

# « Prendre soin est la mission centrale d'un service de médecine de premier recours »

INTERVIEW D'IDRIS GUESSOUS PAR MICHAËL BALAVOINE ET BERTRAND KIEFER



Pr IDRIS GUESSOUS

Médecin chef du Service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève

**En regardant son parcours de spécialiste en épidémiologie, beaucoup pourraient ne voir en lui qu'un fort en maths. Mais Idris Guessous, le nouveau chef du Service de médecine de premier recours (SMPR) des Hôpitaux Universitaires de Genève, est avant tout un clinicien qui déborde d'enthousiasme et de projets. Son crédo: prendre soin des constellations de patients dont il a la charge. Mais aussi de ses collaborateurs. Comment envisage-t-il le futur? Réponses de celui qui, depuis le 1<sup>er</sup> octobre de l'année dernière est à la tête d'un service de plus de 200 collaborateurs.**

## Avant de succéder au Pr Jean-Michel Gaspoz, vous étiez son adjoint. Une transition à l'interne, est-ce simple?

Dans mon cas, les choses se sont passées simplement. La transition a été douce et naturelle. L'avantage est que je connais bien le périmètre d'action du service. Le SMPR est un écosystème qui traite des populations très diverses allant des adolescents aux migrants tout en s'occupant aussi des urgences ambulatoires. De l'extérieur, la structure donne l'impression d'être morcelée. Mais en réalité, le tout tient en équilibre de façon assez subtile. Le plus difficile consiste à faire retomber sur ses pattes le service lorsque des nouvelles consultations sont ouvertes pour traiter de problèmes émergents.

## Connaître le fonctionnement d'un service permet-il de mieux le réformer?

Peut-être. J'ai pu arriver avec un projet bien précis. Et avec une originalité: j'avais déjà fédéré une équipe autour de moi. Les processus actuels de sélection se basent surtout sur la candidature d'un individu. Mais je trouve important que ce soit des équipes qui postulent avec des visions et des projets concrets. C'est en tout cas ce que j'ai fait. Il y a une dizaine de mois, je me suis entouré de quelques cadres pour entamer des réflexions et construire un projet qui nous paraissait faire du sens. J'ai postulé seul, mais nous sommes en réalité plusieurs. Depuis, je consulte hebdomadairement trois collaborateurs en plus des colloques de cadres habituels. Il y a certes toujours eu des gardes rapprochées. Dans le cadre de ma nomination et de mon activité, le processus a été et est transparent, ce qui donne encore plus de légitimité.

## Comment décririez-vous le cœur de votre projet?

L'objectif premier est d'instaurer une nouvelle culture de travail et de collaboration. Cette culture tourne autour du «prendre soin». L'intérêt de ce concept est qu'il va au-delà de la médecine qui vise à soigner. Le prendre soin englobe notamment le psycho-social et l'assurantiel. Avec les populations que nous prenons en charge, c'est fondamental. Nous cherchons à prendre en compte la vulnérabilité de chacun selon son âge et sa condition avec la même humanité. Voilà ce qui rassemble des galaxies en apparence diverses autour de philosophies et de valeurs communes.

## Cette culture peut-elle, ou même doit-elle, se projeter hors des murs hospitaliers?

C'est un deuxième aspect fondamental de notre approche. Je ne crois pas qu'il s'agisse de grandir en bâtissant plus de murs. Depuis des décennies, l'hôpital n'a cessé de croître et nous vivons probablement la fin de ce mouvement. Je ne vise pas à avoir plus de cabinets SMPR, mon ambition est plutôt qu'il y ait un peu plus de SMPR dans chaque cabinet de ville. Le service propose plus de 280 heures de formation par année. Avec les internes et chefs de clinique se crée une communauté de savoirs et de manières de pratiquer qui devraient être reconnus comme un gage de qualité également en dehors de nos murs. Mais cette communauté n'a pas besoin de structure physique. Je la décrirais plutôt comme liquide. Elle se retrouve autour de connaissances partagées, par exemple en recourant aux ressources et aux guidelines mis à disposition des médecins. Le lien doit se créer par l'échange des connaissances et non par le type d'activité ou des contrats de prestations uniquement. Nous mettons énormément d'énergie dans la formation des jeunes médecins et ils nous le rendent en apportant aussi beaucoup d'eux-mêmes dans le système. Mais ce lien s'estompe par la suite et finit par se perdre complètement. Pour utiliser un langage économique, je dirais que le retour sur investissement reste faible. Un de mes objectifs est de réussir à rendre vivant et durable ce lien qui unit tous ceux qui ont passé par le SMPR. Pour cela, par exemple, nous allons créer un Alumni du service.

## Votre projet est donc de créer une communauté intellectuelle plutôt que d'ajouter de nouvelles structures?

Oui, c'est l'un des points qui me frappe depuis que je travaille au SMPR: une fois qu'elle est en place, une offre de soins n'est quasiment jamais supprimée. A la fin, cela devient épuisant. Certaines consultations ont été initiées chez nous, de manière complètement justifiée, mais par la suite d'autres structures ont pris le relais. Dès lors, il n'est pas toujours nécessaire de continuer à les offrir. Il faut par ailleurs résister à la tentation de vouloir proposer tous les types de soins. Cela me semble participer de ce que les Anglo-Saxons appellent

l'«initiative overload». Développer sans cesse la palette des pratiques va à l'encontre d'une saine écologie des ressources à disposition. Ce type de vision n'est pas raisonnable. Pour développer une nouvelle offre, lorsque les moyens sont constants, il faut en déterminer une autre qui peut s'arrêter.

#### Diminuer l'activité n'est pas une attitude facile?

C'est vrai: jusqu'à très récemment, l'ensemble du système soignant avait comme projet de se développer. Je reprends la responsabilité d'un système qui n'a fait que croître au cours des cinquante dernières années. Désormais, il va falloir faire des choix. Mon prédécesseur a introduit le concept clinique de «Less is More» en Suisse, la réalité est qu'il faut également parler de «More with Less». La contrainte, par exemple économique, peut être stimulante. Avec de la créativité et de l'envie, nous arriverons à trouver des solutions.

#### Comment s'y prendre pour instaurer cette dynamique du changement?

Il est important d'agir de manière participative. Je pratique cela en réunissant les collaborateurs pour leur donner vraiment la parole. En fait, ils ont l'obligation de prendre la parole s'ils pensent pouvoir contribuer. Mon but est de fédérer autour du même objectif les administrateurs, les ressources humaines, les secrétaires, les infirmiers et les médecins. Pour l'instant, cela se passe très bien. En discutant, on comprend où se trouvent les barrières. Et ensemble, nous trouvons des options pour réorienter les voies qui posent problème.

#### Des études révèlent une souffrance croissante chez les équipes soignantes. Est-ce dû à ce que vous appelez l'initiative overload?

Ce qui me frappe, c'est la nécessité d'un bon fonctionnement des équipes. Et j'observe souvent qu'une délivrance s'opère lorsque nous prenons le temps d'écouter et de respecter quelques règles de base du vivre ensemble. On imagine trop souvent qu'il s'agit de mettre en place des choses très complexes pour remédier à la souffrance des collaborateurs. En fait, une grande souffrance se soignent souvent avec des approches très simples. De petits changements peuvent améliorer le quotidien. Souvent, insuffler systématiquement un peu d'intelligence émotionnelle dans nos rapports humains suffit pour régler des situations problématiques.

#### Mais cette intelligence émotionnelle, comment l'introduire dans un service?

Nous avons par exemple créé un processus nommé #happydoc. Il permet d'évaluer le bien-être mais aussi la fragilité des internes dans les différentes unités et consultations du SMPR. Tout le monde, y compris les internes, sait que ce processus existe. Et tous les lundis à 8h15, je passe systématiquement en revue, avec les médecins adjoints et les chefs de clinique qui sont les experts terrain, la liste de ces jeunes médecins pour évaluer tout simplement le bonheur qu'ils ont à venir travailler. Ce processus permet déjà de se rendre compte que la majorité d'entre eux s'épanouisse et d'identifier les quelques situations à risque d'épuisement ou de burn-out. Ce processus nous permet de prendre ensemble des mesures pour soutenir l'interne le cas échéant. Les premières expériences semblent

suggérer que ce processus est efficace. Il ne s'agit pas de juger les capacités professionnelles de ces internes, mais de prendre soin de ceux qui prennent soin des autres. J'ai trop souvent observé que des situations de mal-être aboutissant finalement à des absences maladies de jeunes internes auraient pu être identifiées plus tôt. Je n'accepte pas cette passivité. Aussi, #happydoc est un processus systématique et pro-actif qui ne doit jamais passer au second plan le lundi matin. Il faut en faire une priorité dans notre agenda.

#### Y a-t-il d'autres idées que vous avez mises en place?

Je peux vous citer la règle des deux minutes: personne n'interrompt un collaborateur dans un colloque avant de l'avoir laissé parler au moins deux minutes. Autre exemple: si nous parlons de quelqu'un en son absence, nous devons le faire de manière à pouvoir répéter ce qui a été dit en sa présence. Mon espoir est que ce genre de principes communs permette au soignant d'avoir du plaisir à travailler. Au-delà, j'aimerais réussir à transformer ce savoir-être et ce savoir-vivre en véritable processus pour que ces bonnes pratiques puissent être reproduites ailleurs. C'est une autre manière d'envisager le service hors les murs. Que le système SMPR rayonne au-delà de ses structures physiques par l'état d'esprit qu'il donne aux équipes.

**MON  
PRÉDÉCESSEUR  
A INTRODUIT  
LE CONCEPT  
CLINIQUE DE  
«LESS IS MORE»  
EN SUISSE, LA  
RÉALITÉ EST  
QU'IL FAUT ÉGA-  
LEMENT PARLER  
DE «MORE  
WITH LESS»**

**De la part d'une personne qui, comme vous, se trouve à la pointe de l'épidémiologie, cette approche mettant l'accent sur l'émotionnel est étonnante ...**

Pas vraiment. Je suis d'abord clinicien. Mais j'ai rapidement remarqué qu'il est frustrant de se limiter à l'individu. On met en place des stratégies nutritionnelles ou d'activité physique pour un patient. Elles donnent des résultats, puis il change de quartier et tout s'arrête. L'épidémiologie a été pour moi l'occasion d'augmenter mes capacités de clinicien en prenant en compte non seulement l'individu mais aussi les populations dans leur globalité. Cette coloration d'épidémiologie va par ailleurs permettre au SMPR de s'inscrire dans la

logique du temps. Dans les années 60 et 70, le cœur du métier consistait à manager des hôpitaux. Puis, jusqu'à la fin des années 90, il s'agissait de manager des cas. Maintenant et du fait de la pression économique, ce sur quoi un hôpital ou un service va être jugé, ce sera sa capacité à manager des populations. Assurer la continuité des soins dans et en dehors de l'hôpital afin par exemple d'éviter des réadmissions, voire même s'occuper d'une partie des comportements du patient en dehors des murs: ce n'est plus seulement de l'humanisme mais c'est une exigence d'efficacité donnée par une vision populationnelle de la médecine que tous les services des hôpitaux publics vont devoir intégrer.

#### L'analyse des données populationnelles pourrait aussi constituer un outil précieux pour le monde politique?

Oui. J'ai beaucoup travaillé autour des liens qui se tissent entre une communauté géographique et sa santé. On constate très rapidement que les gens partagent des habitudes selon les zones géographiques. Nous sommes influencés par les autres et nous les influençons. Comme vous le dites, cela donne des outils aux politiques à qui il est souvent reproché d'être inactif. Pour le moment, ils n'ont pas d'outil de pilotage.

Ils naviguent à vue. Dans ce contexte, des données bien analysées peuvent servir des initiatives de santé publique, et leur permettre d'être plus ciblées. Si l'on a influencé des votes grâce aux données, il devrait être possible de moduler des comportements en s'appuyant sur les mêmes ressources. Il faut bien sûr rester humble. Mais cette approche est quand même très prometteuse. Elle permet déjà de mieux prendre en compte les inégalités socio-économiques. Dans la lutte contre le tabac par exemple, on a pu montrer qu'interdire de fumer dans les bistrotts était très utile. Mais que cette mesure touche uniquement les fumeurs qui sortent dans ces établissements, en laissant de côté ceux qui restent chez eux et consomment du tabac. Ce n'est donc pas la mesure qui est mauvaise: mais l'analyse des données montre qu'il y a des populations qui ne sont pas prises en compte et qu'il faut aussi agir pour elles de manière différenciée. C'est tout l'enjeu de cette santé publique de précision que permettent les données. Aujourd'hui, les actions sont menées de manière uniforme sur tout le territoire parce qu'on ne sait pas ou on ne souhaite pas savoir où il faut insister. En utilisant bien les données, cela pourra changer. On pourra faire mieux avec moins.

**Pour le médecin de premier recours, qu'est-ce que la médecine des données va changer à la pratique de tous les jours?**

Pour les jeunes qui vont s'installer, nous pourrions réaliser des analyses territoriales et les orienter vers des zones de besoins spécifiques. Mais de nouveau, c'est au niveau global que ces données, si elles sont bien analysées, peuvent nous aider. On pourra améliorer la qualité des soins et de la prise en charge des populations en montrant comment des nœuds de prise en charge se créent dans des zones géographiques bien précises. Cela a été très bien montré avec la qualité des centres de dialyse aux Etats-Unis. Si un médecin est moins performant au niveau de la qualité des soins dans un endroit donné, il y a de fortes chances pour qu'il y ait un autre praticien peu

performant à proximité et avec qui il collabore et que le centre de référence de la région soit aussi inadéquat. En tant que structure universitaire, nous pourrions soutenir le praticien en lui donnant des guidelines personnalisées pour mieux prendre en charge la population qu'il a en charge.

**A-t-on déjà des données suffisantes pour arriver à ces résultats?**

Pour l'instant, la réponse est non. Je pense toutefois que nous allons y arriver rapidement. Les données sont là. Il faut les structurer, cela va demander de l'énergie, du temps et de l'organisation, mais ce travail a été réalisé ailleurs et il n'y a pas de raisons que nous ne puissions pas, en Suisse aussi, accomplir cette tâche. Il faut à présent la volonté de le faire et définir une structure interprofessionnelle responsable pour le faire. Le vrai défi n'est plus la récolte de données mais réussir à analyser et à restituer ces données de manière intelligente pour guider les décisions. C'est cela qui est complexe.

**Et que penser des Google et autres Amazon qui promettent tous de révolutionner la santé avec leur gestion des données?**

Je suis peut-être naïf mais cela ne me fait pas vraiment peur. Au contraire. Il y a bien entendu l'aspect tentaculaire de ces entreprises qui peut effrayer. Mais ces organisations sont aussi une forme de modèle. Ce sont des entreprises qui fédèrent leurs équipes en visant à améliorer le quotidien de chacun, elles vont vite, décoiffent et innover. J'espère aussi renvoyer cette image à mes collaborateurs. Donner du sens au travail commun et donner envie d'avancer de façon plus agile qu'aujourd'hui. Parce que savoir délivrer nos soins est désormais aussi important que d'avoir les connaissances médicales, c'est un esprit créatif et une culture innovante qui nous permettront de relever les défis du prendre soin de demain. Et c'est aussi de cette manière que nous inspirerons les générations futures qui passeront dans nos murs.

**SAVOIR DÉLIVRER  
NOS SOINS EST  
DÉSORMAIS  
AUSSI  
IMPORTANT QUE  
D'AVOIR LES  
CONNAISSANCES  
MÉDICALES**