

L'assistance au suicide en Suisse:  
un défi pour la Confédération 1

Agenda 5

Nouvelle charte de l'ASSM 5

«Commission d'éthique dirigeante»:  
un pas en avant 5

Fonds KZS: Mise au concours des  
bourses 6

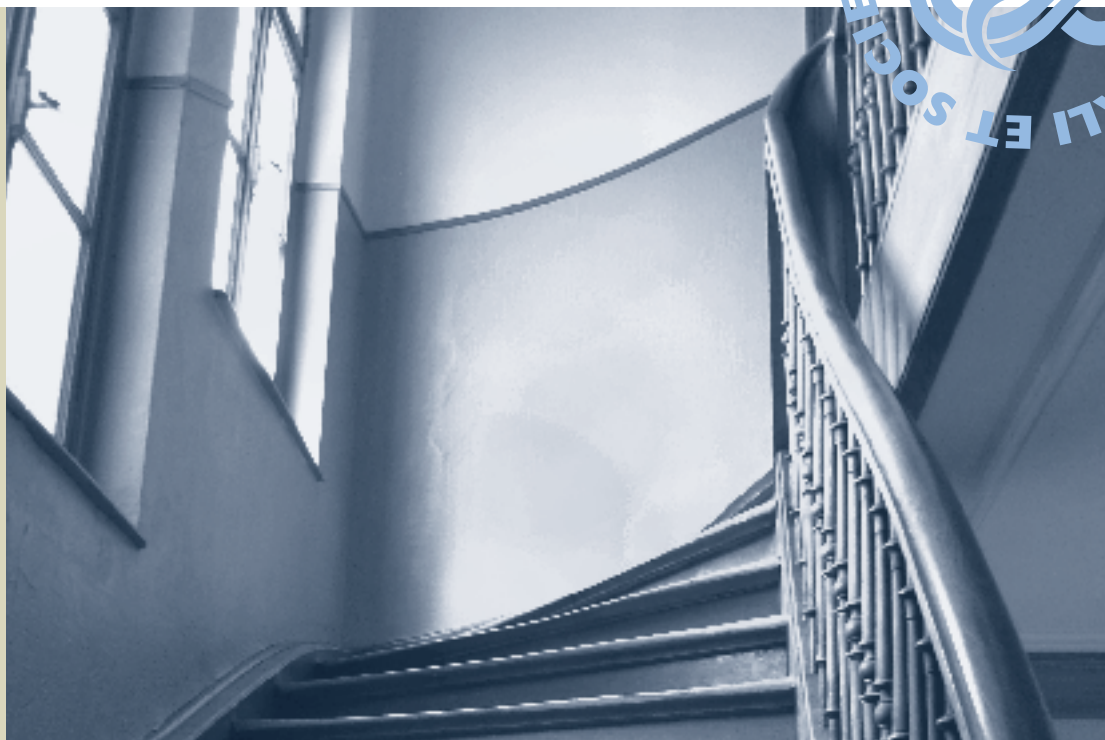
Le Prix Robert Bing 2010 6

Attribution de soutiens  
du Fonds A&D 6

Clinical Research Cooperations  
with Developing Countries 6

Accès facilité aux publications  
médicales spécialisées 7

OUI à l'article constitutionnel relatif  
à la recherche sur l'être humain 8



## L'assistance au suicide en Suisse: un défi pour la Confédération

**Ces dernières années, des cas spectaculaires d'assistance au suicide pratiqués en Suisse ont fait les gros titres, tant dans notre pays qu'à l'étranger. L'apparition du phénomène appelé «tourisme du suicide» (parfois même «tourisme de la mort») a conduit à des appels de plus en plus insistants pour une réglementation légale de l'assistance au suicide au fil des années. En octobre dernier, le Conseil fédéral a réagi et proposé une nouvelle réglementation de l'assistance organisée au suicide. Dans l'article qui suit, PD Dr Georg Bosshard, médecin spécialiste en médecine générale et éthicien à Winterthour, et Prof. Samia Hurst, éthicienne à Genève, présentent un état des lieux du point de vue médical et proposent des solutions pour une réglementation pertinente de l'assistance au suicide.**

Dans un domaine où le monde entier nous observe, le Conseil fédéral a rejeté jusqu'à très récemment tout besoin de réglementation allant au-delà de l'article 115 du Code pénal. Il est donc d'autant plus réjouissant que le Département fédéral de justice et police reconnaisse maintenant l'importance de la question de l'assistance au suicide et que la Confédération assume ses responsabilités dans ce domaine en proposant une réglementation. A cela près: l'interdiction complète de ces organisations, considérée par le Conseil fédéral, n'aurait vraisemblablement aucune chance d'être acceptée sur le plan politique en Suisse. Et la solution favorisée, à savoir un règlement restrictif de leur activité inscrit dans le Code pénal, tire également en dessus – ou peut-être à côté – de la cible. Cette proposition ne conduirait en effet pas à la limitation souhaitée de l'assistance au suicide: au contraire, il en résulterait plutôt un déplacement incontrôlé de cette

activité dans le domaine médical. Car la réglementation prévue ne s'y appliquerait pas, tant qu'aucune organisation n'est impliquée. L'Académie Suisse des Sciences Médicales a ainsi raison de rejeter les deux propositions mises en consultation. Elle propose en leur place la voie plus pragmatique d'une législation de surveillance des organisations d'aide au suicide (voir encadré).

### **L'assistance au suicide est une pratique établie en Suisse**

Même une telle loi de surveillance, cela dit, ne saurait nous leurrer sur le fait qu'à moyen terme, plusieurs questions centrales soulevées par l'assistance au suicide attendent réponse dans notre pays; et en particulier en ce qui concerne notre rôle en tant que médecins, justement. Nous savons qu'environ 400 suicides sont assistés chaque année en Suisse. Il ne s'agit donc plus de cas



Prof. Christian Kind,  
président de la  
Commission centrale  
d'éthique de l'ASSM,  
St-Gall

## La réglementation de l'assistance organisée au suicide ne doit pas être assumée par les médecins!

Il y a presque quatre ans, l'ASSM avait attiré l'attention du Conseil fédéral sur son devoir de surveillance en matière d'assistance au suicide. L'ASSM salue donc l'introduction d'une

réglementation de l'assistance au suicide dont le but est d'imposer des limites à ces organisations controversées. Toutefois, d'un point de vue médical, les deux variantes proposées – d'une part la limitation stricte de l'assistance organisée au suicide à la fin de vie et, d'autre part, son interdiction totale – ne constituent pas une solution satisfaisante.

La première variante prévoit de placer les activités desdites organisations sous une triple surveillance médicale, ce qui reviendrait à institutionnaliser l'assistance au suicide comme une activité médicale. Pour l'ASSM, l'assistance au suicide est incompatible avec les buts de la médecine. Si elle peut être respectée en tant que décision morale personnelle d'un médecin en charge d'un patient en fin de vie, elle ne doit, par contre, en aucun cas, devenir une partie intégrante de l'activité médicale.

Les deux variantes proposées inciteraient les praticiens à pratiquer de plus en plus l'assistance au suicide. Les organisations d'assistance au suicide répondent à un besoin d'une partie de la population suisse et ce n'est ni leur interdiction, ni une limitation stricte de leurs activités qui supprimerait ce besoin. Le fait de déléguer aux médecins la responsabilité de gérer ce besoin ne peut représenter une solution pertinente. Les conflits de conscience ainsi provoqués ne pourraient que nuire aux devoirs des médecins dans de telles situations, notamment à la prévention du suicide et à la prise en charge palliative en fin de vie.

C'est pour ces raisons que l'ASSM rejette les propositions du Conseil fédéral et propose au lieu de cela, d'imposer aux organisations d'assistance au suicide des critères de diligence sévères dans le cadre d'une législation de surveillance.

sporadiques, mais d'une pratique établie. Elle est dans la plupart des cas fournie et coordonnée par les organisations d'aide au suicide, et l'accompagnement personnel des suicidants est dans la règle également pris en charge par des collaborateurs de ces organisations. Cela dit: dans presque tous les cas un médecin a pris une responsabilité déterminante en prescrivant, après avoir personnellement informé la personne souhaitant mourir, le pentobarbital à l'aide duquel cette personne allait se suicider.

Quelle que soit la réglementation, les médecins se trouvent ici face à des difficultés spécifiques et bien réelles. Les directives de l'ASSM exigent par exemple du médecin pratiquant l'assistance au suicide qu'il vérifie si «La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de vie est proche» [2]. Nous savons en même temps qu'un quart au moins des cas d'assistance au suicide pratiqués en Suisse ne concernent non seulement pas des situations de fin de vie, mais des situations sans maladie mortelle. Et la tendance est ici à la hausse [3].

Faudrait-il à l'avenir être plus contraignant sur la condition de fin de vie posée par l'ASSM? Une telle condition est-elle sensée, et quelle pourrait être sa justification éthique? A l'inverse: si nous y renoncions, où pourrait-on encore tracer une limite «médicale» à l'assistance au suicide? Voudrions-nous vraiment autoriser en principe cette pratique pour tout adulte capable de discerner, même pour des personnes sans maladie mais peut-être âgées et fatiguées de vivre? Dans ce cas, cela aurait-il encore quelque chose à voir avec la médecine?

### L'assistance au suicide peut-elle être une partie de l'activité médicale?

Et si, effectivement, la participation médicale à l'assistance au suicide avait entre temps acquis un soutien et une diffusion large, devrait-on en prendre acte en intégrant certains contenus dans la formation pré-, post-graduée, et continue des médecins? Souhaitons-nous acquiescer à une véritable expertise sur des questions comme

«L'information du candidat au suicide assisté» ou «Indications et contre-indications médicamenteuses dans l'assistance médicale au suicide»? Ne resterions-nous pas sur un terrain plus solide en nous tenant, en tant que profession, strictement à l'énoncé initial selon lequel «L'assistance au suicide n'est pas une activité médicale»? Nous devrions alors assumer que le médecin individuel prêt à s'engager dans la voie difficile de l'assistance au suicide continuerait, face à ses questions et ses incertitudes, d'être laissé seul par les représentants officiels de notre profession.

### Un regard au-delà des frontières

Un coup d'œil par-dessus nos frontières est utile. Car dans les autres pays occidentaux, ces questions – sous-tendues par les spécificités culturelles de chacun – se posent également.

Rappelons-nous en premier lieu que, jusqu'à il y a quelques années seulement, aucun état du monde n'avait explicitement légalisé l'assistance au suicide ou l'euthanasie active volontaire. La Hollande est pionnière d'une ouverture dans ce domaine à partir des années 70 du siècle dernier. A la fin des années 80, suite à des décisions individuelles de jurisprudence (case law), des critères précis s'y établissent en présence desquels l'assistance au suicide et l'euthanasie active sont dépenalisées. Ceci ne vaut cependant explicitement que pour les médecins. Une collaboration large d'assistants non médicaux au suicide au sein d'organisations, telle qu'elle est pratiquée en Suisse, serait en Hollande illégale à ce jour. Les «critères de minutie» de l'interruption de vie pratiquée sur demande par les médecins ne feront l'objet d'une loi spécifique en Hollande qu'en avril 2002 [4]. C'est l'état américain de l'Oregon qui se donne en 1997 la première loi du monde sur l'assistance médicale au suicide avec le «Death with Dignity Act». Plusieurs autres lieux ont suivi, autorisant explicitement soit l'assistance au suicide (dans les états américains de Washington et du Montana, respectivement en 2008 et 2010) soit

l'euthanasie active volontaire (la Belgique en 2002, et le Luxembourg en 2009) dans leurs lois. Dans de nombreux autres pays, comme par exemple l'Angleterre, la France, et la Suède, des projets de lois portant sur ce domaine ont rencontré des échos importants [4]. On peut dire aujourd'hui que le scénario selon lequel la mort assistée (dans le sens précis de l'assistance au suicide et/ou de l'euthanasie active volontaire) pourrait être légalisée de plus en plus largement dans les pays occidentaux sur les 20 prochaines années, comme le fut l'avortement à la fin du siècle passé, ne semble pas du tout irréaliste. S'il survenait, il donnerait raison à l'éthicienne américaine M.P. Battin, qui postulait qu'après la procréation, la mort non plus ne serait plus perçue ni vécue dans les pays occidentaux comme destin, mais comme décision consciente [5].

### Les médecins comme «garde-fous»

Ces développements représentent partout des difficultés pour les médecins. Des études montrent que ce sont justement les médecins, hommes ou femmes, qui soignent le plus souvent des personnes en fin de vie, dont la position sur l'assistance au suicide ou l'euthanasie active est la plus critique. Nettement plus que celle de la majorité dans la population générale. Et pourtant, aucun pays n'a pour le moment accepté une loi dédiée à l'assistance au suicide sans y donner un rôle central au corps médical. Outre leurs compétences et leur expérience avec les décisions de fin de vie en général, c'est paradoxalement justement cette position fondamentalement critique qui fait apparaître les médecins comme garde-fous adéquats aux yeux de la société. C'est là un contraste avec les organisations, dont la mission les rend fondamentalement plutôt favorables à l'assistance au suicide. Il est possible que le partage des responsabilités entre les organisations et les médecins soit l'un des avantages du modèle suisse: il aide à éviter les conflits de rôle pour les médecins en pratique clinique mieux que les modèles d'assistance au suicide hollandais et belges, qui reposent exclusivement sur les cliniciens [6, 7, 8, 9].

### Pragmatisme empathique plutôt que paternalisme moralisateur

Il semble que dans ce domaine fortement controversé, chaque pays doive trouver son propre chemin en cohérence avec ses traditions, ses valeurs, et ses institutions. En Suisse, il faut préciser que le niveau de tolérance très élevé en comparaison internationale ne représente pas une dérive. C'est plutôt là une des formes de la «diminution des risques». Une stratégie fondée sur le pragmatisme empathique plutôt que sur le paternalisme moral, et qui est en Suisse une tradition. Un coup d'œil sur la politique suisse de la drogue, dont l'ouverture a toujours été importante en comparaison à celle des autres pays d'Europe, peut nous en convaincre. L'approche hollandaise est d'ailleurs, ici aussi, la plus proche.

Même la différence la plus claire avec le modèle hollandais – le rôle central des organisations d'assistance au suicide – se laisse facilement expliquer par notre contexte. La Suisse est un état fortement fédéraliste, qui laisse beaucoup de pouvoir décisionnel, mais aussi beaucoup de responsabilité, aux cantons, aux communes, et aux populations locales. Une confiance importante est ici accordée à la capacité d'une société civile intacte de s'organiser elle-même, ainsi qu'à la forte culture associative

de notre pays. Les organisations d'assistance au suicide sont une expression de cette organisation «bottom-up». Elles jouissent d'une acceptation large dans la population, acceptent des responsabilités, et devraient pour ces raisons garder leur place également à l'avenir.

### Un défi pour la Confédération

Nos structures fédérales ont cependant aussi leurs faiblesses et leurs limites. Au cours des vingt dernières années, chaque région a pratiqué sa propre interprétation de l'article 115 du Code pénal à l'endroit des organisations d'assistance au suicide. Les institutions locales (procureurs, médecins cantonaux, experts, et instituts de médecine légale) se sont ainsi vu octroyer un rôle central, avec un vrai risque d'inégalité d'application du droit, et de flou juridique. Une loi fédérale de surveillance des organisations d'assistance au suicide pourrait ici effectivement améliorer certaines choses.

Un état qui souhaite prendre au sérieux la question de l'assistance au suicide ne peut cependant pas se limiter à la question de l'autoriser ou non, comme le fait au fond le règlement proposé actuellement par le Conseil fédéral. Il doit aussi s'intéresser activement aux développements dans ce domaine, afin d'être en mesure de reconnaître précocement des conséquences indésirables et de pouvoir opérer des correctifs. Une instance de déclaration centralisée pour l'assistance au suicide, mesure évidente dans l'Oregon, en Hollande et en Belgique, devrait être également discutée en Suisse. Un de ses buts serait de cesser à l'avenir de dépendre exclusivement des données des organisations d'aide au suicide et des quelques études des instituts de médecine légale.

Troisièmement, si l'état se tient éloigné de ces décisions difficiles, on doit se demander si les professionnels prêts à s'engager dans ce domaine ne devraient pas néanmoins recevoir un soutien plus officiel. Les Hollandais ont fondé dans les années 90, et avec un soutien de l'état et des universités, le réseau SCEN («support and consultation on euthanasia in the Netherlands»): un réseau national d'environ 500 médecins généralistes, formés spécifiquement comme consultants sur l'euthanasie, et qui offrent sur demande un soutien à leurs collègues lorsque ceux et celles-ci se trouvent devant des décisions difficiles en fin de vie. Quelque chose de similaire ne serait-il pas imaginable en Suisse? Car les discussions éthiques et juridiques sur ce qui est moralement justifié, et sur ce qui est légalement autorisé, sont une chose; la pratique dans des situations concrètes touchant des personnes gravement malades et décidées à mourir en est une autre.

*PD Dr méd. Georg Bosshard, Winterthour*

*Prof. Dr méd. Samia Hurst, Genève*



**Georg Bosshard** est médecin spécialiste FMH en médecine générale et privat-docent en éthique clinique à l'Université de Zurich. Il travaille comme médecin d'établissement médico-social et éthicien en pratique privée à Winterthour ([www.georgbosshard.ch](http://www.georgbosshard.ch)).



**Samia Hurst** est spécialiste FMH en médecine interne et professeure boursière du FNS en bioéthique à l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Genève. Elle est consultante éthicienne pour le Conseil d'Éthique Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

## Bibliographie

1. Département fédéral de justice et police (2009). Réglementer l'assistance organisée au suicide. Communiqué de presse du 28 octobre 2009. <http://www.ejpd.admin.ch/ejpd/fr/home/dokumentation/mi/2009/2009-10-28.html>
2. Académie Suisse des Sciences Médicales (2005). Prise en charge des patients en fin de vie. Directives médico-éthiques. Bulletin des Médecins Suisses 86: 178–182.
3. Fischer S, Huber C, Imhof L, Mahrer R, Furter M, Ziegler SJ, Bosshard G (2008). Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations. J Med Ethics 84: 810–814.
4. Materstvedt LJ, Bosshard G (2009). Euthanasia and physician-assisted suicide. In: Hanks G, Portenoy R, Christakis N, Fallon M, Kaasa S, Cherny N (Hsg) Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4<sup>th</sup> edition. Oxford University Press, Oxford, New York, 304–319.
5. Battin MP. Ending life (2005). Ethics and the way we die. Oxford University Press, Oxford, New York.
6. Bosshard G, Broeckaert B, Clark D, Materstvedt LJ, Gordijn B, Müller-Busch HC (2008). A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries. J Med Ethics 34: 28–32.
7. Hurst SA, Mauron A (2003). Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. BMJ 326: 271–273.
8. Hurst SA, Mauron A (2006). The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values. Palliat Med 20: 107–112.
9. Ziegler SJ, Bosshard G (2007). Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. BMJ 334:295–298.

### Communiqué de presse de l'ASSM du 12 janvier 2010

#### L'ASSM rejette la réglementation proposée de l'assistance organisée au suicide

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) salue en principe les efforts de la Confédération pour réglementer l'assistance organisée au suicide. Elle soutient notamment son intention de ne réglementer qu'une partie de la pratique de l'assistance au suicide, à savoir l'assistance organisée. Toutefois, selon l'ASSM, ni la limitation proposée à l'assistance organisée au suicide, ni son interdiction ne représentent une solution adéquate aux problèmes actuels. A la place d'une réglementation dans le Code pénal, l'ASSM propose de légiférer au moyen d'une loi de surveillance. Elle recommande en outre à la Confédération de renforcer la prévention du suicide et de continuer à promouvoir la médecine palliative.

Le Conseil Fédéral a fait part de son intention de réglementer l'assistance organisée au suicide; fin octobre 2009, il a mis deux propositions en consultation. La variante 1, privilégiée par le Conseil Fédéral, prévoit l'introduction de critères de diligence rigoureux, la variante 2 une interdiction générale de l'assistance organisée au suicide.

Depuis des décennies, l'ASSM se consacre aux questions relatives à l'assistance au décès et a édicté en 2004 des directives à ce sujet. Elle a donc minutieusement analysé la proposition de réglementation et décidé de rejeter les deux variantes proposées sur la base des réflexions concernant les quatre points suivants:

#### 1. L'assistance au suicide sera institutionnalisée en tant qu'activité médicale.

La nouvelle réglementation, telle qu'elle est proposée, impliquerait de plus en plus les médecins dans l'assistance au suicide. L'adoption de la variante 1 signifierait que des tâches supplémentaires incomberaient aux médecins; de plus, la limitation de l'assistance organisée au suicide incitera les malades chroniques suicidaires, qui ne sont pas en fin de vie, à faire de plus en plus appel aux médecins. Les médecins peuvent ainsi se retrouver devant un conflit de conscience: d'une part, ils ne veulent pas laisser tomber un patient souffrant et, d'autre part, l'assistance au suicide est contraire aux buts de la médecine qui exigent de sauver la vie et d'alléger les souffrances.

#### 2. Les institutions médicales seront soumises à une pression accrue les incitant à accepter que les organisations d'assistance au suicide interviennent dans leurs locaux.

Nombreux sont ceux qui passent la dernière phase de leur vie à l'hôpital ou dans une institution de soins. En limitant l'assistance organisée au suicide aux patients en fin de vie – comme le prévoit la variante 1 –, les hôpitaux et institutions de soins seraient soumis à une pression de plus en plus forte les incitant à accepter que les organisations d'assistance au suicide interviennent dans leurs locaux. Si ceux-ci persistaient à refuser – comme c'est toujours le cas pour la plupart d'entre eux –, ceci équivaldrait en fait à interdire l'assistance organisée au suicide.

#### 3. La limitation de la réglementation à la «fin de vie imminente» est inadéquate.

La «fin de vie imminente» est difficile à déterminer; une telle limitation est en outre contraire aux attentes d'une grande partie de la population.

#### 4. La réglementation proposée peut être facilement contournée.

Finalement, les problèmes actuels ne peuvent pas être résolus avec les deux variantes, car les limitations peuvent être facilement contournées: Les règles s'adressent uniquement à des organisations et non pas à des individus. Ainsi, les personnes suicidaires qui ne remplissent pas les conditions nécessaires peuvent être adressées par l'organisation à des médecins qui eux ne sont pas soumis à la législation.

A la place d'une modification du Code Pénal, l'ASSM propose une loi de surveillance pour les organisations d'assistance au suicide. Ainsi, ces organisations seraient soumises à autorisation et il serait possible de contrôler si les critères de diligences sont respectés. Une telle loi de surveillance devrait contenir notamment les points suivants:

- Les devoirs de diligence des assistants au suicide, en particulier le choix minutieux des personnes, une formation adéquate et la supervision.
- Les devoirs de diligence des médecins qui travaillent avec les organisations d'assistance au suicide, en particulier des médecins chargés de prescrire la substance utilisée.
- La transparence de la gestion et des statistiques.

**Training média: les dates des cours en 2010**

Chaque année, le Fonds national suisse (FNS) et l'Agence pour la promotion de l'innovation (CTI) proposent des trainings média aux chercheurs afin d'encourager le dialogue entre science et médias. Deux cours en français et trois cours en allemand sont prévus pour 2010.

Le training média s'adresse en priorité aux scientifiques soutenus par le FNS et la CTI, tout en restant ouvert aux autres chercheurs.

Deux éditions en français sont prévues les 11–12 juin et les 10–11 septembre 2010 (organisation Bonhage PR) à la Maison de la communication à Lausanne.

Informations et inscriptions:  
www.snf.ch/mediatraining

**Jours de Gène 2010**

Les «Journées Gènes» se dérouleront cette année sous la devise «Retour dans un monde sans génie génétique. Que se passerait-il si...?» entre avril et fin juin en Suisse alémanique, en Suisse romande et au Tessin.

L'offre comporte des visites de laboratoire et des stages en laboratoire, des expositions et des stands d'information, des visites d'école avec exposés & débats ainsi que des parrainages pour des travaux de maturité. En de nombreux endroits, les personnes intéressées peuvent visiter les laboratoires de recherche et réaliser elles-mêmes des expériences simples.

Le programme détaillé sera disponible à partir de fin mars auprès du secrétariat ou sur internet: Secrétariat «Journées de la recherche en génétique», c/o Gen Suisse, Case postale, 3000 Berne 14, Tél.: 031 356 73 84, contact@jours-du-gene.ch, www.jours-du-gene.ch

**Nouvelle charte de l'ASSM**

Dans le cadre des discussions concernant le programme pluri-annuel 2012–2016, l'ASSM s'est donnée une nouvelle charte qui remplace celle de 1998. Le Sénat a approuvé cette charte lors de sa séance de fin novembre 2009.

**Idee directrice**

La médecine allie, d'une part, la science et le savoir-faire nécessaires à la promotion et au maintien de la santé et, d'autre part, le diagnostic et le traitement des maladies, et elle s'applique à suivre constamment leur évolution. L'être humain et ses besoins en matière de santé sont au centre de l'activité des professionnels de la médecine (médecins, soignants et autres spécialistes). Ceux-ci fondent leurs activités sur les découvertes scientifiques, le savoir acquis par une expérience réfléchie et les principes éthiques. La médecine est en lien avec son environnement social et tient compte des nouveaux développements qui surviennent. La recherche est indispensable pour réaliser des progrès dans la compréhension des maladies, dans la prévention, le diagnostic et la thérapie, et pour réagir de façon adaptée aux nouveaux défis.

**Buts et missions***La médecine comme science et pratique*

L'ASSM soutient une médecine haute en qualité dans toutes ses facettes.

L'ASSM encourage la relève, en particulier dans la recherche médicale.

L'ASSM s'engage pour la reconnaissance précoce des nouveaux développements scientifiques en médecine et pour la mise en œuvre rapide des découvertes confirmées.

*Médecine et société*

L'ASSM joue un rôle de premier plan dans la réflexion globale sur l'avenir de la médecine. Dans le sens d'une reconnaissance précoce, elle anticipe les développements possibles et leurs effets sur les individus et la société, et sur la médecine elle-même.

L'ASSM s'investit dans la clarification de questions éthiques liées au développement de la médecine; elle édicte des directives éthiques et s'engage pour qu'elles soient mises en pratique.

L'ASSM entretient le dialogue avec la société: elle est attentive aux préoccupations, aux observations et aux inquiétudes de la population, elle s'implique activement dans la diffusion des informations utiles et se met à la disposition des politiciens et des autorités en tant que consultant ou expert.

*L'ASSM comme partie de la communauté scientifique*

La collaboration de l'ASSM avec les autres académies permet d'additionner les compétences et les synergies pour l'étude de questions et de projets dans les domaines de la reconnaissance précoce, de l'éthique et du dialogue avec la société.

L'ASSM s'engage dans la politique des hautes écoles, de la science et de la formation, dans le cadre des Académies suisses des sciences.

L'ASSM soigne les relations internationales grâce à une collaboration active et en adhérant à diverses organisations internationales.

**SECRÉTARIAT GÉNÉRAL****«Commission d'éthique dirigeante»: un pas en avant**

En 2000, l'ASSM a invité pour la première fois des représentants des commissions d'éthique et de l'Office intercantonal de contrôle des médicaments (OICM) à se rencontrer pour discuter ensemble de sujets d'intérêt commun. Depuis lors, cette rencontre est devenue une institution et le cercle des invités a été peu à peu élargi. Le 27 janvier 2010, une soixantaine de personnes s'étaient rassemblées pour cette rencontre «anniversaire» qui avait réuni des représentants des commissions d'éthique, de Swissmedic, de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), du Fonds National Suisse, de la Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO) et des CTUs, de la SAKK (groupe de travail suisse pour la recherche clinique contre le cancer), de l'ASSM et de l'industrie de la recherche pharmaceutique.

Selon l'usage, un thème principal a été traité en première partie de la journée; il s'agissait cette année de «La coordination des procédures d'évaluation des essais cliniques: Quel peut-être l'apport d'une commission d'éthique dirigeante? Quel ne peut-elle pas apporter?». En introduction, Dr Peter Kleist, directeur médical chez GSK à Münchenbuchsee, a relaté les attentes des chercheurs. Michael Gerber, avocat à l'OFSP, a ensuite présenté les réglementations prévues par la nouvelle loi sur la recherche sur l'être humain dans le contexte de l'évaluation des études multicentriques. Prof. Hans Kummer, ancien président de la commission d'éthique bâloise, a exposé les différentes options existantes dans les pays limitrophes et Prof. Gregor Schubiger, président de l'Association des commissions d'éthique de la recherche (ACER), a présenté le «modèle ACER»; celui-ci prévoit de faire évaluer

les études multicentriques par une commission d'éthique dirigeante – sans toutefois en faire une obligation. En 2010, le modèle sera vérifié et, le cas échéant, adapté.

En deuxième partie, les institutions présentes ont fait part de leurs activités actuelles et de leurs attentes. Les présentations de cette journée peuvent être consultées sur le site internet de l'ASSM (sous «Actualités» en encadré).

Il est prévu que la «rencontre des représentants des institutions des domaines des essais cliniques» devienne une «journée nationale de la recherche clinique»; elle se déroulera comme jusqu'alors le dernier mercredi de janvier et sera organisée conjointement par l'ASSM et la SCTO.

**Fonds KZS: Mise au concours des bourses**

L'ASSM met à disposition des moyens issus de ce fonds 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 2010, la somme de Fr. 250 000.– sera attribuée.

Les candidatures concernant ces aides à la recherche devront être présentées en langue allemande, française ou anglaise. Un montant maximal de Fr. 60 000.– est octroyé par projet.

Les formulaires de demande peuvent être remplis et imprimés sur l'ordinateur ([www.assm.ch](http://www.assm.ch) → recherche).

Date limite d'envoi des demandes: 31 mars 2010

**Le Prix Robert Bing 2010 décerné à Matthew E. Larkum et Thomas Nyffeler**

Selon les dispositions testamentaires de Robert Bing (1878–1956), professeur de neurologie à Bâle, le prix est attribué à des «auteurs de travaux de premier ordre ayant fait progresser la connaissance, le traitement et la guérison des maladies du système nerveux» pour les encourager à poursuivre leurs recherches.

Le prix Robert Bing d'un montant de Fr. 60 000.– est décerné en parts égales à Matthew E. Larkum, chercheur en sciences médicales de base à l'Institut de physiologie de l'université de Berne, et à Thomas Nyffeler, chercheur clinicien à la Clinique neurologique de l'hôpital de l'île à Berne.

Matthew E. Larkum (né en 1967), citoyen anglo-australien, est titulaire d'un bachelors en physiologie de l'université de Sydney; il s'est ensuite établi en Suisse pour préparer une thèse sur le traitement de la signalisation dans les cellules nerveuses de la moëlle épinière. Après avoir passé six ans à l'Institut Max Planck de Heidelberg, il devient professeur boursier FNS à l'Institut de physiologie de l'université de Berne en 2004. Les dendrites des cellules nerveuses dans le néocortex sont au centre de ses recherches; M. Larkum a développé et perfectionné les processus électrophysiologiques et les procédés d'imagerie médicale.

Thomas Nyffeler (né en 1969) a étudié la médecine humaine à Berne; depuis 2007, il est spécialiste en neurologie et médecin chef de service à l'hôpital de l'île à Berne. Ses activités scientifiques concernent essentiellement la recherche dans le domaine de la stimulation magnétique transcrânienne chez des patients victimes de traumatismes crâniens. Grâce à l'application de la forme de stimulation qu'il a développée, il a réussi à influencer positivement les fonctions de vigilance des patients victimes de traumatismes crâniens, ce qui laisse entrevoir de meilleures chances de réhabilitation neurologique.

Le Prix Robert Bing 2010 sera remis dans le cadre de l'assemblée annuelle de la Swiss Society for Neuroscience, le 13 mars 2010 à Lausanne.



Matthew E. Larkum



Thomas Nyffeler

**Attribution de soutien du Fonds Alzheimer et dépression (Fonds A&D)**

En 1997, l'ASSM a bénéficié d'un héritage destiné exclusivement à soutenir des projets de recherche dans le domaine de la maladie d'Alzheimer et de la dépression. En 2009, pour la première fois, des bourses du Fonds A&D ont été mises au concours; 18 demandes (Fr. 1 021 904.– au total) ont été adressées au secrétariat général. Lors de sa réunion du 19 novembre 2009, la commission d'évaluation a minutieusement examiné les demandes et attribué un soutien à cinq de ces projets.

**Irene Knuesel, Institut für Pharmakologie und Toxikologie, Universität Zürich**

Immunomodulation of Reelin-mediated Signaling and its Impact on the Etiology of Sporadic Alzheimer's Disease CHF 40 000.–

**Anna Maria Calella, Institut für Neuropathologie, UniversitätsSpital Zürich**

Role of the Prion Protein in Alzheimer's Disease CHF 20 000.–

**Patrik Vuilleumier, Département Neurosciences, Centre Médical Universitaire, Genève**

Exploration and prediction of mood fluctuations in bipolar affective disorders using longitudinal assessment with functional brain imaging CHF 20 000.–

**Simone Homemann, Institut für Neuropathologie, UniversitätsSpital Zürich**

Understanding the molecular mechanisms of Alzheimer's disease for the development of novel diagnostic and therapeutic strategies CHF 20 000.–

**Edith Holsboer-Trachsler, Abt. für Depressionsforschung, Psychiatrische Universitätsklinik Basel**

Biomarkers and treatment guidance in depression: Endophenotyping from cells, to systems, to behaviour CHF 20 000.–

**Clinical Research Cooperations with Developing Countries**

Depuis 2005, l'ASSM accorde des aides au lancement de projets pilotes dans le domaine de la recherche clinique, en collaboration avec la Fondation Velux, dans le but de promouvoir les partenariats de recherche entre la Suisse et les pays en voie de développement. 14 projets de collaboration avec des pays d'Amérique du Sud, d'Afrique et d'Asie ont été soumis à la commission. Après un examen minutieux, la commission d'experts a décidé de soutenir quatre projets avec Fr. 15 000.– chacun.

**Gulam Musawwir Khan, Bangladesh & Gerd Pluschke, Switzerland (Basel)**

Evaluation of urine based Mediated Isothermal Amplification (LAMP) for rapid and non-invasive diagnosis and post treatment monitoring of Visceral Leishmaniasis in Bangladesh CHF 15 000.–

**Dominique Mupepe/Jean Pierre Fina Lubaki/JR M'Buyamba-Kabangu, DR of Congo & Johannes Blum, Switzerland (Basel)**

Optimised approach for treating arterial hypertension in the DR of Congo CHF 15 000.–

**Mohammad Shafiul Alam, Bangladesh & Ingrid Felger, Switzerland (Basel)**

Allelic diversity in MSP1 and MSP2 gene of Plasmodium falciparum from malaria patients in Bangladesh CHF 15 000.–

**Hassem Ghannem, Tunisia & Slim Slama, Switzerland (Geneva)**

Healthy School Lifestyle Initiative to Prevent Chronic Diseases in Sousse, Tunisia CHF 15 000.–

## L'ASSM s'engage en faveur d'un accès facilité aux publications médicales spécialisées

Malgré le succès de l'initiative «Open Access», la majeure partie de la littérature médicale reste réservée aux abonnés resp. à ceux qui s'acquittent de licences. Dans sa prise de position «La médecine comme science», publiée en 2009, l'ASSM exige que les jeunes médecins puissent être en contact avec la science pendant leur formation postgraduée. Non seulement les médecins des hôpitaux universitaires, mais également ceux des autres hôpitaux ou les praticiens en cabinets privés devraient être en mesure de soigner leurs patients sur la base des données les plus récentes – dans le sens de la «médecine fondée sur les preuves» («evidence-based medicine»). Pour cela, il est indispensable qu'ils aient accès aux principales revues médicales spécialisées et aux banques de données.

Début 2009, la commission des bibliothèques biomédicales de l'ASSM a suggéré d'aborder ce sujet, en procédant à une enquête auprès des hôpitaux non-universitaires en Suisse. Celle-ci a montré que de nombreux hôpitaux n'offraient qu'un accès limité à la littérature scientifique et que cet accès dépendait principalement de la somme investie par les hôpitaux dans les licences. Tous les hôpitaux consultés ont manifesté un intérêt pour une solution au niveau national.

Le 21 janvier 2010, la commission a organisé une journée de réflexion sur le thème de l'«Accès facilité à la littérature médicale spécialisée»; la situation actuelle a été analysée et évaluée et différentes solutions envisageables ont été discutées avec les personnes intéressées. Un médecin, un bibliothécaire et un éditeur ont tout d'abord relaté de quelle manière les médecins pouvaient accéder à la littérature dans les hôpitaux non-universitaires. Les deux intervenants suivants ont exposé de quelle manière les universités et les hôpitaux néerlandais ont abordé la problématique ces dernières années.

### *Un accès rapide et facile est souhaité*

Les participants ont affirmé à l'unanimité que la lecture de la littérature originale est capitale pour les médecins en formation postgraduée. L'accès à la littérature scientifique représente souvent une impasse pour les médecins, notamment dans les petits et moyens hôpitaux. Sachant que ces hôpitaux regroupent 3000 des 9000 postes de formation postgraduée en Suisse, il est urgent de prendre les mesures nécessaires. De nos jours, la littérature scientifique doit être accessible sans grand effort et si possible sous forme électronique depuis son poste de travail; les médecins n'ont aujourd'hui plus assez de temps pour se rendre à la bibliothèque. Les bibliothécaires connaissent néanmoins l'ampleur du travail que représente la gestion d'une bibliothèque électronique: la négociation des contrats de licences, la mise à jour des banques de données électroniques



Il existe d'ores et déjà des portails en ligne payants qui donnent accès à la littérature scientifique.

et l'assurance d'un soutien technique pour les utilisateurs. De nombreuses bibliothèques de petits hôpitaux ne peuvent pas se permettre un tel investissement. La conclusion de contrats de consortium et la mise en réseau d'hôpitaux indépendants représentent des solutions que certains hôpitaux ont déjà adoptées. Ainsi, par exemple, Swissconsortium, un centre de compétences «Not-for-Profit», propose de gérer, à partir de la bibliothèque de l'hôpital de Soleure, une e-bibliothèque professionnelle pour d'autres hôpitaux; cette prestation comprend des solutions pour le traitement électronique des données, des négociations de licences et le soutien des clients.

Les conditions de licence des éditeurs représentent également un problème auquel le Consortium des bibliothèques suisses des hautes écoles est constamment confronté. Ainsi, la plupart des maisons d'édition ne proposent pas leurs revues en abonnements individuels, mais seulement en lots comprenant plusieurs titres. Le prix par revue est alors inférieur, mais souvent la plupart des titres compris dans le lot ne sont pas lus et les prix des lots sont élevés.

### *«Please enter username and password»*

Si les maisons d'édition sont en principe favorables à un meilleur accès aux revues électroniques, en revanche, elles ne cachent pas qu'elles sont orientées vers le gain et que le commerce de la littérature scientifique doit être rentable. Les médecins ont, de leur côté, signalé leur incompréhension de devoir payer cher l'accès aux données de la recherche, alors

qu'eux-mêmes génèrent ces données grâce à leurs recherches. En outre, les publications coûtent aux chercheurs plusieurs centaines, voire même milliers de francs par publication. Le Fonds National Suisse considère l'initiative «Open Access» comme la meilleure des solutions pour un accès équitable à la littérature scientifique; à l'avenir, les fonds destinés aux projets devraient contribuer à couvrir les frais de publication dans un journal «Open Access» pour que la communauté scientifique puisse bénéficier d'un accès gratuit à ces données.

### *Les besoins doivent être coordonnés et négociés*

Il faudra encore un certain temps pour en arriver là. Deux modèles se sont imposés aux Pays-Bas ces dernières années: d'une part, les bibliothèques universitaires proposent aux petits hôpitaux de participer à leurs licences et, d'autre part, un réseau hospitalier négocie avec les maisons d'édition une liste individuelle de journaux en fonction des besoins des différents hôpitaux. Si chacune de ces solutions exige des compromis, les deux modèles sont financièrement rentables – selon la taille des hôpitaux affiliés.

Une solution possible pour la Suisse serait la création d'une assemblée intermédiaire chargée de coordonner les besoins des hôpitaux en publications scientifiques sur le plan national et de négocier avec les maisons d'édition des contrats. Ce modèle pourrait être encouragé par des subventions ciblées de la part de la Confédération, mais aussi des hôpitaux.

La commission des bibliothèques biomédicales de l'ASSM poursuivra les discussions sur ce sujet à sa prochaine réunion.

# L'ASSM dit OUI à l'article constitutionnel relatif à la recherche sur l'être humain

Le nouvel article constitutionnel 118b relatif à la recherche sur l'être humain, sur lequel la population se prononcera le 7 mars 2010, pose les bases nécessaires à la mise en place de dispositions valables pour toute la Suisse. Il protège la dignité et la personnalité des sujets de recherche. Les institutions de recherche suisses – parmi elles les Académies suisses des sciences – sont favorables à cet article constitutionnel. C'est la raison pour laquelle elles ont formé le comité scientifique «Oui à la recherche sur l'être humain». Il se compose pour l'heure d'environ soixante représentants des hautes écoles, du monde médical et des commissions d'éthique.

## Dialogue avec la société

La législation suisse actuelle en matière de recherche sur l'être humain est lacunaire et hétérogène. L'article constitutionnel y remédie. Il reconnaît l'importance de la recherche pour la société et fixe en outre des conditions-cadres transparentes pour les projets de recherche impliquant des êtres humains. Il favorise ainsi un dialogue ouvert entre science et société, condition préliminaire nécessaire pour diminuer les craintes et les doutes de la population envers les projets de recherche impliquant des êtres humains.

## L'éthique fixe des limites

Le monde scientifique suisse salue cette base légale solide en faveur d'un usage responsable de la liberté de la recherche. En effet, avec l'article constitutionnel, celle-ci s'arrête là où elle touche à la dignité et à la personnalité de l'être humain. La protection de la dignité humaine prime ainsi toujours sur la liberté de la recherche. «Certes, l'article constitutionnel fixe certaines limites à la liberté de la recherche, mais il renforce grâce à elles la confiance de la population vis-à-vis des chercheurs. Par conséquent, cette nouvelle réglementation profite à la place scientifique suisse», déclare le professeur Peter Suter, président des Académies suisses des sciences et coprésident du comité scientifique.

Un OUI clair en faveur du nouvel article constitutionnel ne contribue pas seulement à maintenir des institutions de recherche performantes et à préserver leurs places de travail. Il permet également, dans le domaine médical en particulier, de progresser afin de mieux comprendre les maladies et de développer de meilleures méthodes de traitement. La population suisse pourra ainsi continuer à disposer d'un bon système de santé, tourné vers le progrès.



### 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 3300 exemplaires (2400 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 Hermann Amstad,  
Secrétaire général

#### Collaboration:

lic. iur. Michelle Salathé,  
Secrétaire générale adj.  
Dr Katrin Kuehnle,  
Collaboratrice scientifique

#### Présentation:

vista point, Bâle

#### Imprimé par:

Schwabe, MuttENZ

ISSN 1662-6036



Membre des  
Académies suisses des  
sciences