

SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy
of Medical Sciences

Promotion de la relève féminine en médecine: une «feuille de route»



A l'avenir, les femmes médecins seront au premier plan.

CONTENU

Promotion de la relève féminine en médecine: une «feuille de route»	1
Editorial	2
Les directives anticipées : un instrument d'autodétermination et un moyen de communication	6
Les directives «Décisions de réanimation»: un soutien précieux dans la pratique	7
Recommandations concernant l'utilisation de cadavres dans la recherche médicale et la formation pré- et postgraduée	7
La nanomédecine dans le dialogue interdisciplinaire	7
Nouveaux membres individuels de l'ASSM	8

IMPRESSUM

Le bulletin de l'ASSM paraît 4 fois par an en 3000 exemplaires (2200 en allemand et 800 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
Collaboration:
lic. iur. Michelle Salathé, Secrétaire générale adj.
Dr Katrin Kuehnle, Collaboratrice scientifique

Présentation: vista point, Bâle

Imprimé par: Schwabe, Muttentz

ISSN 1662-6036

a+ L'ASSM est membre des
Académies suisses des sciences

Depuis quelque temps, il est question d'une «féminisation» de la médecine: le nombre d'étudiantes en médecine dépasse le nombre d'étudiants, tandis que la part des femmes sur le nombre total de médecins en activité est passée de 1% en 1960 à 32% à l'heure actuelle. Les femmes se répartissent cependant très différemment entre les différentes disciplines et il est manifeste qu'elles ne parviennent, aujourd'hui encore, que plus rarement à atteindre des postes dirigeants, en milieu hospitalier ou universitaire. Dans l'article suivant, la Professeur Dr med. Anita Riecher, lic. phil. Anne von Gunten et la Professeur Dr med. Regine Landmann de l'Université de Bâle analysent le contexte et les conséquences de cette évolution pour esquisser une «feuille de route» concernant la promotion de la relève féminine.

Marie Vögtlin était la première Suissesse qui s'inscrivit en 1868 comme étudiante en médecine à Zurich. La première femme en Europe à s'inscrire en médecine l'avait fait à Paris, à peine quelques années auparavant. Marie Vögtlin écrivit plus tard: «J'étais au courant des difficultés et préjugés qui allaient me frapper,

mais j'étais prête à y faire face: cette irrésistible soif de science qui vivait en moi les a tous fait disparaître.» Et le chemin qui l'attendait était vraiment tortueux. Si la formation clinique lui fut tout d'abord interdite, elle réussit malgré tout à ouvrir un cabinet de gynécologie à Zurich.



Prof. Peter M. Suter,
Président

Promouvoir les carrières féminines pour pallier au manque de médecins?

Bien que le nombre d'étudiantes en médecine augmente depuis des années et dépasse depuis longtemps celui des étudiants, le nombre des femmes médecins en position dirigeante, mais également la proportion de praticiennes installées, reste modeste depuis des décennies. Bien trop de femmes, dont la formation, l'expérience et les compétences cadreraient idéalement dans le système de santé moderne, n'occupent toujours pas de fonctions dirigeantes. Alors que de tous côtés fusent des plaintes concernant le manque de cadres qualifiés dans les hôpitaux et de relève dans les cabinets médicaux, nous pensons beaucoup trop rarement au potentiel des femmes médecins. D'ailleurs, n'est-il pas étonnant de constater que les qualités recherchées – prédisposition à diriger des collaborateurs, communication, sensibilité et contact avec les patients – sont justement plus présentes chez les femmes?

Dans la présente édition du bulletin ASSM, Anita Riecher, Anne von Gunten et Regine Landmann font des propositions pour améliorer la situation. L'une de ces propositions pour promouvoir les carrières de cadres féminins dans la médecine est le partage des responsabilités dans les grandes cliniques en chaires cliniques, d'une part, et en chaires responsables de la recherche et de l'enseignement d'autre part. Ce système – également nommé «Dual Leadership» – semble être un bon moyen pour renforcer les bases des fonctions aux lourdes responsabilités et accroître ainsi leur efficacité, accentuer principalement les aspects académiques et les rendre plus visibles et, finalement, créer de nouvelles possibilités de carrières particulièrement attractives pour les femmes (mais pas uniquement pour les femmes). Pour être couronné de succès, un tel changement de structures doit être accompagné d'autres conditions comme la possibilité de travailler à temps partiel, des modèles d'emplois combinés dans le secteur clinique et dans la recherche ainsi que des options de carrières flexibles.

Pour inciter les femmes médecins à s'orienter vers des positions de cadres et leur permettre ainsi d'évoluer tout au long de leur vie professionnelle, il existe d'autres mesures, entre autres notamment l'intégration de la planification familiale dans la stratégie de carrière et, tout à fait généralement, une meilleure culture de la promotion familiale, c'est-à-dire plus de possibilités de prise en charge des enfants, un soutien professionnel au conjoint etc. S'il y a des raisons d'être pessimistes au vu des modestes résultats, des signes plus optimistes sont néanmoins en train d'émerger. Ainsi les idées de la jeune génération de médecins concernant la «work/life-balance», la hiérarchie et la répartition des responsabilités dans le système de la santé vont dans le bon sens pour contribuer au développement d'un système différent, mais somme toute aussi efficace. Celui-ci impliquera une plus juste distribution des rôles, non seulement entre femmes et hommes, mais également entre médecins et autres professionnels de la santé. Il est grand temps à présent de cesser de perdre ainsi des années et des centaines de collègues féminines – donnons-nous donc dès aujourd'hui les moyens de soutenir leurs carrières!

«Une féminisation de la médecine»?

Entre-temps, la part des étudiantes en médecine en Suisse dépasse celle des étudiants (voir fig. 1): de 1980 à 2006, elle est passée de 30 à 57%, pour un nombre total d'étudiants en médecine qui est resté stable. Les statistiques concernant le nombre des femmes médecins en activité existent depuis 1960: parallèlement à une forte augmentation simultanée du nombre total des médecins en activité, on observe que la part des femmes est passée de 1% en 1960 à 32% en 2007 (fig. 2).

Ce qui est exprimé en partie: la crainte que la «féminisation» fasse perdre à la médecine son statut, son pouvoir et son revenu. Une corrélation inverse – entre la part des femmes présentes au sein d'une profession et le statut ainsi que le revenu de cette dernière – a effectivement été établie dans différents pays. Le lien de cause à effet n'a toutefois pas encore été analysé de manière satisfaisante: les hommes délaissent-ils une profession dès lors que celle-ci est moins lucrative (perte de revenus des médecins) ou bien les professions génèrent-elles des revenus plus faibles lorsque la part des femmes y est plus élevée?

Il n'est toutefois pas possible d'observer la «féminisation de la médecine» d'une manière identique pour toutes les disciplines. Si la part des femmes, parmi les pédiatres suisses, a augmenté entre-temps pour atteindre 47% en 2007 (41% en cabinet et 52% en milieu hospitalier), leur part (9%) reste néanmoins toujours très basse chez les chirurgiens (5% en cabinet et 14% en milieu hospitalier, en 2007).

Il faut également noter que cette «féminisation» ne se manifeste pas à toutes les étapes de la carrière. Les postes dirigeants et universitaires continuent d'être attribués en majorité aux hommes. À titre d'exemple: en 2008, 55% des médecins-assistants en activité dans les hôpitaux universitaires bâlois sont des femmes, contre seulement 38% des chefs de clinique et 17% des médecins dirigeants. Fin 2007, le pourcentage de femmes à la Faculté de médecine de Bâle était le suivant: 16% chez les privat-docents, 14% chez les professeurs titulaires et assistants, 10% chez les extraordinariats et 6% chez les professeurs titulaires d'une chaire (soit 2 sur 35). À l'heure actuelle (octobre 2008), il n'y a plus qu'une seule femme titulaire d'une chaire. En comparaison, la part des femmes est actuellement de 15% pour l'ensemble des chaires de l'Université de Bâle.

La répartition est semblable à l'étranger. À titre d'exemple: en Allemagne, en 2006, 63% des étudiants en médecine de première année et 40% des médecins en activité étaient des femmes contre seulement 11% des médecins dirigeants et 12% des professeurs d'université. À quoi cet effet «plafond de verre» est-il dû?

La carrière des jeunes diplômés en médecine: désirs et plans
Diverses études (dont celle de Buddeberg-Fischer et coll., réalisée en Suisse) montrent qu'il n'existe pas, chez les étudiants en médecine, de différences entre les sexes quant aux désirs de carrière, mais que ce sont les attentes face à celle-ci qui diffèrent déjà nettement, peu de temps avant l'obtention du diplôme universitaire. La majorité des jeunes diplômés des deux sexes souhaite certes trouver une bonne compatibilité entre profession et famille; si les femmes accordent la priorité à cette dernière, les hommes se laissent moins gêner par la famille dans la planification de leur carrière. Les femmes déclarent beaucoup plus souvent attacher de l'importance à une durée de formation réduite ainsi qu'à la possibilité d'obtenir une vue d'ensemble claire de la spécialité.

Fig. 1. Nombre d'étudiant(e)s en médecine en Suisse 1980–2006

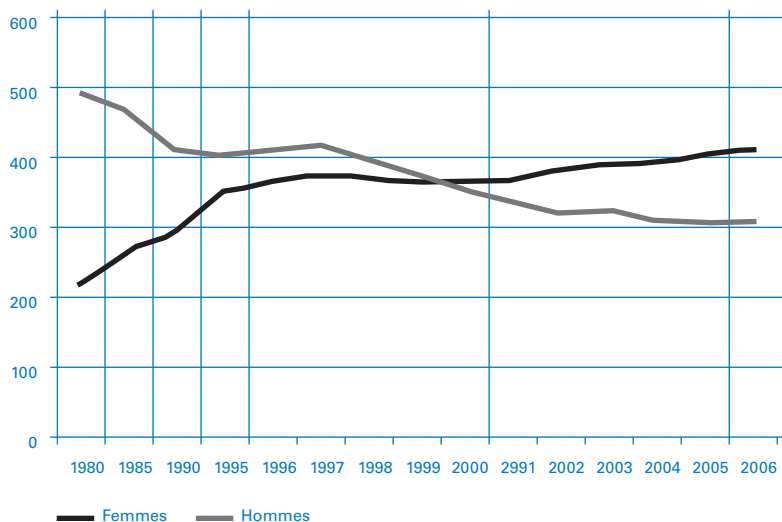
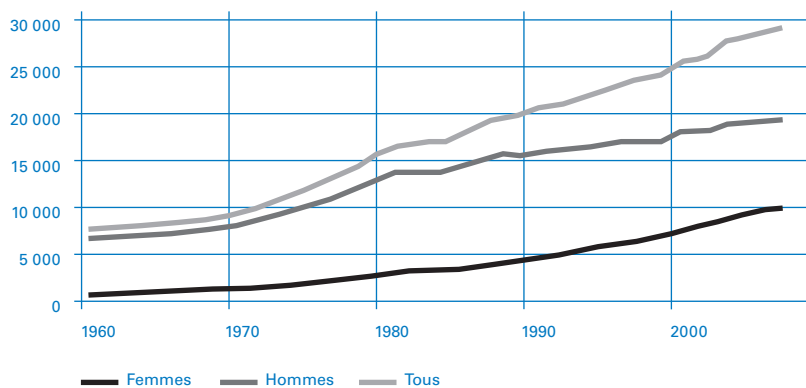


Fig 2. Nombre de médecins en activité 1960–2007



Si les critères importants aux yeux des hommes – lors du choix de la spécialité – sont la possibilité de mener des activités dans la recherche, un revenu élevé, une belle réputation ainsi qu’une profession qui a recours à un appareillage technique, les femmes attachent nettement plus d’importance au contact soutenu avec les patients, ainsi qu’à la compatibilité de leur tâche avec la famille et sensiblement moins d’importance aux possibilités de gravir des échelons professionnels. Les jeunes hommes diplômés renvoient également une image d’eux nettement meilleure que les jeunes femmes diplômées et se décrivent comme davantage orientés vers l’action, tandis que leurs homologues féminins se présentent plutôt comme étant tournés vers les sentiments. En conséquence, les futures femmes médecins choisissent des spécialités où les aspects relationnels de l’activité médicale jouent un rôle plus important, tandis que les futurs médecins préfèrent des disciplines tournées vers l’action.

Modèle d’identification traditionnel et attribution de rôle, liés à la différence de sexe

Il semblerait donc que les souhaits, les plans des femmes elles-mêmes et leur modèle d’identification traditionnel, lié à la différence de sexe, constituent certains des éléments nuisibles à leur carrière. Les femmes continuent à se définir comme essentiellement responsables des enfants, de la famille et du ménage, tandis que les hommes mettent leur carrière à la première place. Il s’agit ici manifestement de modes de pensée et de modèles comportementaux profondément ancrés, et dont les origines

sont variées et notamment sociales. Être axé sur sa carrière continue d’être considéré comme un trait masculin, propre à revaloriser un homme, tandis qu’une femme sera considérée de manière ambivalente et même critique, lorsqu’elle fait preuve d’une telle attitude. Ce ne sont pas seulement les femmes elles-mêmes, mais également leur milieu et notamment leurs supérieurs hiérarchiques (potentiels) qui attribuent souvent aux femmes d’autres rôles qu’aux hommes. Des études sociologiques montrent ainsi que certaines images de la femme et attentes envers cette dernière – et qu’on appelle des stéréotypes – continuent toujours d’exister dans notre société. D’après eux, les femmes sont plutôt considérées comme dépendantes, ayant besoin d’être entourées, faisant preuve de compréhension, douces, chaleureuses, pleines de sollicitude, parlant volontiers et expressives; en comparaison, les hommes passent pour être plutôt indépendants, dominateurs, sûrs d’eux, ambitieux, résolus, rationnels, volontaires, supérieurs et portés à «se servir d’instruments». On attribue donc aux hommes exactement les qualités qu’on s’attend communément à trouver chez les dirigeants. Résultat: sur le plan professionnel, les femmes se retrouvent en partie placées dans une situation de double contrainte (Double-Bind): elles sont dépréciées comme étant faibles et incapables de commander, lorsqu’elles se comportent conformément au stéréotype féminin, et critiquées pour être dures et peu féminines si elles se conduisent conformément au stéréotype masculin; ce point peut être interprété négativement, sans se limiter exclusivement à la carrière.

Le «prix» de la carrière

Jusqu’ici, les femmes ont véritablement été obligées de s’attendre à payer un «prix» personnel élevé lorsqu’elles aspiraient à une carrière. Une étude suisse réalisée en 2001 a ainsi révélé que la moitié des femmes professeurs et des femmes membres du corps intermédiaire supérieur des facultés de médecine n’étaient pas mariées, contre 10% seulement chez les hommes. Un quart des femmes, contre 10% à peine pour leurs homologues masculins, vivaient seules. La plupart des femmes étaient sans enfants ou en avaient tout au plus un.

Les conséquences

Souvent, la carrière professionnelle des femmes n’échappe pas à des interruptions dues à la grossesse ainsi qu’à la garde des enfants et connaît des périodes prolongées, marquées par des emplois à temps partiel. Au moment de reprendre le travail à temps plein, les mères sont elles aussi fréquemment soumises à un nombre nettement plus élevé de charges multiples que les pères, de par leur responsabilité simultanée vis-à-vis des enfants, de la famille, du ménage, etc. À titre d’exemple: en Allemagne, où les hommes peuvent également bénéficier d’un congé parental rémunéré, seuls 9 médecins ont fait usage de cette option en 2001, en comparaison de 950 femmes médecins. En raison des difficultés que nous venons d’évoquer, les femmes qui se consacrent à leurs enfants ne sont pas mobilisables de manière aussi flexible que les hommes – ni non plus «à 150%», comme cela continue d’être exigé dans nos universités, quand il est question, outre l’hôpital, de vouloir faire de la recherche et de se qualifier pour l’enseignement supérieur. À cela vient s’ajouter le fait, attesté par des études, que les femmes consacrent vraiment plus de temps que leurs collègues masculins à s’occuper des patients.

Entraves structurelles à la carrière

Lorsque les femmes – et aussi les hommes – qui se consacrent à leurs enfants, veulent concilier la carrière et la famille, les mères et pères (futurs) rencontrent d'importants obstacles structurels. Il s'agit tout d'abord des emplois à temps partiel qui manquent, tant pour les femmes que pour les hommes, à tous les niveaux hiérarchiques, en milieu hospitalier et dans la recherche. Ce qui serait très apprécié ici, ce sont des possibilités flexibles en ce qui concerne la garde des enfants ainsi qu'une consultation précoce sur les possibilités pratiques de concilier un enfant (ou plusieurs) et la carrière. C'est à ce niveau-là que les modèles font spécialement défaut.

La sous-représentation des femmes au sein des commissions peut également agir à la manière d'un obstacle structurel. C'est ainsi que les commissions de recherche qui décident de l'attribution des fonds de tiers sont, entre autres, en majorité composées d'hommes. L'influence de cette composition par sexe sur l'appréciation des requêtes et publications n'a pas encore fait l'objet d'études. Certains indices montrent cependant que les publications des femmes doivent être sensiblement meilleures et plus nombreuses pour que leurs auteurs obtiennent des appréciations favorables et des bourses (Nature, 1997).

La promotion des femmes jusqu'ici – une appréciation critique

De nombreuses initiatives visent la promotion des femmes et l'égalité des sexes au sein des universités suisses et des facultés de médecine,

En 2006, l'égalité des chances a été intégrée aux directives pour l'assurance qualité émises par la Conférence universitaire suisse, parallèlement à la mise en place d'une conférence des délégués à l'égalité des traitements dans les universités suisses. Le Fonds National Suisse ne s'est pas limité à définir comme mission centrale la mise en pratique de l'égalité des traitements entre homme et femme; il a également commandé une étude relative au contrôle de son application concrète. Il a lancé différents programmes d'encouragement, spécialement pour les femmes, tels que le programme Marie-Heim-Vögtlin, et a supprimé les limites d'âge concernant les femmes dans les programmes d'encouragement. Le Fonds National insiste en particulier sur l'importance, pour les femmes et les hommes, de pouvoir concilier une profession ou une carrière scientifique et la famille; il encourage des modèles tels que la possibilité du travail à domicile, les emplois à temps partiel à tous les échelons hiérarchiques, les horaires de travail flexibles, le partage de poste (ou Job-Sharing), etc.

Des programmes de mentorat pour assistants ainsi que des projets de travail à temps partiel existent dans diverses facultés de médecine. Une sensibilisation à ce domaine a également lieu, en partie durant les études.

La promotion des femmes qui se dirigent vers les postes de médecin-chef ou de professeur, selon l'exemple des hôpitaux universitaires de Bâle

La commission de l'égalité des traitements de la faculté de médecine de l'université de Bâle poursuit sur 3 niveaux des mesures de promotion des femmes, en ce qui concerne leur carrière médicale et académique:

I) Un programme de mentorat réalisé en tête-à-tête – à l'intention des jeunes femmes médecins qui visent une chaire ou un poste de médecin-chef – fonctionne depuis 2004 aux hôpitaux universitaires de Bâle. Entre-temps, 65 femmes ont bénéficié du mentorat et, parmi elles, 29

chefs de clinique ont suivi le programme qui a permis à 9 d'entre elles de se qualifier pour l'enseignement supérieur. Les résultats de la première partie ont été publiés dans le Bulletin des médecins suisses (2006; No 44: 1901 et seq.). Les mentors et les bénéficiaires du mentorat ont émis un avis positif sur les effets du programme. Le soutien proposé pouvait concerner la carrière et la spécialité.

II) La commission de l'égalité vise une augmentation de la part des femmes aux postes d'encadrement des hôpitaux universitaires, par l'intermédiaire d'une flexibilisation des contrats de travail, à l'échelon des chefs de clinique. Pour les femmes qui ont des enfants, ce niveau de qualification s'est révélé être une phase délicate au cours de laquelle elles se prononcent souvent contre une poursuite de leur carrière, suite à l'impossibilité d'assumer une tâche à plein temps à l'hôpital, au moment de garder leurs enfants en bas âge. Il est nécessaire ici de prendre pour point de départ les conditions préalables – présentes à l'hôpital, au niveau institutionnel – et de les associer à l'exigence d'une prise en charge optimale des patients. Les solutions sur mesure ne sont pas souhaitables. Les jeunes femmes concernées ne doivent pas rester des «combattantes isolées» et il ne faut pas, une fois de plus et dans l'intérêt des hôpitaux, perdre d'énergie dans la négociation de «solutions spéciales».

III) Réunions d'information à l'intention des étudiantes: une conférence financée par le programme fédéral Égalité des chances et consacrée à la «planification de la carrière pour les étudiantes en médecine» a été proposée à plusieurs reprises. Elle est remplacée depuis 2004 par un atelier carrières qui permet aux étudiantes de 6e année de s'informer activement au sujet des défis – propres à la carrière de médecin et spécifiques au genre – et des problèmes rencontrés pour concilier le travail et la famille. Les étudiantes peuvent en particulier interroger des «modèles de rôles», originaires de diverses spécialités.

Suggestions concernant la promotion de la relève féminine en médecine

Les mesures devraient être mises en route sans tarder. Elles ne doivent pas se limiter à contenir les seuls obstacles structurels, mais inclure également un large débat sur l'ensemble des autres facteurs potentiels d'influence cités précédemment.

Les mesures suivantes devraient être introduites ou renforcées:

1. **Les réunions d'information** revêtent une importance particulière; **précoces, elles concernent les problèmes spécifiques au genre**, susceptibles de se présenter au cours d'une carrière médicale. De nombreux médecins ne prennent conscience des inégalités présentes dans la vie professionnelle qu'au moment de postuler à des emplois de cadres et de heurter le «plafond de verre». Un examen précoce de l'ensemble de la question permet une planification de la carrière à la fois réfléchie et conforme aux aspirations, compte tenu des souhaits personnels.

2. Il faudrait offrir **des postes à temps partiel, tant aux femmes qu'aux hommes, à tous les niveaux hiérarchiques** et flexibiliser les horaires de travail afin d'améliorer la compatibilité entre la famille et la carrière. Outre le congé maternité, il faudrait également encourager le congé paternité, accompagné d'un soutien au retour précoce à la vie professionnelle. Chez les jeunes parents, la flexibilité du poste de travail – tout en pouvant achever partiellement chez soi les travaux écrits – ne devrait pas être un sujet tabou.

3. **Des crèches appartenant aux institutions** ainsi que des offres en faveur des enfants des écoles maternelles et des écoliers devraient être créées en vue de constituer un encadrement «qui succède à l'école», au niveau des hôpitaux universitaires et des établissements d'une certaine importance. Les horaires de fonctionnement devraient dépendre des processus de travail en milieu hospitalier. La tâche hebdomadaire ou les prolongations imprévisibles du temps de travail, causées par les urgences, devraient pouvoir être compensées au niveau interne.

4. **Les limites d'âge en vigueur** – pour les mères, mais également pour les pères – devraient être reconsidérées au moment de l'attribution de bourses, lors d'habilitations, de nominations, etc.

5. Dans le futur proche, **les commissions de l'égalité des traitements** conserveront leur importance, en ce qui concerne le développement de programmes de promotion de la relève, spécifique au genre, et les restructurations au niveau institutionnel. Des représentants des échelons supérieurs de la hiérarchie devraient devenir membres de telles commissions, afin de donner de l'importance aux décisions et aux activités.

Les mesures concernant l'égalité ne devraient pas être déléguées pendant une période prolongée à une personne précise, mais **confiées de manière élargie à différents représentants de la faculté et du milieu hospitalier**.

Les objectifs concernant l'égalité devraient être poursuivis par des personnes reconnues sur le plan professionnel et qui n'interviennent dans ce contexte qu'à titre «annexe». Le système de rotations constitue un procédé tout indiqué pour cela. Il permet constamment au public d'associer les questions concernant l'égalité des traitements à d'autres médecins, aussi installés que possible; il empêche en outre un «chevauchement» de la compétence professionnelle (du membre concerné de la commission) et des questions relatives à l'égalité.

6. Parallèlement aux activités des commissions spéciales, **les objectifs essentiels concernant une promotion de la relève soucieuse d'égalité devraient être ancrés de façon obligatoire** dans les directives, statuts, etc. La parité des sexes peut ainsi être fixée sur le plan réglementaire dans les commissions déterminantes (commissions d'habilitation et de nomination).

7. Des discussions devraient avoir lieu au niveau des facultés de médecine, en ce qui concerne **la division fonctionnelle de l'ensemble des grandes chaires cliniques: elle distinguerait les chaires cliniques de celles qui sont consacrées à la recherche et à l'enseignement**. Les postes de la recherche biomédicale et l'enseignement pourraient être pourvus à la manière de fonctions purement universitaires et attribués sous forme de chaires autonomes, tandis que la direction de l'hôpital serait placée au sein du secteur des prestations et de la recherche clinique. De telles mesures permettraient de qualifier de manière plus ciblée les dirigeants correspondants, mais également d'ouvrir la voie vers une chaire à de jeunes médecins, qui, pour des raisons familiales, ne visent pas de chaire académique, selon le modèle traditionnel.

8. **Les programmes structurés de mentorat** devraient être intégrés de manière professionnelle et institutionnalisée dans les processus des milieux universitaires et hospitaliers et accompagnés d'un suivi à long terme des diplômés. Les réseaux européens de mentorat en médecine et leurs directives (www.eument-net.eu) peuvent être utilisés afin d'améliorer l'offre. À plus long terme, ces offres devraient naturellement être proposées aux deux sexes, en tenant compte des conditions cadres correspondantes.

Il est possible de justifier la promotion des femmes qui se dirigent vers le poste de professeur ou de médecin-chef par de nombreux arguments. L'équilibre entre les sexes au niveau des chaires, en particulier, ne correspond pas au principe de l'égalité des traitements, tel qu'il est stipulé en Suisse, de manière démocratique et conforme à la Constitution. Outre les arguments de nature éthique et démocratique, des réflexions d'ordre économique s'appliquent: pour la Suisse, ce sont d'importantes ressources humaines qui se perdent, lorsque le potentiel existant au sein de la relève scientifique reste inexploité pour la compétitivité du pays, dans le contexte européen et intercontinental. De plus, nous ne pourrions faire face à la pénurie de médecins qui se profile, qu'à condition de créer davantage d'incitations en faveur des femmes, afin qu'elles restent actives dans le domaine médical. Enfin, la médecine pourrait tirer profit, au niveau du contenu, d'un renforcement de l'influence des femmes, si celles-ci en venaient réellement à fournir davantage certains éléments, comme par exemple une intensification du contact avec les patients.

Les défis posés par une promotion de la relève soucieuse d'égalité se situent, d'une manière similaire, tant aux niveaux structurel que psychosocial: il est nécessaire que les mesures correspondantes se constituent de manière parallèle sur les 2 plans, car ceux-ci demeurent en corrélation étroite. Les restructurations concrètes au niveau institutionnel devraient être accompagnées de mesures de sensibilisation. Des dirigeants sensibilisés à la question sont plus disposés à prendre des mesures concrètes que des supérieurs hiérarchiques qui n'ont pas conscience des défis particuliers relatifs à une promotion de la relève soucieuse d'égalité. Des rapprochements analogues valent également pour la génération à venir et qu'il s'agit de promouvoir.

*Prof. Anita Riecher, lic. phil. Anne von Gunten,
Prof. Regine Landmann, Bâle*

Anita Riecher est professeur ordinaire de psychiatrie et de psychothérapie à l'Université de Bâle et médecin-chef de la polyclinique psychiatrique universitaire. Elle préside la *gesellschaft für die psychische gesundheit von frauen und genderfragen (gpgf)* ainsi que la Section of Women's Mental Health de l'Association européenne de psychiatrie (AEP).



Anne von Gunten est assistante de recherche et doctorante à la Pädagogische Hochschule Bern; en outre, elle occupe le poste de collaboratrice scientifique du programme de mentorat FRAME PLUS (Departement für Lehre und Forschung des hôpitaux universitaires de Bâle), dont elle assure la coordination.



Regine Landmann est professeur titulaire en médecine expérimentale; elle dirige un groupe de recherche au département de la biomédecine de l'hôpital universitaire de Bâle et préside également la commission de l'égalité de la faculté de médecine.



Les directives anticipées: un instrument d'autodétermination et un moyen de communication

lic.théol. Peter Lack, Président de la sous-commission «Directives anticipées», Bâle
lic. iur., MAE, Michelle Salathé, Secrétaire générale adjointe de l'ASSM, Bâle

Dans plusieurs de ses directives médico-éthiques, l'ASSM a, ces dernières années, confirmé les directives anticipées en tant qu'instrument d'autodétermination des patientes et patients. Les directives anticipées permettent à une personne capable de discernement de déterminer à l'avance à quelles mesures médicales elle consentira en cas d'incapacité de discernement et celles qu'elle refusera. Une sous-commission¹ de la CCE, dirigée par Peter Lack, lic. théol., de Bâle, s'est penchée sur le thème des «Directives anticipées» et a élaboré un projet de texte qui décrit notamment les contenus qui devraient figurer dans des directives anticipées et les points à considérer lors de leur rédaction et de leur application.

Outre les nombreuses possibilités offertes par les directives anticipées (en tant qu'instrument d'autodétermination et moyen de fonder une prise de décision), les présentes directives thématisent également leurs limites. Si une valeur élevée doit être accordée à l'autonomie de l'individu, l'homme n'en reste pas moins un être social. La famille et les amis, mais également les médecins, soignants et autres personnes en charge du patient sont concernés par les décisions d'un patient, au plus tard lors de l'application de directives anticipées. C'est pourquoi, les directives de l'ASSM proposent d'impliquer les proches et éventuellement le médecin de famille déjà lors de leur rédaction.

Par ailleurs, la rédaction de directives anticipées exige que soit menée une réflexion personnelle sur la maladie, l'accident, l'agonie et le décès. En période de bonne santé, il est souvent difficile de se transposer dans la situation d'un malade ou d'un mourant et de déterminer à l'avance les mesures médicales auxquelles on consentira et celles que l'on refusera. C'est pourquoi, les directives proposent de faire appel à une consultation lors de la rédaction des directives anticipées. Dans le cadre de cette consultation, le patient peut être informé des déroulements possibles d'une maladie et des options thérapeutiques existantes. Outre les déclarations concernant des situations et des mesures thérapeutiques spécifiques, les directives encouragent les auteurs de directives anticipées à s'exprimer sur leur échelle de valeurs et leurs souhaits, leurs angoisses, attentes et espoirs (autrement dit leurs «valeurs» personnelles). Ces indications peuvent servir de guides dans des situations, où le succès d'un traitement est incertain ou au cas où l'auteur des directives anticipées ne s'est pas exprimé sur des mesures médicales spécifiques.

Finalement, les directives abordent aussi les cas où l'équipe soignante ou les proches doutent que les directives anticipées correspondent toujours à la volonté présumée du patient. Elles stipulent dans quelles situations il convient



Où s'arrêtent les traitements en fin de vie?

de vérifier si la volonté du patient a changé. Toutefois, elles exigent aussi que les écarts par rapport aux directives anticipées soient consignés et justifiés dans le dossier du patient.

Le 27 novembre prochain, le Sénat examinera le projet de directives «Rédaction de directives anticipées et application dans la pratique médicale quotidienne» avant de le mettre en consultation. Celui-ci pourra ensuite être téléchargé sur le site internet de l'ASSM (www.assm.ch). Les remarques et suggestions peuvent être adressées au secrétariat général de l'ASSM, Petersplatz 13, 4051 Bâle.

¹ Les personnes suivantes font partie de la sous-commission:

lic. théol. Peter Lack, Bâle (Président); Dr phil. Susanne Brauer, PhD, Zurich; Dr méd. Martin Conzelmann, Bâle; Dr méd. Andreas Gerber, Berne; Prof. Dr méd. Bruno Gravier, Lausanne; Dr iur. Jürg Müller, Bâle; Prof. Dr méd. Claude Regamey, Président CCE, Fribourg; Prof. Dr méd. Bara Ricou, Genève; Monique Sailer, infirmière, cand. NMS, Brünisried; lic. iur. Michelle Salathé (MAE), secrétaire générale adjointe ASSM Bâle; Dr méd. Urban Wirz, Subingen.

Les directives «Décisions de réanimation»: un soutien précieux dans la pratique

Mi-septembre s'était achevée la période de consultation du projet de directives médico-éthiques «Décisions de réanimation». La cinquantaine de prises de position parvenues au secrétariat général témoigne de l'intérêt soulevé par ces directives. Dans leur grande majorité, elles ont été saluées comme une aide précieuse à la prise de décision dans la pratique. La sous-commission, dirigée par le Prof. Andreas Gerber de Burgdorf, a examiné toutes les remarques et suggestions et remanié le texte. De nombreuses prises de position avaient signalé que ces directives se focalisaient trop sur les institutions. Compte tenu de ces réserves, la sous-commission a structuré plus clairement les deux chapitres centraux du document.

Dans une première partie, les directives décrivent la prise de décision prospective concernant l'introduction ou le renoncement à des mesures de réanimation en cas d'arrêt cardio-circulatoire. Ces dispositions ne concernent pas seulement les institutions. Elles peuvent s'appliquer par analogie à la médecine de premier recours. Le but de ces directives est d'encourager la discussion au sujet de l'introduction de mesures de réanimation en cas d'arrêt cardio-circulatoire – non seulement à un stade précoce dans toutes les institutions, mais si possible déjà en situation pré-clinique – et de documenter le résultat de ces discussions, dans des directives anticipées par exemple.

La deuxième partie est consacrée à la procédure à suivre en cas d'arrêt cardio-circulatoire aigu, notamment lorsqu'il survient en dehors d'une institution, là où l'on ne dispose en principe que de peu – voire de pas du tout – d'informations sur le patient.

Les directives «Décisions de réanimation» seront soumises à l'approbation du Sénat le 27 novembre 2008. À partir de fin novembre, elles pourront être téléchargées sur le site internet de l'ASSM (www.assm.ch) ou commandées au secrétariat général de l'ASSM, Petersplatz 13, 4051 Bâle.

Recommandations concernant l'utilisation de cadavres et de parties de cadavres dans la recherche médicale et la formation pré- et postgraduée

De récents articles de presse révélant l'existence d'un commerce florissant, soi-disant mondial, de parties de cadavres d'origine douteuse ont provoqué l'inquiétude et l'indignation du public – et pas seulement dans les milieux spécialisés. L'un des cas révélés concerne l'importation en Suisse à partir des États-Unis de 40 pieds congelés, destinés à des exercices opératoires.

L'ASSM a décidé, à la suite d'une demande concrète concernant les modalités de la coopération entre instituts universitaires et partenaires de l'industrie, de charger un groupe de travail – dirigé par le Prof. Volker Dittmann de Bâle – d'émettre des recommandations concernant l'utilisation de cadavres et de parties de cadavres dans le cadre de la recherche médicale et de la formation prégraduée, postgraduée et continue. Le but de ces recommandations n'est pas de normaliser les attitudes des intervenants dans ce domaine, mais bien plus de leur permettre d'agir de telle façon que, d'un point de vue juridique, aucun reproche ne puisse leur être adressé. Après avoir consulté, l'été dernier, tous les instituts suisses d'anatomie, de pathologie et de médecine légale, la version définitive des recommandations sera soumise à l'approbation du Sénat le 27 novembre 2008; ces recommandations seront annexées aux directives «Biobanques».

ACADEMIES-SUISSES

La nanomédecine dans le dialogue interdisciplinaire

Le 13 octobre dernier, les académies-suisse organisaient un forum de discussion sur le thème de «Nanotechnology in Medicine – The Potential of Combined Medical and ELSI¹ Research». 23 expertes et experts en recherche médicale, humaine et sociale du domaine de la nanomédecine avait été invités par le transdisciplinarity-net à débattre de leurs attentes mutuelles et de leurs préjugés. Des idées pour des projets conjoints ont également été ébauchées en vue du programme national de recherche 64 sur les chances et risques des nanomatériaux. De tels projets examinent les nouvelles possibilités, non seulement quant à leurs effets sur la santé humaine, mais en considérant également leurs effets éthiques, sociétaux et juridiques. Les Professeurs Alfred Nordmann (TU Darmstadt) et Sylvia Nagl (University College London) ont été invités à faire part de leurs expériences de recherche.

Les exposés et discussions menées tout au long de cette journée ont mis à jour les obstacles auxquels sont confrontés les projets interdisciplinaires, mais pas uniquement dans le domaine de la nanomédecine: d'une part, il manque les motivations nécessaires aux chercheurs (possibilités de promotion et de carrière) et, d'autre part, des

exemples concrets des avantages de la recherche interdisciplinaire font défaut. Les projets dans lesquels sont examinés parallèlement les dimensions techniques, physiologiques, psychologiques, économiques et éthiques offrent les meilleures chances de collaboration fructueuse. En revanche, les projets dans lesquels les aspects moraux de la nanomédecine sont délégués aux chercheurs en sciences humaines et sociales, ou des projets qui spéculent sur les futures possibilités d'application au lieu de demander quelle influence ces visions peuvent avoir sur l'application actuelle de la nanomédecine, ont moins de chances de réussir. En conclusion, Prof. Peter Suter, Président de l'ASSM, a résumé les principaux aspects discutés et en a déduit des tâches pour les académies-suisse; celles-ci viennent de publier leurs «Thèses concernant la nanotechnologie – Défis d'une nanotechnologie interdisciplinaire et d'un dialogue proactif».

1 ELSI = Ethical, Legal and Social Implications

Nouveaux membres individuels de l'ASSM

Lors de la séance du Sénat de l'Académie Suisse des Sciences Médicales du 20 mai 2008, les Proff. Sabina De Geest de Bâle, Felix Frey de Berne, Olivier Guillod de Neuchâtel, Heini Murer de Zurich, Jürg Schifferli de Bâle et Alexandra Trkola de Zurich ont été nommés membres individuels de l'Académie. Les statuts de l'ASSM stipulent que le Sénat peut nommer comme membres individuels de l'Académie des personnalités «sur la base de leurs performances scientifiques exceptionnelles en médecine ou en sciences naturelles en relation avec la médecine». Les certificats seront remis aux nouveaux membres individuels dans le cadre d'une petite cérémonie après la séance du Sénat du 27 novembre 2008.



Prof. Dr. phil., RN, FAAN, FRCN Sabina De Geest

«Der Senat der SAMW beruft Sabina De Geest zum Einzelmitglied der Akademie in Würdigung ihrer ausgezeichneten wissenschaftlichen Leistungen im Bereich der Psychologie und Verhaltens-Forschung, besonders bei chronisch kranken Menschen. Sabina De Geest ist Ordinaria an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel und Vorsteherin des Instituts für Pflegewissenschaften; sie ist zudem Adjunct Professor an der Catholic University of Leuven in Belgien sowie an mehreren Universitäten in den USA. Sabina De Geest hat ausserdem entscheidend zur Anerkennung der akademischen Pflichten und Rechte der Pflegewissenschaften in der Schweiz beigetragen. Ihre Ideen sind auch mitverantwortlich für ein Umdenken in der Rollenverteilung und für eine effizientere Zusammenarbeit der verschiedenen Medizinalberufe in unserem Gesundheitssystem».



Prof. Dr. med. Felix Frey

«Der Senat der SAMW beruft Felix Frey zum Einzelmitglied der Akademie in Würdigung seines langjährigen, intensiven Einsatzes für die medizinische Forschung und seiner persönlichen Leistungen als Wissenschaftler und als Ordinarius für Nephrologie, als Forschungsrat im Nationalfonds und als Vizerektor Forschung der Universität Bern. Als starke und mutige Persönlichkeit hat er einiges zur strukturellen und organisatorischen Entwicklung seines Faches Innere Medizin und des Inselpitals beigetragen. Felix Frey setzt sich zudem für die Vermittlung einer klaren wissenschaftlichen Basis im Medizinstudium und der Weiterbildung ein».



Prof. Dr. iur. Olivier Guillod

«Le Sénat nomme Olivier Guillod en reconnaissance de ses activités scientifiques et d'enseignant, dans un secteur qui est essentiel pour la médecine. Olivier Guillod, Professeur ordinaire et Directeur de l'Institut du droit de la santé à l'Université de Neuchâtel, a donné à ce domaine et son activité une reconnaissance internationale. Il est particulièrement reconnu pour ses travaux touchant les aspects éthiques, et il est membre de la Commission Nationale d'Éthique depuis sa création en 2001. Notre Académie a bénéficié de ses compétences dans plusieurs groupes de travail et également dans sa Commission Centrale d'Éthique».



Prof. Dr. phil. Heini Murer

«Der Senat der SAMW beruft Heini Murer zum Einzelmitglied der Akademie in Würdigung seiner herausragenden wissenschaftlichen Leistungen im Bereich der Nierenphysiologie. Heini Murer hat wesentliche Forschungsarbeiten zum Verständnis der Transportmechanismen von Protonen und Phosphaten in den Nierentubuli veröffentlicht; diese Erkenntnisse haben zu einem besseren Verständnis des Kalzium-Phosphat-Stoffwechsels und der damit assoziierten Krankheiten beigetragen. Für diese wissenschaftlichen Aktivitäten sind ihm höchste internationale Auszeichnungen der Amerikanischen Nephrologie-Gesellschaft und der Internationalen Gesellschaft für Nephrologie zugesprochen worden. Heini Murer ist für wichtige akademische Entwicklungen in unserem Land mitverantwortlich, welche er als Direktor des Instituts für Physiologie und dann als Vizerektor Forschung der Universität Zürich sowie als Präsident der Division Biologie und Medizin des Schweizerischen Nationalfonds eingeleitet hat».



Prof. Dr. med. Jürg Schifferli

«Der Senat der SAMW beruft Jürg Schifferli zum Einzelmitglied der Akademie in Würdigung seiner hochstehenden Leistungen auf dem Gebiet der Immun-Nephrologie. Die wissenschaftliche Anerkennung von Jürg Schifferli basiert auf bahnbrechenden Arbeiten über Hypokomplementämie und die Rolle der Immunkomplex-Elimination durch Komplement sowie auf molekularpathologische Studien, die unter anderem zu einem Ph.D. in London geführt haben. Jürg Schifferli hat seine erfolgreiche akademische und klinische Karriere je zur Hälfte in Genf und dann in Basel absolviert. Als eine glückliche Folge davon nimmt er in vielen hoch stehenden nationalen, aber auch internationalen wissenschaftlichen Gremien, z.B. im Nationalfonds, eine Koordinations- und Vermittlerrolle zwischen der Deutschschweiz und der Romandie wahr. Seine Kompetenz und sein Ansehen als klinischer Forscher hat er mit Erfolg zur Entwicklung dieses Gebietes eingesetzt».



Prof. Dr. rer. nat. tech. Alexandra Trkola

«Der Senat der SAMW beruft Alexandra Trkola zum Einzelmitglied der Akademie in Würdigung ihrer hoch stehenden wissenschaftlichen Leistungen auf dem Gebiet der HIV- und AIDS-Forschung. Alexandra Trkola ist Ordinaria für Medizinische Virologie an der Universität Zürich. Sie hat grundlegende Erkenntnisse zur Pathophysiologie und Therapie der HIV-Infektion erarbeitet. Sie hat insbesondere neue Antikörper charakterisiert, welche die Vermehrung des Virus bei akut infizierten Personen hemmen, und damit einen wichtigen Fortschritt zur erfolgreichen Immunotherapie der HIV-Infektion erzielt. Alexandra Trkola zeigt mit ihren wissenschaftlichen Aktivitäten, wie wichtig die Naturwissenschaften sowie eine translationelle Forschung für neue und wirksame Therapien in der klinischen Medizin sind».