

Quoi de neuf à Genève pour la médecine de premier recours?

Dix questions au professeur Jean-Michel Gaspoz

Philippe Fontaine

Depuis quelques mois, vous avez été nommé en remplacement du professeur Hans Stalder, ancien patron de la Policlinique de Médecine de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève. Une réorganisation surprise vous a catapulté à la tête d'un super département, quel est son nom et que regroupe-t-il comme services?

Le Département s'appelle «Département de Médecine communautaire et de premier recours». Il regroupe l'ancienne Policlinique de Médecine, rebaptisée «Service de Médecine de Premier recours», un nouveau service, le Service des Urgences (qui regroupe toutes les urgences adultes, à l'exception de la gynécologie), le Service d'Enseignement thérapeutique des maladies chroniques et l'Institut de Médecine légale. L'ancienne Policlinique de gériatrie, une partie du Service d'Epidémiologie clinique, ainsi qu'une partie du Service de médecine pénitentiaire ont été intégrées dans le Service de Médecine de premier recours sous forme d'unités (respectivement, l'Unité de gériatrie communautaire, l'Unité d'épidémiologie populationnelle et l'Unité de médecine pénitentiaire). De cette «recomposition», ce Département, dont Hans Stalder fut le fondateur, ressort consolidé et renforcé. Les services et unités en son sein offrent désormais des opportunités presque uniques de formations prégraduée et postgraduée en médecine de premier recours étendues. Manque cependant l'exposition indispensable à la médecine de cabinet, pour laquelle les collaborations actuelles avec les praticiens de ville devront s'étendre.

Votre titre officiel est donc celui de Chef du Service de Médecine de premier recours. Vous devenez ainsi notre interlocuteur universitaire de choix, à nous généralistes et internistes installés. Ce choix a étonné certains confrères, vous ayant plutôt connu comme cardiologue et numéro deux de la Médecine Interne des Hôpitaux Universitaires Genevois. Votre formation a été celle d'un interniste hospitalier, spécialisé en cardiologie. On est un peu loin de la médecine générale, non?

En apparence seulement. Après six ans de formation en médecine interne (et une année de neurologie), j'ai en effet choisi en 1988 de faire une spécialisation

en cardiologie au Brigham and Women's Hospital à Boston, dont le chairman du Département de Médecine n'était autre qu'Eugène Braunwald. J'y suis resté jusqu'en 1991. A part mes activités en cardiologie clinique et en salle de cathétérisme, j'ai choisi d'y faire, non pas de la recherche en sciences fondamentales ou en cardiologie interventionnelle, mais de la recherche en épidémiologie clinique. Pour ces activités, j'ai ainsi très vite intégré le groupe de Lee Goldman et Thomas Lee, autres cardiologues «atypiques», en charge de la Division d'épidémiologie clinique et de médecine interne générale. Leur influence a été cruciale pour moi. Suivant leurs conseils, je me suis inscrit à la Harvard School of Public Health, où j'ai obtenu en 1991 un master en Health Policy and Management. Cette formation (outre ce que j'en retire à mon poste actuel!) m'a donné le substrat théorique pour mes recherches. Ainsi, très vite, la cardiologie m'est apparue comme le champ de connaissances cliniques que je maîtrisais le mieux, mais d'où je pouvais développer des modèles de recherche la dépassant largement. C'est ainsi que j'ai progressivement migré vers la recherche concernant l'utilisation des ressources en médecine, la qualité des soins, ainsi que l'analyse coût/efficacité. A mon retour, logiquement, mon premier poste a été celui de premier chef de clinique dans un service hospitalier de médecine interne, sous la direction du Prof. F. Waldvogel. Toutefois, j'avais beaucoup travaillé à Boston avec le Harvard Community Health plan, une HMO affiliée au Brigham and Women's Hospital. Ainsi à Genève, malgré mon appartenance à un service hospitalier, j'ai très vite renoué des contacts avec des amis d'internat et de chef de clinicat en ville, les Dr Philippe Schaller et Marc André Raetzo. Ensemble, dès 1991, nous avons piloté sur le plan clinique et administratif la première HMO du canton, celle des étudiants de l'Université de Genève. Je continue à participer tous les quinze jours aux cercles qualité de cette HMO devenue le réseau Delta, qui regroupe actuellement plus de 25000 assurés. Parallèlement, j'ai également développé rapidement une activité de consultation ambulatoire, principalement axée au début sur des «second opinions» ou la médecine préopératoire. Peu à peu, cette consultation s'est transformée en celle

d'un médecin de premier recours. Pour résumer ma réponse: cardiologue, oui; interniste hospitalier, également, mais à vision généraliste. Le tout comme tremplin de recherche et de pratique vers un domaine plus large, celui de la médecine de premier recours. Je me permettrais une touche ironique: ma formation fait que je suis un médecin de premier recours sans complexes vis-à-vis de la médecine de spécialité: j'ai vu et je connais!

Beaucoup d'entre nous rêvent d'un Institut de Médecine Générale, comme celui de Bâle par exemple. Quelle structure projetez-vous pour Genève et comment voyez-vous la collaboration avec les médecins de ville?

Le budget de l'Unité d'Enseignement de Médecine Générale de Genève a migré des Hôpitaux Universitaires à la Faculté de Médecine en janvier de cette année. En tant que nouveau Directeur du Département facultaire de Santé et Médecine communautaire, j'ambitionne, avec le soutien du Décanat et du Président du Comité des années cliniques, de créer une structure académique d'enseignement et de recherche en médecine de premier recours comprenant des praticiens impliqués dans cet enseignement, auxquels seront confiés des postes facultaires à temps partiel et des titres académiques. Un groupe de travail s'est mis en place à cet effet; les contacts avec les autorités politiques sont en cours. Notre ambition est de valoriser la médecine de premier recours en prégradué, en créant un cursus de formation dans ce domaine clairement identifié, très visible et, nous l'espérons, attrayant.

Si je comprends bien, l'Unité d'Enseignement de Médecine Générale (UEMG), qui vient d'être rattachée à la Faculté de médecine, va disparaître. Comment voyez-vous la continuité entre les deux structures?

Il ne s'agit pas d'une disparition mais d'une migration et ceci ne doit pas être vu comme un désaveu mais comme la reconnaissance (enfin!) de cette discipline comme étant académique. La nouvelle structure va naître à partir de l'UEMG et les actuels membres de l'UEMG continueront à jouer un rôle prépondérant dans l'enseignement et la recherche en médecine de premier recours. Leurs affiliations académiques actuelles seront renforcées; ils se trouveront par ailleurs en excellente position pour postuler aux postes académiques stabilisés.

Etes-vous sûr que la Faculté de Médecine et l'Etat, dont on connaît les difficultés financières actuelles, sont prêts à vous donner les moyens nécessaires pour finaliser vos projets? Quelles sont les échéances que vous envisagez?

Les membres du groupe de travail sont très motivés et nous espérons être entendus par les autorités universitaires et politiques. Les contacts avec ces déci-

deurs sont déjà pris; certains rendez-vous ont eu lieu, d'autres sont retenus. Notre ambition est de mettre sur pied ce cursus de médecine de premier recours pour la rentrée académique 2008.

Le Managed care est à la mode aujourd'hui. Certains de nos confrères, qui connaissent bien les Etats-Unis ne sont guère rassurés. Comment éviter chez nous les erreurs commises là-bas?

L'erreur fondamentale aux Etats-Unis est d'en avoir fait un «business». Beaucoup d'HMO sont des sociétés avec actionnaires, auxquels doivent être garantis des dividendes issus des marges entre les primes payées et les prestations fournies. Les HMO qui ne fonctionnent pas sur ce mode, telle la Kaiser Permanente en Californie, se caractérisent par un accès aux prestations de prévention facilité et une bonne qualité des prises en charge thérapeutiques. Les HMO en Suisse sont, d'une part, sans but lucratif et, d'autre part, fonctionnent, pour la plupart, sur un mode organisationnel moins «fermé» que les HMO américaines. Ainsi le réseau Delta à Genève, qui fonctionne non pas avec des médecins salariés mais avec des médecins indépendants travaillant en réseau (modèle Preferred Provider Organization ou PPO), qui adhèrent à une philosophie commune visant des soins équilibrés quant à leur rapport qualité-sécurité-économique. Dans tous ces systèmes, cependant, le contrôle qualité est clé et c'est ce qu'il faut promouvoir (entre autres par les cercles de qualité) et exiger. *Les médecins généralistes et internistes, dans quasi tous les cantons, se sont rassemblés en association commune. Curieusement, les cadres de la société suisse de médecine interne, universitaires pour la plupart, se refusent à une fusion avec la société suisse de médecine générale (SSMG). Qu'en pensez-vous?*

Je fais partie des cadres universitaires (et je ne suis pas seul, notamment en Suisse romande) qui pensent très intimement qu'il n'y aura pas de salut dans l'«Alleingang» au niveau national. Les médecins généralistes et les internistes généralistes ont un métier très proche et souvent (particulièrement en ville) identique. Leurs intérêts, et leur avenir, sont donc communs. L'union fait la force et je suis pour la création d'une société unique; j'y œuvrerai dans la mesure de mes moyens.

Regardons maintenant vers l'avenir: le «papy boom» touche aussi les médecins installés. D'ici dix ans, une pénurie sera là. Si l'on veut éviter un afflux de médecins étrangers et du tiers-monde en particulier, comment redonner le goût de la médecine de famille aux jeunes étudiants, et n'est-ce pas trop tard déjà?

Le défi est sérieux et nous avons beaucoup de retard à combler. Il faut rendre la médecine de premier recours très visible et la valoriser dès les premières années d'étude de médecine; de même pour la forma-

tion postgraduée. Les étudiants et les jeunes médecins sont sensibles aux modèles de rôle et sont impressionnés par le statut d'une discipline ou de ses représentants dans les facultés et les hôpitaux universitaires; ceci conditionne souvent leurs choix futurs. La position de la médecine de premier recours (c'est-à-dire des services de médecine générale et de médecine interne générale, hospitaliers et ambulatoires), et de leurs représentants, doit être aussi forte dans nos facultés et hôpitaux universitaires que celle des autres disciplines médicales, en particulier des spécialités de la médecine interne. Bien sûr, ceci ne fera pas tout: notre enseignement prégradué et nos formations postgraduées dans cette discipline doivent viser l'excellence. Importe aussi le contact étroit et précoce durant les études avec des médecins praticiens de premier recours convaincus et enthousiastes. Reste encore le problème des revenus des médecins de premier recours, souvent inférieurs à ceux de leurs collègues spécialistes; il y a là une tâche considérable, celle de rendre nos politiciens cohérents et ne pas, d'un côté, laminer financièrement les médecins de premier recours et, de l'autre, déclarer au parlement que la médecine de premier recours et les «gatekeepers» seront les piliers de notre système de soins.

La recherche en médecine de premier recours a un grand besoin de stimulation. Ayant effectué une thèse pendant ma pratique professionnelle privée, et vu les efforts que cela m'a demandé, je vois mal un grand nombre de confrères prendre la même voie ... Quelles sont les nouvelles pistes à imaginer?

Il s'agit en effet d'un sujet difficile. Les pistes futures seront celles d'un partenariat étroit entre les services hospitaliers et académiques (telles les policliniques, par exemple) et des cabinets. Chacun devra faire sa part: praticiens et services hospitaliers devront trouver ensemble des idées de projets de recherche; dans cette quête et dans l'appréciation des possibilités de concrétisation de ces projets, les pra-

ticiens pourraient jouer un rôle prépondérant. Le rôle des services hospitalo-universitaires sera de mettre sur pied les protocoles et de trouver des financements, y inclus pour du personnel de recherche, ce qui ne ferait pas reposer entièrement la charge de la collecte de données sur les praticiens; ces mêmes structures seront en charge des analyses statistiques. L'exploitation des résultats et la rédaction des publications redeviendraient ensuite œuvre commune. C'est une telle synergie que permettront les structures académiques d'enseignement et de recherche réunissant en leur sein praticiens et hospitalo-universitaires.

Merci pour cet entretien. Je vous souhaite pleine réussite dans vos projets et je suis sûr que mes collègues internistes et généralistes sont prêts à s'y associer. Auriez-vous encore un point à ajouter avant de nous quitter?

Je suis particulièrement heureux et fier de pouvoir œuvrer dans le domaine de la médecine de premier recours. Je vous suis gré de votre soutien, ainsi que de celui de votre société professionnelle genevoise, regroupant généralistes et internistes. Enfant, j'allais en vacances chez ma grand-mère dont le chalet jouxtait la salle de consultation hebdomadaire du médecin généraliste de la vallée. J'ai commencé par obtenir de ma grand-mère de pouvoir assister à ses visites médicales, puis m'échappais du chalet pour participer à d'autres consultations. Je fis même une déclaration solennelle, à l'âge de sept ans, selon laquelle je serai médecin généraliste; ceci avait produit une réaction amusée, mais sceptique, de mon père politicien et d'une famille faite d'enseignants. Et voici qu'après un long voyage, j'ai en quelque sorte bouclé la boucle!

Dr Ph. Fontaine
Spécialiste FMH en Médecine Générale
1242 Satigny
p.fontaine@bluewin.ch