

**SPF SANTE PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAINE  
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 12/07/2012

---

**Direction générale de l'Organisation  
des Etablissements de Soins**

---

**CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

---

**Section «Programmation et Agrément»**

---

**Réf. : CNEH/D/414-1 (\*)**

**Avis concernant la position de l'Interniste général (IG) dans les hôpitaux suite à  
la révision des critères d'agrément des médecins spécialistes**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 11 octobre 2012

## **Avis**

De par le nombre de plus en plus élevé de sous-spécialités actives dans le secteur de l'approche technique et organique des soins dans nos hôpitaux, et de par la taille croissante prise par les hôpitaux au cours des dernières années, le patient peut aujourd'hui avoir accès plus rapidement à des soins plus spécialisés. Cette évolution, si elle est positive, comporte néanmoins aussi un certain risque. En effet, l'absence de collaboration entre toutes ces sous-spécialités peut conduire à une fragmentation des soins, des soins où chaque spécialité se prononce sur le diagnostic et le traitement à suivre, mais où l'on ne cherche pas suffisamment à savoir comment cela fonctionnera au niveau des soins dans leur ensemble. À cela s'ajoute le fait que, trop souvent encore, une évaluation diagnostique (parfois trop) détaillée est réalisée sur base du problème de santé pour finalement conclure qu'il n'y a pas d'anomalie du point de vue de la discipline concernée, sans émettre de suggestion quant à la suite du traitement. Nous avons besoin d'une vision plus holistique, interniste dans ce secteur important de l'approche technique et organique des soins hospitaliers.

Dans ce contexte, le Conseil estime qu'un rôle important est dévolu à l'IG, et ce pour les différents services et unités d'un hôpital tels que les urgences, les soins postopératoires, les consultations, l'hospitalisation classique, voire les services de gestion.

L'IG étudie les pathologies non différenciées et celles qui incluent plusieurs sous-spécialités.

L'IG n'est pas le concurrent des autres médecins de l'hôpital. L'IG tente d'identifier la pathologie non différenciée le plus rapidement possible et, si nécessaire, réoriente le patient vers la ou les sous-spécialité(s) concernée(s). Dans les cas où plusieurs spécialités entrent en ligne de compte, l'IG transposera les avis dans une approche globale, intégrera les différents points de vue médicaux en un ensemble de soins logique.

L'IG est également important pour le médecin généraliste. Le patient est souvent réorienté vers les urgences parce que le médecin généraliste ne sait pas exactement vers quelle spécialité adresser le patient. La pathologie non différenciée découverte par le médecin généraliste peut parfaitement être d'abord orientée via l'IG vers le(s) spécialiste(s) adéquat(s), de sorte que l'IG peut ensuite contribuer à garantir l'intégration dans le cadre de soins médicaux ultérieurs.

L'IG doit donc pouvoir être actif aux consultations, aux urgences, à l'hospitalisation classique, aux soins postopératoires mais aussi dans son propre service d'hospitalisation.

L'IG n'est pas l'hospitaliste, et pour éviter cela, il importe de convenir correctement, dans chaque hôpital, du lieu et des modalités d'intervention de l'IG dans les autres unités de médecine interne, et surtout dans les unités de chirurgie.

La fonction d'IG n'est aujourd'hui pas suffisamment rémunérée. Il est essentiel de prévoir des honoraires corrects, forfaitaires ou non, pour permettre à l'IG de fonctionner au sein de l'hôpital. À l'époque d'aujourd'hui, il est utopique de compter sur la solidarité des autres internistes ou des autres médecins hospitaliers.

Notamment une première admission, une première consultation et une première consultation dans une autre unité doivent être dûment rémunérées pour que l'IG dispose d'un revenu propre à part entière.

Des critères doivent être définis pour la rémunération d'une (première) consultation, d'une admission aux urgences ou admission spécifique auprès de l'IG, afin que l'IG puisse lui aussi prendre en charge la pathologie propre à sa fonction. Ces critères peuvent aussi être fixés de façon à ce que l'IG n'assure ni consultations, ni admissions, ni urgences pour d'autres spécialistes.

On s'efforce de plus en plus à revoir tout le financement du fonctionnement médical des médecins dans les hôpitaux. Cela ne sera pas réalisable à court terme et ne peut donc pas servir d'alibi pour postposer le refinancement de l'IG.

Concernant la formation, le Conseil est d'avis qu'elle doit consister en trois années de base, suivies d'une année de transition et ensuite d'une formation de 2 ans dans la spécialité de médecine interne générale. Ce schéma devrait de préférence être appliqué à toutes les formations en médecine interne. Aussi la médecine interne générale doit-elle devenir une des orientations d'études équivalentes à toutes les autres orientations en médecine interne. Dans le tronc commun, le maître de stage ne doit pas impérativement être un IG. Cela n'est nécessaire que pour la formation finale spécifique pour IG.

#### **Conclusion :**

L'Interniste général (IG) peut apporter une garantie que nos hôpitaux ne connaîtront aucune fragmentation des soins dans le secteur de l'approche technique et organique des soins, à condition que le rôle et la mission de l'IG aient été dûment convenus dans chaque hôpital et moyennant la mise en place d'un système de rémunération adéquat au niveau national.

Ces dispositions et cette rémunération sont autant d'éléments nécessaires pour éviter que l'IG ne soit considéré comme un hospitaliste.

La médecine interne générale pourra alors devenir une spécialité à part entière, qui s'acquiert via deux années de spécialisation, lesquelles font suite à une formation de base de 3 ans et une année transitoire.

#### Note de bas de page :

L'hôpital universitaire de la KU Leuven a obtenu les chiffres suivants qui donnent une idée de ce qu'ils ont entre-temps développé dans le domaine de la médecine interne générale. Il se peut, bien entendu, que la situation dans d'autres établissements soit tout autre, mais nous ne disposons d'aucun chiffre à ce sujet.

Il serait préférable de faire passer environ 10% de l'activité polyclinique d'abord par l'IG.

De même, il faudrait prévoir 1,5 IG pour 20 internistes pour permettre la réorientation des problèmes de médecine interne non résolus.

Enfin, quelque 5% des lits D devraient faire partie du service d'hospitalisation propre à l'IG.