

Entretien avec PD Dr méd. Hubert Maisonneuve

«C'est la recherche meta qui m'intéresse particulièrement»

Entretien menée par: Alexandre Ronga

Département de Médecine de Famille, Unisanté, Lausanne

Cet article est le deuxième d'une série visant à mettre en lumière nos chercheuses et chercheurs et mieux connaître la nature de leurs activités professionnelles, ainsi que leurs liens avec les médecins du terrain.

Hubert Maisonneuve, quel est votre parcours de formation?

Ma formation pré- et postgraduée s'est déroulée à Strasbourg et en Espagne, où j'ai fait une année Erasmus et 6 mois d'internat de 6 mois. Je n'ai jamais été un excellent étudiant, on peut dire que je faisais partie du ventre mou, ceux qu'on peut attirer ou repousser selon ce qu'on leur propose. Paradoxalement, aujourd'hui ça me donne un regard complémentaire à celui des collègues académiques dont le parcours était excellent.

Déjà à l'âge de 7 ans j'avais choisi le métier de médecin de famille. Pendant les études, la chirurgie m'attirait et j'ai passé du temps au bloc opératoire. L'aspect technique et résolutif de la chirurgie me plaisait mais je n'y ai pas rencontré de *role model* ouvert sur les relations interpersonnelles. A l'époque – j'avais 23 ans – je me suis demandé si c'était la discipline qui attirait des médecins qui s'intéressent moins aux autres, ou si le développement de compétences techniques se faisait au détriment du goût des autres.

Qu'est-ce qui vous a attiré vers la médecine de famille?

Lorsque j'ai été exposé à la médecine de famille en 6^e année en Espagne, cela a confirmé

mon choix. Contrairement à beaucoup d'étudiants français qui choisissent la médecine de famille par défaut, c'était pour moi un choix volontaire et délibéré. A l'époque, la maquette de formation postgraduée limitait le temps passé au cabinet à 6 mois, et j'ai réussi à l'augmenter à 18 mois en faisant un internat sans salaire de 6 mois en Espagne et en organisant un stage libre de 6 mois en Alsace. L'Espagne m'a beaucoup appris: l'interprofessionnalité y est ancrée de très longue date, et le système de médecine communautaire y est très efficient.

Par un pur hasard, j'ai été obligé de faire mon 2^e semestre d'internat dans un cabinet, très éloigné de Strasbourg où je vivais. J'y ai été encadré par des personnes investies dans l'académique, qui étaient formées en pédagogie et ont été pour moi des *role model*. Un des médecins du cabinet était le responsable du département de médecine générale, il a inspiré le début de ma pratique et mon investissement pédagogique. J'ai fait mon travail de MD avec lui. Et c'est ainsi que j'ai obtenu un poste de chef de clinique universitaire (mi-temps académique et mi-temps clinique, l'équivalent d'un poste de chef de clinique scientifique en Suisse Romande) pour 3 ans. Pendant cette période j'ai travaillé de façon suivie dans deux cabinets, et fait des remplacements dans 25 autres structures différentes, cela m'a permis de voir de nombreux fonctionnements.

Expériences qui vous ont été utiles par la suite?

En effet, je me suis installé en cabinet à Lyon en 2013, où avec une équipe nous avons monté un projet de maison de santé; elle n'a vu le jour qu'en 2020. Cela a pris du temps, prin-

cipalement en raison de l'offre immobilière et de la construction du modèle économique. S'agissant d'une population précaire, nous avons demandé et obtenu des subventions publiques pour notre projet. Dès l'installation, mon identité était multiple, avec les casquettes d'enseignant et chercheur à l'IuMFE.

Une rencontre/une personne qui vous a particulièrement marquée ou influencée dans votre parcours professionnel?

Précisément lorsqu'il y avait, chez les personnes rencontrées, une forme de goût des autres, une capacité de s'intéresser à l'autre, que ce soit un-e collègue, un-e patient-e, un-e étudiant-e, j'étais particulièrement touché. Par

Portrait

PD Dr méd. Hubert Maisonneuve, maître d'enseignement et de recherche, co-responsable groupe recherche, Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (IuMFE), Genève.



exemple un sénologue avait partagé avec moi l'importance de pratiquer la médecine sans regarder sa montre, et un interniste le plaisir à encadrer des étudiants. J'ai compris plus tard qu'il ne s'agissait pas uniquement du goût des autres, mais aussi d'une compétence, d'un professionnalisme qui permet de dévoiler le potentiel des autres. Dès mon arrivée à l'IUMFE j'ai découvert que les personnes qui composaient cet institut incarnaient très bien ces valeurs, institutionnellement. Il y avait un excellent alignement entre leurs valeurs et les miennes.

Quel est votre cahier des charges et quel temps consacrez-vous à chacune de vos activités?

L'activité au cabinet est de 40%. Les 60% à l'IUMFE se déclinent en enseignement (5%), groupe de recherche clinique (10%), et le temps restant est dédié aux projets de recherche. S'il était possible de trouver 3h de plus par jour, je ferais volontiers plus d'enseignement. Mais la configuration actuelle me convient.

Quelle est votre domaine de recherche spécifique?

C'est la recherche *meta* qui m'intéresse particulièrement: la recherche sur la recherche avec une identité de praticien. Quand j'étais chef de clinique, j'ai développé un axe sur les crampes nocturnes des patients âgés, puis je suis passé par de nombreux autres axes, avec, à chaque fois un intérêt pour le contexte dans lequel on posait des questions, et les facteurs qui compliquaient ou facilitaient la bonne marche de la recherche. C'est la base de mon identité de chercheur. Mon expertise principale concerne le recueil de données en cabinet. Une thématique secondaire concerne l'intérêt pour la relève, comment embarquer systématiquement les plus jeunes, l'importance du *role model* justement.

Une recherche déjà publiée dont vous êtes particulièrement fier?

Je suis particulièrement fier de toute l'équipe que je coordonnais, quand on a été capable de mettre sur pied très rapidement une recherche sur le COVID19 et que notre premier manuscrit, qui observait l'association entre anosmie et infection par le coronavirus a été soumis dès le 7 avril 2020. C'était une première mondiale! L'équipe se composait d'étudiant-e-s, des chercheurs plus juniors et des seniors qui ont développé ensemble leurs connaissances améliorant notre capacité à mener des recherches. Je suis très fier de ce réseau qui a présent s'autoentretient, se renouvelle et s'enrichit d'expériences.

Quel est votre grand projet de recherche actuel (s'il est permis de le dévoiler)?

On ne sait pas encore faire des essais cliniques au cabinet de médecine de famille avec un niveau de confiance suffisant pour savoir qu'un recrutement sera couronné de succès. Nous menons actuellement une étude qui teste différentes méthodes pour recruter des données au cabinet. Il y aura trois bras: rémunération du médecin, aide au médecin (par la mise à disposition de personnel) et équipe mobile de recherche. On est en train de constituer l'équipe qui travaillera sur le terrain. On peut considérer que, si le cabinet de médecine de famille est un lieu de choix pour faire de la recherche, la consultation, à savoir l'espace et le temps où un patient sollicite un médecin pour répondre à une question de santé, n'est pas un lieu adapté pour faire de la recherche. Il faut alors trouver comment faire de la recherche au cabinet en dehors de la consultation.

Une autre difficulté, c'est qu'actuellement, il y a peu de personnes formées et adaptées à la recherche au cabinet, qui savent comment contacter les médecins, comment exposer leur projet, etc.

Quel seront vos prochains projets (s'il est permis de les dévoiler)?

La santé environnementale. Je me suis déjà beaucoup intéressé aux approches non pharmacologiques, et notamment à l'utilisation des remèdes de grand-mère par les patients. Il

«Mon expertise principale concerne le recueil de données en cabinet.»

reste à privilégier les recherches soutenant les co-bénéfices, à savoir les bénéfices profitant à la fois à la santé individuelle et à la santé environnementale. Il y aurait encore d'autres sujets: comment est-ce que la possible relation de pouvoir entre le médecin et son patient est modifiée lorsque le patient est son propre décideur? Comment intervenir efficacement pour stimuler la limitation des soins à faible valeur ajoutée ou l'utilisation des examens complémentaires dans l'approche *smarter medicine*?

Est-ce que vous axe vos recherches selon les besoins des médecins de famille du terrain? Le cas échéant, comment faites-vous pour vous assurer de la pertinence de vos sujets de recherches?

Mon activité clinique vient nourrir mes idées de recherche. Les projets de recherche sont de

surcroît discutés au sein de la maison de santé et également avec le groupe enseignement de l'IUMFE, qui est constitué par des médecins de famille en cabinet. C'est ainsi qu'était apparu le projet sur les remèdes de grand-mère; l'idée m'avait séduite. Cette recherche venait d'une attente identifiée par les collègues du terrain.

Une recherche sur les coupe-feu (le secret) m'aurait bien plu, mais comment aurait-elle été accueillie par mes collègues académiques? Il fallait un sujet qui soit plus acceptable pour la communauté universitaire.

Correspondance

Dr méd. Alexandre Ronga
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
alexandre.ronga[at]unisant.ch