



Observations sur la neurologie suisse par un nouveau venu

Rev Med Suisse 2010; 6: 931-2

R. S. Frackowiak

Pr Richard S. Frackowiak
Service de neurologie
CHUV, 1011 Lausanne

L'arrivée d'un nouveau chef de neurologie au CHUV a engendré des commentaires et des questions. «Quel est le but d'engager un clinicien chercheur à la tête d'un service clinique?». Une deuxième question était posée par la communauté de neurologie en dehors de l'hôpital. «Que deviendra le centre de référence de la ville et qui donnera des opinions magistrales sur les cas difficiles qui se présentent chez des patients neurologiques de toutes sortes?». Et une troisième de la part de l'hôpital: «Pourquoi les neurosciences cliniques devraient-elles se séparer de la médecine interne générale, afin de constituer un nouveau département du CHUV?».

Ces questions étaient prévisibles et après une année à la tête du Service de neurologie à Lausanne, je profite de l'occasion pour passer en revue les réponses, parce que ces questions pertinentes et responsables ne sont ni locales, ni propres à la neurologie suisse. Il s'agit de questions qui sont posées partout dans le monde où la neurologie est exercée.

Actuellement, la neurologie et les disciplines cliniques associées se sont hissées au premier plan de la prise de conscience publique et politique. Le vieillissement de la population et la difficulté de s'occuper de parents âgés, que le déclin des facultés mentales peut rendre

dépendants, sont des réalités qui touchent l'expérience commune et qui ont des implications économiques massives. Historiquement, la neurologie était une spécialité diagnostique et la neurochirurgie une profession qualifiée de dernier recours, amenant, même en cas de réussite, à des conséquences souvent importantes. Depuis 30 ans, un virage crucial s'est produit; les progrès techniques et les améliorations dans l'anesthésie ont mené à des changements majeurs dans l'exercice de la neurochirurgie, et les neurosciences ont apporté des améliorations importantes, non seulement au diagnostic, mais surtout au traitement et à la prise en charge des patients neurologiques. Suite à cette évolution, le professeur omniscient et unique, source de toutes connaissances et d'expériences cliniques, n'est plus un modèle défendable pour un hôpital universitaire. La tendance universelle a été au développement de spécialistes ayant de l'expertise spécifique dans les différents aspects des neurosciences cliniques. Ils peuvent développer leurs sous-spécialités sur le plan clinique, instruits par les progrès scientifiques et thérapeutiques et collaborer afin d'améliorer le sort de leurs patients. Le rôle du chef est devenu celui de «chef d'orchestre»; quelqu'un qui a l'expérience pour savoir quand et quel spécialiste est nécessaire (une qualité générale) et une réputation suffisante pour rassembler un groupe d'experts de qualité, afin d'agir comme un syncytium. L'adage «Le Roi est mort. Vive le Roi!» vient à l'esprit. Ainsi, la pratique de la neurologie, de la neurochirurgie et des spécialités cliniques associées s'est profondément modifiée au cours de ma vie. Retourner au bon vieux temps n'aurait aucun avantage, ni pour les praticiens, ni pour les patients.

Le développement des sous-spécialités n'est pas réservé aux neurosciences cliniques. La même chose s'est produite, par exemple, en médecine interne, où la cardiologie, la pneumologie, les maladies

infectieuses et autres ont toutes prospéré et se sont développées. La médecine interne est pratiquée dans la communauté par des «généralistes» qui se tournent vers les hôpitaux pour les soins et les avis spécialisés. La médecine interne hospitalière est devenue une spécialité à la recherche d'une identité aussi cohérente que celle de la néphrologie ou de la gastroentérologie. Le besoin d'intégrer les spécialités pour fournir un aperçu holistique est fréquemment mentionné et utilisé comme argument pour la création des départements hospitaliers. Et c'est ici que la tension monte: pourquoi une spécialité, par exemple l'oncologie, devrait-elle devenir indépendante? Je pense que l'erreur réside dans la notion d'indépendance. Ce n'est plus la réputation du chef, ou la magnificence historique d'un service ou département qui rend l'hôpital attrayant pour la population. L'idée moderne du patient au centre de la *raison d'être* de l'hôpital, et l'adoption d'une culture d'excellence, l'excellence des soins et de la prise en charge du patient, caractérisent les grands hôpitaux du monde: il n'y a plus d'indépendance.

Pour cette raison, l'organisation d'un hôpital dépend du principe directeur, et ensuite des impératifs locaux, dépendant à leur tour de médecins qui ont une vision: excellents eux-mêmes et non seulement maîtres dans la pratique de sous-spécialités, mais maîtres dans la collaboration. La collaboration attendue par les patients va même au-delà de celle qui doit exister dans le milieu hospitalier; elle doit également inclure les praticiens installés dans la communauté. Par exemple, le défi relevé par les systèmes hospitaliers aux Etats-Unis est de fournir un environnement hospitalier qui favorise une formation continue des praticiens, qui leur donne un aperçu professionnel dans le domaine des spécialités et qui les rend partenaires du service hospitalier.

C'est donc là que se trouvent les réponses aux questions posées par la com-



munauté médicale à Lausanne. Un chef de service dans un hôpital universitaire doit désormais avoir le profil d'un clinicien chercheur; quelqu'un qui comprend l'enjeu pour la neurologie clinique et qui est conscient des ressources qu'apportent les neurosciences au profit du diagnostic et des traitements futurs des maladies neurologiques. Un service universitaire a l'obligation de former des excellents cliniciens; en plus, il doit faciliter, pour ceux qui le désirent et qui en ont la capacité, une formation en recherche, que ce soit en Suisse ou à l'étranger. La science suisse se porte très bien et bénéficie d'une excellente réputation internationale; elle est, selon le sujet, capable d'accueillir et satisfaire, au moins en partie, les ambitions des futurs cliniciens chercheurs aussi bien que les grands centres étrangers. Après leur formation en recherche, menant éventuellement jusqu'à un PhD, les jeunes cliniciens chercheurs doivent pouvoir travailler et développer davantage dans le milieu clinique académique suisse et y attirer des fonds pour subventionner leurs recherches. Par conséquent, les services qui les réintègrent doivent créer des milieux académiques et cliniques appropriés à cette ambition, ce qui à long terme sera à l'avantage de nos patients et de notre profession. Parmi nos jeunes médecins suisses, il y en a des audacieux sur le plan intellectuel et excellents sur le plan clinique. Ils auront besoin en

Suisse de départements universitaires en neurosciences cliniques, afin qu'ils puissent faire avancer efficacement leur art et leur science.

La prise de conscience par les directions hospitalières du fait que, dans un pays de 7,5 millions de personnes avec cinq écoles de médecine associées aux universités, des priorités institutionnelles doivent être définies pour le développement de services et de départements de référence, est évidente déjà. L'idée que tous les hôpitaux doivent développer toutes les spécialités n'est plus tenable avec l'explosion de la connaissance et des compétences médicales des 30 dernières années. Le CHUV, par exemple, a clairement affirmé, dans une stratégie bien discutée et réfléchi, que le développement des neurosciences cliniques et de l'oncologie, toutes les deux fortement représentées à l'UNIL et à l'EPFL dans les sciences de base associées, devraient être des priorités institutionnelles. Est-ce que ceci signifie que les normes cliniques élevées dans d'autres spécialités deviendront moins importantes? Certainement pas. Mais cela signifie que la probabilité de progrès majeurs dans la pratique d'une spécialité sera augmentée grâce à la bonne collaboration entre cliniciens et scientifiques.

La médecine a soif de nouveaux progrès, qui sont créés par les scientifiques dans les universités. C'est pour cela que

la collaboration entre les universités ou les écoles polytechniques et les facultés de médecine est cruciale pour l'innovation, qui est à l'origine de la véritable excellence clinique. Les futurs chefs de services cliniques *doivent* également être des scientifiques pour que cette évolution soit soutenue et développée. Au Royaume-Uni et en France, ainsi qu'aux Etats-Unis, cette interaction est exprimée par la création d'engagements communs, les services engagent des scientifiques cliniques et translationnels; ces derniers, qui travaillent à 80% dans les laboratoires, sont des collègues, rémunérés à parts égales de ceux qui passent la majorité de leur temps dans la clinique, qui partagent la notoriété scientifique.

Le service clinique avec une réputation internationale fait partie d'une structure plus grande. Il a beaucoup plus de missions qu'auparavant. Il doit interagir avec des praticiens dans la communauté *et* avec des collègues scientifiques et doit toujours garder le patient et l'excellence des soins au centre de sa philosophie. La Suisse est un pays où ces développements se produisent, les voix qui questionnent sont nécessaires pour qu'une version suisse de cette évolution, adaptée aux désirs de la population suisse, se développe. Deux choses sont sûres: la Suisse réussira et le retour au passé n'est pas une option.

