

BULLETIN

Attitude face à la fin de vie et à la mort:
les directives médico-éthiques révisées ____ 1

Éditorial _____ 2

Entrée en vigueur des directives
révisées sur le diagnostic de la mort ____ 4

Nouvelles directives: Traitement et prise en
charge de personnes atteintes de démence ____ 5

Nouvelle sous-commission: directives
éthiques pour la médecine reproductive ____ 5

Recherche en soins palliatifs: 12 projets
soutenus et nouvelle mise au concours ____ 6

Fonds KZS: soutien de quatre projets _____ 7

Neurosciences: mise au concours du
Prix Robert Bing 2018 _____ 7

Nouvelle secrétaire générale _____ 8

Agenda _____ 8



Attitude face à la fin de vie et à la mort: focus sur les directives médico-éthiques révisées

Voici longtemps que la fin de vie et la mort ne sont plus des sujets tabous dans les débats publics. En revanche, les médecins ou les équipes de soins sont fréquemment confrontés à de grandes difficultés lors des entretiens avec les patients individuels directement concernés par des questions touchant à la fin de vie. La Commission Centrale d'Éthique (CCE) a révisé les directives médico-éthiques «Prise en charge des patientes et patients en fin de vie»; elle souligne l'importance du dialogue sur la fin de vie et la mort avec le patient. Prof. Dr méd. Christian Kind, Président de la sous-commission, présente les nouvelles directives.

Nombreux sont les patientes et les patients qui ont des difficultés à parler de leur mort prochaine et du processus de la mort. Mais, également pour les médecins, ces entretiens représentent des défis de taille. La plupart d'entre eux manifestent une grande réticence lorsqu'il s'agit de réfléchir à leur propre mort ou qu'ils sont confrontés à leur impuissance à guérir un patient. Toutefois, le mutisme qui en résulte est préjudiciable, car l'introduction de soins palliatifs efficaces est retardée et les patientes et leurs proches ne sont pas préparés à la dernière phase de la vie.

La prise de conscience que les professionnels de la santé confrontés à cette problématique ont besoin d'un soutien, sous la forme de directives médico-éthiques, a été l'une des motivations pour la révision des directives «Prise en charge des patientes et patients en fin de vie» datant de 2004. Les points suivants sont à l'origine de cette révision:

- le besoin de soutien des professionnels de la santé pour l'entretien concernant la fin de vie et la mort,
- les développements dans le domaine de la prise de décisions médicales, notamment les discussions portant sur la prise

de décision partagée («Shared Decision Making») et l'«Advance Care Planning»,

- la prise de conscience de la nécessité d'une meilleure prise en charge des proches,
- l'augmentation significative, au cours de la dernière décennie, de certains actes médicaux, en particulier de la sédation continue profonde jusqu'à la mort et de l'assistance au suicide¹,
- le débat public sur les demandes d'assistance au suicide de patients n'étant pas directement en fin de vie.

La mort fait partie de l'être humain – et de la médecine

Peu de publications de l'ASSM rencontrent, dans l'opinion publique, autant d'intérêt que les directives médico-éthiques qui traitent de la fin de vie. En 1976, pour la première fois, des directives sur l'assistance au décès ont été publiées; elles couvraient huit pages et ne mentionnaient jamais la notion d'«assistance au suicide». Entretemps, ces directives ont été révisées trois fois (en 1981, 1995 et 2004) et une toute nouvelle version sera mise en consultation prochainement. Ceci montre à quel point l'ASSM, en tant qu'«organisation apprenante», perçoit et suit les évolutions de la médecine et de la société. Dans l'article principal, Christian Kind, Président de la sous-commission responsable de l'élaboration des directives, explique les raisons qui sous-tendent la révision actuelle; je souhaite, pour ma part, me pencher tout particulièrement sur le premier de ces points.

S'il est vrai que, dans le débat public, la fin de vie et la mort ne sont plus des sujets tabous, ils le sont malheureusement toujours en médecine. Aujourd'hui la plupart des gens meurent à l'hôpital ou dans un établissement de soins; toutefois, en tant que professionnels de la santé, l'attitude à adopter avec des patients mourants ou avec leurs proches ne nous est enseignée ni pendant la formation de base, ni pendant la formation postgraduée. L'article de

Klaus Bally, médecin de premier recours, décrit de manière saisissante le sentiment d'incertitude et d'impuissance qui en résulte. Certes, nous apprenons comment constater la mort, mais peu d'entre nous ont accompagné des patientes et des patients dans les derniers moments de leur vie.

Dans mes formations postgraduées de médecins intensivistes, il m'a fallu attester que j'avais bien effectué le nombre prescrit de différents actes techniques. Dans ce domaine où il n'est pas rare d'être confronté à la mort et où elle peut même quelquefois être un soulagement pour le patient, il est d'autant plus surprenant que les sujets abordés dans ces nouvelles directives n'aient pas encore trouvé une place privilégiée dans la formation postgraduée.

Une fois la décision prise de laisser mourir un patient, nous médecins, nous retirons et le confions aux infirmiers en leur demandant de nous appeler le moment venu. Comment voulons-nous avoir des entretiens fructueux avec les proches, si nous ne savons pas comment se déroule le processus naturel de la mort? Alors que, justement, cela aiderait énormément les proches dans une situation aussi difficile d'être, par exemple, préparés à voir le patient respirer irrégulièrement avec parfois de longues pauses et de profonds soupirs.

Tout individu a, à juste titre, le droit d'attendre de la médecine, également dans le processus de la mort, le traitement et la prise en charge indiqués correspondant à ses besoins du moment. Les nouvelles directives proposent aux professionnels de la santé une aide dans cette mission exigeante. Dans le même temps, les directives entendent protéger les professionnels de la santé des attentes exagérées de la société qui ne sont pas conciliables avec leur éthique professionnelle. Si la médecine est au service de la société, elle n'est pas pour autant son serviteur.



Daniel Scheidegger
Président de l'ASSM

¹ Les anciennes directives peuvent être consultées sous assm.ch/directives-anterieures

THÈME PRINCIPAL

En mai 2015, la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM a chargé une sous-commission de la révision de ces directives. Ses membres sont issus d'horizons professionnels, culturels et idéologiques les plus divers. Tous se sont pourtant distingués par leur volonté de dialogue et de recherche consensuelle. Ce n'est que grâce à cette ouverture qu'il a été possible de rédiger un texte appuyé par l'ensemble de la sous-commission. Pendant deux ans et demi, la sous-commission a travaillé sur cette thématique en auditionnant des experts et en examinant minutieusement les résultats du Programme National de Recherche PNR 67² et de l'étude de l'ASSM concernant l'attitude des médecins suisses face à l'assistance au suicide³. Les anciennes directives ont été entièrement remaniées. La première version du texte a été soumise à des expertes et experts, puis complétée et corrigée par la sous-commission.

La prise en charge palliative comme fil conducteur

Les directives sont orientées selon le fil conducteur des soins palliatifs, notamment le respect de la dignité et de la volonté autodéterminée du patient. Contrairement à la version précédente, elles ne contiennent plus de chapitre spécifique aux soins palliatifs. Le texte est, par ailleurs, axé autour de trois préoccupations fondamentales:

- La sous-commission s'est efforcée d'employer un langage aussi clair que possible. Elle a tout particulièrement veillé à utiliser des formulations précises concernant les actes susceptibles d'influencer le moment de la mort: l'intention est-elle de repousser ce moment? Veut-on accepter la mort comme une évolution naturelle ou comme la conséquence inévitable d'un acte? Ou est-il envisagé de l'accélérer?

- Le respect de l'autodétermination du patient doit être garanti jusqu'à sa mort. Mais les droits des proches et des professionnels de la santé doivent également être pris en compte.
- Les patients vulnérables doivent être protégés des mesures médicales qui ne sont pas conformes à leur volonté éclairée, libre et réfléchie.

¹ Selon une étude réalisée dans le cadre du PNR 67, la fréquence relative de la sédation continue jusqu'à la mort et celle de l'assistance au suicide ont été multipliées par 3.7 entre 2001 et 2013 en Suisse (Bosshard G. et al. JAMA Intern Med 2016;176:555).

² www.nfp67.ch/fr/projets

³ L'étude de l'ASSM et d'autres documents importants sont disponibles sous: assm.ch > Éthique > Fin de vie > Assistance médicale au suicide.

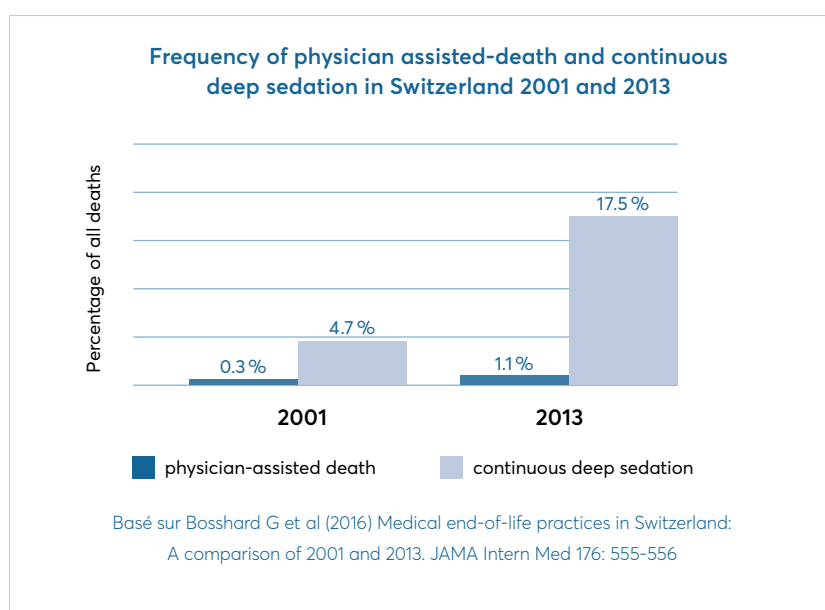
La principale nouveauté de ces directives est l'élargissement de leur champ d'application. Elles ne concernent plus uniquement les patientes dont le processus de la mort est déjà entamé, mais également celles qui souffrent d'une maladie probablement mortelle ainsi que les patients qui demandent une aide médicale pour mettre fin à leur vie. L'objectif est, d'une part, d'encourager l'entretien sur la fin de vie et la mort à un stade précoce ainsi que l'introduction des soins palliatifs parallèlement aux mesures curatives. D'autre part, le domaine de l'assistance au suicide chez des patients dont la mort n'est pas imminente, qui n'avait pas encore été traité par les directives de l'ASSM, sera également réglé.

Les valeurs et les attitudes face à la fin de vie et à la mort étant extrêmement variées au sein de la population suisse et des professionnels de la santé, les directives ne se limitent pas à de simples instructions pratiques, mais tentent de proposer une orientation permettant à chacun de se livrer à une évaluation éthique autonome et responsable. C'est pourquoi, elles comprennent également des réflexions de fonds sur des thèmes importants, notamment sur les objectifs de la médecine. Dans les décisions concernant le traitement et la prise en charge, une importance accrue est accordée à la prise de décision partagée et à la planification anticipée. La situation des proches et le soutien qui doit leur être offert sont également de grande importance.

Assistance au suicide et autres actes controversés

L'évaluation des actes qui accélèrent potentiellement ou certainement la mort a été repensée. Outre les actes conformes aux objectifs généralement reconnus de la médecine et faisant donc partie des activités des professionnels de la santé et les actes qui transgressent l'interdiction morale de donner la mort et sont interdits par la loi, il est dorénavant question d'une nouvelle catégorie d'«actes controversés». Celle-ci comprend en premier lieu l'assistance au suicide, mais également certaines formes de soutien du renoncement à l'alimentation et à l'hydratation. De tels actes peuvent être réalisés par les professionnels de la santé lorsque ceux-ci ont acquis la conviction personnelle que, dans le cas spécifique, ils agissent ainsi pour le bien du patient. En aucun cas, les professionnels ne peuvent être obligés d'exécuter des actes controversés.

Le critère requis pour l'admissibilité de l'assistance au suicide dans le cadre individuel est une souffrance insupportable. La souffrance est un état subjectif qui échappe à la perception objective. Jusqu'à un certain degré, elle peut néanmoins être saisie à un niveau intersubjectif, par la capacité de comprendre le vécu de la patiente et d'évaluer les causes de sa souffrance. Toutes les souffrances ne peuvent pas justifier l'assistance médicale au suicide, seules les souffrances basées sur des symptômes médicalement identifiables et/ou des limitations fonctionnelles. Un médecin ne peut proposer une aide au suicide que lorsqu'il a acquis la conviction, sur la base de l'histoire du patient et après des entretiens répétés, que ce dernier est en proie à des souffrances insupportables, et uniquement si les conditions suivantes sont remplies:



De la médecine de premier recours

«J'espère que vous exercerez encore longtemps – vous me connaissez si bien. J'aimerais que vous m'accompagniez le jour où je devrai mourir.» Mes collègues, médecins de premier recours, et moi-même entendons régulièrement de telles phrases. Aussi sincères et valorisantes que soient ces remarques, aussi difficile est-il de parler d'une maladie grave, de la fin de vie et de la mort, en présence d'un diagnostic inquiétant.

Dans son livre «Diktate über Sterben und Tod» écrit en 1984, Peter Noll, lui-même gravement malade, écrit: «Le dialogue entre quelqu'un qui sait que son temps est compté et quelqu'un qui a encore un futur indéterminé devant lui, est très difficile. Le dialogue n'est pas interrompu avec la mort, mais déjà bien avant...». En 2016, Cory Taylor qui souffre d'une tumeur à un stade avancé, écrit dans son livre «Dying. A Memoir»: «Dans les hôpitaux, nous ne parlons pas de la mort, nous parlons des traitements».

Ce qu'ont voulu exprimer Peter Noll en 1984 et Cory Taylor en 2016 fait partie de notre pratique quotidienne. Certes, nos patients consignent dans leurs directives anticipées qu'ils ne peuvent guère s'imaginer vivre dans un état de dépendance et qu'ils refuseraient les mesures de maintien en vie dans une telle situation. Mais, en réalité, si nous leur parlons de traitements potentiellement efficaces plutôt que de mesures de maintien en vie, ils sont reconnaissants. Et nous, médecins, sommes également soulagés lorsque nous pouvons parler de traitements au lieu de dépendance, de fin de vie et de mort. Néanmoins, les situations de fin de vie se présentent souvent de manière inattendue pour toutes les personnes concernées et il arrive fréquemment que la capacité de communiquer de nos patients soit altérée en raison de troubles de la conscience.

Ces dernières années, de plus en plus de personnes se présentent dans nos cabinets médicaux à un stade précoce de leur maladie et émettent clairement le désir de mettre rapidement fin à leur vie avec une assistance médicale. Nombreux sont les médecins qui sont désorientés face aux demandes de suicide assisté ou de renoncement volontaire à l'alimentation et à l'hydratation qui émanent de leurs patients. Les directives de l'ASSM «Attitude face à la fin de vie et à la mort» proposent un soutien aux professionnels de la santé, quant à la manière dont ils peuvent conseiller et accompagner les personnes gravement malades en fin de vie, en réfléchissant à leur propre position et en impliquant les proches, tout particulièrement dans les situations difficiles où un soutien médical est sollicité pour accélérer la mort.

Klaus Bally,
médecin de famille, membre de la
Commission Centrale d'Éthique

- les autres possibilités médicales et non médicales pour soulager la souffrance ont échoué ou ont été considérées comme inacceptables et rejetées par le patient,
- la capacité de discernement a été clarifiée avec soin; en cas d'états susceptibles d'altérer la capacité de discernement (par exemple maladie psychique, démence) à l'aide d'un spécialiste correspondant,
- le désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant,
- ces conditions ont été vérifiées par une tierce personne indépendante.

La sédation profonde continue destinée à soulager les souffrances en cas de symptômes ne pouvant être traités autrement, est un instrument important en médecine palliative, mais comporte également un potentiel d'abus considérable. Il importe d'être conscient que seule la souffrance de la patiente peut être une indication pour une sédation et en aucun cas celle des proches ou des soignants. Le dosage et la durée de la sédation doivent être constamment orientés selon les symptômes identifiés sur la base des paramètres de contrôle. Pour ce faire, il faut disposer de personnel suffisamment formé à cet effet. Les souffrances sans

symptômes physiques – tels que les états d'agitation ou les angoisses – ne peuvent être soulagées par une sédation profonde provisoire que si les possibilités non médicales n'ont pas atteint leur objectif. Une sédation profonde permanente jusqu'à la mort n'est autorisée que chez les patients pour lesquels le processus de la mort est déjà entamé. Dans les autres cas, le processus de la mort est déclenché et accéléré par la sédation, ce qui correspond à un homicide.

La préoccupation principale reste le bien du patient

En cette époque d'évolution rapide et de vives controverses, les nouvelles directives précisent les attentes envers les médecins et les autres professionnels de la santé dans le contexte de la fin de vie et de la mort. Les directives révisées ont pour objectif de relier les différents points de vue et valeurs ainsi que de veiller au respect de l'autodétermination de toutes les personnes concernées – patients, proches et professionnels de la santé – de manière adéquate. Une attitude face à la fin de vie et à la mort qui se veut orientée selon le bien du patient doit veiller à ne pas solliciter excessivement les proches, ni à menacer l'éthique des professionnels de la santé. Pour que ceci soit possible dans la

durée, un débat de société approfondi sur les futurs objectifs de la médecine et les missions qui lui incombent, est nécessaire. Mais avant d'attribuer de nouvelles tâches à la médecine, il importe de vérifier si la résolution de tels problèmes ne relèverait pas, en fait, de la compétence d'autres acteurs sociaux. Il faut espérer que la procédure de consultation de ces directives et les réactions dans les médias contribueront de manière constructive à ce débat.

Le projet des directives a été approuvé par le Sénat de l'ASSM le 16 novembre 2017 et ensuite mis en consultation. La version définitive des directives devrait être publiée en juin 2018.



Prof. Dr méd. Christian Kind
Médecin spécialiste en pédiatrie,
Ancien Président de la CCE

ÉTHIQUE

Entrée en vigueur des directives révisées sur le diagnostic de la mort

Depuis le 1^{er} juillet 2007, la loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (LTx) définit les conditions requises pour les transplantations d'organes. Pour le diagnostic de la mort, l'ordonnance concernant la LTx renvoie aux directives «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes» de l'ASSM. Celles-ci entrent en vigueur le 15 novembre en même temps que la LTx.

Les directives révisées remplacent les directives édictées en 2011. Ces directives comprennent, comme principale nouveauté, des aides destinées aux professionnels de la santé impliqués, sous forme de flowcharts qui illustrent les processus décisionnels complexes en amont d'un prélèvement d'organes. Une «liste négative» énumère, en outre, les mesures médicales préliminaires ne pouvant pas être appliquées avant la mort du patient s'il n'y a pas consenti lui-même. Une autre annexe décrit les conditions préalables cliniques requises avant d'engager le processus de la constatation de la mort, contribuant ainsi à une meilleure sécurité du processus.

Faisant suite aux nombreux avis émis lors de la consultation, l'ASSM a diminué de 10 à 5 minutes le temps d'observation jusqu'au diagnostic formel de la mort après un arrêt circulatoire. Les raisons suivantes justifient cette modification:

1. La Suisse est l'un des rares pays qui exige que l'arrêt circulatoire soit diagnostiqué non seulement par le toucher du pouls, mais également au moyen d'une échocardiographie (échographie du cœur). Cet examen permet d'avoir la certitude qu'aucun flux sanguin n'alimente plus le cerveau en oxygène. L'absence d'oxygène dans le cerveau pendant trois minutes entraîne des dommages irréversibles.
2. De plus, après le temps d'observation, un diagnostic formel de mort cérébrale doit être établi conformément aux directives. Sur ce point également, comparé aux autres pays, la Suisse fait partie des exceptions en imposant une telle procédure.
3. Les directives précisent qui est habilité à réaliser un tel diagnostic de mort cérébrale; les exigences liées à cette tâche sont très élevées.

Ces trois points garantissent qu'à l'avenir également l'arrêt circulatoire sera constaté dans le respect de toutes les règles de l'art. La version révisée des directives soutient l'équipe de soins dans l'application des dispositions légales en vigueur et lui permet de mieux gérer les nombreuses questions éthiques soulevées. L'objectif reste de garantir à toutes les personnes impliquées que le mourant – respectivement sa dépouille – est constamment traité avec respect.

Les directives peuvent être consultées en allemand, français, italien et anglais ou commandées sous forme de brochure (allemand/français) sur le site de l'ASSM: assm.ch/directives

Nouvelles directives: Traitement et prise en charge de personnes atteintes de démence

L'ASSM avait mis en consultation, de juin à août 2017, les nouvelles directives médico-éthiques sur la prise en charge et le traitement des personnes atteintes de démence. Concernant les questions éthiques et les situations de conflits rencontrées dans la prise en charge et le traitement de personnes atteintes de démence, les directives proposent une aide orientée vers la pratique. Un sujet qui ne laisse pas indifférent: plus de 80 institutions, organisations et personnes se sont exprimées.

La sous-commission responsable de l'élaboration des directives, sous la direction de PD Dr Georg Bosshard de Zurich, a discuté toutes les remarques et suggestions qui leur sont parvenues pendant la période de consultation et les a intégrées au texte ou a apporté les adaptations correspondantes. Dans l'ensemble, les réponses étaient très positives. Le texte équilibré, sa pertinence pour la pratique et sa bonne compréhension ont tout particulièrement été soulignés. A plusieurs reprises, l'accent a été mis sur la nécessité de disposer de ressources structurelles et personnelles

suffisantes pour appliquer les directives; il s'agit pour la pratique de prendre les mesures nécessaires.

Selon l'une des critiques, le texte met trop l'accent sur les aspects médicaux et privilégie une approche pathologique au détriment d'une approche plus compréhensive. A ce sujet, nous rappelons que les directives médico-éthiques de l'ASSM s'adressent prioritairement aux professionnels de la santé; la Société suisse de gériatrie prévoit d'élaborer un complément aux directives destiné aux professions non médicales.

Parmi les différents thèmes traités dans les directives, les «mesures de contrainte» et le «placement à des fins d'assistance» (PFA) sont – sans surprise – ceux qui préoccupent le plus le public et qui ont suscité de nombreuses réactions lors de la procédure de consultation. Le PFA, en particulier, a donné lieu à des prises de position contradictoires et a confronté la sous-commission à un défi majeur. La version définitive des directives contient des précisions par rapport au projet de texte mis en consultation; même les passages ayant fait l'objet de discussions controversées proposent à présent une orientation claire pour la pratique.

Les directives (en allemand, français, italien et anglais) seront publiées fin janvier 2018 et pourront être commandées sous forme de brochure (allemand et français) sur le site web de l'ASSM: samw.ch/directives

Nouvelle sous-commission: directives éthiques pour la médecine reproductive

Avec la révision de la loi sur la procréation médicalement assistée, le recours au diagnostic préimplantatoire sera possible en Suisse. Une sous-commission de l'ASSM élabore des directives médico-éthiques destinées à la pratique.

Depuis peu, le diagnostic préimplantatoire est autorisé sous certaines conditions en Suisse. Le 1^{er} septembre 2017, la loi révisée sur la procréation médicalement assistée et les ordonnances d'exécution sont entrées en vigueur. La Commission Centrale d'Ethique (CCE) de l'ASSM s'était engagée pour la révision de la loi.

L'application de la loi révisée soulève des questions pratiques et éthiques, concernant par exemple le dépistage des aneuploïdies ou la question de savoir quels embryons peuvent être conservés. La CCE a instauré une sous-commission chargée de traiter ces questions et d'élaborer des directives médico-éthiques. Les directives aborderont les imprécisions et les marges d'interprétation de la loi pour encourager une pratique uniforme. Elles contiendront, entre autres, des recommandations pour l'application des critères d'évaluation, la réduction des grossesses multiples ou la gestion des données superflues. Une importance majeure sera également accordée aux réflexions concernant l'instauration d'une bonne pratique pour la pose de l'indication, l'activité de conseil et la prise de décision partagée (Shared Decision Making).

La sous-commission est dirigée par PD Dr méd. Sibil Tschudin, médecin-chef de clinique psychosomatique, clinique de gynécologie et obstétrique, hôpital universitaire de Bâle. La sous-commission comprend, outre des médecins des domaines de la médecine reproductive, de l'obstétrique, de la néonatalogie et de la génétique, une sage-femme et un représentant des patients ainsi que des experts en droit, en pédagogie curative et en éthique.

Membres de la sous-commission

- PD Dr méd. Sibil Tschudin, Bâle, Présidente, gynécologie/psychosomatique
- lic. théol., dipl.-biol. Sibylle Ackermann, ASSM, Berne, éthique
- PD Dr méd. Deborah Bartholdi, Berne, génétique
- Susanne Brauer, PhD, Zurich, Vice-Présidente CCE, éthique
- Prof. Dr iur. Andrea Büchler, Zurich, droit
- Prof. Dr méd. Christian De Geyter, Bâle (représentant SSMR), médecine reproductive
- Dr rer. nat. Nicole Gusset, Heimberg, représentante de patients
- Prof. Dr iur. Christina Fountoulakis, Fribourg, droit
- Dr phil. Elisabeth Kurth, Bâle, sage-femme
- PD Dr méd. Riccardo Pfister, Genève, néonatalogie
- Dr phil. Daniela Ritzenthaler, Berne, éthique/pédagogie curative
- Prof. Dr méd. Daniel Surbek, Berne (représentant SSGO), obstétrique
- Prof. Dr méd. Michael von Wolff, Berne, médecine reproductive
- Dr méd. Nicolas Vulliamoz, Lausanne, médecine reproductive
- PD Dr méd. Dorothea Wunder, Lausanne, médecine reproductive



PD Dr méd. Sibil Tschudin, Bâle, Présidente

Recherche en soins palliatifs: 12 projets soutenus et nouvelle mise au concours

L'ASSM, la Fondation Gottfried et Julia Bangerter-Rhyner et la Fondation Stanley Thomas Johnson soutiennent ensemble la recherche en soins palliatifs; les fonds d'encouragement s'élèvent à 1 million de francs par année. En 2017, douze projets pour un montant total de CHF 922'715.- ont été approuvés. Par ailleurs, des fonds pour une nouvelle mise au concours sont disponibles.

Après un processus d'évaluation minutieux, la commission d'experts de l'ASSM a décidé de soutenir dix projets (de neuf requérants) et d'octroyer deux bourses; les conseils des deux fondations ont confirmé ces choix.

Dr Mathieu Bernard,

Service de Soins Palliatifs et de Support, CHUV, Lausanne
Impact of a gratitude-based intervention on patients and caregivers in a palliative care context: a pilot study
 CHF 120'000.-

Dr Philippe Carruzzo,

Service de Soins Palliatifs et de Support, CHUV, Lausanne
 Bourse

Dr Nathalie Dieudonné-Rahm,

Service de médecine palliative, HUG, Genève
INDEX – Intranasal Dexmedetomidine for procedural pain management in elderly adults in palliative care
 CHF 25'000.-

Dr Sandra Eckstein,

Palliative Care, Hôpital universitaire de Bâle
A Personalized Approach to Foster Dignity by a Palliative Consultation Service in Swiss Acute Hospital Care: A Pilot Randomized Controlled Trial
 CHF 50'000.-

Prof. André Fringer,

Institut für angewandte Pflegewissenschaft, FHS St-Gall
Activity of Daily Living Support in End of Life care: The impact of the education-based intervention program «AdKinPal» for palliative care nurses
 CHF 127'378.-

Prof. André Fringer,

Institut für angewandte Pflegewissenschaft, FHS St-Gall
Development of an educational program for relatives of patients with refractory cachexia: An explorative sequential mixed methods study with a focus on alleviation of challenges concerning nutrition, weight and quality of life
 CHF 70'000.-

Prof. Andrea Koppitz,

Departement Gesundheit, ZHAW Winterthour
Does the POS-DemA improve dementia care in Swiss nursing homes?
 CHF 120'000.-

Andrea Loizeau,

MSc, Center for Gerontology, Université de Zurich
 Bourse

Prof. Pascal Singy,

Service de Psychiatrie de Liaison, CHUV, Lausanne
Compétence/sensibilité transculturelle dans la communication clinique en soins palliatifs spécialisés
 CHF 88'171.-

PD Dr Florian Strasser,

Oncologie & médecine palliative, Hôpital cantonal de St-Gall
Patient-needs-based multi-professional delivery of Palliative Interventions by oncologists' and oncology nurses: a randomized Phase II trial
 CHF 80'000.-

Dr Tenzin Wangmo,

Institut für Bio- und Medizinethik, Université de Bâle
Palliative care at home: A multiperspective study on the complex needs of ALS family caregivers
 CHF 100'000.-

Dr Karin Zimmermann,

Paediatric Palliative Care, Université de Bâle
Specialised Paediatric Palliative CaRe: Assessing family, healthcare professionals and health system outcomes in a multi-site context of various care settings (SPHARA)
 CHF 50'000.-

La mise au concours supplémentaire du programme «Recherche en soins palliatifs» est prévue pour le printemps 2018 avec délai de soumission fixé au 1^{er} juin 2018.

Tous les projets soutenus figurent dans le tableau synoptique sur le site de l'ASSM: assm.ch/soins-palliatifs

Fonds KZS: soutien de quatre projets

Sur proposition de la Commission Centrale d'Ethique (CCE), la mise au concours des subsides issus du Fonds Käthe Zingg-Schwichtenberg portait cette année sur les «répercussions de la digitalisation sur la relation patients – professionnels de la santé».

28 requêtes ont été soumises à la date-limite du 31 mai 2017. Après une évaluation minutieuse, la commission a décidé de soutenir les quatre projets suivants:

Dr Céline Bourquin Sachse,

Service de psychiatrie de liaison, CHUV, Lausanne

How Internet-informed patients transform the role of physicians, the clinical encounter, and the practice of medicine

CHF 75'210.–

Dr Julia Dratva,

Departement Gesundheit, ZHAW, Winterthour

Digitale Elternratgeber – Nutzung und Einfluss auf die Arzt-Eltern-Interaktion in der pädiatrischen Vorsorge

CHF 57'774.–

Marcello Ienca,

Departement Gesundheitswissenschaften und Technologie, ETH Zurich

Digitalizing Elderly Care in Switzerland: Opportunities and Challenges

CHF 60'000.–

Dr Stuart McLennan,

Institut für Bio- und Medizinethik, Université de Bâle

Physician Rating Websites in Switzerland

CHF 73'325.–

Neurosciences: mise au concours du Prix Robert Bing 2018

Le prix, provenant d'un legs du neurologue Robert Bing (1878-1956), est attribué, selon les dispositions testamentaires du donateur, à des «auteurs de travaux de premier ordre ayant fait progresser la connaissance, le traitement et la guérison des maladies du système nerveux».

Les candidats au Prix Robert Bing sont en premier lieu de jeunes chercheurs et médecins suisses (jusqu'à 45 ans). Le prix, doté de CHF 50'000.–, est destiné à les encourager à poursuivre leurs recherches. Il est décerné en règle générale tous les deux ans.

La prochaine mise au concours du Fonds KZS est prévue pour début 2018; elle portera soit à nouveau sur un thème prédéfini ou sera destinée en priorité à la relève dans le domaine de l'éthique biomédicale.

Toutes les informations concernant les programmes de soutien et les prochaines mises au concours peuvent être consultées en ligne sous: assm.ch/promotion

Le prochain délai de soumission est fixé au 1^{er} mars 2018.

Vous trouvez des informations détaillées sur le Prix et la soumission des requêtes sur notre site: assm.ch/prix-bing

Nouvelle secrétaire générale: Valérie Clerc succède à Hermann Amstad

Lors de sa séance du 28 juin 2017, le Comité de direction de l'ASSM a élu Valérie Clerc future secrétaire générale de l'ASSM. En novembre, Hermann Amstad passera le flambeau et quittera ses fonctions à la fin du mois, après 18 années au sein de l'ASSM.

Valérie Clerc est entrée en fonction le 1^{er} novembre 2017 et sera soutenue pendant les premières semaines par son prédécesseur, Hermann Amstad. Dans sa dernière fonction, elle était cheffe de l'Unité Secrétariat de la Conférence suisse des hautes écoles (CSHE) au Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation SEFRI, fondée en 2015. De 2008 à 2014, Valérie Clerc avait travaillé, en tant que Secrétaire générale à partir de 2013, à la Conférence universitaire suisse (CUS) qui deviendra la CSHE en 2015.

La gestion du secrétariat du Comité permanent pour la médecine universitaire était l'une des nombreuses missions dont était chargée Valérie Clerc. Elle est donc parfaitement familiarisée avec les thèmes et les enjeux liés à la politique des hautes écoles et la politique de la santé. Elle est, par ailleurs, parfaitement bilingue (français/allemand), mariée et mère de deux enfants. Nous nous réjouissons de travailler avec Valérie Clerc qui, dans divers projets, a déjà eu des contacts avec l'ASSM, et lui souhaitons d'ores et déjà plein succès et beaucoup de satisfaction dans sa nouvelle fonction.

Vous trouvez dans notre communiqué de presse du 4 juillet 2017 plus d'informations concernant la nouvelle secrétaire générale de l'ASSM: assm.ch/médias



Valérie Clerc,
Secrétaire Générale

AGENDA

Judi, 30 novembre 2017, Berne, Kursaal L'interprofessionnalité dans le système de santé: quelle formation pour quelle pratique?

Le 30 novembre, l'ASSM organisera le 2^e symposium sur l'interprofessionnalité dans le système de santé. Les questions suivantes sont au cœur du symposium: quelles initiatives de formation, aux niveaux national et international, peuvent s'avérer efficaces? Sur quelles formes d'enseignement devons-nous miser à l'avenir? Quels exemples de bonne pratique existe-t-il aujourd'hui en Suisse? Des experts suisses et étrangers aborderont ces thèmes. Les discussions en groupes permettront aux participants de clarifier des questions et d'échanger leurs expériences. Lors du symposium, les prix ASSM «Interprofessionnalité» seront décernés.

Vous trouvez le programme et le lien vers l'inscription sous: assm.ch/agenda-fr

SAMWASSM

Le bulletin de l'ASSM paraît 4 fois par an en 3400 exemplaires (2500 en allemand et 900 en français).

Editeur:

Académie Suisse des Sciences Médicales
Maison des Académies
Laupenstrasse 7, CH-3001 Berne
Tél. +41 31 306 92 70
mail@samw.ch
www.assm.ch

Rédaction:

lic. phil. Franziska Egli

Traduction:

Dominique Nickel

Présentation:

KARGO Kommunikation GmbH, Bern

Imprimé par:

Kreis Druck AG, Bâle
ISSN 1662-6028