

2 | 09

Publication de données concernant la qualité: chances et risques 1

Une checkliste pour les rapports concernant la qualité des soins 4

Checkliste 5

Dissolution du groupe de travail «CEEC» 6

Prise de position «La médecine comme science» 8

«Directives anticipées» 8

Révision des directives «Diagnostic de la mort» 8

Diagnostic préimplantatoire 8

Prise de position concernant les croisements interspécifiques 8

Soutien de la recherche en médecine de premier recours 8

Agenda 8



Publication de données concernant la qualité: chances et risques

Après des débats qui ont duré des années, les choses commencent à bouger du côté de la publication de données concernant la qualité des traitements médicaux dans les hôpitaux suisses. La garantie de la qualité des traitements médicaux a déjà été inscrite dans la LAMal en 1996 (articles 58 et 77) et les fournisseurs de prestations doivent – depuis janvier 2009 et en vertu de l’article 22a – transmettre gratuitement à l’Office fédéral de la statistique, les données relatives à la qualité. Face à la compétition naissante pour la publication «la plus rapide» et «la plus complète» de données concernant la qualité, l’ASSM a mis en place un groupe de travail chargé d’élaborer «des standards pour la publication de données concernant la qualité des traitements médicaux» et d’aborder spécialement les aspects éthiques. Dans l’article suivant, le professeur Johann Steurer qui dirige ce groupe de travail, esquisse le contexte dans lequel a lieu l’actuel débat sur la qualité ainsi que les conséquences dont il faut tenir compte.

Les citoyennes et les citoyens suisses financent le système de santé avec leurs impôts et leurs cotisations d’assurance-maladie: ils sont en droit de savoir comment évolue la qualité des prestations fournies et si celle-ci correspond aux attentes. C’est pourquoi la population – ou en tout cas ses représentants politiques – demande des informations concernant la qualité des traitements médicaux. Il y a un peu moins de deux ans, le site comparateur Comparis publiait pour la première fois les données de 53 hôpitaux suisses, relatives à la satisfaction des patients, aux réadmissions à l’hôpital et aux infections; par ailleurs, l’Office fédéral de la santé publique a

fait paraître sur son site Internet les chiffres de l’année 2006 concernant la mortalité dans différents hôpitaux suisses, classés selon les causes (attaque d’apoplexie, infarctus du myocarde et pneumonie).

Objectifs de la publication des données concernant la qualité

La publication des données concernant la qualité poursuit des objectifs variés. D’une part, la qualité des traitements de différents hôpitaux, cliniques et/ou médecins devient comparable; d’autre part, il est possible de vérifier s’ils atteignent les standards de qualité requis. Les



Prof. Peter M. Suter,
Président

Des indicateurs de qualité: pour qui?

Voici des années que nous assistons à un débat autour des méthodes d'évaluation des indicateurs de la qualité des prestations médicales, de leur utilité ou futilité ainsi que de l'opportunité de rendre public les résultats. De nombreux pays – dont la Suisse – publient des données concernant la mortalité et les complications les plus fréquentes dans les hôpitaux et celles-ci sont ensuite commentées et critiquées par les médias.

A qui ces résultats ont-ils permis d'avancer? Ont-ils aidé le patient à choisir l'institution la mieux adaptée à son problème? Probablement pas. En revanche, selon certains hôpitaux et leurs autorités de surveillance, ces statistiques semblent utiles et ont déjà permis d'amorcer des changements au niveau des structures, de

l'organisation et des soins. Toutefois, dans la plupart des cas, une question importante reste ouverte: quelles sont les conditions requises pour que de telles données puissent évaluer réellement la qualité des soins? Chaque être humain a sa réaction individuelle face à la maladie et au traitement, c'est pourquoi les problèmes liés à l'évaluation de la qualité des soins sont bien plus complexes que ceux qui se posent dans la production d'automobiles, d'ordinateurs ou d'avions.

Deux experts médicaux prennent la parole dans ce numéro du bulletin pour essayer de mettre en lumière le problème évoqué. Quelle orientation doit prendre cette évolution dans notre pays? Nos hôpitaux doivent-ils – comme prévu à partir de 2009 – fournir les données concernant la qualité des prestations et permettre ainsi, grâce aux expériences acquises, une évolution et une amélioration de l'efficacité des prestations médicales? Ou bien le perfectionnisme typiquement suisse nous obligera-t-il à définir, à grands frais, les critères les plus précis et les plus objectifs avant d'entrer dans l'application pratique?

Les contribuables et les assurés ont droit aux informations concernant la qualité des prestations médicales. Toutefois, ces données doivent être pertinentes, justes et compréhensibles pour qu'elles puissent répondre aux questions

que se posent les usagers. D'autres partenaires du système de la santé ont d'autres attentes, c'est dire combien les exigences posées au système sont multiples et difficiles à satisfaire. Pour être en mesure d'identifier les meilleurs critères pour l'évaluation de la qualité des prestations, les expériences faites dans d'autres pays doivent être prises en compte. Cependant un concept adapté aux besoins doit être élaboré en collaboration avec d'autres intervenants et ensuite testé et évalué. Il est également important de connaître les risques et les dangers de l'interprétation et de la publication de tels résultats, notamment lorsque l'on compare des hôpitaux et leurs groupes de patients (généralement très différents) entre eux. Ces statistiques sont mieux adaptées pour évaluer la qualité des prestations propres à une institution, par exemple par rapport à la valeur moyenne d'autres hôpitaux comparables ou pour suivre l'évolution des résultats d'une clinique sur plusieurs années.

Notre système de la santé connaît ces derniers temps un certain nombre de défis qu'il doit assumer. L'introduction d'indicateurs de qualité en fait partie – cependant ceux-ci n'ont de sens que s'ils contribuent à améliorer la prise en charge médicale et les soins aux patients.

fournisseurs de prestations qui offrent une bonne qualité des traitements sont ainsi confirmés dans leur travail, tandis que ceux, dont les résultats sont moins bons, apprennent qu'ils doivent améliorer la qualité des traitements. Un autre objectif consiste à informer les patients au sujet de la qualité des traitements dans différents hôpitaux et cliniques, les autorisant ainsi à choisir les hôpitaux ou les médecins qui offrent une bonne qualité ou la meilleure qualité possible. Ces données forment par ailleurs la base qui permet de récompenser la haute qualité et de créer des incitations pour offrir une qualité élevée des traitements.

Qu'est-ce que la «qualité»?

Aussi souhaitables que soient ces objectifs, la qualité des traitements médicaux est difficile à mesurer dans la réalité. La qualité n'est pas mesurable au même titre que la température de l'eau ou la longueur d'une table. La «qualité» est une construction complexe qui ne se laisse pas simplement décrire à l'aide d'un chiffre. Une quantification n'est possible que si le terme est clairement défini et qu'il est traduit sous forme de paramètres mesurables. Une définition souvent utilisée est celle de Donabedian qui décrit la qualité des traitements médicaux comme «une propriété variable des soins aux patients». Cette propriété peut se rapporter à l'une des trois catégories suivantes: la structure du système; les processus propres aux soins des patients; les résultats des soins.

La «structure» d'une clinique ou d'un hôpital est décrite

à l'aide de chiffres clés et comprend des personnes, des moyens et des ressources dont dispose le fournisseur de prestations pris isolément. Si une «structure» adéquate représente la condition préalable d'une bonne qualité du processus et du résultat (ou outcome), elle n'est toutefois pas, à elle seule, la garante d'une bonne qualité des traitements. D'autres propriétés se rapportent à la qualité du processus. La mesure portera ici sur le point suivant: a-t-on fait, chez le patient, le nécessaire au bon moment et dans l'état actuel des connaissances? Une troisième propriété concerne la qualité du résultat. Le processus et le résultat sont deux aspects distincts et il n'est pas certain que le résultat souhaité – une guérison ou l'amélioration de l'état de santé (ou de la qualité de vie) – se produise vraiment lorsque les médecins, les soignants et les autres membres des professions médicales font le nécessaire au bon moment.

La difficulté des comparaisons

Le résultat d'un traitement ne dépend pas uniquement du «traitement approprié», mais également – et dans des proportions variées – d'autres facteurs tels que l'âge des patients ou le degré de gravité de la maladie. Si l'on compare les résultats obtenus par différents hôpitaux dans le traitement d'une maladie (par ex. la survie après un infarctus du myocarde), le taux de mortalité (comme indicateur de la qualité du résultat) ne dépendra pas exclusivement d'un traitement adéquat, mais aussi d'autres facteurs (certains connus et d'autres non) qui ne peuvent pas être dégagés. Cela rendra plus difficile ou impossible une comparaison entre les différents hôpitaux

où sont soignés des collectifs distincts de patients, dont la différence ne peut cependant être que partiellement quantifiée.

Des études aux résultats décevants

Aux États-Unis, des données – concernant la qualité des traitements administrés par les hôpitaux et des médecins pris isolément – sont publiées depuis plusieurs années déjà, et il existe un nombre considérable d'études qui évaluent les répercussions de ces publications. Fung HC et coll. ont regroupé tous les résultats des études publiées à ce sujet. Ceux-ci manquent de cohérence, sont en partie contradictoires et déçoivent, si l'on tient compte du coût de ces collectes de données. La publication de données (concernant la qualité) a déclenché des activités visant l'amélioration de la qualité dans de nombreux hôpitaux, sans toutefois que l'on sache si ces activités ont conduit à une réelle amélioration. Une sécurité des patients nettement améliorée n'a pas non plus pu être prouvée, pas plus qu'il ne fut possible de confirmer l'hypothèse que les patients choisiraient en premier lieu des hôpitaux d'excellente qualité.

Conséquences négatives potentielles de la publication de données concernant la qualité

Outre les effets souhaités, il est également nécessaire de surveiller avec attention les conséquences négatives de la publication de données concernant la qualité. En plus des effets voulus, chaque intervention dans un système a des conséquences indésirables. Pour un hôpital ou une clinique, des résultats médiocres, voire mauvais, lors de l'appréciation de la qualité, font du tort à la réputation de l'institution. On voudrait éviter ce préjudice en améliorant vraiment la qualité ou bien alors en «embellissant» légèrement les chiffres et en orientant le choix des patients. Certaines interventions chez des patients au risque accru ne sont, à ce moment-là, plus du tout réalisées et ces derniers sont adressés à d'autres hôpitaux. Cela s'est produit dans l'État de New York après la publication des chiffres concernant les taux de complications et de mortalité pour les pontages coronariens. Les patients à haut risque furent adressés à un autre État fédéral afin d'y être opérés. «L'attention portée au test» (ou care to the test) est un autre effet négatif. Une étude concernant la prescription, en temps voulu, d'un antibiotique à des patients atteints de pneumonie, peut par exemple donner lieu à un investissement élevé en énergie pour satisfaire à cette exigence et entraîner, en même temps, une négligence face à d'autres mesures importantes.

Au sujet de la qualité des données concernant la qualité

La saisie correcte de données concernant la qualité des traitements est un travail de longue haleine et exigeant sur le plan méthodique; l'évaluation de la qualité quant à elle, est une mission à responsabilité. Une partie des données peut être extraite des données relatives aux patients et relevées de façon routinière. De nombreuses données qui permettent la mesure de la qualité doivent cependant être ajoutées séparément. Les données qui sont recueillies de manière peu soignée incitent à commettre des erreurs d'appréciation et conduisent à des conclusions injustifiables. Les patients qui choisissent une clinique ou un hôpital sur la base d'informations inexacts se décident éventuellement en faveur d'une clinique dont les résultats semblent meilleurs qu'ils ne le sont en réalité. Selon la direction que prennent les chiffres erronés, les hôpitaux s'imaginent à tort être en sécurité; à l'inverse, il se peut que le personnel soit démotivé, que des ressources soient investies dans l'amélioration de la qualité – malgré la présence d'une très bonne qualité – ou encore que des améliorations nécessaires ne soient pas réalisées. Pour ces raisons, il convient donc d'être très exigeant à l'égard de la justesse des données concernant la qualité, afin de réduire au minimum les conséquences indésirables qui viennent d'être citées.

Un groupe de travail a été chargé par l'Académie Suisse des Sciences Médicales de réaliser des recommandations qui doivent être suivies lors de la saisie, de l'analyse et de la publication de données concernant la qualité. Les membres du groupe de travail sont conscients du fait que la collecte soignée de ces données est une opération coûteuse en temps et en argent. Ceci doit également être considéré au moment de fixer sur le plan fédéral, combien de fois quels paramètres seront à relever et sur quelles périodes. La saisie en matière de qualité des traitements gagnera encore en importance, eu égard à l'introduction des DRG en 2012, dans la mesure où il faudra garantir la préservation de la qualité supérieure du système suisse de santé, lors de l'introduction du nouveau modèle de financement.

C'est à juste titre que la population attend de la médecine, une qualité élevée des traitements et c'est également à juste titre qu'elle demande des informations en ce qui concerne la qualité fournie. Mais les hôpitaux, les médecins, les soignants et tous les autres professionnels du secteur de la santé sont aussi en droit d'attendre que la qualité de leur travail soit relevée de manière exacte et évaluée avec soin. Il serait paradoxal que les exigences posées quant à la qualité des données – qui concernent la qualité des traitements – soient inférieures à celles qui concernent la qualité des traitements médicaux elle-même.

Prof. Johann Steurer, Zurich



Johann Steurer dirige le Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer (Université de Zurich); il est responsable du groupe de travail de l'ASSM «Publication de données concernant la qualité des prestations médicales».

Une checkliste comme «fiche de composition» pour les rapports concernant la qualité des soins



Thomas Perneger est directeur du Service d'épidémiologie clinique à l'Hôpital universitaire de Genève.

Lorsqu'on achète un aliment manufacturé dans une grande surface, on peut généralement lire sur l'emballage une fiche qui décrit la composition de cet aliment – produits de base, glucides et lipides, sels minéraux et vitamines, calories ingérées et énergie grise, température de conservation, culture bio et date de fabrication... En principe, cette information permet au consommateur potentiel de faire un choix éclairé. Dans le secteur naissant des indicateurs de qualité des soins destinés au grand public, la même transparence n'est pour l'instant pas en vigueur. Le jeu, pour certains, semble être d'obtenir le plus grand impact médiatique, aux dépens s'il le faut de la rigueur et de l'exactitude. Pourtant, la qualité des soins est un sujet au moins aussi sérieux que la pizza surgelée. Le but du groupe de travail réuni par l'Académie des sciences médicale est de créer une fiche d'informations, ou liste de critères, qui permette aux usagers des soins de ne pas se faire mener par le bout du nez. Le groupe de travail a retenu trois caractéristiques vitales d'une information sur la qualité des soins: celle-ci doit être pertinente, juste, et compréhensible.

Pertinente

La pertinence de l'information est un sujet délicat, parce que pour l'apprécier on doit disposer d'une définition précise de ce qu'est la qualité, appliquée au type de soins auxquels on s'intéresse. C'est là que les difficultés commencent. La qualité des soins, on sait ce que c'est avec ses tripes, mais pour la définir... Les uns vont mettre l'accent sur les qualités relationnelles des médecins et du personnel soignant, d'autres sur les aspects techniques des soins donnés, d'autres encore vont s'intéresser aux économies, aux délais de prise en charge, à la sécurité, à l'équité, ou au confort hôtelier. Au pire, on se passe de définition: les plus pragmatiques, ou les plus cyniques, décrèteront que la qualité des soins est mesurée justement par les données qu'ils ont à disposition. Il faut donc que le public sache à quel cadre conceptuel de la qualité adhèrent les producteurs d'indicateurs, et qui a choisi les mesures à diffuser. Car c'est clair, personne ne mesure la qualité en tant que telle – on doit se contenter d'indicateurs. Qu'est-ce qu'un indicateur? Une information aisément mesurable qui capte de manière précise et valide un aspect important du phénomène d'intérêt (ici, la qualité des soins), et qui n'est pas facilement corrompue par des phénomènes parasites.

Juste

La justesse d'un indicateur est évidemment capitale. Une mauvaise information peut faire plus de dommages qu'aucune. Or il se trouve que la mesure de la qualité des soins est truffée de difficultés. Il faut des définitions précises, pour les mesures et pour les populations

concernées. Il faut des instruments éprouvés, des méthodes de recueil de données standardisées, des nombres d'observations suffisamment grands. Lorsque c'est indiqué, il faut des outils particuliers pour «ajuster» les résultats pour des différences entre populations de patients. De surcroît, il faut que le producteur d'indicateurs soit ouvert à un audit indépendant de ses données brutes et de ses méthodes, qu'il révèle ses sources de financement et conflits d'intérêt éventuels, et qu'il identifie les personnes responsables des analyses et résultats publiés. Si toutes ces conditions sont respectées, on ne pourra pas tirer sur le messenger en critiquant les informations publiées, comme on a pu le voir par le passé, mais plutôt affronter le sujet vraiment important, à savoir l'amélioration de la qualité des soins.

Compréhensible

Tout cela ne servirait pas à grand-chose si le public ne comprenait pas et ne savait pas interpréter les données publiées (de même que les doses quotidiennes recommandées permettent de mieux interpréter l'information nutritionnelle). Charge à celui qui publie des indicateurs de qualité des soins de fournir aussi les clés de lecture. Quelle est son interprétation des résultats? Un résultat est-il en-dessus ou en-dessous des exigences scientifiques, ou des normes internationales? Fait-on mieux à l'étranger, ou dans un autre hôpital du pays? Voit-on une évolution dans le temps? Les différences observées sont-elles réelles, et importantes pour les patients, ou plutôt attribuables à des fluctuations statistiques aléatoires? Quelles sont les limitations connues des données présentées? Celui qui publie des informations sur la qualité des soins se doit de fournir un éclairage équilibré et nuancé sur toutes ces questions.

En proposant cette liste d'exigences à respecter pour les producteurs d'indicateurs de qualité des soins, le groupe de travail de l'Académie espère stimuler une information utile et un débat public constructif sur la qualité des soins dans notre système de santé.

Prof. Thomas Perneger, Genève

Checkliste *

Lors de la publication des rapports concernant la qualité, leur auteur doit mentionner les critères qui figurent sur cette checkliste et qui sont remplis. La transparence sur la manière dont les données ont été relevées et interprétées, est ainsi possible.

1. Pertinence

A	Le cadre conceptuel de la mesure Q est-il décrit de manière claire et intelligible?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en partie
B	L'indicateur concerne-t-il la structure, un processus ou le résultat?	<input type="checkbox"/> structure	<input type="checkbox"/> processus	<input type="checkbox"/> résultat
C	Le responsable du choix des indicateurs est-il mentionné?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en partie

2. Justesse

A	Les indicateurs sont-ils définis de manière précise?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en partie
B	La population auprès de laquelle l'indicateur Q a été mesuré, est-elle définie de manière précise?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en partie
C	Existe-t-il des indications concrètes sur le nombre de patients chez lesquels l'indicateur a été relevé?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
D	Existe-t-il des indications sur le taux de participation?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
E	Les instruments servant à la mesure des indicateurs sont-ils valides et fiables?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
F	Des indications sont-elles fournies, en ce qui concerne le personnel qui a recueilli les données?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
G	A-t-on décrit la source des données?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
H	La durée de la mesure et l'intervalle de temps sont-ils indiqués?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en partie
I	A-t-on recueilli les données nécessaires à une éventuelle rectification de la composition catégorielle des patients?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
J	A-t-on contrôlé la qualité des données?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> aucune indication
K	Y-a-t-il des indications sur la manière dont on a procédé avec les données manquantes?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
L	La présentation des résultats est-elle adéquate et intelligible?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en partie
M	La réalisation de la comparaison avec d'autres fournisseurs de prestations est-elle décrite de manière détaillée?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en partie
N	Points d'ordre général			
a.	Qui garantit la justesse des données et des interprétations?	<input type="checkbox"/> indiqué		<input type="checkbox"/> non indiqué
b.	A-t-on fourni des indications concernant le financement du projet?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
c.	La commission d'éthique a-t-elle donné, si nécessaire, son accord?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> pas nécessaire
d.	Les patients ont-ils donné, si nécessaire, leur accord?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> pas nécessaire
e.	Qui est propriétaire des données recueillies? Les données sont-elles accessibles?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
f.	A-t-on réalisé un audit externe et indépendant des données recueillies?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

3. Intelligibilité

	Les résultats sont-ils présentés de façon intelligible et interprétés de manière compréhensible?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en partie
--	--	------------------------------	------------------------------	------------------------------------

* Cette checkliste fait partie des recommandations «Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux» qui seront publiées en juin 2009.

Dissolution du groupe de travail «Coordination de l'évaluation des essais cliniques» (CEEC)

Les essais cliniques sont évalués par des intervenants aussi nombreux qu'hétérogènes, ce qui rend la communication entre eux quelquefois difficile. Pour pallier cette situation, l'ASSM, l'OFSP et l'IKS avaient instauré en 2000 le groupe de travail «Standardisation des bases de travail et enregistrement des sujets de recherche» (GT StaR).

Depuis lors, ce groupe informel – comprenant également des représentants des commissions d'éthique, des pharmaciens cantonaux et de la Conférence des Directeurs de la Santé – rebaptisé groupe de travail «Coordination de l'évaluation des essais cliniques» (GT CEEC) a été très actif: il a conçu des formulaires standards pour le dépôt des demandes auprès des commissions d'éthique, élaboré un concept pour un registre des personnes participants aux recherches, rédigé des commentaires relatifs aux directives de l'OMS pour les commissions d'éthique et pris position sur des questions de responsabilité civile et de couverture d'assurances lors des essais cliniques. Il a, en outre, formulé de nombreuses recommandations:

- Collaboration entre les commissions d'éthique et Swissmedic
- Double évaluation éthique des études menées à l'étranger, en particulier dans les partenariats de recherche nord-sud
- Procédure d'évaluation simplifiée pour les études multicentriques
- Recrutement de sujets de recherche à l'aide d'annonces
- Recherche en situations d'urgence et avec des personnes – momentanément ou durablement – incapables de discernement
- Procédure de déclarations relatives aux résultats indésirables et aux effets indésirables graves lors d'essais cliniques avec des médicaments et des dispositifs médicaux

Si l'année passée, le groupe de travail n'a pas siégé une seule fois, il y a deux raisons à cela: d'une part, de nombreuses questions ont pu être réglées entretemps, et, d'autre part, les différents partenaires représentés dans le GT CEEC ont établi des nouveaux canaux de communication, rendant ainsi une plateforme supplémentaire inutile.



C'est pourquoi, après consultation des membres du GT, l'ASSM a décidé, fin mars 2009, de dissoudre le groupe de travail «Coordination de l'évaluation des essais cliniques» (GT CEEC). Lors d'une dernière séance, les membres du groupe de travail ont été remerciés pour leur grand engagement tout au long de ces dernières années, un engagement qui a largement contribué à améliorer la collaboration entre les différents partenaires.

A l'avenir, l'ASSM continuera à organiser les rencontres annuelles des représentants des institutions du domaine des essais cliniques, qui offrent l'occasion d'échanger des informations et des expériences (la prochaine rencontre est prévue mercredi, 27 janvier 2010). S'il devait à cette occasion émerger des questions qui nécessitent des réflexions approfondies, l'ASSM est tout à fait prête à offrir son support.

Prise de position «La médecine comme science»

Les grands progrès de la médecine des 100 dernières années se sont accomplis grâce à des connaissances scientifiques neuves: malgré tout, une attitude ambivalente à l'égard de la médecine scientifique est aujourd'hui largement répandue tant dans les professions médicales que parmi le public. La recherche comme activité (à temps plein ou à temps partiel) ou option de carrière est devenue rébarbative et impopulaire auprès de la majorité des médecins. Une certaine méfiance à l'égard d'une médecine bien trop technique a abouti au souhait légitime d'une médecine «humaine» qui se conforme à une «approche holistique». Mais le risque potentiel est également lié de voir les médecins perdre la proximité traditionnelle aux bases scientifiques et ne pas avoir recours aux résultats de la recherche au sens de la «médecine reposant sur l'évidence», dans la pratique et en milieu clinique.

Les médecins doivent être en mesure de suivre les progrès de la recherche et de les évaluer de manière réaliste quant à leur importance potentielle pour la médecine. Les cliniciens qui exercent leur activité en premier lieu au chevet du malade, doivent eux aussi comprendre la langue des sciences et contribuer de manière aussi objective et efficace que possible au flux d'information qui circule entre la réalité clinique et la recherche fondamentale («from the bench to the bedside and back again»).

Dans ce contexte, l'ASSM a élaboré une prise de position qui décrit un ensemble de causes possibles pour la remise en question de la médecine d'aujourd'hui. En même temps, elle fournit des modèles et des propositions concrètes pour une réorientation qui se fonde sur des éléments existants, récemment introduits et qui convergent déjà dans la direction nécessaire; on peut citer par exemple la formation MD-PhD et les possibilités d'options créées avec le modèle suisse de Bologne.

Cette prise de position sera publiée début juin dans le Bulletin des médecins suisses.

Directives et recommandations concernant les «Directives anticipées»

Le 19 mai 2009, le Sénat de l'ASSM a définitivement approuvé les directives et recommandations médico-éthiques concernant les «Directives anticipées». Les nombreuses prises de position (environ 80), parvenues au secrétariat général de l'ASSM pendant la période de consultation, témoignent de l'intérêt du corps médical pour le projet de directives. Dans la plupart d'entre elles, les directives sont considérées comme une «aide précieuse et pratique pour l'élaboration de directives anticipées». Les critiques et remarques concernaient principalement l'importance à accorder au conseil lors de la rédaction de directives anticipées ainsi que le caractère contraignant des directives anticipées, ceci notamment en vue de l'introduction de la nouvelle réglementation du droit sur la protection de l'adulte dans le Code Civil Suisse.

Lors de l'élaboration finale du texte, la sous-commission, dirigée par lic. théol. Peter Lack de Bâle, a pris en considération la plupart de ces propositions. Dans le chapitre 3, les directives décrivent la situation juridique jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau droit sur la protection de l'adulte qui prévoit l'ancrage des directives anticipées dans le droit fédéral. Les médecins doivent aujourd'hui tout d'abord s'informer s'il existe des réglementations sur les directives anticipées au niveau cantonal, sachant toutefois que tous les cantons ne disposent pas de telles réglementations et que celles-ci peuvent être très différentes d'un canton à l'autre. En principe, la règle suivante est actuellement appliquée: plus les directives anticipées sont claires et plus elles anticipent la situation de

façon concrète, plus elles auront d'importance lors de la prise de décision. Peu importe qu'il s'agisse de directives anticipées individuelles ou de directives standardisées et pré-formulées que l'auteur n'a plus qu'à signer.

Dans le chapitre 5, les directives précisent expressément qu'il n'y a aucune obligation de conseil lors de la rédaction des directives anticipées; toutefois, selon l'ASSM, le recours à un conseiller peut s'avérer précieux et est vivement recommandé au moment de la rédaction ou de l'actualisation de directives anticipées. Afin de tenir compte des souhaits exprimés à maintes reprises pendant la période de consultation et de renforcer l'impact des directives anticipées face à une situation concrète, l'ASSM va élaborer, d'une part, une version résumée de ces directives et, d'autre part, des questions types pour la description de l'échelle des valeurs à laquelle l'ASSM accorde beaucoup d'importance.

Révision des directives «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes»

La CCE a chargé une sous-commission de réviser les directives «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes». La version actuelle des directives, approuvées en mai 2005, est intégrée dans l'annexe I de l'ordonnance sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine. Après une année d'expérience pratique avec la nouvelle Loi sur la transplantation – entrée en vigueur 1er juillet 2007 – et les directives, l'ASSM a procédé à une évaluation auprès de divers médecins intensivistes et chirurgiens transplan-

tateurs. Les résultats de cette évaluation vont être intégrés dans la révision des directives.

La sous-commission ne doit pas seulement clarifier la question du moment de la mort (standardisation des examens complémentaires, clarification des critères d'interruption des mesures de soins intensifs, etc.), mais également réfléchir à la question des Non-Heart-Beating-Donors (NHBD). La discussion a été relancée suite à la publication de trois cas de transplantations cardiaques chez des nourrissons (cf. Mark M. Bucek et al. Pediatric Heart Transplantation after Declaration of Cardiocirculatory Death. N Engl J Med 359; 7: 709–714.). Les travaux de cette sous-commission, dirigée par le Prof. Jürg Steiger de Bâle, sont déjà en cours.



Prof. Jürg Steiger
Bâle (Président)

Composition de la sous-commission: Prof. Jürg Steiger, Bâle (Président), Lic. théol. Settimio Monteverde, MAE, Bâle (Vice-Président); Ursula Hager, Zurich; Dr Roger Lussmann, St. Gall; PD Dr Philippe Lyrer, Bâle; Prof. Stephan Marsch, Bâle; Dr Luca Martinolli, Berne; Prof. Manuel Pascual, Lausanne; Dr Bruno Regli, Berne; Dr Peter Rimensberger, Genève; Lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Bâle; Dr Theodor Weber, Berne, OFSP

ACADÉMIES-SUISSES

Diagnostic préimplantatoire: Les Académies Suisses des Sciences demandent une révision du projet de loi

Les Académies Suisses des Sciences saluent la levée de l'interdiction du diagnostic préimplantatoire, telle qu'elle est prévue dans la révision de la loi fédérale sur la procréation médicalement assistée présentée en février 2009. En revanche, elles considèrent le projet de loi, dans sa forme actuelle, comme inadapté: il n'est pas conforme aux standards actuels de la médecine, ne tient pas compte de l'évolution de la société et est en contradiction avec d'autres dispositions légales. C'est pourquoi, les Académies demandent une révision approfondie du projet de loi.

Prise de position de la Commission d'éthique pour l'expérimentation animale concernant les croisements interspécifiques

Les fusions homme-animal sont particulièrement sujettes à controverse au sein du public et du monde scientifique, en particulier depuis que la fabrication de chimères à des fins de recherche est officiellement autorisée en Grande-Bretagne. À cet égard, les aspects d'éthique humaine de la recherche avec des embryons humains et animaux sont presque toujours au cœur des préoccupations.

L'actuelle prise de position de la Commission d'éthique pour l'expérimentation animale sur le thème des «Croisements interspécifiques et protection des animaux» met en avant les répercussions de la formation de chimères et d'hybrides sur les animaux. La commission renoue ainsi avec la position qu'elle avait déjà défendue en 2000 dans sa prise de position «Contribution à l'évaluation éthique de la xéno-transplantation dans le contexte de la protection de la dignité des animaux». Les critères qu'elle avait alors définis sont également valables pour la production de chimères et d'hybrides.

Dans sa prise de position, la commission décrit les aspects biologiques des êtres mixtes fabriqués à titre expérimental, récapitule les réglementations législative dans le domaine humain et sur la protection des animaux, examine les aspects éthiques concernant les animaux et formule des recommandations.

La commission ne remet pas foncièrement en question la production de chimères et d'hybrides par rapport à la protection, au bien-être et à la dignité de l'animal; elle estime toutefois indiqué de respecter des mesures restrictives lors de la création de chimères et d'hybrides. Si la question de principe concernant la production de chimères et d'hybrides reçoit pour l'essentiel une réponse affirmative, se pose toutefois la question de savoir si les nouvelles caractéristiques biologiques (c'est-à-dire morphologiques, physiologiques ou comportementales) de l'éventuel nouvel animal pourraient entraver son bien-être et sa dignité.

Soutien de la recherche en médecine de premier recours

Depuis plus de 20 ans, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) encourage la recherche en médecine de premier recours, d'une part en soutenant financièrement des projets de recherche et, d'autre part, en attribuant des subsides à des chercheurs débutants de profil 2. Chaque année, CHF 200 000.– sont mis à disposition dans ce but. C'est la commission «Recherche et réalisations en médecine appliquée» (RRMA) qui est chargée de l'attribution des fonds; celle-ci siège deux fois par an.

Lors de sa séance du 28 avril 2009, la commission a approuvé trois demandes de subsides (voir tableau ci-contre).

La date-limite pour le dépôt des demandes est fixée au 1^{er} septembre. Les critères de sélection des candidats ainsi que les formulaires pour les demandes peuvent être téléchargés sur le site internet de l'ASSM (www.assm.ch > Recherche > RRMA).

PD Dr. med. Claudia Steurer-Stey, Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung, Universität Zürich und mediX Gruppenpraxis Zürich

Verbessert ein farbcodierter Blutdruckpass die Hypertonieeinstellung bei Patienten in der Hausarztpraxis?
Eine randomisierte, kontrollierte Studie CHF 35 000.–

Dr. med. Marco Zoller, Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung, Universität Zürich

Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von Armut betroffenen Patienten im Netzwerk Hausarzt – Sozialbetreuung CHF 50 000.–

Dr. med. Miriam Schöni, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich

Weiterbildungsqualität bei zukünftigen HausärztInnen an stationären chirurgischen und internistischen Weiterbildungsstellen der Kantone Bern und Zürich aus der Sicht des Assistenzarztes CHF 9 950.–



SAMW

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy of Medical Sciences

AGENDA

Training média: les dates de cours en 2009

Chaque année, le Fonds national suisse (FNS) et l'Agence pour la promotion de l'innovation (CTI) proposent des trainings média aux chercheurs afin d'encourager le dialogue entre science et médias. Deux cours en français et deux cours en allemand sont prévus en 2009.

Les relations médias obéissent à des règles du jeu précises qu'il est important de connaître pour se faire entendre auprès du grand public. C'est la raison pour laquelle le FNS et la CTI proposent chaque année un training média spécialement conçu pour les scientifiques. Axé sur la pratique, ce cours-bloc de deux jours fait une large place à des exercices devant la caméra encadrés par des professionnels du journalisme et de la communication.

Le training média s'adresse en priorité aux scientifiques soutenus par le FNS et la CTI, tout en restant ouvert aux autres chercheurs.

Deux éditions en français à Lausanne

Deux éditions en français sont prévues cette année à Lausanne les 5–6 juin et les 11–12 septembre 2009 (organisation Bonhage PR).

Informations et inscription

www.snf.ch/mediatraining

Economicisation de la médecine?

L'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses – un défi éthique

Symposium organisé par l'ASSM et la NEK-CNE; Mercredi, 10 juin 2009, Berne (Hôpital des enfants)

A partir de 2012, le financement hospitalier se fera, dans l'ensemble de la Suisse, sur la base de forfaits par cas liés au diagnostic (DRG). Leur introduction, cependant, fait surgir une série de questions politiques, économiques et éthi-

ques. Le symposium organisé conjointement par l'ASSM et la NEK-CNE en juin 2009 à Berne sera consacré à la discussion approfondie de ces questions, mettant un accent particulier sur les expériences faites avec des systèmes DRG, jusqu'à présent, dans certaines régions de la Suisse et dans les pays voisins.

Informations et inscription

www.assm.ch

Les mutations des professions du système de la santé: points de vue externes et internes

Colloque organisé par l'ASSM et l'ASSH; Mercredi, 17 juin 2009, Berne (Hôpital des enfants)

Dans le cadre du projet «L'avenir de la médecine en Suisse», un groupe de travail s'est penché sur le thème «profils professionnels et identité professionnelle» pour publier, en automne 2007, le rapport intitulé «Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique».

Pour faire suite à la résonance qu'a connu ce rapport (et parce qu'il n'a rien perdu de cette résonance) et dans l'esprit d'une certaine durabilité, ce thème sera une nouvelle fois traité et approfondi dans le cadre d'une journée de réflexion.

Dans le cadre de ce colloque, des médecins et soignants viendront exposer leur point de vue interne (en tant que personnes impliquées) et des spécialistes en sciences humaines et sociales feront part de leur point de vue externe (en tant qu'observateurs) sur les mutations que connaissent les professions médicales.

Informations et inscription

www.assm.ch

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

en 3200 exemplaires (2300 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 Hermann Amstad,
Secrétaire général

Collaboration:

lic. iur. Michelle Salathé,
Secrétaire générale adj.
Dr Katrin Kuehnle,
Collaboratrice scientifique

Présentation:

vista point, Bâle

Imprimé par:

Schwabe, Muttentz

ISSN 1662-6036



Membre des Académies suisses des sciences