

3 | 10

Sincérité et modération pour une meilleure politique de la santé 1

Editorial 2

Nouveau membre du Comité de direction: Prof. Anne-Françoise Allaz 5

Certifications dans le contexte médical: Élaboration de recommandations 5

LRH: Attentes des institutions de la recherche 5

Début des activités de la commission d'accompagnement «Qualité» 5

Soutiens du Fonds Käthe-Zingg-Schwichtenberg 6

Bourses MD-PhD 6

Fondation Bourses Politique et Science: deux bourses pour 2011 6



Le paysage de la santé est en pleine mutation.

## Sincérité et modération pour une meilleure politique de la santé

Les comparaisons effectuées avec d'autres pays de l'OCDE montrent que l'état de santé de la population suisse est bon. Celle-ci a accès, dans son ensemble, à un large éventail de services médicaux dont les patientes et patients sont en majorité satisfaits. En comparaison internationale, la Suisse paie cependant un coût inutilement élevé pour ces bons résultats. Quelles sont les raisons de cette situation? Vraisemblablement, le nombre des intervenants, d'une part, et la séparation peu claire des tâches entre la Confédération et les cantons, d'autre part. Outre ces problèmes internes, nous sommes confrontés aux premiers signes des changements en profondeur qui touchent le milieu de la santé dans le monde entier. Le Professeur Thomas Zeltner, ancien directeur de l'Office fédéral de la santé publique, esquisse dans l'article suivant les mesures pertinentes qui permettraient de réagir face à la complexité et au manque de transparence croissants. Et précise: nul ne peut prétendre détenir la vérité. Ce qui compte, c'est de faire preuve d'une grande modération et d'être prêt à reconnaître les situations où les intérêts personnels viennent compliquer une collaboration libre de préjugés, dans la recherche de solutions.

### Vol Swiss LX 22

La question posée par le président de la Confédération, Pascal Couchepin, au cours du vol LX 22 Zurich-New York du 21 septembre 2003 me prit plutôt à l'improviste. Couchepin – qui avait repris début 2003 le Département fédéral de l'intérieur (DFI) – me révéla qu'il envisageait de déplacer le secteur de l'assurance-maladie et accidents, pour le faire passer de l'Office fédéral des assurances sociales à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) que je dirigeai depuis 1991. L'idée était de laisser entendre que le bénéfice du patient – et moins la sécu-

rité sociale – se trouvait placé au centre de la politique de la santé. Étais-je prêt à relever ce défi? Il combina sa question avec deux promesses: que je n'aurai plus un moment à moi et que les attaques et discussions seraient la règle plutôt que l'exception, une fois cette mission acceptée. Il fit également le pronostic que je n'aurai pas de regrets, malgré ces prévisions peu réjouissantes. Comme il avait raison! Le déplacement du secteur eut lieu le 1er janvier 2004. Depuis lors, l'OFSP représente au niveau fédéral le centre de compétences pour la santé.



Prof. Peter M. Suter,  
Président

## A propos de la politique de la santé: une perspective de l'ASSM

Dans l'article principal de ce numéro, Thomas Zeltner s'exprime sur quelques aspects essentiels de la politique de la santé, tel qu'il les a vécus et en grande partie construits en tant que directeur de l'Office fédéral de la santé publique. Je saisis cette occasion pour exposer dans cet éditorial mon propre point de vue concernant quelques sujets d'actualité en politique de la santé.

Même si notre système de la santé est souvent – et à juste titre – cité parmi les meilleurs du monde, il est urgent de procéder à certains ajustements pour que les générations futures puissent continuer à bénéficier de ses acquis. Je pense que les difficultés liées au manque de personnel dans les professions médicales, plus que les limites (du supportable) financières, exigeront tôt ou tard un changement de mentalité.

Le premier thème à aborder concerne certainement les **nouveaux modèles de soins**, comme par exemple le «managed care». Les expériences réalisées en Suisse et dans d'autres pays laissent espérer, non seulement une gestion des coûts plus efficace, mais également une meilleure prise en charge des patients. Il est possible que ce modèle empiète sur les platebandes du modèle du «libre choix du médecin», souvent plus valorisé – ou peut-être pas: Celui qui attache autant d'importance au libre choix du médecin ne s'offusquera sûrement pas s'il coûte un peu plus cher. Toutefois, l'idée directrice d'un bon modèle de soins ne doit pas être axée en priorité sur la liberté individuelle du consommateur, mais bien plus sur la garantie pour chaque citoyen d'avoir accès à une prise en charge médicale de bonne qualité – ceci également en terme d'économicité.

L'un des problèmes majeurs réside dans le fait que ces modèles ne sont ni assez connus, ni considérés comme attractifs par la population (gfs Bern, Moniteur de la santé 2010). Il serait souhaitable que les politiciens et les fournisseurs de prestations agissent dans ce sens avec des mesures d'information, mais aussi des incitations financières destinées à encou-

rager les soins de bonne qualité et les alternatives économiques attractives. Ainsi, l'acceptation et le prestige de la médecine de premier recours peuvent être renforcés. Si, en plus, de nouveaux modèles pouvaient offrir des conditions de travail intéressantes et flexibles pour la nouvelle génération de praticiennes et praticiens, la relève tant nécessaire serait, par là même, encouragée – plus rapidement et plus sûrement qu'avec une révision de la Constitution fédérale. Cependant, une collaboration constructive entre tous les acteurs du système de la santé – avec cette nouvelle modération proposée par Thomas Zeltner – sera essentielle.

Comme deuxième thème, quelques mots sur la **sécurité des patients**; il s'agit de protéger les patients des incidents et erreurs et de gérer ceux-ci au mieux. Depuis quelques années, on constate de grands progrès dans ce domaine, notamment grâce aux activités de la «Fondation pour la sécurité des patients», mais également grâce à celles de nombreux hôpitaux et autres fournisseurs de prestations. Une sensibilisation ciblée et une meilleure formation y ont largement contribué, surtout en ce qui concerne les conséquences des erreurs de traitement. La conviction que les erreurs permettent d'apprendre, donne aux malades tout comme aux soignants le sentiment d'une médecine devenue plus sûre. Il reste toutefois un défi majeur dans ce domaine: Les bases financières doivent être consolidées à long terme afin de maintenir ces progrès réjouissants.

Troisièmement, il convient de mentionner les **limites de plus en plus évidentes de notre système de santé fédéraliste**. Même si des efforts sont accomplis dans le sens d'une gestion plus centralisée ou, du moins, une coordination plus étroite entre cantons, les progrès effectifs sont encore peu spectaculaires. Dès lors, il semble urgent que le bien-être des patients, la solidarité et l'accès pour tous à une médecine de qualité priment la défense des intérêts particuliers et du prestige. De nouvelles approches comme la coordination et la concentration de prestations médicales complexes (cf. la «Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée») ou l'évaluation régulière des méthodes de traitement onéreuses (par ex. Medical Board; Health Technology Assessment, HTA) devraient être appliquées plus largement. Ainsi, non seulement la médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine) serait encouragée, mais en

plus des économies marquées pourraient être réalisées grâce à des mesures de rationalisation. Les adversaires de ces approches craignent qu'elles compromettent le potentiel de développement en obligeant à renoncer à des progrès réalisables dans les traitements médicaux et en limitant la liberté de traitement. Des exemples dans d'autres pays montrent que ces peurs ne sont pas fondées dans la mesure où les objectifs prioritaires sont conformes à une médecine basée sur les preuves et la qualité et sur les critères EAE (efficacité, adéquation et economicité). Mais les principaux obstacles à une évolution positive dans ces domaines restent les intérêts individuels des nombreux acteurs, non seulement du côté de l'industrie, mais aussi du côté des médecins spécialistes, des hôpitaux et des cantons.

Et quatrièmement, un débat sur un **rationnement contrôlé** dans notre système de santé est nécessaire – avant tout face au manque croissant de professionnels qualifiés. Non seulement les limites entre rationalisation et rationnement ne sont pas toujours très claires, mais en plus elle ne se situent pas au même endroit pour tous; et c'est justement pour cette raison que ce sujet doit continuer à nous préoccuper. Dès à présent, nous assistons à un rationnement masqué dans notre pays, notamment dans les domaines où les prestations de base sont limitées par l'impossibilité d'assurer des soins suffisants. Mais il semble que dans cette problématique des améliorations soient perceptibles, grâce notamment à une augmentation des capacités de formation pour soignants et médecins. Il reste néanmoins beaucoup à faire et des nouvelles idées pour un soutien ciblé des domaines les plus touchés par le manque de personnel sont bienvenues. Et pourquoi pas une discrimination positive au moyen de conditions de travail plus attractives, avec une motivation précoce déjà en âge scolaire et puis plus tard pendant la formation professionnelle? De telles mesures pourraient permettre à notre système de santé admiré dans le monde entier de ne pas seulement survivre, mais de continuer à se développer durablement.

## **Le système de santé suisse: un moribond ou le meilleur au monde?**

À l'OFSP, nous avons profité du regroupement pour effectuer un bilan. Pour cela, nous avons demandé à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'établir un rapport sur les points forts et les points faibles de notre système de santé. De toute évidence, les différences étaient considérables entre les communiqués officiels («le meilleur système au monde») et le diagnostic de bien des observateurs («un système atteint d'une maladie incurable»). Le rapport publié en 2006 constatait que la Suisse faisait bonne figure sur le plan international, en ce qui concerne les trois principaux objectifs (amélioration de l'état sanitaire de la population; protection face aux risques financiers de la maladie; satisfaction de la population vis-à-vis du système), mais qu'elle payait pour cela un prix inutilement élevé.

Les potentiels d'amélioration repérés par les experts étaient les suivants: développement de la promotion de la santé et de la prévention, élimination des fausses incitations du système (rémunération à la prestation en médecine ambulatoire, forfaits hospitaliers journaliers, chasse aux bons risques dans l'assurance-maladie sociale), instauration d'une transparence globale accrue en ce qui concerne les prix, les prestations et les résultats. En outre, le système a été qualifié de difficile à gérer en raison de la séparation floue des tâches entre la Confédération et les cantons: pas de pilote dans le cockpit et trop de responsables partiels.

## **Pouvoir coercitif, pouvoir doux, pouvoir intelligent**

L'analyse des experts OCDE/OMS qui concordait largement avec notre impression est venue renforcer notre certitude d'œuvrer aux vraies priorités. Pour le DFI et l'OFSP, les possibilités directes d'influer sur les réformes du système de santé sont cependant limitées et concernent des domaines qu'on appelle le «pouvoir doux», c'est-à-dire la capacité de convaincre d'autres de vouloir ce qu'on estime soi-même être juste. La politique de la santé consiste donc dans un premier temps à choisir les sujets et à émettre des suggestions, à se montrer persuasif et à créer des alliances, à négocier des compromis et, si possible, à déclencher et – occasionnellement – provoquer l'enthousiasme. Nous avons fait tout cela.

Lorsque le pouvoir décisionnel se trouvait du côté du DFI ou du Conseil fédéral («pouvoir coercitif»), nous y avons fait appel – provoquant le plus souvent le mécontentement de l'un ou de l'autre groupe d'intérêts ou de la majorité de la population, comme dans le cas de la médecine complémentaire.

Mais dans l'ensemble, d'importants progrès ont pu être accomplis grâce à un mélange «intelligent» de coercition et de douceur:

- Le projet d'une Loi sur la prévention relève de la compétence du Parlement.
- Certaines fausses incitations appartiendront bientôt au passé: forfaits journaliers hospitaliers, sélection systématique des risques par les assurances-maladie.
- En dépit de toutes les prévisions alarmistes, l'augmentation des coûts du système de santé en Suisse a pu être maintenue au cours de la dernière décennie en dessous de la moyenne de l'OCDE.

D'autres réformes sont toujours en attente. La transparence nécessaire fait encore défaut; la qualité des résultats (Outcome) est inconnue en de nombreux endroits et le pilotage du système s'est à peine amélioré, même si les cantons – qui assureront la planification hospitalière supracantonale – se sont engagés entre-temps pour coordonner la médecine de pointe.

## **La révolution passée inaperçue**

Mais tout occupé qu'il était avec des soucis internes, le public plus large a difficilement réalisé que le paysage de la santé du nouveau millénaire commençait à se modifier de manière fondamentale.

La santé est devenue, ces dernières années, le deuxième secteur économique au monde de par sa taille, avec un chiffre d'affaires annuel estimé à 4 300 milliards de \$, dont 60% pour les États-Unis. En Suisse, un salarié sur neuf travaille aujourd'hui dans cette branche qui compte plusieurs milliers de nouveaux postes de travail chaque année. La lutte pour les parts de marché – qui se présente en Suisse particulièrement entre les hôpitaux – a également pris de l'ampleur, tout comme le nombre des représentants d'intérêts. À titre d'exemple, huit lobbyistes de la santé par député du Congrès défendent aujourd'hui leurs intérêts à Washington.

Il est désormais impossible d'organiser la santé de manière nationale. Tous les états, y compris la Suisse, sont devenus de plus en plus dépendants les uns des autres. Le système suisse de la santé s'effondrerait sans l'immigration d'environ un quart des professionnels de la santé, sans l'importation de plus de deux tiers des médicaments ou de la majeure partie des vaccins.

Le savoir relatif à la santé a atteint une complexité qui le rend impossible à appréhender. On dispose aujourd'hui de plus de 6 000 médicaments et de 4 000 interventions pour faire face à plus de 13 500 diagnostics. Les conséquences sont d'une part l'obligation de la spécialisation et d'autre part la nécessité d'une coopération coordonnée. C'est pourquoi les processus bien accordés ont pris le pas sur les innovations individuelles. Mais la complexité grandissante est également venue accroître les risques d'erreur du système, donnant ainsi de l'importance à la sécurité du patient.

De nombreuses menaces pour la santé (maladies infectieuses, tabagisme, drogues illégales) représentent des phénomènes d'ampleur globale: la lutte exige une coopération bien organisée sur le plan mondial ainsi que de nouveaux règlements internationaux. Et cela d'autant plus que bon nombre d'entre elles ne sont plus seulement considérées comme des problèmes liés à la santé, mais de plus en plus comme des risques pour l'économie mondiale et la sécurité. Depuis 10 ans, la santé est également devenue un sujet important pour la politique extérieure. Le nombre d'intervenants s'est multiplié, tandis que la vue d'ensemble et le leadership des thèmes se font de plus en plus complexes.

## La nouvelle modération

Le manque de transparence et la complexité croissante exigent de nouvelles formes de contrôle, de collaboration et de répartition des responsabilités. Actuellement, la discussion est particulièrement intense aux deux pôles du système, c'est-à-dire à grande échelle (sur le plan mondial) et à petite échelle (au niveau local).

Sur le plan international, il est question d'un renforcement de l'OMS (en particulier dans sa fonction normative), de nouvelles formes de collaboration entre l'OMS, la société civile et l'économie ainsi que de coopérations neuves entre les états (par ex. avec les pays du Sud ou les puissances économiques émergentes).

Au niveau local – et pas seulement en Suisse –, le débat porte sur la répartition des tâches entre le patient, sa famille et les professions médicales; de nouvelles formes de collaboration sont testées, des formes neuves de contrôle et d'assurance sont propagées.

Résultat: beaucoup de choses sont en cours, rien n'est garanti et l'inquiétude est à l'avenant, chez les spécialistes de la santé et dans la population.

Quatre mesures sont particulièrement pertinentes, maintenant et dans les cinq années à venir:

- 1) La réalisation d'essais pilotes participatifs de durée et de portée limitées, dans le but de tester de nouveaux modèles de soins qui pourront être multipliés et généralisés après évaluation.
- 2) Un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité du patient. Au moment de recourir à l'aide médicale, les patients et leurs familles doivent avoir la certitude de n'être exposés à aucun risque évitable. Le personnel médical doit par ailleurs pouvoir travailler dans un environnement sûr.
- 3) Un renforcement de la gestion des crises à tous les niveaux. De par la complexité et la mondialisation, le système de santé connaîtra davantage de situations de crise qu'il s'agira de maîtriser de la manière la plus professionnelle possible.
- 4) Les travaux concernant un consensus national sur l'avenir du système de santé. Un style consultatif et qui ignore les limites des partis doit permettre de réussir à élaborer une vision d'avenir, assumée en commun et offrant à la population l'assurance de trouver un système de santé encore opérationnel dans 20 ans.

Ces mesures sont nécessaires pour pouvoir aborder – avec moins de peurs et de résistances – les deux sujets évidents:

- le contrôle des coûts, dont la croissance ne dépassera pas l'inflation globale de plus de 2,5%;
- l'amélioration de la gestion du système de santé grâce à des compétences fédérales accrues.

Face à la complexité de ces missions, nul ne peut prétendre détenir la vérité ou être infaillible. Ce qui compte donc, c'est de faire preuve d'une grande modération et d'être disposé à pouvoir commettre des erreurs et à reconnaître les situations où les intérêts personnels viennent compliquer une collaboration libre de préjugés, dans la recherche de solutions. En outre, celui qui s'inquiète pour son emploi ou sa réélection devrait être dispensé d'une collaboration, en fonction de l'issue des travaux.

## Vol Swiss LX 53

Nous sommes le 26 juin 2010 et je me trouve à bord du vol LX 53 Boston-Zurich. J'ai cédé la direction de l'OFSP le 31 décembre 2009; depuis lors, je fais la navette entre Berne et Boston où je me suis remis à apprendre et à enseigner à l'Université Harvard. C'est avec plaisir et non sans une certaine surprise que j'ai appris ces derniers mois la bonne réputation du système de santé suisse aux États-Unis et que celui-ci était même pressenti comme modèle pour les réformes américaines. Avec un sourire, je me souviens du vol LX 22 du 21 septembre 2003 et de toutes les discussions qui ont eu lieu depuis. Je les compare aux débats américains actuels qui tournent surtout autour de la question de la solidarité qu'un malade peut escompter de la communauté. En Suisse, nous avons trouvé la réponse en 1996, aujourd'hui encore correcte. Mais avons-nous également trouvé une bonne réponse à la question de savoir quels signes d'affection le malade rencontrait au sein de l'activité médicale suisse? Et quelle importance accordons-nous à cette question?

C'est plus par hasard que par calcul, que je prends en main le texte du discours tenu par Atul Gawande deux semaines auparavant, lors de la remise des diplômes des médecins à l'Université de Stanford. Il se termine comme suit: «You are joining a special profession. Doctors and scientists, we are all in the survival business, but we are also in the mortality business. Our successes will always be restricted by the limits of knowledge and human capability, by the inevitability of suffering and death. Meaning comes from each of us finding ways to help people and communities make the most of what is known and cope with what is not. This will take science. It will take art. It will take innovation. It will take ambition. And it will take humility. But the fantastic thing is: This is what you get to do.»

Je ferme les yeux en me disant: comme il a raison.

*Prof. Thomas Zeltner, Berne*



**Thomas Zeltner**, membre individuel de l'ASSM, était directeur de l'Office fédéral de la santé publique de 1991 à 2009. Il s'engage actuellement pour la Advanced Leadership Initiative de l'Université Harvard à Boston.



**Prof. Anne-Françoise Allaz, nouveau membre du Comité de direction**

Lors de la dernière séance du Sénat, le 25 mai 2010, Prof. Anne-Françoise Allaz de Genève a été élue nouveau membre du Comité de direction. Anne-Françoise Allaz est originaire

de Genève et y a fait ses études de médecine. Elle a ensuite obtenu le titre de spécialiste en médecine interne ainsi qu'une attestation de formation en médecine psychosomatique et psychosociale et a été habilitée en 1998. Elle dirige le service de réhabilitation de la médecine interne de l'Hôpital Universitaire de Genève et s'intéresse en particulier aux aspects psychosociaux de la médecine ainsi qu'à la douleur chronique.

Depuis 2009, Anne-Françoise Allaz est membre individuel de l'ASSM. Elle a également participé aux travaux de plusieurs groupes de travail ou sous-commissions de l'ASSM et connaît donc parfaitement les activités et attentes de l'ASSM.

**Certifications dans le contexte médical: Élaboration de recommandations**

Ces dernières années, les offres en matière de certifications et de labels de qualité sont en constante augmentation, ce qui plonge les prestataires ainsi que les patientes et patients dans la confusion et un certain embarras. De toutes parts sont exigées des preuves de qualité, d'où l'apparition d'une profusion de certificats émanant d'horizons et de spécialités médicales les plus divers. Dans ces conditions, l'objectif-même des certificats, à savoir la transparence (du marché) et la compensation des asymétries d'information existantes, pourrait être compromis.

La FMH a donc chargé l'ASSM d'esquisser des solutions possibles à ce problème et d'y apporter la transparence nécessaire. La mission de l'ASSM est de définir des critères pertinents pour l'élaboration des certificats ainsi que d'édicter des recommandations pour le choix des meilleurs prestataires. Le Comité de direction de l'ASSM a soutenu cette suggestion et instauré un groupe de travail «Certification des traitements médicaux», dirigé par le Prof. Dieter Conen d'Aarau. Un projet de recommandations devrait être mis en consultation fin 2010.

**Loi fédérale «Recherche sur l'être humain»: Attentes des institutions de la recherche**

L'ASSM, le Fonds National Suisse (FNS), les facultés de médecine, la Swiss Clinical Trial Organisation et le Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer (SAKK) se sont penchés sur le projet de la nouvelle loi relative à la recherche sur l'être humain. Après l'acceptation de l'article constitutionnel relatif à la recherche sur l'être humain (à une large majorité) lors de la votation du 7 mars 2010, le débat parlementaire concernant le projet de loi peut à présent être amorcé.

Les institutions de la recherche saluent expressément l'introduction d'une réglementation dans ce domaine et considèrent le présent projet comme une excellente base de réflexion; comparé à la version mise en consultation en 2006, ce projet présente de réelles améliorations.

La relative concision de la réglementation proposée constitue également un élément positif. Toutefois, les points importants – concernant par exemple les registres d'études, les biobanques, l'obligation d'annoncer et d'informer, les commissions d'éthique – sont réglés dans les ordonnances; les avantages et inconvénients de cette solution doivent être vérifiés au cas par cas. Les réglementations relatives aux commissions d'éthique sont explicitement saluées; de même, l'obligation de répertorier les études dans un registre est un point positif.

Les institutions de recherche ont résumé quelques-uns des principaux commentaires resp. propositions de modifications dans un document adressé à la CSEC du Conseil National. Elles soulignent en même temps qu'aucune correction substantielle ne devrait être apportée aux autres points du présent projet.



**Prof. Urs Metzger, Zurich**

**Début des activités de la commission d'accompagnement «Qualité»**

Les hôpitaux et fournisseurs de prestations suisses sont tenus par la loi d'informer la population sur la qualité des traitements médicaux.

Mais au-delà des effets positifs escomptés, des

données mal recueillies ou analysées de manière inexacte peuvent mener à des décisions erronées. C'est pourquoi, l'ASSM a élaboré en 2009 les recommandations «Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux» qui définissent des standards devant être respectés lors de la publication de données concernant la qualité des prestations médicales. Ceux-ci englobent – entre autres – 17 critères dont le respect garantit des données à la fois pertinentes, correctes et intelligibles. La FMH renvoie, elle aussi, à ces recommandations; elle exige que des indicateurs de qualité soient définis en collaboration avec le corps médical.

Selon l'ASSM et la FMH, chaque publication concernant la qualité des prestations médicales devra à l'avenir remplir les critères définis, dans le sens d'une déclaration resp. d'un label de qualité. A moyen terme, l'«Organisation nationale pour l'assurance-qualité et la sécurité des patients» (encore à créer et déjà réclamée par une initiative parlementaire) aura pour mission d'exiger de chaque fournisseur de prestations, le respect de ces critères.

Afin d'encourager, de faciliter et d'accompagner la mise en pratique des recommandations «Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux», l'ASSM a constitué la commission d'accompagnement «Qualité», dirigée par le Prof. Urs Metzger de Zurich.

La commission a trois missions principales:

- a) La sensibilisation:** La commission s'efforce de faire connaître et accepter les recommandations – à l'aide de moyens adaptés (par ex. courriers, articles, sessions de formation continue) – auprès des instances compétentes.
- b) Le conseil:** La commission est à la disposition des médecins et de toutes les personnes intéressées pour répondre aux questions relatives à l'application correcte des recommandations. Les questions de fond sont discutées pendant les séances.
- c) Le suivi:** La commission vérifie sporadiquement si les publications concernant la qualité sont conformes aux recommandations. La commission peut, d'une manière adéquate, attirer l'attention sur les publications qui respectent les critères. Si, à l'inverse, la commission constate que les recommandations n'ont pas été respectées, elle en informe les instances concernées et demande de procéder aux corrections nécessaires.

La commission évalue en outre la nécessité de modifier ou compléter les recommandations.

Soutiens du Fonds Käthe-Zingg-Schwichtenberg

L'ASSM gère plusieurs fonds qui lui ont été légués par testament. En principe, ces legs ont des affectations relativement étroites. L'ASSM met à disposition des moyens issus du Fonds Käthe-Zingg-Schwichtenberg pour soutenir des projets de recherche ou des bourses dans le domaine de l'éthique médicale ainsi que des aides au lancement de projets innovateurs pour lesquels il n'existe pas encore d'institutions de soutien établies. 71 demandes d'un montant global de CHF 3 621 983 avaient été présentées à la séance du 28 mai 2010. Un montant total de CHF 251 900 a été accordé pour les projets suivants:

<b>Matthias Egger, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern</b> The Ethics of Non-Inferiority Trials: Do Non-Inferiority Margins Change? A Pilot Study	CHF 22 000
<b>Bernice Elger, Institut d'Éthique Biomédicale, Genève</b> Banking Together: Sharing Biological Samples among Swiss Researchers	CHF 39 900
<b>Alexander Kiss, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsspital Basel</b> Psychosocial Evaluation in Potential Living Kidney Donors in Switzerland: An Observational Multi-Center Study	CHF 40 000
<b>Sophie Pautex, Service de médecine palliative Hôpital de Bellerive</b> Directives anticipées chez patients atteints d'une maladie oncologique avancée: Droit des patients ou devoir des professionnels de la santé?	CHF 25 000
<b>Annette Rid, Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich</b> Minimal Risk in Clinical Research	CHF 45 000
<b>Rebecca Spirig, Abt. Pflegewissenschaft und Entwicklung, UniversitätsSpital Zürich</b> Monitoring the Impact of the DRG-Payment System on Nursing Service Context Factors in Swiss Acute Care Hospitals	CHF 50 000
<b>Jürg Streuli, Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich</b> Nationales Forschungsprogramm zu Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD)	CHF 30 000

APPEL D'OFFRES

Fondation Bourses Politique et Science:  
deux bourses pour 2011

La Fondation Bourses Politique et Science met au concours deux bourses pour 2011. Peuvent postuler des jeunes chercheurs qui ont de l'expérience dans la recherche, s'intéressent à la politique et sont disposés à nouer des nouveaux contacts. **Date limite pour les candidatures: 10 septembre 2010.**

Vous trouverez l'annonce et toute autre information sur [www.bourses-politiques.ch](http://www.bourses-politiques.ch) [www.politikstipendien.ch](http://www.politikstipendien.ch)

Adresse: Thomas Pfluger, directeur de la Fondation Bourses politique et science, tél. 079 745 68 15, [info@politikstipendien.ch](mailto:info@politikstipendien.ch)

Bourses MD-PhD

Le programme MD-PhD – un programme de promotion de la relève scientifique, fondé en 1992 à l'initiative de l'ASSM et du Fonds National Suisse (FNS) – est un outil efficace destiné à encourager les jeunes médecins intéressés par la science et à combler la distance entre la recherche fondamentale en sciences naturelles et la recherche clinique centrée sur le patient au sens large. Chaque année, l'ASSM et le FNS, soutenus par des fondations privées, attribuent à des médecins intéressés par la recherche des bourses MD-PhD pour une deuxième filière d'études de 3 ans dans le domaine des sciences naturelles, de la santé publique, de l'épidémiologie et de l'éthique. En plus du FNS (qui finance une grande partie des bourses) et de l'ASSM, les fondations suivantes participent au programme MD-PhD: Swiss Foundation for Excellence and Talent in Biomedical Research, Fondation Prof. Dr. Max Cloëtta, Fondation Suisse de Recherche sur les Maladies Musculaires, Fondation Louis-Jeantet, Recherche Suisse contre le Cancer et Fondation Velux.

En 2010, 14 des 20 candidats ont bénéficié d'une bourse dans le cadre du programme:

<b>Sohaila Bastami, Institut d'Éthique Biomédicale, Université de Zurich</b>
<b>Jean Bonnemain, Service de chirurgie cardio-vasculaire, CHUV, Lausanne</b>
<b>Sara Burkhard, Exp. Immunologie, Hôpital universitaire / Université de Zurich</b>
<b>Pietro Cippà, Néphrologie, Hôpital universitaire de Zurich</b>
<b>Sandrine Cornaz, Institut universitaire de pathologie, Lausanne</b>
<b>Stefan Essig, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Berne</b>
<b>Marco C. Frey, Service de recherche en psychiatrie, Université de Zurich</b>
<b>Uli Simon Herrmann, Institut de neuropathologie, Hôpital universitaire de Zurich</b>
<b>Susanne Hösl, Institut de Pharmacologie, Université de Berne</b>
<b>Victor Jeger, Interdisciplinaire Intermediate Care, Hôpital de l'Île, Berne</b>
<b>Alexander Küffer, Institut de neuropathologie, Hôpital universitaire de Zurich</b>
<b>Thomas Wälchli, Institut de recherche cérébrale, ETH / Université de Zurich</b>
<b>Fabienne Weber, Institut für Labortierkunde, Université de Zurich</b>
<b>Shuyang Xu, Institut de Biologie cellulaire, ETH Zurich</b>



**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 3400 exemplaires (2500 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](mailto:mail@samw.ch)  
[www.assm.ch](http://www.assm.ch)

Rédaction:  
Dr Hermann Amstad,  
Secrétaire général

Collaboration:  
lic. iur. Michelle Salathé,  
Secrétaire générale adj.  
Dr Katrin Cramer,  
Collaboratrice scientifique

Présentation:  
vista point, Bâle

Imprimé par:  
Schwabe, Muttens

ISSN 1662-6036



Membre des  
Académies suisses des  
sciences