

Plan d'action pour une médecine interne générale universitaire

Auteurs

**Drahomir Aujesky^a, Stefano Bassetti^b, Edouard Battegay^c, Jacques Cornuz^d,
Christoph Hess^e, Jean-Michel Gaspoz^f, Jörg D. Leuppi^g, Martine Louis
Simonet^h, Beat Müllerⁱ, Jean-Luc Reny^j, Nicolas Rodondi^k, Peter Vollenweider^l,
Gérard Waeber^m**

^a Prof. Dr. med., Klinikdirektor und Chefarzt, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Universitätsspital Bern; ^b Prof. Dr. med., Chefarzt Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Basel; ^c Prof. Dr. med., Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich (USZ); ^d Prof. Dr. méd., Directeur, Médecin-chef, Policlinique médicale universitaire, Chef du Département universitaire de médecine et santé communautaire, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ^e Prof. Dr. med., Chefarzt Medizinische Poliklinik, Universitätsspital Basel; ^f Prof. Dr. méd., Médecin-chef du Service de médecine de premier recours, Chef du Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG); ^g Prof. Dr. med., Chefarzt Innere Medizin, Kantonsspital Baselland; ^h Prof. Dr. méd., Médecin-chef du Service de médecine interne générale, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), bis 31.03.2018; ⁱ Prof. Dr. med., Leiter Medizinische Universitätsklinik, Bereichsleiter Medizin, Chefarzt Allgemeine Innere und Notfallmedizin, Kantonsspital Aarau; ^j Prof. Dr. méd., Médecin-chef de service du Service de médecine interne générale, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ab 01.04.2018; ^k Prof. Dr. med. Chefarzt und Leiter Medizinische Poliklinik, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Universitätsspital Bern, Direktor des Berner Instituts für Hausarztmedizin, Universität Bern; ^l Prof. Dr. méd., Médecin-chef du Service de médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ^m Prof. Dr. méd., Chef du Département de médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne.

17 mai 2018

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Renaissance de la MIG ?	4
3.	Plan d'action	4
3.1	Conditions-cadres institutionnelles et infrastructurelles indispensables	4
(a)	Priorisation stratégique de la MIG	5
(b)	Domaine de compétence propre, autonomie professionnelle, compensation adéquate au sein de l'hôpital pour les « prestations de service »	6
3.2	Profils professionnels et de carrière académiques et non académiques des internistes généralistes à l'hôpital universitaire.....	7
(a)	Clinician investigator.....	8
(b)	Clinician educator	9
(c)	Physician administrator	10
(d)	L'« Hospitaliste »	10
4.	Risques en cas d'absence de soutien/priorisation de la MIG	11
5.	Executive summary/recommandations	12
	Les auteurs	14

1. Introduction

Pour ce qui est des soins de base internes intégrés et centralisés, la médecine interne générale (MIG) constitue une plaque tournante importante dans la prise en charge, la formation postgraduée, l'enseignement et la recherche dans les hôpitaux universitaires et les grands centres hospitaliers. La MIG universitaire a une importance opérationnelle et stratégique capitale pour l'exploitation hospitalière 24/7, avec une mission de prise en charge et de formation continue suprarégionale. Un grand nombre de patients sont recommandés à la MIG par des collègues établis en externe pour la suite de leur prise en charge, que ce soit en ambulatoire ou qu'il s'agisse d'une hospitalisation. À l'interne, la MIG prend généralement en charge les patients multimorbides extrêmement complexes provenant d'autres unités hospitalières.

Néanmoins, les décideurs font en partie preuve d'une certaine ambivalence à l'égard de la MIG universitaire au sein de l'hôpital universitaire. La médecine universitaire est souvent associée à tort à une médecine hautement spécialisée. Comme la MIG cultive une approche holistique et ne se focalise pas sur un système d'organes, une maladie ou un groupe d'âge spécifiques, certains décideurs ont parfois du mal à concevoir l'importance de la MIG au sein de l'hôpital universitaire et critiquent son « profil flou ». De plus, la MIG se concentre sur des patients multimorbides nécessitant de longues hospitalisations (souvent pour décharger d'autres services !) et dont les coûts, malgré des processus efficaces, ne sont pas suffisamment indemnisés dans le système SwissDRG, ce qui, d'un point de vue financier, rend la MIG universitaire se trouve défavorisée en termes d'investissements. Le caractère plutôt conservateur de la médecine interne est souvent peu spectaculaire et donc plus difficile à promouvoir à l'extérieur. C'est le spécialiste, et non le généraliste, qui est considéré comme un modèle universitaire. Il se peut dès lors que la MIG universitaire se trouve défavorisée en termes d'investissements ou qu'elle soit réduite ou transférée vers des sites non universitaires, avec à la clé une perte de visibilité et de prestige pour la discipline. Dans certains cas, la légitimité d'une médecine interne « générale » au sein de centres hautement spécialisés a même été remise en cause. Comme symbole de cette évolution, on peut citer la dissolution du Département de médecine interne de l'Hôpital de l'île de Berne en 1999 et la répartition des lits et des places en policlinique vers des services spécialisés. La mission des internistes généralistes se limitait essentiellement à une fonction de soutien auprès des services spécialisés, les cas de médecine non spécialisée auraient pu être pris en charge dans les hôpitaux de la ville de Berne. À peine un an plus tard, sous la pression de la société des médecins et des médecins de famille, il a fallu reconstruire un service de MIG indépendante de 110 lits en raison de l'inefficacité des processus de prise en charge des patients multimorbides et de la formation postgraduée. Les dégâts causés à l'époque (le départ des médecins cadres, la fragmentation de l'ensemble des lits en de petites stations spécialisées souvent non rentables, une surabondance de médecins spécialisés dans certaines régions, une désaffection des médecins référents, une « désacadémisation ») se font sentir aujourd'hui encore et auraient dû contribuer à l'essor des cliniques privées dans la ville de Berne.

L'exemple de Berne est un cas extrême. Néanmoins, vu la spécialisation croissante, des évolutions analogues ont été observées dans la plupart des hôpitaux universitaires, à des degrés variés : (1) scission de spécialités qui revendiquent une patientèle sélective, (2) concentration sur la MIG des cas difficiles à « classifier » dans une domaine précis, souvent des patients multimorbides complexes exigeant des soins importants, (3) prise en charge des soins de base et des services de nuit et du week-

end impopulaires dans les services spécialisés en raison de la diminution de la compétence/disposition des spécialistes à traiter des patients en dehors de leur spécialité. Il va sans dire que ces facteurs ont eu un impact négatif sur l'attractivité, le prestige et le développement académique de la MIG. Par conséquent, le recrutement de médecins cadres est aussi devenu difficile.

2. Renaissance de la MIG ?

Déjà donnée pour morte, la MIG universitaire connaît pourtant à l'heure actuelle une véritable renaissance. Cela s'explique par la hausse des dépenses de santé, la pénurie de généralistes, la fragmentation de la prise en charge des patients et l'accroissement du nombre des patients multimorbides complexes qui s'abat sur le système de santé (60% de la population >65 ans a ≥ 2 maladies chroniques ; Barnett K, et al., Lancet 2012). Ces problèmes sont notamment dus à une spécialisation croissante et ne peuvent être résolus par cette voie (p. ex. prise en charge de patients multimorbides). L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) mais aussi les directions d'hôpitaux ont donc pris conscience que, au sein de l'hôpital universitaire, les généralistes ont aussi un rôle important à jouer aux côtés de la médecine spécialisée, dans la prise en charge, la formation post-graduée et d'autres fonctions intercliniques et qu'il faut développer une perspective d'avenir intéressante pour la MIG, au même titre que toutes les autres disciplines universitaires. Ainsi, le groupe thématique « Spécialisation croissante en médecine humaine du point de vue de l'organisation dans les hôpitaux » de la plateforme « Avenir de la formation médicale » de l'OFSP a recommandé un renforcement des disciplines généralistes grâce à la mise en place de parcours professionnels et d'unités organisationnelles gérées par des généralistes ([lien vers le rapport](#)). Des réflexions similaires sont également menées à l'étranger. Le rapport de la *Future Hospital Commission (Report to the Royal College of Physicians, London 2013)*, par exemple, souligne l'importance des généralistes dans une organisation hospitalière centrée sur le patient (par opposition à une organisation centrée sur l'organe et la maladie). Le 23.07.2017, le *Collège des Directeurs Médicaux des hôpitaux universitaires* a chargé les professeurs ordinaires des services universitaires de la MIG d'élaborer un plan d'action sur 10 ans visant à renforcer la MIG dans l'organisation des hôpitaux universitaires. Le plan d'action suivant esquisse les mesures indispensables dans le domaine des *conditions-cadres institutionnelles et infrastructurelles* ainsi que la *mise en place/le renforcement de profils professionnels intéressants pour les internistes généralistes* au sein de l'hôpital universitaire.

3. Plan d'action

3.1 Conditions-cadres institutionnelles et infrastructurelles indispensables

La structure organisationnelle des hôpitaux universitaires suisses est très hétérogène en raison de ses différents développements historiques. S'agissant du domaine hospitalier, elle s'étend du département classique de médecine interne, dans lequel la MIG bénéficie du monopole des lits (Bâle, Bâle-Campagne), au modèle dans lequel la MIG et des sous-spécialités cohabitent dans des unités indépendantes, sans structure départementale supérieure et avec un partage de l'ensemble des lits (Berne). Il existe aussi des formes mixtes dans lesquelles la MIG et certaines disciplines internistes sont organisées au sein d'un même département avec un ensemble de lits gérés par la MIG, alors que d'autres spécialités (p. ex. oncologie, cardiologie) forment des unités

organisationnelles indépendantes avec leur propre ensemble de lits (CHUV, USZ). Aux HUG, la MIG exploite également l'ensemble des lits pour la plupart des sous-spécialités de médecine interne (à l'exception de l'oncologie et de la gastroentérologie) qui sont regroupées dans un département distinct. À Aarau et à Bâle-Campagne, les internistes généralistes sont très impliqués auprès des patients hospitalisés, toutes spécialités confondues, que ce soit au niveau de l'assistance ou des soins spécialisés, dans le service des urgences tout comme dans les unités de lits. Ils travaillent en collaboration avec des spécialistes qui fournissent des soins centrés sur la maladie selon une structure matricielle. Tous les services appliquent une rotation des postes dans les disciplines spécialisées de la médecine interne et en partie de la chirurgie et sont aussi partiellement responsables de leur fonctionnement 24/7 couverture des services. Certains services ont leur propre unité *intermediate care* en médecine interne générale (CHUV, HUG).

Les *policliniques* aussi ne sont pas toutes organisées de la même manière. Soit elles font partie d'un service commune avec le service stationnaire de la MIG (Berne, Zurich), soit elles forment des unités organisationnelles séparées du service stationnaire de la MIG mais restent regroupées au sein du même département (de médecine interne) comme à Bâle. En Suisse romande, les *policliniques* sont séparées du service stationnaire de la MIG d'un point de vue organisationnel et sont aménagées dans des départements séparés avec d'autres spécialités ambulatoires (médecine d'urgence, médecine légale, médecine des voyages et humanitaire, etc.) (HUG) ou alors elles ont une organisation complètement indépendante de l'hôpital universitaire (CHUV). Les *policliniques* médicales de Suisse romande endossent une mission importante de service public (p. ex. soins aux groupes sociaux marginalisés, médecine préventive, etc.) auprès de leur canton et reçoivent d'importantes contributions publiques pour ces mandats. Il n'est pas clair si l'un de ces modèles organisationnels est intrinsèquement supérieur aux autres, mais il est certain qu'une MIG efficace gérée sur un pied d'égalité avec les spécialités nécessite **deux conditions-cadres institutionnelles et infrastructurelles fondamentales** :

(a) Priorisation stratégique de la MIG

L'avenir de la MIG universitaire sera largement déterminé par les décisions infrastructurelles et d'investissement dans les hôpitaux universitaires. Reste à savoir si les conseils d'administration et les directions d'hôpitaux avisés reconnaîtront l'importance du rôle de la MIG pour l'ensemble de l'hôpital (prise en charge de patients multimorbides, soulagement des urgences et des unités de soins intensifs) ainsi que son potentiel stratégique (le lien avec les médecins référents, formation postgraduée des futurs médecins de famille, médecins référents en chef de l'hôpital universitaire), s'ils encourageront une médecine générale aux côtés d'une médecine hautement spécialisée au sein de l'hôpital universitaire et s'ils lui accorderont la perspective de croissance correspondante. Pour cela, il s'agit avant tout de mettre en place une infrastructure et des locaux modernes adaptés au nombre croissant de patients (nombre de lits et places de *policliniques*) ainsi que le personnel médical et infirmier nécessaire. La prise en charge de patients multimorbides complexes pose problème d'un point de vue médical car elle représente souvent une charge très lourde aussi bien sur le plan de la coordination que d'un point de vue social. Selon une étude du CHUV, les médecins assistants en médecine interne générale ne passent qu'un quart de leur temps de travail environ au chevet des patients alors que

les tâches administratives peu appréciées occupent la plus grande partie de leur temps de travail (Wenger N, et al., Ann Intern Med 2017). La MIG est par conséquent impactée de manière disproportionnée par la question des dossiers de patients électroniques conviviaux, ce qui augmente encore davantage la charge administrative tout en diminuant l'attrait pour la discipline. C'est pourquoi, parallèlement à un allègement administratif par du personnel non médical (p. ex. coordinatrices de soin ou équivalent), le développement de dossiers de patients électroniques rapides, intuitifs et mis en réseau est très important du point de vue de la MIG. En raison de la charge de travail élevée, un nombre de 8 à 9 patients stationnaires par médecin assistant ne devrait généralement pas être dépassé. Il faut là aussi tenir compte du fait que les coûts annuels de formation postgraduée en médecine interne sont évalués à 30 000 Fr. par médecin assistant (canton de Vaud) et les contributions cantonales à cette formation sont bien trop faibles dans de nombreux cantons.

(b) Domaine de compétence propre, autonomie professionnelle, compensation adéquate au sein de l'hôpital pour les « prestations de service ».

Un secteur de compétence propre et une autonomie professionnelle sont les conditions de base pour renforcer l'*identité professionnelle propre de la MIG*. Cela inclut la *gestion de cas et la responsabilité médicale finale dans des policliniques et des unités de lits consacrées à la MIG, où, en collaboration avec les disciplines spécialisées, une prise en charge des patients, un enseignement et une formation postgraduée ainsi qu'une recherche propre au domaine sont possibles*. Les modèles d'exploitation pour lesquels la mission de la MIG consiste principalement à suivre de manière autonome les recommandations consultatives et à assurer les services de soutien comme la prise en charge médicale de base et les ingrats services de nuit et du week-end dans les services spécialisés, ne présentent que peu d'attrait. Bien que d'autres disciplines profitent beaucoup des « prestations de service » de la MIG, la couverture des services assurés par la MIG est souvent insuffisamment indemnisée au sein de l'hôpital. Il faut donc fixer comme objectif une indemnisation conforme aux prestations ou un ajustement budgétaire correspondant.

Les formes d'organisation où le plus gros du personnel interniste est employé à des postes de rotation en dehors de la MIG sont eux aussi peu attractifs. et où le rôle du directeur de clinique en tant que responsable de la formation postgraduée se limite à embaucher les internes en formation et à élaborer des plans de rotation ne peuvent guère être considérés comme des modèles optimaux. L'expérience montre qu'une formation postgraduée coordonnée, des aspects de gestion et la mise en place d'une *corporate identity* sont rendus bien plus difficiles si de trop nombreuses places de formation postgraduée sont proposées en rotations spécialisées en dehors de la clinique concernée. Cela complique considérablement les aspects de gestion et de formation postgraduée. La proportion de postes en rotation proposés dans d'autres cliniques plutôt que dans le domaine principal de la MIG ne devrait pas dépasser 50 %. Compte tenu du nombre croissant de patients multimorbides et du fait que les soins de base sont assurés dans de nombreuses autres cliniques, la MIG nécessite un propre noyau suffisamment vaste qui devrait constituer au moins 20 % des lits de l'hôpital universitaire.

En quoi consistent les compétences principales de la MIG à l'hôpital universitaire ? En tant que discipline polyorganique et polypathologique, la priorité professionnelle de la MIG se situe dans les domaines suivants : (1) la prise en charge de patients (complexes) multimorbides, (2) l'analyse de symptômes peu clairs ou non spécifiques

(partir du symptôme pour arriver au diagnostic) et (3) la prise en charge efficiente de pathologies courantes qui ne nécessitent a priori aucun traitement spécialisé (soins de base). Ces compétences doivent être explicitement reconnues par la direction de l'hôpital et attribuées à la MIG. De plus, la MIG endosse souvent un rôle leader dans la « *medical education* », la sécurité des patients et d'autres développements médicaux tels que la *evidence-based medicine*, la *smarter medicine*, la *global health* et le *medical professionalism*.

Inévitablement, l'offre de prestations des spécialités issues de la médecine interne peut se recouper avec celle d'autres spécialités, ce qui peut conduire à une concurrence au sein de l'hôpital. La revendication d'une meilleure qualité de traitement par les spécialistes ne peut pas être prouvée. Les patients atteints de maladies complexes (uniques) et nécessitant des thérapies complexes (p. ex. interventions) doivent essentiellement être traités par des spécialistes.

Les patients complexes atteints de maladies multiples et ceux qui souffrent de problèmes plus ordinaires pour lesquels une prise en charge par des spécialistes n'aurait pas un meilleur rapport coût/efficacité devraient avant tout être accompagnés par des généralistes avec un recours sélectif à des spécialistes.

La vague de patients multimorbides dans les hôpitaux suisses due au vieillissement de la population et de l'allongement de l'espérance de vie est particulièrement remarquable ; les cas les plus graves (nécessitant aussi souvent des prestations médicales hautement spécialisées) sont naturellement concentrés à l'hôpital universitaire. Comme les patients multimorbides ne souffrent pas d'une maladie touchant un seul organe, une prise en charge de qualité et efficace nécessite de faire appel à une discipline globale comme la MIG qui, d'un côté, est à même de traiter jusqu'au bout les problèmes ordinaires sans perte de temps et, de l'autre, peut coordonner des processus de soins complexes en collaboration avec les spécialistes et les médecins de famille et en concertation avec les patients. La prise en charge de ces patients complexes (notamment dans le domaine hospitalier par un acheminement des patients plus efficace permettant de réduire la durée du séjour) offre l'opportunité de ***perfectionner le profil professionnel et académique de la MIG***. De plus, les patients multimorbides (plusieurs maladies par patient) offrent de grandes possibilités au niveau de l'enseignement et de la formation postgraduée ainsi qu'en matière de recherche clinique axée sur les patients avec la possibilité d'inclure de nombreux sujets pour les études.

3.2 Profils professionnels et de carrière académiques et non académiques des internistes généralistes à l'hôpital universitaire

Au cours des dernières années, il est devenu de plus en plus difficile de trouver des médecins-chefs et des médecins cadres en MIG dans les hôpitaux, qu'ils soient universitaires ou non. Il existe aussi de moins en moins de spécialistes bénéficiant d'une vaste formation postgraduée en MIG. Comme l'a soulevé à juste titre le Collège de Directeurs Médicaux, outre les mesures institutionnelles et infrastructurelles déjà mentionnées, le développement et la promotion de *profils professionnels et de carrière clairement définis et structurés* sont la clé pour renforcer la MIG universitaire. Des exemples de profils professionnels académiques et non académiques pour les internistes généralistes sont décrits ci-dessous.

(a) Clinician investigator

Bien que la recherche fondamentale de haute qualité soit également pratiquée en MIG (p. ex. *policliniques* de Bâle), en Suisse, comme aux États-Unis et dans d'autres pays, la recherche en MIG s'éloigne de la recherche fondamentale et translationnelle et de type 1 (« *from bench to bedside* ») traditionnelle pour s'orienter vers une recherche clinique centrée sur le patient et dont l'objectif est l'amélioration immédiate de la qualité des soins. Quel que soit le type de recherche, il est éminemment important pour le profilage académique de la MIG qu'une recherche spécifique visible soit proposée dans la discipline même, donc au sein de la MIG. Comme une bonne recherche clinique repose quasi systématiquement sur une coopération interdisciplinaire, les modèles collaboratifs entre la MIG et d'autres spécialités devraient être encouragés. Par contre, le modèle selon lequel la recherche est entièrement confiée à une autre discipline, p. ex. à une sous-spécialité de médecine interne, et où le chercheur retourne ensuite à la MIG p. ex. en tant que médecin cadre, fonctionne de moins en moins et ne contribue pas à la clarification du **profil académique** de la MIG.

Les thèmes importants pour la recherche clinique en MIG sont les pathologies prédominantes et les patients multimorbides et polymédicalisés dans des conditions *real life* en tenant compte des résultats pertinents pour les patients, notamment l'état fonctionnel, la charge globale des symptômes et l'espérance de vie active (c'est-à-dire sans période de maladie). Les sujets de recherche clinique en MIG comprennent notamment la prévention, la *Outcomes and (comparative) effectiveness research*, le pronostic, la recherche sur les soins, les analyses coûts/efficacité, l'enseignement médical, les études randomisées sur les thérapies courantes et les études épidémiologiques et génétiques. De même, les questions expérimentales et l'élaboration de mécanismes physiologiques et physiopathologiques fondamentaux (par exemple, après des études MD-PhD) devraient également jouer un rôle central dans la recherche en MIG. De plus, les thèmes de recherche qualitatifs et l'approche scientifique de l'enseignement médical peuvent compléter un large spectre d'études méthodologiques.

Le **clinician investigator** est un interniste généraliste académique pratiquant la recherche dont l'activité principale comprend la recherche clinique et la prise en charge de patients (stationnaire et/ou en ambulatoire), et qui consacre une petite partie de son activité à la formation et à l'administration. Le parcours professionnel typique inclut une formation en médecine interne générale une activité de chef de clinique, une rotation de recherche clinique dans le domaine de la MIG, une activité de recherche clinique sur plusieurs années à l'étranger subventionnée par le Fonds national suisse, le tout combiné avec un master en recherche clinique (*Master of Science [MSc] ou Master of Advanced Studies [MAS]*).

Ce dernier est de plus en plus important en raison de la complexité méthodologique en hausse constante mais aussi pour l'obtention de financements externes compétitifs. Bien que les programmes d'études en recherche clinique soient aussi proposés en Suisse (p. ex. *Certificat en recherche clinique* à Lausanne, *Certificate in advanced studies [CAS] in clinical research and PhD in health sciences/clinical research* à Berne et *CAS et diplôme en recherche clinique* ou *MAS in Drug discovery and clinical development* à Genève), un séjour à l'étranger est souhaitable pour favoriser l'échange d'idées et mettre en place un réseau international. Les frais de programme de master (*tuition fees*) sont pris en charge par la clinique MIG dans le

cadre d'un contrat de formation, liant le chercheur à la clinique du moins à moyen terme. À son retour de l'étranger, celui-ci sera rapidement habilité et promu au titre de médecin-cadre. Les *Clinician Investigators* sont la colonne vertébrale de la recherche et du développement « investigator-initiated » en MIG et représentent la réserve de médecins-cadres universitaires et de futurs médecins-chefs en médecine interne de la MIG.

Il est vrai que le financement des postes en rotation, des programmes de master et des postes de cadre pour les médecins revenant de l'étranger représente un important facteur de soutien du point de vue de l'hôpital pour la réussite de ce parcours professionnel. Toutefois, la « volonté de recherche » et la priorité qui lui est accordée au sein du service doit venir des chefs de services, tout comme la mise en place d'offres de recherche au sein de la MIG, d'une fonction d'exemplarité en tant que chercheur et d'un mentorat personnel intensif auprès de la relève académique.

(b) Clinician educator

Souvent, les services et *policliniques* de MIG sont particulièrement engagés dans l'enseignement et dans la formation postgraduée en raison du nombre important de médecins assistants. Avec les instituts de médecine de famille, la MIG universitaire est l'une des dernières spécialités qui transmet une approche holistique aux étudiants en médecine et aux médecins en formation postgraduée et qui motive les généralistes à poursuivre dans cette voie professionnelle. L'accroissement des besoins d'enseignement et de formation postgraduée parallèlement à l'accroissement du nombre d'étudiants et de médecins-assistants ouvre la voie à une profession académique relativement nouvelle pour les internistes généralistes au sein de l'hôpital universitaire : le **clinician educator**. Outre son travail clinique et parfois administratif, il consacre une importante partie de son activité à l'enseignement et à la formation postgraduée. Cela comprend un enseignement innovant et de haute qualité auprès des étudiants et des médecins assistants, l'élaboration de cursus d'enseignement et de formation postgraduée, du mentorat et du conseil en carrière et idéalement, une activité de recherche en *medical education*. En raison du développement et de la professionnalisation en constante progression de la formation médicale, un master en *medical education* peut se révéler là encore utile. Des programmes de *Master of Medical Education (MME)* sont proposés par l'Université de Berne et par certaines universités nord-américaines et néerlandaises. L'Université de Genève est en train de mettre au point un CAS « *formateurs des professions de la santé* ». Comme pour le *clinician investigator*, les frais du programme de master devraient être pris en charge par l'hôpital liant ainsi les futurs collaborateurs à celui-ci. Les *clinician educators* performants devraient également être promus médecin cadre. De plus, ils devraient se voir offrir une habilitation dans le domaine de la formation au niveau universitaire. Les *clinician educators* sont essentiellement responsables de la qualité de l'enseignement et de la formation postgraduée et forgent la réputation de l'hôpital universitaire en tant qu'organisme de formation continue. S'ils sont habilités, ils peuvent aussi être considérés pour devenir de futurs médecins-chefs en médecine interne.

(c) Physician administrator

Par son étendue professionnelle, les multiples interfaces avec d'autres domaines spécialisés en haut niveau d'expérience en matière de formation postgraduée, de gestion de personnel et de tâches d'organisation, l'activité de médecin généraliste prédestine aux tâches de gestion et de direction de l'ensemble de l'hôpital (p. ex. planification de rotation complexe).

Cette tendance s'observe notamment aux États-Unis mais aussi de plus en plus en Suisse, où les médecins ayant un bagage en médecine interne choisissent de plus en plus souvent des orientations de carrière au sein de l'administration hospitalière, par exemple en qualité de directeur médical. Ainsi, 3 des 5 directeurs médicaux des hôpitaux universitaires suisses viennent de la médecine interne. Les internistes généralistes qui manifestent un intérêt pour les tâches de direction et d'organisation interdisciplinaires devraient être identifiés en temps voulu, soutenu dans le sens d'une formation structurée dans une étroite collaboration entre la MIG et la direction de l'hôpital et préparés à leur futur domaine d'activité. Les mesures de soutien comprennent notamment l'obtention d'un *Master of Business Administration (MBA)*, ou *Public Policy (MPP)* ainsi que des formations en économie de la santé, *leadership*, gestion de projets etc. Comme pour les parcours professionnels précédents, les frais de telles formations complémentaires doivent être pris en charge par l'hôpital liant ainsi le personnel à ce dernier.

(d) L'« Hospitaliste »

Pour une prise en charge optimale des patients, il est important d'offrir aussi aux internistes généralistes non académiques mais bénéficiant d'une longue expérience professionnelle une perspective d'avenir à long terme à l'hôpital universitaire. Les généralistes (plus particulièrement les internistes généralistes) travaillant en milieu hospitalier ont connu un boom aux États-Unis ces 20 dernières années (« *movement hospitaliste*») et représentent actuellement l'un des plus importants groupes de professionnels de la médecine avec environ 50 000 membres (Wachter RM & Goldman L, *New Engl J Med* 2016). Ce boom a notamment été favorisé par des conditions économiques (pas de limitation du temps de travail, durée d'hospitalisation des patients pris en charge par les *hospitalistes* raccourcie), par le retrait de nombreux spécialistes en médecine stationnaire et par le manque d'attrait relatif des soins de base ambulatoires aux États-Unis. La fonction de l'*hospitaliste* est très hétérogène : il peut tout aussi bien travailler dans la recherche, la formation et/ou dans l'amélioration de la qualité au sein de l'hôpital universitaire qu'en tant que prestataire de services avec une prise en charge indépendante des patients dans des hôpitaux non universitaires.

En Suisse, le mouvement *hospitaliste* a été très lent à s'implanter et présente aussi un profil d'emploi très hétérogène. Le spectre va du médecin qui fonctionne de manière autonome (médecin assistant et chef de clinique « en union personnelle ») et prend en charge directement les patients dans l'unité de lits, au médecin cadre avec une fonction de superviseur et des tâches supplémentaires dans la formation, l'organisation de la clinique ou d'autres fonctions spéciales. Les *hospitalistes* en médecine interne sont également recrutés par les services de chirurgie pour lesquelles ils fournissent les soins périopératoires directs aux patients. La désignation professionnelle de l'*hospitaliste* varie également considérablement et comprend des termes tels que médecin hospitalier (Spitalfacharzt), interniste hospitalier (Spitalinternist), médecin cadre (Kaderarzt) et autres.

Bien qu'il n'existe pas de comparaison directe quant à la performance des différents modèles d'*hospitaliste*, les profils où l'*hospitaliste* est exclusivement responsable de l'admission, de l'accompagnement et de la sortie des patients stationnaires ne fonctionnent pas à long terme. Les modèles dans lesquels l'*hospitaliste* interniste assure la prise en charge de base (y compris l'administration !) dans les services de chirurgie sur une longue période de temps et est donc subordonné au médecin cadre en chirurgie, sont aussi souvent insatisfaisants. Un projet pilote réalisé dans le Service de médecine interne du CHUV a examiné l'efficacité d'un service géré par des *hospitalistes*. Par rapport à un service géré de manière traditionnelle, aucune réduction de la durée de l'hospitalisation n'a pu être démontrée, mais les frais de laboratoire, de radiologie et les coûts salariaux étaient légèrement inférieurs (évalués à env. 400. – Fr. par cas). L'expérience a pourtant été suspendue en raison du manque d'attrait de l'activité des *hospitalistes* et des difficultés de recrutement.

Ce sont les modèles de travail diversifiés qui semblent fonctionner le mieux, ceux dans lesquels l'*hospitaliste* d'une part assume une fonction de superviseur similaire à celle d'un chef de service avec une fonction spécifique, mais qui d'autre part occupe aussi sa propre fonction, p. ex. dans la formation médicale, les projets d'amélioration de la qualité, l'administration (p. ex. la planification de rotation) ou des fonctions cliniques spéciales. Des opportunités de progression professionnelle et personnelle doivent aussi être garanties. Les *hospitalistes* doivent être rattachés à la MIG dans la perspective d'échanges et le développement professionnels et devraient, en plus de leur activité clinique, avoir une part d'activité non clinique ou tout du moins effectuer une rotation dans différentes spécialités chirurgicales. Les titres professionnels tels que médecin cadre ou interniste hospitalier présentent plus d'attrait que des termes tels que médecin hospitalier ou le terme anglais « *hospitalist* ». Les néologismes fantaisistes comme « *comprehensivist* » semblent tout simplement surréalistes.

4. Risques en cas d'absence de soutien/priorisation de la MIG

Si la MIG est défavorisée en termes de priorisation et d'allocation des ressources par rapport aux autres spécialités universitaires, cela pourrait entraîner une inquiétante fragmentation, une prise en charge inefficace des patients multimorbides, un déplacement régional de la répartition des médecins vers la médecine spécialisée (qui concurrencerait alors l'institution mère universitaire), une augmentation des coûts du système de santé ainsi qu'une désaffection des médecins référents. Au sein même de la MIG plane la menace d'une perte de prestige supplémentaire, d'une « désacadémisation » et d'un manque de nouveaux médecins, ce qui accentuerait encore davantage la pénurie de médecins de famille et de médecins cadres en hôpital.

Étant donné que les spécialités internistes recrutent leur relève au sein de la MIG, il faut aussi s'attendre à une pénurie de nouveaux médecins en médecine spécialisée comme conséquence secondaire.

5. Executive summary/recommandations

Comme la MIG est une discipline généraliste qui cultive une approche holistique et ne se concentre pas sur un système d'organes, une maladie ou un groupe d'âge spécifiques, les décideurs ont parfois du mal à concevoir la raison d'être de la MIG au sein de l'hôpital universitaire comptant toujours plus de sous-spécialisations et critiquent cette discipline aux « profil flou ». De plus, la MIG se concentre sur des patients complexes multimorbides dont certains ne sont pas rentables et le travail de médecine interne générale est moins spectaculaire en raison de son caractère « conservateur ». Elle pourrait donc être désavantagée en termes de priorisation et de ressources. Cela pourrait entraîner une perte d'attrait, une « désacadémisation » et en partie des difficultés pour assurer la relève ce qui, selon le principe du cercle vicieux, renforce l'impression de flou qui entoure la MIG.

Ces derniers temps pourtant, la MIG universitaire a suscité un regain d'intérêt de la part des directions d'hôpitaux. Cela est dû à l'« épidémie » de patients multimorbides difficiles à classer dans un domaine spécialisé, à une fragmentation de la prise en charge médicale due à la spécialisation et au manque de capacité de la médecine spécialisée à gérer les problèmes en dehors de son domaine de spécialité. C'est ainsi que le Collège des Directeurs Médicaux des hôpitaux universitaires a chargé les ordinaires des cliniques universitaires suisses d'élaborer un plan d'action sur 10 ans pour renforcer la MIG dans l'organisation des hôpitaux universitaires. Afin d'améliorer l'identité et l'attrait professionnels de la MIG universitaire, les professeurs ordinaires recommandent deux mesures institutionnelles et infrastructurelles et la mise en place de profils professionnels clairement définis. Cela devrait augmenter le prestige, le potentiel de développement et l'attrait de la discipline MIG.

Recommandation 1, priorisation stratégique de la MIG grâce aux investissements dans l'infrastructure et le personnel. Au vu de l'augmentation rapide du nombre de patients et des soins de base pris en charge par la MIG dans de nombreuses autres cliniques, la MIG doit être prise en compte de manière adéquate que ce soit pour l'infrastructure spatiale nécessaire (nombre de lits et de places en *policliniques*) comme pour le personnel indispensable à son bon fonctionnement. Un nombre indicatif d'environ 8 à 9 lits par médecin assistant devrait donc être respecté. En raison de l'augmentation rapide du nombre de patients multimorbides et dans le but de promouvoir une médecine axée sur le patient et l'individu, la proportion de lits en médecine interne générale et le nombre d'internistes généralistes devraient être augmentés dans les hôpitaux universitaires afin que la proportion de lits de la MIG atteigne au minimum 20 % des lits en soins aigus à l'hôpital universitaire. Il faut aider la MIG à alléger sa charge administrative insupportable (p. ex en engageant des coordinatrices de soin et en introduisant des dossiers de patients électroniques faciles d'utilisation).

Recommandation 2, mise en place/maintien de domaines de compétence adéquats propres au service et indemnisation au sein de l'hôpital. Les compétences principales de la MIG, la prise en charge de patients multimorbides, le diagnostic/l'examen de symptômes/d'analyses incertains et la prise en charge rentable de pathologies fréquentes doivent être acceptés et affectés de manière explicite par la direction de l'hôpital. Des domaines de compétences stationnaires et ambulatoires doivent être mis en place et maintenus (unités de lits MIG et places en *policliniques*) permettant une prise en charge des patients, un enseignement/une

formation postgraduée et une recherche propre à la discipline en collaboration avec les disciplines spécialisées. Des « rotations en externe » pour promouvoir la *corporate identity* doivent être en rapport adéquat avec le propre nombre de places de formation postgraduée de la MIG et ne devrait pas représenter plus de 50 % des places de formation postgraduée. Les « prestations de services » assurées à l'interne par la MIG au profit d'autres disciplines (prise en charge des unités de lits, service de nuit, du week-end et des jours fériés) devraient être indemnisées à la MIG conformément aux prestations.

Recommandation 3, mise en place de profils et de parcours professionnels clairement définis. Ces parcours professionnels académiques et non académiques comprennent le *clinician investigator*, le *clinician educator*, le *physician administrator* ainsi que l'*hospitaliste*. Ces types de carrière doivent être développés par le service de la MIG en collaboration avec la direction d'hôpital. La direction d'hôpital peut proposer un soutien notamment en finançant les formations continues supplémentaires. Un changement de parcours professionnel p. ex. pour passer de *clinician investigator* à *physician administrator* doit être possible et encouragé.

Le plan d'action a été rédigé en allemand et traduit par le bureau supertext.ch.

Les auteurs



Prof. Dr méd. Drahomir Aujesky
Directeur et médecin-chef du Service de médecine interne générale
Inselspital, hôpital universitaire de Berne



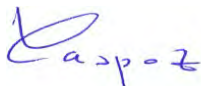
Prof. Dr méd. Stefano Bassetti
Médecin-chef du Service de médecine interne
Hôpital universitaire de Bâle



Prof. Dr méd. Edouard Battegay
Directeur de la Policlinique et du Service de médecine interne
Hôpital universitaire de Zurich (USZ)



Prof. Dr méd. Jacques Cornuz
Directeur, médecin-chef, Policlinique médicale universitaire
Chef du Département universitaire de médecine et santé communautaire
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne



Prof. Dr. méd. Jean-Michel Gaspoz
Médecin-chef du Service de médecine de premier recours
Chef du Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences,
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)



Prof. Dr méd. Christoph Hess
Médecin-chef de la polyclinique médicale
Hôpital universitaire de Bâle



Prof. Dr méd. Jörg D. Leuppi
Médecin-chef du Service de médecine interne
Hôpital cantonal de Bâle-Campagne



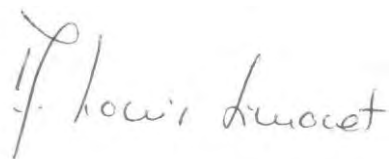
Prof. Dr méd. Beat Müller
Directeur du Service universitaire de médecine interne
Médecin-chef du Service de médecine interne générale et des urgences
Hôpital cantonal d'Argovie



Prof. Dr méd. Jean-Luc Reny
Médecin-chef du Service de médecine interne générale
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), dès 01.04.2018



Prof. Dr méd. Nicolas Rodondi
Médecin-chef de la Polyclinique médicale
Service de médecine interne générale, Inselspital, Hôpital universitaire de Berne
Directeur de l'Institut bernois de médecine de premier recours, Université de Berne



Professeure Dr. méd. Martine Louis Simonet
Médecin-chef du Service de médecine interne générale, Hôpitaux Universitaires de
Genève (HUG), bis 31.03.2018



Prof. Dr. méd. Peter Vollenweider
Médecin-chef du Service de médecine interne,
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne



Prof. Dr. méd. Gérard Waeber
Chef du Département de médecine,
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne