

La médicalisation – toujours plus est-ce toujours mieux? 1

Editorial 2

L'ASSM publie sa feuille de route «Médecine durable» 5

Le projet «Système de santé durable» 6

Décernement du Prix Média 6

Evolution du magazine de recherche «Horizons» 6

Nécrologie Prof. Walter Hitzig 6

Prise de position de la CCE sur l'introduction du Praenatest 7

Directives «Mesures de soins intensifs» 7

«Soutien éthique en médecine» sous forme de brochure 7

Nouveaux membres d'honneur, individuels et correspondants 8



© lonely – Fotolia.com

La médicalisation – toujours plus est-ce toujours mieux?

Lorsque des symptômes liés, par exemple, à une situation de stress au travail ou à une sollicitation excessive par les enfants sont traités par la médecine, on parle de médicalisation; en d'autres termes: lorsque la résolution d'un problème de société est déléguée aux médecins, au lieu de le traiter à la base. La médicalisation entraîne une explosion des coûts de santé – les individus deviennent des patients, dont les attentes devraient, en fait, être satisfaites au niveau politique. Dr Urs Pilgrim, médecin de famille et rhumatologue à Muri (AG), explique ce phénomène de son point de vue de praticien.

On parle de médicalisation lorsque la médecine intègre des problèmes de société dans ses objectifs. Mais la frontière entre les questions médicales et les questions de société est fluctuante, car la limite entre «maladie» et «santé» est tout aussi imprécise. En cas d'infarctus ou de pneumonie, la définition de la maladie est simple. Mais lorsqu'un manœuvre, victime de harcèlement moral à son travail, se plaint de fatigue et de manque de motivation, il faut se demander si le problème ne relève pas plus du social que du médical. Plus la notion de maladie est interprétée au sens large, plus les problèmes de société sont définis comme des préoccupations médicales. La conséquence en est une surcharge considérable de nos assurances sociales. C'est pourquoi, non seulement les médecins, les juristes et les politiciens¹ sont concernés, mais également chaque citoyen en tant qu'assuré et contribuable devant supporter les coûts croissants de notre système de santé.

La médicalisation – une conséquence du progrès médical

La naissance, la période néonatale et la petite enfance, la puberté, la grossesse, la ménopause, le grand âge et la mort étaient autrefois considérés comme les étapes d'une vie normale, dont la médecine se souciait à peine ou pas du tout. Grâce à l'engagement de la médecine dans ces domaines, la mortalité maternelle et infantile a diminué de façon drastique, la qualité de vie a augmenté et bien d'autres progrès spectaculaires ont pu être réalisés. Les interventions médicales dans le domaine de l'alimentation ont permis de supprimer les goitres dus à une carence en iode, d'enrayer les caries dentaires et de réduire le nombre de maladies cardio-circulatoires. D'innombrables exemples prouvent que la médecine a contribué à améliorer la santé de la population et à prolonger la vie. Ces expériences positives expliquent pourquoi notre société

¹ Les groupes de personnes cités dans cet article, comme les médecins, les patients etc., englobent toujours les représentants des deux sexes.



Prof. Peter Meier-Abt,
Président

Maladies imaginaires, pléthore de prestations et médecine durable

L'article principal de ce bulletin est écrit en langage clair. En Suisse, la médicalisation, c'est-à-dire la stigmatisation de problèmes socio-culturels et psychosociaux comme maladies nécessitant un traitement, a atteint un stade avancé et contribue largement aux coûts de notre système de santé. Au lieu de soulager les personnes souffrantes avec des mesures sociales dans le contexte individuel de leur malaise, on procède à des examens médicaux onéreux pour détecter des maladies souvent inexistantes qui mobilisent inutilement les ressources déjà limitées de notre système de santé. Avec des prestations médicales aussi remarquables, ceci n'a rien de surprenant, car les fournisseurs de prestations s'enrichissent grâce à la médicalisation et les patients bénéficient d'une prise en charge individuelle ou acquièrent au moins la certitude de ne pas être atteints d'un trouble de la santé (psycho)

somatique sérieux. Par ailleurs, ces intérêts complémentaires sont conjugués à un système d'incitations qui encourage la maximisation des prestations médicales plutôt que leur optimisation. Dès lors, il n'y a plus qu'un petit pas pour parvenir à un sur-approvisionnement réel en prestations médicales.

Il existe différents indicateurs susceptibles de dénoncer un sur-approvisionnement en prestations médicales, notamment dans les zones urbaines. Ainsi, la région du lac Léman dispose de 74 % de médecins du domaine ambulatoire et la Suisse du nord-ouest de 77 % de lits d'hôpitaux de plus que la Suisse centrale (par 1000 habitants), sans que les régions dont la densité des offres est plus faible ne se plaignent de sous-approvisionnement (W. Widmer, Careum Verlag Zürich 2011). La pléthore d'offres dans le domaine hospitalier est largement incontestée. Et au niveau européen, la Suisse est en tête, aussi bien en ce qui concerne la densité des médecins que celle des soignants. Le fait que la demande réponde au maximum à l'offre surdimensionnée de prestations médicales est une nécessité économique. Les contraintes économiques supplantent donc le bénéfice optimal du patient et renforcent la pénurie en professionnels de la santé. En d'autres termes: une médecine maximale irréaliste n'est pas durable, car elle ne peut pas garantir que les générations futures puissent profiter de bonnes prestations médicales pour réagir à leurs problèmes de santé.

Une médecine durable place le bénéfice du patient au premier plan. Elle fait tout le nécessaire, mais ne va pas au-delà. Elle limite la fragmentation de la médecine en spécialités de plus en plus étroites et focalise son attention sur la médecine dans sa globalité. Ses interventions reposent sur l'évidence scientifique. Et là où cette évidence fait défaut, elle procède à des recherches sur les services de santé et sur l'efficacité et permet ainsi de disposer de données fiables pour la planification rationnelle d'un système de santé efficace. Dans un tel contexte, il n'y a pas de place pour une médicalisation purement économique, mue par les intérêts particuliers de groupes professionnels isolés. C'est ce que reconnaît explicitement Dr Urs Pilgrim dans son article. La médecine de premier recours obtient ainsi une bonne note, car, en fait, ce sont les médecins de premier recours qui sont le plus souvent confrontés aux problèmes sociaux et individuels à l'origine de la médicalisation. En assumant avec compétence et habileté leur rôle de «Gatekeeper», ils peuvent largement contribuer à éviter une surconsommation de prestations médicales non indiquées. Et, dans le sens d'une médecine durable, il s'agit là d'une dette que nous avons envers nos descendants.

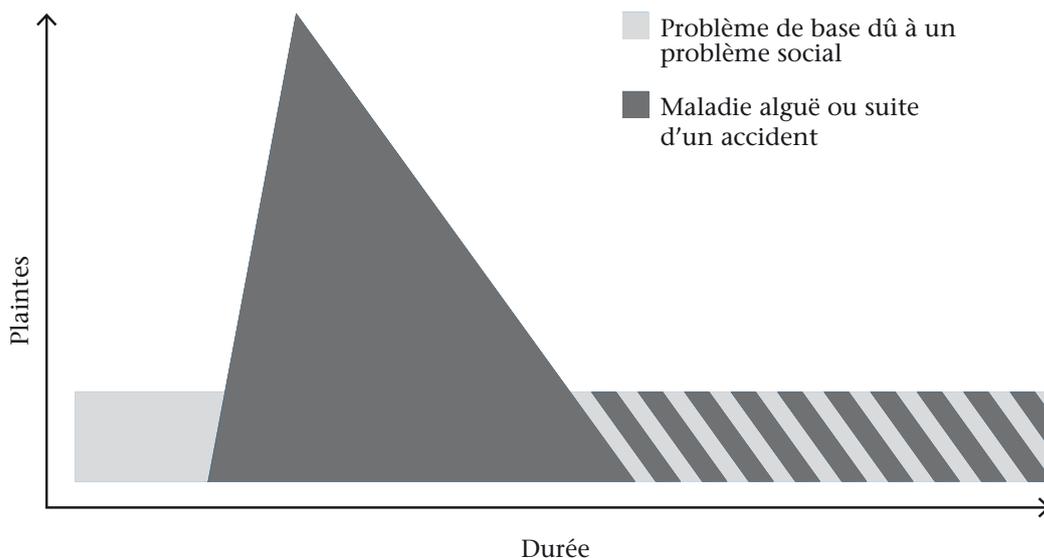
est toujours en attente de nouveaux exploits de la médecine et pourquoi elle s'engage si peu contre la médicalisation croissante des problèmes de société. Car la plupart d'entre nous pensent: «On ne change pas un cheval qui gagne»; plus les problèmes sont médicalisés, mieux ils sont résolus!

Autres raisons de la médicalisation croissante

La médicalisation est aussi encouragée par la sécularisation de notre société. Autrefois, c'était la religion qui, en tant que pouvoir de décision majeur, veillait aux valeurs sociales et aux attitudes correctes. De plus en plus, cette fonction de gardien est transmise à la médecine. Pour un grand nombre de questions de société, on s'adresse aujourd'hui plutôt au médecin qu'au curé. La consultation médicale et les plateformes d'informations médicales dans les médias et sur internet sont actuellement plus demandées que les prêches du dimanche à l'église. Il y a 30 ans, les alcooliques se faisaient encore rappeler à l'ordre par des ecclésiastiques, alors qu'aujourd'hui ils bénéficient d'une prise en charge médicale et sont soignés comme des patients alcooliques. La moralisation exagérée d'autrefois a cédé la place à une médicalisation exagérée. La responsabilité des addictions de toutes sortes est déléguée à la médecine, alors que la responsabilité individuelle est reléguée au second plan.

La médicalisation est également encouragée par l'approche bio-psycho-sociale de la maladie qui jouit d'une large acceptation dans les milieux médicaux: en matière de diagnostic et de thérapie, une attention particulière est accordée non seulement aux facteurs biologiques et psychiques, mais également aux questions de société. Il s'agit – surtout dans les limites imprécises entre la société et la médecine – de facteurs socioculturels ou psychosociaux, dont l'influence sur la santé est difficile à évaluer au cas par cas. Car si les problèmes de société n'altèrent que l'état de santé social de certaines personnes, chez d'autres ils affectent aussi l'état de santé psychique ou physique. Le passage à la maladie proprement dite est fluctuant. L'évaluation est d'autant plus compliquée qu'en général les ennus psychosociaux et socioculturels n'aboutissent pas à une symptomatologie clairement définie, mais à un ensemble hétéroclite de troubles difficilement objectivables: fatigue, maux de tête, troubles du sommeil, troubles de la concentration, irritabilité, manque d'entrain, vertiges, angoisses, douleurs diffuses et autres symptômes, souvent sans trouver de cause organique.

Les raisons économiques jouent également un rôle dans la médicalisation. Le système de santé suisse est l'employeur direct ou indirect d'environ 500 000 de personnes. Dans sa feuille de route «Médecine durable»² récemment approuvée, l'Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM



Chronicisation d'une maladie aiguë ou des suites d'un accident: les plaintes ne disparaissent pas, elles reculent seulement jusqu'au niveau du problème de base, ce qui est vécu subjectivement par la continuation de la maladie. Le problème de société (le problème de base) est médicalisé secondairement.

montre du doigt les effets pervers financiers du côté des fournisseurs. Mais, il existe également des effets pervers économiques du côté des consommateurs. La volonté politique de faire participer les personnes dont le comportement est malsain aux surcoûts occasionnés, fait défaut. Les prestations médicales sont largement consommées, afin d'atteindre un «retour sur investissement» maximal pour les primes acquittées. On préfère s'adresser au médecin pour des préoccupations de société qui ne concernent pas en priorité des questions médicales, car le conseil médical est bien couvert par les assurances.

Une médicalisation démesurée

Sans vouloir remettre en question les succès impressionnants de la médecine, force est de constater que, dans certains domaines, la médicalisation a dépassé les bornes. Lorsque le jeunisme, fortement encouragé par l'industrie pharmaceutique, fait croire que chaque modification banale due à l'âge doit être traitée médicalement, lorsque les psychologues scolaires diagnostiquent chez 30% des enfants des écoles maternelles de Zurich des déficits nécessitant un traitement, lorsque des scientifiques de l'université technique de Dresde veulent soumettre 38% des européens à une psychothérapie annuelle, on peut se demander si les gens ne sont pas rendus plus malades qu'ils ne le sont.

Dans sa feuille de route «Médecine durable», l'ASSM met en garde contre la croissance illimitée des exigences envers la médecine, car les ressources financières, elles, sont limitées. L'euphorie du progrès ne doit pas faire oublier que notre vie se heurtera toujours aux frontières de la maladie et de la mort. L'ASSM recommande de ne pas surévaluer le bénéfice des interventions médicales et de ne pas éveiller des attentes irréalistes avec une pléthore d'offres. Lors des journées fribourgeoises de droit social 2012, organisées par la Chaire de droit du travail et des assurances sociales de l'université de Fribourg sous la direction du Prof. Erwin Murer, en collaboration avec l'ASSM et l'Académie Suisse des Sciences Humaines et sociales, les perspectives

juridiques, médicales et sociales de la médicalisation ont été présentées. Différents intervenants ont rappelés les dangers d'une médicalisation démesurée. Les milieux médicaux ne sont pas encore assez conscients de cette problématique. Ci-dessous sont présentées, à titre d'exemples, différentes possibilités, dans la perspective du praticien, permettant d'éviter une médicalisation excessive dans la pratique quotidienne (des propositions détaillées sont exposées dans la documentation des journées fribourgeoises du droit de la santé³).

Contre la médicalisation dans le diagnostic médical

Incontestablement, les examens diagnostiques approfondis facilitent le dépistage précoce des maladies. Mais face à un foisonnement de résultats, le médecin doit faire preuve de beaucoup de discernement: les troubles fonctionnels sans importance ne doivent pas être surévalués. Le danger d'un sur-étiquetage diagnostique existe surtout dans le domaine marginal de la distribution gaussienne normale. Lors des examens de dépistage de personnes en bonne santé, le bénéfice attendu doit être raisonnablement proportionnel aux coûts. Même si les examens préventifs sont pertinents, ils n'encouragent pas moins la médicalisation: il est fréquent que des personnes en bonne santé exigent des prestations médicales. Compte tenu des ressources limitées, on peut se demander, quand il s'agit d'exams dont le bénéfice est moindre ou douteux, si les moyens financiers ne pourraient pas être investis à meilleur escient.

Il importe particulièrement de mettre en garde contre les auto-diagnostics médicaux basés sur des émissions télévisées. Après chaque émission médicale, de nombreuses personnes angoissées contactent leur médecin. Elles redoutent de souffrir de la maladie présentée dans l'émission télévisée. Les médias et internet peuvent transmettre des informations utiles – mais elles alimentent la médicalisation.

² Disponible sous [www.samw.ch/fr/Publications/Feuilles de route](http://www.samw.ch/fr/Publications/Feuilles%20de%20route)

³ Pilgrim, Urs (2012) Wider die Medikalisierung im medizinischen Alltag. In Murer, Erwin (2012) Gesellschaft und Krankheit: La médicalisation à la croisée du droit et de la médecine Tagungsband der 9. Freiburger Sozialrechtstage 2012, S. 47–84. Stämpfli Verlag, Bern.

Les conflits sociaux étant souvent médicalisés, il est important que le médecin détecte à un stade précoce les problèmes de couples, les sollicitations excessives par les enfants, les ennuis professionnels, les difficultés d'intégration, l'isolement et autres conflits sociaux et qu'il essaie de les apaiser avant qu'ils n'atteignent un stade médical. Les maladies et suites d'accident qui ne guérissent pas dans le délai attendu méritent une attention particulière. Les chronicisations diffuses cachent souvent des problèmes sociaux irrésolus (voir graphique). Un exemple à ce sujet:

Un mécanicien de 56 ans se plaignait en avril 2010 de maux de tête, vertiges et fatigue. Il associait sa douleur à une balle de tête lors d'un match de football. Tous les examens étaient négatifs. Après une période longue et difficile, il a changé de travail et ses douleurs disparurent. Avec le recul, il était évident que la balle de tête ne pouvait expliquer ni les douleurs pendant des mois, ni les absences au travail. La cause de la chronicisation était le harcèlement moral au travail, un problème de société qui avait revêtu le déguisement phénoménologique d'un accident bénin.

Chaque médecin de famille connaît des exemples similaires: des rhumatismes extra-articulaires résistants qui disparaissent après un divorce; des maux de tête chroniques et des vertiges qui s'évaporent après le départ d'une belle-mère qui vivait dans le même foyer; un état d'épuisement, pendant des années, comme emporté par le vent lors d'un changement de supérieur hiérarchique. Les problèmes d'ordre social étant fréquemment refoulés, les personnes concernées tendent à établir un lien pseudo-causal de leur mal-être avec une maladie ou les suites d'un accident.

Contre la médicalisation dans le traitement médical

La recommandation de l'ASSM, de ne pas «faire tout ce qui est possible», mais de «faire ce qui est suffisant, mais pas trop», la limitation aux traitements fondés sur les preuves et l'obligation d'ordonnance pour les prestations médicales visent à endiguer la médicalisation. En revanche, l'accès libre aux psychologues, tel qu'il est prévu par le Conseil fédéral et l'OFSP à partir de 2013, encourage la médicalisation. Il est prévisible, par exemple, que des conseils pour une nouvelle orientation professionnelle et d'autres préoccupations de société accèdent ainsi à un statut médical.

L'entretien médical est extrêmement important. Il doit permettre d'apaiser les angoisses, d'envisager des perspectives positives et de retrouver confiance. En adoptant des mesures efficaces à un stade précoce, la chronicisation de souffrances aiguës peut être évitée dans de nombreux cas. Tout particulièrement en cas de troubles psychosociaux, il importe de ne pas perdre de temps avec des traitements placebo inefficaces. A cet égard, le médecin de famille détient un rôle clé, car il est souvent le premier à reconnaître une situation de conflit social, donc à pouvoir adopter les mesures nécessaires à temps. C'est pourquoi il est important qu'à l'avenir la médecine ambulatoire ne dispose pas seulement de polycliniques et de services des urgences, mais également de médecins de famille engagés.

Les médecins ne sont pas les seuls concernés!

Plus la société s'attache à résoudre ses problèmes, moins la médecine doit s'en charger. La règle suivante vaut également pour la médicalisation: la meilleure thérapie est le traitement des causes. C'est pourquoi les décideurs politiques et sociaux sont appelés à analyser et à endiguer les causes sociales de la médicalisation. Des connaissances linguistiques insuffisantes, un niveau de formation bas, les problèmes de migration, le stress au travail et le chômage sont des fardeaux souvent transférés au domaine médical. Des incitations doivent être créées pour que les personnes concernées participent à un cours de langue, suivent une formation et se préoccupent activement de leur intégration au lieu d'aller voir le médecin.

La résolution des problèmes de couples ou d'éducation ne doit pas être exclusivement déléguée aux institutions médicales. S'il est impossible de rendre obligatoires les thérapies de couple et les cours d'éducation des enfants, des incitations fiscales pourraient permettre une utilisation plus pertinente des offres existantes. Des connaissances élémentaires des stratégies de résolution des conflits seraient souvent plus utiles aux couples en dispute que des massages et des cachets contre la migraine.

Dr Urs Pilgrim, Muri (AG)



Urs Pilgrim dirige depuis 1980 un cabinet de médecine de famille et de médecine spécialisée à Muri, Argovie. Après son diplôme d'état en 1972, il a suivi, à l'université de Zurich, une formation postgraduée de médecin spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. En-dehors de sa profession, il est engagé dans la fondation Murikultur, une institution culturelle supra-régionale du canton d'Argovie et rédige des publications sur des thèmes déontologiques, médicaux et culturels.

L'ASSM publie la feuille de route «Médecine durable»

Incontestablement la médecine connaît aujourd'hui de nombreux succès. Toutefois, elle est confrontée à des défis de plus en plus exigeants: la médecine devrait simultanément tenir compte du bien-être de chaque patient, de la constante mutation des connaissances scientifiques, des besoins de la société et des conditions cadres économiques. Face à cette situation, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) avait lancé en 1999 le projet «La médecine en Suisse demain».

C'est dans le cadre de ce projet que l'ASSM avait publié en 2004 le rapport «Buts et missions de la médecine au début du 21^e siècle». Ce document contient des définitions et des concepts importants, désigne les valeurs centrales de la médecine et fixe les objectifs de la médecine, sur le modèle des «Goals of Medicine», tels qu'ils ont été formulés par le Hastings Center américain dans les années 90. Après cette clarification importante du contenu du projet «La médecine en Suisse demain», le défi est aujourd'hui d'assurer la pérennité des valeurs, buts et missions de la médecine (leur «durabilité», pour reprendre un terme du secteur de l'économie).

L'ASSM a saisi cette occasion pour charger un groupe de travail, dirigé par Daniel Scheidegger de Bâle, d'élaborer une feuille de route sur le thème de la «Médecine durable». Ce travail faisait en même temps partie du projet «Système de santé durable» lancé par les Académies suisses des sciences début 2011.

Le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises pour réfléchir à cette thématique. Après une étude de la littérature et des discussions approfondies, il a rédigé un premier projet de ce document qui a ensuite été soumis à des experts choisis dans le cadre d'une audience. Basée sur leurs remarques, une version finale a été rédigée; celle-ci a été approuvée par le comité de direction en octobre 2012 et publiée en novembre.

Ce document présente cinq facteurs susceptibles de remettre en question la durabilité de la médecine et propose en même temps de nombreuses mesures dans le sens d'une meilleure durabilité:

1. Les interventions médicales n'ont pas toujours un bénéfice ou celui-ci est surestimé respectivement mal interprété.

L'utilité des thérapies existantes et des nouvelles thérapies doit pouvoir être justifiée par rapport aux besoins du patient. Des Health Technology Assessment (HTA) indépendants, un élargissement des Medical Board et le développement de la recherche sur les services de santé devraient permettre d'atteindre cet objectif. Ce faisant, le concept du triple E (evidence, ethics, economy) est central, car il englobe également des aspects juridiques et sociaux, tels que l'égalité des chances dans l'accès aux prestations médicales. Les prestations médicales ne devraient être remboursées que lorsqu'elles satisfont à ces critères.

2. La médecine éveille – et est confrontée à – des attentes irréalistes

Il est nécessaire d'établir des guidelines indépendants, permettant au médecin et au patient de prendre les décisions d'un commun accord. Les sociétés de discipline sont invitées à établir une liste des interventions inutiles et donc superflues.

3. Les ressources en professionnels de la santé ne sont pas garanties.

Les acquis corporatifs anachroniques, dont bénéficient certains professionnels de la santé, doivent être éliminés. Par ailleurs, une meilleure coordination des formations prégraduée, postgraduée et continue des professionnels de la santé et l'établissement de nouvelles conditions cadres juridiques pour les structures des tarifs et des salaires devraient assurer un Grade-/Skill-Mix pertinent.

4. Les ressources financières du système de santé ne sont pas illimitées.

Pour une utilisation juste et pertinente des moyens financiers, il est nécessaire d'établir des registres, de procéder à des recherches sur les résultats (outcomes) et de s'orienter selon le bénéfice des patients. Il est également indispensable d'amorcer un discours socio-politique pour définir un niveau acceptable des coûts globaux de la médecine.

5. Le système de santé fixe souvent des incitations inopportunes

Ces incitations résultent, par exemple, des différentes clés de financement (pour la prise en charge ambulatoire respectivement stationnaire, Spitex, institutions de soins), des systèmes de prestations individuelles et des biais de financements forfaitaires (DRG). Un nouveau système de financement, orienté vers la qualité, l'efficacité, l'équité dans la distribution des ressources et les coûts économiques, est indispensable. Il devrait, en outre, dépasser les limites cantonales et prévenir la sur-médicalisation.

La feuille de route s'adresse en priorité aux professionnels de la santé (médecins, soignants, thérapeutes) mais également aux autres acteurs du système de santé (par ex. politique, administration, assurances, institutions de recherche). La mise en œuvre des mesures proposées dans ce document doit être vérifiée régulièrement.

La feuille de route est disponible sous forme de brochure (commande à mail@samw.ch) et sur le site internet de l'ASSM (www.samw.ch/fr > publications)



Le projet «Système de santé durable» dans la dernière ligne droite

Le système de santé suisse est source de préoccupations: il est de plus en plus difficile de garantir que les professions de la santé disposeront du personnel nécessaire. La répartition des diplômés d'aptitude professionnelle ne correspond pas aux besoins; la médecine de base est gravement menacée. Les coûts augmentent et, en même temps, les attentes envers les prestations du système de santé sont en constante augmentation. Dans ce contexte, les Académies suisses des sciences ont lancé le projet «Système de santé durable». Celui-ci englobe les deux études «Méthodes d'évaluation de l'utilité respectivement de la valeur des prestations médicales» et «Efficacité, utilisation et financement du système de santé suisse», un «publifocus » de TA-SWISS ainsi qu'une feuille de route de l'ASSM «Médecine durable». Les documents mentionnés sont disponibles sous www.akademien-schweiz.ch/gesundheitssystem et seront présentés le 4 décembre dans le cadre d'un colloque à l'hôpital de l'Ile à Berne (information sous www.akademien-schweiz.ch/fr/agenda).

Décernement du Prix Média 2012

Le 27 septembre 2012, le «Prix Média académies-suisse», doté d'un montant de 40 000 francs, a été remis, dans le cadre du congrès de ScienceComm'12 à Rapperswil, à (de gauche à droite sur la photo) This Wachter (sciences techniques), Olivier Dessibourg (sciences techniques, ne figure pas sur la photo), Odette Frey et Cécile Guerin (médecine), Fleur Daugey (sciences naturelles), ainsi qu'à An Lac Truong Dinh et Sabine Bitter (sciences humaines et sociales) pour leur travail réussi en matière de transfert d'informations. Dans son émission radio «Medizin – nur teuer oder auch nützlich?» («La médecine – seulement onéreuse ou aussi utile?»), Odette Frey demande quelle médecine nous voulons et pouvons nous permettre compte tenu de l'augmentation des coûts de santé. Quant à Cécile Guerin, elle explique, dans son émission «Maladies rares: du laboratoire au traitement», comment on peut éveiller l'intérêt des chercheurs et de l'industrie pharmaceutique pour les maladies rares. Des informations détaillées et les liens vers les différents articles et émissions se trouvent sous www.akademien-schweiz.ch/Prix-Media/2012.



«Qui doit écrire sur les sciences, si ce n'est les journalistes?»

Le congrès ScienceComm'12 s'est déroulé les 27 et 28 septembre au château de Rapperswil. Cet événement devient incontournable dans le milieu de la communication scientifique et semble être unique en Europe centrale sous cette forme. 194 personnes ont répondu à l'invitation de la Fondation Science et Cité et se sont rendues à Rapperswil. Des 74 présentations et ateliers, nous en évoquerons un ci-après: Beate Kittl, membre du comité de direction du club suisse de journalisme scientifique, a fait l'exposé d'introduction lors de la remise du «Prix Média des Académies suisses». Dans son exposé intitulé «Qui doit écrire sur les sciences, si ce n'est les journalistes?», elle déplore la diminution alarmante de rédacteurs scientifiques face à une armée grandissante de chargés de communication des hautes écoles et des institutions de recherche. Ainsi, les communicateurs prendraient insidieusement la place des journalistes. Comme exemple d'un journalisme scientifique exemplaire, Beate Kittl a cité les émissions récompensées cette année par le Prix Média en médecine: «Dans son émission concernant l'absence de recherche sur les maladies rares, Cécile Guerin dévoile les relations et les flux d'argent entre la recherche publique et l'industrie pharmaceutique». Et Odette Frey a même l'audace de demander si la médecine est seulement onéreuse ou si elle est aussi utile. Le service de communication d'un hôpital universitaire oserait-il soulever une telle question? Ou jugerait-il seulement nécessaire de la poser? Je présume que non.»

Evolution du magazine de recherche «Horizons»

Le magazine de recherche «Horizons» sera désormais publié par l'Académie Suisse des Sciences Médicales et par le Fonds national suisse. Quatre fois par an, il met en évidence les interfaces entre la science, la politique et la société et informe des derniers résultats et des nouvelles connaissances acquises dans toutes les disciplines scientifiques. Horizons s'adresse à un large public intéressé par les questions scientifiques. L'abonnement à ce magazine est gratuit; il peut également être téléchargé en format pdf sous www.akademien-suisse.ch.



NÉCROLOGIE

Décès du Professeur Walter Hitzig, Président de la Commission Centrale d'Ethique de 1992 à 2000

Le 9 octobre dernier, le Professeur Walter Hitzig s'est éteint à l'âge de 90 ans, après une vie bien remplie. L'ASSM reconnaît avec gratitude l'engagement profond de Walter Hitzig pour son travail au sein de l'Académie, pour lequel il avait été nommé membre d'honneur en 2000. En tant que pédiatre à l'hôpital des enfants de Zurich, Walter Hitzig a vécu et anticipé de façon exemplaire la connexion étroite entre l'activité clinique et la recherche, tout particulièrement comme hématologue et oncologue. Ses études novatrices sur les déficiences immunitaires infantiles, leurs causes et leur traitement par l'introduction précoce de la transplantation de moëlle épinière ont été particulièrement remarquables et lui ont valu une reconnaissance internationale.

Pendant de longues années, Walter Hitzig s'est engagé pour l'ASSM; il a notamment été son Vice-Président de 1988 à 1992 et le Président de la Commission Centrale d'Ethique de 1992 à 2000. En tant que dirigeant du principal secteur d'activité de l'ASSM, son engagement infatigable, mu par un sens aigu des responsabilités, mérite une reconnaissance profonde. Durant son mandat, plusieurs directives éthiques ont été élaborées et publiées; celles-ci ont été accueillies avec gratitude par le corps médical et la société et ont largement contribué au prestige de l'ASSM. Les problèmes traités dans ces directives concernaient les examens génétiques sur l'homme (1993), les transplantations d'organes (1995), la définition et le diagnostic de la mort (1996), les expérimentations sur l'être humain (1997) et les xénotransplantations (2000), des thèmes parfois vivement controversés. Aussi exigeantes qu'aient été ces tâches, Walter Hitzig les a assumées de manière exemplaire et avec beaucoup d'engagement. Il a ainsi contribué personnellement à leur réussite et, plus largement, au succès de l'ASSM. Nous lui en restons profondément reconnaissants.

Ewald R. Weibel, Président de l'ASSM 1997–2000

Prise de position de la Commission Centrale d'Éthique (CCE) sur l'introduction du Praenatest

Depuis juillet 2012, un nouveau test de diagnostic prénatal, le Praenatest pour la détection de la trisomie 21, est disponible en Suisse. La Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique recommande de procéder à ce test uniquement sur des patientes considérées à haut risque de trisomie 21. Pour le moment, ce test n'a pas encore été validé pour une utilisation généralisée. Le Praenatest a été vivement controversé dans les médias; la CCE a pris position sur les différents aspects éthiques et formulé des recommandations.

Dans sa prise de position, la CCE souligne à quel point il est important de laisser assez de temps aux futurs parents pour prendre leur décision concernant la réalisation du Praenatest dans le calme et pour que les attentes auxquelles ils sont confrontés comme couple ou comme individu puissent être mûrement réfléchies. Pour un couple qui souhaite avoir un enfant en bonne santé, les offres de diagnostic prénatal peuvent représenter une nouvelle option d'autodétermination. Dans le domaine du diagnostic prénatal, il existe de plus en plus de nouvelles techniques qui, à première vue, semblent dépourvues de danger, mais exposent les futures mères respectivement les futurs parents au risque de consentir à des tests dont ils ne mesurent pas toujours la portée. Le caractère non invasif de ces méthodes et les chances élevées d'avoir un résultat rassurant incitent les futurs parents à consentir rapidement aux tests en pensant que, le cas échéant, des décisions éthiques difficiles peuvent être reportées. Toutefois, en présence d'un risque élevé ou d'un diagnostic formel de trisomie 21, la décision doit souvent être prise dans l'urgence et sous l'emprise de fortes émotions. De plus, la liberté de décision peut être entravée, lorsque, sous la pression sociale, les futurs parents se sentent obligés de saisir

la possibilité d'éviter la naissance d'un enfant trisomique.

Dans sa prise de position, la CCE recommande d'observer les points suivants:

- Le conseil aux femmes enceintes en vue d'un diagnostic prénatal doit garantir une prise de décision autonome.
- Des connaissances sur le dépistage prénatal et ses implications éthiques devraient être diffusées le plus tôt possible (par exemple dans le cadre de la formation scolaire).
- Le soutien et l'intégration sociale de personnes atteintes de trisomie et de leur famille doivent être améliorés.
- La protection de personnes avec des particularités génétiques contre toute forme de discrimination, telle qu'elle est garantie dans la constitution, doit au minimum être appuyée.

Les directives médico-éthiques «Mesures de soins intensifs» sont mises en consultation

Depuis la publication des directives «Problèmes éthiques aux soins intensifs» en 1999, les possibilités de maintenir un patient en vie grâce à des moyens techniques et des médicaments se sont considérablement développées. En même temps, les attentes de la population à l'égard des possibilités thérapeutiques jusqu'à un âge avancé ont, elles aussi, évolué. De nos jours, la médecine intensive est en proie à des tensions croissantes entre, d'un côté, les exigences des patients et de leurs proches et de l'autre celles des médecins prescripteurs; ces tensions sont également alimentées par les questionnements éthiques concernant la pertinence de certaines interventions ainsi que les limites de financement dictées par la politique, les assurances et l'administration. Parallèlement, la pénurie de personnel pèse d'autant plus lourd que la médecine intensive doit de plus en plus souvent assumer des tâches qui, en fait, n'entrent pas dans son domaine d'appli-

cation. Dans ce champ de tensions, il est nécessaire de définir des bases et des recommandations claires pour une utilisation efficace des mesures de soins intensifs. Les directives de 1999 ne pouvaient pas encore tenir compte de cette évolution. C'est pourquoi, en mars 2010, la Commission Centrale d'Éthique a chargé une sous-commission, dirigée par le Prof. Reto Stocker de Zurich, de la révision complète des directives «Problèmes éthiques aux soins intensifs».

Le domaine d'application des directives révisées englobe toutes les mesures de soins intensifs mises en œuvre pour le diagnostic et le traitement de situations et de maladies dans lesquelles le pronostic vital est engagé. Les mesures de soins intensifs sont le plus souvent appliquées dans une unité de soins intensifs, mais il arrive aussi fréquemment que l'on ait recours à ces mesures dans des situations d'urgence préclinique, au service des urgences ou dans d'autres services; c'est pourquoi elles font partie du domaine d'application de ces directives, même en-dehors de l'unité de soins intensifs. Le projet de directives rappelle les objectifs et l'étendue des soins intensifs et définit les notions de base importantes pour la prise de décision. Pour conclure, les conséquences pour la mise en œuvre dans les différents domaines médicaux sont exposées. Les directives insistent particulièrement sur les processus de décisions au sein de l'unité de soins intensifs (par ex. lors de l'admission, du transfert et du triage). Dans l'annexe des directives, les systèmes de scoring usuels sont décrits et des recommandations pour la mise en œuvre des directives sont formulées.

Le projet de directives devrait être approuvé pour sa mise en consultation, par le Sénat de l'ASSM, le 29 novembre 2012. Les remarques et suggestions peuvent être adressées au secrétariat général de l'ASSM jusqu'à fin février 2013.

Les nouvelles recommandations de l'ASSM «Soutien éthique en médecine» sont disponibles sous forme de brochure

En mai 2012, le Sénat de l'ASSM a approuvé les recommandations «Soutien éthique en médecine». Celles-ci décrivent les structures et méthodes de soutien éthique, d'une part, et donnent des conseils pour l'établissement de structures d'éthique, d'autre part. Elles s'adressent non seulement à tous ceux qui proposent un soutien éthique, mais également aux institutions des domaines stationnaires et ambulatoires qui souhaitent établir ou développer une telle offre.

Les recommandations sont à présent disponibles sous forme de brochure et peuvent être commandées auprès du secrétariat général de l'ASSM. Au 1.1.2013 toutes les directives et recommandations de l'ASSM seront adaptées au nouveau droit de protection des adultes et imprimées dans une nouvelle mise en page.

COMITÉ DE DIRECTION

Les membres du Comité de Direction et de la Commission Centrale d'Éthique révèlent leurs liens d'intérêts

Lors de la séance du Sénat du 29 mai dernier, certains participants ont souhaité que les membres du Comité de Direction et du Sénat révèlent leurs liens d'intérêts. Si sur le fond, le Comité de Direction est favorable à cette demande, il considère toutefois que l'investissement nécessaire serait trop élevé et pas tout à fait justifié pour les membres du Sénat. En revanche, il préconise que les membres de la Commission Centrale d'Éthique fassent également part de leurs liens d'intérêts. Le formulaire correspondant contient les points suivants:

1. relations de travail, position de dirigeant ou mandat de conseiller d'administration dans une entreprise privée ou de service public
2. activité de conseiller ou d'expert rémunérée auprès d'une entreprise privée et autres honoraires perçus dans les deux dernières années (>CHF 10 000.- par an)
3. financement de vérifications scientifiques (tous les paiements perçus dans le cadre d'un projet de recherche, par un sponsor commercial ou autre, dans les deux dernières années)
4. activité actuelle au sein d'un comité de direction dans une organisation professionnelle et/ou une société de discipline.

Les formulaires sont conservés et classés au secrétariat général de l'ASSM et peuvent être consultés sur demande.

Dispositions d'exécution concernant la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain: prise de position de l'ASSM

Fin août 2012, le Département fédéral de l'intérieur a ouvert la procédure d'audition sur les ordonnances concernant la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH). Les dispositions d'exécution sont divisées en trois ordonnances: l'ordonnance sur les essais cliniques (ORH1), l'ordonnance sur les projets de recherche sur l'être humain à l'exception des essais cliniques (ORH2) et l'ordonnance concernant l'organisation (Org LRH). Dans sa prise de position, l'ASSM souligne les principales attentes que doivent satisfaire les dispositions d'exécution:

- des conditions harmonisées au niveau international;
- des déroulements administratifs uniformes et rigoureux;
- une répartition claire des tâches et des compétences entre les commissions d'éthique et Swissmedic;
- pas de grèvement supplémentaire du budget de la recherche après l'entrée en vigueur de la LRH;
- une adaptation flexible aux développements internationaux.

L'ASSM conclut que la présente version des dispositions d'exécution ne satisfait que partiellement ces exigences. Malgré la densité normative élevée, la répartition des tâches entre Swissmedic, les commissions d'éthique et l'OFSP (en tant qu'organe de coordination) n'est pas assez claire. Selon l'ASSM, également la structure des dispositions d'exécution n'est pas aisément compréhensible. La répartition en trois ordonnances d'exécution exige, d'une part, de nombreux renvois à des références et donne lieu à des redondances qui compliquent la lecture, d'autre part. En outre, le projet de réglementation ne tient pas assez compte du fait que, dans certains domaines de la médecine (par exemple en pédiatrie), des traitements doivent être appliqués «off label» (c'est-à-dire pour des indications non-homologuées), bien qu'ils soient établis comme standards et appliqués selon des directives reconnues aux niveaux national et international. La recherche concernant l'application pertinente et économique de telles thérapies revêt une importance majeure; celle-ci ne devrait pas être compliquée par des conditions cadres trop restrictives. L'ASSM considère qu'il est important de revoir ce texte.

SÉNAT

Nouveaux membres d'honneur, individuels et correspondants de l'ASSM

Lors de sa séance du 29 mai 2012, le Sénat de l'Académie Suisse des Sciences Médicales a nommé le *Professeur Franco Cavalli* de Bellinzona membre d'honneur. Les *Professeurs Dominique de Quervain* de Bâle, *Hans Hoppeler* de Berne, *Ulrich Hübscher* de Zurich, *Andreas Papassotiropoulos* de Bâle, *Nelly Pitteloud* de Lausanne, *Felix Sennhauser* de Zürich et *Amalio Telenti* de Lausanne ont été nommés membres individuels de l'Académie et les *Professeurs Georg Holländer* d'Oxford (GB) et *Roland Walter* de Seattle (USA) membres correspondants.

Les statuts de l'ASSM stipulent que le Sénat peut nommer comme membres individuels des «personnalités qui se sont illustrées par des prestations scientifiques exceptionnelles liées à la médecine»; il peut conférer le titre de membre d'honneur à des personnalités «qui ont rendu d'éminents services à la promotion de la science, au système de santé et/ou à l'ASSM» et celui de membre correspondant à des «savants résidant à l'étranger qui se sont illustrés par des prestations scientifiques exceptionnelles liées à la médecine». Les certificats seront remis aux nouveaux membres dans le cadre d'une petite cérémonie lors de la séance du Sénat du 29 novembre 2012.

Membre d'honneur



Prof. Franco Cavalli

Membres individuels



Prof. Dominique de Quervain



Prof. Hans Hoppeler



Prof. Ulrich Hübscher



Prof. Andreas Papassotiropoulos

Membres correspondants



Prof. Georg Holländer



Prof. Roland Walter



Prof. Nelly Pitteloud



Prof. Felix Sennhauser



Prof. Amalio Telenti



SAMW
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

ASSM
Académie Suisse des Sciences Médicales

ASSM
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche

SAMS
Swiss Academy of Medical Sciences

Le bulletin de l'ASSM paraît 4 fois par an en 3500 exemplaires (2600 en allemand et 900 en français).

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

Rédaction:
Dr Valentin Amrhein

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

Traduction:
Dominique Nickel

Présentation:
Howald Fosco, Bâle

Imprimé par:
Kreis Druck AG, Bâle

ISSN 1662-6036

a⁺
Membre des Académies suisses des sciences