

Formation des professionnels de la santé: perspectives 2025 1

Editorial 2

Commentaires concernant le thème principal 5

Promotion de la recherche 6

Révision de l'ensemble des directives médico-éthiques 6

Nouvelles recommandations pour le soutien éthique en médecine 6

Académies suisses des sciences 7

Agenda 8



Image: © contrastwerkstatt - Fotolia.com

## Formation des professionnels de la santé: perspectives 2025

**La fondation Careum a traduit le rapport «Health Professionals for a New Century» de la commission Lancet. Celui-ci met en évidence que souvent les «guérisseurs» se dressent eux-mêmes des obstacles avec des identités professionnelles établies il y a 100 ans et des structures organisationnelles en place depuis 50 ans. Les réactions à ce rapport montrent que d'ici 2025 il est peu probable qu'un Big Bang se produise dans la formation. Dans l'article ci-dessous, Dr Beat Sottas, membre du conseil de fondation de Careum, exige de la formation qu'elle s'écarte d'une réglementation trop restrictive. Sont recherchées des compétences d'interprofessionnalisme au sens large: avec d'autres professionnels de la santé, avec les patients et les utilisateurs, avec les proches, les profanes et enfin et surtout avec la politique et l'économie. Et, pour être capable de «lire» le système de santé, un savoir approprié aux défis de la politique de la santé est nécessaire.**

Dans une société postmoderne d'épanouissement et de «belle vie», les valeurs et biens immatériels gagnent en importance. Dès lors les futurologues pensent que la santé est en passe de devenir un style de vie – les «healthy lifestyles» deviennent «healthstyles»; non seulement la prévention individuelle, une alimentation consciente et le sport en font partie, mais également le comportement de consommation dans un système de santé et de prévention hyperspécialisé ainsi que l'accès illimité aux informations de santé qui, de leur côté, dynamisent les rapports et les rôles<sup>1</sup>. Par ailleurs, les citoyens et patients perçoivent – en plus des encouragements à plus d'engagement personnel – les pressions et les restrictions croissantes, voire même

le démantèlement d'un système de santé qui, dans un mélange de prévoyance et de paternalisme, sous-entendait (et souvent accordait) jusqu'alors l'accès pour tous à l'ensemble des prestations de haute qualité.

Les conditions de 2025 ne peuvent être anticipées que grossièrement, car les bouleversements sociaux transforment durablement le système de santé. Les mutations démographiques, l'augmentation des maladies (multiples) chroniques dégénératives, les technologies disruptives, les systèmes de monitoring et d'assistance et l'orientation manifeste vers le bénéfice des citoyens et patients auto-déterminés laissent présager que les extrapolations des conditions et solutions actuelles ne sont pas d'un grand

<sup>1</sup> Ce transfert est bien documenté dans la Porter Novelli HealthStyles Database. Il s'agit en fait d'un instrument de recherche en marketing utilisé depuis 1995 par l'une des plus importantes agences PR au monde.



Prof. Peter Meier-Abt,  
Präsident

## La mutation du système de prise en charge médicale: savons-nous ce que nous voulons?

«If you complain about the weather, don't worry, it will change!». En effet, rien n'est plus inéluctable que les transformations au fil du temps («panta rhei» Héraclite). Il ne s'agit pas toujours d'une tempête fatale, mais même des transformations insidieuses, sur une période prolongée, dans des systèmes complexes, ne sont pas faciles à gérer. Le fait qu'un système, qui a fait ses preuves par le passé, ne répond plus aux défis actuels et surtout futurs est perçu de façon plutôt intuitive. La multitude et les interdépendances des différents éléments empêchent souvent de porter un regard avisé sur l'ensemble de la problématique. S'ensuivent des incertitudes et souvent une fuite vers le court terme et la restauration d'éléments isolés, motivée par des intérêts personnels, au lieu de se concentrer sur une solution d'ensemble durable qui s'avère indispensable.

Le(s) système(s) de santé et la «médecine de demain» constituent les exemples les plus actuels d'une mutation structurelle du sys-

tème. Nous sommes tous d'avis que la prise en charge médicale en 2030 sera différente de la prise en charge actuelle. L'origine et les causes de cette mutation sont nombreuses, qu'elles soient de notre propre fait ou du fait d'autrui. L'une des causes de notre propre fait est de ne pas avoir assez tenu compte de l'«evidenced based medicine» dans la pratique, en utilisant par exemple des biomarqueurs biologiques non validés pour poser des indications pour des interventions médicales ou des procédés thérapeutiques inefficaces. Les causes du fait d'autrui sont plus difficiles à anticiper; ainsi par exemple les nouvelles connaissances scientifiques, l'évolution vers la médecine personnalisée avec des analyses génétiques rapides et peu onéreuses et une technologie d'information à toute épreuve (dossiers des patients), le vieillissement de la population (augmentation de la multimorbidité), les attentes et demandes croissantes des patients et les nouvelles conditions cadres économiques. Ces problèmes sont connus et, dans la plupart des pays occidentaux, de nombreux comités se penchent sur les nouveaux modèles de prise en charge pour la médecine du futur. En Suisse également, une multitude de groupes de projets et d'essais pilotes élaborent des propositions de solutions durables (par ex. centres de santé régionaux, réseau de la santé 2025 du canton de Zurich ([www.gn2025.ch](http://www.gn2025.ch)), le projet Futuro du réseau mediX à Berne et Zurich (Zanoni 2011). Mais il manque toujours une vue d'ensemble stratégique, qui concentre tous les efforts individuels et propose une stratégie globale et solide pour le système de santé et la médecine du futur. Et ce n'est pas chose aisée en Suisse

avec son système de santé à la structure fédéraliste. Une mutation réussie dans la structure de la prise en charge médicale doit être mise en œuvre par des professionnels de la santé flexibles et ayant bénéficié d'une formation adéquate. Le thème principal de ce bulletin, largement basé sur le rapport de la commission Lancet (Frenk et al. 2010), indique la direction à prendre. Il souligne la nécessité de renforcer le travail en équipe interprofessionnelle pour développer une «prise en charge intégrative» dépassant l'horizon de chacun des groupes professionnels. Toutefois, selon certains groupes professionnels, le rapport comporte quelques points faibles, comme en témoignent les commentaires de responsables de l'université et des hautes écoles. Une fois de plus, la recherche d'une stratégie globale donne l'impression de «marcher sur la corde raide». Pourtant une stratégie globale est impérativement nécessaire, car «a systemic change is a collaborative effort of advanced leaders (and institutions) working together across multiple sectors» («Innovations in Health Care 2011», Harvard University, USA). Il s'agit de relever ce défi, si nous voulons atteindre l'objectif fixé, à savoir «une prise en charge de grande qualité, fondée sur l'intérêt du patient et en même temps économique et de proximité, qui soit adaptée aux défis futurs» (citation tirée du rapport du groupe de travail «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours» de la Conférence des directrices et directeurs de la santé (CDS) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 2012, [www.nationalegesundheit.ch](http://www.nationalegesundheit.ch); [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)).

secours pour le «masterplan» 2025. Ce faisant, la demande de prestations augmente incontestablement et, face aux coûts et au besoin d'effectif et de compétences, le personnel reste la ressource clé dans le secteur de la santé. Les métiers de l'humain restent dans les mains de l'humain. La formation reste donc incontestablement une nécessité.

### Oui à la formation, mais dans quel but et pour qui?

Cette question peut surprendre, car elle recueille un large consensus déjà bien ancré dans la loi: les professionnels de la santé doivent acquérir des compétences scientifiques pour être en mesure de fournir des prestations (curatives) de haute qualité; ils doivent être initiés à exercer leur profession de manière responsable et efficace et sans nuire. Mais les contenus et les structures de la formation montrent aussi qu'en réalité une prise en charge de haute qualité est visée (des réponses professionnelles au plus haut niveau), pour laquelle une formation de haut niveau est juste suffisante. Il semble donc logique que la Suisse investisse un milliard par an dans la formation dans le secteur de la santé.

Dans ce contexte, le constat d'un «échec de la formation» est irritant. Mais il existe des signes évidents de divergences au niveau des intentions, des besoins et de la réalité: les situations de pénurie et les erreurs de distribution dans la prise en charge, le nombre élevé de personnes qui quittent la profession, la résignation générale et la lassitude face aux réformes ainsi que le pâle reflet d'une lutte héroïque pour la survie, car dans le quotidien, l'augmentation insidieuse des maladies chroniques supplante les interventions spectaculaires.

### La formation et le professionnalisme donnent des réponses aux problèmes d'hier

Le rapport de la commission Lancet<sup>2</sup> cité en introduction (Frenk et al. 2010) explique pourquoi ces disparités sont apparues. Selon ce rapport, depuis le rapport Flexner concernant l'enseignement médical (1910), la formation des professionnels de la santé s'est développée en vertu de conditions cadres sociétales et/ou épidémiologiques et d'objectifs professionnels ou des hautes écoles, en scénarios typiques idéals, qui visent un ensemble déterminé de compétences.

2 [www.careum.ch/lancet-report](http://www.careum.ch/lancet-report)

## Déroulement des stratégies de formation, des réformes et des lieux de formation.

autour de 1900	à partir de 1970	2010 futur
<p><b>Scénario didactique</b> <b>Médecine universitaire</b></p> <p>Instauration de la médecine comme science (naturelle) à l'université et définition d'une good clinical practice à travers un savoir propédeutique en pré-clinique</p>	<p><b>Scénario didactique</b> <b>PBL – à partir des années 90 en CH</b></p> <p>Orientation vers un enseignement dirigé sur les problèmes, moins concentré sur les faits et les disciplines, mais sur le transfert du savoir de la théorie à la pratique – basé sur la recherche cognitive</p>	<p><b>Scénario didactique</b> <b>Système de prise en charge (Lancet)</b></p> <p>Orientation vers l'efficacité et le bénéfice qui donne priorité au besoin, au bénéfice et aux processus dans le système de prise en charge et développe les compétences nécessaires</p>
<p><b>Basé sur la science</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Transmission frontale du savoir à l'université et enseignement clinique par les médecins-chefs</li> <li>– Transmission du savoir à dominante de sciences naturelles</li> <li>– Cours magistraux, grands groupes</li> <li>– Savoir fondamental, exercices</li> <li>– Expertise en pathogénèse</li> <li>– Learning by doing en clinique «enseignement médical»</li> </ul>	<p><b>Basé sur les problèmes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Etudes de cas basées sur les problèmes (POL ou PBL)</li> <li>– Cas fréquents et critiques</li> <li>– Tutorats, petits groupes</li> <li>– Groupes de thèmes: systèmes fonctionnels, organes, pathologies</li> <li>– Enseignement au chevet des malades en clinique</li> <li>– Apprentissage des rôles</li> <li>– clinical / medical education</li> </ul>	<p><b>Basé sur le système</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Formation orientée vers les compétences (selon les besoins, pour les outcomes)</li> <li>– Travail personnel dirigé + petits groupes / tutorat</li> <li>– Skills labs et culture de feedback</li> <li>– Travail en équipe, environnement social, soft factors, Bedside teaching</li> <li>– Immersion dans des processus de prise en charge interprofessionnels</li> <li>– Leadership lors des mutations</li> </ul>

En complément du rapport Lancet, il importe de signaler que dans la médecine universitaire, outre le scénario Mainstream PBL actuel, une quatrième stratégie qui découle directement du postulat de Flexner, est entrain de gagner du terrain. Il s'agit de celle du médecin en tant que scientifique, qui, grâce à une recherche fondamentale et une recherche translationnelle remarquable, veut produire un bénéfice de santé basé sur la technologie (notamment Cooke, Irby & O'Brien 2010).

A plusieurs reprises, la commission Lancet a émis des critiques quant à la priorité donnée aux objectifs d'expertise et d'excellence professionnelles («avoir de plus en plus de connaissances concernant un domaine de plus en plus étroit»). Dans son analyse, elle cite toute une série d'autres lacunes: la hiérarchisation des professions et la spécialisation, la socialisation professionnelle qui enseigne des contacts épisodiques et des interventions techniques et instrumentales notamment dans la prise en charge hospitalière, la distance par rapport à la prise en charge de base, la préparation insuffisante au travail en équipe et surtout la dissimulation des relations entre le système de santé, l'économie et la politique. En conclusion: les anciens modèles de pensée persistent au lieu de former les professionnels de la santé du futur; les efforts louables destinés à combler ces lacunes ont pour la plupart d'entre eux échoué, aussi en raison du «tribalisme» des professions – c'est-à-dire de la tendance à vouloir agir seul voire même à se concurrencer mutuellement.

### Une mise en œuvre rapide de la troisième réforme de la formation

L'interprofessionnalisme revêt un caractère décisif déjà pendant la formation, «breaks down professional silos, enhances collaborative and non-hierarchical relationships in effective teams, promotes a new professionalism that develops a common set of values around social accountability» (Frenk et al. 2010). La nouvelle didactique de la troisième génération propagée par la commission Lancet englobe

- l'introduction de curriculums orientés vers les compétences,
- moins d'enseignement factuel, mais plus de travail personnel dirigé et de pratique,
- l'intensification de la recherche, de l'analyse et de la synthèse d'informations,
- un nouveau positionnement de l'expertise purement professionnelle par rapport aux compétences clé pour le travail en équipe interprofessionnelle et les processus intégrés,
- l'exploitation des possibilités de la technologie de l'information,
- l'abandon des limites institutionnelles actuelles de la formation au profit de formations interprofessionnelles.

L'un des nouveaux mots clés est l'apprentissage transformatif. Les étudiants doivent apprendre à mettre en application leur savoir, à développer leur faculté de jugement critique et à agir selon les critères éthiques; ils doivent ainsi être capables d'endosser, au sein de leur équipe et dans la société, un rôle de leader leur permettant de gérer les mutations et, en tant qu'acteurs informés qui œuvrent pour le changement, d'exiger et d'accroître les bénéfices pour la santé – par l'apprentissage transformatif, ils doivent devenir eux-mêmes des «transformateurs».

### Apprentissage transformatif, Niveaux du processus d'apprentissage

	Buts	Résultats
<b>Informatif</b>	Savoir et aptitudes	Expertise professionnelle, spécifique à la profession
<b>Formatif</b>	Socialisation, valeurs	Membres de la profession exerçant de façon responsable
<b>Transformatif</b>	Compétences de conduite	Acteurs informés, œuvrant pour le changement

## La gestion des ressources limitées: une compétence clé

Un regard vers l'horizon 2025 laisse prévoir que d'autres déterminants seront largement plus décisifs que la profession et le professionnalisme autodéfini. On peut mentionner notamment des facteurs qui entraînent des limitations et des pénuries importantes de cette ressource précieuse qu'est le personnel:

- le nombre élevé de professionnels qui quittent la profession, constaté dès la formation et pendant toutes les phases de la vie professionnelle, en raison de changements de styles de vie et de projets de vie.
- La vague de mise à la retraite qui s'intensifiera à partir de 2020 selon Obsan et qui provoquera une érosion du personnel disposant d'une expérience et d'une expertise élevées.
- les capacités de formation qui, selon les calculs, ne pourront couvrir que la moitié ou même qu'un tiers des besoins prévus (jusqu'à 2030 seulement 70 000 nouveaux professionnels de la santé au lieu des 120 000 à 190 000 nécessaires).
- d'ici 2017, la diminution du nombre des étudiants qui terminent leurs études (chaque année 2% de moins), dont les conséquences sur la formation, la prise en charge et le recrutement des cadres se feront sentir jusqu'en 2030.

Ces facteurs défavorables sont encore intensifiés par:

- la demande de main d'œuvre doublement élevée dans le secteur de la santé par rapport au secteur global des prestations.
- le transfert, initié par la politique de la santé, des points forts des traitements du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire et la prise en charge à long terme, ce qui réduit l'attractivité lors du choix de la profession.
- l'attractivité des professions de la santé généralement en berne par rapport à d'autres branches, ne serait-ce qu'en raison des conditions d'embauche rigides ou de l'impression souvent négative que les professionnels de la santé communiquent eux-mêmes sur leur profession.

Après des décennies de croissance illimitée, d'orientation vers l'excellence et de prise en charge de haute qualité, ces tendances exigent de la formation qu'elle s'oriente vers une nouvelle dynamique dirigée par la pénurie et l'utilisation efficace des ressources. Ainsi, non seulement les expertises spécialisées, mais aussi les organisations et la répartition du travail entre les différentes professions de la santé ainsi que la gestion des interfaces font l'objet d'une attention accrue. L'intérêt est porté en priorité à la collaboration entre des professionnels avec des compétences différentes et complémentaires permettant d'atteindre les objectifs diagnostiques, thérapeutiques, réhabilitatifs ou palliatifs. Ce qui pourrait être nouveau et

inhabituel, c'est que les professionnels diplômés constituent la minorité de l'ensemble du personnel du système de santé et surtout que la direction technique soit assurée par des personnes dont les missions sont, dans la réglementation actuelle, réservées à des professions.

## Une nouvelle politique de la formation des professionnels de la santé – mais pas la fin des professions

Dans l'idéal, la politique de la santé et la pratique de la politique de formation devraient délivrer un mandat clair pour qu'en 2025 le marché du travail dispose d'un nombre déterminant de professionnels de la santé. Toutefois, les deux systèmes ont des priorités différentes et leurs conceptions quant à la structure d'une formation interprofessionnelle divergent. Le dogme, selon lequel chacun doit renforcer sa propre identité professionnelle avant d'essayer de solutionner des problèmes communs est vivement critiqué, comme étant un «concept d'exercice du pouvoir», tel que l'expriment Christmas & Millward (2011, p.6): «the concept of medical professionalism is not a quality of individuals but a kind of rhetorical tactic to perpetuate power». Il existe toutefois à l'échelle mondiale de nombreux modèles et approches qui montrent comment les futurs professionnels de la santé peuvent acquérir les compétences dans leurs professions respectives dans le cadre d'une formation interprofessionnelle et les transférer dans l'exercice de leur profession (Sottas & Brügger 2012).

Face aux transferts attendus, une politique de formation – viable à long terme – des professionnels de la santé devra non seulement s'intéresser aux professionnels actuellement à la pointe de la pyramide de la prise en charge, mais aussi et surtout à ceux qui en forment la base. Elle devra viser l'interprofessionnalité avec des représentants de groupes très différents, par exemple des assistants, des personnes qui retournent à la vie active, des personnes exécutant des tâches domestiques, des immigrés des pays de l'est ou du sud, des proches et des patients extrêmement bien informés.

Ce faisant, le chemin vers une formation qui tienne compte des exigences de 2025 passe par de nombreuses approches pragmatiques aux conditions changeantes. Comme déjà après la parution du rapport Flexner il y a 100 ans, la nouvelle orientation de la stratégie de formation est un processus long et difficile. Careum veut apporter sa contribution et promouvoir le dialogue entre les législateurs du domaine de la formation et les instituts de formation. Toutefois: «Dialogue is not a miracle cure. In particular, given the amount of discussion about medical professionalism that has taken place over recent years, one must wonder why things have not already changed. A future dialogue must never lose sight of a critical question: What can we do differently this time to avoid the same outcome?» (Christmas & Millward 2011, p.4).

*Dr Beat Sottas, Bourguillon*



**Beat Sottas** est membre du Conseil de fondation et du Comité de direction de la Fondation Careum à Zurich, fondée en 1882. Careum est une cellule de réflexion indépendante et d'utilité publique qui, avec la maxime «imaginer le monde de la santé de demain», donne des impulsions à la formation au sein du système de la santé et au développement du système de la santé et encourage le dialogue entre les différents protagonistes.

## Referenzen

Christmas S. & Millward L. 2011. New medical professionalism. The Health Foundation, London.

Cooke M., Irby D.M. & O'Brien B.C. 2010. Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency. San Francisco: Jossey-Bass.

Frenk J., Chen L. et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 376: 1923-1958. Deutsche Übersetzung unter [www.careum.ch/lancet-report](http://www.careum.ch/lancet-report).

Sottas B. & Brügger S. 2012. Gesundheitsuniversitäten – Beispiele und Best Practices zum interprofessionellen Lernen. ZHAW, Winterthur (erscheint im Juni 2012).

# Commentaires

## Commentaire du Prof Dr Klaus W. Grätz, Zurich, Président du Collège des Doyens

Le Collège des Doyens salue la réflexion relative à la formation de tous les professionnels impliqués dans le système de santé, suggérée par le Dr Sottas dans l'article principal. En partant justement d'une vision du domaine de la santé fondée sur des systèmes, le dialogue – qu'il est nécessaire d'intensifier – entre les professions médicales universitaires et les professions de soins semble essentiel pour développer un futur système de santé qui tienne compte des souhaits – très différents – de la société et de l'individu.

Les propos de Sottas sont principalement basés sur la traduction allemande du rapport Lancet relatif à la formation des professionnels de la santé au 21<sup>e</sup> siècle (Frenk et al. 2010). Toutefois, pour le débat ultérieur, le Collège des Doyens considère qu'il est important d'y apporter quelques précisions. Concernant la formation des médecins, il convient de mentionner également les écrits de Cooke, Irby & O'Brien (2010) de même qu'une publication complémentaire (Irby 2011). Irby résume les principales recommandations pour une nouvelle réforme de la formation médicale comme suit:

- 1 standardize on learning outcomes while individualizing the learning process,
- 2 integrate formal knowledge with clinical experience,
- 3 imbue habits of inquiry and improvement to achieve lifelong learning and excellence, and
- 4 explicitly cultivate the formation of professional identity.

Dans ce sens, il semble également indispensable de nuancer certaines thèses et propos concernant la formation des différents professionnels de la santé (définis comme la catégorie de toutes les personnes travaillant dans le secteur de la santé et titulaires d'un diplôme universitaire). Malgré l'encouragement de l'échange interprofessionnel, toutes les hypothèses et futures recommandations ne peuvent pas être formulées de la même façon pour tous les professionnels de la santé. Les facultés de médecine suisses préconisent l'échange et l'ouverture pour toutes les questions de formation concernant les autres professions de soins et déconseillent une formation avec une réglementation trop restrictive. Au niveau de l'attractivité de la formation des professions médicales universitaires, on peut constater, surtout dans le domaine de la médecine humaine, une nette augmentation des candidatures ([www.crus.ch](http://www.crus.ch); inscription aux études de médecine).

Le déroulement des scénarios typiques idéaux esquissés dans le rapport Lancet semble très simplifié et généralisé et n'est donc pas applicable à toutes les professions médicales et à toutes les professions de soins. De plus, la présentation typique idéale implique des caractéristiques séparées et contraires des différentes phases de la réforme. Par exemple, dans la deuxième phase de la réforme, la formation basée sur les problèmes a évidemment aussi des bases scientifiques. Avec la Loi fédérale sur les professions médicales universitaires, les nouveaux examens fédéraux et le catalogue suisse des objectifs de formation, la formation a déjà fait l'objet de réformes basées sur des systèmes et sur des compétences, réformes ayant été évaluées dans le cadre d'accréditations (Schirlo & Heusser 2010). Dans ce contexte, on ne peut pas parler d'un «Mainstream-Scenario PBL» pour les cursus d'études en médecine humaine.

Quand Sottas parle du «médecin en tant que scientifique», il s'agit d'un des piliers essentiels au développement d'une prise en charge de haut niveau en Suisse. Tous les développements et progrès au niveau de la pathogénèse, du diagnostic, de la thérapie et de la prévention sont basés sur les données et sur la recherche et doivent le rester à l'avenir. Le Collège des Doyens est convaincu que le dialogue entre tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients doit être intensifié ; les exigences qui en résulteront seront importantes pour la future formation des professionnels de la santé. L'évolution démographique, les possibles limitations des ressources dans le système de la santé, l'étendue considérable du savoir biomédical et sa translation dans la prise en charge clinique: tous ces défis ne peuvent finalement être relevés avec succès qu'avec l'engagement commun de tous les acteurs.

## Commentaire de la Prof Dr Cornelia Oertle, Berne, Présidente de la Conférence spécialisée Santé de la Conférence des hautes écoles spécialisées

Le rapport Lancet (Frenk et al. 2010) fait partie d'une série d'articles et d'études sur les professionnels de la santé, parus en Suisse ces dernières années. Ces rapports se concentrent principalement sur le risque de pénurie de professionnels de la santé – notamment de soignants et de médecins de famille. Entre-temps, les discussions autour d'une nouvelle répartition des tâches entre les différentes professions médicales et les nouveaux modèles de prise en charge ne sont plus seulement menées à demi-mot et par des experts avisés, mais ont été intégrées dans les débats publics. L'attention du rapport Lancet est dirigée vers la formation des professions médicales et exige des réformes importantes pour répondre aux défis du 21<sup>e</sup> siècle.

Aussi précieuses que soient les suggestions formulées dans le rapport Lancet, il ne suffit pas de les transposer aux conditions suisses pour répondre aux exigences locales. Le rapport se base sur le système américain de formation des professions médicales et est empreint d'une conception américaine, même si des experts d'autres pays y ont collaboré.

Justement dans la formation des soignants, des modèles didactiques pionniers ont été développés en Suisse dès les années 90, qui s'éloignent de l'apprentissage par cœur et d'un catalogue des matières rigide, et s'orientent vers des concepts tels que les «compétences clés» et «l'orientation selon les objectifs». La culture de feedback et la réflexion sont, en Suisse, une réalité vécue depuis longtemps déjà dans la formation des professions de la santé. Le troisième niveau des nouveaux sets de compétence, devant être développé à partir de 2010 selon le rapport Lancet, avait déjà été envisagé au préalable dans les réformes de la formation en Suisse.

Les hautes écoles suisses se sont basées sur ces travaux préliminaires pour concevoir leurs curriculums en fonction des différentes professions médicales (nutrition et diététique; ergothérapie; sage-femme; soins infirmiers; physiothérapie; radiologie médicale en Suisse romande), pour les développer du point de vue didactique et les adapter aux nouvelles exigences. Beaucoup de hautes écoles proposent par exemple un entraînement à la communication animé par des comédiens professionnels. Le travail personnel, le travail en équipe et les centres de compétences sont devenus une évidence dans la formation médicale au sein des hautes écoles suisses; les exercices de simulation – avec des mannequins «accoucheurs» HighTech programmables – font également partie du programme. Ce faisant, de plus en plus de nouvelles compétences, comme le Clinical Assessment et le Clinical Reasoning, sont enseignées et l'entraînement à des situations interprofessionnelles est cultivé entre les différentes professions de la santé ou encore la collaboration entre les médecins et les sages-femmes dans les situations d'urgence en obstétrique. Ainsi les étudiants sont bien préparés aux défis du système de santé.

C'est pourquoi, le rapport Lancet doit être soumis à un examen critique, les programmes de formation du système de santé suisse soigneusement vérifiés et des concepts tenant compte des réalités européennes et suisses développés. Avec leurs curriculums innovants, les hautes écoles de la santé sont en bonne voie et ont déjà sonné l'avènement de la «troisième réforme de la formation».

## Referenzen

- Cooke M., Irby D.M. & O'Brien B.C. 2010. Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency. San Francisco: Jossey-Bass.
- Frenk J., Chen L. et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 376: 1923–1958. Deutsche Übersetzung unter [www.careum.ch/lancet-report](http://www.careum.ch/lancet-report).
- Irby D. 2011. Educating physicians for the future: Carnegie's calls for reform. Medical Teacher 33: 547–550.
- Schirlo C. & Heusser R. 2010. Quality assurance of medical education: a case study from Switzerland. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 27: Doc24.

### Robert-Bing-Preis 2012

En 2012, l'ASSM met au concours le prix Robert Bing pour de jeunes chercheurs en sciences neurologiques.

Le prix, provenant d'un legs du neurologue Robert Bing (1878–1956), est attribué, selon les dispositions testamentaires du donateur, à des «auteurs de travaux de premier ordre ayant fait progresser la connaissance, le traitement et la guérison des maladies du système nerveux» pour les encourager à poursuivre leurs recherches.

Conformément aux souhaits du donateur, les candidats au Prix Robert Bing sont en premier lieu des chercheurs et médecins suisses, jeunes (jusqu'à 45 ans). Ce prix, doté de CHF 50 000.–, est, en règle générale, décerné tous les deux ans. La date limite d'envoi est fixée au 31 juillet 2012. Vous trouvez de plus amples informations sous [www.samw.ch/fr/Recherche](http://www.samw.ch/fr/Recherche).

### Prix Théodore Ott 2012

En 2012, l'ASSM met au concours le prix Théodore Ott, décerné pour des travaux en sciences neurologiques.

Conformément aux dernières volontés de Théodore Ott (1909–1991), professeur de neurologie à Lausanne, des bourses d'encouragement et de recherche sont accordées à des chercheurs présentant des projets particulièrement remarquables dans le domaine de la recherche fondamentale en neurologie.

Ce prix, doté de CHF 50 000.–, est, en règle générale, décerné tous les deux ans. La date limite d'envoi est fixée au 31 juillet 2012. Vous trouvez de plus amples informations sous [www.samw.ch/fr/Recherche](http://www.samw.ch/fr/Recherche).

## COMMISSION CENTRALE D'ÉTHIQUE

### Révision de l'ensemble des directives médico-éthiques

En 2013, le nouveau droit de la protection de l'adulte entrera en vigueur. La nouvelle réglementation concerne aussi des aspects essentiels des directives médico-éthiques de l'ASSM (par exemple les directives anticipées, les représentants du patient pour les mesures médicales, le séjour en institutions de soins ou les placements à des fins d'assistance). La Commission Centrale d'Éthique a saisi cette occasion pour soumettre toutes ses directives médico-éthiques à une vérification globale et les adapter aux nouvelles dispositions. Elle vérifiera également si les directives reflètent toujours l'état actuel des connaissances et si elles tiennent compte des besoins et des réalités de la pratique. D'ici la séance du Sénat de fin novembre 2012, il devrait être établi quelles directives seront complètement révisées ou retirées et quelles directives révisées entreront en vigueur début 2013.

### Nouvelles recommandations pour le soutien éthique en médecine

Les institutions du système de santé proposent de plus en plus souvent des procédures structurées pour la discussion de problèmes éthiques. L'enquête qu'a menée l'Académie Suisse des Sciences Médicales auprès d'hôpitaux de soins aigus, de cliniques psychiatriques et d'institutions de soins et de réhabilitation en Suisse confirme cette tendance. Compte tenu de cette évolution, la Commission Centrale d'Éthique a élaboré des recommandations «Soutien éthique en médecine». Elles s'adressent aux personnes qui proposent un soutien éthique, mais aussi à des institutions du domaine stationnaire ou ambulatoire qui souhaitent instaurer ou développer une telle structure. D'une part, les recommandations soulignent la diversité des structures et méthodes de soutien éthique et, d'autre part, elles abordent des questions fondamentales concernant les éléments clés du travail: à quel moment le recours au soutien éthique est-il pertinent? Quelles attitudes fondamentales, connaissances et compétences



### Symposium «Recherche sur les services de santé en Suisse», le 1<sup>er</sup> novembre 2012 à Berne

Au début de cette année, l'ASSM et la Fondation Bangerter ont lancé le nouveau programme de soutien «Recherche sur les services de santé».

La recherche sur les services de santé examine comment un accès optimal à une prise en charge médicale adéquate peut être garanti, comment cette prise en charge peut être structurée efficacement et finalement quels sont ses effets sur les patients. La recherche sur les services de santé jette ainsi des ponts entre les résultats de la recherche clinique et la pratique quotidienne et vise à minimiser les «evidence-performance-gaps» en tenant compte des aspects économiques.

Dans le cadre du nouveau programme de soutien, le premier symposium public sur la recherche sur les services de santé se déroulera le 1<sup>er</sup> novembre 2012; il sera organisé par l'ASSM et le Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer (SAKK) et aura pour thème la «Recherche sur les services de santé en Suisse. L'exemple de l'oncologie».

Le but de cette manifestation est de familiariser les personnes intéressées de toutes les disciplines et professions avec la recherche sur les services de santé. Pour ce faire, au cours de la matinée, les aspects fondamentaux seront présentés et expliqués à l'aide d'exemples tirés de différents domaines de la prise en charge. L'après-midi sera plus précisément consacré à l'oncologie, un domaine qui soulève des questions particulièrement intéressantes dans le contexte d'une prise en charge adéquate et efficace.

les personnes concernées doivent-elles apporter? Quels aspects doivent être considérés dans la prise de décisions individuelles, dans l'élaboration de recommandations éthiques générales ou dans la formation prégraduée, postgraduée et continue? Les recommandations contiennent des indications relatives à l'instauration d'une consultation éthique: quelles conditions structurelles doivent être remplies? Comment l'indépendance peut-elle être garantie? Quelle devrait être la composition d'un organe de conseil? Et quels sont les éléments susceptibles d'améliorer sa visibilité? Les recommandations donnent également des indications pratiques sous forme de checkliste, dont le but est d'apporter une aide dans le choix de la structure adéquate et dans l'organisation des processus de conseil. Dans l'annexe, différentes méthodes de soutien éthique sont brièvement présentées. Pendant la période de consultation, les recommandations ont été accueillies très favorablement par les experts. Le Sénat les a approuvées définitivement lors de sa séance du mois de mai.

### Système de santé durable

En 2011, les Académies suisses des sciences ont lancé le projet «Système de santé durable». Son but est d'esquisser des pistes viables à long terme pour le développement futur du système de santé suisse, qui mobilise actuellement d'énormes ressources financières et personnelles.

L'étude qui fait l'objet du premier projet partiel a pour but d'établir, dans le sens d'un état des lieux, une base pour les discussions futures. L'Institut de médecine pharmaceutique de l'université de Bâle et son partenaire de l'université de Zurich ainsi que les instituts de médecine sociale et préventive et d'éthique biomédicale ont été chargés de l'élaboration de cette étude par les Académies. Leur rapport est disponible depuis peu; il peut également être consulté sur le site des Académies ([www.academies-suisse.ch](http://www.academies-suisse.ch)).

Ce rapport décrit les nombreuses méthodes de définition et d'évaluation de l'utilité des prestations médicales et leur application dans différents pays avec leurs avantages et inconvénients. Il contient en outre une évaluation sommaire de la signification possible de ces méthodes pour la Suisse. Les auteurs concluent que, compte tenu de l'évolution des coûts de l'assurance maladie obligatoire, il serait judicieux d'exploiter les potentiels d'une évaluation des prestations médicales qui soit conforme à l'époque et dont la base est solide. Ils plaident aussi pour l'introduction rapide d'un Health-Technology-Assessment (HTA) efficace avec des bases méthodologiques solides. Un HTA évalue les prestations médicales sur la base de leur utilité et de leur rapport coûts-utilité tout en tenant compte de critères éthiques, sociaux et juridiques. Il doit respecter l'échelle des valeurs de la population suisse ainsi que les préférences des assurés et garantir à tous un accès équitable aux prestations médicales.

Swiss Medical Board est une institution qui a déjà publié quelques analyses et propositions tenant compte de ces approches et qui ont retenu l'attention.

### Les sciences humaines en médecine en Suisse

La médecine est en pleine mutation. Les récents développements technologiques et pharmacologiques, les mutations profondes au sein du système de santé suisse, les nouveaux profils des professions de la santé en sont les témoins. Depuis longtemps déjà, les Académies suisses des sciences observent et suivent ces développements et ont défini la «mutation au sein du système de santé» comme une de leurs priorités. C'est dans ce contexte qu'elles ont amorcé le projet «Medical Humanities», consacré à l'enseignement d'aspects des sciences humaines et sociales dans la formation médicale.

La notion de «Medical Humanities» a été introduite aux Etats-Unis dans les années 50, lorsque, dans quelques universités isolées, la formation médicale de base a été complétée par des cours en sciences humaines et sociales. Les patients parlent de leurs préoccupations et les médecins transcrivent les histoires de leurs patients: ces derniers doivent donc être capables de rédiger et d'interpréter leurs récits. Il s'agit là d'une des nombreuses compétences qu'ils peuvent développer au contact d'experts en sciences humaines. A ce jour, les «Medical Humanities» constituent un domaine encore peu institutionnalisé qui se définit avant tout par l'enseignement et à peine par la recherche. Mais les disciplines qu'englobent les «Medical Humanities» ne sont toujours pas clairement définies. L'anthropologie médicale et la psychologie en font certainement partie, mais qu'en est-il de l'éthique, des sciences juridiques ou de l'art-thérapie?

Dans le projet «Medical Humanities» des Académies, il convient, dans un premier temps, de rassembler dans des colloques et ateliers les scientifiques intéressés des domaines de la médecine et des sciences humaines. Par la suite, la situation de la recherche en Medical Humanities sera examinée et valorisée sous l'angle de la pratique médicale. Sur la base de ces travaux préliminaires, un dialogue à long terme entre les experts en sciences culturelles et sociales et les médecins devrait être amorcé. Trois ateliers sur le thème global de «l'intimité et intrusion», mettant en évidence les possibilités d'un discours interdisciplinaire, se sont déroulés dans le cadre de congrès annuels de sociétés de disciplines médicales. Quatre exemples de la pratique ont illustré l'atelier en psychiatrie; chacun d'entre eux a aussi été considéré sous l'angle des sciences sociales ou juridiques. Quelle attitude adopter avec une patiente qui, pendant plusieurs jours, ne prend pas de douche? Comment le thérapeute peut-il éviter que ses questions n'aggravent l'état d'un patient déjà sévèrement traumatisé? Si, dans cet atelier, la distribution claire des rôles a permis de rester concentré sur le thème cen-

tral du colloque, elle a aussi accentué les différences structurelles et culturelles existantes: les intervenants des sciences médicales ont surtout été considérés comme des praticiens, ceux des sciences humaines et sociales comme des observateurs et des interprètes des cas pratiques dans des contextes élargis.

Le deuxième atelier «Intimité et intrusion aux soins intensifs» abordait l'une des conséquences de la technicisation de la médecine: les patients sont souvent limités dans leurs capacités de communication et d'action, alors qu'en même temps leur corps «nu» est scrupuleusement observé. Le troisième atelier «Consultation et sexualité au-delà du viagra et de la pudeur» donnait la priorité à l'entraînement aux perspectives. La sexualité est souvent assimilée à ce qu'il y a de «plus intime» et concerne de ce fait un espace caractérisé par la peur du contact à différents niveaux, également dans la pratique clinique quotidienne. Les trois ateliers ont montré que le cadre de référence scientifique ne suffit pas à la plupart des médecins et soignants pour interpréter et traiter les souffrances de leurs patients. Des facteurs sociaux et culturels interviennent aussi dans leur compréhension de la santé et de la maladie. Sibylle Obrecht, experte en sciences des cultures, a accompagné ces ateliers et rédigé un rapport à ce sujet.

Avec leur projet «Medical Humanities», les Académies Suisses des Sciences espèrent approfondir les échanges et amorcer le dialogue entre médecins et spécialistes en sciences sociales et humaines.

### Prix Média 2012

Avec le «Prix Média», les Académies suisses des sciences honorent des travaux journalistiques d'une qualité exceptionnelle, qui s'adressent à un large public et qui ont été publiés dans un média suisse paraissant régulièrement. Le Prix Média est attribué à des collaborateurs du domaine des médias et à des scientifiques qui traitent un thème scientifique avec compétence en le mettant à la portée du grand public. Les articles parus entre le 1<sup>er</sup> septembre 2011 et le 15 juin 2012 peuvent concourir. La date limite d'envoi est fixée au 15 juin 2012.

Informations complémentaires sous [www.akademien-schweiz.ch/fr/index/Aktuell/Ausschreibungen](http://www.akademien-schweiz.ch/fr/index/Aktuell/Ausschreibungen).

Les programmes des manifestations suivantes peuvent être consultés sous [www.samw.ch/fr/agenda](http://www.samw.ch/fr/agenda).

**La médecine personnalisée dans la recherche clinique**

Symposium, 14 juin 2012, Zurich

Le troisième symposium de la Swiss Clinical Trial Organisation se déroulera à l'hôpital universitaire de Zurich. D'éminents experts suisses et étrangers donneront un aperçu des nouveaux développements de ce domaine de recherche actuellement très dynamique.

Le symposium est devenu une manifestation pluridisciplinaire importante pour toutes les personnes engagées dans la recherche clinique en Suisse, tant pour les experts des mondes académique et industriel que pour les représentants des autorités sanitaires et des organisations de patients.

**La médecine pour tous? Exigences éthiques liées à l'évaluation des coûts et de l'utilité en médecine**

Symposium, 5 juillet 2012, Berne

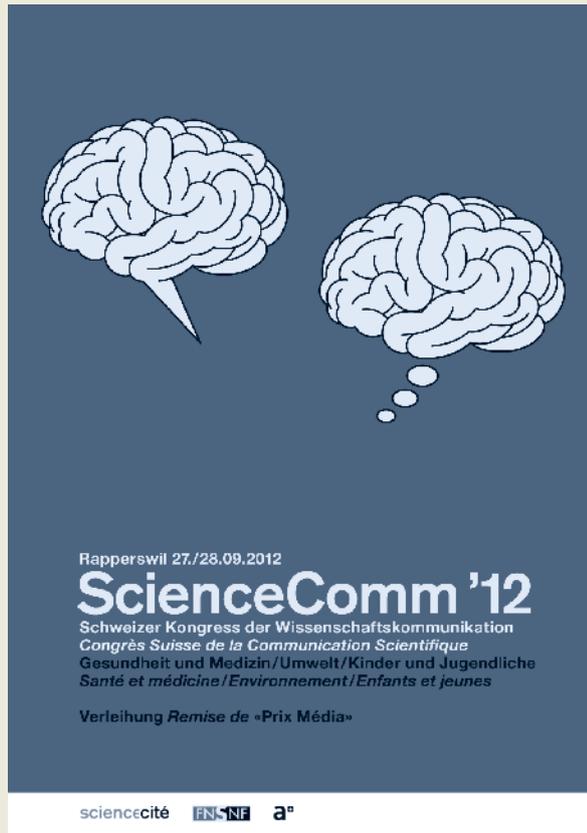
Sur la base d'exemples pratiques, ce symposium interdisciplinaire sera consacré à la discussion des méthodes et des critères appliqués à l'évaluation coûts-utilité en médecine. Quelles sont les possibilités et les limites de l'évaluation de la qualité de vie comme critère essentiel dans ce domaine? Quels autres critères sont à prendre en compte? Quelles expériences ont été acquises jusqu'à présent et quel bilan peut être dressé? Quelles sont, dans des perspectives éthiques, juridiques, économiques et politiques, les exigences concrètes vis-à-vis de telles procédures d'évaluation?

**La société et la maladie: la médicalisation à la croisée du droit et de la médecine**

9e journées fribourgeoises de droit social, 6 et 7 septembre 2012, Fribourg

La dernière crise des retraites dans l'assurance invalidité a été provoquée en grande partie par la médicalisation de problèmes non médicaux et seulement en marge par des abus et des fraudes. Mais que comprend-on par médicalisation? A quel point est-elle généralisée? Quels sont ses moteurs? Quelle est, à cet égard, la responsabilité du droit et de la médecine, mais aussi d'autres facteurs?

Des experts en sociologie, droit, médecine, économie et autres domaines examineront la problématique d'un point de vue théorique et pratique. Egalement des moyens et des pistes pour mieux maîtriser ce phénomène seront esquissés.



**ScienceComm '12**

Congrès, 27 et 28 septembre 2012, Rapperswil

Le congrès ScienceComm réunit les acteurs de la communication scientifique de Suisse. Il s'adresse aux experts en communication, aux représentants d'entreprises et aux acteurs politiques de la formation ainsi qu'aux chercheurs. Pendant deux jours, vous pourrez assister à des présentations, des ateliers et des événements au format spécial tels qu'un «Science Biergarten» et une place du marché.

Le congrès est organisé par la fondation Science et Cité et soutenu conjointement par le Fonds national suisse, les Académies suisses des sciences et la fondation Science et Cité.



**SAMW**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

**ASSM**

Accadémie 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