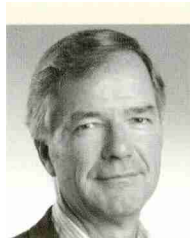


Avec «Alliance santé», Vaud se dote d'un centre universitaire de médecine générale et santé publique unique en Suisse

INTERVIEW DE JACQUES CORNUZ PAR MICHAËL BALAVOINE ET BERTRAND KIEFER


Pr JACQUES CORNUZ

 Directeur
 Polyclinique médicale universitaire, Lausanne,
 Chef du Département universitaire de
 médecine et santé communautaires (DUMSC),
 CHUV, Lausanne

Est-ce une évolution? Ou alors une disruption, pour reprendre un terme à la mode? Pas facile de décrire «Alliance santé», le projet unique en Suisse qui s'organise autour de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU). Après cent trente ans d'existence, la vénérable institution va évoluer vers un établissement universitaire qui regroupera sous un même toit l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), l'Institut romand de santé au travail (IST), Promotion santé Vaud (les anciennes «Ligues de la santé») et possiblement d'autres services de médecine et santé communautaires vaudois, en particulier pour les campagnes de prévention auprès de la population. Indépendant du CHUV et complémentaire dans ses missions, ce nouveau centre universitaire remplacera, progressivement dès le 1^{er} janvier 2019, le Département universitaire de médecine et santé communautaire (DUMSC). S'il est porté par un fort soutien du généralisme de la part du canton de Vaud, la création d'un pôle d'une telle ambition soulève évidemment de nombreuses questions. Chef d'orchestre de ce projet, le Pr Jacques Cornuz, directeur de la PMU, a travaillé à l'IUMSP, présidé plusieurs commissions liées à l'IST et a été vice-président des ligues de la santé pendant de nombreuses années. Il est donc bien placé pour piloter ce développement. Il revient sur les origines, les buts et surtout les espoirs que suscite cette réorganisation massive de la médecine communautaire et sur les perspectives futures qu'elle ouvre pour le métier de médecin interniste généraliste.

A l'origine, la PMU, l'IST et l'IUMSP ont des missions différentes. Comment l'idée est-elle née de les rassembler sous une même bannière?

Le lancement du projet «Alliance santé» résulte de l'étonnante concordance de nombreuses dynamiques. La première vient du DUMSC et de son ancien directeur, le Pr Fred Paccaud, qui a écrit un rapport plaidant pour que la médecine générale et la santé publique se rapprochent. La thématique n'est pas nouvelle. En 2012, Fred Paccaud et moi-même avions déjà organisé un symposium sur cette question. Avec le vieillissement de la population, l'accroissement rapide des maladies chroniques et l'augmentation des coûts de la santé, il devient capital que le médecin généraliste donne à sa pratique une orientation davantage populationnelle. De même, pour les spécialistes de santé publique, l'alliance avec les praticiens du terrain apparaît comme une opportunité de concrétiser les recommandations de promotion de la santé.

La santé publique n'est-elle pas d'abord l'affaire du politique? Historiquement oui. Les autorités politiques vaudoises sont d'ailleurs à l'origine de la deuxième dynamique ayant poussé à la création de ce nouvel institut. Elles ont souhaité que le système s'unifie davantage. Le morcellement des responsabilités et la multiplication des acteurs rendent en effet la mise en place de politiques publiques extrêmement compliquées. En proposant une seule porte d'entrée, «Alliance santé» va permettre d'améliorer l'efficacité des politiques publiques. Et donc de faciliter la promotion de la santé.

Tout le monde plaide pour un renforcement de la médecine générale. Mais sa place dans le système de soins reste mal établie. Le but de ce nouveau centre est-il aussi de clarifier cette situation?

Oui, c'est exactement cela. Aujourd'hui, il est impossible pour une seule institution universitaire de se profiler dans tous les domaines de la médecine et de la santé. Les connaissances explosent: il faut choisir. Le CHUV se profile de plus en plus comme un centre de compétences en médecine secondaire et tertiaire. Il doit investir et se développer dans des secteurs de médecine hautement spécialisée, comme c'est par exemple le cas à Lausanne avec l'immunothérapie. D'où le projet d'en

séparer la médecine communautaire. Moins spectaculaire et high-tech que la médecine biologique et de pointe, elle demande une approche différente et qui lui soit complètement dédiée. Le CHUV l'a d'ailleurs bien compris et a poussé à la création de ce centre. Son soutien actif représente la troisième dynamique que j'évoquais.

Et la quatrième dynamique à l'origine de cette entité, quelle est-elle?

C'est la faculté de biologie et de médecine de Lausanne. Le Pr Jean-Daniel Tissot, son doyen, a plaidé pour que le monde académique s'inscrive dans une logique d'intégration sociétale. Bien sûr, la faculté va continuer à accompagner et promouvoir une médecine secondaire et tertiaire de pointe. Mais en même temps, avec son soutien à ce nouveau centre, elle reconnaît l'importance d'une médecine communautaire solide. Le savoir produit dans cet institut et la pratique transmise suivront donc une démarche académique. C'est un enjeu fondamental: les politiques de santé publique doivent être sous-tendues par des recherches académiques et renouvelées en suivant l'état des connaissances. Sinon, le risque est de verser dans des formes de paternalisme ou d'idéologie.

Enfin, last but not least, la PMU, sa direction et son Conseil, sont aussi arrivés à la conclusion que, pour mener à bien sa mission,^a un rapprochement avec les autres acteurs de la médecine et santé communautaire était devenu indispensable. A ce titre, le soutien de Médecine de Famille Vaud a été primordial pour nous.

Mais cette approche académique est-elle pour autant nouvelle?

Oui, le but est d'entrer dans une nouvelle culture scientifique où la science expérimentale est vraiment confrontée à la pratique quotidienne. Pour comprendre, on peut faire un parallèle avec le mouvement «smarter medicine». Que montre-t-il? Que les listes de bonne pratique ont bien moins de poids si elles émanent d'un groupe d'experts que si elles sont le résultat d'une démarche intégrée où les questions pratiques sont abordées dès le début. La discussion permanente entre les spécialistes de santé publique et les médecins généralistes est cruciale. C'est cette attitude qui différenciera l'approche de santé publique du nouveau centre de celle qui est pratiquée aujourd'hui. De même, un rapprochement avec l'IST permettra de mieux intégrer l'impact de l'environnement et du travail sur la santé. Son directeur, le Pr David Vernez, se montre un acteur très actif pour construire des synergies entre la médecine du travail, la santé publique et la médecine générale.

Pensez-vous qu'une nouvelle science de la médecine de premier recours pourra en découler?

J'en suis persuadé. En même temps, cette démarche sera évolutive, dans le but d'améliorer sans cesse les pratiques. On peut continuer le parallèle avec «smarter medicine». Il ne s'agit pas d'une action aux règles figées, mais d'un processus. Dans «smarter medicine», une première étape, la plus difficile, a été franchie en reconnaissant qu'à partir d'un certain point, une action thérapeutique supplémentaire n'a plus d'intérêt pour le patient. Après soixante ans de croissance continue des connaissances médicales, reconnaître ainsi que des branches du magnifique arbre médical ont vieilli, et qu'il faut les couper, n'a rien d'évident. Personne n'avait prévu cela et aucun système de régulation n'existe. Un nouveau processus a dû être imaginé. Etablir des premières listes n'est pas une fin en soi. Les listes, elles-mêmes, vont devenir obsolètes, il faudra les mettre à jour, les adapter aux nouvelles connaissances, voire éventuellement transformer la démarche elle-même. Cela demande de suivre de près le développement scientifique de nombreux domaines. Seule une institution universitaire est capable d'effectuer ce travail. Et c'est justement ce genre de dynamisme que nous attendons d'elle pour guider le nouveau centre de médecine générale et de santé publique. Aussi bien pour le choix de politiques de promotion

^a Assurer des soins de qualité, ambulatoires et de premier recours, dans une dimension communautaire et un cadre académique, à toute personne, quel que soit son statut social et économique.

LE GÉNÉRALISTE SERA AU CENTRE DU DISPOSITIF

de la santé innovantes que pour le renouvellement des thématiques ou des approches.

Des centres internationaux ont-ils inspiré votre conception d'Alliance. En existe-t-il de similaires?

A vrai dire, exactement semblables, non! Mais nous continuons à explorer. Par exemple, une rencontre avec les responsables médicaux des centres de Maastricht et de Cardiff est prévue. Au Pays de Galles, le centre intègre aussi les urgences, ce qui rapproche nos démarches. Mais l'initiative vaudoise reste pionnière. En plus des facteurs locaux déjà cités, à Lausanne la gerbe s'est nouée parce que tous les médecins cadres de la PMU ont soit une double formation de clinicien et de spécialiste en santé publique, soit une pratique solide en médecine communautaire. C'est une richesse vraiment exceptionnelle. De même, les instituts appelés à participer à ce projet regorgent de talents, de professionnels très engagés pour le bien communautaire.

«Alliance santé» représente une ambitieuse réorganisation de la santé publique. Mais en quoi le médecin généraliste

est-il impliqué?

Le généraliste sera au centre du dispositif. Lorsqu'on considère la complexité des défis, il est clair qu'il est bien mieux formé pour y faire face. Il s'agit de prendre intelligemment en charge un nombre croissant de malades chroniques et de faire face aux extrêmes de l'âge. Ce qui demande de coordonner les soins, de promouvoir les éléments clés de la bonne santé et de pondérer certains excès dans les traitements proposés par la médecine hautement spécialisée. Le système actuel n'a pas été pensé pour cela. Avec l'augmentation des cas de polymorbidité, il va devenir ingérable, voire même explosif. Lors des dernières votations fédérales, la population suisse a clairement dit qu'elle ne voulait pas de planification étatique et qu'une forme de pseudo-concurrence était nécessaire. Dans ce cadre, proposer à ceux qui sont au front, autrement dit aux généralistes, entourés d'autres professionnels de santé, une responsabilité populationnelle sous l'égide d'un centre universitaire est une solution crédible. C'est en tout cas dans cette direction que nous allons à Lausanne.

Qu'entendez-vous par: « responsabilité populationnelle »?

Cela signifie que le médecin de premier recours est responsable de son patient non seulement dans le cadre de la rencontre individuelle, de sa réponse aux besoins de soins, mais également comme professionnel de santé conscient de la nécessité de gérer le capital santé de ses patients, notamment dans le cadre de ressources limitées. Demain, il lui faudra se montrer davantage proactif. Prenons le cas d'un patient diabétique qui n'est pas venu à son contrôle. Faut-il l'appeler pour prendre de ses nouvelles, le stimuler pour qu'il se rende au rendez-vous pour éventuellement adapter son traitement? Je le pense. Car si le choix de départ est individuel, quand les problèmes deviennent multiples, les coûts sont mutualisés. Alors que faire? De façon informelle, certains médecins ont déjà aujourd'hui des attitudes proactives. Mais avec l'augmentation des contrôles, l'exigence de transparence et parallèlement l'accroissement des problèmes et des coûts liés aux maladies chroniques, il est nécessaire de mieux organiser cette dimension. Et de réfléchir à la responsabilité communautaire du généraliste, au rôle central qui est le sien au niveau populationnel. L'Institut universitaire de médecine de famille de Lausanne développe d'ailleurs toute une réflexion à ce sujet. Par ailleurs, la littérature médicale aborde cette thématique depuis quelques années.¹⁻³

Le médecin ne risque-t-il pas de devenir un agent au service de la santé publique?

Certainement pas. Le but de notre centre n'est pas de surveiller ou de contraindre les médecins ou les patients. Il est de donner une logique académique au contenu des initiatives de

santé publique se déclinant en pratique clinique. Qu'il s'agisse de dépistage ou de prise en charge spécifique, les démarches seront basées sur les preuves. Le médecin généraliste gardera évidemment sa liberté d'activité et d'action. Aujourd'hui, une énorme diversité règne dans la pratique médicale. Tout le monde pense faire la même chose, mais en réalité nombreux adaptent leur pratique à leur libre arbitre. Le dosage du PSA est emblématique de cette situation. Dans le cadre de focus groups avec des généralistes, certains mentionnaient le pratiquer régulièrement sans le dire d'emblée à leurs patients, d'autres discutaient de cas en cas avec eux, d'autres enfin ne le faisaient jamais. Tous pensaient faire juste et beaucoup étaient persuadés que les confrères avaient la même pratique qu'eux!

Mais quelle sera la place réservée par « Alliance santé » à la diversité des pratiques?

Il ne s'agira bien sûr pas de l'éradiquer! Mais plutôt, à l'image de ce qui avait été entrepris il y a vingt ans avec les recommandations de pratiques cliniques, de montrer une route principale et d'y ajouter une gradation. Parfois, cette route n'est pas le chemin idéal pour arriver à destination. Il peut d'ailleurs exister de bonnes raisons de ne pas l'emprunter. Mais, dans l'esprit de la charte du professionnalisme, encore faut-il pouvoir expliquer le choix des chemins de traverse, et surtout être conscient des raisons qui ont poussé à les prendre. Sans cesse, le généraliste prend des options, se positionne, choisit. Pour cela, il doit prendre une attitude de surplomb. Autrement dit, être conscient des implications des options prises. Le rôle du centre universitaire est d'offrir au médecin une instance de réflexion et de tri des connaissances. Pour qu'à la fin, celui-ci puisse se dire, en se référant au savoir scientifique: « Je suis à l'aise avec ce que j'ai choisi. »

Vous plaidez donc pour que subsiste une marge d'interprétation permettant au médecin d'individualiser la prise en charge?

Bien sûr. Je dirais les choses ainsi: il est nécessaire qu'existe un affrontement, dans le sens noble du terme, où le médecin défend l'individualité et la singularité de chacun face à la science. Comme de nombreux généralistes l'ont souvent mis en avant, ce qui compte, ce n'est pas le « cure » mais le « care », le soin au sens large. Autrement dit, considérer le patient dans sa globalité, avec ses fragilités. Certains de mes patients continuent de fumer alors que je les suis depuis vingt ans! Nous sommes tous, par certains aspects, incohérents, irrationnels et complexes. Une partie de notre humanité se joue là.

Malgré tout, les messages de santé publique sont uniformes et parfois éloignés des capacités de réception des patients.

IL DEVIENT URGENT DE METTRE EN PLACE UNE VÉRITABLE CULTURE DE LA GESTION DE L'INCERTITUDE ET DU RISQUE

Comment les adapter à leurs valeurs?

Il faut non seulement parler des «valeurs», mais des «préférences». Les valeurs sont intemporelles, alors que les préférences peuvent évoluer et sont liées à un contexte précis. Dans le cadre de la transmission d'une information de santé, la confrontation avec les compétences et la culture de chaque personne est inévitable. Cette confrontation nécessite de développer la littératie en santé, de suivre un processus de décision partagée et d'utiliser des aides décisionnelles. En même temps, nous avons choisi de l'inscrire dans un nouveau paradigme de santé. Le but n'est plus de dépister 100% de la population, mais que 100% des personnes atteintes aient pris une décision informée sur le choix de se faire dépister ou non. C'est la démarche que nous avons suivie avec le programme de dépistage du cancer colorectal dans le canton de Vaud.

De quelle manière avez-vous organisé cette campagne?

Pour la première fois, en Suisse au moins, une politique publique de santé s'est appuyée principalement sur les généralistes. L'objectif était que les Vaudois prennent une décision sereine et réfléchie concernant le dépistage du cancer colorectal: soit tester le sang occulte dans les selles, soit bénéficier d'une coloscopie, soit encore ne rien faire. La PMU a produit un document d'aide à la décision ainsi qu'une panoplie de supports permettant une véritable démarche de décision partagée. Evidemment, l'opération n'est pas en tout point parfaite. Des adaptations sont nécessaires. Mais nous avançons. Je trouve intéressant de faire un parallèle entre les outils d'aide à la décision et les médicaments. Ces derniers ont des effets secondaires mais ils sont malgré tout prescrits parce que leurs effets bénéfiques sont supérieurs. Un site internet, une carte ou une brochure d'aide décisionnelle dans une démarche de décision partagée peuvent eux aussi avoir des effets non souhaités, «indésirables», être mal compris. Leur message n'est pas adapté à tous les types de patient. C'est une forme d'effet secondaire que doit gérer le médecin en adaptant, dans ce domaine aussi, la prescription à son patient.

Ne pensez-vous pas qu'il sera de plus en plus difficile de transmettre une information claire dans un monde médical

soumis à la logique des données et du Big Data? Comment gérer l'ère probabiliste qui s'ouvre à nous?

Le traitement des données va effectivement devenir un défi majeur. C'est pour cette raison, entre autres, que Murielle Bochud a été nommée à la tête de l'UMSP. Il devient urgent de mettre en place une véritable culture de la gestion de l'incertitude et du risque. Comment transmettre une information probabiliste? En 1981, Berwick avait écrit un article intitulé «When doctors meet numbers» et on pouvait en conclure que les médecins ne savaient compter que jusqu'à deux... Cela, malgré le niveau d'éducation des médecins! Lorsque la formation est moins élevée, comprendre ce qu'est un risque absolu ou relatif devient franchement ardu. Dire à quelqu'un que, suite à un test (par exemple génétique), son risque, de développer une maladie augmente de 50% n'a pas de sens. Si vous complétez l'information en précisant que ce résultat a été exprimé en valeur relative, mais que cela signifie, en fait, que le risque va passer, dans les trente prochaines années, de 8% à 12%, vous risquez de perdre votre interlocuteur. En un mot: il est impossible de transmettre des données brutes, sans autres formes d'explication.

Que faire, alors? Le risque n'est-il pas que nous soyons dépassés?

Nous devons mettre en place une pédagogie du risque qui soit à la hauteur de l'enjeu. Il faudra contextualiser, comparer, nuancer, accompagner, en particulier face aux multiples entrees du Big Data qui vont produire et traiter les données. Ces données seront si nombreuses qu'il faudra certainement l'aide d'une forme d'intelligence artificielle pour les analyser. Espérons cependant que tous les collecteurs et analystes de données ne viseront pas d'autre but que maintenir ou améliorer la santé des citoyens-patients. Car le pouvoir lié aux données ne cesse de croître. Quoi qu'il en soit, dans un cadre médical, il faudra quelqu'un pour les interpréter, les transmettre en expliquant leur pertinence et leurs limites. Et pour humaniser le sens qui en émerge. Or, ce rôle de transmission et construction du sens sera, j'en suis persuadé, joué en grande partie par les professionnels de la santé, en particulier les généralistes qui sont régulièrement en contact avec la population. La pédagogie des données deviendra certainement l'une de leurs compétences de base. La fondation Leenaards vient d'ailleurs de soutenir l'une de nos recherches dans ce domaine.

Les mesures de santé publique améliorent la santé des populations. Mais n'ont-elles pas aussi tendance à augmenter les inégalités en santé?

C'est vrai. Avec le système actuel, les inégalités augmentent

quelles que soient les initiatives prises par les autorités sanitaires. Nous savons que plus les gens sont en bonne santé, plus ils font attention à leur santé, bougent, ne fument pas et suivent les recommandations de dépistage. Et ceux qui auraient le plus besoin de ces attitudes préventives passent à travers les mailles du filet. Avec le projet «Alliance santé» et la gestion renouvelée de la santé publique qu'il propose, l'espoir est de limiter l'impact des inégalités liées au milieu social duquel sont issus les individus.

Est-ce possible?

Nous devons essayer! Par exemple, en promouvant de manière asymétrique les recommandations et les démarches de santé publique. Autrement dit, en nous adressant à tout le monde, mais en accentuant le message auprès des populations les plus vulnérables. Les technologies numériques peuvent se montrer d'une grande aide comme l'a déjà démontré le couplage de certaines données de santé avec des éléments de géolocalisation. En plus de ces actions ciblées, il me paraît fondamental de développer des formes d'empathie communautaire. La réponse de santé publique doit être individuelle mais aussi se disséminer à travers la communauté à laquelle appartient le patient. Ce projet devrait également permettre d'augmenter les compétences en santé des citoyens et favoriser la médecine participative.

**LE BUT EST
VRAIMENT
D'INSTAURER
UNE MISE EN
COMMUN À
FORTE VALEUR
AJOUTÉE, UN
ASSEMBLAGE QUI
FASSE SENS**

Les généralistes sont déjà surchargés. Comment vont-ils pouvoir assumer l'ensemble de ces nouvelles tâches?

Les défis qui attendent la médecine forcent à repenser les manières de travailler ensemble. Et il n'existe pas d'autre alternative que de mettre l'interprofessionnalité au cœur de la démarche clinique. Il va falloir coordonner les soins et améliorer, avec des partenariats public-privé, les relations de l'institution universitaire avec la médecine de ville. L'interprofessionnalité est un concept qui a longtemps fait peur. Les croyances à son sujet doivent changer. Car s'il y a une chose de sûr, c'est qu'il y aura du travail pour tout le monde!

Mais en quoi la tâche du généraliste va-t-elle changer?

Le généraliste sera, comme aujourd'hui, le pivot

du système de soins du futur. Mais un pivot entouré de professionnels permettant d'assumer la multiplicité des tâches de médecine et santé communautaires. Par exemple, des infirmières de pratique avancée et des assistantes médicales d'un nouveau type. Mais aussi des citoyens non professionnels ainsi que les proches aidants. Les médecins n'ont pas été formés pour gérer et coordonner cet ensemble de professionnels. Ils devront acquiescer cette compétence. Avec l'augmentation des maladies chroniques, il n'y a pas d'autre choix que d'aller dans ce sens. «Alliance santé» devrait être un lieu privilégié de réflexion et d'expérimentation de ces nouvelles formes de collaboration et de coresponsabilité.

«Alliance santé» est un projet très ambitieux. Rassembler ces centres universitaires et leurs compétences ne va pas être une mince affaire. Le risque n'est-il pas qu'à la fin chaque centre perde son identité au profit d'une entité floue? C'est une question à laquelle nous avons beaucoup réfléchi. Il ne s'agit en aucun cas d'imposer une fusion. Les missions des uns et des autres seront conservées, voire solidifiées, mais dans une nouvelle dynamique. Le processus de collaboration sera progressif. Le but est vraiment d'instaurer une mise en commun à forte valeur ajoutée, un assemblage qui fasse sens. Comme s'il s'agissait de créer un bon vin, ce qui doit émerger de ce projet n'est pas un simple mélange de plusieurs cépages – dans ce cas de plusieurs cultures. C'est une composition fine, inédite, qui devrait apporter une dimension supplémentaire à la pratique de tous les acteurs. Je crois vraiment que la santé de la population a besoin de cette émergence sous forme de collaborations nouvelles. L'aventure, en tout cas, est ambitieuse et excitante.

1 Levesque J, Breton M, Senn N, et al. The interaction of public health and primary care. *Public Health Rev* 2013;35:1-37.

2 Orkin A, Bharna A, Cram J, et al. Clinical population medicine: integrating clinical medicine and population health in practice. *Ann Fam Med* 2017;15:405-9.

3 Selby L, Bartlett G, Cornuz J. Personalized cancer screening: helping primary care rise to the challenge. *BMC Public Health Reviews* 2018;in press.