



Prof. Peter Meier-Abt,
Président

La recherche de la vérité est le dénominateur commun à toutes les sciences

Grâce à la médecine orientée vers les sciences naturelles et techniques, d'énormes progrès ont pu être réalisés dans la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies. Ces succès reposent sur l'effort conséquent de quelques personnalités déterminées, au courant du 19^{ème} siècle, à développer les sciences médicales sur la base de «faits avérés» (François Magendie, 1783–1855) et «sur l'étude de la médecine expérimentale» (Claude Bernard, 1813–1878). Les sciences expérimentales déjà établies, telles que la physique, la chimie et la biologie, avaient fait de tels progrès vers 1800 que même Goethe en était arrivé à soupirer dans ses «Affinités électives»: «Nous sommes obligés de remettre nos connaissances à jour tous les cinq ans, si nous ne voulons pas être complètement démodés». Et avec le temps, la médecine était devenue presque par elle-même une science naturelle. Elle avait délaissé sa longue tradition humaniste et s'était écartée de la philosophie qui faisait alors partie intégrante de la formation médicale depuis l'antiquité (Peter Stulz, BMS 2010; 91: 1625, en allemand). Cette approche naturaliste de la recherche sur les maladies était et reste incon-

testablement fructueuse, car les découvertes importantes dans le domaine des sciences de la vie, au courant des deux derniers siècles, ont souvent permis de réaliser des progrès immédiats dans la compréhension des maladies pathophysiologiques et/ou contribué au développement de nouvelles thérapies.

Cependant, la médaille a aussi un revers. Plus les découvertes au niveau moléculaire et en biologie cellulaire permettaient de comprendre la pathogenèse des maladies, plus se faisait sentir le défaut de cette «unidimensionalité» d'une compréhension purement biologique, moléculaire et génétique de la maladie. De tous temps, ce défaut a été particulièrement ressenti par les praticiens. «Nous avons appris les gènes, les protéines, les cellules, les organes et certaines techniques, mais ce sont des êtres humains qui sont venus vers nous» (modifié selon Gerhard Kocher, 2006). Et justement, il se trouve que l'homme est fondamentalement plus que la connaissance qu'il peut avoir de lui-même (Karl Jaspers, 1883–1969). Cela signifie, que ni la connaissance de la nature et de la fonction des éléments biologiques, ni les analyses les plus pointues d'interactions biologiques et pathophysiologiques hautement sophistiquées ne parviennent finalement à rendre justice à l'être humain en tant que personne dans sa maladie. Les questionnements liés à la médecine et la biologie modernes ne peuvent être résolus, dans le respect de l'homme et de la société, sans tenir compte des aspects des sciences sociales et humaines. Ceux-ci concernent par exemple la définition du moment de la mort dans le domaine de la médecine de transplantation ou du début de la vie en médecine de reproduction, de même que les progrès fulgurants dans la recherche sur les génomes jusqu'à la possibilité de créer la vie artificiellement.

Entre temps, la nécessité d'un retour à une médecine globale respectueuse de l'être humain a permis d'intégrer des approches en sciences humaines à différents niveaux de la formation prégraduée, postgraduée et continue. L'article principal de ce bulletin décrit l'offre en «Medical Humanities» proposée par l'université de Genève à ses étudiants en médecine. L'Académie Suisse des Sciences Médicales publiera prochainement une étude détaillée concernant l'enseignement des «Medical Humanities» dans les hautes écoles suisses ; cette étude sera présentée lors d'une journée d'experts, le 16 mars 2012 à Berne. De précieuses initiatives existent également dans le domaine postgradué, comme par exemple le Certificate of Advanced Studies en «Philosophie et médecine» à l'université de Lucerne (par alternance avec une activité professionnelle) ou la «médecin humaine» pratiquée à l'hôpital d'Affoltern ZH (le «modèle Affoltern»). Bien d'autres exemples pourraient être cités. Et, à l'évidence, ils portent leurs fruits, non pas à l'encontre, mais de concert avec la médecine scientifique. Le modèle genevois montre que les étudiants en médecine apprécient l'offre additionnelle en «Medical Humanities» et qu'au 21^{ème} siècle aussi, les sciences naturelles, médicales et humaines peuvent s'enrichir mutuellement dans leur recherche de la vérité. Certes, également à l'avenir, la médecine scientifique pourra se féliciter de nombreux succès, mais les «Medical Humanities» garantissent que ces progrès seront appliqués au patient individuel et dans le système de santé publique, dans le respect de l'être humain. Cela aussi, Goethe le savait, lorsqu'il laissait Faust, figure historique contemporaine de Paracelsus, déclamer «Et lorsque la nature t'enseigne, la force de l'âme remonte en toi».

Deux revues principales se concentrent sur le débat conceptuel concernant les sciences humaines en médecine et font état des expériences pédagogiques de cet enseignement aux facettes multiples: le Journal of medical humanities (USA), et le Journal of medical ethics, medical humanities (GB). Elles reflètent la richesse des initiatives décrites, la diversité des intentions et des objectifs²; elles restituent la récurrence des questions liées aux disciplines qui devraient en faire partie³, à l'origine académique des enseignants (médecins ou autres)⁴, à la nature de l'enseignement (optionnel ou obligatoire)⁵, ou encore à l'impact d'un tel programme sur la pratique médicale.

L'expérience genevoise

Les choix opérés à Genève pour l'implantation d'un tel programme reposent sur le format pédagogique de l'apprentissage par problèmes, et sur des considérations d'ordre conceptuel.

L'origine facultaire des enseignants renvoie à des délibérations plus importantes qu'il n'y paraît. Deux options sont possibles: faire appel à des médecins intéressés à l'une ou plusieurs des disciplines en jeu, ou «importer» des enseignants d'une autre culture académique. Les premiers ont l'avantage certain de garantir la familiarité intellectuelle entre l'enseignant et les étudiants, en termes de préoccupation, de construction de la pensée, et de vocabulaire. Néanmoins, nous avons opté pour la seconde. Le choix est risqué dans la mesure où l'on a souvent reproché, aux historiens notamment⁶, de ne pas savoir s'adapter au public auquel ils s'adressent. Néanmoins, confronter les étudiants à une autre forme discursive, à un autre vocabulaire,

à une autre manière de considérer une réalité partagée, amener un autre matériel pour alimenter une discussion, d'autres outils intellectuels, notamment en matière d'interprétation, bref, incarner une différence, nous semblait important. Pour pallier le risque du «malentendu culturel» tous les séminaires obligatoires sont préparés et donnés par un binôme (un clinicien et un «humaniste»). Les négociations préliminaires portent sur la délimitation du sujet, sur le matériau (archives, images ou textes littéraires), sur la pertinence des questions abordées, et sur les messages que l'on souhaite transmettre. Cette approche dialectique aboutit à un séminaire interdisciplinaire, fruit d'une confrontation de points de vue intellectuels distincts.

Dans les limites contraignantes de l'apprentissage par problèmes, qui ne permet que des enseignements sous forme de snapshots ponctuels disséminés dans les différents modules et unités, le team-teaching permet d'intégrer les SHM plus efficacement.

Les séminaires obligatoires: des produits de contraste

La pertinence d'un tel enseignement obligatoire est une vraie question. Et si celle de «l'utilité» n'est pas significative, celle du sens appelle une réponse. Est-il vraiment nécessaire que les étudiants accumulent des connaissances noyées dans un savoir biomédical indispensable et prépondérant? Probablement pas. Les SHM ont un autre rôle à jouer, celui d'offrir des moyens et des moments pour développer l'exercice de la réflexion critique et interprétative. C'est pourquoi nos séminaires obligatoires portent sur des thèmes transhistoriques comme la consultation, la perception de la maladie, le secret médical, le médecin et le mourant, la frustration dans la pratique médicale.

Les sciences humaines servent de produits de contraste pour rendre apparent le cadre de la pratique médicale contemporaine. Le contenu véhiculé par les sciences humaines est moins important ici que la mise en perspective de certaines caractéristiques de la pensée et pratique médicales d'aujourd'hui, que les étudiants auraient tendance à trouver «naturelles», et qui sont conditionnées par le milieu culturel ambiant. Elles opèrent comme un «instrument d'optique d'aujourd'hui»⁷, comme un révélateur d'implicites. La médecine est affaire de biomédecine mais aussi d'influences (voire de pressions) culturelles, économiques et sociales plus ou moins explicites. Or, il est plus facile d'évoluer librement dans un cadre dont on reconnaît les contours. Comme l'écrivait un théoricien de l'histoire, «certes, la connaissance de ce qui s'est produit alors ne nous apprend rien de ce qui nous attend, mais elle nous permet au moins de considérer le théâtre du monde contemporain avec une certaine distance»⁸.

Les cours à options: l'entretien de la curiosité

En complément des séminaires obligatoires, nous avons pu introduire des enseignements dans le cadre plus large des «cours à options obligatoires». Durant la 2^e et la 3^e année, les étudiants doivent choisir un cours pour chaque semestre parmi une cinquantaine de propositions qui vont de la biologie moléculaire aux sciences humaines, en passant par l'anatomie, les maladies infectieuses ou la transplantation. C'est dans ce cadre que nous avons pu développer un enseignement semestriel, sanctionné par un examen, de philosophie, littérature, art et histoire (environ 30% des étudiants choisissent un de ces cours). Ces cours revêtent une pertinence certaine pour ces étudiants, qui expriment leur soulagement de pouvoir développer une réflexion sur leur future pratique, d'en saisir les fondements philosophiques, de comprendre la tradition historique de la science et de la pratique médicales ou de prendre la mesure de certaines des préoccupations majeures de leur future pratique à travers la création littéraire.

Cet enseignement a-t-il un impact sur la pratique?

La question de l'impact des SHM sur les étudiants en médecine est épineuse. Comment mesurer une pratique réflexive et une souplesse interprétative, telles que nous souhaitons le développer à travers les sciences humaines? Et si l'objectif était de rendre les médecins plus humains, comment quantifier ce supposé surplus d'humanité? Se proposer un tel objectif serait néanmoins un erreur. Il semble plus pertinent d'offrir des outils interprétatifs et d'entretenir des rouages intellectuels supplémentaires pour permettre aux étudiants de penser, d'entendre et de formuler la complexité qui est souvent liée à la pratique médicale. Cette complexité passe souvent par l'expression et comme l'écrivait Danièle Sallenave, «le langage n'est pas un code, il ne 'sert' pas à communiquer, ni à 'exprimer sa pensée', il sert d'abord à penser»⁹. Multiplier les angles de vision et de réflexion, et diversifier les formes discursives contribuent à affiner la compréhension des étudiants, leur capacité d'écoute, de jugement et de réaction. «L'esprit n'est pas comme un vase qu'il ne faille que remplir. A la façon du bois, il a plutôt besoin d'un aliment qui l'échauffe, qui fait naître en lui une impulsion inventive»¹⁰. Peut-on mesurer «l'échauffement» d'un esprit? L'ASSM et les facultés de médecine suisses ont suivi le mouvement qui vise à donner un espace aux SHM dans la formation des étudiants en médecine. En cela, elles soutiennent les nécessaires efforts engagés pour poursuivre le dialogue entre deux formes de cultures, qui loin de s'annuler, se complètent et s'entrelacent pour explorer la complexité liée à la maladie, et pour répondre à la détresse des malades. «Le mystère est commun», affirmait le poète Saint-John Perse dans un magnifique plaidoyer sur la nécessité de la réconciliation de ces deux cultures¹¹. Ce mystère commun appelle d'innombrables éclairages pour être percé.

Prof. Micheline Louis-Courvoisier, Genève

Micheline Louis-Courvoisier est historienne, professeur à la Faculté de médecine de Genève, attachée à l'Institut d'éthique biomédicale, et responsable du programme de Sciences humaines en médecine.



Les Académies suisses des sciences s'engagent aussi pour les «Medical Humanities»

Les Académies suisses des sciences avaient organisé trois ateliers intitulés «Intimité et intrusion», dans le but de favoriser le dialogue entre les experts en sciences culturelles et sociales et les médecins. Au-delà des différentes disciplines, les ateliers abordaient le thème de la protection de la sphère intime dans le contexte de la maladie. Les trois ateliers ont montré que le cadre de référence scientifique ne suffit pas à la plupart des médecins et soignants pour interpréter et traiter les souffrances de leurs patients. Des facteurs sociaux et culturels interviennent aussi dans leur compréhension de la santé et de la maladie. Sibylle Obrecht, experte en sciences culturelles, a accompagné ces ateliers et rédigé un rapport à ce sujet. Le rapport sur les trois ateliers conclut – entre autres – que la collaboration entre médecins et experts en sciences humaines, appelée «Medical Humanities», est et reste un exercice d'acrobatie complexe. Elle va à l'encontre de la tendance actuelle à une spécialisation poussée, mais relativise les positions propres à chacun et permet ainsi un élargissement indispensable de l'horizon.

Le rapport consacré aux ateliers peut être consulté sur le site des Académies suisses des sciences sous www.academies-suisses.ch/fr/publications

L'analyse de l'offre dans le domaine des «Medical Humanities» dans les hautes écoles suisses constitue une autre priorité du projet. L'intégration d'aspects des sciences humaines dans la formation au sein des facultés de médecine et des hautes écoles de la santé est en cours depuis la réforme de Bologne. En 2011, l'ASSM a établi un état des lieux de l'offre en «Medical Humanities» dans la formation des étudiants en médecine et des professionnels de la santé. Les résultats de cette enquête seront publiés et présentés lors d'un colloque, le 16 mars 2012.

Le programme de cette rencontre peut être consulté sous www.academies-suisses.ch/fr/agenda

Swiss Medical Board: Le test PSA n'est pas adapté pour le dépistage précoce du cancer de la prostate

La plupart du temps, le dosage de l'antigène prostatique spécifique (test PSA) est réalisé en vue du diagnostic précoce d'un cancer de la prostate, la maladie cancéreuse la plus fréquente chez les hommes. Toutefois, le taux de PSA n'est pas un bon indicateur du cancer de la prostate chez les hommes sans symptômes ni facteurs de risque, comme l'explique le Swiss Medical Board. De ce fait, en l'absence de symptômes, il est recommandé de renoncer au dosage du PSA.

Environ 5700 hommes développent chaque année un cancer de la prostate. Lorsque celui-ci est diagnostiqué à temps, les chances de guérison sont augmentées. Le diagnostic précoce est – entre autres – basé sur le dosage de l'antigène prostatique spécifique dans le sang. Le Swiss Medical Board, soutenu entre autres par l'Académie Suisse des Sciences Médicales, a vérifié si cette méthode permet un diagnostic précoce fiable chez des hommes sans symptômes ni antécédents familiaux. Basé sur la littérature scientifique et l'avis d'experts, le Medical Board a conclu que, dans ces cas, le dosage du PSA n'était ni utile ni indiqué. Si malgré tout le patient demande un dosage du PSA, le médecin traitant doit l'informer en détail sur le manque de fiabilité du test et sur ses conséquences. Le Medical Board recommande, en outre, que l'assurance de base ne supporte pas les frais du test dans ces cas.

Les recommandations du Swiss Medical Board reposent sur le fait que, même si un taux élevé de PSA augmente la probabilité de diagnostiquer un cancer de la prostate, le dosage du PSA chez les hommes sans facteurs de risque reste imprécis. La prostate saine produit aussi des PSA et des valeurs élevées peuvent tout à fait être imputées à d'autres raisons, comme par ex. une inflammation de la prostate ou l'absorption de certains médicaments. D'autre part, le test PSA ne permet pas de faire la différence entre des carcinomes nécessitant un traitement et ceux qui n'en nécessitent pas. Il est fréquent que, chez des patients âgés, le cancer de la prostate évolue très lentement, subrepticement, et n'a guère d'influence sur la qualité et l'espérance de vie. Souvent le dosage du PSA déclenche une série d'exams et d'interventions chirurgicales; il n'est pas rare que des effets secondaires et des complications tels qu'une incontinence durable, une impuissance et des troubles intestinaux, surviennent. De plus, les hommes dont le taux de PSA a été dosé se soumettent plus fréquemment à des interventions chirurgicales inutiles. Tous ces facteurs contribuent à une évaluation globale plutôt négative du rapport coûts-utilité du test PSA.

- 1 Nous avons choisi ce terme pour traduire celui de medical humanities. Plusieurs traductions françaises coexistent, les plus communes étant: humanisme médical, humanités médicales, sciences humaines et sociales en médecine.
- 2 Edgar A, Pattison S (2006) Need humanities be so useless? Justifying the place and role of humanities as a critical resource for performance and practice. *J Med Ethics*; *Med Humanities*, 32: 92–98.
- 3 Evans M (2002) Reflection on the humanities in medical education. *Med Educ*, 36: 508–513.
- 4 Shafer A (2009) Medical humanities: demarcations, dilemmas and delights. *J of Med Humanit*, 35: 3–4.
- 5 Bleakley A, Marshall R, Brömer R (2006) Toward an esthetic medicine: developing a core medical humanities undergraduate curriculum. *J of Med Ethics; Med Humanities*, 27: 197–213.
- 6 Hunter KH (1996) Narrative, literature and the clinical exercise of practical reason. *J of Med and Philos*, 21: 303–320.
- 7 Zemon Davis N (2004) L'histoire tout feu tout flamme; entretiens avec Denis Crouzet. Paris, Albin Michel, p. 93.
- 8 Kracauer S (2006) L'histoire des avant-dernières choses. Paris, Stock, p. 57.
- 9 Sallenave D (1997) A quoi sert la littérature? Paris, Textuel, p. 47.
- 10 Plutarque (1995) «Comment écouter?» Traduction de Pierre Maréchaux, Paris, Rivages, p. 67.
- 11 Saint-John Perse, Discours prononcé lors de l'attribution du Prix Nobel, 1960.

Le dossier électronique du patient difficilement réalisable

En septembre 2011, le Conseil fédéral avait approuvé un projet de loi sur la «Stratégie Cybersanté (eHealth) Suisse». L'intégration du traitement électronique des données dans le système de santé est appelée eHealth. La prise en charge moderne des patients implique souvent plusieurs professionnels de la santé et, de ce fait, les données des patients sont saisies et archivées indépendamment à différents endroits; la nouvelle Loi fédérale tient compte de cette réalité. Le libre choix du médecin favorise également la création d'îlots

d'informations et augmente ainsi le risque de procéder plusieurs fois aux mêmes examens diagnostiques et thérapeutiques, ce qui a inévitablement des conséquences sur la qualité et les coûts des processus de traitement.

Avec l'introduction du dossier électronique du patient, le Conseil fédéral entend améliorer les traitements, augmenter la sécurité des patients et accroître l'efficacité dans le système de santé. Les Académies soutiennent fondamentalement le projet de loi. Sans intervention de l'Etat, l'introduction globale d'un dossier électronique du patient ne pourrait être réalisée que lentement, en raison de

l'incompatibilité des différents systèmes électroniques, des coûts d'investissement élevés et de l'utilité rarement immédiate pour les médecins.

De plus, le caractère facultatif de cette mesure, pour les patients comme pour les médecins, complique encore l'introduction rapide et globale du dossier électronique du patient. Notamment l'absence d'attrait pour les médecins, en raison du surplus de travail administratif, va retarder la mise en pratique. Dès lors, l'objectif ambitieux d'atteindre en cinq ans une masse critique d'utilisateurs ne semble pas réalisable.

PROMOTION DE LA RECHERCHE

Le fonds Käthe-Zingg-Schwichtenberg pour l'éthique médicale et les projets innovants (KZS)

L'ASSM met à disposition des moyens issus du Fonds Käthe-Zingg-Schwichtenberg pour soutenir des projets de recherche dans le domaine de l'éthique médicale ainsi que des aides au lancement de projets scientifiques innovateurs pour lesquels il n'existe pas encore d'institutions de soutien établies.

En 2012, la somme de CHF 250 000.– sera attribuée.

Les candidatures pour ces soutiens peuvent être déposées en langue allemande, française ou anglaise. Un montant maximal de CHF 60 000 est octroyé par projet. Les formulaires de demande peuvent être téléchargés sur le site de l'ASSM (www.samw.ch/fr/KZS). Le délai de remise des demandes est fixé au 31 mars 2012.

Prix Théodore Ott 2012

En 2012, l'ASSM met au concours le prix Théodore Ott, décerné pour une carrière en sciences neurologiques.

Conformément aux dernières volontés de Théodore Ott (1909–1991), professeur de neurologie à Lausanne, le prix est décerné à des chercheurs suisses ayant accompli un travail particulièrement remarquable dans le domaine de la recherche fondamentale en neurologie.

Le Prix Théodore Ott, doté de CHF 50 000.–, est en principe décerné tous les cinq ans. La date limite d'envoi est fixée au 31 août 2012.

Prix Robert Bing 2012

En 2012, l'ASSM met au concours le prix Robert Bing pour de jeunes chercheurs en sciences neurologiques.

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».

Conformément aux souhaits du donateur, les candidats au Prix Robert Bing sont en premier lieu des chercheurs et médecins suisses, jeunes (jusqu'à 45 ans). Ce prix, doté de CHF 50 000.–, est en règle générale décerné tous les deux ans. Vous trouvez de plus amples informations sous www.samw.ch/fr/recherche. La date limite d'envoi est fixée au 31 août 2012.

Changement de direction à la Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO)

En 2009, le Fonds National Suisse de la recherche scientifique et l'ASSM ont fondé la «Swiss Clinical Trial Organisation» (SCTO). Elle est l'organisation faitière de la recherche clinique en Suisse; l'une de ses missions consiste à assurer la coordination des six «Clinical Trial Units» établies dans les hôpitaux universitaires et l'hôpital cantonal de St. Gall. La première directrice de la SCTO, Dr Claudia Weiss, s'est retirée fin octobre 2011 pour se consacrer à de nouvelles tâches.

Le comité de direction de la SCTO a choisi Annette Magnin comme nouvelle directrice. Pharmacienne diplômée, elle a assumé pendant des années une fonction dirigeante dans une organisation de recherche clinique; elle était responsable du suivi d'études cliniques et de la formation des investigateurs. Par ailleurs, elle est engagée dans divers conseils professionnels et politiques. Annette Magnin est mariée et mère d'une fille de 11 ans. Elle est entrée en fonction mi-janvier 2012.

Programme de soutien pour la recherche sur les services de santé

La Fondation Gottfried et Julia Bangerter-Rhyner (Fondation Bangerter) et l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) mettent au concours un programme de soutien «Recherche sur les services de santé». La recherche sur les services de santé jette un pont entre, d'une part, la recherche biomédicale et clinique et, d'autre part, la prise en charge des personnes et les soins aux malades.

Le but de cette initiative est de réaliser des projets de recherche de haut niveau, de promouvoir la relève scientifique et, à moyen ou à long terme, de développer durablement les compétences et les infrastructures, dans tous les domaines de la recherche sur les services de santé en Suisse.

En 2012, la somme de CHF 1 Mio sera attribuée. Les projets peuvent être adressés deux fois par an, la première fois le 1^{er} mars 2012. Des informations complémentaires sur le programme de soutien «Recherche sur les services de santé» peuvent être consultées sur le site www.samw.ch/fr/Recherche-Service-Sante sur l'offre en soins.



La CCE précise la responsabilité des médecins et des soignants en milieu carcéral

En 2010, la prise en charge médicale d'un détenu en grève de la faim et la participation de médecins à des renvois forcés avaient défrayé la chronique; parallèlement l'Académie Suisse des Sciences Médicales s'est penchée sur ce sujet. La Commission Centrale d'Éthique a saisi cette occasion pour vérifier l'actualité et la praticabilité de ses directives médico-éthiques relatives à «L'exercice de la médecine auprès de personnes détenues», qui datent de 2002. Cette analyse a montré que ces directives, rédigées sur la base de documents internationaux mondialement reconnus, restent valables, mais qu'elles ne sont parfois que partiellement appliquées dans les institutions d'exécution des peines. C'est pourquoi, la CCE a formulé des recommandations à ce sujet dans une prise de position comprenant également une annexe avec des conseils pratiques relatifs à l'application des directives existantes.

La prise de position «Autorité de l'État et éthique médicale» souligne qu'en matière de prise en charge médicale, les patients détenus ont les mêmes droits que les personnes en liberté. On constate toutefois que la pratique tient trop peu compte du fait que les personnes détenues ont besoin d'une prise en charge spécifique due à la prévalence élevée de certaines maladies infectieuses, addictions et troubles psychiques. De plus, de nombreux établissements pénitentiaires manquent de personnel qualifié et, de ce fait, chargent le personnel de surveillance de tâches médicales, comme par exemple la distribution de médicaments. Il arrive aussi que, pour des raisons financières, des médicaments ne soient pas prescrits (par exemple pour le traitement de l'hépatite C) ou que des mesures de prévention ne soient pas adoptées. Lorsque les médecins sont directement employés par l'institution pénitentiaire ou les autorités judiciaires, le risque qu'ils soient influencés dans leurs décisions médicales est plus élevé. La prise de position exige donc que l'indépendance professionnelle des médecins exerçant en milieu carcéral soit garantie. Et elle insiste sur le fait que les tâches et responsabilités de toutes les personnes intervenant dans les mesures et décisions concernant la santé des personnes détenues soient clairement définies.

Dans les conseils pratiques relatifs à l'application des directives, la CCE décrit les missions des médecins et des soignants en milieu carcéral. Le document aborde des situations délicates, telles que les traitements sous contraintes, la procédure en cas de grève de la faim ou les devoirs des médecins lors de renvois forcés. Il prend notamment position sur les limites de l'activité médicale dans le cadre des renvois forcés. Lorsque les circonstances entravent ou empêchent une évaluation médicale correcte et un traitement adéquat, le médecin a le devoir moral et légal de refuser d'accompagner un renvoi.

La CCE prend position sur l'assistance médicale au suicide

Différentes demandes adressées à la CCE révèlent des cas isolés de pratiques indéfendables de l'assistance médicale au suicide, que ce soit avec ou sans la participation d'une organisation d'assistance au suicide. A cette occasion, la CCE rappelle dans une prise de position les critères déterminants formulés dans les directives relatives à la prise en charge de patientes et patients en fin de vie et précise les conditions requises pour leur observation. La CCE insiste sur le fait qu'un désir de suicide doit être clarifié dans des entretiens personnels répétés. Le médecin expert doit disposer des compétences nécessaires en psychiatrie lorsqu'il est appelé à évaluer la capacité de discernement d'un patient souffrant d'une maladie psychique. De plus, le médecin qui prescrit le natrium-pentobarbital ne doit pas évaluer à lui seul la capacité de discernement. La CCE exige, en outre, qu'une éventuelle partialité du médecin expert ou du médecin qui établit l'ordonnance soit thématisée. Celui-ci doit notamment dire ouvertement s'il établit régulièrement des expertises en vue d'une assistance au suicide ou s'il prescrit régulièrement du natrium-pentobarbital. Une fois de plus, la CCE souligne que, dans ce domaine sensible, une discussion globale sur les limites de l'assistance au suicide est indispensable et que l'instauration croissante de l'assistance au suicide relève de la responsabilité de la société dans son ensemble et ne peut être déléguée au corps médical.

SECRETARIAT GÉNÉRAL



Valentin Amrhein

Nouveau responsable des relations publiques

Depuis début 2012, PD Dr Valentin Amrhein est responsable du ressort Relations publiques auprès des Académies suisses des sciences (à 60%) et à l'Académie Suisse des Sciences Médicales (à 20%). Ses fonctions englobent la rédaction des Newsletter, des rapports annuels et la gestion du site internet ainsi que la révision de la stratégie de communication. Ces dernières années, Valentin Amrhein était journaliste scientifique à Bâle et éditeur de la revue spécialisée «Animal Behaviour». En activité annexe, il enseigne la biologie comportementale, l'ornithologie et la statistique à l'université de Bâle et dirige une station de recherche à la Petite Camargue Alsacienne au Nord de Bâle.



SAMW

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy of Medical Sciences

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

Editeur:

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

Rédaction:

Dr Valentin Amrhein

Collaboration:

Dr Hermann Amstad
Secrétaire générale
lic. iur. Michelle Salathé,
Secrétaire générale adj.
Dr Katrin Cramerli,
Collaboratrice scientifique

Présentation:

vista point, Bâle

Imprimé par:

Kreis Druck AG, Bâle

ISSN 1662-6036



Membre des Académies suisses des sciences