

SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy
of Medical Sciences

4 / 05

COMBIEN DE MÉDECINS À L'AVENIR?

Pénurie de médecins et pléthore de questions



La cantine de l'hôpital de l'île sera-t-elle bientôt déserte?

CONTENU

Combien de médecins à l'avenir? Pénurie de médecins et pléthore de questions	1
Editorial	2
Attitude à adopter face à des patients incapables de discernement	4
Le GT StaR devient le GT CoCER	6
«La médecine en Suisse demain»: le groupe de pilotage détermine quatre points principaux	6
Programme MD-PhD: harmonisation des sessions d'études	6
Admission des organisations d'aide au suicide dans les hôpitaux de soins aigus: une enquête de l'ASSM	7
Nouvelles directives concernant les «Soins palliatifs»	7
Nouveaux membres d'honneur et individuels de l'ASSM	8

IMPRESSUM

Le bulletin de l'ASSM paraît 4 fois par
an en 2850 exemplaires
(2100 en allemand et 750 en français).

Editeur:

Académie Suisse des Sciences Médicales
Petersplatz 13, CH-4051 Bâle
Tél. 061 269 90 30, Fax 061 269 90 39
E-mail: mail@samw.ch
Homepage: www.assm.ch

Rédaction:

Dr Hermann Amstad, Secrétaire général adjoint
Collaboration:
Dr Margrit Leuthold, Secrétaire général
lic. iur. Michelle Salathé, Coll. scientifique

Présentation: vista point, Bâle

Imprimé par: Schwabe, Muttenz

Les dernières décennies du 20^e siècle ont donné lieu à une augmentation constante du nombre de médecins dans notre pays. L'observation d'une forte corrélation entre la densité de médecins et l'augmentation irrésistible, quoique très variable selon les régions, des coûts de la santé, a amené le constat d'une «pléthore de médecins» en Suisse. L'accès aux études de médecine a dès lors fait l'objet de restrictions et l'on a introduit une limitation de pratiquer pour les nouveaux fournisseurs de prestations. Des indices font aujourd'hui apparaître que la Suisse souffre d'un manque de médecins, ou tout au moins que la situation évolue dans ce sens. Dans le présent article, le PD Dr Ludwig T. Heuss, membre du comité central de la FMH et du sénat de l'ASSM, place la discussion sur le nombre de médecins dans un contexte plus large: pour lui, des aspects qualitatifs, et non uniquement quantitatifs, doivent être pris en compte.

Depuis de nombreuses décennies, la discussion sur une pléthore ou, au contraire, une pénurie de médecins en Suisse obéit à des cycles. C'est ainsi qu'en mai 1990, ce qui était alors le Ärztliche Centralverein mettait en garde contre le fait que, dans plusieurs villes, le nombre de spécialistes dépassait celui des besoins réels. Dans les années 60, le Conseil fédéral, craignant une pénurie de médecins, créait une commission

pour l'encouragement de la relève dans les professions académiques et en particulier dans la médecine.¹ Et dans les années 80, enfin, les auditorios menaçant de déborder, on a entrepris de décourager les jeunes d'entreprendre des études de médecine par une communication dissuasive dans les gymnases et introduit le numerus clausus – et voilà que la menace d'une pénurie est à nouveau très largement évoquée.



Prof. Peter M. Suter,
Président

Where have all the young girls gone ?¹

Relève féminine au sein des Universités

Durant la dernière décennie, le pourcentage de femmes professeures a doublé à l'Université, mais cette proportion stagne en-dessous des 15% à l'heure actuelle.

Les efforts consentis pour favoriser les carrières féminines grâce à des places dans les crèches, des bourses spécifiques, des règles de préférence au niveau des lois et règlements, entre autres, n'ont pas encore donné de résultats satisfaisants.

Alors que faire face à ce constat? Accepter, se résigner, retourner au traditionnel «business as usual» ou s'armer de courage, redoubler d'efforts et avoir plus d'ambitions?

Il n'y a ni miracles, ni nouveaux remèdes et nous devons bien réaliser que le nombre de candidates bien formées, bien préparées pour des postes professoraux est encore trop faible. Notre premier objectif doit être de changer cela, avec un soutien particulier apporté au corps intermédiaire².

En outre, un programme de sensibilisation et de motivation pour les métiers dits «scientifiques» et les carrières d'enseignantes doit débiter au collège déjà, bien avant l'idée d'entrer à l'Université. Et l'encouragement doit se poursuivre tout au long des études et de la période d'assistantat. Le rôle de «modèle féminin» reste également essentiel pour convaincre nos étudiantes et assistantes de s'accrocher et de s'engager dans une carrière académique.

En médecine, la désertion des jeunes femmes au cours des différentes étapes d'une carrière se manifeste aussi bien à l'hôpital qu'à la faculté. Aujourd'hui comme demain, nous ne pouvons plus nous permettre de continuer à perdre de telles forces qui représentent tout de même 50% de la population et des médecins diplômés; elles sont indispensables pour une bonne relève clinique et scientifique.

Dans les faits, il est difficile, à l'heure actuelle, de pourvoir des postes d'assistants dans les hôpitaux et de trouver des successeurs pour des cabinets situés en campagne. Pourtant, dans le même temps, la Confédération et les cantons persistent dans leur politique du numerus clausus et mettent en place des limitations de pratiquer. Qu'en est-il vraiment? Comment interpréter ce récent retour du pendule: excitation inutile, démonstration de force corporatiste, erreur de planification politique ou réelle situation d'urgence? La réponse est aussi difficile à trouver que la question paraît banale; et, vue à la lumière des évolutions passées, la situation actuelle soulève encore davantage de questions qu'elle ne contient d'éléments de réponses.

Trois vases communicants

Depuis des décennies, on suppose de façon intuitive – mais à tort – qu'il existe un rapport d'équilibre entre le nombre d'étudiants, les postes de médecins assistants dans les hôpitaux et la densité de médecins. En règle générale, les jeunes diplômés en médecine issus des universités suivent une post-formation en tant que médecin assistant dans un hôpital, avant se mettre à leur compte. Il faut toutefois noter que ces trois vases communicants n'ont jamais été régulés de façon coordonnée, mais obéissent chacun à des règles spécifiques.

Après la deuxième guerre mondiale, les Etats-Unis en particulier, alors déjà à la pointe du progrès médical, ont dû faire face à des besoins croissants dans ce domaine. A son retour au pays, toute une génération de soldats blessés attendait soins et remerciements. L'augmentation du nombre de médecins a alors été élevée au rang de priorité de la politique intérieure américaine. En Europe aussi, l'encouragement à la formation et le déploiement du domaine de la santé étaient en bonne place dans

Depuis longtemps déjà, le nombre d'étudiants
en Suisse est bien trop faible pour répondre
aux besoins des hôpitaux.

l'agenda politique. C'est ainsi qu'en Suisse, dans les années 60 et 70, les universités ont été renouvelées et étendues, et bon nombre d'hôpitaux régionaux et de campagne doivent leur éclosion à l'ambiance de boom qui régnait à l'époque. Le prestige social et les attentes pécuniaires ont fait le reste, et à peine une décennie plus tard les étudiants devaient prendre place sur les marches d'escaliers et les rebords de fenêtres d'auditoires pleins à craquer. Dans la plupart des Etats européens, l'accès aux études de médecine a dû faire l'objet de restrictions (introduites en Suisse en 1996), les universités fixant le nombre maximal d'étudiants en fonction des directives des services du feu, de la disponibilité des microscopes pour les études précliniques et du seuil de tolérance pour les patients en ce qui concerne la formation clinique. Depuis lors, 760 diplômés en moyenne sont délivrés chaque année par les facultés de médecine.

D'un autre côté, du fait de l'augmentation souhaitée des capacités des hôpitaux, le deuxième vase, à savoir celui des postes de médecins assistants, a absorbé sans difficulté le surplus d'étudiants. Tous les diplômés ont toujours trouvé, et c'est encore le cas aujourd'hui, un poste dans un hôpital. Dans les années 80 déjà, la relève suisse ne suffisait plus, loin s'en faut, pour pourvoir tous les postes de médecins assistants. En d'autres termes: depuis longtemps déjà, le nombre d'étudiants en Suisse est

1. Andrews NC. The other physician-scientist problem: Where have all the young girls gone? *Nature Med* 2002; 8: 439-41.

2. Draznin J. The «mommy tenure track». *Acad Med* 2004; 79: 289-90.

bien trop faible pour répondre aux besoins des hôpitaux. La modification du statut des médecins assistants sur le plan du droit du travail a encore accentué cette situation, et certains parlent aujourd'hui d'un état d'urgence. On estime à 1400 le nombre de postes à pourvoir chaque année. Si les hôpitaux ne pouvaient compter sur une proportion de plus en plus importante de personnel étranger (jusqu'à deux tiers dans certaines cliniques), un grand nombre de ces hôpitaux ne pourraient plus être exploités.

Une particularité doit être relevée ici aussi: la récente révision de la loi sur le libre passage a supprimé le privilège historique, devenu aujourd'hui indéfendable, selon lequel l'examen fédéral suffit à lui seul pour exercer une activité indépendante comme médecin. Avec le caractère obligatoire – qui existait certes déjà précédemment dans les faits – de la formation continue dans un hôpital, la loi confère aux postes de médecins assistants un statut mixte, relevant à la fois de la formation continue obligatoire et de la contribution aux prestations des hôpitaux. A la différence des Etats-Unis, où l'Etat soutient financièrement des postes officiels de formation continue dans les institutions (et peut ainsi exercer une influence sur le nombre de futurs spécialistes d'un domaine déterminé), ce financement est en Suisse l'affaire exclusive de l'institution concernée. Dans notre pays, le nombre de médecins spécialistes est déterminé par le nombre de postes de médecins assistants dans les différentes branches (presque tous reconnus comme postes de formation continue). De ce fait, il est défini en premier lieu par les ressources actuellement nécessaires pour fournir les prestations d'une institution et non... au fait, par quoi le nombre de médecins dans une société devrait-il être défini? La réponse réside dans le mot clé de cette problématique: le besoin.

Comment définir le besoin?

Mais comment définir la notion de besoin? Nous avons vu que la dimension des auditoires et le nombre d'étudiants qui se pressent au chevet des patients constituent de mauvais paramètres pour définir les besoins de la population. Il en est de même de l'insatiable demande des hôpitaux en matière de jeunes médecins dans des fonctions subalternes pour faire face à la charge de travail quotidienne. Cette demande ne saurait constituer un paramètre fiable, d'autant que ces postes, toujours caractérisés par leur manque d'attrait, constituent à l'évidence des postes de transition.

C'est en fonction du troisième vase que l'ampleur du besoin devrait être définie, à savoir le volume de travail des médecins ayant trouvé un poste à long terme dans une clinique ou un cabinet. Or on a pu observer à cet égard une nette augmentation au cours des dernières décennies. Après coup, il ne faut pas s'en étonner, car la croissance du nombre d'étudiants et des postes de formation continue a naturellement amené une augmentation de médecins spécialistes. Et une telle évolution était souhaitable dans le contexte du développement des soins médicaux à la population. Entre 1940 et 2000, le nombre total des médecins actifs en Suisse a augmenté de façon exponentielle, passant de 4700 à 27 000. Cette évolution plus ou moins homogène dans tous les pays industrialisés pouvait être maîtrisée, car liée à une croissance économique sans précédent. On a même été conduit à établir une simple corrélation entre le besoin en médecins et la croissance du PIB et à en tirer des

projections pour l'avenir². Si le futur se plie à ces calculs, il faut en effet s'attendre à une forte pénurie de médecins. Mais, en soi, la description d'une corrélation entre une prospérité croissante et le recours toujours plus fréquent aux prestations médicales ne dit rien quant au besoin – un tel calcul doit même être qualifié de cynique envers les pays du tiers-monde.

Qu'est-ce qui, dès lors, définit le besoin réel: les exigences de la population? les nouvelles possibilités offertes par le progrès médical? le seuil de tolérance de la société en matière de financement de la santé publique?

Questions à clarifier

Derrière chacune de ces questions se cachent des conceptions et des façons de voir qui peuvent justifier les réponses les plus diverses, ce qui fait clairement apparaître un besoin fondamental de clarification selon des considérations sociales et politiques.

Si l'on procède à une extrapolation des besoins de la population, on constate qu'ils continueront à croître au cours des prochaines années. De façon générale, les Suisses nourrissent l'attente d'une large palette de prestations et d'une qualité élevée dans le domaine de la santé. Il semble que l'augmentation des primes d'assurance maladie, perceptible pour chaque assuré, fait

Si l'on procède à une extrapolation des besoins de la population, on constate qu'ils continueront à croître au cours des prochaines années.

plutôt évoluer les mentalités dans le sens d'un «esprit de consommation» en cas de maladie. Dans l'ensemble, la notion de solidarité de l'assurance maladie est avant tout entendue comme le droit du plus grand nombre à un traitement optimal. Les grandes tendances démographiques (avec une proportion toujours plus grande de personnes âgées) et une rapide comparaison entre ville et campagne sur le plan des conditions de vie permettent d'affirmer que – selon les comportements actuels – le besoin de prestations médicales continuera à augmenter et, de ce fait, une pénurie de médecins deviendra manifeste.³ Et cela d'autant plus que, compte tenu de la féminisation croissante du corps médical, le travail à temps partiel se généralisera, tout au moins à certains moments du parcours professionnel⁴.

Mais les formes actuelles de prestations dans le domaine des soins peuvent-elles vraiment être considérées comme des références pour l'avenir? A la lumière des développements passés, nous nous dirigeons bien vers une pénurie de médecins de famille⁵. Mais ici aussi, la question doit être posée: quel est le juste rapport: 1:500, 1:1000, 1:1500, 1:2000? Aux Etats-Unis, dans les années 80, est apparue l'idée selon laquelle le corps médical devait se répartir entre 50% de prestations de base et 50% de spécialistes. Mais en fin de compte, cet objectif reste lui aussi arbitraire. Le fait que l'on ne puisse trouver de successeur pour un cabinet est-il toujours révélateur d'un manque de médecins? Quelle densité de médecins généralistes est-elle nécessaire pour une population, et quelle distance jusqu'au cabinet le plus proche peut-on tolérer pour un patient avant que l'on ne doive parler d'état d'urgence? Si l'on compare les chiffres helvétiques à ceux d'autres pays, la Suisse semble toujours être dans une situation confortable. De réels goulets d'étranglement impliquent des temps d'attente pour obtenir une consultation qui dépassent le tolérable (mais où se situe le seuil de tolé-

rance?) ainsi qu'une morbidité croissante liée à un retard dans la mise en œuvre des traitements thérapeutiques. De tels indices existent-ils chez nous? Peut-on parler d'état d'urgence à propos du NHS britannique, avec ses restrictions et ses listes d'attente? L'espérance de vie au Royaume-Uni n'est pas très différente de ce que l'on observe en Suisse. Cela justifie-t-il vraiment un besoin plus grand, de l'ordre de 3% du PIB?

Une objection justifiée s'exprimera: il en va de la qualité de vie! On le reconnaîtra volontiers, mais on retombera alors sur la question centrale: jusqu'où, dans une perspective de long terme, notre société est-elle prête à aller dans le financement du système de soins? Depuis des années, toute discussion sur la politique de la santé butte sur la nécessité de maîtriser une crise de financement toujours plus aiguë. Toutes les mesures évoquées dans la discussion politique actuelle ont pour but de réduire le volume des prestations médicales et, au bout du compte, le nombre de prestataires: limitation de pratiquer, propagation des modèles Managed Care, suppression de l'obligation de contracter, future substitution des soins médicaux de base par des Nurse Practitioners. Dans tous les états sociaux occidentaux, la politique suit la voie qui consiste à mieux juguler les attentes croissantes de la population par une limitation du volume de prestations. Le nombre de médecins constitue dès lors le moyen d'atteindre l'objectif. Qui pourra se dire convaincu, face à de telles implications, de la menace d'une pénurie de médecins?

Nous avons, en Suisse comme dans la plupart des autres pays européens, de grands problèmes de répartition, en particulier entre les universités, les cliniques et les cabinets. Il est urgent d'œuvrer en faveur d'une meilleure coordination de ces trois piliers du système de santé. Des incitations ciblées, et en second lieu le marché, permettront d'éclaircir les disparités entre régions ou entre branches.

L'évolution générale de l'image de la profession revêt toutefois une importance encore bien plus grande. Ce n'est ni le travail, ni la responsabilité à assumer, qui effraient les jeunes médecins – mais bien l'absence de perspectives.

De quelle ampleur seront les besoins de la Suisse de demain en matière de médecins? C'est là un grand point d'interrogation. Nous devrions au moins y trouver une

raison suffisante pour que dans notre pays également, nous entreprenions enfin de faire avancer la recherche sur ces questions.

PD Dr Ludwig T. Heuss, MBA, Bâle



Ludwig T. Heuss est médecin-chef au service de gastro-entérologie de l'Hôpital universitaire de Bâle et membre du comité central de la FMH; il est responsable du domaine d'activités «Données, démographie et qualité» de la FMH.

1 Rapport de la commission fédérale pour les questions de relève dans le domaine des sciences humaines et professions médicales du 1.5.1963, EDMZ, Berne.

2 Cooper RA, Getzen TE, McKee HJ and Laud P. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. Health Aff 2002; 21(1):140-54.

3 Steinmann L und Telser H. Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft. Plaut Economics 2005

4 Heuss L. T. and Haenggeli C. Open access to part-time specialist training – the Swiss experience. Swiss Med Wkly. 2003;133(17-18):263-6.

5 Monnier M. Médecins de premier recours: pénurie ou pléthore? Primary-Care 2004; 4: 755-9.



Attitude à adopter face à des patients incapables de discernement

L'ASSM publie des principes de base médico-éthiques

Les directives médico-éthiques publiées par l'ASSM ces dernières années contiennent des dispositions différentes concernant les droits des patients. C'est pourquoi, en mai 2004, la Commission centrale d'éthique (CCE) a chargé un groupe de travail d'élaborer un corps de texte homogène pour les futures directives médico-éthiques. Le groupe de travail «Droits des patients» s'est fondé en premier lieu sur les dispositions du droit fédéral et la liberté de décision qu'il permet; par ailleurs, il a tenu compte de la Convention bioéthique européenne ainsi que des principes généraux de l'éthique médicale. En automne 2005, le groupe de travail a présenté son projet de «Principes de base médico-éthiques pour le droit des patientes et patients à l'autodétermination»; ceux-ci devraient être approuvés par le Sénat le 24 novembre 2005. L'essentiel des contenus de ces principes de base est résumé ci-après.

Signification des consentements de substitution

Le traitement et la prise en charge de patients capables de discernement ne sont légitimes que s'il existe un consentement valable. Pour les actes médicaux sur des personnes incapables de donner elles-mêmes leur consentement, on doit, par la force des choses, se baser sur des consentements de substitution, qui peuvent être: une décision de l'autorité tutélaire, un consentement écrit rédigé à une date antérieure («directives anticipées»), un consentement donné par des représentants légaux ou par un représentant désigné par le patient, ou un consentement présumé.

S'il s'agit de personnes qui n'ont jamais été capables de discernement (incapacité de discernement originaire), sont donc exclus d'emblée tous les consentements de



substitution rattachés à une capacité de discernement antérieure, c'est-à-dire les consentements donnés par le représentant désigné par le patient, ainsi que les directives anticipées. Dans ces circonstances, seuls restent possibles le recours à la représentation légale et les (autres) instruments du droit tutélaire. Le représentant légal doit dans tous les cas avoir comme préoccupation principale le bien objectif – c'est-à-dire défini d'un point de vue médical – de la personne qu'il représente. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire lorsqu'une capacité de discernement a précédé la phase d'incapacité (incapacité de discernement acquise), on peut en principe se baser sur tous les consentements de substitution cités plus haut. Mais se pose alors nécessairement la question de leur hiérarchisation dans les situations conflictuelles. A cet égard, le principe de subsidiarité valable pour le droit tutélaire devrait avoir pour conséquence qu'une décision de l'autorité tutélaire n'entre en ligne de compte que lorsque d'autres consentements de substitution ne remplissent pas leur tâche ou qu'il existe un conflit d'intérêts ou d'opinions. De plus, la pratique montre que vouloir faire intervenir en premier lieu l'autorité tutélaire pour des patients incapables de discernement n'est pas réalisable, car des décisions importantes sur le plan médical doivent souvent être prises dans des situations où le temps presse. Il arrive aussi souvent que les ressources en personnel des autorités tutélaires ne permettent pas à celles-ci d'assumer pleinement une fonction de représentation. Dans ces conditions, le personnel médical traitant reçoit l'instruction informelle d'agir en fonction de la volonté présumée du patient.

Directives anticipées

L'importance qu'ils convient d'accorder aux directives anticipées est particulièrement sujette à controverse. Pour les uns, ces directives doivent être absolument respectées, car elles expriment la volonté du patient. Pour les autres, elles constituent (seulement) un indice important dont on doit tenir compte lorsque l'on recherche la volonté présumée du patient.

Le groupe de travail est d'avis que les directives anticipées constituent un indice important dont on doit tenir compte lorsque l'on recherche la volonté présumée du patient: les directives anticipées constituent des dispositions préalables en vue d'une situation existentielle difficilement prévisible. On ne peut donc pas les comparer, ni d'un point de vue juridique, ni d'un point de vue éthique, à une déclaration faite le moment venu par le patient capable de discernement. Les exigences posées aux consentements exprimés antérieurement ne doivent donc pas être moins strictes que celles posées aux consentements donnés dans la situation même. A priori, on ne peut parler de consentement valable que lorsque le patient a été suffisamment informé. Or, les directives anticipées ne répondent pas toujours à ce critère: souvent, le patient rédige des directives anticipées sans avoir reçu la moindre information; et même s'il a reçu des informations, celles-ci, le temps passant, ne correspondent plus forcément à la situation présente; et même si elles y correspondent encore, il était impossible, au moment où elles ont été rédigées, d'anticiper le tableau clinique exact avec les bénéfices et les risques concrets de tel ou tel acte médical. En d'autres termes, lorsqu'il rédige des directives anticipées, le patient ne peut pas se projeter dans une situation future et prévoir les différentes options qui lui seront alors proposées.

Représentant désigné par le patient

Dans sa portée, la décision prise par un représentant désigné par le patient s'apparente à des directives anticipées. Elle constitue un indice (fort) dont on doit tenir compte lorsque l'on recherche la volonté présumée du patient le moment venu, mais elle ne peut pas non plus revêtir un caractère obligatoire exclusif, cela pour les raisons mentionnées à propos des directives anticipées. Elle se distingue néanmoins de la représentation légale en ce qu'elle résulte de l'autodétermination du patient. Voilà pourquoi, en cas d'incapacité de discernement acquise du patient et de désaccord entre le représentant désigné par le patient (alors qu'il était encore capable de discernement) et un représentant légal (désigné ultérieurement), priorité devrait être donnée en principe à la personne désignée par le patient (idée fondatrice du principe de subsidiarité). Lorsque son consentement est requis pour des actes médicaux, le représentant désigné par le patient doit, tout comme le représentant légal, se préoccuper avant tout du bien du patient. Il ne peut donc consentir qu'à des actes médicaux indiqués. Il peut toutefois, si le patient le lui a demandé, refuser des actes médicaux indiqués et indispensables d'un point de vue médical (dans une telle situation conflictuelle, le personnel médical peut s'adresser à l'autorité tutélaire).

Consentement présumé

Pour toutes ces raisons, le consentement présumé du patient revêt une importance capitale, en particulier lorsque l'on considère les directives anticipées comme un indice important dans le cadre d'un consentement présumé, eu égard à l'obligation, pour le représentant désigné, d'avoir en tous les cas comme préoccupation principale le bien du patient au moment de consentir à des actes médicaux, et compte tenu du fait que les instruments du droit tutélaire n'ont qu'une fonction subsidiaire.

En ce qui concerne le consentement présumé, on doit dans ces conditions décider qui est habilité en premier lieu à constater la volonté présumée du patient. Etant donné que cette constatation exige toujours de bien connaître à la fois les souhaits très personnels du patient et les composantes objectives du «bien» du patient, le groupe de travail propose de privilégier ici une décision prise par consensus entre les proches et le personnel médical traitant. Ce faisant, on ne restreint pas le principe d'autodétermination; au contraire, on rend ce principe – à peu près – applicable à des patients incapables de discernement. Le contrôle mutuel de deux groupes chargés de définir la volonté présumée du patient est le meilleur moyen de garantir le respect de cette volonté.



*Prof. Dr. iur. Kurt Seelmann, Bâle
Responsable du groupe de travail «Droits des patients»*

Le GT StaR devient le GT CoCER

Pour garantir une recherche clinique de haut niveau qui soit reconnue du public, différents intervenants jouent un rôle primordial: d'une part, les commissions d'éthique pour la recherche clinique – il en existe plus de 20 en Suisse – et d'autre part, certaines autorités fédérales comme Swissmedic, l'OFSP ou les instances de contrôle cantonales (pharmaciens cantonaux par exemple). Toutefois, la législation nationale et internationale ne délimite pas toujours précisément les tâches et compétences des différents intervenants. Compte tenu des confusions et frictions ainsi occasionnées, les personnes concernées ont décidé de créer un groupe de travail pour l'harmonisation, la coordination et le soutien des activités dans le domaine de la recherche clinique. Ce groupe de travail interdisciplinaire nommé «Coordination des Commissions d'éthique de la recherche clinique» («CoCER») remplace le groupe de travail StaR; il est patronné par l'ASSM qui a désigné son président en la personne du Prof. Dominique Sprumont de l'Institut de droit de la santé de Neuchâtel.

La commission «CoCER» soutient les intervenants dans leur tâche liée à l'élaboration de la loi sur les produits thérapeutiques,

- en préparant des aides à l'interprétation des prescriptions légales ou éthiques;
- en émettant des recommandations et des avis sur des questions primordiales liées à l'élaboration de la LPT;h;
- en structurant les contenus des cours de formation de base et de formation continue organisés conjointement par l'ASSM et la SSEB;
- en offrant une plateforme pour l'échange d'informations et d'expériences aux partenaires actifs dans le domaine du «contrôle des essais cliniques» (commissions d'éthique, Swissmedic, OFSP, autorités cantonales).

Le groupe de travail siège 5 à 6 fois par an à Berne. Il traite les cas pratiques et, en principe, ne s'occupe pas des questions de fond, c'est-à-dire qu'il n'élabore pas de «directives», mais seulement des aides à l'interprétation ou des recommandations. Il peut aussi émettre des avis portant sur des questions spécifiques relevant de la pratique. Le GT CoCER a débuté ses activités à la mi-année. Actuellement, il élabore des recommandations concernant les essais cliniques en situations d'urgence et incluant des personnes incapables de discernement.

«La médecine en Suisse demain»: le groupe de pilotage détermine quatre points principaux

Avec l'adoption du rapport «Buts et missions de la médecine au début du 21^{ème} siècle», le groupe d'experts du projet «La médecine en Suisse demain» a rempli son mandat, à savoir l'élaboration de définitions des principales notions et la présentation des valeurs, buts et missions de la médecine en Suisse. Les phases I («préparation») et II («concrétisation») du projet «La médecine en Suisse demain» sont ainsi achevées.

Le «forum» de mi-décembre 2004 à Berne a lancé la phase III («mise en oeuvre»). Dès le début du projet, il était clair que celle-ci serait la plus ardue. En outre, le renouvellement presque total du groupe de pilotage, suite à des changements de délégations des organisations, a coïncidé avec – et quelque peu compliqué – le début de la phase III. Les personnalités suivantes font à présent partie du groupe de pilotage: Prof. Peter Suter, président de l'ASSM, Genève; Dr Jacques de Haller, président de la FMH, Genève; Prof. Martin Täuber, doyen de la faculté de médecine de l'université de Berne; Barbara Gassmann, vice-présidente ASI-SBK, Berne. Ce groupe s'est déjà réuni plusieurs fois pour discuter de la suite du projet et a décidé de se concentrer sur les quatre domaines considérés comme essentiels dans le rapport:

1. Besoins futurs en personnel médical compte tenu de l'évolution démographique
2. Identité professionnelle et profil professionnel
3. Formation pré- et postgraduée dans le domaine de la sécurité des patients et de la gestion des erreurs médicales
4. Rationnement

A l'exception du point 1 (besoins futurs en personnel médical), pour lequel un symposium aura lieu en mai 2006, un groupe de travail sera constitué pour chacun des points principaux. Un membre du comité de pilotage sera présent dans chaque groupe sans toutefois assumer une fonction de responsable. Dans un premier temps, les groupes de travail sont chargés de décrire, d'analyser et de délimiter leur champ d'application sur la base de la documentation à disposition et dans un deuxième temps, de l'exécution de ces tâches.

Programme MD-PhD: harmonisation des sessions d'études

Les cinq facultés de médecine suisses ont mis sur pied un programme MD-PhD destiné à des jeunes médecins intéressés par la recherche pour leur permettre de faire une deuxième filière d'études orientée vers les sciences naturelles ou humaines et sociales. Jusqu'à ce jour, chaque faculté a mené le programme selon son propre règlement interne. Afin d'offrir aux étudiants les mêmes conditions, il était utile d'harmoniser les sessions d'études dans toutes les universités. Sur l'initiative de l'ASSM, les institutions concernées ont travaillé pendant presque deux ans à l'élaboration de standards obligatoires communs, approuvés récemment.

Toutes les facultés de médecine ont adopté les consignes suivantes:

- Une information sur le programme MD-PhD sera donnée dès le début des études de médecine.
- La formation prégraduée en sciences naturelles doit être effectuée avant la fin des études.
- En règle générale, le travail de promotion de trois ans doit être commencé immédiatement après la fin des études de médecine.
- En règle générale, la promotion débouche sur le titre de Dr en sciences naturelles (PhD) décerné par la faculté de sciences naturelles locale.
- Les standards communs sont compatible à la déclaration de Bologne.



COMMISSION CENTRALE D'ETHIQUE

Admission des organisations d'aide au suicide dans les hôpitaux de soins aigus: une enquête de l'ASSM

Assez souvent – et pour des raisons compréhensibles – les patientes et patients désireux de mettre fin à leurs jours se trouvent dans des institutions de soins de longue durée, en particulier dans des maisons de retraite ou des hospices, mais aussi – plus rarement – dans des hôpitaux de soins aigus. Surgissent alors des questions éthiques quant à la gestion de telles demandes.

Certains cantons resp. communes de Suisse, comme par exemple la ville de Zurich et le canton de Neuchâtel, ont édicté des réglementations permettant l'accès des organisations d'aide au suicide dans les maisons de retraite ou hospices; ces règlements ont été largement controversés. Toutefois, en ce qui concerne l'admission des organisations d'aide au suicide dans les hôpitaux de soins aigus, on ne sait, à ce jour, ni s'il existe des réglementations cantonales, ni même si la question a déjà été discutée à fond. C'est pourquoi, au printemps dernier, l'ASSM a procédé à une enquête auprès des directions sanitaires de

tous les cantons, pour savoir si le droit d'accès des organisations d'aide au suicide est réglé d'une façon ou d'une autre. Il ressort de cette enquête que dans la plupart des cantons il n'existe à ce jour ni réglementation légale, ni directives cantonales.

Dans le canton de Vaud, une directive provisoire a été édictée, qui permet officiellement l'accès des organisations d'aide au suicide dans des hôpitaux de soins aigus. Le problème pouvant surgir partout et à tout moment, il conviendrait que non seulement les institutions de soins de longue durée, mais aussi les hôpitaux de soins aigus expriment clairement leurs positions quant à l'assistance au suicide et à la réglementation de l'accès des organisations d'aide au suicide dans leurs institutions.

Margrit Leuthold, Secrétaire générale de l'ASSM

La version intégrale de ce texte sera publiée dans la Neue Zürcher Zeitung; elle peut également être consultée sur le site internet de l'ASSM (www.assm.ch).

Nouvelles directives concernant les «Soins palliatifs»

Depuis longtemps déjà, la promotion et le soutien des soins palliatifs est à l'ordre du jour. Tout particulièrement dans le contexte des discussions sur l'assistance au suicide ou l'euthanasie active, la nécessité de développer les soins palliatifs s'est imposée. Toutefois, l'importance des soins palliatifs reste controversée et leur implantation aux niveaux national et cantonal est insuffisante, d'autant plus que les interprétations et la compréhension de la notion de soins palliatifs sont variables. C'est pour-

quoi, l'ASSM a chargé une sous-commission de la CCE d'élaborer des directives à ce sujet. Fin novembre, le Sénat a approuvé une première version pour la procédure de consultation.

Les directives peuvent être consultées sous www.assm.ch ou commandées auprès du secrétariat général de l'ASSM. La procédure de consultation dure jusqu'à fin février 2006; les remarques et suggestions peuvent être adressées au secrétariat général de l'ASSM, Petersplatz 13, 4051 Bâle.

Nouveaux membres d'honneur et individuels de l'ASSM

Lors de la séance du Sénat de l'Académie Suisse des Sciences Médicales du 24 mai 2005, le Dr Werner Bauer de Küssnacht (ZH) a été nommé membre d'honneur et les Proff. Denis Duboule de Genève, Petra Hüppi de Genève, Karl-Heinz Krause de Genève et Daniel Scheidegger de Bâle, membres individuels de l'Académie. Les statuts de l'ASSM stipulent que le Sénat peut nommer comme membres individuels de l'Académie des personnalités «sur la base de leurs performances scientifiques exceptionnelles en médecine ou en sciences naturelles en relation avec la médecine»; il peut désigner comme membres d'honneur des personnalités qui «se sont particulièrement engagées pour la promotion de la science, pour le système de santé et/ou pour l'ASSM». Les certificats seront remis aux nouveaux membres d'honneur et individuels dans le cadre d'une petite fête après la séance du Sénat du 24 novembre 2005.

**Werner Bauer, Dr. med.**

«Der Senat ernennt Werner Bauer zu seinem Ehrenmitglied in Anerkennung seines grossen Einsatzes als Gründungspräsident beim Aufbau des Kollegiums für Hausarztmedizin zu einer anerkannten Institution der Grundversorger, seines Engagements für die Förderung der Qualitätskontrolle durch die Einführung von Standards für die Ultraschalldiagnostik in der Praxis, seines Einsatzes für die Übernahme der Internationalen Ethik-Charta für Ärztinnen und Ärzte durch die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin sowie seines grossen Engagements für das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» der SAMW.»

**Denis Duboule, Professeur Dr phil.**

«Le Sénat nomme Denis Duboule au titre de membre individuel en reconnaissance de ses mérites scientifiques comme chercheur de pointe dans le domaine de la morphogénèse des mammifères; il a effectué un travail pionnier dans le domaine du développement des extrémités, des effets néfastes des toxiques et de la pathologie embryonnaire.»

**Petra Hüppi, Professeur Dr méd.**

«Le Sénat nomme Petra Hüppi au titre de membre individuel en reconnaissance de ses travaux fondamentaux en néonatalogie concernant la maturation du cerveau humain, des possibilités de l'application de la résonance magnétique nucléaire au développement du système nerveux central et de sa recherche novatrice combinant son activité clinique (chez des nourissons à risque) à cette technique non invasive.»

**Karl-Heinz Krause, Professeur Dr méd.**

«Le Sénat nomme Karl-Heinz Krause au titre de membre individuel en reconnaissance de l'importance de ses contributions scientifiques concernant l'activation des granulocytes et des signaux intracellulaires lors de l'inflammation, et de sa vision concernant leur rôle éventuel dans les processus de vieillissement; de ses travaux sur les cellules souches et de son engagement pour la vulgarisation de cette recherche fondamentale dans le cadre éthique préconisé par l'ASSM.»

**Daniel Scheidegger, Prof. Dr. med.**

«Der Senat beruft Daniel Scheidegger zu seinem Einzelmitglied aufgrund seiner hohen fachlichen Anerkennung sowohl in der Klinik als Intensivmediziner und Anästhesiologe wie auch in der biomedizinischen Grundlagenforschung im Bereich der Immunologie sowie seiner mutigen Pionierarbeit in der Schweiz beim Aufbau einer auf hohen ethischen Standards basierenden Kultur im Umgang mit Fehlern in der Medizin, insbesondere im operativen Bereich.»