

2 | 10

La Loi sur la transplantation:
des «problèmes cliniques» lors
de l'application 1

Programme pluriannuel 2012–2016
de l'ASSM 5

Rencontre des boursiers du
programme national MD-PhD 5

Annonce «Prix de Quervain» 5

Soutien de la recherche en médecine
de premier recours 6

Nouvelle sous-commission
«Médecine intensive» 6

Biobanques: Modèles de
«Consentement général» et de
règlement 7

Mise au concours du
«Prix Média 2010» 7

A l'occasion du 70^{ème} anniversaire
du Prof. Peter Suter 8



Chacun d'entre nous peut un jour devenir donneur ou receveur d'organes.

La Loi sur la transplantation: des «problèmes cliniques» lors de l'application

Sujet délicat, la médecine de transplantation le reste, même après l'instauration de la Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules en juillet 2007. Le processus de transplantation est d'une grande complexité. Dès lors, si la fixation de limites légales constituait une étape importante et nécessaire, la nouvelle loi n'a pas apporté que la clarté. Dans l'article suivant, Dr Bruno Regli, médecin adjoint à l'Hôpital de l'Île à Berne, le Prof. Jürg Steiger, médecin-chef à l'Hôpital universitaire de Bâle, et lic. iur. Michelle Salathé, secrétaire générale adjointe de l'ASSM, attirent l'attention sur le fait que l'interprétation des prescriptions légales – telles que les «mesures médicales préliminaires» pour un don d'organes – est extrêmement difficile et qu'elle représente un grand défi pour le personnel hospitalier impliqué.

La transplantation d'organes est, aujourd'hui en Suisse, une méthode de traitement couronnée de succès et bien établie qui peut sauver des vies ou améliorer nettement la qualité de vie et économiser les coûts. Elle serait impossible sans la disposition au don d'organes, or le nombre d'organes disponibles pour les transplantations est toujours insuffisant. Depuis le 1^{er} juillet 2007, les conditions juridiques pour les transplantations d'organes sont définies au niveau suisse par la Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Loi sur la transplantation). Pour définir le critère du décès, la loi se fonde sur le concept de «mort cérébrale», selon lequel

une personne est décédée lorsque l'ensemble des fonctions du cerveau, y compris du tronc cérébral, a subi un arrêt irréversible. Pour diagnostiquer la mort, l'ordonnance concernant la Loi sur la transplantation renvoie aux directives de l'ASSM – «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes» – actuellement en cours de révision. La Loi sur la transplantation fixe également les conditions dans lesquelles des organes peuvent être utilisés à des fins de transplantation (cf. encadré: «Cadre juridique»).



Prof. Peter M. Suter,
Président

La loi sur la transplantation peut être améliorée

Voici près de trois ans qu'est entrée en vigueur la loi sur la transplantation qui fixe les principales conditions dans ce domaine en Suisse. La plupart des dispositions définies dans ce texte ont fait leurs preuves. Il reste toutefois quelques points qui méritent d'être revus, car ils ne satisfont que de manière insuffisante aux buts fixés. Ceux-ci concernent d'une part la promotion de la médecine de transplantation en général, et d'autre part les intérêts et les droits des receveurs ainsi que le respect des donneurs et de leurs souhaits. Il me semble, par exemple, évident que, du côté du donneur comme de celui de ses pro-

ches, la disposition au don d'organes suppose que ces organes puissent être prélevés et transplantés dans le meilleur état possible. Qu'il soit nécessaire de prendre des mesures préliminaires pour garantir, par exemple, une perfusion et un apport d'oxygène suffisants de ces organes, est incontesté du point de vue médical. Que ces mesures doivent être exécutées dans le respect absolu de la dignité et de l'intégrité du donneur est incontournable. Une loi qui interdit de réaliser des actes médicaux indiqués pour le bien du receveur seulement parce qu'ils ne contribuent pas à la thérapie du donneur, peut être considérée comme éthiquement discutable. Ou est-il envisageable qu'une personne (ou ses proches) se déclare prête à donner des organes et en même temps, refuse des examens sanguins préliminaires ou un apport suffisant d'oxygène (par une respiration assistée par exemple)? La loi doit garantir le respect des vœux du donneur – la mise à disposition d'organes qui rempliront leur fonction chez le patient qui les recevra – et promouvoir la qualité de la médecine de transplantation. Comparé à nos voisins européens, la proportion des donneurs d'organes n'est pas très élevée dans notre pays. Cette situation ne peut être améliorée qu'en sensibilisant conti-

nuellement la population et en soutenant ces activités au sein des hôpitaux; et, pour cela, la contribution de chacun est indispensable – médecins, soignants, mais aussi directions d'hôpitaux et milieux politiques. Il me semble particulièrement important que les spécialistes qui participent à la prise en charge des patients concernés et de leurs familles – par ex. les médecins de premier recours, les neurochirurgiens, les neurologues, les urgentistes et les intensivistes – adoptent eux aussi une position claire. La confiance de la population en une médecine de transplantation bien fondée du point de vue éthique et efficace du point de vue médical et notamment la certitude des proches que tout ce qui est médicalement possible a été réalisé, constituent la base de l'acceptation du don d'organes. Un cadre juridique rigoureux qui protège et soutient inconditionnellement toutes les personnes concernées – les donneurs comme les receveurs d'organes – est également indispensable. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire d'améliorer le cadre légal – donc de réviser la loi sur la transplantation. L'ASSM a élaboré une prise de position à ce sujet.

Cadre juridique

La Loi sur la transplantation fixe les conditions dans lesquelles des organes peuvent être utilisés à des fins de transplantation. Le modèle dit du consentement au sens large est applicable, conformément à l'article 8 de la loi: En l'absence de tout document attestant le consentement ou le refus du donneur décédé, il est demandé aux proches s'ils ont connaissance d'une déclaration de don de la personne décédée. Si les proches n'ont pas connaissance d'une telle déclaration, un prélèvement d'organes ne peut être effectué après le constat de mort cérébrale que s'ils y consentent. En prenant leur décision, les proches doivent respecter la volonté présumée de la personne décédée. Conformément à l'article 10 de la Loi sur la transplantation, les mesures médicales dites «préliminaires» qui ont pour but exclusif la conservation des organes ne peuvent être prises avant le décès que si le donneur éclairé y a librement consenti. Elles sont en tout cas interdites lorsqu'elles accélèrent la survenance du décès du patient ou qu'elles peuvent le faire tomber dans un état végétatif durable. Après le décès, de telles mesures peuvent être prises en attendant que la décision des proches soit connue, mais tout au plus pendant 72 heures.

Conformément à ses buts, la Loi consigne les objectifs suivants:

- contribuer à ce que des organes soient disponibles à des fins de transplantation;
- prévenir toute utilisation abusive d'organes;
- assurer aussi bien la protection du donneur que celle du receveur.

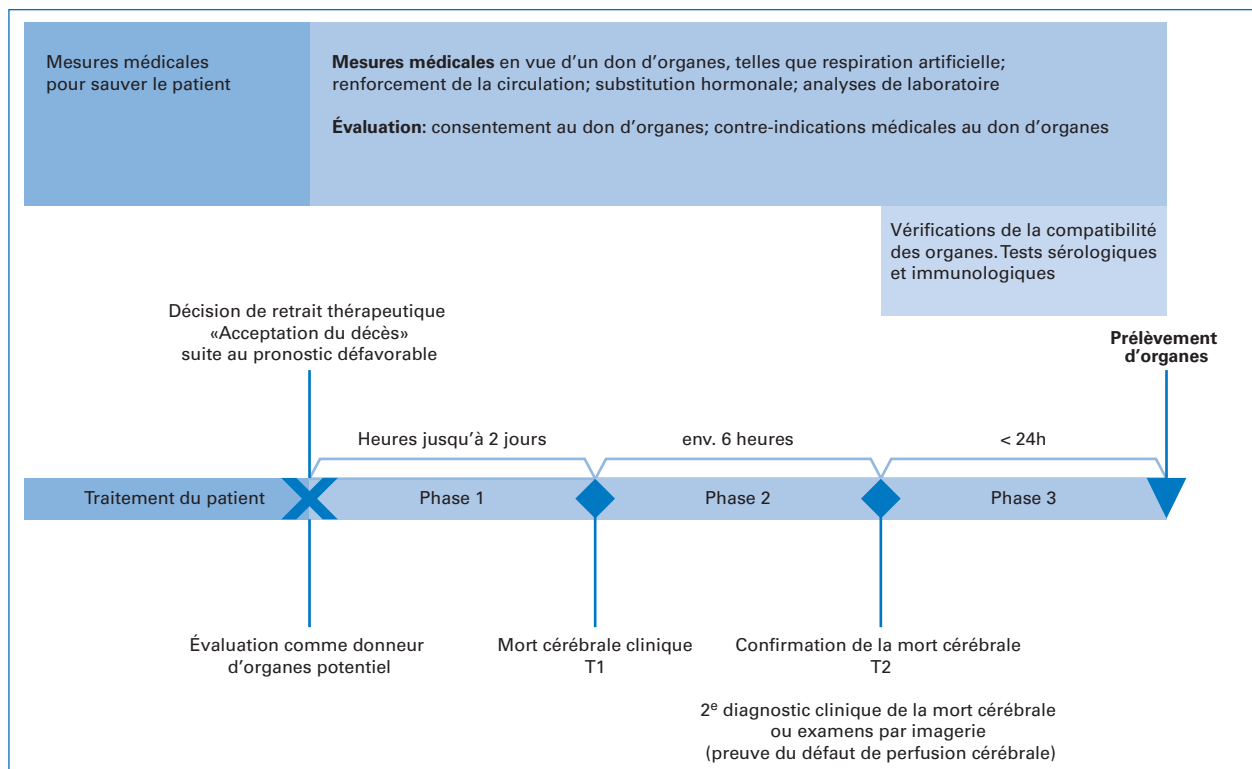
La concrétisation pratique de ces exigences impose des évaluations difficiles (en particulier pour les intensivistes impliqués) au cours desquelles les prescriptions léga-

les ne constituent pas une aide importante, mais viennent compliquer les choses (cf. encadré: Proposition de l'ASSM concernant la révision de la Loi sur la transplantation).

Dans le domaine des urgences et de la médecine intensive, la plupart des patients meurent à la suite d'une limitation ou d'un retrait thérapeutique

La médecine intensive dispose aujourd'hui de moyens techniques et de médicaments permettant même à un patient mourant de survivre un certain temps. Une discussion doit par conséquent avoir lieu avant la mort cérébrale: Quand les limitations thérapeutiques sont-elles appropriées dans l'intérêt du patient et à quel moment les mesures de réanimation doivent-elles être abandonnées? Une étude américaine réalisée dans les années 90 montrait que 70% des patients environ mouraient à la suite d'une thérapie limitée ou d'un retrait thérapeutique [1]. Une étude européenne incluant la Suisse et publiée en 2003 parvenait à un résultat comparable [2]. Si les patients mourants étaient dans tous les cas soignés aussi longtemps que possible, la médecine intensive ne pourrait plus assumer sa véritable mission: dispenser des soins permettant de surmonter des états mettant momentanément la vie en danger. Par ailleurs, le nombre de lits disponibles serait insuffisant dans les services de soins intensifs.

Cette «acceptation du décès» n'équivaut pas à un arrêt de l'ensemble des mesures de réanimation. Si une transplantation d'organes est envisagée, les fonctions de certains organes doivent être soutenues ou assumées à l'aide d'appareils et/ou de médicaments et des mesu-



res prises, afin de maintenir la fonction des organes à transplanter dans le meilleur état possible jusqu'au prélèvement (mesures dites préliminaires resp. visant temporairement à préserver les organes). L'estimation de leur opportunité exige des mesures diagnostiques supplémentaires pour évaluer précocement la qualification médicale du patient comme donneur d'organes. Il faut par ailleurs, clarifier si ce dernier a bien accordé un consentement au don.

Du diagnostic de la mort cérébrale au prélèvement d'organes, le processus se déroule en plusieurs phases

Chaque patient mourant – aux urgences ou dans un service de soins intensifs – est a priori considéré comme un donneur d'organes potentiel. Il faut clarifier, avant la mort cérébrale, si les organes d'un patient sont disponibles pour une transplantation, ce qui suppose un processus à plusieurs phases (cf. schéma):

La phase 1 débute avec la décision «d'accepter le décès» du patient (ou le retrait thérapeutique) et s'achève avec le premier diagnostic clinique de la mort cérébrale (T1); à l'Hôpital de l'Île, elle peut par ex. durer entre quelques heures et 48 heures au plus. Si la mort cérébrale n'a pas eu lieu d'ici là, toutes les thérapies de soutien sont arrêtées par égard pour le patient, les proches et l'équipe soignante et pour des raisons de ressources. Cette phase peut être omise si un patient passe en état de mort cérébrale en pleine thérapie.

La phase 2 va du premier diagnostic clinique de la mort cérébrale (T1) à sa confirmation (T2) et peut durer plusieurs heures à plusieurs jours, en fonction de la situation clinique.

La phase 3 débute après la confirmation de la mort cérébrale (T2) et s'achève avec le prélèvement d'organes. Habituellement de 24 heures, sa durée est influencée par la disponibilité des résultats sérologiques et immunologiques des tests (typage), les vérifications quant à l'appétitude des organes, les facteurs logistiques ainsi que la rapidité de l'allocation d'organes par Swisstransplant. La phase située entre le diagnostic de la mort cérébrale (T1) et sa confirmation (T2) est la plus critique en ce qui concerne l'hémostase. La mort cérébrale produit des troubles physiologiques et structurels graves [3] et provoque des altérations devenant rapidement instables (au niveau cardio-circulatoire, des échanges gazeux et éventuellement de la coagulation), de l'hypothermie ainsi que des modifications des substances minérales dans le sang. Le processus prescrit du diagnostic de la mort cérébrale et la collecte d'organes sont impossibles à réaliser sans mesures médicales correspondantes: respiration, correction des troubles cardio-circulatoires et des décalages au niveau minéral (ces derniers exigeant également des examens de laboratoire ciblés).

Des tensions dans la pratique

La Loi sur la transplantation part du principe implicite qu'un patient sera soigné «de manière thérapeutique» jusqu'au diagnostic (légal) de la mort. Or la décision d'interrompre ou de limiter la thérapie est prise, dans la plupart des cas et comme cela vient d'être décrit, avant le décès du patient. Conformément à la Loi sur la transplantation, les mesures alors nécessaires pour un don possible d'organes ne sont autorisées qu'avec le consentement explicite du patient (cf. encadré: «Cadre juridique»). Les médecins se trouvent ainsi placés devant un dilemme: peut-on continuer à soigner provisoirement le patient «de manière thérapeutique», en vue d'un don possible d'organes? Ou bien le médecin doit-il renoncer à ces mesures et être prêt à accepter que, dans la plupart

des cas, un don devienne impossible, même s'il devait ultérieurement s'avérer que le patient disposait d'une carte de donneur ou qu'il avait exprimé à ses proches sa volonté de don?

Le consentement explicite du patient pour le prélèvement d'organes (carte de donneur) est exceptionnel. Au cours de l'enquête suisse de 2007 consacrée à la transplantation, seuls 12 % de la population déclaraient disposer d'une carte de donneur [4]. Or même si celle-ci documente la volonté de faire un don, le consentement qu'elle entraînerait face aux mesures dites préliminaires reste controversé au niveau juridique. Une information nuancée dans ce sens fait jusqu'ici défaut, au niveau du public, et également dans le corps médical. Même en présence d'un consentement explicite à ces mesures, certaines décisions doivent être prises le plus rapidement possible, bien souvent avant de pouvoir préciser la volonté du patient. Les intensivistes peuvent par exemple

Proposition de l'ASSM concernant la révision de la Loi sur la transplantation

La Loi sur la transplantation doit contribuer à ce que des organes soient disponibles à des fins de transplantation; elle a pour but de prévenir toute utilisation abusive d'organes et d'assurer la protection du donneur et du receveur (but, article 1). Il s'en suit un ensemble de tensions, générées par les différents intérêts en jeu. Si le législateur a essayé de tenir compte de ces exigences avec la réglementation désormais en vigueur, la mise en pratique pose quelques problèmes, en lien direct avec la loi.

Dans de nombreuses situations, la législation actuelle, telle qu'elle est définie dans la loi sur la transplantation, n'autorise pas le prélèvement d'organes; en effet, selon cette loi, les mesures nécessaires à un don d'organes ne peuvent être introduites qu'avec le consentement formel du défunt. Ce n'est cependant que très rarement qu'un consentement a été établi au préalable. Le seul recours dans un tel cas peut être de poursuivre temporairement le traitement du patient malgré l'absence d'indication médicale (ce que l'on appelle un «traitement futile»). Il va de soi que, d'un point de vue éthique, ces situations sont extrêmement délicates. Également, les médecins impliqués sont confrontés à un dilemme. Mais la loi soulève encore un autre problème: ce n'est qu'après le décès du patient que les médecins peuvent clarifier sa volonté (présumée) quant à un éventuel don d'organes.

Pour ces raisons, l'ASSM propose la révision suivante de la loi sur la transplantation:

1. La volonté du donneur – quant à un éventuel don d'organes – doit pouvoir être clarifiée avant sa mort (article 8).
2. Les mesures temporaires et les mesures diagnostiques nécessaires en vue d'un don d'organes doivent être autorisées sous des conditions strictement réglementées. Au lieu d'évoquer dans l'article 10 des «mesures médicales préliminaires», il serait plus judicieux de parler de mesures visant à conserver temporairement les organes ainsi que de mesures diagnostiques.

se retrouver dans une situation d'urgence lorsque le patient devient instable; c'est pourquoi les examens longs devraient être entrepris le plus rapidement possible afin de gagner du temps. Dans ces cas-là, l'intensiviste responsable doit, soit être prêt à risquer un conflit avec l'article 10, al. 1 de la Loi sur la transplantation, soit accepter – suite à un retard des examens – de nuire aux intérêts d'un receveur potentiel et, selon les circonstances, de ne pas tenir compte de la volonté du patient mourant qui souhaitait mettre ses organes à disposition en vue d'une transplantation.

Un autre type de dilemme se pose à l'intensiviste qui souhaiterait prendre en charge un donneur d'organes mourant «uniquement potentiel», compliquant ainsi l'admission d'un autre patient ou la rendant même impossible suite à la pénurie de ressources. Il est donc d'autant plus important de pouvoir confronter les proches au don d'organe avant le décès du patient mourant.

La nouvelle Loi sur la transplantation a fixé des limites et son application pratique reste un grand défi. Dans bien des domaines, les médecins impliqués circulent sur un sentier étroit, à moins qu'ils ne s'en éloignent déjà?

Dr Bruno Regli, Berne

Prof. Jürg Steiger, Bâle

lic. iur. Michelle Salathé, Bâle



Bruno Regli est médecin-chef adjoint à la clinique universitaire de médecine intensive à l'hôpital de l'île à Berne et membre de la sous-commission chargée de réviser les directives de l'ASSM concernant le «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes».



Jürg Steiger dirige la clinique d'immunologie de transplantation et de néphrologie à l'hôpital universitaire de Bâle. Il dirige, avec lic. théol. Settimio Monteverde, la sous-commission chargée de réviser les directives mentionnées.



Michelle Salathé est secrétaire générale adjointe de l'ASSM et responsable du domaine de l'éthique.

Littérature

- 1 Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158(4): 1163–7
- 2 Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M et al. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units-The Ethicus Study. *JAMA*, 2003; 290(6): 7907
- 3 Pratschke J, Wilhelm MJ, Kusaka M, Basker M, Cooper DK, Hancock WW et al. Brain death and its influence on donor organ quality and outcome after transplantation. *Transplantation* 1999; 67(3): 343–8
- 4 www.transplantinfo.ch

Programme pluriannuel 2012–2016 de l'ASSM

Mi-mars, les Académies suisses des sciences ont déposé leur programme pluriannuel commun 2012–16 auprès du Secrétariat d'Etat à l'éducation et la recherche (SER). En accord avec les autres académies, chaque académie a élaboré elle-même la partie la concernant.

Le système de la santé et, ainsi, la médecine se trouvent depuis un certain temps au centre des intérêts politiques. Cette situation simplifie la tâche de l'ASSM, tout en la rendant plus complexe. Ses publications suscitent d'une part presque automatiquement un vif écho ou intérêt médiatique; le risque existe d'autre part de voir certaines parties prenantes tenter d'instrumentaliser l'ASSM pour leurs objectifs. Celle-ci est parvenue jusqu'ici à résister à cette pression, dans la mesure où elle se considère moins comme la représentante d'intérêts et davantage comme un groupe de réflexion. L'élaboration d'un programme pluriannuel permet en plus de réaliser à chaque fois un état des lieux.

Dans le cadre d'une analyse stratégique, le comité directeur a notamment qualifié d'influence sociale majeure, l'économicisation croissante de la médecine – accompagnée par la pression sur les résultats, la légitimation et les coûts. Parmi les facteurs qui, au sein de la

médecine, revêtent une importance particulière pour le comité, il faut mentionner la médecine fragmentée (c.-à-d. le degré de spécialisation élevé), la féminisation de la médecine, l'accroissement des maladies chroniques, la qualité insuffisante de la recherche clinique ainsi que les contextes culturels variés des patients et des fournisseurs de prestations.

Face à cette situation, l'ASSM désigne cinq priorités dans le cadre du programme pluriannuel 2012–2016:

- la promotion de la recherche;
- les nouvelles tendances en médecine;
- les défis et limites de la médecine;
- les changements au sein du système de la santé;
- la promotion de la relève.

De nombreux projets sont ébauchés pour chacune de ces priorités. En ce qui concerne la «promotion de la recherche», il faut citer, entre autres: l'application de la prise de position «La médecine comme science», l'évolution raisonnable et responsable de la recherche clinique hautement spécialisée, le renforcement de la recherche translationnelle ainsi que l'établissement de la Swiss Clinical Trial Organisation comme organisme central stratégique pour la recherche clinique en Suisse.

Parmi les «nouvelles tendances en médecine» qu'il s'agit de suivre, le programme pluriannuel nomme la «médecine personnalisée», la nanomédecine et la médecine d'amélioration, particulièrement concernée par un accompagnement surtout critique.

«L'économicisation de la médecine» déjà mentionnée fait partie des «défis et limites de la médecine» qui intéresseront l'ASSM dans les années à venir. Elle examinera en même temps le concept de «médecine durable». L'élaboration de nouvelles directives ou la révision de directives existantes restera évidemment une mission importante de l'ASSM pendant la nouvelle période pluriannuelle.

On attend de l'ASSM qu'elle se prononce sur les actuels «changements au sein du système de la santé». Dans ce domaine, les projets concernent la Health Care Workforce (c.-à-d. le nombre et le profil des différents professionnels de la santé), la «qualité des soins et la sécurité des patients» ainsi que la promotion de la recherche sur les soins. L'encouragement de la relève, auquel l'ASSM continuera d'accorder une grande importance à l'avenir, appartient également – au moins partiellement – à ce domaine.

PROMOTION DE LA RECHERCHE

Rencontre des boursiers du programme national MD-PhD

Le sixième «Scientific Meeting» du programme national MD-PhD organisé par l'ASSM s'est déroulé à Thoun du 14 au 16 mars 2010. Plus de 30 jeunes médecins intéressés par la recherche et bénéficiant actuellement d'une bourse du programme national MD-PhD y ont présenté les résultats de leurs recherches. Les présidents des commissions MD-PhD locales ainsi que les Proff. Peter Meier-Abt, vice-président de l'ASSM, et Primus Mullis, président du programme national MD-PhD, ont assisté aux différents meetings. Avec leurs «Key Note Lectures», les Proff. Matthew E. Larkum de Berne, Burkhard Becher de Zurich et Catherine Brisken de Lausanne ont fait part avec un professionnalisme remarquable de leurs expériences dans les domaines des neurosciences, de l'immunologie et de la recherche contre le cancer.

Des anciens boursiers du programme national étaient également présents et ont pu s'entretenir de leur cursus après le MD-PhD avec les actuels boursiers. Dr Aysim Yilmaz, responsable de la division III du Fonds National, a présenté différentes possibilités de promotion après l'achèvement du programme. Dr Yara Banz et Dr Laurence Feldmeyer, présidente et vice-présidente de la Swiss MD-PhD Association (SMPA) ont présenté leur association qui compte déjà 130 membres et s'engage pour la promotion de l'échange d'informations et d'expériences.

Les boursiers du programme national MD-PhD, au premier plan: Prof. Primus Mullis



Tous les deux ans, les boursiers du programme national MD-PhD se réunissent, non seulement dans le but d'un échange entre scientifiques, mais également pour réfléchir aux contenus à caractère interdisciplinaire et transdisciplinaire. Et bien sûr, aussi pour faire la connaissance de leurs collègues du programme national et échanger leurs idées sur les hauts et les bas de leur vie de chercheurs.

Annnonce «Prix de Quervain»

La Commission suisse pour la recherche polaire et de haute altitude CSPH se donne pour mission de promouvoir de jeunes chercheurs prometteurs dans ce domaine. Dans cette perspective, chaque année, elle met au concours

le «Prix de Quervain» destiné à encourager la relève scientifique, en alternance pour la recherche polaire et la recherche de haute altitude. L'occasion est offerte aux lauréats de présenter à un public interdisciplinaire les résultats de leurs travaux primés dans le cadre d'un symposium public en présence de conférenciers de renom.

Le Prix de Quervain 2010 est mis au concours dans le domaine de la recherche médicale en haute montagne ou dans les régions polaires; le symposium se déroulera lors d'une soirée en novembre 2010 au Musée alpin suisse à Berne.

Vous trouvez de plus amples informations sous www.samw.ch → Appel d'offres.

Soutien de la recherche en médecine de premier recours

Depuis plus de 20 ans, l'ASSM encourage la recherche en médecine de premier recours, d'une part en soutenant financièrement des projets de recherche et, d'autre part, en attribuant des subsides à des jeunes chercheurs de profil 2. Chaque année, CHF 200 000.– sont mis à disposition à cet effet. C'est la commission «Recherche et réalisations en médecine appliquée» (RRMA) qui est chargée de l'attribution des fonds; elle se réunit deux fois par an sous la direction du Prof. Alain Pécoud de Lausanne.

Lors de sa séance du 21 avril 2010, la commission a approuvé les projets suivants:

Dr. Paul Sebo, Genève

Variabilité et erreur de mesure de la tension artérielle et des mesures anthropométriques en médecine de premier recours à Genève: une étude randomisée contrôlée 15 000 CHF

Dr. Klaus Bally, Basel

Gründe für das Absetzen von sekundär prophylaktisch wirksamen Medikamenten nach Myokardinfarkt in der ambulanten Praxis 40 000 CHF

Dr. Louis Litschgi, Basel

Vom Stellenwert des Narrativen in der allgemeinen Medizin und in der individuellen Gesprächsführung des Arztes 5 000 CHF

Dr. Markus Gnädinger, Steinach

Parkinson und Osteoporose 5 000 CHF

Le prochain délai pour le dépôt des demandes est le 1^{er} septembre 2010. Les critères de sélection des candidats peuvent être consultés et les formulaires de demandes téléchargés sur le site de l'ASSM (www.samw.ch → Recherche → RRMA).



Prof. Reto Stocker, Zurich

Nouvelle sous-commission «Médecine intensive»

La Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM a constitué une nouvelle sous-commission chargée de réviser les directives «Problèmes éthiques aux soins intensifs». Celles-ci avaient été publiées en 1999; leur révision s'avère donc indispensable. Les directives actuelles – toujours en vigueur – datent d'une époque bien plus marquée par la peur de l'acharnement thérapeutique que par les problèmes de rationnement, de DRG etc. Par ailleurs, la révision actuelle des directives concernant le diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes constitue une raison supplémentaire de réactualiser les directives concernant la médecine intensive. Les processus d'évaluation liés aux dons d'organes potentiels sont directement influencés par des questions centrales de la médecine intensive: ainsi, par exemple, les questions relatives à l'interruption ou à la poursuite des mesures de soins intensifs (débat sur la futilité). Ces processus devraient être compatibles dans les deux directives.

AGENDA

Vendredi, 11 juin 2010

Symposium «La médecine pour qui? La prise en charge médicale entre les besoins des patients et les dynamiques d'une médecine orientée vers le marché»

La Commission Nationale d'Éthique (CNE-NEK) et l'ASSM organisent un nouveau symposium dans le cycle de conférences consacré à l'«Economicisation de la médecine». Le symposium de cette année sera principalement axé sur la garantie de la prise en charge médicale face à une médecine de plus en plus orientée vers le marché. Les aspects de l'équité et de la sécurité de la prise en charge seront au coeur des débats, notamment dans les domaines où les patientes et patients particulièrement vulnérables sont tributaires d'une bonne prise en charge. En même temps, les conséquences sur l'éthique professionnelle et l'identité professionnelle du personnel médical seront envisagées et les marges de manoeuvre possibles au niveau politique seront évoquées. Information et inscription sous: www.samw.ch

Vendredi, 19 novembre 2010, Berne

Journée de réflexion «Dépistage néonatal: Evolution technique. Santé publique et autonomie parentale»

Le dépistage néonatal s'inscrit déjà dans une longue tradition et son efficacité n'est plus à prouver lorsqu'il s'agit de maladies qu'il est possible de traiter et/ou de conséquences pouvant être évitées grâce à un traitement précoce. Mais les nouveaux tests (génétiques) permettent aussi de dépister de plus en plus de maladies pour lesquelles il n'existe pas encore de traitement établi. Les questions suivantes seront abordées lors du forum: Quelles sont les conditions cadres et les processus décisionnels pertinents lors de l'introduction de nouveaux screenings? De quelle façon les centres peuvent-ils informer sur les screenings?

Vendredi, 3 décembre 2010, Berne

Journée de réflexion «L'évaluation de la capacité de discernement dans le déroulement de projets de recherche»

Le Parlement débatera prochainement du projet de la nouvelle loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain. L'un des points les plus controversés dans ce projet de loi concerne les études incluant des personnes particulièrement vulnérables. Un élément décisif pour la participation d'un patient à un projet de recherche est sa capacité ou son incapacité de discernement; celle-ci est également le principal critère qui permettra de définir les exigences requises pour le déroulement du projet. Toutefois, l'évaluation de la capacité de discernement n'est pas toujours évidente; des examens approfondis peuvent se révéler nécessaires, notamment lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adolescents, de personnes atteintes de maladies psychiques ou de déficits cognitifs et de patients en situations d'urgence. Ces aspects seront discutés sous différents points de vue (juridique, philosophique, médical, psychologique, etc.) lors de ce forum. Cette manifestation s'adresse en priorité aux chercheurs, membres de commissions d'éthique, législateurs, organes de surveillance ainsi qu'à toute autre personne intéressée.

Membres de la sous-commission
Prof. Reto Stocker, Zurich (Président)
Prof. Michel Berner, Genève
Dr Isabelle Binet, St. Gall
Dr Ulrich Bürgi, Aarau
Prof. Johannes Fischer, Zurich
Valérie Gardaz, Genève
Dr méd. MHA Daniel Grob, Zurich
Dr Christian Kätterer, Bâle
Prof. Bara Ricou, Genève
Prof. Christian Kind, ASSM, St. Gall
lic. iur. Michelle Salathé, ASSM, Bâle
Dr Philipp Weiss, Bâle
PD Dr Stefan Wildi, Zurich

Biobanques: Modèles de «Consentement général» et de règlement

Les directives médico-éthiques de l'ASSM «Biobanques» ont été adoptées en 2005. Ces directives stipulent que des échantillons ne peuvent être prélevés, conservés et utilisés pour la recherche qu'avec le consentement du donneur. Mais elles proposent également la possibilité de rechercher un tel consentement valable pour la réutilisation des échantillons et données pour des projets de recherche futurs non encore définis (ledit consentement général). Ainsi, les donneurs ne seront pas inutile-

ment accablés par des demandes répétées et les projets de recherche compliqués par des procédures de consentement compliquées. Toutefois, pour qu'un consentement général soit valable, les conditions suivantes doivent être remplies:

- les donneurs ont librement consenti à une utilisation ultérieure après avoir bénéficié d'une information suffisante;
- les donneurs savent qu'ils peuvent révoquer leur consentement à tout moment;
- les donneurs savent que la biobanque qui conserve leurs échantillons (et données) observe des règles et que celles-ci sont consignées dans un règlement (cf. spécimen de règlement pour l'organisation d'une biobanque);
- les donneurs savent que la protection des données est garantie, c'est-à-dire que leurs échantillons et données ne seront transmis à des tiers que sous forme anonymisée, réversible ou irréversible.
- les donneurs savent que la commission d'éthique compétente examine le projet de recherche concret;

Dans ses articles 31 et 32, le projet de loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain prévoit explicitement la possibilité de réutiliser le matériel biologique à des fins de recherche. Un groupe de travail, constitué par la Fondation biobank-suisse, l'ASSM, le commissaire à la protection des données des cantons de Zurich et de Bâle-Ville, s'est penché sur ce thème et a élaboré des modèles pour l'application du consentement général. Elle recommande aux hôpitaux d'expliquer dès aujourd'hui aux patients que les échantillons prélevés à des fins thérapeutiques ou diagnostiques peuvent représenter une ressource précieuse pour la recherche médicale. Grâce à un consentement général, les patientes et patients peuvent prendre une décision claire quant à l'utilisation éventuelle de leurs échantillons dans la recherche, ceci non seulement dans l'intérêt des patients, mais aussi des chercheurs en Suisse. En même temps, le groupe de travail a élaboré deux spécimens de règlement pour l'organisation des biobanques; l'un pour les collections d'échantillons humains uniquement destinés à la recherche et l'autre pour les collections d'échantillons conservés aussi bien à des fins thérapeutiques qu'à des fins de recherche (par ex. collections pathologiques d'un hôpital). Ces modèles peuvent être consultés sous www.assm.ch → éthique → biobanques.

ACADÉMIES SUISSES DES SCIENCES

Mise au concours du «Prix Média 2010» des Académies suisses des sciences

Le «Prix Média académies-suisse» est attribué chaque année dans quatre domaines: les sciences naturelles, les sciences humaines et sociales, les sciences médicales et les sciences techniques. Il est doté de 10 000.– CHF par discipline. Les académies-suisse distinguent ainsi les travaux d'une qualité exceptionnelle, qui s'adressent à un large public, se réfèrent à un aspect de société ou d'actualité et qui ont été publiés dans un média suisse paraissant régulièrement.

Cette année, le sujet du «Prix Média» en médecine est: «La santé, un devoir?» Les articles parus entre le 1er août 2009 et le 31 juillet 2010 peuvent concourir. La date limite d'envoi est fixée au 15 août 2010. Le site internet des académies-suisse (www.academies-suisse.ch/Preise) donne de plus amples informations à ce sujet.

Pas de contradiction entre la pratique et la théorie: Colloque «Une éducation pour la Suisse du futur»

Fin avril 2010 s'est déroulé le colloque «Une éducation pour la Suisse du futur», organisé par les Académies suisses des sciences et la Société suisse pour la recherche en éducation. Le but de cette manifestation était de discuter de certains aspects choisis du livre blanc «Une éducation pour la Suisse du futur».

Le livre blanc «Une éducation pour la Suisse du futur» des Académies suisses des sciences a brièvement thématiqué de nombreux domaines problématiques du système d'éducation suisse et également présenté des thèses quant à l'évolution de ce dernier dans la perspective de l'année 2030. Les sujets abordés dans le livre blanc ont été analysés de manière approfondie lors de ce colloque auquel ont participé des chercheuses et chercheurs en science de l'éducation, des représentant-e-s des institutions d'éducation, des politicien-ne-s et des représentant-e-s du patronat et du syndicat.

Lors de son discours d'introduction, le professeur Peter Suter, président des Académies suisses des sciences, a demandé «d'avoir le courage de juger objectivement les avantages et inconvénients de notre système afin de développer en Suisse un paysage de la formation adapté au futur». L'un des intervenants avait

constaté – sans être contredit – qu'en Suisse, les chances de formation sont plus fortement liées à l'origine sociale qu'à l'étranger. Les prochaines manifestations traiteront et analyseront en particulier les besoins dans le domaine de la recherche et les stratégies d'actions pour le futur du système d'éducation en Suisse.

Programme pluriannuel 2012–16

Fin février, les Académies suisses des sciences ont déposé leur programme pluriannuel 2012–16 auprès du Secrétariat d'état à l'éducation et à la recherche. Selon ce document, la collaboration au sein des académies doit être renforcée et les deux centres de compétences Science et Cité et le Centre d'évaluation des choix technologiques mieux intégrés. Le programme pluriannuel se concentrera principalement sur les thèmes de la médecine en mutation, l'intégrité dans la science, la relève scientifique, l'énergie, les ressources et la gestion durable, l'espace vital suisse et la société d'information.

Le programme pluriannuel 2012–16 des Académies suisses des sciences peut être téléchargé sur le site www.academies-suisse.ch.



SAMW
Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM
Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM
Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS
Swiss Academy
of Medical Sciences

A l'occasion du 70^{ème} anniversaire du Prof. Peter Suter

Le 22 avril 2010, Peter Suter a fêté son 70^{ème} anniversaire. De toutes parts de la Suisse et du monde, des amis, collègues et institutions reconnaissants lui ont adressé leurs félicitations et vœux de bonheur. L'ASSM a, elle aussi, célébré cet événement avec les hommages d'éminentes personnalités – amis personnels ou notables des milieux académiques et politiques, nationaux ou internationaux, avec une cérémonie à l'historique «Haus zum Aeusseren Stand» à Berne. Au nom de ses lecteurs, le bulletin s'associe aujourd'hui à cette ronde.

Au cours de sa vie professionnelle, Peter Suter a enrichi et marqué de son empreinte le domaine de la médecine intensive, au niveau national, européen et mondial. Ses activités en tant que président des organisations suisse, européenne et mondiale de médecine intensive en disent bien plus long que tous les mots sur le rayonnement et la reconnaissance de ses performances professionnelles et scientifiques.

Ce qui distingue Peter Suter, au-delà de ses activités dans les différents milieux académiques et politiques, et qui restera dans la mémoire de «l'Academia» médicale suisse, ce sont notamment ses contributions à la réforme des études de médecine – dans la Conférence Interfacultaire Médicale Suisse (CIMS), et déjà longtemps avant qu'il ne devienne l'un des pères de «Bologne» en médecine –, son engagement pour une analyse auto-critique avec, en retour, la reconnaissance de la médecine comme science, ses ef-

forts empreints de sensibilité pour redéfinir «l'identité» des principales professions de la santé – aussi celle du médecin – au sein de la «healthcare workforce» face à l'évolution sociale et démographique. Et, finalement, sa contribution à la formulation de la nouvelle loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain et son engagement en tant que président de l'organe décisionnel «Médecine hautement spécialisée», si important pour le système de la santé de notre pays.

Au sein de l'ASSM, Peter Suter dirige avec souveraineté, sensibilité, fermeté et toujours beaucoup d'humour des séances et discussions souvent complexes et empreintes d'émotions; nous lui sommes particulièrement reconnaissants d'avoir mené à bien le projet «La médecine en Suisse demain» avec ses thèmes sensibles comme le «Rationnement», l'«Identité professionnelle» et la «Sécurité des patients» et, de hisser, même dans les temps difficiles, le drapeau de l'ASSM dans le respect de ses exigences profondes.

Nous sommes heureux de savoir que ces quelques mots, exprimés ici à l'occasion de son anniversaire, n'appartiennent pas seulement au passé et aux souvenirs, mais également à l'avenir, un avenir que l'ASSM aussi bien que les Académies suisses des sciences, reconnaissants du passé, espèrent encore long et plein de satisfactions pour leur Président.

*Prof. Werner Stauffacher, Bâle
Président de l'ASSM 2000–2004*

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 Cramer,
Collaboratrice scientifique

Présentation:
vista point, Bâle

Imprimé par:
Schwabe, Muttenz

ISSN 1662-6036



Membre des
Académies suisses des
sciences