

SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy
of Medical Sciences

CONTENU

«Bologne» en médecine: d'une déclaration à une révolution ?	1
Editorial	2
Jubilé «50 ans de fluorisation du sel de cuisine en Suisse»	4
Symposium «Rationnement dans le système de santé»	4
La «plateforme des patients» devient autonome	5
Registre des études: les suites de l'appel de l'ASSM	5
Collaboration corps médical–industrie: des directives controversées	5
Science–Société: une ancienne priorité des quatre académies scientifiques remise à l'ordre du jour	5
Hot Spot: Clinical Trial Registry	5
Nouvelle sous-commission «Do-not-resuscitate-orders»	6
Directives «Biobanques»: entre protection de la personnalité et intérêts de la recherche	6
Nouveau groupe de travail pour la définition de la mort des foetus	6
Directives «Mesures de contrainte en médecine»	6
Hot Spot: Fin de vie–le droit au «laisser mourir» définitivement adopté	6

IMPRESSUM

Le bulletin de l'ASSM paraît 4 fois par
an en 2850 exemplaires
(2100 en allemand et 750 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

Rédaction:
Dr Hermann Amstad, Secrétaire général adjoint
Collaboration:
Dr Margrit Leuthold, Secrétaire général
lic. iur. Michelle Salathé, Coll. scientifique

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

D'une déclaration à une révolution ?



Les besoins du système de santé sont en évolution constante.

En juin 1999, 29 ministres européens de l'éducation ont signé la Déclaration de Bologne en vue de créer un espace européen de l'enseignement supérieur et d'en renforcer la compétitivité. Les ministres s'engagent à créer un système fondé sur deux cursus (bachelor / master) et à mettre en place un système de crédits (European Credit Transfer System / ECTS). Le Prof. Charles Bader de Genève, président de la Commission interfacultés médicale suisse (CIMS), explique dans cet article ce que signifie «Bologne» pour la médecine

Les Facultés de médecine suisses ont réalisé, depuis 10 ans, ce que peu de Facultés de médecine traditionnelles dans le monde ont réussi à accomplir: une réforme majeure de leur curriculum¹ et l'introduction de méthodes pédagogiques innovantes. Vu cet effort, il faut bien reconnaître que les Facultés de médecine ont eu une réaction négative à l'égard de Bologne. Leurs curricula réformés constituaient en effet un tout avec un but précis, préparer les étudiants à l'exercice d'une activité médicale, en tenant compte des besoins de la pratique générale de la médecine. Chaque Faculté avait fait au mieux, compte tenu des conditions lo-

cales. Et voilà qu'on leur demande de découper leur curriculum en deux (Bachelor en trois ans – Master en maximum 2 ans), de le faire donc en 5 ans, alors que les directives européennes en la matière sont claires (6 ans d'études avant de pouvoir entamer une formation postgrade). Pour couronner le tout, il faudrait introduire plusieurs filières de formation. Les Facultés de médecine, pour des raisons d'ordonnance fédérale concernant la formation de médecin², avaient une seule filière³, on leur demande maintenant d'en avoir plusieurs. Bologne ne semblait pas adapté à la médecine!



Prof. Peter M. Suter,
Président

Le système Bologne pour l'espace universitaire européen: rêve ou cauchemar ?

Les principes fondamentaux d'un nouveau système d'études ont été définis en 1988 dans la «Bologna Magna Charta Universitatum», et finalement adoptés par les 29 ministres de la formation universitaire européenne en 1999.

Formant un cadre assez strict, Bologne n'a pas seulement l'objectif de définir le parcours de l'étudiant(e) et d'harmoniser les titres au sein de l'espace universitaire européen, mais aussi de promouvoir les réformes nécessaires pour faire évoluer les études en fonction des besoins de la société et des progrès scientifiques. Afin d'atteindre ces buts, trois degrés de durées définies seront introduits à l'horizon 2010, soit: un Bachelor de 3 ans, un Master de 2 à 3 ans et un doctorat de 2 à 3 ans.

En 2001 déjà, trois objectifs supplémentaires ont été ajoutés, soit une formation continue sur une vie entière, la participation active des institutions et des étudiant(e)s à l'application pratique du système et enfin, l'amélioration de l'attractivité des universités européennes.

Mais alors, quelle application en Suisse? Dans notre pays, la Conférence universitaire suisse (CUS) et la Conférence des recteurs des universités suisses (CRUS) ont non seulement fixé un cadre pour l'application de cette réforme, mais également mis de nouveaux moyens à disposition des facultés afin d'introduire au mieux ces changements.

Dans l'article principal de ce bulletin, le Professeur Charles R. Bader, président de la Commission interfacultaire médicale suisse (CIMS), décrit en détail l'application de Bologne en médecine. Ce texte reflète le travail conséquent accompli par cette commission, en collaboration avec les décanats des facultés, et son résultat impressionnant.

Cet éditorial me fournit l'occasion parfaite de féliciter les Facultés de médecine et la CIMS pour le dynamisme qu'elles ont déployé dans la transformation de cette directive européenne à la formation médicale. Ces institutions ont démontré d'un côté et une fois de plus que la médecine universitaire suisse peut s'adapter plus rapidement que celle d'autres pays aux demandes et changements émanant de l'environnement politique et sociétal. D'un autre côté, nos facultés ont aussi permis de voir qu'un cauchemar d'uniformisation des études peut être transformé en une opportunité de rêve pour substantiellement moderniser et améliorer la formation des professionnels de la santé.

Pas d'exception pour la médecine

Pourtant, il est assez rapidement apparu qu'il n'y aurait pas d'exception pour la médecine⁴. La Commission interfacultaire médicale suisse (CIMS⁵), chargée de réfléchir à ce sujet a proposé le projet suivant⁶: Le curriculum médical sera découpé en un bachelor de 3 ans (180 crédits ECTS) et un master de 2 ans (120 ECTS). Il est composé d'un noyau commun obligatoire (O) et de Majeures (M), qui sont des modules optionnels que les étudiants peuvent choisir dans un domaine qu'ils souhaitent approfondir (ce domaine peut être en clinique, en recherche médicale, ou encore des modules proposés par d'autres Facultés, en Suisse ou à l'étranger). Le temps et les ECTS dévolus aux Majeures vont croissants du début à la fin des études. La CIMS est partie de l'hypothèse que les étudiants profiteront davantage des options après avoir accumulé une certaine expérience de la formation médicale. Une thèse de Master (un travail personnel comptant pour 30 ECTS) et l'ensemble des crédits requis par ailleurs donneront droit au titre universitaire de Master.

A ce stade, les étudiants qui le souhaitent pourront s'engager dans une filière doctorale, telle que le MD-PhD ou dans un diplôme d'études approfondies, comme le Diplôme en Santé publique.

En revanche, les étudiants désirant devenir médecins puis entreprendre une formation médicale postgrade devront accomplir une 6^{ème} année de médecine (comme actuellement). C'est une année à option, comprenant 10 mois de stages en clinique en Suisse ou à l'étranger, obligatoire pour se présenter à l'examen fédéral final et obtenir le diplôme fédéral de médecin.

Ce schéma général et le plan de mise en route (toutes les Facultés auront un curriculum selon Bologne⁷ pour la médecine et la médecine dentaire dès octobre 2006) ont été adoptés à l'unanimité lors de la réunion de la CIMS du 16 mars 2005.

Les Facultés ont au moins deux façons d'appliquer sur le terrain le modèle proposé par la CIMS, que j'appellerai «Modèle médical à options» et «Modèle à formations ouvertes».

Liens utiles

- Déclaration de Bologne (www.bolognareform.ch)
- Projet de loi fédérale sur les professions médicales universitaires (loi sur les professions médicales, LPMéd) (www.admin.ch/ch/f/ff/2005/index0_2.html)
- Message concernant la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (www.admin.ch/ch/f/ff/2005/index0_2.html)
- Catalogue des objectifs de formation pour la formation médicale (www.smifk.ch)

1 Ces réformes ont favorisé l'interdisciplinarité et l'exposition très précoce des étudiants aux compétences cliniques et relationnelles. Pour une description détaillée, cf. Charles Bader. Réformes des études de médecine de la dernière décennie en Suisse¹. Bulletin n°4 de l'Association Suisse des Professeurs d'Université (novembre 2004): pp 11–20. Notons que cet article comporte une erreur malheureuse concernant la réforme des études de médecine en 2^{ème} et 3^{ème} année à Zurich (p. 17). L'enseignement lors de ces deux années est intégré (interdisciplinarité) et non par discipline, comme indiqué par erreur dans le texte.

2 Ordonnance du 19 novembre 1980 RS 811.112.1 et 811.112.2

3 Plusieurs Facultés ont une 2^{ème} filière, la médecine dentaire, définie par une ordonnance spécifique (RS 811.112.3)

Modèle médical à options

Deux étapes découpent le curriculum existant, l'une en 3^{ème} année (le Bachelor), l'autre en fin de 5^{ème} année (le Master). Dans certaines Facultés, ce découpage correspond au découpage actuel du curriculum. Dans d'autres Facultés⁸, des réaménagements plus ou moins complexes seront nécessaires.

Le noyau obligatoire sera défini par un groupe de travail de la CIMS et ce seront les étudiants, assistés des conseillers aux études, qui construiront leur programme de Majeure. Ainsi, un étudiant particulièrement intéressé par la chirurgie pourra faire une impasse sur des domaines qui l'intéressent moins et envisager par exemple une formation approfondie en anatomie, puis des stages variés lui permettant d'aborder diverses spécialités chirurgicales, en Suisse et à l'étranger.

D'autres étudiants, attirés par la recherche, pourront s'engager dans des programmes d'encouragement à la recherche (déjà existants et qui seront encore développés) leur permettant de travailler en cours d'études dans des laboratoires de recherche. Rien n'empêchera non plus les étudiants de suivre des modules qui les intéressent dans d'autres Facultés (Science, Droit, etc.) prêtes à collaborer avec les Facultés de médecine.

Cette façon «simple» de concevoir les choses a plusieurs mérites. Elle repose sur une solide expérience et des modules d'enseignement déjà existants. Elle permet, aux étudiants qui le souhaitent de poursuivre à peu de frais un curriculum médical essentiellement standard (mais réformé!) tout en offrant aux étudiants intéressés une grande variété de parcours taillés sur mesure selon leurs aspirations; il sera possible, au fil du temps, d'affiner les modules d'enseignement, de développer de nouveaux modèles et de rendre le système évolutif.

Modèle Formations ouvertes

Il y a une autre façon, plus révolutionnaire, de voir les choses. Elle consiste à considérer le schéma «Bologne» comme un cadre général de formation dans les domaines de la santé. Dans ce concept, les Facultés de médecine deviendraient un système ouvert servant de plaque tournante à laquelle pourraient accéder non seulement les candidats médecins mais toute personne souhaitant acquérir des éléments de formation médicale.

A titre d'exemple, considérons un ingénieur d'une école polytechnique, qui souhaiterait appliquer ses connaissances dans le domaine du système nerveux. On pourrait imaginer qu'il suive le module d'enseignement des neurosciences médicales précliniques (un semestre à Genève, p.ex.) et le module d'apprentissage en milieu cliniques de neurologie-neurochirurgie (3 semaines à Genève).

Ce système ouvert à des étudiants ayant acquis d'autres

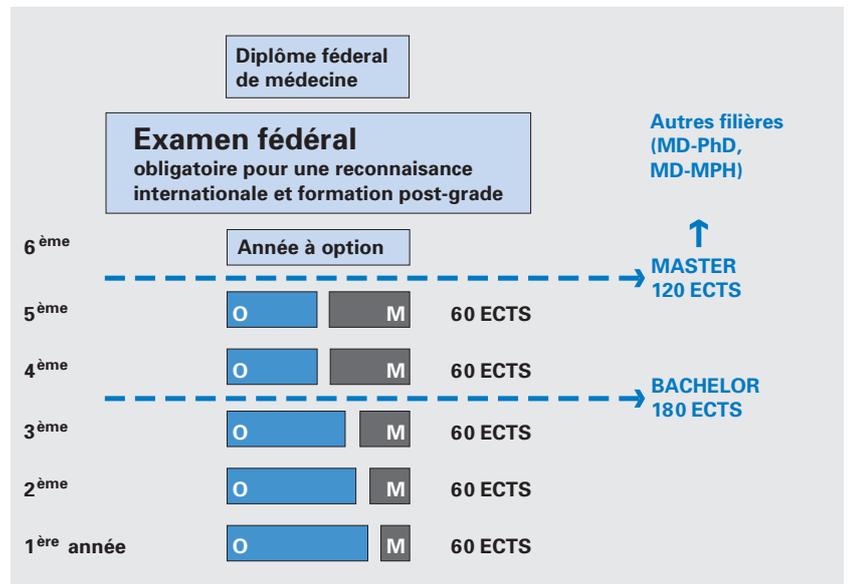


Abb. 1: Modèle CIMS «Filière médicale»

formations pourrait être le moteur permettant de créer de nouveaux métiers orientés sur la santé, allant de la technologie (exemple de l'ingénieur), à l'économie et au droit de la santé, en passant par des formations approfondies pour les métiers des soins (infirmiers/infirmières, physiothérapeutes, etc.) impliquant évidemment, dans ce cas, une coordination étroite avec les HES concernées.

Ce modèle plus radical aurait l'avantage de mettre sur pied des formations ciblées permettant de répondre aux besoins de l'industrie, de diverses administrations, et à ceux d'un monde de la santé en évolution constante. Ce modèle poserait toutefois un problème de contrôle du flux des étudiants ayant des formations de base différentes. Le problème n'est pas insurmontable mais requiert une plasticité considérable de la part des enseignants, dans la mesure où il faudra vraisemblablement prévoir un encadrement adapté à chaque situation particulière.

Afin de ne pas exagérément charger les Facultés, on pourrait imaginer que celles-ci se répartissent des domaines de formation, selon leurs centres d'excellence. Elles pourraient ainsi développer des spécificités de formation et favoriser la mobilité des étudiants, tout en continuant à former des médecins. On peut penser que l'expérience ainsi acquise pourrait rendre les Facultés de médecine suisses très attractives sur le plan international, un des buts de Bologne.

4 Les lois sur l'Université des Cantons universitaires ont été changées ou sont en train de l'être et intègrent désormais les directives de la déclaration de Bologne, sans exception médicale.

5 Créée en 1964, La CIMS est un groupe de travail incluant les facultés responsables des études et de la formation du médecin et d'autres organisations participant ou s'intéressant à ces tâches.

6 Reproduction d'un schéma simplifié, tel qu'il sera utilisé par la plupart des Facultés.

7 D'ici là, les Facultés sélectionneront les objectifs d'apprentissage du catalogue des objectifs de la formation médicale prégrade qui constitueront le noyau obligatoire («O» dans le schéma).

8 Certaines Facultés ont couplé thématiquement les enseignements de 1^{ère} et de 2^{ème} années, d'une part, et ceux de 3^{ème} et 4^{ème} années, d'autre part.

9 Par la suite, la Faculté avait opté pour une seule filière, vu les complications considérables à mener de front deux filières, notamment en clinique.

De la vision à la mise en route

Dans les deux modèles proposés, il faudra veiller attentivement à ce que la filière médicale corresponde aux normes européennes et mondiales, afin que la mobilité des diplômés Suisses soit garantie. Ces normes, en ce qui concerne la médecine selon Bologne, ne sont pas encore clairement définies.

Quel que soit le modèle appliqué, il reste à résoudre le problème du mariage entre «pratique du terrain» et «vision politique» afin d'éviter des malentendus. Il est en effet difficile d'avoir une vision large lorsqu'on a «la tête dans le guidon» pour employer une expression décrivant un coureur cycliste en plein effort, ce qui sera le cas des Facultés de médecine dans la mise en route de Bologne. D'autre part les visions plus larges du politique doivent se confronter aux réalités du terrain. Il nous semble donc que le «politique» et le «terrain» doivent absolument se concerter sur une vision et un plan d'action commun. Ce n'est qu'à cette condition qu'on pourra mettre sur pied un système de formation en santé performant et surtout adaptable à des besoins en constante évolution. Bologne est un cadre et peut constituer une stimulation à l'innovation. Bologne n'apporte en soi aucune solution. L'application de Bologne dans d'autres Facultés que la médecine montre qu'on a souvent simplement mis le curriculum traditionnel dans un nouveau cadre, sans innovations.

Deux questions demeurent: Quelle sera la stratégie des étudiants? Quels seront les moyens débloqués pour l'application de Bologne?

Les étudiants

Seront-ils séduits par les nouvelles propositions d'un curriculum sur mesure ou se réfugieront-ils dans le classicisme? La seule expérience que nous ayons dans ce domaine vient de la mise en route d'un nouveau curriculum à Genève. Nous avons alors créé une nouvelle filière d'études ouverte à des étudiants volontaires. Seuls 27 étudiants sur 130 s'étaient portés volontaires en 1995. En 1996, 45 étudiants sur une centaine ont choisi le

curriculum réformé⁹. Cette expérience montre que les étudiants sont méfiants à l'égard du changement et qu'il faudra probablement être patient jusqu'à ce que les vertus d'un curriculum sur mesure s'imposent.

Les moyens

La Suisse aime les réformes à coût «zéro». Cette conception a des limites notamment en médecine, où les efforts consacrés à l'enseignement sont en compétition directe avec les soins et la recherche. Si le souhait est réellement la construction d'un espace suisse de l'enseignement supérieur compétitif (je transcris au niveau suisse les ambitions européennes de la Déclaration de Bologne), il faudra en donner les moyens aux Facultés de médecine. Nos politiques, parfois enclins à critiquer les Facultés de médecine, sauront-ils procurer aux hommes et aux femmes de terrain le soutien qui leur permettra de faire en sorte que l'introduction de Bologne en médecine soit plus qu'un simple outil favorisant le tourisme estudiantin grâce aux ECTS? L'avenir le dira.

Prof. Charles Bader, Genève



Charles R. Bader est président de la CIMS. Il est également professeur ordinaire en neurophysiologie et Vice-doyen en charge de l'enseignement à la Faculté de médecine de l'Université de Genève.

Jubilé

«50 ans de fluorisation du sel de cuisine en Suisse»,
17 octobre 2005, à Zurich

Le 7 juillet 1955, le canton de Zurich décidait qu'à l'avenir, du fluor et de l'iode seraient ajoutés au sel de cuisine, dans un but de prévention des caries. En 1983, la fluorisation du sel de cuisine devait s'étendre à l'ensemble de la Suisse.

Le 17 octobre 2005, la commission «Fluor et Iode» de l'ASSM fêtera ce cinquantième anniversaire avec le Centre de médecine dentaire de l'université de Zurich en organisant un symposium auquel participeront des experts venus du monde entier.

Informations et programme:

Prof. T.M. Marthaler, Zurich (tmarthal@zui.unizh.ch)

Symposium «Rationnement dans le système de santé – aspects sociétaux, médicaux, juridiques et éthiques»

2 et 3 décembre 2005, à Lucerne

Dans le cadre d'un projet de recherche du Fonds National, l'Institut d'Ethique Sociale de l'Université de Lucerne (en collaboration avec l'Hôpital cantonal de Lucerne et la Société Suisse d'Ethique Biomédicale SSEB) organisera début décembre 2005 une journée de réflexion scientifique pluridisciplinaire sur le thème du «Rationnement dans le système de santé».

Informations et programme:

Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Lucerne
(markus.zimmermann@unilu.ch).

La «plateforme des patients» devient autonome

Pendant de longues années, les organisations de patients et les groupes d'entraide ne travaillaient pas en réseau, en Suisse. Toutefois, leur importance dans le système de santé ne cesse d'augmenter, tant en Europe qu'en Suisse. Afin qu'ils puissent mieux se faire entendre et qu'ils soient intégrés dans les débats d'opinion, un groupe de patronage constitué d'organisations de patients, de l'ASSM et d'Interpharma a été créé en 2001. D'un côté, ce groupe a élaboré une plateforme internet pour les organisations de patients et, d'un autre côté, il organise des journées de réflexion sur des thèmes importants pour les patients.

Depuis ses débuts il y a quatre ans, la mission initiale de la plateforme des patients – c'est-à-dire de proposer un support technique aux organisations de patients pour l'élaboration de leur site internet – a été de plus en plus reléguée au second plan. Les organisations de patients ont recours à la plateforme dans le but de se connaître mutuellement, de s'établir et de s'organiser en tant que «voix du patient». Leurs efforts ont abouti à la création de l'association patienten.ch à la fin de l'année dernière – le moment pour l'ASSM et Interpharma de se retirer du groupe de patronage. Cette nouvelle association poursuivra les activités de la plateforme des patients de façon tout à fait autonome; l'ASSM offrira son soutien à l'association en fonction de ses projets, c'est-à-dire au cas par cas.

Registre des études: les suites de l'appel de l'ASSM

Début février de cette année, l'ASSM avait publié un «Appel pour la saisie des études cliniques dans un registre accessible au public», également signé par les présidents de l'Association des Médecins Suisses FMH, du Collège des Doyens et du Fonds National Suisse.

Cet appel a aussi été entendu au niveau politique: le 17 mars 2005, la conseillère nationale zurichoise Vreni Hubmann (PS), soutenue par 20 autres signataires, a déposé une motion, dans laquelle elle demande au Conseil Fédéral de «veiller à ce que toutes les études cliniques soient saisies dans un registre accessible au public». Il s'agit dès lors de vérifier s'il est préférable de créer un registre suisse ou d'adhérer à un registre international

existant. Selon la motion, les lois sur l'assurance maladie (LAMal), sur les produits thérapeutiques (LPT) et sur la recherche sur l'être humain pourraient retenir cette obligation d'enregistrement.

Collaboration corps médical-industrie: des directives controversées

Avant d'adopter des nouvelles directives, l'ASSM les soumet à une large consultation auprès des institutions et des personnes intéressées. Comme à l'accoutumée, cette procédure a été respectée pour les nouvelles directives concernant la collaboration entre le corps médical et l'industrie; pour la première fois, celles-ci ont été élaborées en collaboration avec la FMH. Par contre, tout à fait inhabituelle était la virulence des réactions adressées à l'ASSM: non seulement le délai de consultation a été estimé trop bref (à juste titre), mais également les recommandations ont été jugées trop détaillées, les restrictions trop sévères, et les consignes trop rigides. Dans les réponses venues de Suisse romande, le ton était particulièrement incisif: ainsi a-t-il par exemple été question d'une «vexation qui est imposée par une minorité de nantis à une majorité de travailleurs dévoués».

Fin février, le groupe de travail chargé de la formulation des directives a examiné soigneusement toutes les remarques et révisé le texte. Il a condensé le texte où nécessaire, formulé plus clairement les passages pouvant prêter à confusion et atténué les consignes les plus controversées. Cette version révisée a déjà réussi une première épreuve: à la conférence des présidents de la FMH de mi-mars, elles n'ont plus été grandement discutées. On peut dès lors prévoir que ces directives entreront en vigueur dans le courant de cette année.

Science-Société: une ancienne priorité des quatre académies scientifiques remise à l'ordre du jour

En vue de la révision de la loi sur la recherche, les académies ont été invitées à réorganiser le pôle «Science-Société» en collaboration avec TA Swiss et la Fondation Science et Cité. A ce propos, les académies ont décidé de collaborer plus étroitement d'un point de vue stratégique et opérationnel; ainsi veulent-elles simplifier leurs structures et traiter plus efficacement les sujets concernant plusieurs académies,

Au sein du pôle «Science-Société», il s'agira notamment de structurer et de développer les trois thèmes principaux, à savoir l'identification précoce, l'éthique et le dialogue avec la société. Les responsables des quatre académies sont en train de développer les idées et concepts en collaborant étroitement.

Clinical Trial Registry

Legislation introduced in the Senate on February 28 would require researchers to register clinical trials for prescription drugs. The Fair Access to Clinical Trials Act of 2005 (search for S.470 at: <http://thomas.loc.gov>) would maintain a clinical trial registry accessible to patients and physicians and would create a database of trial results of all publicly and privately funded clinical trials, regardless of outcome. The legislation was introduced by Sen Chuck Grassley (R, Iowa) and Sen Chris Dodd (D, Conn). In a press release, Grassley said the measure makes «the system for ensuring drug safety more transparent and more accountable.» Grassley said he was spurred to cosponsor the legislation after last year's reluctance by the US Food and Drug Administration to provide information to the public about the increased suicidal risks for young people taking antidepressants.

JAMA 2005; 293: 1718

Nouvelle sous-commission «Do-not-resuscitate-orders»

«REA oui» ou «REA non»: En règle générale, une telle décision est précédée d'une procédure longue et complexe. Et pourtant, la plupart du temps, il n'existe pas de critères uniformes et les procédures divergent d'un hôpital à l'autre. La décision pour ou contre une réanimation est capitale pour chaque patient; une telle décision devrait alors être anticipée et, dans la mesure du possible, discutée à un stade précoce avec le patient, le cas échéant son représentant légal ou ses proches, et avec l'équipe soignante. Il serait souhaitable de mettre en place des garde-fous qui fixeraient les conditions-cadre et le déroulement de ce processus décisionnel. C'est pour cette raison que la Commission Centrale d'Ethique a chargé une sous-commission «Do-not-resuscitate-orders», présidée par le Prof. Andreas U. Gerber de Bienne, d'élaborer des directives à ce sujet.

Directives «Biobanques»: entre protection de la personnalité et intérêts de la recherche

Le 24 mai 2005, le texte des directives et recommandations «Biobanques: prélèvement, conservation et utilisation de matériel biologique humain pour la formation et la recherche» sera soumis à l'approbation du Sénat et ensuite mis en consultation. Ces directives s'adressent à tous les responsables et utilisateurs de biobanques privées et publiques et d'autres collections de matériel biologique humain.

Il s'agit pour les biobanques, d'une part, de protéger la personnalité des donateurs et, d'autre part, de sauvegarder les intérêts de la recherche. Les attentes légitimes des chercheurs se heurtent tant aux peurs de l'opinion publique, qu'à celles des donateurs concernés, des chercheurs impliqués et des autres utilisateurs des biobanques face aux risques et dangers potentiels. A cet égard, on craint en premier lieu que le matériel et les données biologiques soient utilisés dans un but auquel le donneur n'a pas consenti ou que des informations issues de projets de recherche médicale soient transmises à des tiers.

Les dispositions relatives à l'information, au consentement et à la protection des données constituent la partie centrale des nouvelles directives; celles-ci comprennent en plus des consignes pour la garantie de la qualité et

de la sécurité des biobanques. Mais en même temps, la sous-commission, présidée par le Prof. Volker Dittmann de Bâle, s'est gardée d'imposer une réglementation trop stricte afin de ne pas entraver le progrès scientifique et les avantages qui y sont associés. Lors d'un séminaire prévu au mois de juin, différents experts viendront exposer leurs points de vue quant au contenu de ces directives. Dès le mois de juin, ces directives seront disponibles sur le site internet de l'ASSM (www.assm.ch) ⇒ directives médico-éthiques). Les remarques et suggestions peuvent être adressées au secrétariat général de l'ASSM, Petersplatz 13, 4051 Bâle (mail@samw.ch).

Nouveau groupe de travail pour la définition de la mort des foetus

Dans le cadre des nouvelles législations (Loi sur les transplantations, Loi relative à la recherche sur l'être humain), l'Office Fédéral de la Santé Publique a chargé l'ASSM d'élaborer des critères pour la définition de la mort des foetus. Une telle définition prend toute sa signification en vue de la réglementation de la recherche incluant des tissus foetaux dans la Loi sur les transplantations ainsi que de la recherche sur les embryons et les foetus réglée dans la Loi relative à la recherche sur l'être humain.

L'ASSM a chargé le Prof. Hans-Ulrich Bucher, médecin-chef de la néonatalogie à l'Hôpital universitaire de Zurich, de la direction de ce groupe de travail également composé de représentants des domaines de la gynécologie/obstétrique, de la médecine de procréation ainsi que du droit et de l'éthique.

Directives «Mesures de contrainte en médecine»

Les directives médico-éthiques «Mesures de contrainte en médecine» ont été mises en consultation à la fin de l'année dernière. Plus d'une cinquantaine de réponses, venant pour la plupart d'institutions psychiatriques, de médecins cantonaux et de directions de la santé, sont parvenues au secrétariat général de l'Académie. Dans l'ensemble, les directives ont été considérées comme sensées et réalisables. Lors de sa dernière séance, la sous-commission, présidée par le Prof. Daniel Hell de Zurich, a apporté quelques petites corrections au texte, mais sans rien changer de fondamental à son contenu. Après leur approbation par le Sénat, les directives seront publiées, probablement début juin, dans leur forme définitive.

Fin de vie: le droit au «laisser mourir» définitivement adopté

Le Parlement français a tranché définitivement sur la fin de vie en refusant de légaliser l'euthanasie, mais en instaurant un droit au «laisser mourir» qui permet d'arrêter un traitement ou de refuser l'acharnement thérapeutique.

Ce texte très pragmatique est né de l'émotion suscitée par le décès de Vincent Humbert en septembre 2003. Plongé dans le coma après une injection de barbiturique de sa mère qui conformément à sa volonté voulait l'aider à mourir, le jeune tétraplégique était décédé deux jours après son admission en réanimation au centre héliomarin de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais).

Fin mars le débat a une nouvelle fois rebondi avec le décès de l'Américaine Terri Schiavo après 15 ans de coma et après une décision de justice suspendant son alimentation artificielle. *Le Figaro*, 13.4.2005