

## INPH - Juillet 2021

[Visionnez ce mail sur votre navigateur](#)



*L'ambition de l'**INPH** est que les besoins de santé de tous les hommes, femmes et enfants vivant dans notre pays soient couverts par une offre de soins de qualité et accessibles à tous.*

Paris, le 1<sup>er</sup> juillet 2021

### Les enjeux hospitaliers de la Médecine interne et de la Médecine polyvalente

Par le **SYNDIF (SYndicat National des Internistes Français)**, membre de l'**INPH** depuis 2018 et représentation syndicale des médecins français exerçant la médecine interne en secteur public hospitalier et **hospitalo-universitaire**, mais également en ESPIC, voire comme salarié du secteur privé ou comme libéral.

### Historique de la médecine interne et de la médecine polyvalente

A la différence de la plupart des pays européens, la spécialité de médecine interne en France est à la fois très jeune et, en plus de sa compétence de médecine interne générale ou polyvalente, elle a développé plus spécifiquement une expertise reconnue dans les maladies rares et du système immunitaire. Cette spécialité a été créée dans les CHU seulement à partir des années 1970 pour devenir un DES en 1985, qui s'appelle depuis la réforme récente de l'internat, DES de médecine interne et immunologie clinique.

Parallèlement à la création universitaire de la spécialité de médecine interne avec une excellence en immunopathologie ou en maladies rares et complexes, les évolutions à la fois des besoins

d'organe, ont rendu nécessaire la création de services de médecine polyvalente. Ceci principalement dans les hôpitaux non-universitaires où il n'existait pas toujours de service de médecine interne, et afin de répondre aux besoins d'hospitalisation, le plus souvent par les urgences, de patients en secteur de médecine hors filière spécifique d'organe.

Cette compétence polyvalente était même reconnue par le concours de **praticien hospitalier**, car jusqu'en 2004 il était possible d'être nommé **PH** en médecine polyvalente, en médecine polyvalente gériatrique ou en médecine polyvalente d'urgence. Par la suite ces titres de nomination ont disparu en limitant la nomination de **PH** uniquement dans la spécialité d'inscription du praticien à l'ordre des médecins. La création des spécialités de gériatrie et de médecine d'urgence, reconnues ensuite par un DES depuis 2017 a bien clarifié les choses. Cependant restait le problème des services de médecine polyvalente non gériatriques, mais ne relevant pas de la spécialité de médecine générale, qui par définition est une médecine ambulatoire non hospitalière.

Alors la médecine polyvalente est-elle une nouvelle spécialité purement hospitalière, qui serait différente de la gériatrie aiguë ou de la médecine interne ?

***Le rapport et recommandations de la FHF de juin 2018 sur la Médecine Polyvalente à l'Hôpital, sous la présidence du Pr Philippe Morlat, fait un excellent état des lieux de cette activité médicale hospitalière.***

Ce rapport confirme que les services de médecine polyvalente sont des services de court séjour recrutant majoritairement des patients passés par les urgences dont le profil est très similaire aux **patients hospitalisés** par les urgences que l'on peut rencontrer dans les services de médecine interne ou de gériatrie aiguë. Cette activité de médecine polyvalente est également exercée dans les services de SSR polyvalents, appelés maintenant SSR indifférenciés, mais également de plus en plus souvent dans les services de chirurgie, voire dans les services hyperspécialisés d'organe ou de cancérologie et même dans les établissements spécialisés de psychiatrie ou de médecine pénitentiaire.

---

## **Quels sont les praticiens qui pratiquent cette médecine polyvalente ?**

Depuis 2005, les **PH** nommés pour exercer cette activité de médecine polyvalente sont très

Enseignants (CNGE) ne reconnaît l'exercice de la médecine générale qu'ambulatoire et en soins primaires. Cela pose donc un double problème :

1. Certains praticiens de médecine polyvalente exerçant uniquement en secteur hospitalier de façon contractuelle, et ayant fait leur formation initiale en médecine générale avant l'avènement du DES de médecine générale, pourraient ne pas être nommés **PH** de médecine générale si la spécialité de médecine générale ne leur était pas reconnue.
2. Pour ceux qui sont nommés comme **PH** de médecine générale, qu'ils soient sur une activité de médecine polyvalente ou une tout autre activité (soins palliatifs par exemple) hospitalière, il va se poser la question de leur recertification et du CNP (Conseil National Professionnel) d'inscription pour leur développement professionnel continu (DPC).

---

## Quels seraient les conséquences de la recertification des médecins ?

Véritable serpent de mer, et annoncée de longue date, la recertification de tous les médecins pourrait s'appliquer pour les nouveaux inscrits à l'ordre à partir de 2021 et sur la base du volontariat pour les autres. Il s'agirait de valider un parcours de formation professionnelle post universitaire relevant du CNP de sa spécialité, permettant d'obtenir une recertification dans sa spécialité tous les 6 ans. Ce projet se base sur le rapport présidé par le Pr UZAN rendu en novembre 2018. Cependant la mise en œuvre et surtout le financement semblent être restés pour l'instant en gestation.

Néanmoins ce concept de recertification poserait un véritable problème pour les **PH** nommés en médecine générale et qui n'exerceraient pas la médecine générale ambulatoire ou de premier recours au moins à temps partiel en plus de leur activité hospitalière, qui le plus souvent n'est pas de la médecine générale. De plus la double activité de médecine générale et de médecine hospitalière de premier recours, qui est fréquemment exercée dans les hôpitaux locaux, n'est souvent ni adaptée, ni a fortiori retrouvée dans les centres hospitaliers dotés de plateaux techniques et de compétences spécialisées.

---

## Quelle formation, quelle qualification ou requalification possibles pour les médecins polyvalents ?

remplace les DESC) de médecine polyvalente permettant à tous les DES de spécialités médicales, médecine générale comprise, de compléter sa formation en médecine hospitalière polyvalente. A défaut donc de pouvoir augmenter le nombre de DES de gériatrie et de médecine interne, cette FST devrait permettre de former tous ceux qui seront nécessaires aux besoins croissants de cette activité hospitalière.

Cependant il serait difficile de créer une nouvelle spécialité médicale qui existe déjà au moins au niveau européen sous le nom de médecine interne ou de médecine interne générale, et qui nécessite un certain niveau de compétences dans la pratique de la médecine hospitalière complexe et polyopathologique d'adulte, voire gériatrique. Dans ce sens la Société Francophone de Médecine Polyvalente (SFMP) nouvellement créée, est donc en cours d'intégration au CNP de Médecine Interne pour le développement d'un DPC commun. Il convient également de rappeler qu'au niveau universitaire la gériatrie et la médecine interne font partie (avec l'addictologie) de la même sous-section du CNU.

### **Quelles revendications soutenues par le SYNDIF pour cette médecine hospitalière polyvalente et qui reprennent les grandes lignes du *rapport de 2018 sur La Médecine Polyvalente à l'Hôpital ?***

- 1.** Des effectifs médicaux et de personnel soignant suffisants et équivalents pour les services de médecine polyvalente, de gériatrie de court séjour et de médecine interne, pour répondre à la pénibilité à la fois de la permanence et de la continuité des soins...il ne suffit pas simplement de « lits d'aval des urgences », il faut les professionnels et l'organisation adéquats pour les faire fonctionner !
- 2.** Réaliser sous l'égide de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) une enquête démographique des besoins de formation dans le domaine de la médecine polyvalente.
- 3.** Prévoir un nombre suffisant de postes en médecine interne ou en gériatrie lors de l'ouverture des accès à un deuxième DES.
- 4.** Favoriser le regroupement au sein d'une même structure des activités de médecine polyvalente, de gériatrie de court séjour et de médecine interne, lorsqu'elles coexistent dans un même centre hospitalier.
- 5.** Ne pas diminuer le nombre de lits dans ces mêmes services pour l'activité de médecine polyvalente post-urgence afin de ne pas fragiliser les filières d'aval des urgences.
- 6.** Créer des postes de praticien pour assurer cette médecine polyvalente dans les services de chirurgie, de médecine hyperspécialisée et dans les centres hospitaliers spécialisés (secteurs de psychiatrie).

et familiale.

8. Faciliter l'accès des praticiens exerçant la médecine polyvalente à des formations universitaires diplômantes, notamment par le CNP de médecine interne.
9. Favoriser la possibilité d'accès aux qualifications ordinales en médecine interne ou en gériatrie pour les praticiens exerçant la médecine polyvalente hospitalière.

## Conclusion

**Les services hospitaliers de médecine polyvalente, de gériatrie aiguë et de médecine interne sont non seulement très polyvalents, mais sont surtout très « polyvalillants »**, comme la crise du COVID a pu le révéler, et ils confirment quotidiennement leur rôle de « poumon de l'hôpital » pour toute l'activité d'hospitalisation par les urgences ne relevant pas d'une filière de spécialité d'organe. Ces services sont à même de répondre à la véritable épidémie à laquelle nous sommes confrontés, celle qui est la conséquence directe de la progression de la pyramide des âges, des évolutions socio-économico-environnementales et de la survivance prolongée grâce aux progrès de la médecine. Ne nous y trompons pas, la canicule ou le COVID ne sont que des symptômes avant-coureurs de cette véritable épidémie à l'impact hospitalier malheureusement très prévisible.

**Si vous souhaitez adhérer à l'INPH, merci de nous le faire savoir en nous envoyant le bulletin d'adhésion.**

**Cliquez ici pour accéder au bulletin d'adhésion**

**Rachel BOCHER**  
Présidente de l'**INPH**

### **SPHPF**

Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie  
Française  
Président : Dr M. LEVY

### **FPS**

Fédération des Praticiens de Santé  
Président : Dr S. BRAMLI

### **SYNPPAR**

Syndicat des Praticiens Hospitaliers à Temps  
Partiels  
Président : Dr A. ORGIBET

### **SNMInf**

Syndicat National des Maladies Infectieuses  
Président : Dr Hugues AUMAÎTRE

Président : Dr A. JACOB

### **Le SHU**

Syndicat des Hospitalo-Universitaires

Président : Pr O. BOYER

### **SNOHP**

Syndicat National des Odontologues des H.  
Publics

Président : Dr P. LARRAS

### **SNPH-CHU**

Syndicat National des PH de CHU

Président : Dr J.M. BADET

### **SPEP**

Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public

Président : Dr M. TRIANTAFYLLOU

### **SYNPREFH**

Syndicat National des Pharmaciens des

Etablissements Publics de Santé

Présidente : Dr C. BORONAD

Présidente : Dr H. LE HORS

### **SPH**

Syndicat du service Public Hospitalier

Présidente : Dr E. MANCEL

### **SYNDIF**

Syndicat des Internistes Français Président : Pr P.  
ROBLOT

### **SPEEP**

Syndicat des Médecins Exerçant en Milieu  
Pénitentiaire

Présidente : Dr E. CHAIGNE

### **CNAH**

Confédération Nationale des Assistants  
des Hôpitaux

Président : Dr Jean-Marie FARNOS

### **FNASF**

Fédération Nationale des Associations de  
Sages-femmes

Présidente : Mme MASCART

Intersyndicat National  
des Praticiens Hospitaliers  
43, Avenue du Maine - 75014 Paris  
[www.intersyndicat-des-praticiens-  
hospitaliers.com](http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com)

Contact :  
Rachel BOCHER  
Tel. : 02 40 84 63 00  
Fax : 02 40 84 63 06

[Se désinscrire de la newsletter](#)