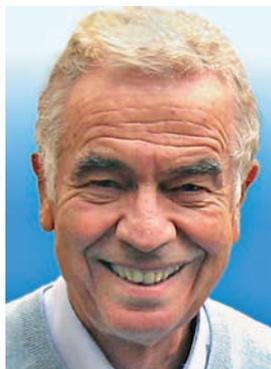


Médecine interne (externe) et générale



Hans Stalder

D'assistant de médecine interne en spécialiste, de spécialiste en interniste hospitalier, puis en policlinicien (donc en médecin de premier recours), ou d'interne en professeur en passant par chef de clinique et chef de service hospitalier: j'ai eu le privilège de traverser tous les stades qu'offre la médecine interne. Ces changements n'étaient pas pour autant faciles. Le plus aisé fut le passage de médecine interne en spécialité: le parcours habituel pour faire une carrière académique en médecine interne. C'était aussi la continuation de la pensée et de l'approche de l'interniste: connaître le détail des problèmes pour trouver la cause du dérèglement; choisir le médicament adéquat; croire que cette approche suffit pour guérir le malade ...

Pourquoi j'ai mis plusieurs années pour accomplir le passage de la médecine interne hospitalière en ambulatoire, ce qui est un parcours des plus classiques? Le plus dure à apprendre à l'air d'une banalité: le premier souci du généraliste n'est pas la maladie, mais le patient. Diagnostique différentiel et pharmacothérapie – les domaines classiques de la médecine interne – ne sont plus des buts en soi, mais deviennent des moyens. Autrement dit, c'est le passage de la pensée linéaire au monde de la complexité. Car un patient, comme toute structure organique, doit être considéré comme un système complexe [1, 2]. Ceci implique que l'évolution de son état n'est pas prévisible, mais qu'il peut s'autoréguler; la moindre intervention peut avoir des conséquences imprévues; on ne peut s'abstraire de son passé; découper dans les détails ne permet pas de reconstruire l'ensemble. Le spécialiste au contraire peut et doit s'abstraire et aller dans le détail par sa technique et ses connaissances, trouver *la* cause et proposer *le* remède. Si la pensée linéaire du spécialiste et l'approche globale du généraliste sont diamétralement différentes, ils sont aussi complémentaires: l'une pour aller dans les détails et l'autre pour synthétiser.

La médecine interne prétend-elle faire les deux? *Innere Medizin* a été conçu vers la fin du XIX^e siècle. En s'intéressant sur ce qui se passait à l'intérieur – chimie, biologie, physiopathologie – elle a largement contribué au progrès scientifiques. Aujourd'hui, les spécialistes s'en sont

appropriés tout simplement parce que l'interniste d'autrefois omnisavant ne peut plus être au courant de tout. Le terme «interne» est resté. Interne? Y a-t-il des «externistes»? Les psychiatres peut-être? Ceux-ci aiment d'ailleurs appeler les internistes «somatiens», terme qui fait trembler un généraliste! Dans les hôpitaux, le haut-lieu de la médecine interne, le patient est effectivement dépourvu de tout ce qui est externe, de son entourage et de ses habits: n'est-il pas «mis à nu» dès son entrée et vêtu par une chemise avec l'insigne de l'hôpital? Ainsi, il ressemble à tous les autres et d'un patient il devient un cas. Sous peu il ne sera même plus facturé comme personne, mais comme DRG ... Quand il y a crise aiguë, il n'est certes pas inutile de s'occuper uniquement de l'«interne» et au niveau hospitalier, la médecine interne a toute sa raison d'être. Elle sait disséquer les problèmes compliqués d'une population de plus en plus âgée, les diagnostiquer et proposer des traitements. Pour l'enseignement elle est indispensable, car pour apprendre il faut simplifier. En faisant abstraction de l'externe, elle n'est cependant pas la spécialité de la complexité. Celle-ci est le domaine de la médecine générale. Voici ce qui fut difficile dans ma carrière: faire le saut de la certitude de la pensée linéaire dans l'univers angoissant, mais passionnant de la complexité.

Les spécialités ayant obtenu leur marque de noblesse, ceux qui restent des internistes aiment quelquefois s'appeler «internistes généralistes». C'est un non-sens! On est soit interniste, laissant à côté l'externe, soit interniste et «externiste», donc généraliste! Si jamais les internistes et généralistes se réunissaient en une seule société (j'en étais parmi les premiers à le proposer!), il ne faudrait donc pas l'appeler «Médecine interne générale», mais «Médecine interne *et* générale»: interne pour les hospitaliers et générale pour les médecins de premier recours!

Hans Stalder*

* Prof. Dr Hans Stalder, médecin spécialiste en médecine interne FMH, membre de la rédaction, était médecin-chef de la Policlinique de Médecine et du Département de Médecine communautaire des Hôpitaux universitaires de Genève.

Références

- 1 Sweeney K. Complexity in primary care. Oxon: Radcliffe Publishing; 2006.
- 2 Stalder H. Médecine générale – pensée linéaire et complexité. Rev Med Suisse. 2006;80:2150-3.