

BULLETIN

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------|----|
| Égalité des chances en médecine académique: où en est la Suisse? _____ | 1 | Nouveau Président: Daniel Scheidegger succède à Peter Meier-Abt _____ | 6 | Consultation: Directives révisées sur le diagnostic de la mort _____ | 9 |
| Éditorial _____ | 2 | De la force et des idées au service de la médecine: merci, Peter Meier-Abt _____ | 7 | Prix Robert Bing 2016 _____ | 10 |
| Publications _____ | 4 | 16 ans d'expériences dans la CCE: rétrospective du Président partant _____ | 8 | Poursuite du programme MD-PhD _____ | 10 |
| Feuille de route: Gouvernance de l'effectif et de la répartition des médecins _____ | 5 | | | Nouveaux membres de l'ASSM _____ | 11 |



Égalité des chances en médecine académique: où en est la Suisse?

L'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, le travail à mi-temps et la compatibilité entre la recherche, la clinique et l'enseignement sont des thèmes de plus en plus discutés au sein de la société, et également dans le domaine de la médecine académique. Bien que de nombreuses institutions suisses aient d'ores et déjà amorcé des initiatives intégrant l'égalité à un niveau structurel, une avancée majeure en termes de chiffres se fait toujours attendre. Dans cet article, l'auteure, Béatrice Beck Schimmer, ne s'arrête pas aux seuls chiffres, mais s'interroge sur la qualité des mesures. Elle ouvre, par ailleurs, une parenthèse sur l'égalité des chances dans la recherche et la prise en charge médicale: dans quelle mesure, faut-il de tenir compte des différences spécifiques au sexe et au genre dans les maladies, leur diagnostic et leur traitement.

L'objectif annoncé du programme fédéral pour l'égalité des chances entre femmes et hommes (PFEC) est d'atteindre jusqu'à fin 2016 une proportion de 25 pour cent de professeures et de 40 pour cent de professeures assistantes dans les universités suisses et, globalement, de compter plus de femmes dans les organes dirigeants. La plupart des hautes écoles et des facultés sont loin d'atteindre ces objectifs, en particulier en ce qui concerne les professeures en médecine. En revanche, le nombre total

de professeures dans les universités suisses augmente constamment (cf. tableau 1) – toutefois pas aussi rapidement que souhaité. Dans le domaine la médecine, les chiffres sont à peu près équivalents avec, cependant, une proportion nettement moins élevée de professeures dans certaines hautes écoles. En ce qui concerne les nouvelles nominations de professeures en médecine, la tendance semble prometteuse: 9 pour cent en 2012-2013, 24 pour cent en 2013-2014 et 29 pour cent en 2014-2015, selon le monito-

ring genre de Swissuniversities; l'augmentation est néanmoins loin d'être impressionnante. De telles mutations doivent-elles toujours advenir à grande vitesse? L'«égalité des chances en médecine académique» suppose que l'on prenne en compte toutes les facettes et non pas uniquement les inégalités en termes de répartition des sexes ou niveau des postes de professeurs. Londa Schiebinger, historienne et professeure à

Des protocoles de recherche pour le mentorat? Un caractère plus contraignant pour l'égalité des chances

En matière d'égalité des chances en médecine académique, nous n'avons vraiment fait aucun progrès significatif! Même les arguments pour justifier cette incapacité sont les mêmes qu'il y a vingt ans. Ce qui change – et m'encourage à croire que les choses finiront par bouger –, ce sont les différentes initiatives amorcées ces dernières années dans plusieurs institutions académiques. Dans l'article principal de ce bulletin, Beatrice Beck Schimmer relate les efforts entrepris dans ce domaine dans les différentes régions de Suisse; globalement les projets novateurs destinés à améliorer l'égalité des chances dans les institutions universitaires ont gagné en transparence. Cela crée des obligations. Des bonnes idées et des bons projets, il y en a toujours eu – mais la plupart de ceux dont je me rappelle n'ont jamais été réalisés ou ont tourné court car la personne responsable a dû assumer d'autres tâches ou a quitté l'institution. Si nous prenons l'égalité des chances en médecine académique vraiment au sérieux, les différentes propositions d'amélioration

doivent être traitées comme des projets de recherche à part entière. L'identification à un projet change immédiatement, lorsque, par exemple, une direction d'hôpital est co-responsable d'un protocole de recherche et qu'elle doit mettre des fonds à disposition.

Un suivi constant, tel que Beck Schimmer le mentionne dans son article, est souhaitable. La notoriété d'un projet est un premier indicateur: tous les collaborateurs de l'institution connaissent-ils les programmes et les projets? Se posent ensuite les questions du pourquoi: quelles sont les motivations de ceux qui utilisent ces programmes? Pourquoi d'autres ne les utilisent-ils pas? Pourquoi certaines personnes impliquées dans de tels projets abandonnent-elles? Un tel suivi exige du personnel qui dispose du temps nécessaire pour évaluer les forces et les faiblesses des programmes, par exemple à l'aide d'entretiens structurés. Si, en plus, de tels résultats de recherche étaient publiés efficacement, les différentes institutions pourraient profiter les unes des autres,

sans efforts coûteux, et progresser plus rapidement. Peut-être qu'alors, dans quelques années, les Philippines et le Nicaragua ne seront plus placés devant nous dans le «Global Gender Gap», publié il y a quelques jours par le WEF. Ceux qui souhaitent voir rien changer seront certainement rassurés par la conclusion du même rapport, selon laquelle le «Gender Gap» subsistera au niveau mondial jusqu'en 2070. Nous pouvons alors continuer ainsi pendant les cinquante prochaines années.



Daniel Scheidegger
Président de l'ASSM

THÈME PRINCIPAL

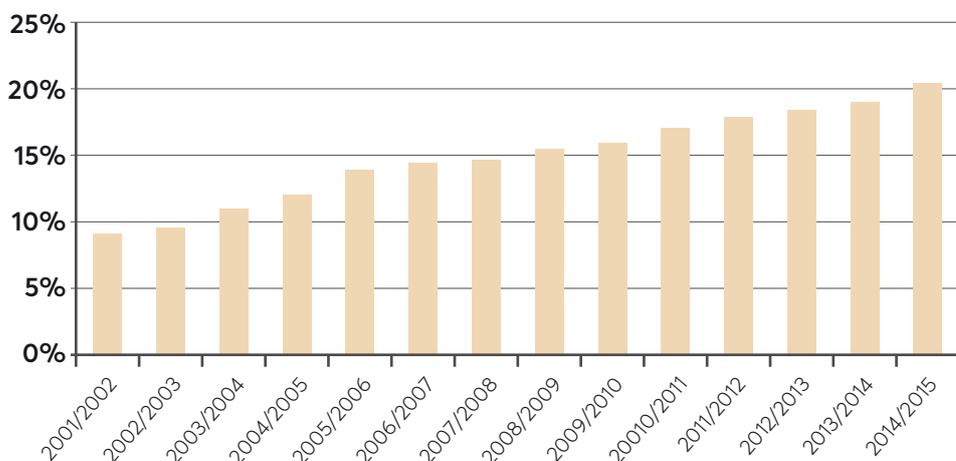


Tableau 1: Effectif global de professeures ordinaires, extraordinaires et associées (permanentes) dans les universités suisses (source: Swissuniversities monitoring genre)

l'université de Stanford, a relaté les différents aspects de l'égalité des chances dans un de ses articles¹. Elle pointe trois objectifs susceptibles d'améliorer l'égalité des chances: fix the number of women, fix the institution et fix the knowledge. Où en est la Suisse par rapport à ces trois aspects?

Fix the number of women

En Suisse, environ 10 pour cent des diplômé(e)s en médecine visent une carrière académique; parmi eux, un nombre nettement inférieur de femmes que d'hommes, bien qu'actuellement presque 60 pour cent des étudiants en médecine sont des femmes. La part de professeures en médecine ne s'élève qu'à 10 à 15 pour cent. Diverses mesures ont été adoptées en Suisse pour pallier ces inégalités, parmi elles le PFEC, initié en 2000, qui a – entre autres – largement contribué à établir des programmes de mentorat dans diverses

facultés. La faculté de médecine de Bâle, par exemple, y travaille avec succès depuis 2004. Bien que les deux sexes profitent du mentorat, les mentees féminines semblent en tirer plus d'avantages, en particulier en matière de planification des carrières². Les programmes de mentorat sont des programmes d'accompagnement de la carrière académique et devraient, dans l'idéal, s'adresser à la future relève dès la fin des études. Les programmes d'encouragement spécifiques représentent un autre élément important pour la réalisation de l'objectif «fix the number of women», comme par exemple les bourses «Marie Heim-Vögtlin» du Fonds National Suisse (FNS). Alors que ce programme vise l'amélioration du profil scientifique et la poursuite de la carrière sur le long terme, un nouvel instrument d'encouragement est envisagé pour ouvrir aux femmes scientifiques, qui ne suivent pas une carrière linéaire, la possibilité de se préparer à un poste de professeure en Suisse dans le cadre de l'encouragement flexible.

La faculté de médecine de l'université de Zurich a établi, dans le cadre du plan d'action de l'égalité des chances, un programme de soutien des «physician-scientists» spécialement destiné aux femmes médecins. Le programme d'encouragement des carrières permet aux cliniciennes et cliniciens talentueux de privilégier leurs travaux de recherche pour leur parcours universitaire. Les candidats encouragés bénéficient de «protected research time» (temps réservé à la recherche) et leur carrière est planifiée en collaboration avec la direction de la clinique. De même, ils sont continuellement suivis par un ou une mentor. Tous ces efforts semblent prometteurs; leur réel succès ne pourra toutefois être démontré que lorsque le nombre de femmes dans les facultés de médecine continuera à augmenter.

Fix the institution

La plupart des initiatives destinées à améliorer l'égalité des chances ont été réalisées dans ce domaine; les procédures de nomination en sont le pilier fondamental. Cela signifie que l'on essaie activement de recruter d'excellentes candidates. Le plan d'action «AGIR pour l'égalité» de la faculté de médecine de l'université de Lausanne, élaboré dans le cadre du PFEC, en est un exemple. Il prévoit d'adapter les conditions de travail pour garantir une meilleure compatibilité entre la vie professionnelle et la vie de famille. De même, le plan d'action de la faculté de médecine de l'université de Genève s'adresse directement à des candidates hautement qualifiées et les encourage à postuler. Par ailleurs, des commissions de nomination sont constituées de manière à limiter voire éliminer les possibles

biais de genres pendant les procédures. En revanche, compte tenu de la charge de travail supplémentaire, la participation d'une ou deux des rares professeures de faculté dans chaque commission n'est pas jugée pertinente. Il serait plus judicieux de sensibiliser les comités à l'égalité des chances et aux biais cachés dans les procédures d'évaluation. Comme le montre une étude récente, les requêtes formulées par des hommes sont, en moyenne, mieux évaluées que celles venant de femmes³, ceci malgré une répartition équilibrée des genres dans l'organe compétent. Cela signifie, ni plus ni moins, que les femmes peuvent, elles aussi, adopter des comportements de biais. Les stéréotypes liés aux genres jouent, à cet égard, un rôle prépondérant⁴. La prise de conscience de tels processus est un premier pas vers le changement.

De nombreuses mesures ont été prises ces dernières années pour améliorer la culture de l'égalité dans les institutions: les possibilités de double carrière ont été optimisées et les salaires ont été vérifiés et, le cas échéant, adaptés; la rémunération dépend de la position et non pas du sexe. Un article récent de la Neue Zürcher Zeitung relatait qu'à position égale, les professeures et les professeurs de l'université de Zurich avaient effectivement le même salaire⁵ – un grand progrès que l'on espère applicable à l'en-

par exemple le FNS (mesure d'allègement 120%) sont un modèle intéressant et vraisemblablement efficace. Elles permettent aux chercheurs de réduire leur taux d'occupation en engageant une personne auxiliaire, pour pouvoir concilier le travail et les obligations familiales.

Fix the knowledge

Dans l'optique de l'«égalité des chances», il vaut la peine de s'attarder non seulement aux instruments, aux structures et aux cultures, mais également aux contenus de la médecine académique. À ce jour, la recherche médicale sur les maladies, leur diagnostic et leur traitement n'a accordé qu'une attention modeste aux différences spécifiques au sexe et au genre. Celles-ci concernent des comportements biologiques, spécifiques au genre et déterminés par des facteurs culturels et sociaux.

Les pathologies présentent des différences bien documentées entre les femmes et les hommes, qui ont été identifiées dans le traitement au niveau de l'épidémiologie, de la pathophysiologie, des manifestations cliniques et des répercussions. Certaines d'entre elles peuvent être expliquées par des différences biologiques, par exemple les chromosomes sexuels, d'autres sont issues d'influences socio-culturelles et de modèles de comportement sociétaux. Les

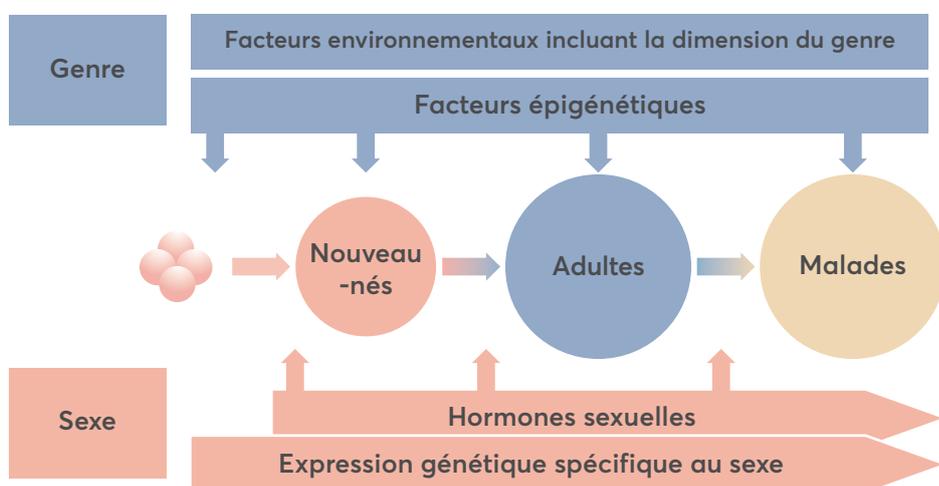


Figure 2: Influence du sexe et du genre sur la santé et la maladie (source: tableau 1 modifié de l'EUCCS, 2016⁶)

semble de la Suisse. Dans une prochaine étape, les moyens accordés aux postes de professeurs (par exemple les crédits d'exploitation et d'installation) devraient être vérifiés. Cette évolution positive se poursuit avec de plus en plus de postes à temps partiel, de flexibilité dans les horaires de travail et, le cas échéant, de journées de travail à domicile («home office»). Les crèches développent, elles aussi, leurs offres. Les mesures d'allègement, comme le propose

deux exemples suivants montrent à quel point les dimensions spécifiques au sexe et au genre sont significatives dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades: une analyse rétrospective des données dans un centre cardiaque allemand a montré que le degré de gravité d'une maladie cardiaque était nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes au moment de la transplantation; la transplantation cardiaque est donc réalisée à un

stade plus avancé de la maladie⁶. Et selon une étude effectuée en Grande-Bretagne, les troubles alimentaires sont perçus comme une maladie de femme⁷. Ces pathologies sont alors diagnostiquées beaucoup plus tard chez les hommes que chez les femmes et, en conséquence, la maladie peut être beaucoup plus avancée. Bien que de tels exemples soient connus, le thème des différences liées au sexe et/ou au genre en médecine bénéficie de trop peu d'attention, tant dans la recherche que dans l'enseignement. A l'avenir ces aspects devront être davantage pris en considération dans la recherche clinique et biologique. Il serait particulièrement important de rendre les étudiants en biologie attentifs à ces différences dès leur formation, en ancrant ce thème dans l'enseignement.

Conclusions

Alors où en est la Suisse en matière d'égalité des chances en médecine académique? Les activités mentionnées montrent qu'une palette large et variée de mesures a été initiée et mise en œuvre, toutefois sans effets immédiats. Les systèmes ne peuvent pas simplement être renversés; leur transformation doit être lente, car la conviction et l'engagement de ses membres sont indispensables. En l'occurrence, après l'introduction d'un changement, il importe d'attendre ses effets et de les évaluer soigneusement avant d'introduire de nouvelles mesures, pour ne pas risquer un enchevêtrement déstabilisant de «changing the change».

«La qualité avant la quantité» constitue un autre élément important pour l'égalité des chances. Ainsi, une enquête réalisée il y a quelques années auprès des membres de la faculté de l'université de San Francisco a montré que la satisfaction des professeures était nettement inférieure à celle de leurs collègues masculins – nota bene: avec une proportion de presque 40 pour cent⁸ de femmes. Une possible interprétation de ce phénomène surprenant pourrait être le fait que le nombre de professeures a augmenté au-delà des quotas et sans réelle acceptation de l'égalité des chances respectivement sans changement de culture. Une telle évolution serait regrettable en Suisse, car les femmes nommées aux postes de professeures pourraient délaissier l'académie. Il s'agirait alors – malgré les débuts prometteurs – d'un retour en arrière qui ouvrirait de nouvelles lacunes, là où elles avaient été comblées initialement: «Creating a gap after filling the gap». Cela ne servirait l'intérêt de personne. Notre dernière réflexion: celui qui incite à la diversité devrait aussi la reconnaître. Un équilibre total dans les postes de professeurs, dans les organes ou les institutions ne semble pas du tout souhaitable, car la diversité réside justement dans l'inégalité – mais pas dans une inégalité unilatérale qui ne désavantage qu'une seule partie.



Prof. Dr méd. Beatrice Beck Schimmer
Médecin chef de service à l'Institut
d'anesthésiologie USZ/Membre
du Comité de direction de l'ASSM

Références

1. Schiebinger L. Interdisciplinary Science Reviews 2011; 36: 154-167
2. Buddeberg-Fischer B. BMC Health Serv Res 2010; 10: 40
3. Moss-Racusin CA. Proc Natl Acad Sci U S A 2012; 109: 16474-9
4. Nosek BA. Proc Natl Acad Sci U S A 2009; 106: 10593-7
5. Nicht die Gehälter machen den Unterschied. NZZ 13.04.2016
6. Group EUCCS. Eur Heart J 2016; 37: 24-34
7. Raisanen U. BMJ Open 2014; 4: e004342
8. Belden Russonello and Stewart Research Communications. 2002. http://academicpersonnel.ucr.edu/departement_chair_info/2003-2004/UCSFWomen.pdf

COMITÉ DE DIRECTION

Associer les patients et les proches

La société de la santé accorde une importance accrue à la participation des patients, des proches, des assurés et des citoyens aux décisions concernant leur santé. De plus en plus, des concepts tels que la prise de décision partagée («Shared Decision Making») sont adoptés. Un rapport succinct, rédigé à la demande de l'ASSM, analyse cette tendance et clarifie les notions centrales.

Les Académies suisses des sciences développent ensemble le thème prioritaire «La mutation du système de santé». Dans le cadre de ce projet, des recommandations seront élaborées pour tenir compte de manière

adéquate de la perspective des patients et des proches dans les activités futures de l'ASSM et des Académies. Le rapport succinct récemment élaboré à la demande de l'ASSM par Careum Forschung fait partie intégrante de ce projet. Le rapport explique ce que l'on entend par «associer les patients», en quoi le recours à des «experts par expérience», c'est-à-dire des représentants d'organisations de patients ou d'organisations d'entraide est pertinent, quelle valeur ajoutée peut être attendue et comment la situation de l'association des patients est évaluée en Suisse et en Europe.

Le rapport est disponible en ligne ou sous forme de brochure (en allemand uniquement):

www.samw.ch > Publikationen > Empfehlungen



Feuille de route: Gouvernance de l'effectif et de la répartition des médecins

Pour assurer la pérennité du système de santé, le nombre de médecins et de professionnels de la santé doit être adéquat et leur répartition conforme aux besoins. Au niveau international, les expériences ont montré que, dans un système de santé financé solidairement, la gouvernance des ressources humaines et notamment des ressources médicales était incontournable. L'ASSM aborde ce sujet dans une nouvelle feuille de route.

Depuis quelques années, il est question de pénurie de professionnels de la santé en Suisse. En témoignent d'une part les difficultés rencontrées pour pourvoir les postes vacants dans les hôpitaux et, d'autre part, le nombre élevé de professionnels de la santé avec un diplôme obtenu dans un pays étranger. Face à cette situation, le Conseil fédéral a planifié diverses mesures dans le cadre de l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié dans le domaine de la santé. Le message FRI 2017–20 prévoit en outre CHF 100 millions pour la création de places de formation supplémentaires pour les médecins. Parallèlement, avec 4.0 médecins respectivement 17.4 infirmiers par 1000 habitants (2013), la Suisse a l'une des densités de professionnels de la santé les plus élevées au monde. Quelle est l'influence du nombre de médecins sur l'ensemble du système de santé? Quelles sont les possibilités et les limites de la gouvernance?

Les médecins sont les acteurs clés du système de santé suisse, car ils détiennent le monopole en matière de diagnostic et d'indication médicale. Dans sa dernière feuille de route, l'ASSM analyse la situation à l'exemple des médecins, montre les possibilités et les limites de la gouvernance et formule des recommandations avec des mesures concrètes à l'attention des différents acteurs du système de santé. Ce faisant, l'ASSM est consciente qu'actuellement de nombreux projets sur ce thème sont en cours. L'objectif prioritaire de cette feuille de route est de renforcer leur action.



Les mesures à court, moyen et long terme proposées pour la gouvernance de l'effectif et de la répartition des médecins sont récapitulées ci-après: (1) Conception d'un système d'incitation, (2) Création d'une base de données, (3) Développement d'un système de gouvernance supracantonal efficace, (4) Modulation de la formation pré- et postgraduée et (5) Encouragement de nouveaux modèles de soins.

La feuille de route s'adresse aux nombreux acteurs du système de santé, entre autres aux fournisseurs de prestations, aux politiciens de la santé aux niveaux cantonal et fédéral, aux bailleurs de fonds et aux établissements d'enseignement. Elle peut être commandée gratuitement sous forme de brochure (en allemand et en français) au secrétariat général de l'ASSM ou téléchargée. Lien pour la commande ou le téléchargement: www.assm.ch > Publications > Feuilles de route

Recommandations pour la création et l'exploitation de registres de santé

Les registres avec des données fiables revêtent de plus en plus d'importance dans le milieu de la santé et leur nombre ne cesse de croître avec l'augmentation du volume de données. Pour qu'ils puissent être réellement utiles, les registres doivent remplir un certain nombre de standards minimaux. L'ASSM a publié, en collaboration avec des institutions partenaires, des recommandations concernant la création et l'exploitation de registres de santé.

Les registres fournissent des données précieuses à la recherche, aux fournisseurs de prestations et à la politique de la santé. Ils contribuent à la transparence et à la comparabilité des prestations médicales. Les évolutions dans les domaines du Big Data, de la médecine personnalisée ou de l'e-health renforcent l'importance des registres, tant pour les patientes et les patients que pour les personnes en bonne santé. Même si les objectifs et les champs d'application des registres sont très différents, ils doivent tous satisfaire des exigences juridiques, professionnelles et techniques. Les recommandations élaborées par l'ANQ, la FMH, H+, unimedsuisse et l'ASSM se veulent une aide dans ce sens. Elles s'adressent au premier chef aux exploitants des registres et les soutiennent lors de la création des registres et dans la recherche de solutions adéquates pour leur fonctionnement.

Les recommandations entendent contribuer

- à la collecte, la saisie et l'utilisation des données selon des critères clairement définis;
- à l'élaboration de structures adéquates des registres de santé, leur permettant d'atteindre les buts escomptés;
- à la garantie de la protection des droits de la personnalité des donneurs;
- à la réglementation de la réutilisation des données pour la recherche et l'assurance de la qualité.

Grâce à une large consultation auprès des principaux acteurs, les recommandations sont solidement ancrées dans le secteur. Elles seront régulièrement vérifiées et, le cas échéant, réadaptées. La version actuelle peut être consultée sur le site de l'ANQ:

www.anq.ch/fr/recommandations-registres

Nouveau Président: Daniel Scheidegger succède à Peter Meier-Abt

Le 1^{er} novembre 2016, le bâlois Daniel Scheidegger a pris la succession de Peter Meier-Abt à la présidence de l'ASSM. En tant que membre de l'Académie depuis 2005, Daniel Scheidegger s'est engagé dans de nombreux projets; il a, entre autres, dirigé le groupe de travail «Médecine durable».

Daniel Scheidegger a été élu nouveau Président de l'ASSM lors de la séance du Sénat, au printemps dernier; il est entré en fonction début novembre 2016. De 1988 à 2013, il était chef du département d'anesthésie et de médecine intensive à l'hôpital cantonal de Bâle et Professeur ordinaire en anesthésiologie et réanimation à l'université de Bâle. De nombreux acteurs du système de santé connaissent Daniel Scheidegger par son engagement dans différents organes et instituts nationaux, entre autres comme membre et Président de l'organe scientifique Médecine Hautement Spécialisée de la CDS, membre du Conseil suisse de la science et de l'innovation, et dans diverses positions au sein de la Rega.

Daniel Scheidegger a fait le lien entre la médecine et l'aviation non seulement auprès de la Rega, mais également dans le domaine de la sécurité des patients: convaincu qu'en matière de sécurité la médecine pouvait apprendre beaucoup de la sécurité aérienne, il entretient d'étroits contacts avec ce secteur. Les hôpitaux suisses ont bénéficié du know-how acquis par Daniel Scheidegger, par exemple lors de la création du CIRS (Critical Incident Reporting System). La sécurité des patients et la qualité en médecine figureront parmi ses priorités dans son engagement en tant que Président de l'ASSM, de même que la reconnaissance précoce des enjeux et des tendances en médecine académique. Ainsi, serons-nous amenés à remettre en question certaines activités: «Innover signifie aussi remettre en cause ce qui existe. Les nouvelles approches et possibilités doivent amener à renoncer à des prestations qui ne sont plus adaptées, qu'il s'agisse de la médecine ou de l'ASSM.»

Le communiqué de presse du 26 octobre 2016 contient des détails sur la carrière de Daniel Scheidegger: www.assm.ch/medias

Le flou entre le savoir et l'incertitude ne doit pas s'amplifier

Une médecine durable suppose que les patients bénéficient d'une prise en charge optimale, mais pas forcément maximale. Pour ce faire, la pratique médicale doit être basée sur des preuves scientifiques – donc sur une distinction fondée entre un savoir sûr et des hypothèses sans fondement. Comme le relate l'ancien Président de l'ASSM, Peter Meier-Abt, dans cet article, réduire le flou entre le savoir et l'incertitude est et demeure l'une de ses principales préoccupations.

Compte tenu du volume croissant de données digitales attendu dans un avenir proche et de l'augmentation du nombre d'études non reproductibles, l'incertitude entre le savoir et les hypothèses risque de s'accroître. Dès lors, si la Personalized Health/Precision Medicine respectivement «Big Data – Big Health» doit contribuer efficacement à la pérennité de la médecine, des mesures d'assurance de la qualité doivent être introduites sans tarder. Ces dernières années, les sciences biomédicales ont transmis des connaissances incontestablement positives, mais également des informations discutables. Tout particulièrement le nombre élevé d'études non reproductibles était préoccupant et de part et d'autre, la revendication «Increasing Value and Reducing Waste» se faisait entendre. Dans l'intervalle, la communauté scientifique internationale a commencé à introduire des mesures destinées à améliorer la qualité. Il était grand temps! Le volume considérable de données moléculaires et cliniques concernant la santé et le mode de vie, lié à la digitalisation croissante, n'apporte de valeur ajoutée que si nous pouvons en tirer des conclusions utiles en termes de prévention et de traitement de maladies. Pour ce faire, la maîtrise technique de grandes quantités de données ne suffit pas à elle seule; la médecine clinique en milieu hospitalier et en cabinet doit disposer de données traitées et validées de manière à ce qu'elles soient réellement utiles à la prise en charge des patients. Il s'agit là d'un défi considérable pour le système de santé fédéraliste en Suisse. Deux mesures me semblent essentielles: dans un premier temps, la bioinformatique clinique doit être encouragée et l'interchangeabilité des données moléculaires et cliniques entre les institutions doit être garantie dans l'ensemble de la Suisse. Et deuxièmement, les études de corrélation et d'association tellement appréciées doivent obligatoirement être complétées par des études de causalité. Ce n'est qu'ainsi que des bases fiables, indispensables à la pérennité de la médecine, peuvent être garanties.

Peter Meier-Abt



Prof. Peter Meier-Abt
Président de l'ASSM
jusqu'au 31 octobre 2016

De la force et des idées au service de la médecine: merci, Peter Meier-Abt

Peter Meier-Abt a présidé la dernière séance du Comité de direction en tant que Président de l'ASSM dans le cadre de la retraite de début septembre et s'est retiré au 1^{er} novembre. Au nom du Comité de direction et du secrétariat général, Martin Schwab, Vice-Président de l'ASSM, rend hommage à son engagement sans failles pendant des années.

Faire bouger les choses, analyser et nommer les points faibles, mais également proposer des solutions et les mettre en œuvre avec dynamisme; passionnément engagé – c'est ainsi que nous avons connu Peter Meier-Abt, Président de 2011 jusqu'à cet automne et d'abord Vice-Président pendant sept années. Il est arrivé à l'ASSM nanti d'une solide expérience, après une brillante carrière de chercheur reconnu au niveau international, en tant que pharmacologue à l'université et à l'hôpital universitaire de Zurich – à l'interface de la clinique et de la recherche – et plus tard comme vice-recteur de la recherche à l'université de Bâle.

L'encouragement de la relève dans la recherche clinique, l'intégrité dans le contexte de la science, l'avenir de la médecine personnalisée et les connexions internationales de l'ASSM lui tenaient particulièrement à cœur. Pendant de nombreuses années, il a dirigé le programme MD-PhD, a initié diverses études et feuilles de route sur la promotion de la relève scientifique et la culture scientifique et a contribué à leur élaboration. Il a participé, avec intelligence et bon sens, aux débats parlementaires, aux commissions consultatives et à la mise en œuvre de la Loi relative à la recherche sur l'être humain. Il a concrétisé son intérêt pour les relations internationales de l'ASSM par toute une série de colloques et de rencontres, entre autres avec la Leopoldina allemande ou la Federation of European Academies of Medicine, FEAM.

Ces dernières années, Peter Meier-Abt s'est particulièrement intéressé aux chances et aux défis de la médecine personnalisée. Car notre pays qui, avec sa recherche et sa prise en charge médicale de haute qualité, occupe une position de pointe, doit exploiter et intégrer au mieux les nouvelles possibilités. Dans un pays avec 26 cantons et d'innombrables hôpitaux, l'élaboration d'une structure homogène de données, de registres et de biobanques électroniques représente à elle seule une tâche colossale, à laquelle s'ajoutent de nombreuses questions éthiques et sociétales. Le Swiss Personalized Health Network (SPHN) dirigé par l'ASSM – et notamment par Peter Meier-Abt – a permis de mettre rapidement sur pied une structure viable offrant de nouvelles perspectives et des bases solides à la médecine du futur en Suisse. Nous espérons pouvoir encore très longtemps compter sur lui comme «spiritus rector» et mentor de ce projet.

Être capable, en tant que chercheur ou clinicien, de reléguer sa propre renommée et sa notoriété à l'arrière-plan pour consacrer ses forces et ses idées à un objectif supérieur – précisément à l'ASSM et aux sciences médicales de notre pays – ne va pas de soi. C'est ce qu'a fait Peter Meier-Abt en tant que Vice-Président et Président de l'ASSM, avec un dévouement exemplaire. Nous lui en sommes reconnaissants et le remercions de tout cœur.

16 ans d'expériences dans la CCE: rétrospective du Président partant

En tant que membre de la Commission Centrale d'Éthique (CCE) pendant huit ans et président pendant huit ans, j'ai eu la possibilité d'apporter ma pierre à l'évolution de la déontologie médicale, telle qu'elle se reflète dans les directives et les prises de position de la CCE. Trois aspects sont, à mon sens, essentiels au rôle de la CCE.

Les normes morales fixées par le corps médical doivent être transmises de telle façon que chaque médecin puisse les assimiler, les adapter de sa propre initiative aux situations concrètes et les appliquer de manière ciblée. Bien plus que des instructions schématiques et des listes de contrôle, il importe de proposer des outils permettant de développer une pratique médicale éthique. En conséquence, au fil des années, les directives comprennent de plus en plus de réflexions fondamentales et de débats sur les valeurs, quelquefois au détriment de leur concision et d'une certaine rigueur.

Pour que l'éthique médicale puisse être vécue sous cette forme, ses normes doivent être élaborées par le corps médical lui-même – bien entendu en dialogue avec d'autres partenaires sociaux. Les directives doivent être élaborées sur la base des expériences pratiques pour pouvoir être intégrées au quotidien et les personnes concernées doivent avoir vérifiées si elles sont applicables dans la pratique. Par ailleurs, pour que les médecins restent dignes de confiance, il est essentiel que les normes à observer soient vécues par toutes les parties prenantes comme inhérentes à la pratique médicale et non pas comme imposées de l'extérieur.

L'équilibre entre l'autonomie du patient et la perception de l'activité médicale est essentiel. D'une part, l'application de mesures médicales contre la volonté de patients capables de discernement n'est en aucun cas compatible avec l'éthique médicale. Et d'autre part, un traitement ne peut être justifié uniquement parce qu'il est exigé par un patient autonome. En plus du principe de l'autonomie du patient, les médecins doivent observer le principe de la bienfaisance envers leurs patients. Ainsi, deux conditions doivent être remplies: d'une part le médecin doit être convaincu qu'il agit pour le bien du patient et, d'autre part, le patient doit être consentant. Ce faisant, il reste à définir ce que représente ce bien-être que la médecine doit favoriser. A mon sens, la question des objectifs de la médecine se pose à nouveau à l'ASSM comme l'un des grands défis des prochaines années.

Christian Kind

Commission Centrale d'Éthique: Adieu, Christian Kind

Christian Kind se retire après huit années à la Présidence de la CCE. Son départ a été célébré dans le cadre d'un symposium à son honneur, le 27 octobre dernier. C'est à cette occasion que l'ancien président de l'ASSM, Peter Suter, a rendu hommage à l'action de Christian Kind. Il résume ses réflexions dans cet article.

Christian Kind a su donner un nouvel élan à ce domaine essentiel de l'Académie qu'est l'éthique biomédicale; son action a renforcé la notoriété de la Commission Centrale d'Éthique, tant en Suisse qu'à l'étranger. En tant que spécialiste en pédiatrie et en médecine des adolescents, il a dirigé de 1999 à 2012 l'hôpital des enfants de St-Gall. Il s'est rapidement intéressé aux questions éthiques en néonatalogie et son engagement a considérablement marqué l'évolution de la pédiatrie dans notre pays.

Pendant de nombreuses années, d'abord en tant que membre de la CCE puis comme Président pendant huit ans, Christian Kind a contribué de manière décisive à presque toutes les activités de la commission. Ses compétences professionnelles, son engagement pour le bien, sa persévérance dans les moments difficiles et sa constance ont souvent été déterminants pour parvenir aux objectifs fixés. L'éthique médicale et l'autocritique sont dans sa nature – et, avec sa cordialité et sa sensibilité, il a dirigé la commission de manière exemplaire. Sa personnalité héberge un bon mélange de proximité – à la médecine et au patient – et d'approche théorique et analytique, auquel s'ajoute la mentalité d'un fervent défenseur de la cause des personnes concernées, tout en gardant un œil attentif sur l'objectif supérieur. La musique classique et la littérature, autres passions de Christian Kind en dehors de la médecine, ont très certainement contribué à son succès. Tous ces aspects réunis témoignent d'une personnalité d'une diversité humaniste unique.

Un grand merci, Christian, nous te souhaitons bonne chance pour tes prochains défis et bon vent!



Prof. Christian Kind
Président de la CCE
jusqu'à fin 2016

En consultation: Directives révisées «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes»

Le diagnostic sûr de la mort est une condition préalable essentielle en médecine de transplantation, dans la mesure où celle-ci repose sur le prélèvement d'organes. Il revêt une importance éthique, juridique et politique considérable, car il doit garantir que nous traitons toujours les vivants comme des vivants et les morts comme des morts. Les directives de l'ASSM «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes» (de mai 2011) sont en cours de révision et le projet de texte est en consultation jusqu'à fin février 2017.

Dans la loi sur la transplantation (LTx), le critère retenu pour constater la mort d'un être humain est la défaillance irréversible de toutes les fonctions du cerveau y compris celles du tronc cérébral. Concernant les étapes cliniques du diagnostic de la mort, l'Ordonnance sur la transplantation¹ renvoie aux chapitres correspondants des directives «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes» de l'ASSM de mai 2011. En juin 2015, le Parlement a entériné une version révisée de la LTx; elle entrera en vigueur dès que les adaptations nécessaires auront été apportées à l'ordonnance correspondante. Le 21 octobre dernier, le DFI a mis en consultation les projets de texte en question; la consultation est ouverte jusqu'au 3 février 2017. Suite à la révision de la LTx, une révision des directives de l'ASSM s'est également imposée. La Commission Centrale d'Éthique a chargé une sous-commission, dirigée par le Prof. Jürg Steiger (Bâle), de procéder aux adaptations nécessaires.

Une motion concernant l'attribution d'organes aux frontaliers est à l'origine de la révision de la LTx. Dans le cadre de la révision, des attentes importantes de la pratique ont été prises en considération, entre autres la question de savoir à partir de quel moment les proches doivent être impliqués respectivement si les proches peuvent ou non consentir aux mesures médicales préliminaires. Les directives révisées abordent en outre les questions suivantes:

- À quel moment la question du don d'organes peut-elle être abordée avec les proches?
- Quelles conditions doivent être remplies avant de pouvoir établir un diagnostic de la mort?
- Qui est habilité à constater la mort?
- Quelles mesures préliminaires peuvent être réalisées avant la mort?
- Comment gérer les situations, où des proches refusent un prélèvement d'organes par conviction personnelle malgré l'existence d'une carte de donneur?

Dès la phase d'élaboration, la sous-commission a fait appel à des experts, notamment des représentants des hôpitaux effectuant des prélèvements d'organes, des sociétés de discipline concernées et des soins, mais également des organisations de patients. Le Sénat a adopté le projet de texte en consultation lors de sa séance du 16 novembre 2016. La consultation dure jusqu'à fin février 2017; les personnes et les organisations intéressées sont invitées à soumettre leurs commentaires.

Informations complémentaires:
www.assm.ch > Éthique > Transplantation > Révision des directives

Membres de la sous-commission

Prof. Dr méd. Jürg Steiger, médecine interne, Bâle (Président)

Prof. Dr méd. Claudio L. Bassetti, neurologie, Berne

Prof. Dr méd. Bernhard Frey, médecine intensive pédiatrique, Zurich

Prof. Dr méd. Christoph Haberthür, médecine intensive, Zurich

PD Dr méd. Yvan Gasche, médecine intensive adultes, Genève

Eva Ghanfili, NDS HF, soins intensifs, Lugano

Prof. Dr méd. Samia Hurst, éthique, Genève

Prof. Dr méd. Christian Kind, pédiatrie, St-Gall (Président CCE)

Corinne Delalay-Marti, NDS HF, Sion

lic. iur. Michelle Salathé, MAE, droit, Berne (ASSM)

PD Dr méd. Urs Schwarz, neurologie, Zurich

Expert permanent: Marcel Monnier, avocat, OFSP, Berne

¹ Cf. art. 7 de l'Ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules du vendredi, 16 mars 2007 (RS 810.211)

Prix Robert Bing 2016

Le Prix Robert Bing, provenant d'un legs du neurologue bâlois Robert Bing, est décerné tous les deux ans par l'ASSM; il récompense des travaux d'excellence dans le domaine des sciences neurologiques. En 2016, le Prix a été attribué à la Prof. Caroline Pot de l'hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) et au Prof. Sebastian Jessberger de l'université de Zurich. Ils ont été distingués lors de la séance du Sénat de l'ASSM le 16 novembre 2016.

En tant que neurologue et chercheuse clinique, Caroline Pot du Department of Clinical Neurosciences CHUV se consacre à des études du domaine de la sclérose en plaques. Depuis 2015, elle est professeure boursière FNS au CHUV et dirige l'équipe de chercheurs qui travaille sur le rôle des métabolites du cholestérol et leurs interactions avec la flore et l'immunité intestinales dans le développement de la sclérose en plaques.

Sebastian Jessberger, Brain Research Institute, University of Zurich, est professeur de neurosciences et directeur de l'Institut für Hirnforschung de l'université de Zurich. Pour ses travaux de recherche dans le domaine de la neurogenèse adulte, il obtint en 2015 un Consolidator Grant du Fonds National Suisse (FNS) et un Consolidator Grant du European Research Council (ERC) en 2016.



Prof. Caroline Pot
Department of Clinical
Neurosciences CHUV



Prof. Sebastian Jessberger,
Brain Research Institute,
University of Zurich

Poursuite du programme MD-PhD

L'ASSM avait communiqué, au courant de cette année, que le programme MD-PhD sera transféré au Fonds National Suisse FNS début 2017. Toutefois, ce transfert étant impossible à gérer dans un délai aussi court, le programme de soutien est maintenu dans sa forme actuelle.

En collaboration avec le FNS et grâce au soutien financier de fondations privées, l'ASSM octroie, à des médecins intéressés par la recherche, des bourses MD-PhD pour une deuxième filière d'études dans le domaine des sciences naturelles respectivement dans des domaines importants pour la santé publique, tels que l'épidémiologie, la biostatistique, l'écologie de la santé ou l'éthique biomédicale. Les soutiens annuels, d'un montant de CHF 60'000.-, sont alloués pour une durée maximale de trois ans. Vous trouverez des informations sur les conditions, les délais de soumission, les procédures d'évaluation etc. sur la page web: www.assm.ch/fr/md-phd



Dr Myriam Tapernoux
Responsable du ressort Science

Nouvelle direction du ressort Sciences

Depuis le 1^{er} novembre 2016, Dr Myriam Tapernoux dirige le ressort Sciences au secrétariat général de l'ASSM; elle est la personne de contact pour tous les programmes de soutien de l'ASSM. Elle travaillait jusqu'alors comme collaboratrice scientifique dans le secteur «Careers» du FNS. L'équipe du secrétariat général se réjouit de cette nouvelle collaboration et lui souhaite la bienvenue.

Nouveaux membres d'honneur, individuels et correspondants de l'ASSM

Le Sénat a nommé des nouveaux membres lors de sa séance du 17 mai 2016. Les certificats leur ont été remis lors d'une petite cérémonie dans le cadre de la séance du Sénat du 16 novembre.

Nouveaux membres d'honneur de l'Académie:



Prof. Felix Gutzwiller, Zurich



Prof. Antonio Lanzavecchia, Bellinzona



Prof. Urs Metzger, Weggis

Les personnes suivantes ont été nommées membres individuels en raison de leur excellence scientifique:



Prof. Annette Draeger, Berne



Prof. Markus Heim, Bâle



Prof. Christoph Hess, Bâle



Prof. Aurel Perren, Berne



Prof. Effy Vayena, Zurich



Prof. Rainer Weber, Zurich



Prof. Barbara Wildhaber, Genève

Nouveaux membres correspondants de l'ASSM:



Prof. Roland Stocker, Sydney



Prof. Lorenz Studer, New York



Le bulletin de l'ASSM paraît 4 fois
par an en 3500 exemplaires
(2600 en allemand et 900 en français).

Editeur:

Académie Suisse des Sciences Médicales
Maison des Académies
Laupenstrasse 7, CH-3001 Berne
Tél. +41 31 306 92 70
mail@samw.ch
www.assm.ch

Rédaction:

lic. phil. Franziska Egli

Traduction:

Dominique Nickel

Présentation:

KARGO Kommunikation GmbH, Berne

Imprimé par:

Kreis Druck AG, Bâle
ISSN 1662-6036