

1 | 13

Des structures nouvelles et durables pour la médecine universitaire en Suisse 1

Editorial 2

L'ASSM distingue quatre chercheurs suisses en neurosciences 5

Directives «Mesures de contrainte en médecine» 5

Une médecine pour les personnes en bonne santé? 6

Workshop «Sponsoring de chaires: chances et risques» 6

Les Académies suisses des sciences exigent un système de santé durable 7

Révision des directives «Collaboration corps médical – industrie» 8

Médecine personnalisée: l'ASSM met en garde contre les dérives 8



Image: © <http://dailyphotostream.blogspot.com>

Des structures nouvelles et durables pour la médecine universitaire en Suisse

L'évolution des systèmes d'éducation et de santé confronte la médecine universitaire à de nombreux défis, mais en même temps, ceux-ci offrent l'opportunité de concevoir de nouvelles structures pour une meilleure durabilité. Dans l'article suivant, le Prof. Klaus W. Grätz, Doyen de la faculté de médecine de l'université de Zurich, et le Dr Christian Schirlo, responsable du décanat, présentent différents modèles structurels de la médecine universitaire. Une intégration des contenus de la recherche, de l'enseignement et de la prise en charge des patients dans les universités est nécessaire et celle-ci doit se refléter dans la structure. Egalement la coordination nationale des différents sites de la médecine universitaire doit faire l'objet de réflexions approfondies.

Dans le message d'introduction de la nouvelle Loi fédérale sur les professions médicales universitaires, le Conseil fédéral avait affirmé en 2004: «Au cours des années passées, la pression concernant les coûts est devenue forte dans les cantons qui ont des facultés de médecine ou financent des hôpitaux universitaires. Ainsi les questions de financement et d'adéquation des structures et des compétences décisionnelles sont devenues incontournables.»¹

Cette affirmation n'a rien perdu de son actualité. Bien au contraire: l'évolution fulgurante au sein des systèmes de santé et d'éducation en Suisse a modifié les conditions cadres et posé nombre de défis à la médecine universitaire. On peut citer à titre d'exemple – et sans être exhaustif – les mutations suivantes:

- l'introduction de la réforme de Bologne, adoptée par la Suisse pour toutes les filières d'études médicales, suite à la signature de la déclaration de Bologne;
- l'académisation et le réaménagement des professions de la santé avec l'introduction de filières d'études aux niveaux des hautes écoles et des universités;

¹ Message concernant la Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd) du 3 décembre 2004. www.admin.ch/ch/f/ff/2005/157.pdf



Prof. Peter Meier-Abt,
Président

Médecine universitaire – quo vadis?

«Structure follows function(s)»: un principe qui a souvent fait ses preuves lorsqu'il s'agit de structurer efficacement l'organisation d'institutions complexes. Et incontestablement les hôpitaux universitaires respectivement les facultés de médecine en font partie. Leurs missions englobent une grande diversité de tâches allant de la médecine de base jusqu'à la médecine de pointe hautement sophistiquée, la formation pré- et postgraduée de la relève à tous les niveaux et la recherche translationnelle («from bench to bedside and vice versa») et clinique de pointe. La diversité et la complexité de ces tâches compliquent leur intégration dans une structure d'organisation homogène et efficace. La pression économique du côté des prestations rivalise avec les exigences coûteuses et les revendications de liberté de recherche du côté des universités. Ces dernières années, les récentes évolutions au sein des systèmes de santé (p.ex.

introduction de SwissDRG) et des systèmes d'éducation (p.ex. exigences de qualité envers la recherche clinique) ont encore accentué ce champ de tensions entre les deux institutions autonomes que sont l'hôpital universitaire et l'université. Les controverses et les situations de pat qui en résultent (p.ex. lors des nominations) freinent le progrès de la médecine académique en Suisse et sont source de frustration pour les collaborateurs.

Certes, il faut reconnaître que, dans les dix dernières années, des progrès majeurs ont été accomplis dans la professionnalisation des structures des hôpitaux universitaires. Des départements (ou centres) interdisciplinaires pour la recherche translationnelle et clinique ont été créés, avec des «Clinical Trial Units» professionnalisés dans les hôpitaux universitaires et les hôpitaux cantonaux actifs dans la recherche; également des réseaux hospitaliers pour la recherche clinique ont été développés (p.ex. au Tessin). Du côté des prestations, des «centres de compétence» ont été créés pour une meilleure interconnexion des domaines complémentaires de la médecine hautement spécialisée (p.ex. Comprehensive Cancer Centers). Et finalement, les premières pistes pour l'introduction d'un «Dual Leadership» dans certains hôpitaux universitaires sont explorées: la direction d'une clinique ou d'une discipline spécifique est répartie sur deux chaires, dont l'une est plus orientée vers les prestations et l'autre plutôt vers la recherche. Si le suc-

cès de ces mesures structurelles – au moins dans des domaines partiels – est incontestable, celles-ci ont également renforcé la conscience de la nécessité de réformes structurelles profondes pour réduire le champ de tension entre les institutions de prise en charge des patients d'une part (hôpital universitaire) et les instituts d'enseignement et de recherche d'autre part (université) et pour permettre à la médecine universitaire suisse de se développer durablement et efficacement.

L'article principal de ce bulletin montre différentes solutions envisageables pour une coordination durable et efficace de la prise en charge des patients, de l'enseignement et de la recherche dans la médecine universitaire. Le Président du «Collèges des Doyens» préconise un «modèle d'intégration dans lequel la médecine universitaire est intégrée dans l'université». Cette solution semble prometteuse, même si elle n'est pas également adaptée à toutes les facultés de médecine en Suisse. Mais quelles que soient les différences entre les modèles structurels locaux, il est indispensable que la médecine universitaire ait un lien étroit avec les universités et que les structures de gestion soient uniformisées. L'ASSM considère qu'il est important de poursuivre ces discussions et d'introduire des mesures appropriées. Elle recherchera également les avis des directeurs des hôpitaux et, le cas échéant, en fera part dans la prochaine édition du bulletin.

- l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi fédérale sur l'encouragement des hautes écoles et la coordination;
- la pénurie croissante de médecins formés en Suisse dans le système de soins actuel et le manque de professionnels de la santé;
- l'introduction de SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) pour les prestations hospitalières en soins somatiques aigus et ses conséquences au niveau de la formation prégraduée, postgraduée et continue en médecine universitaire;
- la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée pour la coordination nationale et la concentration;
- l'autonomisation des hôpitaux universitaires.

Cet article esquisse les caractéristiques d'une médecine universitaire; celles-ci tiennent compte des évolutions et des défis mentionnés tout en reposant sur des bases scientifiques, permettant ainsi une évolution durable.

L'université et la faculté de médecine comme point de cristallisation de la médecine universitaire

La médecine universitaire englobe trois missions principales résumées par Klasen et al.² comme suit: «Specialised patient care, education and training, and biomedical research and development.» Nous pouvons déduire de cette affirmation que le point de départ de la médecine universitaire doit être la faculté de médecine. Elle relie les universités aux hôpitaux universitaires et coordonne la médecine universitaire. A cet égard, les relations étroites entre les universités et les hôpitaux universitaires sont essentielles au progrès biomédical et doivent être bidirectionnelles, «from bench to bedside and back».

Concernant le rattachement à l'université, il convient de souligner en outre que la médecine se situe à l'interface de la politique d'éducation et de la politique de santé et constitue ainsi une partie de l'université qui, du point de vue organisationnel, doit être considérée à part. La relation étroite entre les modèles structurels de la médecine universitaire, discutés ci-après, et l'université est d'une importance majeure pour une innovation durable; ce

2 E.C. Klasen, S.M. Davies, S. Uzan, L.J. Gunning-Schepers: Academic Health Centres in research-intensive settings in Europe. Briefing Paper No. 1, League of European Research Universities, February 2011.

n'est qu'ainsi que des interfaces entre les sciences biomédicales, la médecine clinique, les sciences sociales, les sciences humaines et les sciences de l'ingénierie peuvent être établies et développées et que les différents domaines scientifiques peuvent profiter les uns des autres.

L'intégration de l'enseignement, de la recherche et de la prise en charge des patients doit se refléter dans la structure de la médecine universitaire

Comme mentionné ci-dessus, une médecine universitaire prospère et durable suppose l'interconnexion des contenus de la recherche, de l'enseignement et de la prise en charge des patients.³ Se pose alors la question de savoir quel modèle structurel reflète le mieux la connexion entre les institutions de l'enseignement, de la recherche et de la prise en charge des patients et en même temps la connexion entre ces institutions et les partenaires externes.

Au préalable, il importe de considérer les principaux partenaires des facultés de médecine. Il s'agit de la direction de l'université et des autres facultés de l'université, mais également des directions cantonales de la formation, de l'éducation et de la santé, des hôpitaux universitaires, d'autres hôpitaux, qui jouent un rôle prépondérant en tant qu'hôpitaux partenaires, hôpitaux d'enseignement ou hôpitaux affiliés ainsi que des fondations, d'autres organismes de recherche ou de l'industrie.

Dans ses propos relatifs à la «Souveränität – oder Einbindung der Hochschulmedizin» (souveraineté – ou intégration de la médecine académique), Autenrieth caractérise la relation des facultés de médecine avec l'université et avec les hôpitaux universitaires comme suit⁴: en règle générale, la direction de l'université ne dispose guère de connaissances spécifiquement médicales, mais elle assume l'entière responsabilité de l'ensemble de la structure, du développement et de la planification financière, ainsi que de l'assurance qualité de toutes les tâches académiques. Concernant la relation avec les hôpitaux universitaires, Autenrieth constate que souvent les collaborateurs des hôpitaux ne sont pas – ou trop peu conscients – de l'importance du rôle de la faculté de médecine.

Mais les partenaires non universitaires ont, eux aussi, une importance croissante pour les facultés de médecine. On peut citer ici, à titre d'exemple, certains domaines stratégiques comme par exemple l'accès aux patients pour les études cliniques, des coopérations de recherche avec des institutions de recherche non universitaires ou la mise à disposition de capacités de formation clinique, notamment pour le domaine de la médecine ambulatoire.

Après cette brève présentation des interfaces à considérer, les questions structurelles sont abordées. La discussion porte en priorité sur un modèle de coopération, un

modèle d'intégration et des combinaisons de ces deux modèles. Un travail récapitulatif de Barrett⁵ présente cinq modèles d'organisation avec des exemples issus des «Academic Health Centers» américains. Ces modèles s'inscrivent dans un continuum. L'un des pôles du continuum est caractérisé par un modèle d'intégration totale de l'université respectivement de la faculté, du «Teaching Hospital» et de la prise en charge des patients sous la direction d'un seul CEO et d'un seul «Governing board» pour tous les domaines. L'autre pôle du continuum présente un modèle dit d'affiliation, dans lequel les domaines mentionnés sont dirigés et administrés séparément. En principe, une intégration fonctionnelle des tâches académiques et de la prise en charge est également possible dans le modèle d'affiliation ou de coopération.

A l'aide de l'exemple de l'University of Florida et de ses Academic Health Centers, Barrett montre qu'au fil de l'évolution de la médecine universitaire, au cours des six à sept dernières décades, on peut également constater une mutation dans les différentes variantes du modèle d'intégration; ces résultats peuvent probablement aussi être transposés à l'évolution de la médecine universitaire en Europe. Comme exemple actuel, on peut invoquer ici la nouvelle législation dans le Bade-Wurtemberg en Allemagne; celle-ci révèle toutefois aussi des défaillances qualitatives, comme le montre Bitter-Suermann dans son article concernant la réforme des hautes écoles de médecine en Bade-Wurtemberg.⁶ Un travail d'Ovseiko et al.⁷ met en évidence le développement des «Academic Health Science Centers» en Angleterre, dû en grande partie à une initiative parlementaire pour l'encouragement de l'innovation médicale et le développement de la qualité dans la prise en charge des patients. Ce document présente également différentes variantes de modèles allant d'une coopération souple entre facultés et cliniques («unlinked partners model of medical school – clinical enterprise») jusqu'au «joint leadership and management organizational model», introduit dans l'Imperial College London, une des «Medical Schools» les plus importantes en Europe.

Ces propos permettent de conclure qu'il n'existe probablement pas «un» seul modèle structurel correct de la médecine universitaire, mais qu'il importe bien plus de tenir compte des conditions cadres locales et nationales ainsi que des différents flux financiers. Un modèle durable pour la Suisse pourrait être un modèle qui intègre la faculté de médecine et les hôpitaux universitaires, tout en garantissant à la médecine universitaire une indépendance juridique, la liberté académique et la liberté nécessaire à la prise en charge des patients.

3 G. Krausch: Einige Gedanken zu den geplanten rechtlichen Rahmenbedingungen universitärer Medizin im neuen LHG Baden-Württemberg. Expertenforum zur Hochschulmedizinreform in Baden-Württemberg, Deutsche Hochschulmedizin e.V., 14. Januar 2011.

4 I. Autenrieth: Souveränität – oder Einbindung der Hochschulmedizin. Ordentlicher Medizinischer Fakultätentag 2009, Leipzig, 11.–12. Juni 2009.

5 D.J. Barrett: The Evolving Organizational Structure of Academic Health Centers: The Case of the University of Florida. *Academic Medicine* 83: 804–808, September 2008.

6 D. Bitter-Suermann: Die Perspektiven der Medizinischen Fakultät: Zentral, dezentral oder eine klare Zuständigkeitsverteilung. Expertenforum zur Hochschulmedizinreform in Baden-Württemberg, Deutsche Hochschulmedizin e.V., 14. Januar 2011.

7 P.V. Ovseiko, S.M. Davies, and A.M. Buchan: Organizational Models of Emerging Academic Health Science Centers in England. *Academic Medicine* 85: 1282–1289, August 2010.

Structure de gestion et responsabilités

La conception de la structure de gestion est étroitement liée au modèle structurel de la médecine universitaire. Wietecha et al. distinguent deux formes de gestion et d'administration, le modèle «single fiduciary, one executive leader» et le modèle «multiple fiduciary, multiple executive leaders».⁸ Ces deux modèles sont mis en œuvre dans différents sites de la médecine universitaire aux USA. Toutefois, les auteurs concluent que le succès de la médecine universitaire ne dépend pas uniquement du type de gestion et d'administration, mais également d'autres facteurs critiques. On peut citer à cet égard la sélection et la formation pré- et postgraduée des cadres ainsi que l'accès aux données concernant les performances des différentes institutions.

Si l'on considère le modèle d'intégration, dans lequel la médecine universitaire est intégrée dans l'université, il est important d'instaurer une structure de gestion claire, uniforme, avec un petit comité de direction et des responsabilités clairement attribuées. Il pourrait s'agir d'un comité dirigé par un «Medical Professional», constitué par exemple de la doyenne ou du doyen, de la directrice ou du directeur médical et de la directrice ou du directeur administratif. Les autorités cantonales peuvent également figurer dans le conseil de surveillance ou le conseil d'administration. L'une des principales tâches de ce comité de direction consiste à veiller à l'équilibre stratégique entre les intérêts de l'académie et la prise en charge des patients. Ce faisant, il ne faut pas perdre de vue que les compétences académiques et cliniques des cadres représentent un élément décisif dans la médecine universitaire. Milner et al. présentent à ce sujet un exemple de cadre de compétences et de développement pour les collaborateurs.⁹

Aspects financiers de la médecine universitaire

Quel que soit le futur modèle structurel choisi pour la médecine universitaire, force est de constater que la médecine universitaire a besoin de fonds particuliers pour la recherche, l'enseignement et les prestations et que ces fonds doivent être administrés par la médecine universitaire elle-même. A cet égard, il faut souligner que les prestations et les innovations de la médecine universitaire génèrent sur les sites respectifs une valeur ajoutée évidente.

De son côté, la médecine universitaire doit garantir une répartition des fonds orientée selon les prestations. Les défis à relever dans ce domaine consistent à déterminer un montant de base ainsi qu'à définir des critères qualitatifs et quantitatifs pour les innovations cliniques, la recherche et l'enseignement. Egalement un pool stratégique pour le financement flexible de projets d'innovation reste indispensable. En particulier pour les modèles d'intégration au sein de l'université, il importe de résoudre la question de l'attribution des fonds orientée selon les prestations pour les institutions précliniques et cliniques théoriques. Finalement, une promotion équilibrée et coopérative des domaines de la recherche, de l'enseignement et de la prise en charge – relève de décisions stratégiques.

Résumé et conclusion

En résumé, on peut conclure que l'intégration des contenus de la recherche, de l'enseignement et de la prise en charge des patients constitue une base essentielle pour une médecine universitaire fructueuse et durable. La littérature concernant la médecine universitaire montre que les modèles structurels qui – du point de vue stratégique et structurel – reflètent une telle intégration des contenus, ont été mis en œuvre avec succès, même si ces modèles varient en fonction des conditions locales et nationales. En réunissant des institutions comme les facultés de médecine et les hôpitaux universitaires, de tels modèles structurels peuvent préparer le terrain à un excellent enseignement, une recherche de pointe innovatrice et une prise en charge des patients de haute qualité.

Dans un premier temps, les réflexions émises dans cet article peuvent être discutées séparément pour chaque site de haute école médicale. Mais, finalement, il est indispensable de considérer la médecine universitaire au niveau national – tout particulièrement compte tenu du faible nombre d'habitants et de sites de la médecine universitaire dans un pays comme la Suisse. Cela signifie que, du point de vue des contenus et des ressources techniques, une coordination nationale des sites de la médecine universitaire est nécessaire et deviendra encore plus évidente dans les prochains temps.

Prof. Klaus W. Grätz et Dr Christian Schirlo, Zurich



Klaus W. Grätz est Doyen de la faculté de médecine de l'université de Zurich depuis 2008 et Président du Collège des Doyens de la Suisse; en tant que médecin et dentiste, il est directeur de la clinique de chirurgie maxillo-faciale de l'université de Zurich et dirige le domaine médical du Neuro-Kopf.



Christian Schirlo est responsable du décanat de la faculté de médecine de l'université de Zurich depuis 2010; il est médecin et, après ses études postgraduées de Master of Medical Education, a travaillé en tant que chef du projet «Réforme des études», puis comme responsable du décanat des études à Zurich.

8 M. Wietecha, S.H. Lipstein, and M.T. Rabkin: Governance of the Academic Health Center: Striking the Balance Between Service and Scholarship. *Academic Medicine* 84: 170–176, February 2009.

9 R.J. Milner, M.E. Gusic, and L.E. Thorndyke: Perspective: Toward a Competency Framework for Faculty. *Academic Medicine* 86: 1204–1210, October 2011.

L'ASSM distingue quatre chercheurs suisses en neurosciences

Tous les deux ans, l'ASSM décerne le Prix Robert-Bing à de jeunes chercheurs ayant accompli des travaux de premier ordre et tous les cinq ans le Prix Théodore-Ott à des chercheurs pour l'ensemble de leurs travaux dans le domaine de la recherche en neurosciences. Cette année, les deux prix seront attribués en même temps. Sept candidatures ont été soumises pour le Prix Théodore-Ott et dix pour le Prix Robert-Bing. Lors de sa séance du 31 octobre 2012, la commission d'évaluation a décidé de récompenser les lauréats suivants: Le Prix Robert-Bing 2012 est décerné au Prof. Andreas Papassotiropoulos de Bâle et au Prof. Michael Sinnreich de Bâle. Le Prix Théodore-Ott 2012 revient au Prof. Adriano Aguzzi de Zurich et au Prof. Pico Caroni de Bâle.

Le Sénat a approuvé le choix des quatre lauréats lors de sa séance du 29 novembre 2012. Ces deux prix, dotés d'un montant de CHF 60 000.-, représentent la plus haute distinction dans le domaine de la recherche cérébrale en Suisse.

Le Prix Robert-Bing 2012 a été remis dans le cadre de la rencontre annuelle de la Swiss Society for Neuroscience, le 2 février 2013 à Genève et le Prix Théodore-Ott 2012 sera remis dans le cadre du «2nd Congress of the Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)» du 5 au 7 juin 2013 à Montreux.

Prix Robert Bing 2012:



Prof. Dr. **Andreas Papassotiropoulos**, division de psychiatrie moléculaire, Université de Bâle



Prof. **Michael Sinnreich**, Professeur extraordinaire en neurologie, département de biomedecine, Hôpital universitaire de Bâle

Prix Théodore Ott 2012:



Prof. **Adriano Aguzzi**, Institut de neuropathologie, Hôpital universitaire de Zurich



Prof. **Pico Caroni**, professeur de neurobiologie, Friedrich Miescher Institute for Biomedical Research, Université de Bâle

Appel d'offres du Fonds Käthe-Zingg-Schwichtenberg (KZS) pour l'éthique médicale

L'ASSM met à disposition des moyens issus de ce fonds pour soutenir des projets de recherche dans le domaine de la bioéthique et de l'éthique médicale (y compris l'éthique clinique).

En 2013, la somme de CHF 250 000.- sera attribuée.

Les candidatures concernant ces soutiens peuvent être déposées en langue allemande, française ou anglaise. Un montant maximal de CHF 60 000.- est octroyé par projet. Les formulaires de demande peuvent être téléchargés sur le site de l'ASSM (www.assm.ch/fr/Recherche/Fonds-KZS.html).

Le délai de remise des demandes est fixé au 31 mars 2013.

COMMISSION CENTRALE D'ÉTHIQUE

Directives «Mesures de contrainte en médecine»: retrait et nouvelle sous-commission

Fin novembre 2012, les directives «Mesures de contrainte en médecine» ont été retirées du fait de leur incompatibilité avec le nouveau droit de protection de l'adulte, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Celui-ci comporte quelques nouveautés importantes, notamment une description plus précise des compétences médicales et de la procédure de placement à des fins d'assistance. Les décisions médicales concernant les patients atteints de troubles psychiatriques et, à cet égard, plus particulièrement l'application d'un traitement sans le consentement du patient, seront dorénavant réglées au niveau fédéral. Néanmoins, pour la pratique, une aide à l'interprétation de ces dispositions est nécessaire et, selon la CCE, l'élaboration de directives pour le soutien des médecins, des soignants et des autres professionnels de la santé est pertinente dans un domaine aussi

sensible. Elle a donc chargé une sous-commission, dirigée par le Prof. Paul Hoff, d'élaborer des nouvelles directives à ce sujet. Celles-ci traiteront des thèmes suivants:

- conditions éthiques et juridiques des mesures de contrainte dans différents domaines de la médecine (psychiatrie, gériatrie, médecine d'urgence et médecine intensive, etc.);
- rôle et responsabilités des médecins, des soignants et des autres professionnels de la santé;
- rôle des détenteurs de l'autorité parentale respectivement du tuteur lorsqu'il s'agit de personnes mineures ou sous curatelle;
- procédure de décisions, obligation d'établir et de conserver des documents et devoir de diligence lors du déroulement des mesures de contrainte et du suivi des patients;
- prévention des mesures de contrainte.

La sous-commission débutera ses travaux au printemps 2013.

Membres de la sous-commission

Prof. Dr méd. Dr phil. **Paul Hoff**, Zurich (Président), Psychiatrie (photo)

Prof. Dr iur. **Marco Borghi**, Comano, Droit/ Pro mente sana

Andreas Bolliger, Zurich, Soins de longue durée

Dr méd. **Monique Gauthey**, Genève, Pédopsychiatrie

Dr méd. **Daniel Grob**, Zurich, Gériatrie

Prof. Dr méd. **Christian Kind**, St-Gall (Prés. CCE), Pédiatrie

PD Dr méd. **Tanja Krones**, Zurich, Ethique

Sophie Ley, Sion, Soins en psychiatrie / Développement des soins

lic. iur. **Michelle Salathé**, MAE, Bâle, ASSM, Droit

Christoph Schmid, MAS Spiritual Care, Berne, Théologie / CURAVIVA

Bianca Schaffert-Witlvet, MSN, Schlieren, Soins en gériatrie

PD Dr méd. **Hans Wolff**, Genève, Médecine péniatriculaire





Une médecine pour les personnes en bonne santé? Rapport du groupe de travail «Human Enhancement»

L'expression «Human Enhancement» regroupe les interventions médicales dont le but n'est pas de traiter des maladies, mais d'améliorer des caractéristiques non pathologiques. Ces interventions soulèvent de nombreuses questions éthiques et sociétales. Un groupe de travail des Académies suisses des sciences s'est consacré à ce thème, en collaboration avec le Centre d'évaluation des choix technologiques (TA-SWISS) et la Commission Nationale d'Éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE-NEK). Le domaine du neuroenhancement a été choisi comme thème prioritaire en raison de son actualité et de sa pertinence pour la santé publique. Le groupe de travail s'est principalement penché sur le rôle de la médecine. A ce sujet, il a fait réaliser l'étude «La signification du neuroenhancement pour les praticiennes et praticiens des domaines de la psychiatrie/psychothérapie et de la médecine de premier recours» qui, pour la première fois, permet de disposer de données empiriques pour le contexte suisse. Les idées centrales qui se dégagent des analyses englobent les aspects suivants:

- Un traitement médicamenteux prescrit sans indication médicale peut aussi être qualifié de human enhancement. L'enhancement est également une réponse aux attentes et aux exigences de notre société actuelle.
- Une délimitation entre enhancement et thérapie respectivement prévention ne peut résoudre la question de son admissibilité morale. D'une part, il est impossible d'établir une délimitation aussi claire et, d'autre part, une évaluation éthique doit intégrer des arguments allant au-delà d'une simple catégorisation.
- C'est le contexte socio-culturel qui définit ce qui est considéré comme amélioration (enhancement). Mais en même temps, la question de l'opportunité de l'enhancement renvoie à nos représentations d'une cohabitation sociale réussie.
- Au sein du corps médical, le neuroenhancement soulève un certain nombre d'incertitudes et d'ambivalences, mais parallèlement, au moins une partie des médecins a une compréhension subjective de la maladie et une approche pragmatique de la prescription de produits d'enhancement.
- Il est urgent de poursuivre les débats; ceux-ci permettraient une prise de conscience critique des possibles distorsions des priorités au sein du système de santé, comme elles peuvent, par exemple, survenir par des stratégies de médicalisation orientées aux besoins du marché.

Workshop «Sponsoring de chaires: chances et risques»

Les chaires financées par des fonds privés font souvent l'objet de critiques dans l'opinion publique. Les sponsors influenceraient la recherche et l'enseignement et pourraient ainsi compromettre l'indépendance de la science. Ces suppositions sont-elles exactes? Où se situent réellement les chances et les risques? Fin octobre 2012, les Académies avaient organisé un workshop sur ces questions. Environ 30 personnes issues de l'administration des hautes écoles et des directions cantonales de l'instruction publique, des chercheurs et des bailleurs de fonds, les membres de la commission «Collaboration corps médical – industrie» ainsi que des représentants des médias ont participé à ce workshop. Au centre des discussions, la question de savoir si le financement de chaires par des fonds privés met en péril l'indépendance de la recherche. Plusieurs participants ont mentionné qu'il s'agit moins d'une influence extérieure exercée sur les chercheurs individuels que sur le calendrier de recherche. Le sponsor fait progresser la recherche dans le domaine qui l'intéresse et y associe les hautes écoles en lui octroyant des fonds propres pour l'infrastructure, etc.; de ce fait les priorités sont déplacées et l'indépendance de la recherche peut en être affectée.

Aujourd'hui, la recherche à haut niveau en sciences naturelles et en médecine est si onéreuse que souvent le financement par des fonds publics est insuffisant. A l'unanimité, les participants considèrent que le recours à des fonds provenant de tiers et des fonds sponsorisés est nécessaire; toutefois les conditions cadres doivent être élaborées de telle façon que les standards éthiques exigés soient respectés. Les standards de qualité suivants ont été discutés:

- réglementation contractuelle entre les sponsors et les hautes écoles;
- garantie de la liberté d'enseignement et de recherche (concrètement: aucune ingérence dans les procédures de recours, aucune prétention à une contrepartie, etc.);
- transparence des contrats entre les sponsors et les hautes écoles;
- les relations éthiquement délicates entre les sponsors et l'objet sponsorisé doivent être évitées;
- égalité de traitement entre les différentes chaires (les chaires financées par des fonds privés n'ont pas de dénomination différente, les procédures de recours et les contrats de professorat obéissent aux règles usuelles, etc.);
- concept de sponsoring professionnel pour l'encadrement des sponsors;
- plusieurs sponsors par projet, les fonds sponsorisés couvrent aussi l'infrastructure;
- les chaires soutenues par une fondation ou une entreprise s'intègrent dans la stratégie de recherche des hautes écoles.

La grande majorité des participants s'est prononcée en faveur de l'élaboration de recommandations respectivement de règles de bonnes pratiques. L'aide proposée par les Académies pour l'introduction de mesures a été largement saluée. Nombre de participants étaient convaincus que les règles ne servent pas uniquement à préserver la liberté de recherche, mais qu'elles profitent également aux hautes écoles, aux sponsors et aux chercheurs.

Les Académies suisses des sciences exigent un système de santé durable

Les Académies suisses des sciences sont conscientes de la crise que traverse le système de santé: certes, la médecine est de plus en plus efficace, mais en même temps, les nouvelles méthodes de traitement sont de plus en plus onéreuses. En conséquence, les primes de l'assurance de base ont augmenté d'environ 50% ces dix dernières années. De nombreux assurés se heurtent d'ores et déjà à leurs limites financières. Comment pouvons-nous garantir un système de santé qui soit financable et en même temps de haute qualité? Lors d'un colloque à Berne, les Académies suisses des sciences ont présenté de nouvelles études ainsi qu'une feuille de route pour un système de santé durable.

Incontestablement, des réformes sont nécessaires dans le système de santé. Face à cette situation, les Académies suisses des sciences ont lancé, début 2011, le projet «Système de santé durable». Une étude consacrée aux méthodes d'évaluation de l'utilité en médecine a déjà été publiée au printemps dernier. Récemment, l'Académie Suisse des Sciences Médicales a récapitulé dans une feuille de route les facteurs susceptibles de remettre en question la durabilité de la médecine. Egalement le Centre d'évaluation des choix technologiques TA-SWISS a mené un «publifocus» permettant à des citoyens choisis de discuter des coûts et de l'utilité des traitements médicaux.

A la demande des Académies suisses des sciences, un groupe de travail, dirigé par le Prof. Luca Crivelli de l'Università della Svizzera italiana, a vérifié si la qualité actuelle du système de santé pouvait être maintenue à moindres coûts. L'étude cite trois causes principales responsables des inefficacités au sein du système de santé: le travail des fournisseurs de prestations (médecins et hôpitaux) est rarement coordonné; ils n'échangent guère d'informations sur leurs patients et accomplissent de ce fait de nombreux actes en double. Egalement la «demande induite par l'offre» joue un rôle prépondérant dans le système de santé: les fournisseurs de prestations peuvent augmenter la quantité des actes médicaux, même si ceux-ci n'apportent guère de bénéfice supplémentaire. Et comme les coûts des prestations médicales sont portés par la communauté et non pas par l'individu, les assurés ont tendance à exiger trop d'actes médicaux inutiles. Ces trois facteurs, à eux seuls, créent des inefficacités dont les coûts sont évalués à six à sept milliards de francs par an. Ceci correspond à environ 9,5% à 11% de la totalité des coûts de santé en Suisse.

Sur la base de ces études, les Académies ont élaboré une «feuille de route» pour un système de santé durable, qu'elles ont présentée lors d'un colloque à Berne. La feuille de route formule sept objectifs, décrit les mesures s'y rapportant et précise dans quels délais quels acteurs doivent intervenir. Ainsi, les Académies exigent, entre autres, que la gestion cantonale du système de santé soit remplacée par une gestion régionale, coordonnée au niveau national. Selon les Académies, une révision de la loi sur les assurances maladies est incontournable: une clé de financement unitaire pour la prise en charge ambulatoire et la prise en charge stationnaire, des franchises proportionnelles au revenu ainsi que, pour les soignants et les physiothérapeutes, la possibilité de facturer directement leurs prestations à l'assurance de base. Par ailleurs, la feuille de route propose une introduction rapide du dossier électronique du patient afin d'éviter les actes en double de même que la création des conditions légales et financières pour l'introduction de «Health Technology Assessment» (HTA) en Suisse.

La feuille de route souligne en outre que la durabilité du système de santé est menacée par la pénurie de professionnels. L'allongement de l'espérance de vie de la population exigera à lui seul, d'ici 2020, au moins 15 000 employés supplémentaires dans les institutions de soins de longue durée. C'est pourquoi les Académies exigent une augmentation significative du nombre de places d'étude pour les médecins et autres professionnels de la santé et une meilleure adaptation de leurs formations aux besoins des patients. Il est également indispensable de développer des nouveaux modèles de collaboration entre les différents professionnels de la santé, en englobant aussi les professionnels non-médecins qui interviennent en fonction de leurs compétences.

Les Académies adresseront leur feuille de route aux politiciens du domaine de la santé, aux représentants des médecins et des hôpitaux ainsi qu'à d'autres acteurs du système de santé et ouvriront le dialogue. Selon la feuille de route, en 2017 au plus tard, les dernières mesures proposées devraient être appliquées.

AGENDA

Communicating Medical Error (COME)

Conférence, 18–22 Mars 2013, Monte Verità, Ascona

La conférence COME va rassembler des chercheurs de différents domaines afin de favoriser un dialogue international sur l'état des connaissances des erreurs médicales, et d'identifier un programme cohérent de recherche pour le futur au-delà des frontières disciplinaires et géographiques.

Médecine, quo vadis? Quelles exigences éthiques la gestion du système de santé doit-elle satisfaire?

Symposium, 4 juillet 2013, Hotel Ador, Laupenstrasse 15, Berne

Le symposium annuel de la série «Economicisation de la médecine» est consacré aux incitations dans le domaine de la médecine. Les incitations, tant économiques que politiques, influencent et transforment la médecine. Le but de ce symposium est de révéler l'impact des incitations au sein du système de santé et notamment leurs conséquences sur l'éthique professionnelle. Ce faisant, la discussion portera sur les exigences à satisfaire du point de vue éthique par les modèles de gestion. Comme par le passé, le symposium est organisé par la Commission Nationale d'Éthique CNE-NEK et la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM (CCE).

2nd GRF One Health Summit 2013

Congrès, 17–20 novembre 2013, Centre des congrès Davos
One Health – One Planet – One Future, Risks and Opportunities
Further information: <http://onehealth.grforum.org/>



Les rapports annuels des commissions sont en ligne

Actuellement, en plus des nombreux groupes de travail, douze commissions permanentes – de la «Commission Centrale d’Éthique» jusqu’à la commission «Qualité» – travaillent pour l’ASSM. Les commissions publient chaque année leur rapport annuel qui rend compte de leurs activités et rappelle leur mandat et la composition de la commission. Les rapports annuels peuvent être consultés sur le site internet de l’ASSM sous Portrait → Commissions.

Version révisée des directives «Collaboration corps médical – industrie»

En 2002, l’ASSM avait publié pour la première fois des «Recommandations pour la collaboration corps médical – industrie». Celles-ci ont été révisées en 2005 et sont ensuite devenues des «directives». Par ailleurs, l’ASSM a constitué une «commission consultative» dirigée par le Prof. Walter Reinhard de Coire; cette commission soutient la mise en pratique et aide à interpréter les directives.

Comme le montrent les rapports annuels de la commission, celle-ci s’est concentrée à maintes reprises sur des thèmes similaires, dont la réglementation était – de toute évidence – encore incomplète ou trop vague; citons entre autres le monosponsoring, la mention «demande de crédits déposée» dans les programmes, le «Ghost Writing» ou encore la participation à des «Advisory Boards». Face à cette situation, la commission a demandé la révision des directives au comité de direction de l’ASSM.

Dans la mesure où les directives ont fait leurs preuves sur le fond, la commission a renoncé à rédiger une nouvelle version de ce texte. Seul le chapitre III (consacré à l’activité des experts) est entièrement neuf. La commission a essayé de combler les lacunes évidentes et d’apporter des précisions dans les autres chapitres.

Le projet des directives révisées a été soumis pour avis à toutes les sociétés de disciplines et sociétés cantonales de médecine. Dans le cadre de la procédure de consultation, plus de 40 réponses ont été adressées au secrétariat général, dont la plupart étaient positives.

Le Sénat de l’ASSM a définitivement approuvé la version finale des directives fin novembre 2012; celles-ci sont entrées en vigueur le 1^{er} février 2013.

**Médecine personnalisée: l’ASSM met en garde contre les dérives**

Dans sa nouvelle feuille de route, l’ASSM souligne le potentiel énorme de la médecine individualisée, tout en mettant en garde contre les possibles dérives. Pour être en mesure de cerner correctement les résultats des nouvelles techniques, les médecins doivent disposer de connaissances suffisantes dans les domaines de l’épidémiologie, de la génétique médicale ainsi que de la statistique médicale. Une meilleure intégration de ces disciplines dans la formation médicale, de même que des offres spécifiques de formation postgraduée et continue sont indispensables. Ces qualifications médicales doivent être communiquées ouvertement aux patients pour leur permettre de choisir le médecin approprié.

L’ASSM considère comme particulièrement problématiques les tests génétiques proposés sur internet. Les prédictions sur l’état de santé, établies par ces sociétés, peuvent non seulement inquiéter l’usager, mais sont souvent erronées: l’interaction entre les différents gènes étant particulièrement complexe et, de surcroît, largement influencée par les facteurs environnementaux, il n’est pas possible de prévoir sérieusement l’apparition d’une maladie sur la base de tests génétiques. Une anamnèse familiale approfondie réalisée par le médecin est, dans ces cas, souvent plus parlante. Ces offres douteuses comportent le risque de discréditer la médecine individualisée dans sa globalité.

Egalement dans le domaine du développement de nouveaux médicaments, le patient individuel se situe de plus en plus au premier plan. L’ASSM prévient que le brevetage des méthodes diagnostiques pourrait entraver la liberté thérapeutique du médecin traitant dans le choix des traitements. Le bénéfice économique potentiel de la médecine individuelle étant très élevé, l’ASSM exige autant de transparence que possible. Les experts, les représentants politiques, les offrants ou initiateurs de plateformes de discussions publiques et de forums en ligne – tous doivent justifier leur intérêt personnel et déclarer leurs éventuelles interdépendances économiques.

La médecine individualisée représente une opportunité exceptionnelle pour améliorer les analyses de risques, la thérapie et le suivi des patients. Des connaissances solides basées sur l’évidence, une pratique sérieuse ainsi que la définition de priorités permettront de profiter au maximum de cette opportunité et d’éviter les dérives potentielles.

La feuille de route s’adresse aux professionnels de la santé (médecins, soignants, thérapeutes), aux instituts de formation et au public intéressé. Elle peut être consultée sur le site internet de l’ASSM (www.assm.ch) ou commandée sous forme de brochure auprès du secrétariat général de l’ASSM (mail@samw.ch).

**SAMW**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy of Medical Sciences

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
Petersplatz 13
CH-4051 Bâle
Tél. 061 269 90 30
Fax 061 269 90 39
mail@samw.ch
www.assm.ch

Rédaction:

Dr Valentin Amrhein

Collaboration:

Dr Hermann Amstad,
lic. iur. Michelle Salathé,
Dr Katrin Cramer

Traduction:

Dominique Nickel

Présentation:

Howald Fosco, Bâle

Imprimé par:

Kreis Druck AG, Bâle

ISSN 1662-6036



Membre des
Académies suisses
des sciences