski, M. Gatifossé, B. Godeau, B. Goichot, L. Guillevin, E. Hachulla, S. Herson, H. Levesque, Ph. Morlat, J-J. Mourad, T. Papo, J-L. Pellegrin, H. Rousset, B. Wechsler.

L'avenir de la Médecine Interne

A l'interface de la médecine générale et de la médecine de spécialités, de la médecine globale vis-à-vis de la médecine d'organe, la médecine interne doit conserver, ou même amplifier, la place qu'elle a occupée depuis des décennies en conciliant le maintien de certaines traditions et une large ouverture aux innovations technologiques.

Conclure un Livre Blanc sur les perspectives d'avenir de notre discipline, c'est relever un défi et tracer des lignes directrices sans se perdre dans un labyrinthe de considérations techniques inspirées par des contraintes administratives d'organisation et de fonctionnement qui risquent d'être rapidement obsolètes au gré des réformes successives et parfois contradictoires de notre système de santé.

L'avenir d'une discipline médicale, quelle qu'elle soit, dépend de deux facteurs :

1° - la formation individuelle de chacun de ses membres

2° - la place globalement dévolue à la collectivité des médecins de cette discipline.

I – La formation individuelle de l'Interniste s'étend nécessairement de la première année des études médicales à la retraite !...

Si la formation initiale aboutissant à la qualification d'Interniste est définie par la maquette du DES de médecine interne, les filières complémentaires des DESC, les séminaires d'enseignement nationaux et inter-régionaux, etc., la formation post-universitaire relève d'un effort personnel auquel doit s'astreindre chaque Interniste avec l'aide indispensable, mais non suffisante, des Sociétés Savantes et particulièrement de la Société Nationale Française de Médecine Interne (S.N.F.M.I.), des congrès et de la

lecture des revues scientifiques. L'adaptabilité, la remise en cause des dogmes, le "dépoussiérage" des connaissances accumulées, la critique permanente des consensus sont des impératifs pour tout médecin mais peut-être plus particulièrement pour l'Interniste qui doit garder l'œil largement ouvert sur l'évolution de la médecine dans son ensemble et les bouleversements techniques les plus marquants qui agitent les diverses spécialités.

Ceci suppose une solide formation de base, formation "transversale", polyvalente et multidisciplinaire, à l'opposé de la formation pointue, par nécessité étroite et limitée, qui concerne le médecin-technicien qui dédiera son activité à la perfection d'un geste technique, médical ou chirurgical, et/ou à la recherche appliquée à son domaine d'intérêt.

Il est en réalité nécessaire de reconsidérer le mode de formation de ces spécialistes d'organe, qui ne devrait plus être d'emblée restreint mais comporter obligatoirement l'acquisition d'une large culture médicale, c'est-à-dire un passage en médecine interne dans le cadre d'un tronc commun ou d'un arbre commun. L'essor puis le déclin de certaines techniques nécessitent une reconversion éventuelle à toute étape de toute carrière médicale. Cette reconversion sera d'autant plus aisée qu'un socle de connaissances plus large assurera au spécialiste concerné les meilleures armes d'adaptation à une situation nouvelle.

Dans cette conception, il est indispensable de prévoir des passerelles entre les différentes disciplines et plus particulièrement entre la médecine interne et les diverses spécialités d'organe, circulation à double sens, tant au niveau de la formation initiale, internat - post-internat - clinicat, qu'à une étape ultérieure de l'exercice professionnel.

En ce qui concerne plus spécifiquement les Internistes, chacun d'entre eux doit être conscient qu'aucune situation n'est figée et que le propre de la vie est l'évolution. La médecine interne n'échappe pas à cette loi : de son aptitude à s'adapter en permanence à une situation mouvante dépendra sa survie, c'est-à-dire le maintien, ou même l'élargissement, de la place qu'elle occupe actuellement.

L'acquisition de compétences particulières dans des domaines comme l'immunologie, la génétique, l'informatique, sans négliger des disciplines plus classiques : anatomopathologie, microbiologie, biochimie, physiologie, etc. assurera aux Internistes en formation, ou en devenir, les meilleures chances d'adaptation.

L'ouverture d'esprit, la curiosité intellectuelle, la recherche du contact et des échanges d'idées fructueux avec les autres disciplines, cliniques ou fondamentales, sont des impératifs qui doivent régir le comportement individuel de tout Interniste.

Certes, le niveau sera différent pour l'Interniste hospitalo-universitaire désormais

le plus souvent titulaire d'une thèse de 3^e cycle et pour le praticien hospitalier des hôpitaux généraux plus concerné par une actualisation concrète de ses connaissances avec le verdict incontournable d'une efficacité sur le terrain, mais l'esprit est le même.

Dans cette optique évolutionniste, il est bon que chaque Interniste possède un "violon d'Ingres" et qu'il s'intéresse plus particulièrement à un thème d'exercice ou de recherche, en restant en contact avec une spécialité d'organe ou mieux en étudiant une pathologie transversale commune à diverses disciplines : l'acquisition d'une compétence reconnue dans tel ou tel domaine, la meilleure connaissance d'une maladie rare lui permettant, à côté de son exercice quotidien, de participer à l'essor de la médecine moderne et de ne pas être marginalisé avec un inévitable sentiment de frustration.

II – Ce comportement individuel des Internistes ne résume pas évidemment l'idéal que nous leur proposons. Il s'inscrit obligatoirement dans le cadre général et collectif de leur spécialité.

La cohésion des Internistes, au-delà des querelles de chapelle et du choc des ambitions personnelles, heureusement limités dans une communauté étroitement soudée, est le cap à maintenir à l'avenir.

Fidélité aux grands principes de la médecine hippocratique, engagement dans des actions collectives (protocoles de recherche notamment), rapports constructifs avec les autres disciplines (spécialistes d'organe ou Généralistes) sont les lignes directrices du comportement des Internistes.

Quelle sera la place réservée à notre discipline au sein du système de santé ? Un premier cercle est celui des spécialités directement issues de la médecine interne, notamment par la voie des DESC, qui ont acquis leur autonomie ou leur indépendance mais gardent des liens d'interdépendance étroits et indissociables avec la médecine interne. Sans exhaustivité, nous en citerons quelques exemples : la gériatrie, médecine interne du sujet âgé dont le territoire commun avec la médecine interne de l'âge adulte est un territoire mouvant, l'âge de la dépendance et de la fragilité-vulnérabilité reculant sans cesse avec la prolongation de l'espérance de vie et plus particulièrement de la vie en autonomie. Le processus de vieillissement commence au minimum dès l'adolescence et le continuum entre les deux faces de la médecine interne ne doit pas faire les frais d'une scission. L'allergologie-immunologie, l'infectiologie, la médecine vasculaire, la nutrition, l'oncologie, la réanimation font partie de ce premier cercle privilégié.

Une mention particulière est à décerner à l'Urgence qu'on ne doit pas confondre avec la réanimation : l'investissement des Internistes dans les structures d'urgence, quelles qu'elles soient, et la prise en charge des lits, secteurs, services d'accueil et de post-urgence, sont des nécessités mises en évidence chaque jour par les problèmes concrets que l'administration hospitalière tente de résoudre. La liaison en amont avec la médecine de ville, essentiellement les Généralistes, et en aval avec les services de spécialités (y compris les services de médecine interne) sera réalisée pour le mieux par les Internistes bien préparés à ce rôle par leur formation transversale.

La place des Internistes dans la prise en charge des maladies systémiques, des maladies "rares" (par la population touchée, mais dont la liste s'allonge grâce au progrès de nos connaissances), de la polypathologie, en augmentation constante avec le vieillissement de la population, n'a pas besoin d'être soulignée car cette place n'est ni contestée ni contestable. Il en est de même pour l'exploration des états fébriles ou inflammatoires, des amaigrissements inexpliqués.

En revanche, certains débouchés mériteraient plus d'attention : contacts plus étroits avec les services de pédiatrie et prise en charge des adolescents à cet âge difficile du passage à l'âge adulte, qu'ils soient atteints de maladies génétiques, métaboliques, systémiques ou autres ; contacts plus étroits avec les services de chirurgie ; rapports privilégiés avec la psychiatrie, avec les spécialistes de la lutte contre la drogue, le tabagisme et l'alcoolisme.

L'Interniste a également un rôle privilégié dans les grandes actions de Santé Publique : le diabète, l'hypertension artérielle, la maladie thrombo-athéromateuse, l'obésité et les troubles du comportement alimentaire, le VIH, les maladies infectieuses émergentes, la lutte contre les infections nosocomiales, contre la précarité, etc., sont des secteurs où l'Interniste doit s'investir au sein d'actions polydisciplinaires et de réseaux. Les organismes multiples, publics ou privés, dont l'action vise ces pathologies devraient davantage faire appel à des Internistes au sein de leurs comités d'organisation.

La tendance actuelle à la surspécialisation ne doit pas faire reléguer les Internistes avec les dinosaures comme une curiosité ancestrale dans la galerie de l'évolution ! Bien au contraire, ce mal nécessaire au progrès de la science médicale est paradoxalement le meilleur atout de développement de la médecine interne et ceci pour deux raisons, scientifique et économique.

Si l'Interniste est bien formé, à l'écoute et au contact des diverses disciplines, informé des progrès de la science dans les domaines les plus divers, il peut aider les

“hyperspécialistes” – pardonnez ce néologisme – à prendre conscience des retombées éventuelles de leurs recherches dans d'autres disciplines et à vulgariser leurs techniques.

Quant au problème économique, il résulte du coût croissant des progrès biomédicaux et l'Interniste est peut-être le plus apte à juger des acquis véritables des avancées technologiques et de la légitimité de leur diffusion pratique en évitant la persistance côte à côte de techniques déclinantes et de techniques innovantes, mais le problème n'est pas facile à résoudre : pondérer un enthousiasme initial qui risque de s'effriter si telle investigation ne tient pas ses promesses, éviter l'abandon prématuré d'un mode d'exploration classique qui a fait ses preuves, sont des impératifs qui nécessitent une réflexion circonspecte.

L'Interniste qui utilise les retombées de l'innovation mais qui ne la promulgue pas coûte moins cher à la société que le spécialiste de pointe et ce rôle modérateur ne devrait pas échapper aux Pouvoirs Publics. Encore faut-il en convaincre les décideurs financiers. Pour cette raison, il est indispensable que les Internistes participent systématiquement aux commissions d'évaluation des avancées technologiques.

C'est un problème très voisin qui concerne l'essor de la pharmacologie, de la thérapeutique médicamenteuse et le champ nouveau de la pharmacogénomique et de la pharmacogénétique. L'apport de la recherche effectuée au sein de l'industrie pharmaceutique dans la genèse des progrès médicaux ne doit pas être sous-évalué pour des motifs idéologiques : il est essentiel. Il serait regrettable que la médecine interne n'occupe pas une place privilégiée dans ce domaine. Les enseignants de thérapeutique sont d'ailleurs souvent aussi des Internistes. La liaison entre la recherche privée et publique est une nécessité qui a été mieux perçue à l'étranger qu'en France. Les Internistes doivent non seulement s'investir dans les structures officielles de recherche (INSERM, CNRS, Centres d'Investigations Cliniques), mais aussi faire bénéficier de leur apport intellectuel les groupes privés.

La diffusion des connaissances est un autre domaine crucial, l'enseignement universitaire et post-universitaire permettant d'assurer la formation des jeunes et de compléter celle de leurs aînés. Les Internistes doivent garder et amplifier, en liaison étroite avec les Généralistes, leur rôle de coordinateur et faire profiter de terrains de stage particulièrement adéquats les futurs médecins. Le rôle des hôpitaux généraux doit être revalorisé et leur liaison avec les hôpitaux universitaires renforcée. Il faut s'opposer à la tentation ségrégationniste de réserver aux hôpitaux universitaires l'étude des seuls cas complexes : c'est au sein de l'étude des pathologies courantes que les progrès essentiels

seront accomplis, en accord avec les grands objectifs de Santé Publique. Les Internistes doivent garder une place privilégiée dans les CHU car leur mission de formation des générations médicales futures ne saurait être reléguée à une place subalterne.

Face à ces multiples problèmes, comment en définitive évaluer l'avenir de la Médecine Interne ? Cet avenir est-il menacé ?

Nous ne le pensons pas et nous récusons l'adage bien connu : « L'avenir n'est plus ce qu'il était... ». En réalité l'avenir des Internistes est en eux-mêmes et si menace il y a, elle ne vient pas de l'extérieur mais résulterait d'un manque de conviction. Une discipline ne se développe que par le dynamisme de ses membres s'ils sont animés par "la foi qui peut soulever des montagnes". C'est dans la relève par de jeunes générations motivées et efficaces que s'inscrit l'avenir de la Médecine Interne. Les anciens ont donné l'exemple. De nouvelles élites doivent se dégager et galvaniser les énergies des plus jeunes. Dans toute entreprise humaine, des sports à la littérature, de la musique aux sciences, de la gastronomie...à la politique, ce sont toujours les chefs de file qui ont assuré la progression et le succès : la Médecine n'y fait pas exception et la Médecine Interne doit rester un des plus beaux fleurons de la Médecine française.

En être conscient mais aussi le faire savoir ! La communication est à la mode. On ne doit pas, par fausse pudeur, se retirer dans sa tour d'ivoire ; c'est aussi par une information bien conçue et exempte de complexes que les Internistes pourront convaincre la société de leur rôle essentiel dans la prise en charge des patients et dans la préservation de la bonne santé de l'ensemble de nos concitoyens.

Conclusion

Au terme de ce Livre Blanc consacré à la Médecine Interne, il convient de tenter de tirer des conclusions.

La première semble évidente : c'est la richesse et l'énorme variété des champs d'actions de la Médecine Interne Française. Tout comme le système de soins français est caractérisé par sa richesse et son hétérogénéité, la Médecine Interne Française jouit d'une position particulière en Europe et dans le monde puisqu'elle est à la fois une médecine hospitalo-universitaire de haut niveau et une discipline clinique largement répandue dans le système hospitalier mais aussi à un moindre degré dans le système libéral ambulatoire. La proportion d'Internistes Professeurs des Universités peut paraître excessive par rapport au nombre global d'Internistes en France. En fait cette disproportion n'est qu'apparente compte-tenu de l'implication très forte des Internistes dans l'enseignement des étudiants en médecine à tous les niveaux. Il faut ajouter à cette constatation le fait que 38 PU-PH de Médecine Interne le sont avec l'option Gériatrie et Biologie du vieillissement.

Le deuxième élément positif fort de la discipline est représenté par son dynamisme dans le domaine de la recherche clinique et par son unité au travers de ses structures représentatives. La Société Nationale de Médecine Interne, le Syndicat des Internistes Français et la sous-section du CNU œuvrent de façon coordonnée et conjointe sur tous les sujets majeurs concernant la discipline.

Le troisième point fort de la discipline tient à son repositionnement en aval des urgences, approuvé par la communauté des Internistes et ses instances nationales, suite aux profondes mutations connues par les hôpitaux depuis quelques années en matière de demande de soins. Ces mutations et les nécessaires restructurations qu'elles ont engendrées ont été dictées par les changements de mentalité de la population qui a délibérément fait le choix de l'hôpital pour les soins de premier recours, en marge des nouvelles priorités définies par les jeunes médecins libéraux en matière de gardes et d'aménagement du temps de travail. L'accroissement des demandes d'hospitalisation non programmées a conduit tous les hôpitaux de France, universitaires ou

non, à repenser les filières d'hospitalisation et à inviter les Internistes à monter en première ligne. L'appel a été entendu et dans de nombreux CHU ont été mises en place des unités d'hospitalisation post-porte confiées à des Internistes, pour assurer une prise en charge rapide favorisée par l'expertise diagnostique et l'entraînement à la polyopathie des Internistes. De telles unités, qui devraient préfigurer l'ouverture de véritables polycliniques de médecine interne générale, à l'interface des urgences, de la ville et des services de spécialités d'organes, soulignent la mobilisation des Internistes pour améliorer l'offre de soins dans les nouvelles missions de l'hôpital et matérialisent les relations fortes de la discipline avec la médecine générale.

Mais, en contrepoint des nouveaux enjeux de la médecine interne, il faut souligner un aspect négatif de l'analyse portée dans ce Livre Blanc, c'est le net recul de la démographie des Internistes. Ce recul doit malheureusement s'accroître de façon inéluctable dans les prochaines années. Les effets correcteurs de l'augmentation du *numerus clausus* si toutefois les futurs Internes choisissent la Médecine Interne en plus grande proportion qu'aujourd'hui ne pourront être observés que dans cinq ans au minimum. Les causes profondes de cette diminution du nombre des Internistes sont de deux ordres. D'une part elle est la conséquence de la situation démographique générale des spécialités médicales ; mais il s'y ajoute une tendance à la désaffection de la Médecine Interne par les jeunes générations de spécialistes. C'est cette désaffection qui est préoccupante et dont on espère qu'elle ne sera que passagère. Cet espoir peut être fondé sur la solution en cours ou annoncée de plusieurs problèmes touchant à la Médecine Interne. Le premier est celui de la possibilité pour les Internes formés dans le cadre du DES, de pouvoir changer de spécialité dans la suite de leur carrière. Le décret du 19 mars 2004 répond enfin à l'attente de la majorité des médecins français en ouvrant les passerelles entre les spécialités. Le deuxième élément positif est la clarification en cours de la situation qui a pu être jugée ambiguë par certains au cours des trois dernières années entre la Médecine Générale et la Médecine Interne. La Médecine Générale, désormais spécialité médicale comme les autres, a un champ d'activité professionnel différent de la Médecine Interne : le Généraliste exerce essentiellement en médecine ambulatoire et prend en charge des problèmes de prévention ou de soins primaires qui n'entrent pas dans les missions de l'Interniste. Il existe à côté de cela des interfaces manifestes entre la Médecine Générale et la Médecine Interne notamment dans les consultations hospitalières. La richesse de ce champ d'activités communes est plutôt prometteuse pour l'avenir des deux disciplines et ne doit pas être vue comme un danger pour l'une ou l'autre. Les besoins en Internistes en

France comme dans la majorité des pays européens sont avant tout hospitaliers. L'adage «au moins un service de Médecine Interne dans chaque hôpital "d'aigu" d'adultes» reste d'actualité. En effet, le progrès médical et technologique continue à engendrer la surspécialisation de certaines spécialités médicales et leur fractionnement en sous-spécialités de plus en plus étroites. Cette situation inévitable et indispensable aux soins de certains patients implique par contre un besoin de plus en plus essentiel de médecins Internistes. Les Internistes demeurent en effet les seuls spécialistes capables d'une prise en charge transversale et multidisciplinaire des cas complexes, des malades souffrant de polyopathologies ou de maladies générales.

L'espoir des co-auteurs de ce Livre Blanc est d'avoir pu éclairer le lecteur sur l'identité de la Médecine Interne, de l'avoir informé sur les réalités quotidiennes des missions de l'Interniste et surtout de lui avoir fait partager leur passion pour la Médecine Interne et leur confiance en son avenir.

Annexes

Annexe 1

OUVRAGES PÉDAGOGIQUES ÉDITÉS OU CO-ÉDITÉS PAR LES INTERNISTES FRANÇAIS :

- **Traité de Médecine (1^{ère} édition)**
Godeau P, Herson S, Piette JC Ed,
Flammarion Médecine –Sciences (Paris) 1981
- **Traité de Médecine (2^e édition)**
Godeau P, Herson S, Piette JC Ed,
Flammarion Médecine –Sciences (Paris) 1983
- **Traité de Médecine (3^e édition)**
Godeau P, Herson S, Piette JC Ed,
Flammarion Médecine –Sciences (Paris) 1996
- **Traité de Médecine (4^e édition)**
Godeau P, Herson S, Piette JC Ed,
Flammarion Médecine –Sciences (Paris) 2004?
- **Maladies et syndromes systémiques**
Kahn MF, Peltier AP, Meyer O, Piette JC Ed,
Flammarion Médecine – Sciences (Paris) 1982
- **Maladies et syndromes systémiques**
Kahn MF, Peltier AP, Meyer O, Piette JC Ed,
Flammarion Médecine – Sciences (Paris) 1985
- **Maladies et syndromes systémiques**
Kahn MF, Peltier AP, Meyer O, Piette JC Ed,
Flammarion Médecine – Sciences (Paris) 1991
- **Maladies et syndromes systémiques**
Kahn MF, Peltier AP, Meyer O, Piette JC Ed,
Flammarion Médecine – Sciences (Paris) 2000
- **Sémiologie médicale : initiation à la physiopathologie**
Castaigne A, Godeau B, Lejonc JL, Schaeffer A
Sandoz Editions 1986 (1^{ère} édition) – 1989 (2^e édition) – 1992 (3^e édition)

- L’approche clinique**
Sicard D
Edisem, Quebec
Maloine (Paris) 1987
- Les 365 nouvelles maladies**
Dormont J, Bletry O, Delfraissy JF
Flammarion Médecine – Sciences (Paris) 1989
- Manuel pratique de transplantation d’organes**
Carpentier A, Farge D Ed,
Flammarion Médecine-Sciences (Paris) 1992
- Behcet’s disease**
Wechsler B, Godeau P
Excerpta Medica, 1993
- Sémiologie médicale : redécouvrir l’examen clinique,
clé du diagnostic**
Bletry O, Cosserra J, Laraki R
Doin Editions (Paris) 1995
- L’hôpital public : le retour à l’Hôtel Dieu**
Farge D, Jourdain-Menninger D Ed,
Hermes 1997
- Médecine Vasculaire**
Devulder P Ed,
Masson (Paris) 1998
- Diagnostics difficiles en Médecine Interne**
Rousset H, Vital-Durand D, Dupond JL
Maloine (Paris) 1999
- Bases biologiques de l’antibiothérapie**
Bergogne E, Berezin, Brogard JM
Abrégés Masson (1999)
- Les amyloses**
Grateau G, Benson NB, Delpech M
Flammarion Médecine – Sciences (Paris) 2000
- Maladies infectieuses (2 volumes)**
Bletry O, Perronne C
Collection Inter Med. Douin Editeurs (Paris) 2000

- **Vascular manifestations of autoimmune diseases**
Asherson RA, Cervera R Ed, Abramson S, Piette JC
Triplett Ass Ed
CRC press, Boca Raton (Florida) 2001, 601 pages
- **Vademecum du diagnostic**
Vincent D, Bayrou O, Chapelon-Abric C, Terlaud C
MMI Editions – Masson (Paris) 2001
- **The antiphospholipid syndrome II. Autoimmune thrombosis**
Asherson RA, Cervera R, Piette JC, Shoenfeld Y Ed,
Elsevier (Amsterdam) 2002, 457 pages
- **Médecine Interne**
Devulder B, Hatron PY, Hachulla E
Masson (Paris) 2002
- **Immunopathologie – Réaction inflammatoire**
Bletry O, Kahn JE, Somogyi A
Masson 2002
- **Sémiologie médicale (CD-ROM)**
Farge D, Georges C, Deranlot J
- **Gérontologie**
Belmin J, Chassagne P, Gonthier R, Jeandel C, Pfitzenmeyer P
Masson (Paris) 2003
- **Atteintes neurologiques au cours des maladies systémiques**
Dechy H, Wechsler B, Hausfater P, Rancurel G, Piette JC
Flammarion Médecine – Sciences (Paris) 2003
- **Conduite à tenir dans les infections du sujet âgé**
Veyssier P, Belmin J
Masson (Paris) 2004

Annexe 2

LISTE DES DIPLÔMES INTER-UNIVERSITAIRES (DIU) ET DIPLÔMES D'UNIVERSITÉ (DU) COORDONNÉS OU ANIMÉS PAR LES ENSEIGNANTS DE MÉDECINE INTERNE

Intitulé	Responsables Internistes	Universités
DIU Santé Précarité Prise en charge sociale et médicale	P. CHERIN – D. FARGE J. LEBAS	Paris 6 Paris 7
DIU "Web" Rhumatismes inflammatoires et Maladies Systémiques	HACHULLA – J. SIBILIA X. MARIETTE	Lille 2, Paris Sud, Strasbourg
DIU Professionnel de Pédagogie médicale	JH. BARRIER	Nantes
DIU Vaccinologie – Vaccins – Maladies auto-immunes	T. HANSLIK	Paris 5, Paris 6
DU Formation Continue en Médecine Générale	B. DEVULDER	Lille 2
DU Formation à la Recherche Clinique	A. LEQUELLEC	Montpellier
DU Médecine Générale	L. ALRIC	Toulouse
DU Amélioration des Pratiques et des Démarches Qualités en Médecine Générale	F. BLANC B. de WAZIERES	Montpellier Nimes
DU de Formation Médicale Continue en Médecine Générale	P. VINCENEUX	Paris 7
DU Maladies Systémiques – Epidémiologie	T. HANSLIK	Paris 13
DU FMC Généralistes – Maladies Orphelines – Médecine – Voyages	T. HANSLIK	Paris 5
DU Information Biomédicale	T. HANSLIK	Paris 6
DU Méthodologie d'Evaluation des Risques Thérapeutiques	T. HANSLIK	Paris 6
DU de Médecine d'Urgence Hospitalière	M. ANDRONIKOF	Paris 13
DU Immuno-allergologie chimique Professionnelle	A. PRADALIER	Paris 7
DU Soins Palliatifs et Accompagnement	P. LETELLIER	Caen
DU Méthodologie Clinique Sous l'égide SNFMI et RECIF	P. DUHAUT	Amiens
DU Comorbidité Organique et Psychotique Coordinateur : Dr. Donata MARRA	JC. PIETTE – JF. ALLILAINE	Paris 6
DU Maladies Inflammatoires Systémiques	L. GUILLEVIN	René Descartes

Annexe 3

LES CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE FRANÇAISE DE MÉDECINE INTERNE

Liste des villes et des Présidents de congrès

Premier Congrès Français de Médecine Interne

LILLE : 7 et 8 juin 1979

Président : Bernard Devulder

Deuxième Congrès Français de Médecine Interne

TOULOUSE : 13 et 14 juin 1980

Présidents : Jacques Laporte, Yves Le Tallec

Troisième Congrès Français de Médecine Interne

CRÉTEIL : 12 et 13 décembre 1980

Présidents : Jean-Louis Portos, Bernard Jacotot

Quatrième Congrès Français de Médecine Interne

NICE : 19 et 20 juin 1981

Présidents : Paul Audoly, Pierre Dujardin

Cinquième Congrès Français de Médecine Interne

STRASBOURG : 11 et 12 décembre 1981

Présidents : Marc Dorner, Jean-Marie Mantz

Sixième Congrès Français de Médecine Interne

GRENOBLE : 11 et 12 juin 1982

Présidents : Yves Mazare, Christian Massot

Septième Congrès Français de Médecine Interne

PARIS : 10 et 11 décembre 1982

Président : Jacques Debray

Huitième Congrès Français de Médecine Interne

TOURS : 10 et 11 juin 1983

Présidents : Pierre Groussin, Fernand Lamisse

Neuvième Congrès Français de Médecine Interne
MARSEILLE : 9 et 10 décembre 1983
Présidents : Maurice Mongin, Pierre Marie Bernard

Dixième Congrès Français de Médecine Interne
LIMOGES : 8 et 9 juin 1984
Présidents : Frédéric Liozon, Jean-Pierre Michel

Onzième Congrès Français de Médecine Interne
NANCY : 7 et 8 décembre 1984
Présidents : Jean Schmitt, Jean-Pierre Grilliat, Gérard Cuny

Douzième Congrès Français de Médecine Interne
BREST : 14 et 15 juin 1985
Président : Gabriel Le Menn

Treizième Congrès Français de Médecine Interne
DIJON : 13 et 14 décembre 1985
Président : Pierre Cortet

Quatorzième Congrès Français de Médecine Interne
BORDEAUX : 12, 13 et 14 juin 1986
Présidents : Jacques Beylot, Claude Conri, Jean-Paul Emeriau

Quinzième Congrès Français de Médecine Interne
MONTPELLIER : 11, 12 et 13 décembre 1986
Président : Paul Barjon

Seizième Congrès Français de Médecine Interne
NANTES : 11, 12 et 13 juin 1987
Président : Jean-Yves Grolleau

Dix-septième Congrès Français de Médecine Interne
PARIS : 10, 11 et 12 décembre 1987
Président d'Honneur : Claude Laroche
Présidents : Georges Cremer, Charles Laverdant

Dix-huitième Congrès Français de Médecine Interne

ROUEN : 9, 10 et 11 juin 1988

Président d'Honneur : Jacques Debray

Présidents : Jacques Bourreille, Eric Bercoff, Hubert Courtois,
Bernard Hillemand, Jean-Claude Schrub, Louis-Michel Wolf

Dix-neuvième Congrès Français de Médecine Interne

LYON et SAINT-ÉTIENNE : 8, 9 et 10 décembre 1988

Présidents : Jean Pasquier, Hugues Rousset

Vingtième Congrès Français de Médecine Interne

LILLE : 8, 9 et 10 juin 1989

Président : Bernard Devulder

Vingt-et-unième Congrès Français de Médecine Interne

RENNES : 7, 8 et 9 décembre 1989

Président d'Honneur : Michel Bourel

Présidents : Hubert Allannic, Robert Leblay

Vingt-deuxième Congrès Français de Médecine Interne

AVIGNON : 7, 8 et 9 juin 1990

Présidents : Pierre Souteyrand, Jean Arlaud

Vingt-troisième Congrès Français de Médecine Interne

POITIERS : 6, 7 et 8 décembre 1990

Présidents : Bertrand Becq-Giraudon, Richard Maréchaud

Vingt-quatrième Congrès Français de Médecine Interne

BESANÇON : 6, 7 et 8 juin 1991

Président d'Honneur : Robert Leconte des Floris

Présidents : Jean-Louis Dupond, Dominique A. Vuitton

Vingt-cinquième Congrès Français de Médecine Interne

ANGERS : 5, 6 et 7 décembre 1991

Présidents : Jean-Claude Bigorgne, Philippe Fressinaud, Philippe Renou

Vingt-sixième Congrès Français de Médecine Interne

TOULON : 11, 12 et 13 juin 1992

Président d'Honneur : Maurice Mongin

Présidents : André Chagnon, Robert Quilichini

Vingt-septième Congrès Français de Médecine Interne

PARIS : 10, 11 et 12 décembre 1992

Président : Pierre Godeau

Vingt-huitième Congrès Français de Médecine Interne

CLERMONT-FERRAND : 3, 4 et 5 juin 1993

Président d'Honneur : Jean Terrasse

Présidents : Jean-Claude Marcheix, Pierre Philippe, Olivier Aumaitre,
Michel Ferrand

Vingt-neuvième Congrès Français de Médecine Interne

BIARRITZ : 9, 10 et 11 décembre 1993

Président d'Honneur : Jacques Beylot

Présidents : Michel Ferrand, François Bonnal

Trentième Congrès Français de Médecine Interne

METZ : 9, 10 et 11 juin 1994

Présidents d'Honneur : Jean-Marie Rouillard, Gérard Cuny

Président : Pierre-Louis Caraman

Trente-et-unième Congrès Français de Médecine Interne

REIMS : 8, 9 et 10 décembre 1994

Présidents : Jean-François Deville, Jean-Claude Etienne, Marc Leutenegger

Trente-deuxième Congrès Français de Médecine Interne

CAEN : 8, 9 et 10 juin 1995

Président d'Honneur : Raymond Villey

Président : Philippe Letellier

Trente-troisième Congrès Français de Médecine Interne

NICE : 7, 8 et 9 décembre 1995

Présidents : Pierre Dujardin, Jean-Gabriel Fuzibet

Trente-quatrième Congrès Français de Médecine Interne

AMIENS : 20, 21 et 22 juin 1996

Présidents : Jean Baillet, Jean-Pierre Ducroix, Lionel Prin

Trente-cinquième Congrès Français de Médecine Interne

BREST : 12, 13 ET 14 décembre 1996

Présidents : Michel Garré, Jean Jouquan, Yvon L. Pennec, Arnaud Cénac

Trente-sixième Congrès Français de Médecine Interne

NIMES : 5, 6 et 7 juin 1997

Président d'Honneur : Paul Barjon

Présidents : Jacques Fourcade, Pierre Balmes

Trente-septième Congrès Français de Médecine Interne

PARIS : 11, 12 et 13 décembre 1997

Présidents : Jean-Claude Imbert, Jean Cabane

Trente-huitième Congrès Français de Médecine Interne

BORDEAUX : 18, 19 et 20 juin 1998

Président : Jacques Beylot

Trente-neuvième Congrès Français de Médecine Interne

SAINT-ETIENNE : 10, 11 et 12 décembre 1998

Présidents : Hugues Rousset, Régis Gonthier

Quarantième Congrès Français de Médecine Interne

STRASBOURG : 10, 11 et 12 juin 1999

Présidents : Jean-Marie Brogard, Marc Imler, Francis Kuntzmann,
Jean-Louis Schlienger, Daniel Storck

Quarante-et-unième Congrès Français de Médecine Interne

TOULOUSE : 9, 10 et 11 décembre 1999

Président d'Honneur : Yves Le Tallec

Présidents : Philippe Arlet

Quarante-deuxième Congrès Français de Médecine Interne

AIX-EN-PROVENCE : 8, 9 et 10 juin 2000

Président d'Honneur : Maurice Mongin

Présidents : André-Pierre Blanc, Pierre-Jean Weiller

Quarante-troisième Congrès Français de Médecine Interne
FORT-DE-FRANCE : 6, 7 et 8 décembre 2000
Présidents : Serge Arfi, Gérard Panelatti

Quarante-quatrième Congrès Français de Médecine Interne
SAINT-MALO : 7, 8 et 9 juin 2001
Présidents : Robert Leblay, Bernard Grosbois

Quarante-cinquième Congrès Français de Médecine Interne
MONTPELLIER : 5, 6, 7 et 8 décembre 2001
Présidents : François Blanc, Jean Ribstein

Quarante-sixième Congrès Français de Médecine Interne
ROUEN : 13, 14 et 15 juin 2002
Présidents : Hubert Courtois, Hervé Lévesque, Eric Bercoff,
Philippe Chassagne, Jean Doucet

Quarante-septième Congrès Français de Médecine Interne
PARIS : 12, 13 et 14 décembre 2002
Présidents : Daniel Séréni, Michel Thomas

Quarante-huitième Congrès Français de Médecine Interne
MARSEILLE : 5, 6 et 7 juin 2003
Présidents : Pierre-Jean Weiller, Claude Gras

Quarante-neuvième Congrès Français de Médecine Interne
GRENOBLE : 11, 12 et 13 décembre 2003
Présidents : Christian Massot, Jean-Luc Debru, Alain Franco,
Patrick-H. Carpentier

Cinquantième Congrès Français de Médecine Interne
BRUGES : 9, 10 et 11 juin 2004
Présidents : Bernard Devulder, Pierre-Yves Hatron,
Eric Hachulla (Médecine Interne), Philippe Dewailly,
François Puisieux (Médecine Interne Gériatrique).

Annexe 4

THÈMES SCIENTIFIQUES DES 50 PREMIERS CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

En dehors des sessions de communications diversifiées de Médecine Interne (environ 5000 communications orales et 10.000 posters en 50 congrès sur 25 ans), les Congrès de la SNFMI comportent systématiquement des sessions à thème. Ont ainsi été notamment traités, par les rapporteurs les plus éminents, lors des Congrès Français de Médecine Interne, les sujets suivants (dans l'ordre chronologique des congrès, de 1979 à 2004) :

- L'étiopathogénie des maladies autoimmunes
- La maladie lupique
- Les endocardites bactériennes
- La pharmacologie clinique
- Les marqueurs biologiques
- Les marqueurs tumoraux
- Les aspects physiopathologiques et thérapeutiques du diabète
- Le choc anaphylactique
- Les gammopathies monoclonales
- Les actualités gérontologiques
- Le complément en Médecine Interne
- Les actualités en pathologie infectieuse
- Les hépatites chroniques
- La malnutrition protéino-énergétique
- Les déficits immunitaires de l'adulte
- Le traitement de la douleur
- Les prostaglandines et les dérivés de l'acide arachidonique
- L'alcoolologie et l'alcoolisme
- La pathologie microcirculatoire
- Le syndrome de Gougerot-Sjögren
- Les nouveaux aspects des traitements de l'information médicale
- Les anticoagulants circulants
- L'épidémiologie et l'environnement des cancers
- Les grandes endémies et la pathologie des migrations

- Les interactions médicamenteuses
- Les arthrites réactionnelles
- Les nouvelles techniques d'imagerie médicale
- L'éosinophile et sa pathologie
- L'évaluation des traitements immunodépresseurs
- Médecine Interne et grossesse
- L'asthme
- Les dysrégulations du comportement alimentaire
- Les hépatites médicamenteuses
- Les aspects somatiques de la dépression
- Oeil et Médecine Interne
- Les vascularites
- Les protéines de l'inflammation
- Déficit et surcharge en métaux en pathologie humaine
- Cytopénies immunologiques
- Fonctions plaquettaires et leurs incidences pathologiques
- Apport diagnostique et thérapeutique de la biologie moléculaire en Médecine Interne
- Maladies de l'intestin grêle et Médecine Interne
- Dyslipoprotéïnémies
- Fibrogénèse et maladies fibrosantes
- Myopathies enzymatiques de l'adulte
- Les facteurs de croissance hématopoïétiques
- Hypertension artérielle
- Métabolisme phosphocalcique
- Neuropathies périphériques en Médecine Interne
- Pathologie tropicale
- Les herpès virus. Actualités et perspectives
- Hypotension orthostatique
- Les anthroozoonoses
- Les artériopathies périphériques non athéromateuses
- Les myocardiopathies et Médecine Interne
- Pharmaco épidémiologie
- Rein et Médecine Interne
- Les démences
- Diabète sucré
- Sarcoïdose
- Les douleurs et leurs traitements
- La tuberculose : le grand retour

- Le Sida
- Peau, soleil et Médecine Interne
- Pathologie du sommeil
- Chlamydiae et Médecine Interne
- Autoimmunité
- Les infections à Candida
- La pathologie du virus C
- Les nouvelles thérapeutiques de la thrombose
- Prothèses et pathologie des prothèses
- Insuffisance cardiaque
- Les lymphomes malins non hodgkiniens
- Système nerveux central et maladies systémiques
- Médecine psychosomatique
- Les maladies génétiques à l'âge adulte
- Regards d'Interniste sur la thyroïde
- Immunologie et pathologie rhumatoïde
- Ostéopathies fragilisantes des personnes âgées
- Les infections nosocomiales
- La pathologie hématologique du sujet âgé
- La mémoire, de sa physiologie à sa pathologie
- Médecine interne et pathologie tropicale
- Lupus systémique
- La ménopause
- L'amylose
- Les rythmes biologiques en médecine interne
- La maladie alcoolique
- Le risque thérapeutique
- Facteurs de risque vasculaire
- Entéropathies et maladies et/ou syndromes systémiques
- Les traitements antiviraux
- Les vascularites
- Les maladies infectieuses émergentes
- Dermatologie et médecine interne
- La sclérodermie systémique
- Médecine interne et technologies de l'information et de la communication
- Athérome et auto-immunité
- Les myopathies inflammatoires
- L'hypertension artérielle pulmonaire
- La prévention du risque thrombotique chez la personne âgée

Annexe 5

COMMISSION PÉDAGOGIQUE NATIONALE DE MÉDECINE INTERNE (2004)

H. ROUSSET	Président SNFMI, Lyon
D. SERENI	Président du Syndicat des Médecins Internistes, Paris
J. BEYLOT	Président de la sous-section 53 01 du CNU, Bordeaux
B. DEVULDER	Secrétaire Général de la SNFMI, Lille
O. AUMAITRE	Président de la CO.PE.NA.MI, Clermont-Ferrand

Membres

Ph. MORLAT	Bordeaux
A. LE QUELLEC	Montpellier
A. PRADALIER	Colombes
D. WAHL	Nancy
Th. HANSLIK	Paris
Z. AMOURA	Paris
F. KUNTZMANN	Strasbourg
P. DISDIER	Marseille

Membres invités

H. LEVESQUE	Rouen, Coordonnateur de CO.CO.NE.MI
Cl. JEANDEL	Montpellier - Président de la Commission d'Evaluation Des pratiques médicales
M. THOMAS	Paris - Président de la Collégiale des Internistes d'Ile-de-France
J. BARRIER	Nantes - Président du Collège des Internistes de Formation Médicale Continue

Annexe 6

ENQUÊTE NATIONALE DE PRATIQUES EN MÉDECINE INTERNE

Sous l'égide du Collège National Professionnel de Médecine Interne

FICHE DE RECUEIL DES DONNÉES

FICHE MEDECIN

VOTRE NOM :

VOTRE PRENOM :

VOTRE LIEU D'EXERCICE :

Intitulé du service/ de l'Unité/ de la Structure...

VOTRE AGE :

VOTRE SEXE Masculin Féminin

Vous travaillez :

- En C.H.U
- En Hôpital général
- En clinique
- En cabinet libéral
- Autres :

Votre mode d'exercice est :

- Publique sans activité privée
- Publique avec activité privée
- libéral prédominant
- Mixte
- Autres :

Données confidentielles qui seront exploitées de façon anonyme

FICHE ANONYME PATIENT 1 (Consultation)

(fiche du premier patient vu en consultation)

1. Consultation en :

- C.H.U
- Hôpital général
- Clinique
- Cabinet libéral
- Autre :

2. Age du patient :

3. Sexe du patient :

4. Ce patient est adressé par :

- Médecin traitant
- Spécialiste
- Service d'exercice
- Vous même
- Urgence
- Autre :

5. Ce patient :

- est déjà connu de vous même consulte pour la première fois

6. Il consulte pour :

- Un avis diagnostique Un avis thérapeutique Autre :

7. Il pose :

- un seul problème plusieurs problèmes

8. Analyse du (des) problème(s) posé(s) et conclusion immédiate :

9. Selon vous, ce malade relevait idéalement :

- des compétences d'un Interniste
- des compétences d'un spécialiste d'organe
- des compétences d'un Généraliste
- Autre :

10. Pour le problème principal, ce malade avait :

- Un seul symptôme
- Plusieurs symptômes

11. Ce(s) symptôme(s) étai(en)t-ils d'ordre :

- Clinique général (ex : fièvre)
- Clinique focalisé (ex : polyarthrite)
- Biologique
- Paraclinique autre (imagerie)
- Polysymptomatique (ex : maladie de système)
- Autre :

12. Selon vous, au terme de votre consultation, le problème principal :

- a été résolu par vous même
- est en cours de résolution (attente d'un avis externe)
- n'est pas résolu
- ne sait pas

13. La problématique posée par ce patient était (échelle analogique)

Simple

Très complexe

14. diagnostic en clair :

FICHE ANONYME PATIENT 2 (Consultation)

(fiche du second patient vu en consultation)

1. Consultation en :

- C.H.U
- Hôpital général
- Clinique
- Cabinet libéral
- Autre :

2. Age du patient :

3. Sexe du patient :

4. Ce patient est adressé par :

- Médecin traitant
- Spécialiste
- Service d'exercice
- Vous même
- Urgence
- Autre :

5. Ce patient :

- est déjà connu de vous même consulte pour la première fois

6. Il consulte pour :

- Un avis diagnostique Un avis thérapeutique Autre :

7. Il pose :

- un seul problème plusieurs problèmes

8. Analyse du (des) problème(s) posé(s) et conclusion immédiate :

9. Selon vous, ce malade relevait idéalement :

- des compétences d'un Interniste
- des compétences d'un spécialiste d'organe
- des compétences d'un Généraliste
- Autre :

10. Pour le problème principal, ce malade avait :

- Un seul symptôme
- Plusieurs symptômes

11. Ce(s) symptôme(s) étai(en)t-ils d'ordre :

- Clinique général (ex : fièvre)
- Clinique focalisé (ex : polyarthrite)
- Biologique
- Paraclinique autre (imagerie)
- Polysymptomatique (ex : maladie de système)
- Autre :

12. Selon vous, au terme de votre consultation, le problème principal :

- a été résolu par vous même
- est en cours de résolution (attente d'un avis externe)
- n'est pas résolu
- ne sait pas

13. La problématique posée par ce patient était (échelle analogique)

Simple

Très complexe

14. diagnostic en clair :

FICHE ANONYME PATIENT 3 (Consultation)

(fiche du troisième patient vu en consultation)

1. Consultation en :

- C.H.U
- Hôpital général
- Clinique
- Cabinet libéral
- Autre :

2. Age du patient :

3. Sexe du patient :

4. Ce patient est adressé par :

- Médecin traitant
- Spécialiste
- Service d'exercice
- Vous même
- Urgence
- Autre :

5. Ce patient :

- est déjà connu de vous même consulte pour la première fois

6. Il consulte pour :

- Un avis diagnostique Un avis thérapeutique Autre :

7. Il pose :

- un seul problème plusieurs problèmes

8. Analyse du (des) problème(s) posé(s) et conclusion immédiate :

9. Selon vous, ce malade relevait idéalement :

- des compétences d'un Interniste
- des compétences d'un spécialiste d'organe
- des compétences d'un Généraliste
- Autre :

10. Pour le problème principal, ce malade avait :

- Un seul symptôme
- Plusieurs symptômes

11. Ce(s) symptôme(s) étai(en)t-ils d'ordre :

- Clinique général (ex : fièvre)
- Clinique focalisé (ex : polyarthrite)
- Biologique
- Paraclinique autre (imagerie)
- Polysymptomatique (ex : maladie de système)
- Autre :

12. Selon vous, au terme de votre consultation, le problème principal :

- a été résolu par vous même
- est en cours de résolution (attente d'un avis externe)
- n'est pas résolu
- ne sait pas

13. La problématique posée par ce patient était (échelle analogique)

Simple

Très complexe

14. diagnostic en clair :

FICHE ANONYME POUR LES CONSULTANTS SUIVANTS*

Diagnostic (ou motif de consultation) pour le 4^e patient :

Diagnostic (ou motif de consultation) pour le 5^e patient :

Diagnostic (ou motif de consultation) pour le 6^e patient :

Diagnostic (ou motif de consultation) pour le 7^e patient :

Diagnostic (ou motif de consultation) pour le 8^e patient :

Diagnostic (ou motif de consultation) pour le 9^e patient :

Diagnostic (ou motif de consultation) pour le 10^e patient :

* Cette fiche a un objectif de représentativité par rapport aux maladies suivies par les Internistes

FICHE ANONYME PATIENT 1 (Hospitalisation)

(fiche du premier patient vu en hospitalisation)

1. Hospitalisation en :

- C.H.U
- Hôpital général
- Clinique
- Cabinet libéral
- Autre :

2. Age du patient :

3. Sexe du patient :

4. Ce patient est adressé par :

- Médecin traitant
- Spécialiste
- Service d'exercice
- Vous même (ex hospitalisation programmée)
- Urgence
- Autre :

5. Ce patient :

- est déjà connu de vous même est hospitalisé pour la première fois

6. Il est hospitalisé pour :

- Un avis diagnostique Un avis thérapeutique Autre :

7. Il pose :

- un seul problème plusieurs problèmes

8. Analyse du (des) problème(s) posé(s) et conclusion immédiate :

9. Selon vous, ce malade relevait idéalement :

- des compétences d'un Interniste
- des compétences d'un spécialiste d'organe
- des compétences d'un Généraliste
- Autre :

10. Pour le problème principal, ce malade avait :

- Un seul symptôme
- Plusieurs symptômes

11. Ce (ces) symptôme(s) étai(en)t-ils d'ordre

- Clinique général (ex : fièvre)
- Clinique focalisé (ex polyarthrite)
- Biologique
- Paraclinique autre (imagerie)
- Polysymptomatique (ex maladie de système)
- Autre :

12. Selon vous, au terme de votre visite, le problème principal :

- a été résolu par vous même
- est en cours de résolution (attente d'un avis externe)
- n'est pas résolu
- ne sait pas

13. La problématique posée par ce patient était (échelle analogique)

Simple

Très complexe

14. diagnostic en clair :

FICHE ANONYME PATIENT 2 (Hospitalisation)

(fiche du premier patient vu en hospitalisation)

1. Hospitalisation en :

- C.H.U
- Hôpital général
- Clinique
- Cabinet libéral
- Autre :

2. Age du patient :

3. Sexe du patient :

4. Ce patient est adressé par :

- Médecin traitant
- Spécialiste
- Service d'exercice
- Vous même (ex hospitalisation programmée)
- Urgence
- Autre :

5. Ce patient :

- est déjà connu de vous même est hospitalisé pour la première fois

6. Il est hospitalisé pour :

- Un avis diagnostique Un avis thérapeutique Autre :

7. Il pose :

- un seul problème plusieurs problèmes

8. Analyse du (des) problème(s) posé(s) et conclusion immédiate :

9. Selon vous, ce malade relevait idéalement :

- des compétences d'un Interniste
 des compétences d'un spécialiste d'organe
 des compétences d'un Généraliste
 Autre :

10. Pour le problème principal, ce malade avait :

- Un seul symptôme Plusieurs symptômes

11. Ce (ces) symptôme(s) étai(en)t-ils d'ordre

- Clinique général (ex : fièvre)
 Clinique focalisé (ex polyarthrite)
 Biologique
 Paraclinique autre (imagerie)
 Polysymptomatique (ex maladie de système)
 Autre :

12. Selon vous, au terme de votre visite, le problème principal :

- a été résolu par vous même
 est en cours de résolution (attente d'un avis externe)
 n'est pas résolu
 ne sait pas

13. La problématique posée par ce patient était (échelle analogique)

Simple

Très complexe

14. diagnostic en clair :

FICHE ANONYME PATIENT 3 (Hospitalisation)

(fiche du premier patient vu en hospitalisation)

1. Hospitalisation en :

- C.H.U
- Hôpital général
- Clinique
- Cabinet libéral
- Autre :

2. Age du patient :

3. Sexe du patient :

4. Ce patient est adressé par :

- Médecin traitant
- Spécialiste
- Service d'exercice
- Vous même (ex hospitalisation programmée)
- Urgence
- Autre :

5. Ce patient :

- est déjà connu de vous même est hospitalisé pour la première fois

6. Il est hospitalisé pour :

- Un avis diagnostique Un avis thérapeutique Autre :

7. Il pose :

- un seul problème plusieurs problèmes

8. Analyse du (des) problème(s) posé(s) et conclusion immédiate :

9. Selon vous, ce malade relevait idéalement :

- des compétences d'un Interniste
 des compétences d'un spécialiste d'organe
 des compétences d'un Généraliste
 Autre :

10. Pour le problème principal, ce malade avait :

- Un seul symptôme Plusieurs symptômes

11. Ce (ces) symptôme(s) étai(en)t-ils d'ordre

- Clinique général (ex : fièvre)
 Clinique focalisé (ex polyarthrite)
 Biologique
 Paraclinique autre (imagerie)
 Polysymptomatique (ex maladie de système)
 Autre :

12. Selon vous, au terme de votre visite, le problème principal :

- a été résolu par vous même
 est en cours de résolution (attente d'un avis externe)
 n'est pas résolu
 ne sait pas

13. La problématique posée par ce patient était (échelle analogique)

Simple

Très complexe

14. diagnostic en clair :

FICHE POUR LES PATIENTS SUIVANTS

(vus au cours de la visite en salle)

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 4^e patient :

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 5^e patient :

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 6^e patient :

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 7^e patient :

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 8^e patient :

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 9^e patient :

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 10^e patient :

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 11^e patient :

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 12^e patient :

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 13^e patient :

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 14^e patient :

Diagnostic (ou motif d'hospitalisation) pour le 15^e patient :

Annexe 7

ACTIVITÉS DES SERVICES DE MÉDECINE INTERNE FRANÇAISE EN 2000-2001 A PARTIR DES DONNÉES DU PMSI

FICHE DE RECUEIL DES DONNÉES

Intitulé du service (Médecine Interne, Médecine Interne+...) :
Structure hospitalière (CHU, CHG, PPSP...)
Ville
Code Postal
Nom du chef de service
Nombre de lits "conventionnels" *
Nombre de lits "de semaine"
Nombre de places d'hôpital de jour
Nombre de lits soins continus/intensifs
Durée moyenne de séjour *
Nombre de séjours (RSS) sur l'année *
Age moyen des patients
Codes des GHM principaux
(pour l'hospitalisation conventionnelle) par ordre de fréquence décroissante (le n° suffit)

1	*
2	*
3	*
4	*
5	*
6	*
7	*
8	*
9	*
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Annexe 8

ABRÉVIATIONS

ACR	American College of Rheumatology
AEMIE	Association Européenne de Médecine Interne d'Ensemble
ANAES	Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
ASF	Association des Sclérodermiques de France
CAMES	Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur
CCA	Chef de Clinique, Assistant
CHG	Centre Hospitalier Général
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISIH	Centre d'Information et de Soins sur l'Immunodéficience Humaine
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNPI	Collège National Professionnel des Internistes
CNU	Conseil National des Universités
COCONEMI	Conseil du Collège National des Enseignants de Médecine Interne
COPENAMI	Commission Pédagogique Nationale de Médecine Interne
CSPTC	Commission Scientifique Pédagogique et Technique des Congrès
DEA	Diplôme d'Etude Approfondie
DES	Diplôme d'Etudes de Spécialité
DESC	Diplômes d'Etudes de Spécialité Complémentaire
DIU	Diplômes Inter-Universitaire
DU	Diplômes d'Université
EFIM	European Federation of Internal Medicine
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EJIM	European Journal of Internal Medicine
ESIM	European School of Internal Medicine
EULAR	European League Against Rheumatism
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers de l'Assistance Publique
FMC	Formation Médicale Continue
FMF	Fièvre Méditerranéenne Familiale
FNCLS	Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Sida

FSM	Fédération des Spécialités Médicales
GERMIVIC	Groupe d'Etude et de Recherche en Médecine Interne et Maladies Infectieuses sur le Virus de l'Hépatite C
GERMMAD	Groupe d'Etude et de Recherche sur les Maladies Musculaires Acquises et Dysimmunitaires
GFEV	Groupe Français d'Etudes des Vascularites
GFRS	Groupe Français de Recherche sur la Sclérodermie
GHM	Groupe Homogène de Malades
GRACG	Groupe de Recherche sur l'Artérite à Cellules Géantes
GRATBOUFI	Groupe d'Attribution des Bourses de Formation Initiale
HIA	Hôpitaux d'Instruction des Armées
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MCU-PH	Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier
PASS	Permanence d'Accès aux Soins
PH	Praticien Hospitalier
PHRC	Projet Hospitalier de Recherche Clinique
PHU	Praticien Hospitalier Universitaire
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
PUPH	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
RCP	Recommandations pour la Pratique Clinique
RSS	Résumés de Sortie Standardisée
RUM	Résumés d'Unités Médicales
SAU	Service d'Accueil et d'Urgences
SNFMI	Société Nationale Française de Médecine Interne
SORS	Standard Options Recommandations
SSA	Service de Santé des Armées
SYNDIF	Syndicat National des Internistes Français
TRAPS	TNF Receptor Associated Periodic Syndrome
UCP	Unité de Concertation Pluridisciplinaire
UEMS	Union Européenne de Médecine Spécialisée
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UMPA	Unité Médicale Post-Accueil
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZHTCD	Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée

Liste des
souscripteurs

**Le Collège National Professionnel de Médecine Interne
remercie les membres de la SNFMI et du SYNDIF pour
leur générosité et leur soutien**

AERTS Jean	COURTOIS Hubert
AGARD Christian	DALLOT Jean-Yves
ARLET Philippe	DAMADE Richard
ARNAL Jean	DE GRAMONT DE L'ESPARRE
BAKIR Redouane	De KORWIN J.Dominique
BARRIER Jacques	De La BLANCHARDIERE A .
BAUZA Robert	DEBRAY Jacques
BELLOU Abdelouahab	DECHY Hubert
BERGMANN J. François	DEVULDER Bernard
BERNIER Etienne	DOR Jean-François
BESANCENOT J.François	DORNER Marc
BEYLOT Jacques	DRESCO Eric
BLAISON Gilles	DUCROIX Jean-Pierre
BLANC François	DUMONT Janine
BLETRY Olivier	DUPOND Jean-Louis
BLICKLE Jean-Frédéric	DUPIN Michel
BOISSONNAS Alain	ETIENNE Yves
BOURNERIAS François	FIOR Renato
BRAMARY Francis	FONTALIRAN Fabrice
BUREAU Jean-Marie	FRENKIEL Jérôme
CABANE Jean	GATFOSSE Marc
CABROL Marie-Paule	GEFFROY Anne-Juliette
CACOUB Patrice	GENEVRAY Bruno
CAILLEBA Alain	GILSON Brigitte
CALLET Bertrand	GODEAU Pierre
CAPDEVIELLE Patrick	GOICHOT Bernard
CARCONÉ Bernard	GOUJARD Cécile
CAULIN Charles	GRANIER Bernard
CENAC Arnaud	GRAPELOUX Alain
CHAFFANJON Patrick	GRATEAU Gilles
CHAGNON André	GRILLIAT Jean-Pierre
COLIN Jean-Yves	GROSBOIS Bernard

HADJIAT Mounir
HANSLIK Thomas
HARLE Jean-Robert
HEIM Marc
HERON Emmanuel
HERSON Serge
HOEL Jean-Claude
HOUDEE Gérard
JACQUEMARD Pierre
JENOUDET Louis-Pierre
KHAYAT Gérard
KONATE Amadou
LAPLANCHE Antoine
LACOSTE Denis
LAUNAY David
LE BOT Marc
LE COQ Jean-Pierre
LE GALL Stevan
LEBAS DE LACOUR J.C
LE LOSTEC Jean-Claude
LEVESQUE Hervé
LIFERMANN François
LORCERIE Bernard
LUTHIER François
MARECHAUD Richard
MASSOT Christian
MECHALI Denis
MERCIE Patrick
MONTAGNE Nathalie
MOURAD Jean-Jacques
OZIOL Eric
PENNAFORTE Jean-Loup
PETIT Emmanuel
PHILIPPE Pierre
PICARD Jean-Jacques
PIETTE Jean-Charles

PRADALIER André
QUENEY Jean-Pierre
REMY Jean-Michel
RENOU Philippe
REGOUBY Yves
RICHARD Christian
ROBERT Jean-François
ROBLOT Pascal
ROCHE Jean-François
ROCHE Jean
ROUSSET Hugues
RUIVARD Marc
SERENI Daniel
SOUALAH Arezki
SOUQUIERE Jean-Philippe
TEMBELY Assanne
THOMAS Michel
VAGNEUR Jean-Paul
Monsieur VERDOIA (don)
VEYSSIER-BELOT Catherine
VIALLARD Jean-François
VIDAL Elisabeth
VINCENEUX Philippe
VISTICOT F.
VITAL DURAND Denis
WAMBERGUE François
XERIDAT Bernard
ZIZA Jean-Marc

**Ainsi que les membres
de la COCONEMI
et son Président Hervé LEVESQUE,
et les donateurs qui ont répondu
à l'appel de Pierre GODEAU**

