

SAMW

 Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

 Académie Suisse
des Sciences Médicales

EDITORIAL

Recherche en médecine de premier recours: «aide au développement en Suisse»


Prof. Werner Stauffacher, président

Depuis des années, l'ASSM, par sa Commission RRMA (Recherche et Réalisations en Médecine Appliquée), apporte son soutien à des projets de recherche en médecine de premier recours et compte parmi les organisations membres du Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR), mobilisé lui aussi pour la recherche en médecine appliquée. En automne 2002, l'Académie a organisé à la «Wildt'schen Haus» un atelier intitulé «Encouragement de la recherche en médecine de premier recours en Suisse». Un autre rendez-vous figure sur l'agence en décembre: le symposium «Clinical Research Cooperations with Developing Countries», qui a pour thème la recherche dans les pays en développement.

Ces deux manifestations sont totalement indépendantes l'une de l'autre, mais concernent toutes deux la recherche dans des domaines où celle-ci n'est habituellement pas considérée comme prioritaire. Dans l'article ci-après, le professeur Niklaus Gyr explique les motivations qui sous-tendent la recherche dans les pays en développement. La contribution de l'ASSM à cet égard vise l'intensification de la coopération et de la coordination entre les partenaires en Suisse et se limite pour l'essentiel à cette mission.

Et qu'en est-il de l'encouragement de la recherche en médecine de premier recours en Suisse? Ceux qui s'occu-

THEME PRINCIPAL

«Primary health care» et recherche : pas d'antagonisme



Des chercheurs du «International Centre for Diarrhoeal Disease Research» à Dhaka

Il existe en Suisse de nombreux groupes de chercheurs apportant des contributions essentielles à l'amélioration des prestations de santé et à l'approfondissement du savoir fondamental dans le domaine de la recherche clinique, cela en collaboration avec des partenaires de pays en développement. Les organisations d'aide au développement, publiques ou privées, ont été longtemps sceptiques à l'égard de cette forme de coopération; elles considéraient que l'accent devait être mis sur l'appui à la constitution et au développement des soins de santé primaires («primary health care»). Aujourd'hui, tout le monde reconnaît que les partenariats en matière de recherche bénéficient tant aux pays en développement qu'aux pays industrialisés. Mieux coordonner cette recherche et favoriser les synergies et les échanges, tels sont les buts d'un atelier que l'ASSM organise les 10 et 11 décembre 2003 à Bâle. Dans l'article qui suit, le prof. Niklaus E. Gyr, de Bâle, à qui l'on doit l'initiative de cet atelier, nous donne son éclairage sur les possibilités et les perspectives liées à ces partenariats dans le domaine de la recherche.

La recherche coûteuse se justifie-t-elle dans les pays dits du tiers monde? Les problèmes fondamentaux des pays en développement semblent en effet se situer ailleurs, à savoir dans le bas niveau du PNB, dans le faible revenu par habitant, dans la forte dépendance

économique à l'égard de l'étranger, dans le manque d'infrastructures et dans le sous-emploi. Or, nombre de ces problèmes ont aussi été ceux des pays industrialisés occidentaux voici à peine 100 ans, entravant leur développement. Et ce sont finalement les

pent de cette thématique et qui, comme la Commission RRMA, sont en contact avec les praticiens et évaluent, financent et suivent les projets, sont souvent témoins d'une forme d'ambivalence: un engagement tout simplement héroïque et une ascèse digne du sacrifice à l'égard d'une recherche menée avec passion peuvent, chez la même personne, s'accompagner d'une frustration tue ou, au contraire, dûment verbalisée face à la prétendue arrogance de la «Faculté» et au manque de reconnaissance de sa part, face aussi au soutien financier totalement marginal et insuffisant des organes bureaucratiques chargés d'encourager la recherche. Tout cela avec, en arrière-plan, le constat inavoué du bien-fondé des critiques, tant il est vrai que les connaissances et compétences acquises des années en arrière ne suffisent plus, et que la critique et le contrôle par des confrères et concurrents, ainsi que la confrontation avec eux, font défaut.

Cette liste de «doléances» a d'ailleurs été présentée lors de l'atelier de l'automne 2002 et examinée depuis par un groupe de travail composé de praticiens, de représentants du CMPR, des polycliniques et de l'ASSM, le but étant de donner à la recherche en médecine de premier recours en Suisse un contenu et une assise scientifique et économique plus solides (voir la rubrique «Comité»). Le rapport et les propositions de ce groupe de travail ont été discutés et appréciés positivement courant septembre par le Comité de l'ASSM. Si les sociétés de disciplines médicales de premier recours et le CMPR approuvent le projet et si la participation des Facultés est assurée, l'ASSM ne fera pas qu'accompagner cette importante initiative, mais prendra vis-à-vis d'elle un engagement financier notable. Les médecins suisses de premier recours ne sont pas les seuls à nourrir des inquiétudes. Les problèmes dépeints existent partout dans le monde. Les critiques ont parfois conduit les médecins de premier recours à se replier sur eux-mêmes et à revendiquer pour leurs travaux de recherche et leurs problèmes qu'ils présentent alors comme spécifiques – à l'instar de ce que font certains représentants de la médecine complémentaire – des normes de qualité, des méthodes statistiques et des critères d'évaluation qui leur soient propres. Prévenir dans notre pays une telle évolution, qui serait fâcheuse, constitue la finalité de l'«aide au développement» que l'ASSM envisage de fournir en Suisse.

résultats de travaux de recherche dans les domaines les plus divers, en particulier dans la médecine, qui ont constitué le facteur de progrès et de prospérité déterminant pour ces pays. Le contrôle des maladies infectieuses grâce à la découverte des antibiotiques et de la vaccination en est un exemple éclatant. Pourquoi alors les nations défavorisées devraient-elles se sortir de la pauvreté et de la maladie sans pouvoir mener leurs propres activités de recherche?

Quelle évolution jusqu'ici?

Pour les organisations d'aide au développement, qu'elles soient publiques ou privées, la recherche dans et avec les pays en développement n'était guère à l'ordre du jour il y a encore quelques années. On misait quasi exclusivement sur les services médicaux de base et considérait la recherche comme un luxe intéressant essentiellement les pays industrialisés. L'expression planétaire de cette attitude (néocolonialiste?) a été la création, lors de la désormais célèbre Conférence d'Alma-Ata, de la notion de «primary health care» en tant que fondement de l'aide médicale au développement. Dans ce contexte, l'Institut tropical suisse, allant délibérément à l'encontre de la pensée dominante, a fait œuvre de pionnier en conduisant des projets de recherche en Afrique, presque seul contre tous. On comprend aujourd'hui que les sujets de cette recherche, à l'époque, correspondaient davantage aux objectifs et intérêts des chercheurs helvétiques qu'aux besoins fondamentaux du pays hôte. Néanmoins, cela a été d'un apport novateur. Même des prestations et des recherches médicales de pointe, telles que celles fournies par exemple dans les années 70 à l'hôpital d'Addis-Abeba par des orthopédistes suisses, n'ont pas trouvé grâce devant les instances de l'aide au développement. Celles-ci, alors très attachées aux «primary health care», ne mettaient que peu de ressources à disposition pour les niveaux supérieurs de la pyramide de la santé.

Dans les années 60 et 70 du 20e siècle, la Suisse accordait peu d'importance à l'aide médicale systématique au développement. Tout au plus des projets médicaux étaient-ils intégrés à

des projets d'aide au développement plus vastes, pour ainsi dire en complément. Ce n'est qu'après les mauvaises expériences faites dans le cadre d'un projet médical en Ethiopie que l'aide suisse au développement a commencé à soutenir des projets médicaux autonomes. A la Direction de la coopération au développement de l'époque et dans les commissions d'experts compétentes, un débat nourri a vu le jour au sujet de la fixation des priorités quant aux projets de santé à encourager au sein de la pyramide de la santé. L'idée que tous les projets soutenus devaient, au bout du compte, servir à renforcer les prestations de base, subsistait. Les projets de recherche ne bénéficiaient d'un soutien que s'ils contribuaient largement à améliorer les soins de santé primaires, comme dans le cas du programme de contrôle des maladies diarrhéiques de l'OMS. Les projets en médecine de pointe, voire les projets universitaires, continuaient d'être négligés. Les controverses avaient un ancrage idéologique. Les institutions travaillant dans le tiers monde, comme l'Institut tropical suisse et d'autres établissements, ont néanmoins pu, à cette époque, mieux faire entendre leur voix. Dans ces années-là (1980), l'International Centre for Diarrhoeal Disease Research à Dacca – anciennement Cholera Research Laboratory de la SEATO, un célèbre institut de recherche – a pu également bénéficier, pour la première fois, de moyens destinés à la recherche de la part de la Direction de la coopération technique.

De la réglementation étroite à la «stratégie ouverte»

Malgré leur engagement intense dans le développement des «primary health care», les pays occidentaux n'ont pas pu fermer les yeux sur les succès sporadiques de la recherche menée dans les pays en développement. On s'est donc bientôt aperçu qu'il ne serait pas possible d'éradiquer la varicelle sans stratégie de recherche et que la solution de réhydratation orale mise au point au Bangladesh et diffusée dans le monde entier reposait elle aussi sur des travaux de recherche engagés spontanément dans des pays en développement. En outre, l'amélioration des possibilités de voyage a permis à de plus en plus de chercheurs des pays industrialisés d'entrer en contact direct avec des confrères travaillant dans des pays du tiers monde. En conséquence de quoi le débat

sur la primauté des soins de santé primaires est progressivement retombé, faisant place au pragmatisme. Désormais, les projets étaient mieux adaptés aux besoins des différents pays et pouvaient concerner des problèmes situés à la base comme à la pointe de la pyramide. La réglementation sur la coopération au développement ne pouvait plus être maintenue et devait laisser la place à une stratégie ouverte. Les projets de coopération entre groupes de chercheurs du tiers monde et institutions partenaires dans les pays industrialisés se sont multipliés. Les bénéfices de cette coopération étaient évidents et ont incité d'autres groupes à adopter cette approche.

Sur la voie du partenariat coopératif

Depuis quelque temps, il semble que l'on s'achemine vers une coopération active très intense dans le domaine de la recherche entre pays industrialisés et pays en développement. Cette coopération fait éclater les barrières nationales et se traduit par la constitution d'équipes de chercheurs comportant des représentants de divers établissements de recherche du monde entier. Par exemple, la Fondation Bill Gates a rendu possible dernièrement la mise sur pied d'un vaste programme mondial de recherche sur le paludisme, auquel l'Institut tropical suisse participe. L'International Centre for Diarrhoeal Disease de Dacca est devenu un institut international au sein duquel des chercheurs de tous les pays collaborent avec des équipes locales pour traiter les problèmes que connaît tel ou tel pays avec les procédés utilisés dans les laboratoires occidentaux. On pourra, de cette manière, aborder les problèmes de santé mondiaux là où ils se manifestent concrètement, et cela avec les méthodes les plus modernes. A la Clinique universitaire de Bâle, par exemple, un protocole a été élaboré pour étudier les causes de la pancréatite tropicale au Bangladesh. L'étude a été menée à Dacca et la

Participation de l'ASSM à des missions scientifiques

Au printemps dernier, des membres du comité de direction de l'ASSM, invités par le Secrétaire d'Etat Charles Kleiber, ont participé à des missions scientifiques en Afrique. Le Prof. Werner Stauffacher s'est rendu en Tanzanie en avril et, en mai, le Prof. Claude Regamey a participé à une «mission exploiratoire» en Egypte. La délégation avait pris contact avec différents ministères, rencontré des intellectuels et des politiciens et visité des institutions scientifiques et culturelles. Le Prof. Regamey a été particulièrement impressionné par sa visite au centre de transfusion sanguine au Caire, financé en partie par la Suisse; il encourage la Suisse à renouveler son engagement afin de combler les lacunes dans les domaines de l'équipement, de la recherche et de l'assurance-qualité.

détermination des mutations du gène du trypsino-gène a été faite à Pittsburgh, aux Etats-Unis. Cette coopération en matière de recherche suppose une reconnaissance mutuelle, un véritable partenariat et des rapports de confiance. Tous les acteurs, en particulier ceux des pays concernés par les problèmes de santé traités, en récoltent les fruits. Le renforcement de la coopération devrait également permettre d'enrayer l'exode de chercheurs doués des pays du tiers monde vers les pays riches et de leur offrir sur place des emplois intéressants.

Appel à la coordination et à la synergie

Il est apparu que les projets de recherche bilatéraux – et il en existe aussi en Suisse – sont trop peu coordonnés et que, souvent, les groupes de chercheurs sont peu informés de l'existence d'autres projets de coopération. Des contacts plus étroits et plus nombreux entre les différentes équipes en Suisse créeraient des synergies et supprimeraient les éventuelles redondances. Mais aussi et surtout, cela permettrait de mieux canaliser les fonds à disposition de la recherche vers les projets menés en collaboration avec des institutions du tiers monde. La place scientifique suisse doit à cet égard s'ouvrir davantage. Le symposium prévu en décembre 2003, intitulé «Clinical Research Cooperations with Developing Countries», devra définir, par la discussion entre les représentants des milieux de la recherche dans le tiers monde et en Suisse, les souhaits, attentes et besoins des uns et des autres, ainsi que les moyens de renforcer la coopération. A cet égard, l'éthique commande de faire concorder la recherche avec les besoins des différents pays.



Le prof. Niklaus Gyr est titulaire de la chaire de médecine interne ambulatoire à l'Université de Bâle, directeur jusqu'à la fin de l'année du Département de médecine interne et médecin-chef de la Policlinique universitaire de Bâle.

L'ASSM a fêté ses 60 ans

Am. Prix Nobel et directeurs d'édition, professeurs et politiciens, membres du Comité de l'ASSM, collaboratrices et collaborateurs de l'Académie: Le 24 septembre 2003, 60 ans jour pour jour après la création de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, une foule d'invités illustres étaient réunis à la «Wildt'schen Haus», à Bâle, pour une fête anniversaire. Même si elle n'avait pas l'ampleur, notamment internationale, de celle organisée en 1993 à Berne à l'occasion du cinquantième de l'ASSM, elle était tout aussi réussie. En début de cérémonie, le prof. Ewald Weibel, président de l'Académie de 1997 à 2000, a passé en revue les principaux événements de ces 10 dernières années: symposiums et prises de position sur des thèmes fondamentaux de la médecine, élaboration de programmes pluriannuels, lancement du projet «La médecine en Suisse demain», fermeture du Service de documentation (DOKDI) et professionnalisation du Secrétariat général. Le prof. Patrick Aebischer, président de l'EPF de Lausanne, et le prof. Johannes Fischer, directeur du Centre d'éthique de l'Université de Zurich, ont été les orateurs du jour. La proposition du prof. Aebischer d'introduire dans les études de médecine un degré de «bachelor» et un autre de «master», a retenu l'attention de l'assistance. Le prof. Fischer a rappelé que la médecine, selon une maxime bien connue, doit servir le malade (et le portant) et s'occuper aussi des patients incurables. A ses yeux, la personne du patient ne doit pas passer au second plan; au contraire, il faut aider le patient à être plus autonome et à prendre ses décisions en connaissance de cause.

Pour conclure, le prof. Werner Stauffacher, président de l'Académie, a tenté, sous le titre «ASSM – quo vadis?», de jeter un regard vers l'avenir. Selon lui, les tâches de l'«ASSM 2003plus» sont les suivantes:

- Etre une médiatrice (et pas seulement une bâtisseuse de ponts) entre la FMH et les Facultés de médecine sur les questions ayant trait à la formation prégraduée, post-graduée et continue, et à la prise en charge des patients.
- Redéfinir la relation médecin-patient (partenariat responsable).
- Participer à la planification et à l'organisation de la formation du personnel médical à l'horizon 2020.
- Définir le rôle de l'ASSM pour ce qui concerne les soins.
- Se positionner sur l'interface médecine – médecine complémentaire.

A l'occasion de ses 60 ans, l'ASSM a publié une brochure anniversaire («ASSM 1993 – 2003: décade de changements»), que l'on peut l'obtenir auprès du Secrétariat général.



Les festivités agrémentées par un interlude musical.

Rapport du groupe de travail «Recherche en médecine de premier recours»: suite du processus

Am. L'ASSM a organisé le 15 novembre 2002, à Bâle, un séminaire intitulé «Encouragement de la recherche en médecine de premier recours en Suisse». Les participants ont été unanimes à considérer que cette recherche doit être encouragée rapidement par la création de filières de formation pour les chercheurs, par une garantie de financement et par la constitution de réseaux de praticiens participant à la recherche. Un groupe de travail dirigé par le prof. Hans Stalder, de Genève, a été chargé d'élaborer des propositions sur les deux premiers points cités. Ce groupe de travail s'est réuni à trois reprises et a adopté son premier rapport à la mi-août 2003. Ce rapport est fondé sur la thèse selon laquelle la recherche en médecine de premier recours est importante et nécessaire, et présente les mesures qui devraient être prises pour donner à cette recherche des impulsions décisives. Le groupe de travail voit dans le lancement et le financement de ce projet (son coût est évalué à Fr. 402'000.– pour les deux premières années) une tâche importante pour l'ASSM, mais c'est le Collège de médecine de premier recours (CMPR) qui serait responsable de sa réalisation et de sa coordination.

A la fin de son rapport, le groupe de travail propose quatre premières étapes concrètes:

1. Mettre ce rapport en consultation auprès de diverses entités intéressées (Commission «Recherche et Réalisations en Médecine Appliquée» (RRMA), sociétés de médecine de premier recours, CMPR, départements de «médecine communautaire» et/ou de médecine interne, instituts de médecine sociale et préventive).
2. Engager au CMPR une personne qualifiée (50%) chargée de préparer des projets de formation pour trois niveaux. Dans un premier temps, cette personne pourrait compter sur un soutien de l'Académie.
3. Encourager les sociétés de médecine de premier recours à organiser, à l'attention des praticiens intéressés et en collaboration avec des experts, des cours de formation continue sur les principales méthodes de travail scientifique; ces cours pourraient commencer immédiatement.
4. Continuer son travail en tant qu'organe de supervision pour la mise en place de la formation en recherche en médecine de premier recours.

Dans sa séance de septembre, le Comité a pris connaissance et débattu de ce rapport. Il s'est déclaré prêt à soutenir intellectuellement et financièrement le projet «Recherche en médecine de premier recours» et adressé ses vifs remerciements aux membres du groupe de travail pour leur engagement. Pour le Comité, certains passages du rapport doivent être revus et le concept de financement doit être discuté en détail. Aussitôt que ces points seront réglés, l'ASSM se mettra en contact avec les organisations et institutions intéressées pour les inviter à collaborer.

Analyse forces/faiblesses de l'ASSM

Am. Lors des discussions sur le budget 2003, le Comité a fait remarquer que le financement des multiples activités de l'Académie pourrait réserver des problèmes à long terme. Le trésorier et, avec lui, le Secrétariat général ont reçu mandat de faire le point à ce sujet, de réexaminer la pertinence future des dépenses consenties à ce jour et d'émettre des propositions quant à l'abandon éventuel, au maintien ou à l'intensification de telle ou telle des activités actuelles (du «portfolio»). Fort heureusement, le Dr Hermann Amstad, du Secrétariat général, a pu faire de cette analyse du portfolio de l'ASSM le sujet de son travail de diplôme dans le cadre d'une formation en gestion des organisations à but non lucratif.

Avant de pouvoir commencer à définir des objectifs stratégiques à long terme, il était nécessaire d'analyser l'organisation quant à ses forces et ses faiblesses. A cet effet, des questionnaires ont été envoyés à la mi-juin 2003 à 139 personnalités choisies dans l'environnement de l'ASSM: 47 acteurs dits «internes» (Comité, membres du Sénat, présidents de commissions) et 92 acteurs «externes» (doyens des Facultés de médecine, membres du Comité central de la FMH, présidents de sociétés médicales, représentant(e)s des professions de soins, présidents de commissions d'éthique, représentants d'offices fédéraux, scientifiques, politiciens de la santé, journalistes, etc.). Le but était de savoir comment l'ASSM est perçue de l'intérieur et de l'extérieur.

Au 31 juillet 2003 (le délai indiqué pour le renvoi des questionnaires était le 15 juillet), 26 acteurs «internes» (taux de retour 55%) et 46 acteurs «externes» (taux de retour 50%) avaient transmis leurs réponses. Les questionnaires étant remplis de façon anonyme, il n'était pas possible d'envoyer une «lettre de rappel» aux destinataires qui n'avaient pas répondu.

Les 20 activités de l'ASSM expressément citées, du groupe de travail StaR à la Commission centrale d'éthique (CCE), sont très diversement connues: plus de 90% des acteurs ayant répondu connaissent la CCE, ce qui n'a rien de surprenant; de même, ils sont plus de 80% à avoir entendu parler du projet «La médecine en Suisse demain». Il n'est guère surprenant non plus que les acteurs «internes» soient globalement mieux informés que les acteurs «externes». Par exemple, la Commission RRMA, le Prix Bing et le Prix Ott, la «Treuhandstelle» pour la banque de tissus vMCJ, ou encore la «Plate-forme des patients», sont pratiquement inconnus chez les acteurs «externes».

L'identité de l'ASSM a été évaluée à l'aide d'une série de couples à pôles bipolaires (p. ex. passif/actif ou inefficace/efficace). Tant les acteurs internes que les acteurs externes ont, dans leur majorité, une impression favorable de l'ASSM. Presque toutes les réponses étaient plus proches du pôle positif (5) que du pôle négatif (1). Seule exception: le couple «traditionnel/novateur», où les acteurs internes (!) perçoivent l'ASSM comme étant plutôt traditionnelle. L'ASSM obtient de très bonnes notes (proches de 5) pour les couples «passif/actif», «incompétent/compétent sur les questions ayant trait à la recherche médicale», «incompétent/compétent sur les

questions ayant trait à l'éthique médicale», «non compétent/compétent pour la médecine en Suisse». La perceptibilité de l'ASSM auprès du public, ses ressources en personnel et son assise financière sont des aspects moins bien notés.

S'agissant du profil extérieur de l'ASSM, 75% des acteurs ayant répondu l'ont qualifié de bon, voire très bon; ils sont 53% à estimer que les objectifs de l'ASSM sont clairs ou très clairs. 58% jugent élevée, voire très élevée l'efficacité de l'ASSM, et 46% considèrent comme élevée ou très élevée sa capacité à s'imposer.

Le Comité tiendra compte de cette analyse forces/faiblesses dans ses réflexions en vue de la planification des activités à venir. Il est prévu de dresser une présentation d'ensemble de cette évaluation à l'attention du Sénat, avec publication d'extraits dans le bulletin ASSM.

MANIFESTATIONS

Workshop «Clinical Research Cooperations with Developing Countries»: Process of Research Partnership and Impact on Health Development

10 et 11 décembre 2003, Bâle (Wildt'sches Haus),
14h00 à 18h30 et 9h00 à 17h40

Il existe en Suisse de nombreux groupes de recherche qui coopèrent avec des partenaires des pays en développement dans le but d'assurer une meilleure prévoyance de la santé resp. d'approfondir les connaissances fondamentales dans le domaine de la recherche clinique. Dans le cadre de son engagement pour le développement de la recherche biomédicale, l'ASSM organise les 10 et 11 décembre un forum destiné à coordonner cette recherche de façon plus efficace ainsi qu'à encourager les synergies et les échanges.

Cette manifestation est organisée en collaboration avec le Prof. M. Tanner (Institut Tropical, Bâle) et le Prof. N. Gyr (Hôpital cantonal, Bâle) et financée par la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) et la Commission pour le Partenariat Scientifique avec les Pays en développement (KFPE, NCCR North-South).

Le programme et un formulaire d'inscription sont disponibles sur le site Internet de l'ASSM (www.assm.ch) sous «manifestations».

Préavis:

Echange d'informations et d'expérience entre les différents comités d'éthique clinique: colloque de l'ASSM le 30 avril 2004

L'enquête de l'ASSM auprès des comités d'éthique clinique a mis en évidence un gros besoin en matière d'échange d'informations. C'est pourquoi, le 30 avril 2004 l'ASSM organise un colloque pour les membres de comités et de forums d'éthique clinique, les médecins intéressés ainsi que les directions d'hôpitaux et d'institutions de soins.

Dans le cadre de cette manifestation seront présentées différentes façons de gérer les problèmes éthiques délicats rencontrés dans la pratique clinique quotidienne. Un temps suffisant sera réservé pour l'échange d'expériences, les questions ouvertes et les contacts entre les membres des différents comités d'éthique.

Le programme définitif sera publié en février 2004.

Les comités d'éthique clinique en Suisse

Sa. Dans leur activité clinique quotidienne, médecins et soignants sont régulièrement confrontés à des situations qui appellent des décisions graves et délicates sur le plan éthique. Les directives médico-éthiques telles qu'elles sont élaborées par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) par exemple et les guidelines des sociétés de disciplines médicales peuvent aider à prendre une décision; toutefois, la décision elle-même doit être prise en fonction du cas particulier et de ses spécificités. A cet égard, les comités d'éthique clinique, mais aussi les discussions éthiques internes ou la consultation d'un spécialiste en éthique, peuvent se révéler précieux.

Les comités d'éthique clinique – initialement instaurés aux Etat-Unis – sont de plus-en-plus présents dans les pays européens. Toutefois, on ne dispose que de peu d'informations sur leur répartition; il n'existe pas de chiffres concernant la Suisse. C'est pour cette raison que la Commission centrale d'éthique (CCE) de l'ASSM a mené l'année dernière une enquête auprès des hôpitaux et institutions suisses affiliés à l'association H+.

Les buts visés étaient les suivants :

- Avoir une idée de la fréquence des situations qui, dans l'activité clinique quotidienne, entraînent des conflits médico-éthiques (selon le type de conflit et le genre d'établissement)
- Recenser les comités d'éthique clinique existant dans les hôpitaux et homes médicalisés suisses
- Cerner les tâches et la structure de ces comités
- Evaluer le besoin de mise en réseau de ces comités

Les résultats de cette enquête peuvent être résumés comme suit:

Les questions et conflits éthiques les plus fréquents concernent les interruptions de traitement (47%), suivis des conflits avec les proches (42%). Puis viennent l'alimentation artificielle (39%), les indications pour des interventions chirurgicales (38%), les mesures de contrainte (31%), les conflits avec des patients (30%), la réanimation (26%) et l'euthanasie (20%). Le tableau suivant montre que la fréquence de ces conflits varie en fonction du type d'institution :

Hôpital pour soins aigus		Etablissement psychiatrique		Home médicalisé	
Arrêt du traitement	60%	Mesures de contrainte	88%	Indication opératoire	68%
Réanimation	41%	Conflits avec des patients	65%	Conflits avec des proches	66%
Indication opératoire	34%	Conflits avec des proches	31%	Alimentation artificielle	58%
Euthanasie	34%	Alimentation artificielle	31%	Arrêt du traitement	47%
Conflits avec des proches	32%	Arrêt du traitement	27%	Mesures de contrainte	37%
Alimentation artificielle	28%	Indication opératoire	15%	Conflits avec des patients	26%

Fréquence des différents types de conflits en fonction du genre d'établissement

Les établissements suisses ne bénéficient que trop rarement du soutien de comités d'éthique clinique dans la gestion de tels conflits. Seulement 20% des hôpitaux et institutions suisses disposent d'un comité d'éthique. Ceux-ci se trouvent dans des hôpitaux pour soins aigus, plus rarement dans des institutions psychiatriques et à peine dans des institutions de soins. Aucune clinique de réadaptation ne dispose d'un comité d'éthique.

Ces comités assument, d'une part, un rôle de conseiller de la direction de l'établissement (88%) ainsi qu'une fonction consultative dans les cas particuliers (84%) voire même une compétence décisionnelle (31%); d'autre part, ils sont chargés de l'élaboration de directives internes concernant des questions médico-éthiques (61%). Tous les comités d'éthique ont une composition interdisciplinaire.

L'enquête de l'ASSM a mis en évidence un gros besoin en matière d'échange d'informations entre les comités d'éthique. En tant qu'organisation active à l'échelle nationale, l'ASSM s'emploiera à favoriser davantage cet échange. C'est pourquoi, elle prévoit le 30 avril 2004 une rencontre de tous les comités d'éthique suisses et proposera un forum pour la présentation des différents modèles de «conseil en éthique» et des expériences faites dans ce cadre, ainsi que pour un échange général d'expériences entre les comités d'éthique clinique.

IMPRESSUM

Le bulletin de l'ASSM paraît 4 fois par an en 2500 exemplaires (1800 en allemand et 700 en français).

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

Commission de rédaction:
Prof. Werner Stauffacher, Président
Prof. Ewald Weibel, Vice-Président
Dr. Margrit Leuthold, Secrétaire générale
Dr. Hermann Amstad, Secrétaire général adjoint
lic. iur. Michelle Salathé, Collaboratrice scientifique

Présentation: vista point, Bâle
Imprimé par: Schwabe, Muttenz