

La multimorbidité: un défi des temps modernes 1

Editorial 2

La qualité de vie en dépit de la multimorbidité 4

Dissolution de la FSBMB et reprise des bourses par la FNS 6

Le professorat de «soins palliatifs» est attribué à l'université de Berne 6

Feuille de route «Un système de santé durable»: nouveau site internet 6

Etude de l'ASSM «Attitude du corps médical face à l'assistance au suicide» 7

«Médecine et économie – quel avenir?»: Feuille de route de l'ASSM 7

Charte «Collaboration entre les professionnels de la santé» 8

Nouveaux membres d'honneur et individuels de l'ASSM 8



## La multimorbidité: un défi des temps modernes

Selon l'agenda «Santé 2020» du Conseil fédéral, la recherche portant sur l'efficacité des thérapies doit être orientée vers le patient. Environ 30 pour cent des habitants de Suisse et d'autres pays européens souffrent simultanément de plusieurs maladies, souvent chroniques (multimorbidité). Alors que l'on constate une augmentation manifeste de la multimorbidité, la formation universitaire, la recherche et les structures des prestations sont restées, ces dernières décennies, de plus en plus orientées vers les pathologies isolées. Face à ce contexte, l'ASSM a décidé de définir la «multimorbidité» comme l'une de ses priorités dans le programme pluriannuel 2017–2020. Dans les articles ci-dessous, le Prof. Edouard Battegay, médecin-chef du service de médecine interne de l'hôpital universitaire de Zurich, présente la multimorbidité comme thème d'avenir de la recherche et de la prise en charge médicale, d'une part, et le Prof. Mike Martin du centre de gérontologie de l'université de Zurich présente le centre de compétences «Multimorbidity.NET», d'autre part.

Actuellement, l'espérance de vie à la naissance en Suisse est la plus élevée au monde. Depuis 1900, elle a pratiquement doublé; de 46,2 à 80,5 ans pour les hommes et de 48,9 à 84,8 ans pour les femmes<sup>1</sup>. L'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine ont largement contribué à cette évolution. De nos jours, les patients survivent à une première maladie aiguë ou chronique et en développent ensuite une deuxième à laquelle ils survivent, en développent une troisième et y survivent etc. C'est le cas, par exemple, pour les hypertensives, le diabète, les infarctus, les insuffisances cardiaques, les embolies pulmonaires, les

hémorragies gastriques, les insuffisances rénales, le SIDA, les problèmes de drogues, les maladies psychiatriques comme la schizophrénie et divers types de cancers.

### La multimorbidité est le cas de figure le plus fréquent

En surmontant des maladies isolées, les patients deviennent multimorbides. Les premières données relevées à ce sujet indiquent que 22% des personnes de 50 ans et plus sont multimorbides en Suisse. A 85 ans, ce chiffre est doublé<sup>2</sup>. Une étude de grande envergure réalisée en Écosse, incluant 1,7 millions de personnes, a conclu qu'environ

1 [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html)

2 Moreau-Gruet, Bulletin de l'Observatoire suisse de la santé 2013/4



Prof. Peter Meier-Abt,  
Président

## Multimorbidité – polypharmacie – médecine systémique – réseaux de soins: la boucle est bouclée!

La multimorbidité constitue un des défis majeurs de la médecine du futur. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, de plus en plus de personnes souffrent simultanément de deux ou plusieurs maladies chroniques. La polypharmacie, c'est-à-dire l'administration simultanée de quatre médicaments ou plus au même patient, est une conséquence de ces comorbidités. Et il ne s'agit en aucune façon de phénomènes nouveaux. Depuis ma période d'assistantat dans les années 70, les pharmacologues cliniques et autres spécialistes mettent en garde contre les interactions multiples et souvent néfastes des médicaments. De même, l'influence potentiellement nuisible de plusieurs maladies chroniques (par exemple arthrose, adiposité, diabète sucré et hypertension artérielle) est connue

depuis longtemps. Alors pourquoi ces anciens phénomènes redeviennent d'actualité? Parmi les réponses à cette question, on peut citer, par exemple, la multiplication des cas suite à l'augmentation de l'espérance de vie, l'amélioration des possibilités diagnostiques, la prise de conscience des limites de la médecine spécifique aux organes, l'absence de références concernant le degré de complexité de la multimorbidité et/ou l'absence de recettes probantes pour la gestion optimale de nombreuses maladies systémiques.

Pourtant, c'est précisément dans la recherche sur les maladies systémiques que des progrès évidents ont été réalisés ces dernières années. La biologie systémique a révélé l'importance des cascades de signalisation cellulaire complexes pour la pathophysiologie de maladies chroniques. Grâce à des associations de profils moléculaires individuels avec des phénotypes cliniques et/ou des données de santé individuelles, cette médecine systémique peut être de plus en plus individualisée. Et peut-être existe-t-il des «clusters» moléculaires épigénétiques qui déterminent certains modèles de multimorbidité. Si cette hypothèse – soutenue de diverses parts – devait s'avérer exacte, la tendance actuelle à la «médecine personnalisée» basée sur des données pourrait fournir de nouvelles approches pour la prévention et/

ou le traitement de formes spécifiques de multimorbidité. A cet égard, on peut mentionner la pratique de plus en plus populaire du «Self-Tracking» des habitudes de vie et des fonctions corporelles individuelles, dont les données peuvent être évaluées pour planifier le «Healthy Ageing» (cf. l'article de Mike Martin).

Et ainsi, la boucle sera bouclée. Cela signifie que la multimorbidité ne peut être prévenue et gérée avec succès qu'au sein d'un vaste réseau intégratif de soins, dans lequel les patients multimorbides sont pris en charge par des médecins spécialistes et généralistes qui collaborent étroitement avec d'autres professionnels de la santé. Une telle prise en charge intégrative doit, par ailleurs, être en lien étroit avec la recherche en médecine systémique, car la preuve de son efficacité dépend largement de la qualité de la recherche biomédicale fondamentale, de la recherche clinique et/ou de la recherche sur les services de santé ou de la recherche d'implémentation. Les répercussions touchent l'ensemble de la structure des soins, comme le souligne à juste titre Edouard Battégay dans l'article ci-dessous. Les considérations économiques ne doivent pas freiner le développement nécessaire vers un système intégratif des soins qui soutient davantage la médecine globale, car «le patient a toujours raison».

50% des personnes souffraient d'un ou de plusieurs troubles. Environ 80% d'entre elles souffrent simultanément de plusieurs troubles et sont, par conséquent, multimorbides. Ceci correspond à environ 30% de la population<sup>3</sup>. Selon cette étude, chaque 15<sup>e</sup> enfant serait multimorbide et, chez les personnes âgées, la multimorbidité est de règle.

De nos jours, lorsque les patients entrent en contact avec le système de santé, la multimorbidité est le cas de figure le plus fréquent. Cette évolution a tendance à se renforcer et se confirmer au niveau mondial. Selon la définition retenue, notre groupe de recherche «Multimorbidité» a identifié, parmi tous les patients hospitalisés en médecine interne à l'hôpital universitaire de Zurich, entre 70% et 90% de patients sévèrement multimorbides<sup>4</sup>.

Ces dernières années, les aspects relatifs à la multimorbidité ont retenu l'attention des patients, des médecins, des professionnels de la santé en général, des organismes payeurs et des politiciens. Dans le cadre de leur prise en charge médicale, les patients souhaitent avoir un interlocuteur qualifié fixe. Les politiciens et les organismes payeurs attendent des prestations de haute qualité à un coût adéquat.

### Thèses de base concernant la multimorbidité

- La plupart des personnes ayant recours aux prestations du système de santé sont multimorbides.
- Les fournisseurs de prestations et le système de santé doivent développer des approches adéquates pour les prestations aux patients multimorbides.

### La «multimorbidité»: un terme difficile à définir

La définition de la multimorbidité est extrêmement ambitieuse. Il arrive souvent que les défis de la médecine clinique ne soient pas assez pris en compte. Ci-dessous quelques définitions à titre d'exemples:

- Multimorbidity is the co-occurrence of multiple chronic or acute diseases and medical conditions within one person<sup>5</sup>.
- Multimorbidity is the co-existence of two or more chronic conditions where one is not necessarily more central than the others<sup>6</sup>.
- Multimorbidity is defined as any combination of chronic disease with at least one other disease (acute or chronic) or biopsychosocial factor (associated or not) or somatic risk factor<sup>7</sup>.

Les définitions actuelles sont souvent trop extensives, trop peu précises ou simplement inadaptées aux besoins et aux enjeux de la situation aiguë et de la prise de décision (medical decision making). Ainsi, par exemple, un patient hospitalisé au service des urgences suite à un

3 Barnett et al, Lancet. 2012

4 Schneider et al., Swiss Med Wkly 2012

5 von den Akker et al., Eur J Gen Pract. 1996

6 Boyd and Fortin, Public Health Reviews 2010

7 Le Reste et al., JAMDA 2013

infarctus aigu et souffrant simultanément d'une maladie chronique de la peau, totalement accessoire et sans aucun rapport avec le problème actuel, pourrait être qualifié de multimorbide. Selon la définition très extensive de Reste et al., même un patient avec une maladie de la peau chronique et secondaire, négligée en raison d'une situation financière difficile suite à la perte de son emploi<sup>8</sup>, serait «multimorbide». L'index de comorbidité selon Charlson<sup>9</sup> constitue une définition beaucoup plus restrictive. Seuls 22 diagnostics, dont l'importance à long terme est pronostiquée, sont répertoriés; par la suite, cet index a été développé par d'autres chercheurs. Toutefois, il ne se réfère pas non plus aux enjeux des situations aiguës. Même le fait d'utiliser des termes comme «disease», «disorder», «risk factor», «problem» ou «diagnosis» dans une définition est significatif dans la pratique quotidienne.

Pour résoudre le problème de santé d'un patient au moyen d'un procédé diagnostique ou thérapeutique, nous utilisons les standards of care (Standard Operating Procedures) dans le quotidien clinique. Ces standards reposent sur des études, des guidelines, la médecine empirique et les conditions locales. Si, en présence de deux problèmes de santé, il était possible d'appliquer simplement les standards respectifs, le problème serait, en théorie, purement quantitatif. Mais, la plupart du temps, les mesures pour pallier aux deux problèmes sont incompatibles (Disease-Disease Interactions: DDIs) et se heurtent à des situations de dilemme. La présence de plusieurs problèmes médicaux représente un enjeu clinique particulier.

### La multimorbidité et les interactions entre plusieurs maladies

Dans une étude rétrospective, nous avons quantifié les interactions légères et sévères respectivement les conflits thérapeutiques. Pour ce faire, nous avons analysé les données de patients hospitalisés en médecine interne après un passage au service des urgences de l'hôpital universitaire de Zurich. Chez 166 patients multimorbides, nous avons trouvé en moyenne 6,6 diagnostics actifs (!) et un total de 239 conflits thérapeutiques. 41% des patients sont en léger conflit thérapeutique et 29% en conflit thérapeutique sévère.

#### Des exemples d'une situation de conflit facilement gérable et d'une situation difficilement gérable (DDIs)

*Exemple d'une interaction relativement facile à gérer:* Un patient diabétique de 56 ans souffre en plus d'une artérite temporale (inflammation rare des vaisseaux, de type rhumatismal). Cette affection exige la prise d'une dose élevée de stéroïdes (cortisone) afin d'éviter un risque de cécité. Les stéroïdes aggravent légèrement jusqu'à sévèrement le taux de glycémie et le diabète. Il existe une interaction (DDI) respectivement un conflit thérapeutique entre le traitement optimal de ces deux diagnostics.

*Exemple d'une interaction sévère relativement difficile à gérer:* Un patient de 76 ans sous anticoagulants suite à un problème cardiaque est victime d'une hémorragie gastrique. Le patient devrait immédiatement cesser de prendre les anticoagulants, ce qui est impossible en raison de son problème cardiaque.

L'expérience montre que les interactions entre les maladies somatiques graves et les troubles psychiatriques sévères sont particulièrement difficiles à gérer. D'une part, les données scientifiques font défaut, et d'autre part, il n'existe guère d'institutions ambulatoires et stationnaires qui traitent en même temps les maladies aiguës somatiques et les troubles psychiatriques.

Les interactions extrêmement fréquentes entre les différents diagnostics, d'une part, et entre les diagnostics, les caractéristiques des patients et les conditions sociales, d'autre part, constituent, pour les médecins et les soignants, des défis majeurs (voir à ce sujet l'article du Prof. Mike Martin dans ce bulletin) et sont ressenties comme «multimorbidité» au sens étroit du terme.

Les interactions entre différentes maladies montrent que la multimorbidité au sens étroit n'est pas simplement la somme de plusieurs maladies isolées. Elles révèlent des tableaux cliniques personnels distincts et complexes qui divergent quant à la manifestation de leurs différentes composantes.

### La multimorbidité comme thème d'avenir de la recherche et de la prise en charge médicale

Il est intéressant de constater qu'il n'existe guère de données scientifiques probantes ou de directives opérationnelles applicables concernant des situations de conflits ou de dilemmes fréquentes (comme par exemple l'hémorragie gastrique)<sup>10,11</sup>. En d'autres termes, la prise de décision (medical decision making) dans les interactions entre les maladies ou les situations de dilemme ne fait toujours pas partie de l'Evidence based Medicine. A cet égard, il s'agit de garder à l'esprit que les études randomisées ne seront réalisables que pour les principales interactions entre les maladies. Récemment, des conditions cadres ont été proposées sur la manière de concevoir des guidelines pour les patients multimorbides<sup>12,13</sup>.

La recherche sur la multimorbidité n'en est qu'à ses débuts. La Suisse dispose encore de peu de données épidémiologiques sur la multimorbidité. Les patients multimorbides sont fréquemment exclus des études cliniques et ne sont donc guère concernés par les résultats de ces études. La plupart du temps, il n'existe pas de données médicales fondées. La complexité des problèmes de la multimorbidité exige des approches innovantes et des nouvelles méthodes, afin d'être en mesure d'élaborer des directives personnalisables et orientées vers les patients et les pathologies. La mise en place d'un traitement exige non seulement la prise en compte de questions médicales centrales, mais également des attentes concernant la gestion de la maladie et la qualité de vie des patients et de leurs proches.

La multimorbidité confronte le système de santé à des défis majeurs. Les structures actuelles du système de santé ne sont pas adaptées aux besoins des patients multimorbides, car la fragmentation de la prise en charge médicale entre différents fournisseurs de prestations fait obstacle à une prise en charge coordonnée et intégrée. Comme exemple d'une intégration insuffisante, on peut citer l'absence de dossiers électroniques des patients au niveau national qui entraîne des pertes d'informations, des inefficacités et de nombreuses redondances lors de la prise en charge de patients multimorbides; ceux-ci se meuvent tout à fait librement dans le système de santé. Cet éparpil-

8 «multimorbidity is defined as any combination of chronic disease with at least ... a biopsychosocial factor, any risk factor, the social network, the burden of diseases, the health care consumption, and the patient's coping strategies may function as modifiers of the effects of multimorbidity»

9 [http://en.wikipedia.org/wiki/Comorbidity#Charlson\\_index](http://en.wikipedia.org/wiki/Comorbidity#Charlson_index)

10 Gutermann et al., Manuscript submitted

11 Muth et al., J Clin Epidemiol 2014

12 Uhlig et al., J Gen Intern Med 2014

13 Guthrie et al., BMJ 2012

lement de la prise en charge porte préjudice aux patients multimorbides, est incompatible avec les principes de la sécurité des patients et de la qualité et cause un dommage économique au système de santé.

### Approches possibles pour une recherche innovante sur la multimorbidité

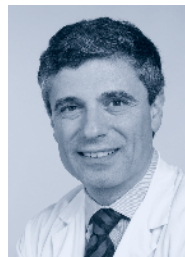
Les différentes approches de la recherche sur la multimorbidité sont basées, d'une part, sur la recherche médicale traditionnelle avec des analyses rétrospectives et prospectives et des études randomisées. Parallèlement, la recherche sur la multimorbidité doit s'inspirer des développements scientifiques et des méthodes de la recherche de complexité, de la biologie systémique, de la médecine personnalisée, des sciences sociales et des sciences de l'informatique.

L'objectif du centre de compétences Multimorbidité (<http://multimorbidity.uzh.ch>) de l'université de Zurich est d'étudier les interactions médicales complexes entre les différentes maladies et avec le patient et son environnement, avec des approches interdisciplinaires et au plus haut niveau scientifique ainsi que de développer, tester et, le cas échéant, d'implémenter des modèles pour optimiser la prise en charge. Ce faisant, la «Personal Health Care», c'est-à-dire une prise en charge adaptée à une situation spécifique et des caractéristiques personnelles, est au premier plan.

### Conclusion et plaidoyer pour une meilleure prise en compte de la multimorbidité

Les prestations, la recherche et l'enseignement dans le domaine de la multimorbidité exigent des engagements stratégiques et opérationnels pour une vision intégrative, tant en ce qui concerne les patients que pour le système de santé. Pour les patients multimorbides, il est nécessaire que les généralistes et les spécialistes coopèrent d'égal à égal, de manière coordonnée et intégrée, qu'ils exercent en cabinet ou en milieu hospitalier. Le développement et la mise en œuvre d'une prise en charge orientée vers les patients et les objectifs est indispensable pour répondre aux besoins des patients multimorbides. Pour ce faire, la recherche – qu'elle soit conventionnelle ou «complexe» – et un financement adéquat sont nécessaires.

*Prof. Edouard Battegay, Zurich*



**Edouard Battegay** est directeur de la clinique et policlinique de médecine interne à l'hôpital universitaire de Zurich; il dirige, avec le Prof. Mike Martin, le Centre de compétences Multimorbidité de l'Université de Zurich et le programme de recherche «Dynamics of Healthy Aging» à l'hôpital universitaire de Zurich.

# La qualité de vie en dépit de la multimorbidité:

## les individus au cœur de la recherche et de la prise en charge

Dans le réseau de compétences «Multimorbidity.NET» de l'université de Zurich, des médecins et des psychologues travaillent, avec le modèle «Healthy Ageing», à des nouveaux concepts pour la prise en charge de personnes multimorbides.

L'approche de la recherche «Healthy Ageing» trouve son origine dans le domaine de la gérontologie. Le principal aspect de cette approche est le rôle clé de la qualité de vie des individus. Ainsi, il ne s'agit pas de définir si une personne est «malade» ou «en bonne santé», mais bien plus de comprendre les besoins de chaque personne (malade ou non) qui lui permettent d'atteindre ses principaux objectifs quotidiens. Parmi ces objectifs, on compte notamment l'autonomie et l'intégration sociale. Il peut toutefois s'agir d'autres objectifs quotidiens – souvent plusieurs à la fois – qui déterminent la qualité de vie.

La santé au niveau de chaque individu doit être rétablie en tenant compte des conditions quotidiennes souvent changeantes, d'où la dénomination d'«age-ing» qui indique qu'il s'agit d'un processus. La recherche «Healthy Ageing» explore les facteurs permettant aux différents individus de préserver leur autonomie et leur intégration

sociale dans les conditions changeantes de leur quotidien. D'un point de vue médical, il s'agit là d'un processus (de santé) individualisé et non pas d'un état (de santé) personnalisé.

L'approche «Healthy Ageing» peut être expliquée à l'aide de quatre questions clés.

### Comment les conditions d'un vieillissement en bonne santé peuvent-elles être améliorées?

Nombre de personnes ne souhaitent pas vivre en se demandant à chaque instant comment ils doivent se comporter pour éviter de contracter toutes les maladies possibles. Ils ont pourtant la volonté de vivre une vie autonome et pleine de sens avec une qualité de vie élevée. Une base de données probantes destinée aux interventions dont l'objectif est de promouvoir la santé, l'intégration sociale et l'autonomie constitue dès lors un complément important aux interventions uniquement destinées à éviter les maladies.

Pour ce faire, le regard doit être déplacé des symptômes des maladies vers les conditions de vie des individus. Ainsi, on peut comprendre aisément qu'en présence de la même

symptomatique, des traitements différents soient appliqués selon les différentes situations de vie individuelles. Pourtant cette connaissance pratique n'a pas encore trouvé sa place dans la recherche clinique qui étudie l'efficacité d'interventions identiques par groupes de personnes symptomatiques. L'approche «Healthy Ageing» peut alors endosser une fonction innovatrice grâce au développement d'algorithmes de traitement standardisés. Les algorithmes standardisent, pour chaque individu, les étapes du diagnostic et du traitement. Ainsi, grâce aux études randomisées contrôlées établies, il est possible de collecter systématiquement des données pour le meilleur traitement possible et de tenir compte de la situation de vie individuelle.

### Comment la santé peut-elle être stabilisée?

L'un des principaux objectifs des interventions est de stabiliser la qualité de vie, comme par exemple dans le domaine des soins palliatifs. Avec les nouvelles méthodes de la recherche «Healthy Ageing», pour la première fois, les effets de la stabilisation peuvent être analysés au même titre que l'ont été jusqu'alors les modifications. Ainsi, la nouvelle recherche permet de disposer de méthodes analytiques pour l'identification précoce des déficits, la constatation des progrès et les possibilités de stabilisation.

### Comment les effets des interventions sur la santé peuvent-ils être constatés au quotidien?

Encore impensable il y a peu de temps, les développements techniques dans le domaine de la mesure mobile des données mettent à disposition des outils permettant de réaliser une recherche systématique sur les interventions individualisées, avec de larges échantillons. L'analyse des données de santé quotidiennes est difficile. Dans le quotidien, il est nécessaire de combiner plusieurs sources de données pour être en mesure de les interpréter. On parle alors de «contextualisation des données de santé» dans la recherche «Healthy Ageing». En plus d'une multitude de compétences méthodologiques dans le domaine de la recherche clinique, la recherche «Healthy Ageing» met à disposition une grande quantité de connaissances dans l'évaluation combinée de plusieurs sources de données.

### Combien existe-t-il de moyens équivalents pour stabiliser et améliorer la santé?

La recherche systématique d'un nombre aussi important que possible de moyens de stabiliser la santé est au cœur de la recherche «Healthy Ageing». La recherche clinique cherche la plupart du temps les interventions efficaces pour un grand nombre de personnes et ne trouve la plupart du temps que des interventions aux faibles effets. L'objectif de la recherche «Healthy Ageing» est également de déterminer autant de possibilités d'interventions que possible qui agissent aussi efficacement que possible sur les individus. C'est ce que l'on appelle «Pathways to health». Cette dénomination indique qu'il existe de nombreux chemins pouvant mener au même but – à savoir la santé.

### Réseau de compétences «Multimorbidity.NET»

La multimorbidité est l'un des principaux thèmes qui révèle les avantages du concept «Healthy Ageing». Trois points de vue sont représentés dans le «Multimorbidity.NET»:

1. La multimorbidité se répercute différemment, selon les individus, sur le maintien de la qualité de vie au quotidien. L'évaluation des résultats doit systématiquement tenir compte de la complexité des maladies, mais également des conditions de vie et des objectifs individuels. Dans ce but, les experts en «Healthy Ageing» proposent des instruments individuels pour mesurer les résultats de santé.
2. La multimorbidité exige des interventions combinées qui soient aussi efficaces que possible au quotidien pour les personnes concernées et en même temps aussi simples que possible. La méthode «Healthy Ageing» permet d'utiliser de grandes quantités de données pour définir la meilleure combinaison d'interventions pour un grand nombre de personnes multimorbides. Ces combinaisons basées sur des données probantes, nommées Least Complex Interventions (LCI), sont transposées dans des guidelines pour praticiens, leur permettant ainsi de faire des prescriptions à la fois basées sur des données probantes et adaptées à l'individu.
3. Prise en charge orientée vers les personnes: Le réseau a développé un modèle de gestion de la multimorbidité. Ce modèle part du rôle actif de la personne malade dans le processus de guérison. Il révèle des nouvelles possibilités d'action pour les patients et les médecins et place les personnes et non pas les maladies et leurs symptômes au cœur de la prise en charge.

Globalement, l'approche «Healthy Ageing» devrait enrichir la recherche sur la santé et le vieillissement. Cette approche permet de développer des nouveaux concepts, d'évaluer les interventions de stabilisation et de développer des nouvelles technologies de mesure et d'évaluation.

*Prof. Mike Martin, Zurich*

Informations détaillées sur l'approche «Healthy Ageing» sous [www.dynage.uzh.ch](http://www.dynage.uzh.ch) et sur le réseau de compétences «Multimorbidity.NET» sous [www.multimorbidity.uzh.ch](http://www.multimorbidity.uzh.ch).



**Mike Martin** est titulaire d'une chaire de gérontopsychologie et de gérontologie à l'institut psychologique de l'Université de Zurich; il dirige, en collaboration avec le Prof. Edouard Battegay, le centre de compétences Multimorbidité de l'université de Zurich et le programme universitaire de recherche «Dynamics of Healthy Aging» à l'hôpital universitaire de Zurich.

### Dissolution de la FSBMB et reprise des bourses par la FNS

L'ASSM et le Fonds National Suisse (FNS) ont décidé ensemble d'intégrer, dès début 2015, les bourses Advanced Postdoc.Mobility de la Fondation Suisse de Bourses en Médecine et Biologie (FSBMB) au FNS et de dissoudre la FSBMB.

La FSBMB a été fondée en 1942, c'est-à-dire onze ans avant le FNS, avec l'objectif de former de jeunes universitaires à une activité de recherche et d'enseignement dans les domaines médico-biologiques. Sur les dix donateurs initiaux, seuls deux d'entre eux (Novartis et la SVS) étaient représentés dans la fondation ces dernières années. La majeure partie des fonds provenait du FNS, tandis que l'ASSM supportait les frais administratifs de la fondation. Dans ce contexte et afin d'éviter les redondances, le conseil de fondation de la FSBMB a décidé la dissolution de la fondation, en accord avec le FNS et l'ASSM.

Dès à présent, les requêtes pour les bourses Advanced Postdoc.Mobility dans le domaine de la médecine expérimentale et clinique et de la biologie sont évaluées par le FNS comme recherche médicale fondamentale. Le FNS a adapté le règlement correspondant à la nouvelle situation et fondé une commission pour l'évaluation des requêtes jusqu'alors traitées par la FSBMB.

Les bourses Advanced Postdoc.Mobility seront mises au concours le 1<sup>er</sup> novembre 2014, la date limite de remise des candidatures est fixée au 1<sup>er</sup> février 2015. Les anciens délais de la FSBMB, à savoir le 1<sup>er</sup> mars et le 1<sup>er</sup> septembre, sont supprimés.

Le Conseil de fondation de la FSBMB a été dissolu le 30 octobre dans le cadre d'une petite cérémonie au Wildt'sche Haus à Bâle. L'ASSM remercie les membres du Conseil de fondation et son Président, Prof. Bernhard Lauterburg, pour le travail accompli. Dans son discours d'adieu, Prof. Peter Meier-Abt, Président de l'ASSM, a souligné l'importance de la FSBMB pour l'encouragement de la relève en médecine.

### L'ASSM élabore une feuille de route sur la crédibilité de la recherche

Lors d'une séance extraordinaire sur le thème de la «crédibilité de la recherche», début septembre 2014, les membres du Sénat ont souhaité que l'ASSM aborde ce thème et le traite de manière adéquate. Le comité de direction a chargé un groupe de travail, dirigé par le Prof. em. Heini Murer, ancien pro-recteur de la recherche et des sciences médicales et naturelles de l'université de Zurich, d'élaborer une feuille de route à ce sujet. Les actuels problèmes liés à la crédibilité de la recherche, respectivement les dysfonctionnements de l'actuelle culture scientifique, ont déjà été suffisamment décrits; il ne s'agit pas, dans le document à rédiger, d'établir un nouvel état des lieux, mais bien plus de présenter des solutions possibles et des exigences concrètes à des destinataires clairement désignés.

Un «Soundingboard» avec des personnalités des instituts de recherche suisses suivra l'élaboration de cette feuille de route d'un œil critique.

### Le professorat de «soins palliatifs» est attribué à l'université de Berne

En 2008, la Confédération et les cantons décidaient d'encourager les soins palliatifs en Suisse. La «Stratégie nationale en matière de soins palliatifs» a formulé des objectifs concrets à ce sujet et défini cinq projets partiels. Tandis que des progrès ont pu être rapidement constatés dans quatre d'entre eux, le projet partiel «recherche» n'a évolué que dans une moindre mesure. L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) s'est attachée à la promotion ciblée de la recherche en soins palliatifs. En collaboration avec la Fondation Stanley Thomas Johnson et la Fondation Gottfried et Julia Bangerter-Rhyner, elle a lancé un programme de soutien qui met à la disposition de projets de recherche 1 million de francs par an pendant une période de quatre ans.

Parallèlement, l'ASSM a mis au concours un professorat de soins palliatifs, doté de 3 millions de francs. La majeure partie de ces fonds provient des réserves libres du groupe Helsana qui, par cet engagement, souhaite soutenir d'une manière adéquate l'importance croissante des soins palliatifs dans la recherche et l'enseignement. Toutes les universités suisses avec une faculté de médecine ont été invitées à poser leur candidature. Mi-août, deux candidatures ont été enregistrées. La faculté de médecine de Lausanne qui dispose déjà d'une chaire en soins palliatifs a renoncé à une candidature.

Lors de sa séance du 2 septembre 2014, le comité de direction de l'ASSM a examiné minutieusement les deux dossiers et décidé à l'unanimité d'attribuer le professorat assistant Tenure Track en «soins palliatifs» à l'université de Berne; la décision a été prise avec l'abstention ou en l'absence des membres ayant un quelconque lien avec l'un des dossiers.

### Les Académies considèrent d'un œil critique la loi fédérale sur le centre pour la qualité dans l'AOS

Les Académies soutiennent les efforts de la Confédération pour promouvoir, avec une loi, la sécurité des patients, l'évaluation de l'utilité et de l'adéquation des nouvelles et anciennes méthodes de traitement ainsi que l'évolution des registres de qualité.

Toutefois, avec le projet de loi mis en consultation, les objectifs fixés par la Confédération ne peuvent être atteints que partiellement. Les tâches énumérées dans l'art. 4 sont d'ores et déjà effectuées par de nombreux partenaires. Certes, il est nécessaire de coordonner toutes ces tâches et la Confédération est certainement l'instance la mieux appropriée pour cela.

La création d'un nouvel établissement de droit public comporterait le risque de doublons et de dépenses supplémentaires, si l'implication des partenaires n'est pas clairement réglée du point de vue juridique. Sans cette réglementation, l'engagement des partenaires actuels, tous issus du système de santé, en pâtirait également.

L'approche prévue semble très centralisée et ne tient nullement compte des importants travaux préliminaires réalisés et des organisations déjà actives dans ce domaine en Suisse.

### Feuille de route «Un système de santé durable»: nouveau site internet

Les Académies suisses des sciences lancent le site internet [www.roadmap-gesundheitssystem.ch](http://www.roadmap-gesundheitssystem.ch) → français, dont l'objectif est de documenter l'évolution vers un système de santé durable pour la Suisse. Dans le blog du même nom, les Académies proposent une plateforme d'échange permettant de discuter les nouveaux développements avec des experts.

En 2012, les Académies suisses des sciences ont publié la feuille de route «Un système de santé durable pour la Suisse» ([www.akademien-schweiz.ch](http://www.akademien-schweiz.ch) → français → Thèmes prioritaires → La mutation du système de santé → Système de santé durable), dans laquelle sont formulés sept objectifs et les mesures correspondantes. Le nouveau site internet [www.roadmap-gesundheitssystem.ch/fr](http://www.roadmap-gesundheitssystem.ch/fr) permet de poursuivre, sous une nouvelle forme, la discussion autour des objectifs de la feuille de route et des mesures proposées.

Le site s'adresse aux médecins et soignants, aux hôpitaux, aux assureurs, aux autorités sanitaires et à toute personne intéressée par le sujet. Les revues de presse et les rapports des sociétés de discipline ou de la politique donnent un aperçu des développements et des discussions actuelles autour du système de santé suisse. Les commentaires et les avis des experts sur des documents et des rapports de médias concernant la politique de la santé complètent la plateforme et offrent la possibilité d'un dialogue (blog: [www.roadmap-gesundheitssystem.blogspot.ch](http://www.roadmap-gesundheitssystem.blogspot.ch)).

**Etude de l'ASSM «Attitude du corps médical face à l'assistance au suicide»**

En janvier 2012, la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM a publié une feuille de route «Problèmes de l'assistance médicale au suicide». Celle-ci a donné lieu à des débats animés sur le rôle des médecins dans ce domaine.

Dans ce contexte, l'ASSM a mis au concours, en mars 2013, une étude ayant pour but d'analyser l'attitude du corps médical face à l'assistance au suicide. Parmi les dix offres soumises, celle de Brauer & Strub, Zurich, et Büro Vatter, Berne, a été retenue après une procédure d'évaluation par des experts internationaux. Les thèmes suivants ont été examinés dans cette étude:

1. Attitudes face à l'assistance médicale au suicide, sur le fond et en rapport avec un groupe de patients déterminé.
2. Attitudes concernant le rôle juste du point de vue de l'éthique du corps médical en matière d'assistance au suicide.
3. Disposition des médecins à participer à un suicide assisté
4. Expériences des médecins en matière de suicide médicalement assisté
5. Réglementations
6. Conséquences possibles d'une propagation de l'assistance médicale au suicide

L'étude a été publiée en novembre.

La Commission Centrale d'Éthique (CCE), qui a mandaté l'étude, salue le fait que, grâce à cette étude, on dispose pour la première fois de données concernant l'attitude de médecins suisses en matière d'assistance au suicide. Il convient toutefois de souligner que les résultats de l'étude ne peuvent pas être transposés à l'ensemble des médecins suisses, mais reflètent l'attitude de 1318 médecins particulièrement intéressés par la thématique. Même si, à ce jour, aucune étude comparable n'a été réalisée, la CCE n'est pas surprise par les réponses. Elles témoignent de l'ambivalence du corps médical par rapport à la problématique du suicide assisté. Ainsi, la majorité des répondants ne veulent pas interdire l'assistance au suicide, mais soulignent également qu'elle doit rester un acte libre. Et seule une minorité d'entre eux est prête à fournir personnellement une assistance au suicide. Les attitudes divergent aussi en ce qui concerne les critères pouvant justifier un suicide. Plus le pronostic d'une maladie somatique mortelle est évident, plus l'option d'un suicide assisté recueille l'unanimité.

Les directives «Prise en charge des patientes et patients en fin de vie» datent de 2004. Toutes les directives de l'ASSM sont régulièrement vérifiées et adaptées. Les résultats de l'étude seront intégrés à la prochaine révision. Il s'agira probablement d'un long processus. Toutes les données à disposition doivent être traitées, et tout particulièrement les résultats du PNR 67 (End of life) doivent être pris en compte. Et un large débat éthique est incontournable. La révision de directives de l'ASSM dure en moyenne trois à quatre ans.

**«Médecine et économie – quel avenir?»  
Feuille de route de l'ASSM**

Le rapport entre médecine et économie est une question aussi actuelle que brûlante: ces dernières années, l'ASSM s'est engagée activement dans ce débat. De 2009 à 2013, la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM avait organisé avec la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE-NEK) une série de symposiums consacrés à divers aspects de l'économicisation. Pour conclure cette série de colloques, la CCE a élaboré une feuille de route qui a été publiée fin octobre.

L'objectif prioritaire du système de santé est de garantir à l'ensemble de la population une prise en charge médicale de haute qualité et malgré tout supportable financièrement; les médecins, soignants, autres professionnels de la santé, directeurs de la santé, assureurs et politiciens de la santé doivent unir leurs forces pour être en mesure d'atteindre cet objectif. Dans l'idéal, la qualité des soins et l'équité de l'accès aux soins devraient pouvoir être constamment améliorés et les coûts réduits sans que l'une de ces dimensions ne desserve l'autre. Toutefois, la réalité révèle bien des zones de conflits et des problèmes: perte de qualité suite à des gains d'efficacité mal gérés; conflits d'intérêts des différents professionnels de la santé; perte de valeur du modèle de soins basé sur la relation entre le médecin respectivement le soignant et le patient; perte de la motivation intrinsèque des «fournisseurs de prestations»; déprofessionnalisation; distorsion des priorités médicales; perte de confiance des patients et prévalence de la bureaucratie.

Les erreurs de pilotage dans les processus d'économicisation et/ou de commercialisation de la médecine ont pour conséquence une diminution de l'engagement voire une perte de motivation du personnel médical, susceptible de mettre en péril la qualité et l'équité des prises en charge par des excès, des insuffisances et des erreurs de traitement. Le système de santé ne serait alors plus à même d'atteindre son objectif prioritaire, à savoir de garantir une prise en charge médicale de haute qualité, pouvant être financée et concrétisée durablement.

Dès lors, il est d'autant plus important de veiller à ce que les valeurs essentielles de la médecine ne soient pas mises en péril. Parmi ces valeurs, on compte la relation de soins bienveillante, basée sur le respect et la confiance entre les professionnels de la santé et les patients; une prise en charge de la population orientée selon ses besoins; des charges financières supportables à long terme et justement corrélées aux bénéfices; un effort d'efficacité qui ne dessert pas la qualité des prises en charge; un environnement professionnel valorisant pour les médecins et les autres professionnels de la santé.

La feuille de route, élaborée par un groupe de travail interdisciplinaire et interprofessionnel, décrit de quelle manière l'économicisation de la médecine peut se répercuter sur la pratique clinique (en Suisse). Différentes possibilités sont décrites pour permettre aux médecins et aux autres professionnels de la santé en Suisse de s'engager de manière constructive et efficace, afin de pérenniser les prises en charge de haute qualité et centrées sur les patients; la feuille de route formule cinq recommandations à ce sujet:

- Implication active des patients;
- Développement d'une culture qui encourage la loyauté et la réflexion critique;
- Amélioration des structures de remboursement et d'incitations;
- Optimisation des procédures de certification existantes;
- Évaluation ciblée et saisie des données;

La feuille de route s'adresse en priorité aux médecins, soignants et autres professionnels de la santé, ainsi qu'aux dirigeants des hôpitaux et d'autres institutions de soins; elle s'adresse également aux autres acteurs du système de santé (y compris la politique, l'administration, les assurances, les organisations de patients et les institutions de recherche). La feuille de route peut être consultée sur le site de l'ASSM et sa version imprimée peut être commandée gratuitement au secrétariat général de l'ASSM.



### Charte «Collaboration entre les professionnels de la santé»: un premier pas sur un long chemin

Depuis 1999, l'ASSM se préoccupe des buts et missions de la médecine, dans le cadre de son projet «La médecine en Suisse demain». En 2007, un groupe de travail avait publié le rapport «Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique». L'une des recommandations émises dans ce rapport concernait l'élaboration d'une «charte» pour la collaboration entre les professionnels de la santé. Des entretiens avec des experts ont confirmé la pertinence d'une telle charte, dans le sens d'un soutien face aux défis actuels et futurs du système de santé.

Depuis le mois d'avril 2013, un groupe de travail, dirigé par Dr Werner Bauer de Küssnacht, s'est consacré à cette tâche. Après une étude de la littérature et des discussions approfondies, il a rédigé un premier projet de la charte, qui a été présenté à des experts sélectionnés. Une version remaniée a ensuite été soumise à une large consultation publique. Si la majorité des prises de position ont salué l'élaboration d'une charte, un certain scepticisme était néanmoins perceptible au sein du corps médical et, par ailleurs, de nombreuses institutions auraient souhaité être davantage impliquées dans l'élaboration de cette charte. Également les propositions de mise en œuvre ont fait l'objet de critiques. Le groupe de travail a alors organisé un colloque à Berne, en août 2014, pour recueillir les attentes des différents protagonistes. Suite à cet échange, une version finale a été rédigée par le comité de direction de l'ASSM puis discutée lors de sa séance du 3 novembre 2014 et définitivement approuvée.

La charte de l'ASSM s'adresse en priorité aux professionnels, aux associations et aux institutions du système de santé; elle entend refléter l'esprit de coopération des professionnels de la santé et constitue la base du virage culturel souhaité. Elle entend également soutenir les nombreuses initiatives du système de santé qui exigent une coopération entre les professionnels de la santé (par exemple les stratégies en matière de soins palliatifs, de démence et contre le cancer).

La charte cite en introduction des «principes», formule ensuite des «éléments clés et obligations» et énumère, dans le dernier chapitre, des mesures adéquates pour la mise en œuvre. La charte est un document dynamique; elle évoluera dans le temps et pourra être adaptée aux nouvelles données. L'ASSM assure le suivi de l'évolution de la charte: elle répertorie l'ensemble des initiatives et des projets – dans le sens d'un monitoring –, organise au plus tard deux ans après la publication de la charte une rencontre entre les différents protagonistes dans le but d'échanger les expériences, le cas échéant d'adapter la charte et de décerner un prix aux projets de coopération particulièrement réussis.

### Nouveaux membres d'honneur et individuels de l'ASSM

Lors de sa séance de fin mai, le Sénat de l'ASSM a nommé le Prof. Beat Gähwiler de Zurich et le Prof. Philipp U. Heitz de Au, membres d'honneur de l'Académie.

Compte tenu de leurs performances scientifiques remarquables, les personnalités suivantes ont été nommées membres individuels:

- Prof. Cezmi Akdis, Davos
- Prof. Constance Barazzone, Genève
- Prof. Beatrice Beck Schimmer, Zurich
- Prof. Kim Do, Lausanne
- Prof. Anita Rauch, Zurich
- Prof. Dominique Soldati-Favre, Genève
- Prof. Andrea Volterra, Lausanne

Les certificats seront remis aux nouveaux membres dans le cadre d'une petite cérémonie le 20 novembre 2014.

#### Ehrenmitglieder



Prof. Beat Gähwiler



Prof. Philipp U. Heitz

#### Einzelmitglieder



Prof. Cezmi Akdis



Prof. Constance Barazzone



Prof. Beatrice Beck Schimmer



Prof. Kim Do



Prof. Anita Rauch



Prof. Dominique Soldati-Favre



Prof. Andrea Volterra



#### 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 Hermann Amstad,  
lic. iur. Michelle Salathé,  
Dr Katrin Cramer

Traduction:  
Dominique Nickel

Présentation:  
Howald Fosco, Bâle

Imprimé par:  
Kreis Druck AG, Bâle

ISSN 1662-6036



Membre des Académies suisses des sciences