Plaidoyer pour une société unique de spécialistes en médecine générale et interne en Suisse (2e partie)

Arnaud Perrier[a], Jacques Cornuz[b], Jean-Michel Gaspoz[c], Alain Pécoud[b], Gérard Waeber[d]

a Service de médecine interne générale, Département de médecine interne, Hôpitaux Universitaires de Genève

b Policlinique médicale universitaire, CHUV, Lausanne

c Service de médecine de premier recours, Département de médecine communautaire et de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève

d Service de médecine interne, Département de médecine interne, CHUV, Lausanne

Correspondance:
Prof. Arnaud Perrier
Service de médecine interne générale
HUG
Rue Micheli-du-Crest 24
CH-1211 Genève 14
Tél. 022 372 90 52
Fax 022 372 91 16

arnaud.perrier@medecine.unige.ch

Résumé

Le débat au sujet de la légitimité de l'existence en Suisse de deux sociétés médicales et de deux titres de spécialistes, l'un en médecine interne et l'autre en médecine générale, resurgit avec force en raison de l'évolution rapide de l'offre médicale et des contraintes sur le système de santé. Dans la deuxième partie de cet article d'opinion et de réflexion, les représentants universitaires romands de la médecine interne/générale hospitalière et ambulatoire analysent les arguments en contre la création d'une société unique, sous l'angle de la formation et de la recherche. Les arguments développés dans la première partie leur paraissant l'emporter, ils prennent position en faveur d'un tel projet et proposent un parcours de formation individualisé en fonction du futur environnement de pratique (hospitalier, ambulatoire urbain ou ambulatoire rural).

Introduction

Dans la première partie de cette réflexion [1], nous avons tenté de répondre à la question du type de médecins dont la Suisse a besoin. Nous avons pu ainsi mettre en lumière un manque prévisible de médecins généralistes et internistes dans notre pays d'ici les 15 prochaines années, si nous ne parvenons pas à faire naître davantage de vocations pour ce type d'activité médicale. Nous avons relevé le manque d'attrait des jeunes médecins en formation pour la carrière de médecin de premier recours et tenté de voir si la réunion de nos deux sociétés de discipline (Société suisse de médecine interne SSMI et Société suisse de médecine générale SSMG) pourrait renforcer le généralisme en Suisse. Conscients qu'une telle démarche se heurte à de nombreuses difficultés, nous abordons maintenant les arguments qui s'y opposent.

Arguments contre une société unique de médecine générale/interne

Perte de repères et d'identification de la part des membres des deux sociétés

Malgré des rapprochements croissants au fil du temps, la médecine générale et la médecine interne ont une culture professionnelle un peu différente. Quelques exemples: les futurs généralistes savent généralement déjà à la fin de leurs études de médecins qu'ils souhaitent pratiquer la médecine générale, alors que les internistes en formation sont encore nombreux à hésiter en la médecine interne générale et une spécialité de la médecine interne, même après trois à quatre ans de formation postgraduée. Nous ne pouvons ici citer d'étude qui le démontre, mais nous pouvons baser cet énoncé sur nos expériences respectives de formateurs et de responsables de l'engagement des médecins internes. La médecine interne se targue souvent d'avoir une plus grande exigence intellectuelle, ce à quoi les généralistes rétorquent qu'ils sont mieux formés à la relation médecin-malade et au suivi longitudinal et à la gestion de symptômes qui ne correspondent souvent pas à une entité pathologique définie. Ces prétentions sont probablement exagérées dans les deux sens. Elles constituent cependant le creuset dans lequel se sont forgées nos deux identités, et il serait illusoire de ne pas en tenir compte. Cela ne nous paraît néanmoins pas être un obstacle insurmontable.

Affaiblissement vis-à-vis des disciplines de spécialité

Les spécialités, en particulier celles proches de la médecine interne (cardiologie, néphrologie, gastro-entérologie, etc.), ont un ancrage académique très fort. Aujourd'hui déjà, les spécialités remettent en question la spécificité de la médecine interne hospitalière. Si la plupart des spécialistes lui reconnaissent un rôle dans la formation des étudiants et des internes, il n'y a pas d'unanimité pour soutenir la persistance de services de médecine interne forts au sein de l'hôpital universitaire. Certains pourraient donc craindre que le rapprochement avec les généralistes dont l'ancrage académique est actuellement mineur affaiblisse encore la médecine interne face aux spécialités. *Ce risque peut être prévenu, en particulier en maintenant une exigence de formation élevée et en développant la recherche en médecine générale.*

Un processus long et compliqué

Nous avons dit plus haut que la portée de cet article n'inclurait pas les aspects de politique professionnelle. On ne peut néanmoins pas ignorer que *la création d'une société commune* (cette formulation est probablement plus appropriée que celle de «fusion») *serait un processus complexe et de longue haleine*. Ce processus aurait des volets très variés, de la redéfinition des organes de direction et de gestion aux négociations tarifaires avec les assureurs, de la communication pour assurer la visibilité de cette nouvelle structure à la redéfinition des programmes de formation, pour n'en citer que quelques-uns. Nous laissons le lecteur répondre à la question difficile de décider si cela en vaut la peine.

Une opération inutile

Nous avons déjà mentionné que la collaboration étroite entre généralistes et internistes, souvent même dans des structures communes, était déjà une réalité à l'échelon cantonal dans bien des endroits. Cet argument que nous avons employé pour soutenir l'idée de la création d'une société professionnelle unique pourrait être renversé: pourquoi se donner tant de mal alors que cela se fait déjà sur le terrain? Cet argument nous semble à courte vue. Dans notre système fédéral, chaque canton a tendance à en faire à sa tête, mais de très nombreuses décisions qui nous concernent au premier chef sont prises à l'échelon confédéral. *Le regroupement au niveau cantonal ne suffit donc pas*.

Proposition pour un programme de formation postgraduée commun

Dans la dernière section de cet article, nous aimerions dessiner ce que pourrait être un programme de formation en médecine interne/générale avec des spécificités différentes en fonction de l'environnement pratique. Les principes en seraient les suivants.

Un tronc commun initial de médecine interne hospitalière

Comme cela a déjà été développé plus haut, l'exercice de la médecine ambulatoire demande des compétences plus sophistiquées et dans un milieu moins encadré que la médecine hospitalière. Il est donc logique d'exiger que la formation débute à l'hôpital pour se poursuivre en ambulatoire et non l'inverse. D'autre part, une durée minimale de deux ans de formation en médecine interne hospitalière paraît nécessaire, et va dans le sens des exigences de qualité défendues précédemment. Enfin, la durée de formation minimum pour les trois filières serait de cinq ans.

Des filières de formation déterminées par l'environnement de pratique

Nous distinguerons trois environnements qui nous paraissent correspondre *grosso modo* à la réalité sociologique d'aujourd'hui: l'hôpital (universitaire ou non), le milieu urbain et le milieu rural.

Médecine hospitalière

La formation à la médecine hospitalière serait essentiellement basée à l'hôpital. Elle devrait comporter au minimum 4 ans dans le domaine de la médecine interne et de ses spécialités, dont au minimum deux ans dans des services de médecine interne générale. *La formation d'un généraliste/interniste hospitalier ne peut pas se limiter à l'addition de rotations dans des services de spécialité*. Sinon, où et comment apprendre la prise en charge globale, la gestion de réseaux, la pratique d'une médecine rationnelle et coût-efficace? Cette formation hospitalière devrait faire une part suffisante à la médecine d'urgence et à la médecine intensive, afin de préparer des médecins polyvalents à même de travailler et, le cas échéant, de diriger des services de médecine dans les hôpitaux régionaux. Rappelons qu'une proposition précise et structurée de titre de formation approfondie en médecine interne hospitalière dort toujours dans les tiroirs de la FMH… [2].

Une exposition à la médecine ambulatoire serait néanmoins hautement souhaitable, ne serait-ce que pour que les médecins hospitaliers connaissent de l'intérieur les contraintes et les difficultés de leurs collègues installés en cabinet. En effet, une des grandes faiblesses de notre système de santé actuel est la mauvaise communication entre les partenaires qui interviennent aux différentes étapes du parcours du patient. Une meilleure connaissance des problèmes propres à chacun de ces partenaires est un élément-clé d'une meilleure articulation et communication entre eux. Cela étant, l'exigence actuelle d'une année entière de médecin ambulatoire nous paraît excessive pour une formation en médecine interne/générale hospitalière.

Médecine en milieu urbain

En milieu urbain, et particulièrement dans les grandes villes, les métiers de généraliste et d'interniste ne sont plus guère différents. En particulier, ces médecins ne mettent à profit leurs notions en pédiatrie, en gynécologie et en chirurgie que de façon exceptionnelle. Une excep-

tion notable à cela est le diagnostic et le traitement des traumatismes mineurs (entorses, coupures, etc.), particulièrement pour ceux de nos collègues qui travaillent dans des structures orientées vers les urgences ambulatoires. Ainsi, après le tronc commun hospitalier, l'accent devrait être mis dans cette filière de formation sur une excellente formation à la médecine ambulatoire, combinant de préférence la formation de type policlinique universitaire, urgences ambulatoires et assistanat au cabinet. Nous soutenons en effet qu'il s'agit là d'expériences complémentaires et non pas interchangeables. Nous sommes bien conscients que c'est plus aisément dit que fait, et que de nombreux obstacles devraient être surmontés pour rendre une telle formation possible (nombre de places de formation à l'ambulatoire type policlinique et urgences suffisant, financement de l'assistanat au cabinet, notamment). *Néanmoins, le but de mettre en place un nouveau programme de formation avec des filières spécifiques et d'être plus ambitieux, pas moins!*

Médecine en milieu rural

Dans un environnement sociologique changeant, la définition de ce qu'est le milieu rural est sans doute sujette à controverse. Dans le cadre de notre propos, nous le définirons comme un environnement de pratique dans lequel, faute d'une densité suffisante des autres types de médecins de premier recours, un généraliste/interniste sera amené à soigner des enfants, et pratiquer la gynécologie-obstétrique de premier recours. Sa formation devrait donc être robuste dans ces deux domaines, et au moins aussi bonne que celle des médecins qui pratiquent en milieu urbain pour la petite traumatologie. Un tel médecin devra également avoir des compétences de base en ORL et ophtalmologie, notamment. On pourrait s'étonner que nous n'ayons pas encore mentionné la psychiatrie. Il y aurait là un débat en soi qui dépasse le cadre de cet article. En effet, *tous les médecins de premier recours doivent avoir des notions de psychiatrie, que ce soit dans le cadre d'une pratique hospitalière ou ambulatoire*. Ce sont en effet eux qui détectent, et souvent soignent dans les cas non compliqués, les troubles psychiques courants, tels que les troubles anxieux et la dépression. La question n'est donc pas de savoir si ils doivent acquérir des compétences dans ce domaine, mais bien où et comment. *En effet, il n'est pas certain que l'assistanat dans une clinique psychiatrique, où se trouve contrée une pathologie mentale lourde, soit le meilleur milieu pour cet apprentissage. Ce doit donc être un objet de réflexion commun pour toutes les filières que nous décrivons ici.*

Cette filière devrait donc combiner à l'issue du tronc commun une formation à la pratique ambulatoire en policlinique et au cabinet, à l'urgence ambulatoire, et au minimum des rotations (de préférence ambulatoires) en pédiatrie et gynécologie. La figure 1 récapitule l'ensemble de ces propositions.

Conclusion

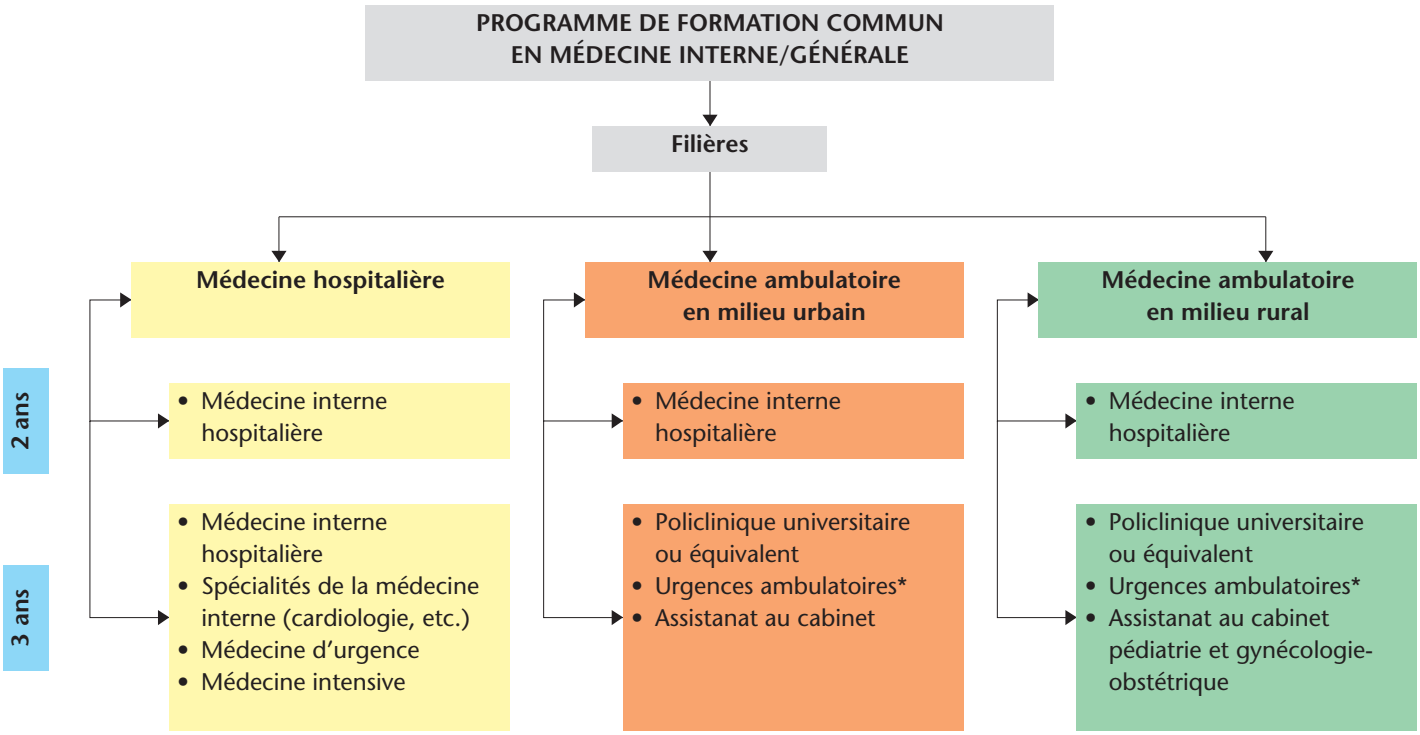
Aujourd'hui plus que jamais, la Suisse a besoin de médecins internistes/généralistes de qualité, à la fois polyvalents et formés spécifiquement pour exercer ce type de médecine dans un environnement particulier (hôpital, ville ou campagne). Dans cet article, nous avons tenté de faire un inventaire honnête et équilibré des arguments dans le débat du rapprochement de la médecine générale et de la médecine interne. A notre avis, le poids des arguments en faveur de la création d'une société de discipline unique regroupant les internistes et les généralistes l'emporte largement, et nous prenons donc fermement position pour ce projet. Nous sommes très conscients des difficultés de tous ordres (pratiques, politiques, logistiques, culturelles), qui devront être surmontées pour sa réalisation. Mais nous sommes convaincus que le moment est favorable pour entamer cette entreprise, dans un vrai respect des forces de chacun.

Références

1 Perrier A, Cornuz J, Gaspoz JM, Pécoud A, Waeber G. Vers une société unique de spécialistes en médecine générale et interne en Suisse (1re partie)? Bull Med Suisses. 2008;89(12/13):516-22.

2 de Torrenté A. Attention: ne pas confondre! Forum Med Suisse. 2002:1113-4.

Figure 1
Proposition d'un programme de formation commun avec des filières spécifiques en fonction de l'environnement de pratique.



* y compris petite traumatologie

Prise de position de la SSMI

Verena Briner,
présidente de la SSMI

La sauvegarde d'une médecine interne de qualité est la préoccupation principale de la SSMI. C'est donc avec intérêt que le comité directoire de la SSMI a pris connaissance de l'article de Perrier et al. qui présente des propositions pour optimiser la formation postgraduée et la coopération entre la médecine générale et la médecine interne.

Perrier et al. soulignent que, avec cet appel à la fusion des sociétés spécialisées de médecine interne (SSMI) et de médecine générale (SSMG), ils ne représentent que leur opinion personnelle et que leur objectif est d'encourager la discussion sur ce thème. Mais l'article provient de la plume de quatre universitaires qui comptent parmi les représentants principaux de la médecine interne dans les universités de Genève et de Lausanne, ce qui confère inévitablement à son contenu un certain caractère officiel. Le comité directoire de la SSMI a donc été prié de prendre position.

La SSMI connaît bien les idées développées dans l'article de Perrier et al. Elles concernent cependant des problèmes qui ont été discutés et traités intensivement – en particulier pendant les deux dernières années – aussi bien à l'intérieur de la SSMI qu'avec le CMPR et d'autres sociétés spécialisées. La SSMI estime que la création d'une société spécialisée unique, réunissant la SSMI et la SSMG, ne représente pas la solution globale de ce problème complexe. Elle mise plutôt sur une approche graduelle et différenciée pour résoudre cette situation. Certains aspects particuliers de la relation complexe médecine interne/médecine générale (la politique professionnelle, la relève des médecins de premier recours, les programmes de formation postgraduée, la recherche, le titre commun de spécialiste pour la médecine de premier recours) méritent qu'on s'y intéresse plus en détail.

Politique professionnelle

Les auteurs prônent la fusion des deux sociétés spécialisées SSMI et SSMG en soulignant qu'ils s'intéressent surtout à la formation postgraduée, mais cette préoccupation touche toute une série

Correspondance:
Prof. Verena Briner
Hôpital cantonal
Département de médecine
6000 Lucerne 16
Tél. 041 205 51 01
Fax 041 205 51 82

verena.briner@ksl.ch

d'autres aspects tels que la politique professionnelle, la formation continue et la recherche.

Il faut mentionner que dans de nombreuses régions, les organisations locales des deux sociétés spécialisées collaborent déjà étroitement dans les domaines de la politique professionnelle et la «syndicalisation». La principale motivation ici est l'optimisation des ressources pour les négociations tarifaires et autres. Les préoccupations des médecins de premiers recours praticiens (internistes, généralistes, pédiatres) sont entendues depuis des années par le Collège de médecine de premier recours (CMPR). Par contre, dans de nombreux pays (Allemagne, Grande-Bretagne, Etats-Unis) les intérêts de politique professionnelle, les intérêts spécifiques de la spécialité et les intérêts scientifiques sont représentés par deux sociétés séparées. Par exemple, en Allemagne, la Société allemande de médecine interne (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin) est responsable pour les intérêts scientifiques alors que l'Association professionnelle des internistes allemands (Berufsverband Deutscher Internisten) est responsable pour les questions syndicales.

En Suisse, ce processus est également en cours: les préparatifs pour la création d'une association des médecins de premier recours en Suisse, qui représentera les intérêts communs aussi bien des internistes que des généralistes et des pédiatres battent leur plein. Naturellement, la SSMI transmettra toutes les compétences nécessaires à cette association pour qu'elle puisse agir au nom et pour le compte de tous les médecins de premier recours.

La relève des médecins de premier recours

Le mode de vie moderne a changé les exigences des jeunes médecins et celles de leur famille, en ce qui concerne la qualité de la vie. La disposition de l'individu à prendre ses propres responsabilités diminue et les problèmes de société deviennent des problèmes médicaux. Le désir croissant de la population d'obtenir presque immédiatement une évaluation médicale de leurs maux – y compris leur sentiment de mal-être – et l'insécurité économique (TARMED, la valeur du point tarifaire, le laboratoire, la dispensation directe de médicaments, etc.) rendent difficiles et longues les recherches d'un successeur pour les médecins de premier recours, non seulement dans les régions rurales mais de plus en plus dans les villes aussi. Pour pouvoir garantir, à l'avenir aussi, une médecine de premier recours à la population, il faut discuter et créer rapidement de nouveaux concepts pour la gestion des cabinets médicaux et pour la coopération entre le cabinet médical et l'hôpital. Il est erroné de croire que la fusion des deux sociétés de médecins de premier recours pourra résoudre le problème de la pénurie de jeunes médecins capables d'assurer la relève.

Programme de formation postgraduée

Chaque discipline médicale spécialisée dispose d'une branche hospitalière et d'une branche de cabinet médical. Exception: la médecine générale. Depuis environ 15 ans, le programme de la formation postgraduée en médecine interne tient compte de ce fait en exigeant un an de médecine ambulatoire. Ceci est insuffisant pour motiver les jeunes médecins à poursuivre une carrière en cabinet médical privé. Ils préfèrent, et de loin, rester dans les hôpitaux et souvent, ils y continuent leur formation postgraduée pour obtenir un deuxième titre de spécialiste. Toutefois, au cours de leur vie professionnelle, un certain nombre de ces médecins travailleront quand même en cabinet médical; il est donc important de maintenir un titre de spécialiste commun pour ceux qui exercent en milieu hospitalier et pour ceux qui exercent en cabinet médical (comme pour le titre de spécialiste en pédiatrie). Le système de formation postgraduée répond le mieux aux exigences modernes avec une structure modulaire et libérale. La demande pour la création d'une formation approfondie d'interniste, exerçant en milieu hospitalier (deux ans de formation postgraduée après l'obtention du titre de spécialiste en médecine interne) a été refusée par la FMH/CFPC; la raison invoquée est qu'il s'agit seulement d'un approfondissement et non pas d'un développement complémentaire des connaissances. Une adaptation du programme de formation postgraduée est actuellement en train d'aboutir. Une formation postgraduée de base en médecine interne en milieu hospitalier et en médecine d'urgences est exigée de tous les candidats au titre. En plus de cela, on recommande différents modules, en fonction de l'orientation professionnelle ultérieure: cabinet médical ou hôpital. Nous devons adapter notre programme de formation postgraduée non seulement aux exigences changeantes des médecins, mais également à celles des malades et aux maladies! Le nombre des patients gériatriques et polymorbides augmente continuellement. Ils ont besoin d'une évaluation pluridimensionnelle. Actuellement, une procédure de consultation a été ouverte pour ce programme moderne auprès de l'association des médecins-chefs en médecine interne.

Recherche

Chacune des disciplines médicales, implantées dans les hôpitaux universitaires, a l'obligation d'effectuer de la recherche. La pression de publier (signification pour le curriculum, répercussions sur le salaire, etc.) peut encourager la recherche facile à réaliser et laisser à l'arrière-plan la recherche clinique ou épidémiologique, plus complexes, la recherche sur des patients ordinaires ou sur des patients non sélectionnés pour des études spécifiques.

Titre commun de spécialiste en médecine de premier recours

Les auteurs soulignent que l'Europe accrédite 17 titres de spécialité médicale, y compris le titre de spécialiste en médecine interne. Il n'existe pas de titre reconnu, correspondant à notre titre de spécialiste en médecine générale. Il est donc indiscutable que le titre de spécialiste en médecine interne doit continuer à exister en Suisse. Sinon, lorsqu'ils voudront travailler dans un pays européen, les jeunes médecins suisses pourraient souffrir de discrimination en présentant un titre de spécialiste reconnu uniquement en Suisse. Une fois de plus une «exception suisse»! Les auteurs de l'article et les responsables de la SSMG savent très bien que pour la qualité et les compétences, les médecins de premier recours dans la majorité des pays du monde ne peuvent pas prendre fait et cause pour les praticiens généralistes suisses, avec leur solide formation postgraduée de cinq ans.

Le cœur du problème est donc le fait que la formation postgraduée de cinq ans pour obtenir un titre de spécialiste en médecine générale, équivalent à celui des autres médecins spécialisés, n'est reconnue ni en Europe ni, à notre connaissance, où que ce soit ailleurs. Alors, à quoi bon une fusion des deux sociétés et du titre? Nous créerions un «modèle helvétique de médecin de premier recours, unique au monde», qui nous rappellerait les moments dramatiques de notre histoire, lorsque par exemple, l'approvisionnement militaire devait être «helvétisé» et devenait, avant tout, beaucoup plus cher. Pour les jeunes médecins, une formation postgraduée qui leur ouvre toutes les portes (cabinet médical, hôpital, nouveaux modèles de travail, en Suisse, en Europe, Outre-mer), pour le restant de leur vie, serait l'idéal. Ce titre doit se baser sur la reconnaissance de la médecine interne. Les médecins de premier recours qui soignent très bien leurs patients, de façon humaine et professionnelle sont des internistes, des généralistes et des pédiatres. Il est possible que l'on ne puisse pas les distinguer si la plaque sur la porte ne spécifie pas leur spécialité. Pour certains, qu'ils fassent partie de l'une ou de l'autre société spécialisée n'a d'ailleurs aucune importance, lorsqu'il s'agit de questions de formation de base, de formation postgraduée, de formation continue ou de recherche. Certains préfèrent peut-être l'orientation et le style «direct» de la SSMG, en matière de tarification, par exemple. Il y a certainement de nombreuses différences entre la SSMI et la SSMG, mais il existe également de nombreux points communs. Actuellement, ces points communs devraient être approfondis dans le Collège de médecins de premier recours et dans la nouvelle Fédération suisse des syndicats des médecins de premier recours au lieu de créer le faux espoir qu'une fusion précipitée de la SSMI et de la SSMG serait la solution à tous les problèmes.

Le comité directoire de la SSMI est prêt à poursuivre cette discussion avec les auteurs de l'article. Sans prôner de doctrine ou utiliser des formules toutes faites, nous devons transmettre à la nouvelle génération de médecins une formation postgraduée qui soit attrayante, flexible, reconnue internationalement et utile pendant toute la vie. L'objectif de la SSMI est de s'engager durablement dans ce sens pour le domaine de la médecine interne et de participer en première ligne aux nouveaux développements.