

BULLETIN

Une nouvelle définition de la santé? _____ 1	Les visages du ressort Éthique _____ 6	Pandémie de Covid-19: questions ouvertes ____ 8
Éditorial _____ 2	Prix «Interprofessionnalité» de l'ASSM ____ 7	White Paper Clinical Research _____ 10
SPHN: traitement responsable des données de santé _____ 5	Nouvelles têtes au Comité de direction de l'ASSM _____ 7	Subsides du programme MD-PhD _____ 11
Hommage à Peter Meier-Abt _____ 6		Humanités médicales: nouveau cycle de colloques _____ 12



Le modèle de Meikirch: une nouvelle définition de la santé?

Le Sénat est l'organe supérieur de l'ASSM, mais pas seulement. Avec ses quelque 250 membres, il est également un important réseau d'expert.e.s, un vivier de connaissances. Dans ce point fort, le professeur émérite Johannes Bircher, membre d'honneur de l'Académie, présente son modèle de Meikirch qui a été publié dans «Integrated Healthcare Journal»¹ en 2020. Dans leurs commentaires, le Prof. Milo Puhon, Directeur de l'Institut d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention (EBPI) de l'Université de Zurich et le Dr Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la Revue Médicale Suisse, se livrent à une analyse critique du modèle.

L'augmentation constante des coûts de la santé est source d'inquiétude pour notre société. Au cours des dernières décennies, les politiques et les autorités ont, à maintes reprises, exigé des réductions des coûts et restructuré le système de santé et son financement, soumettant ainsi les professionnel.le.s sur le terrain à une pression temporelle qui les confronte à la difficulté de suivre leur éthique professionnelle et au manque de temps pour les contacts avec leurs patient.e.s. À ce jour, aucune solution n'a pu être trouvée à ce problème, les exigences envers le système étant trop divergentes au regard du nombre élevé d'actrices et d'acteurs. Dès lors, il est nécessaire d'élaborer une définition adéquate de l'objectif de la prise en charge médicale, à laquelle tou.te.s les partenaires – politicien.ne.s, professionnel.le.s de la santé et patient.e.s – peuvent s'orienter.

Les trois niveaux du modèle de Meikirch

Depuis que la définition de la santé de l'OMS a été rejetée par les Nations unies, il manque à tous les systèmes de santé du monde une formulation claire de leurs objectifs. Le modèle de Meikirch propose une nouvelle définition de la santé, dont la teneur est la suivante: «Une personne en bonne santé est capable de répondre aux exigences de la vie. Pour ce faire, chaque être humain dispose d'un potentiel biologique inné et d'un potentiel personnel acquis, qui sont tous deux en relation permanente avec la société et l'environnement. Le système adaptatif complexe qui en résulte permet à chaque individu d'affirmer sa propre identité et de la développer jusqu'à sa mort.»

¹ Bircher J. Meikirch model: new definition of health as hypothesis to fundamentally improve healthcare delivery. doi.org/10.1136/ihj-2020-000046

Le changement dans la continuité

Si la Suisse occupe une place qui excède largement son poids démographique dans le concert des nations en ce qui concerne la recherche fondamentale et technologique, elle reste en deçà en recherche clinique. Certes, des efforts considérables ont été faits au cours des vingt dernières années mais ont-ils suffi ? L'ASSM – sur mandat du SEFRI – publie un white paper qui brosse un état des lieux, recense les insuffisances et suggère les pistes à suivre.

Rédigé par des experts issus de multiples partenaires du domaine, coordonné par le Prof. Claudio Bassetti, ce white paper s'accompagne d'une feuille de route dont le premier objectif est de mettre en place une plateforme nationale de coordination de la recherche clinique. Cette structure légère sera constituée encore cette année; sur mandat du SEFRI, elle sera placée sous l'égide de l'ASSM et aura pour objectif de réunir autour d'une même table tous les acteurs et actrices de la recherche clinique au sens large, y compris la santé publique, créant ainsi un forum d'échange et de réflexion. Il s'agira d'éviter les actions redondantes et de mettre en synergie les efforts de toutes les institutions concernées.

En effet, la fragmentation des objectifs, leur duplication parfois, les obstacles réglementaires, souvent, et l'absence d'objectifs stratégiques partagés sont autant de freins à une recherche clinique performante dans notre pays. In fine, le but de l'entreprise est d'améliorer la qualité des soins. Il s'agira aussi d'en convaincre la population en l'y associant à l'initiative et de redorer l'image de marque des études cliniques, encore récemment mise à mal dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Reste à transformer l'essai sans créer un nouvel organe bureaucratique, générateur de nouveaux blocages et de rapports destinés à un classement hélas souvent vertical. Un espace de dialogue donc, pas une usine à gaz...

Il est hors de doute que Peter Meier-Abt, ancien président de l'Académie, aurait applaudi cette initiative, lui qui a tant œuvré pour une recherche et une relève de qualité au cours des deux dernières décennies, au sein de l'ASSM, du Fonds national Suisse, de la Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO) et du Swiss Personalized Health Network (SPHN). Hélas, il nous a quittés le 27 mai dernier. Ce Bulletin lui rend un hommage mérité.

Le Comité de direction de l'ASSM a pris congé fin mai des professeurs Claudio Bassetti

et Urs Brügger, après huit années passées en son sein. Ils ont tous les deux marqué cette période de leur personnalité, de leur expertise et de leur engagement. Qu'ils en soient ici remerciés. Alors que certains s'en vont, d'autres arrivent: Nicole Probst-Hensch (Bâle), Luca Crivelli (Lugano) et George Thalmann (Berne) renforcent désormais les rangs du Comité.

Le thème principal de ce Bulletin est la définition de la santé. Johannes Bircher, membre d'honneur de l'ASSM, a récemment publié son «Modèle de Meikirch» dans l'Integrated Healthcare Journal. Milo Puhan (Zurich) et Bertrand Kiefer (Genève) le commentent et en soulignent tant les aspects novateurs que les difficultés de mise en œuvre. La lecture de ces trois contributions constituera sans nul doute une belle stimulation intellectuelle.



Henri Bounameaux
Président de l'ASSM

THÈME PRINCIPAL

Le modèle de Meikirch décrit la santé à trois différents niveaux – l'environnement, la société et l'individu (fig. 1)

1. Une personne est en bonne santé lorsqu'elle est capable de répondre aux exigences de la vie. Cela s'applique à tout.e être vivant.e.
2. Pour répondre aux exigences de la vie, chaque individu dispose d'un potentiel biologique inné – c'est-à-dire d'un corps – et d'un potentiel personnel acquis – c'est-à-dire d'une personnalité. Les deux sont en relation avec la société et l'environnement. Les cinq composantes du modèle sont reliées par dix processus d'échange (double flèche). En cas de maladie, cette structure aide à comprendre de quelle manière le modèle est affecté.
3. La combinaison de 5 composantes avec 10 processus d'échange remplit les conditions préalables permettant de comprendre la santé humaine en tant que système adaptatif complexe (SAC). L'émergence du SAC offre à chaque individu la chance de développer une individualité autonome unique de la naissance jusqu'à la mort. Celle-ci est dirigée par un driver dont l'autonomie est toutefois limitée. Des crises peuvent survenir spontanément, par exemple en raison de changements intérieurs pendant la puberté ou d'adaptations à des influences extérieures. Lorsque les tensions sont éliminées, les situations de crise se résolvent. Le concept du SAC explique les évolutions favorables et défavorables de la santé.

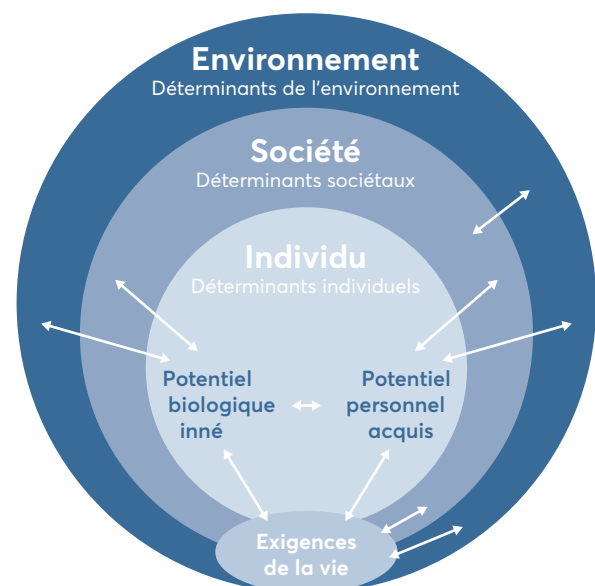


Figure 1: structure du modèle de Meikirch

Réorganisation du système de santé

L'application systématique du modèle de Meikirch transformerait profondément l'organisation du système de santé. Une telle réorganisation devrait être principalement orientée selon les trois objectifs suivants:

1. Selon le modèle de Meikirch, l'objectif du système de santé consiste à améliorer la santé des individus en fonction de leur potentiel en termes de santé.
2. L'organisation du système de santé doit être systématiquement dirigée vers ce but, par exemple en instaurant une culture du dialogue, en favorisant le travail en équipe et les hiérarchies horizontales, pour que les personnes malades puissent prendre elles-mêmes les décisions concernant leur santé ou du moins être suffisamment informées pour les comprendre.
3. Pour ce faire, il convient de donner à chacun.e les moyens d'assumer la responsabilité de sa propre santé grâce à une éducation et une information suffisante sur la santé et la maladie. Cela s'applique également en cas de maladie et facilite les consultations médicales et les soins professionnels.

Si ces mesures sont insuffisantes, les avis de commissions interdisciplinaires indépendantes sur les possibilités de parvenir à un équilibre financier du système de santé orienté selon le modèle de Meikirch doivent être recherchés.

Pour plus d'informations sur le modèle de Meikirch: meikirch-modell.ch



Prof. em. Dr méd.
Johannes Bircher

La santé peut-elle se définir?

Johannes Bircher a raison: le concept de santé doit sortir du petit monde de l'individu et des soins, il ne peut être que large, englobant, écosystémique. Celui qu'il propose, avec son modèle dynamique, se montre très pertinent. Mais il n'est pas sûr qu'il réponde à la question qu'il pose au début de son texte: comment maîtriser les coûts et améliorer le système de santé?

La santé, en médecine, joue le même rôle que la vérité pour la science. Elle sert de boussole à toute avancée. On la cherche, on tend vers elle, on détermine aisément ce qu'elle n'est pas, mais elle échappe à toute représentation. Et c'est encore plus valable pour la santé que pour la vérité. Impossible, en fait, de définir la santé avec des concepts et des descriptions qui la saisiraient pour ce qu'elle est. La seule possibilité consiste à rester très vague et donc non opérationnel. Bircher décrit bien à quel point tout est étroitement lié et interdépendant: les individus, la société, l'environnement au sens très large. Mais il tend à négliger le plus troublant: les liens et échanges de la sphère culturelle portant sur la notion de santé elle-même. Ce qui est désiré comme santé, considéré comme telle, par les groupes ou les personnes, dépend aussi d'un jeu systémique d'opinions, de valeurs, de visions du monde, d'échanges idéologiques (et de manipulations). Toute culture coévolue avec une vision de la santé qui lui est propre.

L'idéal de santé, l'angoisse de la finitude

Dans les pays riches, la situation est paradoxale. Sous le coup des progrès du savoir, les limites disparaissent, la grande santé s'efface. Chez tout le monde, à tout âge, existent des facteurs de risques et des prémices de pathologies. Grâce au savoir moléculaire et aux comparaisons populationnelles, les frontières entre maladie, santé et amélioration deviennent floues. C'en est fini de la possibilité même d'un idéal de santé. Seulement voilà: c'est de plus en plus cette vision que la population adopte. Dans le but, peut-être, de masquer une angoisse de la finitude, la santé est devenue un mythe, une forme quasi religieuse de consommation et de «toujours plus». La santé, pour beaucoup de contemporains,

c'est: «zéro souffrance, prolongation de la vie et intensification de soi» (Peter Sloterdijk).

Le modèle de Meikirch voit la santé comme une faculté d'adaptation. Mais le terme est ambivalent. S'adapter au réel, au vivant qui nous entoure: bien sûr. Ce qui exige avant tout de le respecter. Mais la santé consiste aussi à refuser l'adaptation à certaines contraintes de la société et de l'économie – lorsqu'elles s'imposent de façon inhumaine – et à se révolter contre les inégalités, les injustices ou les destructions du vivant.

Une forme d'utopie

Bircher propose une approche avant tout positivante de la santé. Une forme d'utopie des potentiels à réaliser. Mais comment définir ces potentiels? Il n'existe pas de vie sans contradictions ni conflits. Ou sans erreurs. «Tout être humain, écrit Michel Foucault, est un ratage». En tout cas une imperfection. Il est tissé d'erreurs, mais ces erreurs, c'est lui. La clinique s'est toujours interrogée à partir du pathologique, en particulier de la souffrance humaine. Mais ce qu'elle a découvert, c'est que la pathologie appartient à la vie même. Il n'existe que des arrangements complexes et fragiles d'anomalies et d'instabilités, des bricolages vitaux. Et la santé ne peut se définir que de manière imparfaite, paradoxale, interrogeant sans cesse l'humain, le vivant, le réel et défiant les équilibres. Avant tout, la santé, celle de chacun.e et celle de toutes et tous, est une stratégie de liberté, de langage et d'interprétation.



Dr Bertrand Kiefer, Rédacteur
en chef Revue Médicale Suisse

Inspiration pour une prévention et une prise en charge médicale durables

En termes simplifiés, le modèle de Meikirch de Johannes Bircher décrit la santé comme étant influencée par de multiples facteurs provenant de notre environnement ainsi que de notre potentiel biologique inné et de notre potentiel personnel acquis. Selon le modèle de Meikirch, une personne est en bonne santé lorsqu'elle est en mesure de répondre aux exigences de la vie. Cette définition de la santé se distingue clairement de celle de l'OMS; elle se focalise sur la santé en tant que fondement essentiel d'un projet de vie. Johannes Bircher définit la santé comme un système adaptatif complexe dans lequel l'être humain peut et doit constamment s'adapter en raison des exigences toujours changeantes de la vie, du contexte social et de l'environnement.

Bircher critique – parfois à juste titre – le système de santé actuel et le rôle souvent (involontairement) passif des patient.e.s. En effet, le système doit souvent endosser des rôles et des missions qui pourraient très bien – voire mieux – être assumées par les personnes concernées elles-mêmes et leur réseau social. Une partie des coûts élevés du système de santé peut probablement s'expliquer par le fait que les professionnel.le.s de la santé sont chargé.e.s, en plus de leurs tâches médicales, de missions sociales qui, en principe, ne sont pas de leur ressort et dont le coût est trop élevé.

Exploiter les développements techniques

Le modèle de Meikirch, lui, se concentre sur les ressources personnelles et sur les individus en tant qu'actrices et acteurs de la santé. L'acquisition de compétences en matière de santé et la capacité de s'adapter constamment au sein du système complexe de sa propre personne, de la société et de l'environnement sont tout aussi essentielles pour répondre aux exigences personnelles, sociales et professionnelles. Ces dernières années, des activités orientées vers le renforcement des ressources personnelles ont vu le jour. Par exemple dans les domaines des maladies chroniques, des programmes d'autogestion permettent aux personnes concernées de mieux gérer leur maladie. Des développements technologiques tels que les «wearables» et les progrès en matière d'analyse de données peuvent aider les personnes concernées.

Dans de nombreux pays européens tout comme en Suisse, l'amélioration des compétences en matière de santé est une priorité de la promotion de la santé. Ce faisant, il ne s'agit pas uniquement d'éviter les facteurs de risques ou de maladies, mais également de la capacité de s'orienter dans le système complexe de la prévention et de la prise en charge médicale. Dans le cadre du Programme National de Recherche 74 «Smarter Health Care» du

Fonds National Suisse, certains projets examinent des nouveaux modèles de soins à domicile qui impliquent explicitement l'environnement social en plus des professionnel.le.s de la santé. Ces dernières années, des thèmes tels que l'environnement naturel et l'environnement créé, One Health ou Planetary Health ont largement gagné en importance, tous étant des déterminants importants de la santé au sens du modèle de Meikirch.

Compétences personnelles et apprentissage de toute une vie

L'un des avantages du modèle de Meikirch est de s'éloigner de la dichotomie rigide entre santé et maladie au profit d'une définition plus fonctionnelle de la santé. Toutefois, le renforcement de la responsabilité individuelle et l'amélioration des compétences en matière de santé peuvent difficilement être réalisés avec des mesures relevant du seul secteur de la santé. Le cadre scolaire, par exemple, offre de nombreuses possibilités d'enseigner aux enfants et aux adolescent.e.s des compétences en matière de santé et une compréhension du système sanitaire et social.

Par ailleurs, il serait souhaitable que les écoles enseignent des notions élémentaires de statistique et de probabilité, celles-ci étant importantes pour les décisions tant en médecine que dans l'existence en général. Mais au-delà de la période scolaire, l'apprentissage concernant la santé devrait être possible tout au long de l'existence, car les conditions de vie et les exigences correspondantes changent.

Un modèle unificateur tel que le modèle de Meikirch peut aider à assembler les nombreuses pièces du puzzle de la santé, du renforcement des ressources personnelles à une meilleure intégration du contexte social et de l'environnement. Une mise en œuvre concrète des changements qui y sont associés est ambitieuse. Toutefois, certaines mégatendances sociétales actuelles peuvent soutenir un tel processus et le modèle de Meikirch devrait nous inciter à réfléchir aux changements possibles pour que la prévention et la prise en charge médicale soient aussi centrées sur le ou la patient.e et aussi durables que possible.



© F. Brüderli

Prof. Milo Puhan
Directeur EBPI, Université de Zurich

SPHN: orientation pour le traitement responsable des données relatives à la santé

L'une des préoccupations majeures du Swiss Personalized Health Network est d'instaurer la confiance dans l'utilisation responsable des données relatives à la santé. Pour répondre aux exigences accrues concernant le traitement de ces données sensibles, le SPHN propose aux scientifiques une aide concrète qui permet d'harmoniser et de simplifier les processus lors de la conclusion de contrats pour les projets qu'il soutient.

Ces dernières années, le traitement des données sensibles est soumis à des exigences éthiques et juridiques ainsi qu'à des attentes politiques et sociétales de plus en plus élevées. L'«Ethical Framework for Responsible Data Processing in Personalized Health Research» constitue la base nécessaire à un échange fiable et responsable des données relatives à la santé dans le cadre du SPHN. Ce document a été élaboré par le ELSIag (Ethical, Legal, and Societal Issues Advisory Group) dès le début de l'initiative et étendu un an plus tard en collaboration avec la Swiss Biobanking Platform (SBP). L'initiative-sœur du domaine de EPF «Personalized Health and Related Technologies» (PHRT) soutient également cette directive.

L'Ethical Framework est complété par des recommandations du SPHN concernant la divulgation aux chercheuses et chercheurs des résultats génétiques utilisables; des directives pour la collaboration avec des partenaires industriels sont en cours d'élaboration. Des discussions avec divers acteurs du SPHN ont montré qu'en pratique, l'échange des données soulève encore des questions et des incertitudes et que les approches organisationnelles diffèrent d'une région à l'autre. C'est pourquoi le ELSIag a été chargé d'identifier les questions en suspens et d'élaborer des propositions de solutions avec l'objectif de développer une compréhension commune d'un échange de données de santé aussi efficace et harmonisé que possible au sein du réseau. Les nouvelles conventions de prestations du SPHN avec les hôpitaux universitaires vont dans le même sens.

Orientation pratique pour les chercheuses et chercheurs

Afin de faciliter la collaboration interinstitutionnelle, le SIB Swiss Institute of Bioinformatics a mis à disposition des consortiums de recherche au cours de l'année passée une série de modèles de contrats pour le transfert, l'utilisation et le traitement des données. Les modèles de contrats sont basés sur la version élaborée en 2019 en étroite collaboration avec les partenaires du SPHN. Ceux-ci seront régulièrement adaptés par le Personalized Health Informatics (PHI) Group du SIB en fonction de l'évolution des exigences et des attentes. Avec le consentement général harmonisé conçu par unimeduisse et swissethics pour l'obtention du consentement du ou de la patient.e et le modèle «Material Transfer Agreement» (MTA) de la SBP, la communauté scientifique dispose désormais d'outils qui facilitent l'utilisation de données et d'échantillons dans le respect des exigences éthiques et juridiques.

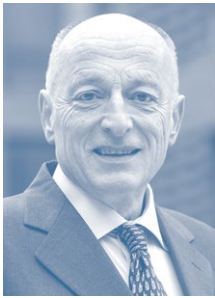
Afin de soutenir les scientifiques lors de la rédaction des contrats exigés par la loi et les commissions d'éthique, le PHI Group garantit depuis mi-2020, par le biais d'un «ELSI-Helpdesk», le flux des informations et la coordination au sein des projets multicentriques. Ce soutien très demandé a d'ores et déjà fait ses preuves. Ainsi, au cours de l'année dernière, douze contrats basés sur les modèles du SPHN ont déjà pu être conclus pour des projets du SPHN et de PHRT. Des projets de recherche extérieurs au réseau utilisent également ces modèles de contrats et bénéficient de l'expertise et des expériences du «Helpdesk».

Le partage et l'utilisation commune des données (data-sharing) requiert des processus sécurisés, simples et standardisés basés sur des exigences réglementaires (éthique, protection des données). Le plus important, cependant, est la confiance et la bonne volonté entre les différentes actrices et acteurs (chercheuses et chercheurs, services hospitaliers, patient.e.s, etc.) et une compréhension commune que la valeur ajoutée de la recherche clinique guidée par les données apporte une valeur ajoutée conjointe à la science et à la prise en charge clinique des patient.e.s.

D'entrée, les partenaires du SPHN étaient conscient.e.s qu'en plus de l'infrastructure physique, un changement culturel était incontournable pour développer un écosystème guidé par les données et ainsi mettre en évidence les avantages mutuels des données partagées. Les outils et le soutien du SPHN sont précisément conçus pour créer des incitations et de la confiance et pour faciliter la coopération entre les partenaires.

Vous trouvez plus d'informations à ce sujet en ligne: sphn.ch/fr

Peter Meier-Abt: hommage à un porte-voix infatigable de la science



Décédé le 27 mai 2021, le Prof. Peter Meier-Abt était un homme aux multiples talents: médecin titulaire de deux titres de spécialiste, l'un en médecine interne et l'autre en pharmacologie/toxicologie, chercheur clinicien de pointe et porte-voix infatigable de la science, il a marqué par son intelligence, son énergie et sa stature toutes les fonctions qu'il a occupées durant sa carrière.

L'ASSM rend hommage à Peter Meier-Abt en donnant la parole aux Prof. Martin Schwab et Urs Frey, qui l'ont côtoyé de près dans son rôle de Président de l'ASSM et du Swiss Personalized Health Network (SPHN).

Consolidation de l'ASSM en tant qu'institution des sciences médicales

Peter Meier-Abt s'est distingué par son énergie et ses visions de la médecine universitaire, qui allaient bien au-delà de publications importantes. En tant que Vice-recteur en charge de la recherche à l'Université de Bâle et, de 2004 à 2016, Vice-Président et Président de l'ASSM, il a su porter son credo dans un large espace et devant un public nombreux et attentif. Il s'est en particulier engagé pour faire entendre la voix de l'ASSM dans les domaines de la promotion de la relève scientifique – avec un accent sur la recherche clinique et les carrières féminines (feuille de route «Encouragement de la relève en médecine»; programme de soutien «Young Talents in Clinical Research») – et de la définition de standards de qualité

élevés pour la recherche médicale (feuille de route «Culture scientifique»).

La personnalité exceptionnelle de Peter s'est révélée par son enthousiasme pour les idées novatrices et les résultats de la recherche, à toute heure du jour ou de la nuit. Sur des sujets à l'apparence banale et soumis à des «contraintes matérielles», il était capable de faire trois pas en arrière dans sa tête, d'afficher son sourire typique et de formuler une approche originale débouchant sur une solution innovante à la question posée.

Prof. Martin E. Schwab, ancien Vice-Président de l'ASSM

SPHN: nouvelle culture de la recherche dans la prise en compte des Big Data

Peter Meier-Abt a su reconnaître très tôt que la recherche médicale moderne évolue vers une prise en charge de plus en plus spécifique et de plus en plus personnalisée des patient.e.s. En tant que chercheur international, Peter Meier-Abt a compris que même si la Suisse dispose des technologies nécessaires, la

recherche dans ce domaine exige des études avec des bases de données plus importantes. Il était convaincu que, pour coopérer étroitement à d'importantes bases de données partagées, une nouvelle culture de la recherche est nécessaire. C'est de cette conviction qu'est né le Swiss Personalized Health Network.

Peter n'était pas seulement un chercheur et un clinicien visionnaire, il était aussi une personne très généreuse qui incarnait elle-même cette culture du partage. C'est avec une énergie inépuisable qu'il a cherché des moyens, des partenaires et des solutions pour créer en Suisse le réseau SPHN et permettre ainsi aux chercheuses et chercheurs et aux clinicien.ne.s de réaliser des études cliniques multicentriques dans le respect des règles juridiques et des principes éthiques. Ce faisant, Peter Meier-Abt s'est toujours concentré sur le bien-être des patient.e.s et a œuvré pour que la population suisse puisse profiter de manière optimale des développements de la médecine moderne.

Prof. Urs Frey, Président du National Steering Board du SPHN

L'ASSM et ses institutions partenaires ont perdu en la personne de Peter Meier-Abt une personnalité exceptionnelle, et ses compagnons de route un ami fidèle. Il nous manque à tout.e.s.

La version complète de cet hommage est publiée sur le site web de l'ASSM: assm.ch/fr/peter-meier-abt

Secrétariat général: changements au ressort Éthique

Le progrès médical ouvre continuellement de nouvelles possibilités qui posent des questions éthiques sensibles. Le ressort Éthique de l'ASSM accompagne l'élaboration de directives et de recommandations qui apportent une aide concrète aux médecins et aux autres professionnel.le.s de la santé dans la pratique médicale et la recherche biomédicale. Découvrez les deux visages qui le composent.

Depuis le 1^{er} septembre 2021, **Sibylle Ackermann** occupe le poste de responsable du ressort Éthique. Collaboratrice scientifique puis responsable de projets au Secrétariat général pendant 11 ans, elle met à disposition sa longue expérience au sein de l'ASSM, sa connaissance intime des dossiers et son vaste réseau dans les nombreuses tâches qui l'attendent.

Sibylle Ackermann sera secondée par **Manya Hendriks**, docteure en éthique biomédicale et titulaire d'un master en anthropologie et sociologie qui quitte ses fonctions à la Clinique de néonatalogie de l'Hôpital universitaire de Zurich et à l'Université de Lucerne pour rejoindre le Secrétariat général de l'ASSM.

Le Secrétariat général félicite Sibylle Ackermann pour sa promotion et souhaite la bienvenue à Manya Hendriks.

Vous trouverez de plus amples informations sur le Secrétariat général sur notre site web: assm.ch/contact



Sibylle Ackermann (à gauche) et Manya Hendriks

Collaboration interprofessionnelle: mise au concours du Prix ASSM pour les initiatives liées au Covid-19

Les développements médicaux rendent les décisions et les interactions au sein du système de santé de plus en plus complexes; dès lors, une collaboration réussie entre les différent.e.s professionnel.le.s est de plus en plus un gage de qualité dans la prise en charge des patient.e.s. Depuis des années, l'ASSM encourage les efforts dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle. En 2021, le Prix «Interprofessionnalité» est mis au concours pour des initiatives liées au Covid-19.

Le Prix «Interprofessionnalité» de l'ASSM a pour objectif de mettre en avant des exemples de bonnes pratiques dans le système de santé suisse. Il entend apporter soutien et conseil lors de la mise en œuvre de l'interprofessionnalité. Depuis le début de la pandémie de Covid-19, beaucoup de choses ont changé. Les actrices et acteurs du système de santé sont fortement

sollicité.e.s et accomplissent leur travail avec un engagement remarquable. La pandémie a encore renforcé l'importance de la collaboration interprofessionnelle (CIP). Quels enjeux et quels changements peut-on identifier? Que pouvons-nous apprendre de cette crise? Des exemples concrets de la pratique récente peuvent apporter des réponses à ces ques-

tions. Cette année, l'ASSM met au concours le Prix «Interprofessionnalité» pour la dernière fois, avec un focus sur la présentation d'initiatives remarquables de CIP pendant la pandémie de Covid-19.

Les candidatures doivent être soumises jusqu'au **30 septembre 2021**. Les Prix seront remis dans le cadre d'une manifestation interactive qui se déroulera le 25 janvier 2022. À cette occasion, les initiatives seront discutées avec des patient.e.s et des étudiant.e.s des professions de la santé.

Vous trouverez tous les détails pour la soumission des requêtes dans la mise au concours sur: assm.ch/prix-interprofessionnalite

Comité de direction: trois arrivées, deux départs

Le Comité de direction de l'ASSM se renouvelle. Lors de sa séance du 1^{er} juillet 2021, il a accueilli trois nouveaux.elles membres récemment élu.e.s par le Sénat. Il s'agit des Prof. Luca Crivelli (Tessin), Nicole Probst-Hensch (Bâle) et George Thalmann (Berne). Découvrez leur portrait.

Docteur en économie, le **Prof. Luca Crivelli** dirige depuis 2014 le Département Business Economics Health and Social Care de la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI). Il est également professeur titulaire à l'Università della Svizzera italiana (USI) et vice-directeur de la Swiss School of Public Health (SSPH+). Ses domaines d'expertise sont la santé publique, l'assurance-maladie et les politiques sociales. Il remplace au Comité de direction un autre représentant des Hautes écoles spécialisés en la personne du Prof. Urs Brügger, dont il reprend la charge de questeur.

La **Prof. Nicole Probst-Hensch** est titulaire d'un doctorat en pharmacie et d'un PhD en épidémiologie. Elle dirige le Département d'épidémiologie et de santé publique au Swiss Tropical and Public Health Institute et est professeure ordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle. Elle amène une vaste expérience en matière de santé publique dans le domaine des maladies chroniques telles que le cancer, les maladies respiratoires et cardiovasculaires, le rôle de l'environnement dans le développement des maladies et les études de cohortes (Sapaldia, Covco Basel).

Le **Prof. George Thalmann** est médecin-chef et directeur de la Clinique universitaire d'urologie à l'Hôpital de l'île à Berne depuis 2010. Il a consacré sa carrière à l'amélioration de la prise en charge des malades du cancer de la prostate et de la vessie. Il a été membre du Conseil national de la recherche du FNS entre 2008 et 2016. Il remplace au Comité de direction le Prof. Claudio Bassetti.

L'ASSM prend congé des **Prof. Claudio Bassetti** et **Urs Brügger**, tous deux arrivés au terme de leur mandat de 8 ans au Comité de direction. Le Prof. Bassetti s'est investi dans les activités de promotion de la recherche et de la relève en présidant notamment la commission d'experts du programme de soutien «Young Talents in Clinical Research» et le groupe de travail qui a rédigé le «White Paper on Clinical Research» (voir article dans ce Bulletin). Quant au Prof. Brügger, il a dirigé les travaux qui ont abouti en 2016 à la publication de la feuille de route «Gouvernance de l'effectif et de la répartition des médecins» et il a rempli la fonction importante de questeur. L'ASSM ne pourrait pas être active dans de si nombreux domaines sans l'engagement bénévole de membres tels que Claudio Bassetti et Urs Brügger. Qu'ils en soient ici chaleureusement remerciés.

Vous trouverez de plus amples informations sur le Comité de direction sur notre site web: assm.ch/comite-de-direction



Prof. Luca Crivelli, Prof. Nicole Probst-Hensch, Prof. George Thalmann, Prof. Claudio Bassetti et Prof. Urs Brügger (de gauche à droite)

Deuxième été de pandémie de Covid-19: questions ouvertes

Dans l'article du Bulletin 2-3/2020 intitulé «Pandémie de Covid-19: questions ouvertes», plusieurs personnes ont esquissé les sujets et les questions qui étaient au cœur des préoccupations après la première vague de la pandémie. Un an plus tard, ces mêmes personnes reprennent la parole. L'image maintes fois citée de cette crise comme une loupe qui met en évidence les difficultés et les défis ressort également de chacune des contributions de 2021.

C'est à nouveau l'été, le moment de souffler un peu en cette période de pandémie. Entre-temps, les professionnel.le.s de la santé, les autorités, les institutions de soins de longue durée, les employeur.se.s, les écoles, les établissements culturels et les restaurants – bref, nous tou.te.s – ont acquis des mois d'expérience avec le coronavirus et peuvent se retourner sur les nombreux défis, décisions et vécus. Dans le secteur de la santé,

ces expériences étaient souvent difficiles et décisives. D'un côté, de nombreux secteurs du système de santé et leurs collaboratrices et collaborateurs soumis.e.s à de lourdes charges, un grand nombre de décès, des mois d'isolement et la solitude qui en résulte pour une grande partie de la population, les évolutions graves de la maladie, les conséquences massives à long terme. De l'autre côté, les vaccins qui ont été déve-

loppés en un temps record et déjà été administrés à une grande partie de la population dans le cadre d'une vaste campagne de vaccination. Pourtant, nombreuses sont les questions qui restent ouvertes. Elles concernent entre autres le taux de vaccination, les mutations du virus et les nouveaux groupes vulnérables. Il n'est pas encore l'heure du bilan définitif, mais on peut d'ores et déjà établir un bilan intermédiaire.



Après les applaudissements, le silence

Iren Bischofberger, Présidente de l'Association suisse pour les sciences infirmières (APSI)

Après avoir applaudi les professionnel.le.s de la santé, la population suisse applaudit à nouveau les équipes de football. Les images dramatiques des patient.e.s dans les unités de soins intensifs s'estompent. Après les bravos, le silence. Bientôt, peut-être, les masques disparaîtront eux aussi et nous recommencerons à nous serrer la main. Allons-nous à nouveau, pendant les mois d'hiver, compter sans broncher 1500 décès liés à la grippe comme avant la pandémie de coronavirus? Je n'aimerais pas revenir à cette normalité – ou plutôt à cette indifférence?

Je souhaiterais une normalité qui entend la santé comme un «people business», une normalité où la performance n'est pas mesurée au nombre de respirateurs et de lits d'hôpitaux, mais aux ressources humaines nécessaires pour répondre aussi longtemps que possible aux besoins de la population – principalement à domicile. Le domicile privé en tant que lieu de soins est, certes, moins spectaculaire que les unités de soins intensifs. Mais, à court et surtout à long terme, il est de plus en plus important de transférer – avec un soutien virtuel, technique et coorditatif – des soins, des diagnostics et des thérapies irréprochables de l'hôpital au domicile. Ce n'est que lorsque cette mesure sera durablement mise en œuvre et financée dans toute la Suisse – également sous l'impulsion de la pandémie de coronavirus – que j'applaudirai à nouveau.



Covid-19 et médecine intensive: quelles leçons?

Thierry Fumeaux, Président sortant, Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI)

Des patient.e.s entouré.e.s par leurs proches et une équipe de professionnel.le.s de la santé dispensant des soins techniques dans un environnement humain et accueillant: voilà le tableau que la médecine intensive moderne veut promouvoir. Si le défi posé par le Covid-19 aurait pu mettre à mal cette image, nous avons su la préserver et faire face à la pandémie par une organisation nationale rapide et un renforcement solidaire du réseau existant entre les partenaires. Les capacités d'accueil ont été augmentées sans sacrifier la qualité des soins, pour prendre en charge tou.te.s les patient.e.s, atteint.e.s par le Covid-19 ou non. Si le débat initial a porté sur le nombre de lits ou de ventilateurs, la place primordiale de personnes formées et qualifiées pour prendre en charge les malades est heureusement devenue une évidence. Ces équipes interprofessionnelles de spécialistes doivent être formées et valorisées, pour protéger cette ressource précieuse qui nous permettra de faire face aux défis futurs.

Ainsi, depuis 18 mois, la population a découvert les soins intensifs, un univers méconnu devenu une réalité crue pour beaucoup. Nous réalisons que nous pouvons tou.te.s être un jour confronté.e.s, directement ou par le biais d'un.e proche hospitalisé.e, à un séjour aux soins intensifs. Il est donc essentiel de se déterminer sur sa volonté quant aux mesures de soins intensifs, par des directives anticipées spécifiques. Le ou la patient.e, ses proches et une équipe, au centre des préoccupations.



Les institutions de soins ont une importance systémique

Georg Bosshard, Winterthur, gériatre
Robert Ammann, Zurich, expert en soins infirmiers APN

Contrairement à l'Italie du Nord, par exemple, les résident.e.s des EMS suisses atteint.e.s de Covid-19 ont été principalement soigné.e.s sur place. Malgré la maladie, ils ou elles ont pu rester dans leur environnement habituel jusqu'à leur décès ou leur guérison. Les institutions de soins ont ainsi largement contribué à éviter les engorgements des hôpitaux. Ce constat met à jour ce que la recherche sur les services de santé nous



a appris depuis longtemps: les EMS bien équipés en termes de soins médicaux et infirmiers peuvent assurer eux-mêmes une grande partie de la prise en charge palliative des personnes très âgées. Lorsque ce n'est pas le cas, les hospitalisations sont souvent nécessaires en situations de crise, alors qu'elles ne sont ni judicieuses d'un point de vue médical, ni dans l'intérêt des personnes concernées et, de plus, très coûteuses.

Alors accélérons la formation en médecine gériatrique et palliative de nos jeunes médecins, encourageons la formation des expert.e.s en soins infirmiers de manière encore plus systématique jusqu'au niveau master en tant qu'Advance Practice Nurses et ne nous laissons en aucun cas convaincre que le «skill and grade mix» peut être encore «optimisé» dans les EMS – ce qui revient à dire que la proportion d'expert.e.s en soins infirmiers qualifié.e.s pourrait encore être réduite!



Focus sur les personnes vulnérables

Tanja Krones, Zurich, éthicienne clinique

Qu'est-ce qui était, qui est, qui reste – tout à fait différent? De cette période de pandémie, nous gardons tout.e.s nos réalités sociales partagées et notre vécu personnel.

En mars 2020, le futurologue Matthias Horx avait osé une «prévision rétrospective du coronavirus». Certaines de ses prédictions se sont avérées justes: pour la première fois, les émissions de CO₂ ont diminué et l'intelligence artificielle et Big Data, contrairement à l'intelligence humaine, n'ont pas été d'une grande utilité pour résoudre les problèmes lors de la pandémie. Dans le monde entier, les inégalités sociales se sont considérablement aggravées. En 2020, la Suisse a déploré une surmortalité élevée – et celle-ci a un gradient social. Il y a un an, j'écrivais à ce sujet que la médecine est une science sociale et que le principal facteur de mortalité est la situation sociale individuelle. J'avais alors rappelé l'importance de nommer et de combattre des phénomènes tels que la loi inverse des soins (inverse care law) et les dangers de l'«institution totale» avec des restrictions sévères des droits de la personnalité dans les institutions de soins de longue durée et les hôpitaux. Avec malheureusement peu de résultats. Les interdictions de visites ont été maintenues jusqu'en été 2021 et de nombreuses personnes sont décédées seules. Un «no-go» du point de vue de l'éthique.

Il y a eu sans aucun doute des magnifiques moments de solidarité, de créativité et de choses devenues possibles. Contrairement à beaucoup d'autres pays, nos écoles n'ont été fermées que brièvement, limitant ainsi le taux de dommages consécutifs. Mais nous avons également fait de graves erreurs. J'espère que «l'effet de loupe du Covid» et l'espace des possibles ouvert par cette crise disruptive nous conduiront à ne pas passer sous silence les erreurs commises, mais à utiliser toute notre intelligence sociale pour des réformes qui rendront notre société – et en particulier les personnes socialement vulnérables – plus résiliente. Car une chose est sûre: après la pandémie, c'est avant la pandémie.



On n'aura jamais autant appris aussi vite, et pourtant

Samia Hurst, Genève, bioéthicienne et médecin

Que de travail depuis le début de cette pandémie. En moins d'un mois, les hôpitaux triplaient leurs places de soins intensifs. En moins d'un an, nous avons un vaccin contre le SARS-CoV2. Ces succès retentissants illustrent l'importance de la recherche fondamentale, de la coopération et de la solidarité. Dans la vraie vie, cependant, ce n'est pas la fin du film. Malgré ces outils, les vagues se succèdent, désespérément semblables à celles des épidémies du passé. Malgré les traités censés régler la coordination internationale, les inégalités face au virus restent abyssales.

Dans les cours de santé publique, un des messages est «la culture». Le PNR 80 «Covid-19 et société» sera particulièrement important pour explorer comment notre culture aide, ou rend plus difficiles, nos réponses à cette crise. Les sciences humaines et sociales ne l'ont pas attendu, et nous allons beaucoup apprendre en temps réel. Était-il prévisible que la prudence fiscale serait en Suisse plus forte que le sens de l'assurance? Devant une nouvelle mise sous tension de nos hôpitaux, notre pays privilégiera-t-il le blâme des personnes non vaccinées, ou allons-nous assumer collectivement ce choix de la liberté vaccinale? Nous voilà au milieu d'un exercice pratique à documenter sans relâche. Les pandémies sont des révélateurs: la science ne doit pas les laisser passer sans en tirer autant d'apprentissages que possible.



Covid-19: suivi juridique

Franziska Sprecher, Berne, Professeure assistante en droit public/droit de la santé

La pandémie a été et reste associée à des défis majeurs. Elle impacte également les autorités chargées de l'application de la loi qui sont confrontées à de nouvelles questions. Ces autorités disposent de divers outils pour lutter contre la pandémie et ses conséquences. Si certaines formes d'action ont un effet juridique (intentionnel) – par exemple les arrêtés ou les décrets –, d'autres, comme les recommandations, les avertissements ou les rapports officiels, ne doivent justement pas impliquer de conséquences juridiques. La protection juridique individuelle étant liée aux conséquences juridiques, la forme d'action est centrale pour les personnes concernées par les mesures étatiques. Celles-ci doivent disposer en temps utile de moyens efficaces de protection juridique contre les décisions autoritaires émanant des autorités. La loi en vigueur définit quelle forme d'action doit être appliquée par les autorités et à quel moment.

Au début de la pandémie, des décisions erronées ou peu claires ont parfois été prises dans le feu de l'action. Les mesures oscillent entre des dispositions juridiquement contraignantes, des recommandations apparemment non contraignantes ou de simples informations. L'été 2020 n'a pas permis de tirer partout des leçons des erreurs du début. Même lors de la deuxième vague, des personnes ont été, par exemple, mises en quarantaine sur un simple appel téléphonique ou des écoles fermées sur la base d'un courriel. Or, c'est précisément dans une situation exceptionnelle telle qu'une pandémie que les autorités sont particulièrement appelées à respecter l'état de droit et à faire respecter les droits fondamentaux. Il est donc essentiel que les aspects juridiques de cette crise fassent également l'objet d'un examen approfondi au regard de l'évolution de la pandémie de Covid-19 et des événements futurs.

Recherche clinique: White paper et nouvelle plateforme nationale de coordination

La recherche clinique orientée vers les patient.e.s s'est améliorée grâce à des investissements publics dans diverses initiatives, infrastructures de données et instruments de soutien. Ces derniers ont toutefois aussi conduit à une fragmentation des efforts. Le «White Paper Clinical Research» présente sept objectifs, dont la création d'une plateforme nationale de coordination, pour renforcer la qualité et l'impact de la recherche clinique en Suisse.

Afin d'identifier les points faibles et les redondances du système et de formuler une vision commune pour l'avenir de la recherche clinique en Suisse, l'ASSM, sur mandat du Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI), et en collaboration avec des expert.e.s de différents domaines, a élaboré le «White Paper Clinical Research». Les recommandations devant contribuer au «Masterplan Biomedicine 2021-2025» de la Confédération en cours d'élaboration, un angle suisse a été délibérément choisi pour traiter de l'hétérogénéité du paysage de la recherche clinique. Une comparaison internationale a été considérée comme hors du cadre du mandat.

Partant d'une analyse de l'état actuel de la recherche clinique en Suisse, un groupe de travail sous la conduite du Prof. Claudio Bassetti a identifié les principales dynamiques qui la transforment et défini sept objectifs, accompagnés de recommandations et de mesures, visant à développer la culture de la recherche clinique et à créer des conditions optimales pour que tous les secteurs de la société en bénéficient davantage à l'avenir. Une plus grande implication des patient.e.s et de la population en bonne santé, ainsi qu'un échange direct entre les scientifiques et le public, sont nécessaires pour augmenter l'impact de la recherche clinique et promouvoir l'éducation et un transfert efficace des connaissances.

Vers une culture de la recherche clinique intégrative

Fondée sur la conviction que la qualité des soins dépend et découle d'une science de qualité, la culture de la recherche clinique doit être renforcée dans les hôpitaux et les institutions de recherche qui leur sont associées. Cela dans le but de développer un «système de santé apprenant». Pour atteindre cet objectif, l'éducation, la formation, le mentorat et le soutien des chercheuses et chercheurs cliniques avec des

profils divers, à toutes les étapes de leur carrière, sont essentiels. Par ailleurs, il faut encourager les équipes interdisciplinaires et interprofessionnelles, qui impliquent les patient.e.s et qui intègrent l'expertise en santé publique, en technologie, en économie et celle venant de l'industrie.

Les méthodes de recherche clinique doivent être élargies pour inclure des types d'essais cliniques innovants, la médecine de précision et les approches numériques et technologiques. Pour promouvoir la recherche basée sur les données de santé et la santé personnalisée, des efforts substantiels sont nécessaires pour harmoniser, au niveau national, les directives relatives aux données, pour créer des infrastructures facilitant l'interopérabilité entre les acteurs de la recherche et de la clinique, et pour augmenter l'accès aux données de cohortes de population à l'intérieur d'un cadre juridique clairement défini. Les exigences réglementaires croissantes doivent être traitées de manière interinstitutionnelle et intercantonale, dans le respect des normes internationales.

Sur la base de ces considérations, le White Paper définit dans une roadmap un plan d'action en sept objectifs pour faire de la Suisse un pays leader de la recherche clinique centrée sur les patient.e.s au niveau international:

1. Créer une plateforme nationale de coordination des acteurs publics de la recherche clinique
2. Établir des partenariats solides avec la société, les citoyen.ne.s et les patient.e.s
3. Promouvoir un système de soins qui intègre systématiquement la recherche clinique: Good care comes with – and from – good science
4. Investir dans le développement d'approches, de méthodes et dynamiques en recherche clinique, rendues possibles par le numérique



5. Renforcer les équipes de recherche clinique translationnelles, multidisciplinaires et intégrées
6. Assurer un environnement attrayant pour les chercheuses et chercheurs clinicien.ne.s et du domaine des soins, qui les soutient à tous les niveaux de carrière
7. Réduire la complexité des processus réglementaires et de ceux liés aux données pour augmenter l'efficacité et accélérer la mise en application de la recherche clinique

Une plateforme pour rapprocher les acteurs

La première recommandation concerne la création d'une plateforme nationale pour renforcer l'interaction institutionnelle entre les acteurs publics de la recherche clinique, intégrant la perspective de la santé publique.

à suivre p. 11 en bas

Programme national MD-PhD: soutien pour douze jeunes médecins

Les subsides du programme national MD-PhD permettent à douze jeunes médecins intéressé.e.s par la recherche de réaliser un doctorat en sciences naturelles, en santé publique, en recherche clinique ou en éthique biomédicale dans une université suisse.

Les requêtes pour un subside MD-PhD ont été évaluées en deux étapes: parmi les 25 candidatures présélectionnées cette année par les Commissions MD-PhD locales, la Commission nationale d'expert.e.s a proposé d'octroyer un soutien à 12 jeunes chercheuses et chercheurs. Les subsides couvrent le salaire des bénéficiaires pour une durée de deux à trois ans. Ils sont financés par le Fonds National Suisse (FNS), la Recherche suisse contre le cancer (KFS) et l'ASSM pour un montant total de plus de 2,2 millions de francs. Les douze personnes suivantes reçoivent un subside individuel MD-PhD:

Angelillo Julien, Département de pathologie et d'immunologie, HUG, Genève (KFS)

Chriqui Louis-Emmanuel, Service de chirurgie thoracique, CHUV, Lausanne (KFS)

Decollogny Morgane, Institut für Tierpathologie, Vetsuisse, Universität Bern (FNS)

Egle Manuel, Department for Biomedical Research, Cardiovascular Surgery, Universität Bern/Inselspital (FNS)

Eicher Corinne, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (FNS)

Gerber Felix, Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel (FNS)

Hallenberger Tim Jonas, Klinik für Neurochirurgie, Universitätsspital Basel (ASSM)

Jungius Sarah, Departement Biomedizin, Universität Basel (FNS)

Morin Benedict, Departement Biomedizin, Universität Basel (FNS)

Schading Simon, Zentrum für Paraplegie, Universitätsklinik Balgrist (FNS)

Stäger Ramon, Dermatologische Klinik, Universitätsspital Zürich (KFS)

Steinfeld Katia, Laboratory for Investigative Neurophysiology, CHUV, Lausanne (ASSM)

La Commission nationale MD-PhD a par ailleurs entamé une réflexion sur une adaptation du programme et de la procédure d'évaluation pour tenir compte de l'évolution du paysage doctoral en Suisse (demande croissante provenant de doctorant.e.s MD-PhD en recherche clinique et augmentation attendue du nombre de candidatures issues des nouvelles Facultés de médecine délivrant des titres de master). L'ASSM informera des possibles changements à travers ses canaux habituels – Bulletin et site web.

La prochaine mise au concours du programme national MD-PhD sera lancée en automne 2021. Les détails seront publiés via newsletter et sur notre site: assm.ch/fr/md-phd

suite de la p. 10

Si l'on considère la situation actuelle, la fragmentation, les redondances et l'absence de priorités stratégiques communes sont manifestes. Une structure d'échange et de coordination, réunissant les acteurs autour d'une même table et permettant une concertation des efforts et une répartition claire des tâches et des responsabilités, apparaît comme un premier pas indispensable pour améliorer la qualité et l'impact de la recherche clinique à long terme.

Le SEFRI a reconnu l'importance d'une telle structure et a confié à l'ASSM, en tant qu'institution indépendante, la mise en place d'une plateforme nationale de coordination de la recherche clinique pour la période FRI 2021-2024. La plateforme ne sera ni un organe de réglementation ni un organe de surveillance. Elle aura pour mission de définir les domaines d'action prioritaires pour la recherche clinique financée par des fonds publics et de formuler des recommandations à l'attention des organes de décision

concernés ou du SEFRI. Composée dans sa phase initiale d'un nombre restreint de membres pour garantir un fonctionnement efficace, sa structure, son organisation et les ressources nécessaires à ses tâches seront réexaminées en vue de la période FRI 2025-2028 pour répondre au mieux aux besoins de tous les acteurs de la recherche clinique.

Le White Paper est rédigé en anglais avec un résumé en français et en allemand. Il peut être commandé gratuitement ou téléchargé sur notre site web, où vous trouverez également plus d'informations sur la plateforme nationale de coordination: assm.ch/recherche-clinique

Humanités médicales: les soins de santé, la société et les «vieux»

Dans le contexte d'une population dont l'âge moyen s'accroît, les images du vieillissement ancrées dans les esprits et dans la société façonnent les discussions et actions au sujet de la vieillesse. L'ASSM et l'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH) joignent leur expertise pour aborder cette question sous l'angle des humanités médicales dans le cadre d'un nouveau cycle de manifestations dont la première édition aura lieu le 23 septembre 2021.

Les images de la vieillesse influencent la manière dont les personnes âgées sont traitées dans le domaine des soins de santé. Elles ont aussi un impact sur l'adaptation du système au vieillissement de la population et sur la conception de la promotion de la santé des senior.e.s.

Dans cette optique, la table ronde virtuelle «Les soins de santé, la société et les 'vieux'» abordera les questions suivantes: comment la vieillesse est-elle perçue en médecine ou dans la littérature? Comment ces perceptions influencent-elles la place des personnes âgées dans les soins? «Être vieille ou vieux» est-il une maladie? Comment les proches aidant.e.s perçoivent-ils la qualité de vie – tant la leur que celle des personnes âgées? Qu'est-ce qui contribue à la qualité des soins, par exemple dans le contexte de la pandémie de Covid-19? Les outils de la gérontotechnologie peuvent-ils être utiles, ou ne sont-ils qu'une mode?

L'événement se déclinera en deux parties: début septembre, les contributions d'expert.e.s sous forme de vidéos et de textes seront publiées sur le site web de l'ASSH. La table ronde aura lieu en ligne le 23 septembre 2021 de 14h00 à 16h25. Les inscriptions sont ouvertes jusqu'au 16 septembre 2021.

Vous trouverez de plus amples informations sur les humanités médicales sur notre site web: assm.ch/humanites-medicales

D'autres événements de l'ASSM sont également accessibles en ligne: assm.ch/fr/agenda

SAMWASSM

Le Bulletin de l'ASSM paraît 4 fois par an.

Tirage:

3100 (2300 en allemand et 800 en français)

Éditrice:

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, Bern

Imprimé par:

Jordi AG, Belp
ISSN 1662-6028