

SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

EDITORIAL

Ethique et mesures de contrainte: une aide pour qui?



Prof. Werner Stauffacher, président

On peut s'étonner que l'ASSM émette des directives sur la prise en charge médicale des patientes et patients soumis à des mesures coercitives, que ce soit dans le cadre de l'exécution des peines ou dans celui des procédures relevant de la législation sur les étrangers. Est-ce nécessaire?

La commission centrale d'éthique (CCE) de l'ASSM a été créée dans le but de donner au corps médical, mais aussi au personnel soignant et aux membres des autres professions médicales, des lignes de conduite destinées à favoriser une attitude juste sur le plan humain et sur le plan éthique dans les situations professionnelles difficiles. Les phases terminales de l'existence, la mort, les situations limites au début et à la fin de la vie, la transplantation, la recherche – autant de situations difficiles dans lesquelles la formation, le savoir, l'expérience professionnelle et humaine facilitent les décisions, mais souvent ne suffisent pas pour éviter certains glissements fâcheux. A cet égard, les directives médico-éthiques de l'ASSM, largement consensuelles, rendent depuis des dizaines d'années de précieux services non seulement aux acteurs, mais encore aux patientes et patients, de même qu'aux autorités. Mais s'agissant des mesures de contrainte? Précisément, c'est là un domaine où il est particulièrement important que l'ASSM se prononce. Quiconque a déjà, ne serait-ce que

à suivre p. 2

THEME PRINCIPAL

Médecins de l'ombre



Les murs élevés font beaucoup d'ombre
(photo: prison «Schällemätteli» à Bâle)

Au printemps 1999, la mort par asphyxie d'un réfugié à l'aéroport de Klotten a fait la une des médias dans tout le pays. La question du rôle exact des médecins dans les expulsions forcées s'est alors posée et a été examinée de façon très critique. L'ASSM a saisi cette occasion pour élaborer des directives éthiques concernant le traitement médical des personnes en garde à vue ou en établissements pénitentiaires. Celles-ci déterminent entre autre dans quelle situation des mesures de contraintes peuvent éventuellement être appliquées et comment un médecin doit se comporter en cas de transferts sous contrainte, de sanctions disciplinaires ou de grèves de la faim. Lors de sa séance du 29 novembre 2001, le Sénat délibérera de ces nouvelles directives et les adoptera pour la procédure de consultation auprès du corps médical.

Dans le récit suivant, le Dr Jean-Pierre Restellini de Genève, Président de la sous-commission «Mesures de contrainte médicales», relate la difficile relation triangulaire médecin – détenu – autorités: Le médecin pratiquant dans une institution pénitentiaire se retrouve souvent de façon inattendue dans une zone d'ombre.

Depuis plus de 10 ans, j'ai la chance et l'honneur d'être un des médecins experts mandatés par le Conseil de l'Europe, et de pouvoir à ce titre parcourir la grande «Europe des droits de l'homme», habitée par quelque 800 millions d'individus et qui s'étend du Portugal jusqu'au fin fond de la Sibérie. Ma tâche, au sein du CPT (Comité pour la prévention de la torture et des traitements inhumains et dégradants) dont le siège est à Strasbourg, consiste à visiter l'ensemble des lieux de privation de liberté afin de contrôler que les conditions de détention qui y règnent soient bien conformes à la Convention Européenne des Droits de l'Homme. En qualité d'ancien médecin responsable d'un service de médecine pénitentiaire, je suis naturellement désigné pour m'entretenir avec tous ces nombreux praticiens qui travaillent dans les prisons, les postes de polices ou encore dans les centres de rétention pour requérants d'asile, avec

pour une courte période, assuré la prise en charge médicale de personnes se trouvant dans des situations de coercition, sera d'accord avec moi. Il n'existe guère de situations où le travail du soignant est conditionné par autant d'intérêts cruciaux mais souvent diamétralement opposés et par autant de motivations – y compris les siennes propres – faisant la part belle à l'émotionnel. Guère de situations où le danger est aussi grand, pour les intervenants, d'être inconsciemment influencés dans leur action par leurs conceptions ou opinions personnelles, de glisser vers l'arbitrage, le jugement ou la compassion. Guère de situations, enfin, où le risque de préjudice est aussi élevé pour les personnes prises en charge. Dans l'article ci-contre, le Dr Restellini, se fondant sur sa riche expérience, décrit de manière pertinente et concrète les situations potentiellement conflictuelles et les dilemmes auxquels ont à faire face les soignantes et soignants dans de telles circonstances.

De nombreuses dispositions cantonales et fédérales, mais aussi européennes et internationales, pour nous impératives, régissent les droits et devoirs respectifs des personnes concernées et de celles à qui incombent leur surveillance, leur prise en charge et leur accompagnement. Ces dispositions sont bonnes – toute chose étant perfectible – et l'ASSM n'a pas la prétention de les corriger. Les directives dont il est question aujourd'hui et qui sont présentées au sénat avant de faire l'objet d'une large consultation, comportent – sans être exhaustives – 11 points relatifs à des situations où la pesée est particulièrement délicate et difficile, et donnent à leur sujet des lignes de conduite tenant compte, dans chaque cas, des principes en vigueur pour la prise en charge médicale et paramédicale, y compris en dehors des situations de contrainte, des droits légitimes et de la dignité des personnes concernées et, dans toute la mesure du possible, des exigences de la société. Ces directives médico-éthiques doivent aider tous les acteurs – au premier rang desquels les personnes concernées et le personnel médical à qui est confié leur prise en charge – à adopter la bonne attitude dans des situations de coercition. Bref, de véritables directives de l'ASSM.

tous ces «médecins de l'ombre», que je connais bien, justement pour avoir été l'un d'entre eux!

Dans la trappe

Toutes ces rencontres, je l'avoue, m'ont profondément marqué, car à chaque fois j'ai senti cette réalité complexe, souvent ardue, et toujours à risque de grave dérapage éthique, du ménage à trois que constitue le médecin, le détenu et l'administration policière ou pénitentiaire. Du tout jeune assistant, parachuté dans une prison occupée par plusieurs milliers de détenus et complètement dépassé par sa tâche, au vieux briscard de confrère en fonction dans la même prison depuis un quart de siècle, qui en était virtuellement presque devenu le directeur... Du médecin de police, rédacteur de faux certificats de santé, subissant des pressions et des menaces parfois de mort de la part de ses autorités et qui après quelques heures de discussion très conventionnelles et diplomatiques est venu simplement pleurer (au propre!) sur mon épaule tout son désarroi, au «confrère» qui participait aux séances de torture infligées aux détenus, j'ai vu beaucoup de ces misères humaines vécues par des collègues qui n'avaient guère compris au départ dans quelle trappe ils avaient mis leurs gants de latex...

Un paradoxe de base

En soi, le fondement d'un tel exercice professionnel est déjà relativement complexe. Le médecin qui pratique dans un lieu de privation de liberté doit bien entendu en accepter la mission et les règles de fonctionnement élémentaires. Et le paradoxe de base, quasi ontologique, devrait vite assaillir le praticien nouvel arrivant dans des murs pénitentiaires. Si la privation de liberté n'est pas bonne pour la santé de l'individu, comme le porte à croire toutes les études faites aussi bien chez l'homme que chez l'animal, ne devrais-je pas en m'inspirant des principes de la relation hippocratique originelle, tout faire pour que le détenu malade, mon patient, recouvre coûte que coûte et le plus rapidement possible sa liberté? Dans la négative, ou plutôt dans l'impossibilité institutionnelle d'arriver à mes fins doctrinales de «thérapeute de l'individu», ne devrais-je pas refuser d'apporter mon concours?

On voit vite les limites d'un tel exercice de style hautement théorique... En réalité, ce paradoxe de base, un peu simpliste peut être, à

mon avis, heureusement assez vite résolu. Comme les brancardiers d'Henri Dunant, fondateur du CICR, là où il y a des malades, des blessés ou plus simplement de la souffrance, le médecin n'a plus vraiment le droit de se draper de son manteau d'indignité et de refuser son aide au prétexte qu'il deviendrait alors «collaborateur» d'une cause qu'il récuserait.

Des limites

Mais alors où sont les limites, ses limites? Doit-il pour autant servilement obéir à toutes les injonctions de la direction de l'établissement pénitentiaire ou policier dans lequel il exerce? Certes non. Et les exemples historiques sont hélas nombreux pour nous le rappeler:

- atrocités commises par des médecins dans les camps de concentration nazis et dévoilées à Nuremberg,
- participation des médecins d'Amérique du Sud à la torture,
- utilisation perverse de la psychiatrie chez certains détenus de l'ancien bloc soviétique,
- expérimentations humaines dans les prisons US en dehors des règles éthiques les plus élémentaires.

L'association du pouvoir et du savoir médical à la force publique, singulièrement en condition de privation de liberté, peut parfois aboutir à un mariage démoniaque!

Heureusement depuis quelques décennies, la corporation médicale internationale, en particulier à travers les déclarations de l'Association Médicale Mondiale, a pris conscience de ces défis permanents qu'affrontent celles et ceux qui exercent auprès de personnes détenues. En clair, le devoir de traiter des prisonniers malades peut souvent entrer en conflit avec des considérations de gestion et de sécurité pénitentiaires. Pièges de la double allégeance ou de la «dual loyalty» des auteurs anglo-saxons!

«Des principes éthiques très stricts» nécessaires

Le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a relevé avec pertinence dans sa recommandation n° 1 (98) relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire que: «...la difficulté de la position du médecin exerçant en milieu pénitentiaire, souvent confronté aux préoccupations et aux attentes divergentes de l'administration pénitentiaire d'un côté et des personnes incarcérées de l'autre,

(...) exige de la part du médecin le respect de principes éthiques très stricts.»

La formule est lâchée: «des principes éthiques très stricts!» Car personne, aucun «médecin de l'ombre» n'est absolument à l'abri du dérapage! Y compris dans nos sociétés «civilisées et développées», démocratiquement régies par un état de droit. Après plusieurs sollicitations émanant avant tout des milieux médicaux, la Commission Centrale d'Ethique de l'ASSM, a décidé, en s'inspirant largement des recommandations internationales concernant les soins aux personnes détenues, d'élaborer des directives à ce sujet. Dans des situations où l'intérêt des autorités n'est pas forcément toujours celui du patient, qui mieux que l'ASSM, organisme totalement apolitique et extérieur à l'Etat pouvait proposer de telles règles de conduite pour les «médecins de l'ombre»?

Dr Jean-Pierre Restellini, Genève

THEME PRINCIPAL

Mesures de contrainte médicales: que dit la Convention européenne des droits de l'Homme?

Les mesures de contrainte médicales doivent être conformes aux garanties inscrites dans la Convention européenne des droits de l'Homme (CEDH). L'article 3 de la CEDH, en particulier, doit être respecté; celui-ci interdit la torture ainsi que les traitements et châtiments inhumains ou dégradants. Un des aspects à protéger selon l'art. 3 CEDH est la dignité de la personne. La possibilité de rester maître de sa propre volonté constitue l'un des éléments fondamentaux de la dignité de la personne¹, ce qu'empêche, entre autres, l'administration forcée de psychotropes.

Le cas «Herczegfalvy»

Prenons comme exemple, à cet égard, la plainte déposée devant les instances de Strasbourg par Herczegfalvy contre l'Autriche. Dans l'affaire Herczegfalvy², la Commission, contrairement à la Cour de justice, considéra qu'il y avait eu violation de l'art. 3 CEDH. Les faits ayant motivé la plainte étaient les suivants: à la suite de divers incidents, le plaignant Herczegfalvy avait été placé dans une institution pour délinquants mentalement anormaux. Une grève de la faim prolongée entraîna une telle dégradation de son état de santé physique que le transfert dans un hôpital psychiatrique apparut nécessaire. Le plaignant s'opposa à ce qu'on le nourrisse, ce qui rendit indispensable un traitement forcé au moyen de tranquillisants et une contention dans un lit de sécurité (lit à barreaux). Même après la cessation de cette mesure, qui dura plusieurs semaines, le patient continua à recevoir des injections de neuroleptiques à action retardée. De même, l'alimentation artificielle par sonde fut poursuivie alors qu'elle n'était plus indiquée médicalement.

Appréciation différentielle

Pour la Commission, les modalités de ce traitement médical forcé constituent une violation de l'art. 3 CEDH. A ses yeux, une contention prolongée – en l'occurrence durant plusieurs semaines – dans un lit de sécurité, y compris lorsque le patient avait perdu connaissance, était disproportionnée.³ La Cour de justice ne suivit pas l'avis de la Commission et estima qu'une violation de l'art. 3 CEDH n'était pas établie. Elle confirma néanmoins que «l'état d'infériorité et de détresse caractéristique des patients placés en clinique psychiatrique impose d'examiner avec une vigilance accrue la conformité du traitement avec les dispositions de la Convention».⁴ En conséquence, la Cour de justice avait à s'assurer que la nécessité médicale des mesures fût démontrée de manière convaincante. Dans le cas particulier, le recours aux menottes et au lit de sécurité doit être considéré comme problématique, mais le plaignant ne put pas prouver que, selon les principes de psychiatrie généralement reconnus à l'époque des faits, la méthode employée n'était pas médicalement nécessaire.⁵

Intérêt public vs intérêt individuel

Cette affaire illustre le dilemme dans lequel se trouvent tant les juristes que les médecins. Il importe, dans chaque cas particulier, de procéder à une pesée entre l'intérêt public et l'intérêt individuel. Cette pesée devrait trouver sa limite lorsque l'art. 3 CEDH est violé dans son essence absolue, c'est-à-dire lorsqu'il y a atteinte à la dignité de la personne. Dès lors, les mesures de contrainte médicales doivent être fondamentalement conformes à l'art. 3 CEDH. Nous avons donc tous le devoir, y compris dans les situations de crise, de protéger la dignité humaine, même s'il serait parfois plus simple pour tous les intervenants, il faut l'admettre, de recourir à des injections.

Barbara E. Ludwig
(Barbara E. Ludwig, licenciée en droit, a été durant 4 ans directrice de la prison de l'aéroport de Zurich, qui dispose d'un secteur de 120 lits réservé aux personnes faisant l'objet d'une mesure de renvoi; le 1.1.2002, elle prendra les fonctions de commandante de la police cantonale schwytzoise.)

- ¹ Ceci est confirmé dans divers essais classiques consacrés à la question de la dignité humaine; cf. p. ex. le traité de Jean Pic de la Mirandole sur l'homme du point de vue philosophico-théologique: *De hominis dignitate* («Tu dois déterminer toi-même ta nature sans contrainte et en fonction de ton libre jugement, qui ne regarde que toi»); mais aussi Bergmann, J. M.: *Das Menschenbild der Europäischen Menschenrechtskonvention*, Baden-Baden 1995, pp. 183 ss.
- ² 10533/83 (Herczegfalvy c. A) 4 octobre 1989, EuGRZ 1992, pp. 583 ss., compte rendu du 1er mars 1991, EuGRZ 1992, pp. 585 ss., arrêt du 24 septembre 1992, série A, vol. 242-B, EuGRZ 1992, pp. 535 ss.
- ³ Affaire Herczegfalvy, compte rendu du 1er mars 1991, ch. 248, EuGRZ 1992, p. 587.
- ⁴ Affaire Herczegfalvy, arrêt du 24 septembre 1992, série A, vol. 242-B, ch. 82, EuGRZ 1992, p. 538.
- ⁵ Affaire Herczegfalvy, arrêt du 24 septembre 1992, série A, vol. 242-B, ch. 83, EuGRZ 1992, p. 538.

Cellules souches: l'ASSM favorable à l'utilisation scientifique des «embryons surnuméraires»

Am. Dans le cadre des débats mondiaux sur le prélèvement et l'utilisation des cellules souches humaines pour la recherche scientifique l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) s'est aussi exprimée et a publié sa prise de position début septembre (texte intégral sur internet www.assm.ch). Ces mois derniers, la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'Académie Suisse des Sciences Médicales s'est occupée en détail de cette thématique; un consensus définitif n'a pu être acquis au sein de la commission.

Du point de vue de l'ASSM, la recherche sur les cellules souches adultes et celles issues du sang du cordon ombilical ne soulève pas de problème et devrait être promue prioritairement. Il va cependant de soi que les critères généraux relatifs au don de tissus restent valables: respect de l'intégrité corporelle du donneur, existence d'un consentement éclairé, interdiction d'utilisation commerciale. En ce qui concerne les cellules du cordon ombilical, une nécessité d'éclaircissement subsiste encore sur le plan juridique pour le donateur resp. pour le public et pour les autorités exécutives, quant à la disponibilité des cellules conservées.

L'ASSM considère également comme acceptable le prélèvement de cellules provenant de fœtus (après un avortement provoqué). Elle avait déjà élaboré des recommandations éthiques sur l'utilisation de tissus foetaux humains en 1998. L'utilisation des cellules souches ne soulève aucune nouvelle question fondamentale.

De même, l'ASSM est favorable à l'utilisation d'embryons dits «orphelins» resp. «surnuméraires» provenant de la fécondation artificielle. Bien que, selon la nouvelle législation sur la biomédecine reproductive (entrée en vigueur le 1er janvier 2001), ceux-ci ne devraient pas exister, quantité de ces embryons sont conservés en clinique de reproduction – en Suisse essentiellement au stade germinale. Selon la CCE, ces embryons ne sont pas particulièrement protégés, parce qu'ils ne remplissent pas les conditions nécessaires pour devenir un être humain à part entière. Au-delà d'un certain délai, ils seront détruits de toute manière.

L'ASSM se déclare par contre fermement opposée à la production d'embryons à des fins de recherche. Elle se distance également du clonage dit thérapeutique (transfert d'une cellule somatique dans un ovule non fécondé). Ces techniques instrumentalisent complètement la vie humaine. L'embryon produit serait ainsi considéré comme un pur instrument de recherche. Une telle responsabilité ne saurait être assumée sur le plan de l'éthique.

Echange d'expériences international sur des questions d'éthique médicale

Leu. Michel Vallotton, président de la CCE, a été invité par la commission d'enquête du Parlement Fédéral allemand en tant que représentant de l'éthique médicale suisse pour un échange d'expériences concernant des questions médico-éthiques. Cette rencontre des différents délégués européens a eu lieu le 19 novembre 2001 à Berlin. Les cellules souches et la médecine de transplantation étaient au centre des discussions. L'invitation du président de la CCE en Suisse peut être considérée comme une reconnaissance internationale du travail de la CCE.

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

Bourses, subsides et prix Ott: pas d'attributions en 2002

D'après les règlements des fondations KZS, Ott et A+D, seuls les revenus des capitaux des fondations peuvent être distribués; c'est pourquoi, au vu des développements actuels des marchés financiers, il ne sera pas possible de verser des subsides en 2002. Il en va de même pour le prix Théodore Ott qui ne sera décerné qu'en 2003.

Nouvelles collaboratrices au secrétariat général

Face à l'ampleur des tâches du secrétariat général de l'ASSM, l'Office Fédéral de l'Éducation et de la Science a donné son accord pour une extension de l'effectif. Deux nouvelles collaboratrices ont débuté leur activité auprès de l'ASSM. Il s'agit, d'une part, de Mme Michelle Salathé, lic.iur. (à droite), collaboratrice scientifique, qui assistera la secrétaire générale et dont les connaissances juridiques seront très utiles au secrétariat général, et d'autre part, de Mme Pia Graf qui vient renforcer le secrétariat et s'occupera en particulier du domaine de la «promotion de la recherche».



Rétrospective du symposium «La médecine en Suisse demain» du 30 août 2001 à Berne

Je suis depuis longtemps avec un certain malaise les développements techniques et sociaux qui, tout en ayant rendu la médecine extrêmement performante, l'ont éloignée des patientes et patients. J'attendais donc avec un grand intérêt le Symposium de l'ASSM «L'avenir de la médecine en Suisse» qui s'est tenu le 30 août 2001 à Berne. En tant qu'étudiante en cinquième année de médecine et futur médecin, je ne voulais pas laisser passer cette occasion de prendre une part active à des débats touchant à ma future activité professionnelle.

Des attentes contradictoires de la médecine

Selon le prof. Johannes Bircher, la problématique complexe du système de santé se reflète dans le fait qu'aujourd'hui, toute mesure médicale implique non plus seulement de peser les avantages et les risques, mais encore de répondre à la question du coût et de l'opportunité. En plus de se soucier du bien de leurs patients, les médecins devraient donc se pencher sur l'aspect financier des traitements. En outre, ils auraient à satisfaire des attentes contradictoires, avec d'un côté des patients demandant à leur praticien compétence, humanité et disponibilité, et de l'autre des caisses-maladie et des responsables hospitaliers mettant au premier plan la rentabilité du travail.

Durant mes études, je n'ai guère été préparée à ces difficultés. Non seulement la formation reçue jusqu'ici n'a pas laissé beaucoup de place aux contacts avec les patientes et patients, mais nous n'avons jamais eu à nous pencher sur les questions économiques liées à la pratique médicale quotidienne. On nous a présenté les dernières avancées scientifiques de la médecine de pointe, sans qu'une discussion n'ait lieu sur les aspects financiers de ces nouvelles thérapies. Mise à part la situation difficile dans laquelle se trouve actuellement le système de santé, la profession médicale a également perdu de son prestige ces dernières années. De plus en plus de jeunes gens renoncent à devenir médecin en raison d'une certaine rigidité hiérarchique et de la lourdeur

des conditions de travail. De plus, un nombre croissant de personnes ayant terminé leurs études cherchent un moyen d'échapper à l'univers hospitalier.

Des solutions appropriées et inappropriées

Lors de ce symposium consacré à l'avenir de la médecine, ces problèmes ont été débattus et des propositions intéressantes ont été lancées aux fins de les résoudre. De même, le dialogue entre les diverses professions, ainsi qu'entre les plus jeunes et les aînés, a été encouragé. Bon nombre de ces propositions, entre autres celle visant une réorganisation des études et de la formation en vue d'obtenir un titre de spécialiste, concernent la nouvelle génération. Une des pistes suggérées pour résoudre les problèmes complexes du système de santé est de donner aux futurs médecins des compétences non seulement médicales mais encore sociales, et d'en faire des gestionnaires, des experts financiers et des juristes.

A mon avis, cela ne saurait être l'objectif. Les médecins doivent pouvoir se concentrer sur leur véritable mission, à savoir les consultations, l'accompagnement et les traitements. Si des questions juridiques, économiques ou politiques surgissent, des experts peuvent être sollicités. Un nouvel allongement de la formation n'est pas souhaitable, car il risquerait de grossir encore le nombre de jeunes médecins qui quittent la profession. Une fois que la politique, la société et l'économie se seront accordées sur ce qu'elles attendent de la médecine et sur ce qu'elles sont prêtes à payer pour l'obtenir, des directives claires, applicables aux situations limites, pourront être élaborées. Par ailleurs, un changement de mentalité doit aussi intervenir chez les médecins praticiens. Mon vœu pour l'avenir de la médecine est qu'elle reste une activité professionnelle attrayante pour celles et ceux qui s'y destinent, et qu'elle replace les patientes et patients au centre de ses préoccupations.

Martina Broglie, étudiante en médecine, Zurich

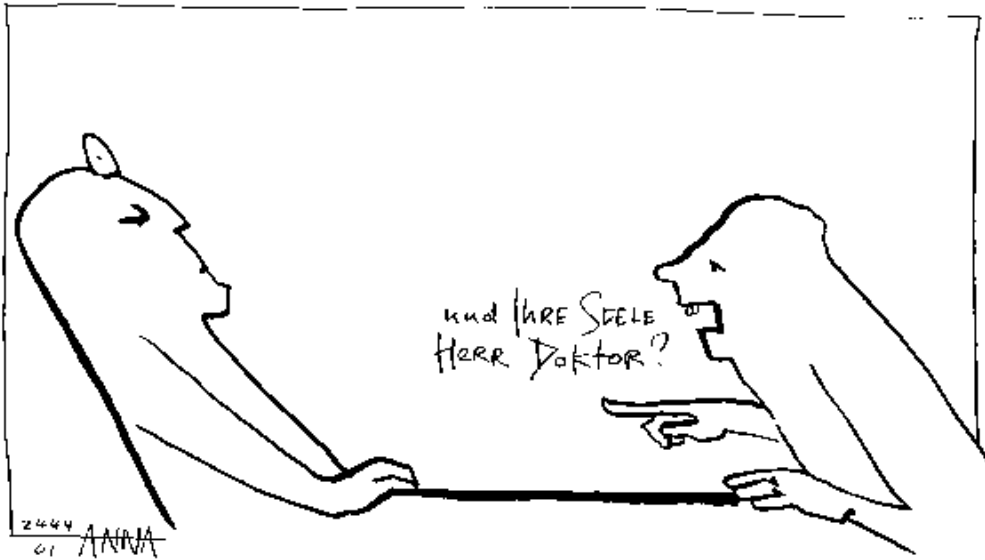
CONSEIL D'ADMINISTRATION

Des patients se présentent ensemble sur internet

Am. Après le travail, souvent sous un stress considérable, à la faveur de beaucoup d'initiative personnelle et toujours en butte aux moyens insuffisants: c'est ainsi que les spécialistes du domaine caractérisent le travail de plus de cent organisations suisses de patients qui se préoccupent des droits et des besoins de leurs membres. Or, il s'agit-là de questions qui ne sont pas anodines du tout: gestion de maladies chroniques, conseils thérapeutiques, questions éthiques en rapport

avec la recherche, soutien aux proches de patients en cas de crises et contacts avec les pouvoirs publics et les hôpitaux. Malheureusement, rares sont les organisations agissant dans le cadre d'une indication thérapeutique correspondante qui ont atteint la dimension critique leur permettant une démarche empreinte de professionnalisme. Maintenant, des promoteurs composés de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, de l'Association suisse de chorea huntington et de Pharma Information viennent de présenter la plateforme virtuelle suisse des organisations de patients www.patients.ch. Celle-ci devra donner aux organisations de

patients la possibilité de se mettre en réseau. Ces dernières pourront mieux s'organiser et simplifier leur coordination. Cette plate-forme offre à toutes les organisations intéressées la possibilité de donner accès sur internet à des informations et de les gérer elles-mêmes. Elles peuvent former des groupes de «news», installer des chambres de dialogue et tirer parti des autres possibilités de la communication électronique. Un statut spécial interdit la publicité et donne aux organisations de patients une autonomie maximale vis-à-vis des promoteurs.



Le commentaire d'ANNA concernant le symposium «La médecine en Suisse demain» du 30 août 2001 à Berne: «Et votre âme, Docteur?»

LA MÉDECINE EN SUISSE DEMAIN

La «Nouvelle orientation de la médecine» devient «La médecine en Suisse demain»

Am. Lors du symposium «La médecine en Suisse demain» du 30 août 2001 à Berne, le projet «Nouvelle orientation de la médecine» lancé par l'Académie Suisse des Sciences Médicales il y a plus de deux ans, a atteint un premier but intermédiaire: Comme le démontrent les nombreuses réactions (également dans les médias), on a réussi à sensibiliser un large public médical à ce sujet. Faisant suite au symposium, une journée de réflexion a eu lieu, à laquelle ont participé – outre les représentants de l'ASSM et du comité de pilotage – tous les doyens des facultés de médecine, le président de la FMH, le sous-directeur et plusieurs représentants de l'OFSP, le sous-directeur de l'OFAS, la présidente du Fonds National, les présidents des principales sociétés de disciplines médicales (SSMI, SSMG, SSP, SSC, SSMI, SSMSP, SSSP, SSGO, SSG) le président du CMPR ainsi que des représentants des professions de soins et d'autres organisations. Les conclusions suivantes ont pu être tirées des discussions:

1. L'initiative de l'ASSM de repenser fondamentalement les problèmes resp. les contenus de la médecine est considérée comme urgente et saluée par la majorité.
 2. Les principaux acteurs (doyens, FMH, sociétés de disciplines médicales, OFSP, professions de soins) se sont déclarés prêts à apporter leur soutien.
 3. Il est souhaitable, qu'avant la mise en route de projets concrets, une réflexion approfondie sur les buts et les domaines de compétences de la médecine ait lieu et que ceux-ci soient clairement définis, aussi bien sur la base du Hastings-Report «The Goals of Medicine» que des résultats du sondage représentatif.
 4. La direction de ce projet sera confiée à l'ASSM.
- L'ASSM est prête à poursuivre le processus enclenché avec la «Nouvelle orientation de la Médecine». Elle a invité la FMH et les facultés de médecine à collaborer au projet «La médecine en Suisse demain». Samedi, 1er décembre, une séance extraordinaire du Conseil d'administration aura lieu à Berne dans le but de discuter et de déterminer la marche à suivre.

SENAT

Avant-propos de la séance du Sénat du 29 novembre 2001

- Invité: Dr Martin Gebhart de l'OFSP qui fera un exposé sur les aspects épidémiologiques et thérapeutiques du SIDA en Suisse et dans le monde.
- Budget: En raison de l'effondrement des marchés financiers, les fonds et capitaux des fondations ne pourront dégager aucun bénéfice; le budget a été adapté en conséquence.
- Approbation du programme d'activités 2002 ainsi que du plan pluriannuel 2004–2007.
- Approbation des nouvelles directives médico-éthiques concernant «l'exercice de la médecine auprès des personnes détenues».

IMPRESSUM

Le bulletin de l'ASSM paraît 4 fois par an en 1600 exemplaires (1200 en allemand et 400 en français).

Éditeur:
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

Commission de rédaction:
Prof. Werner Stauffacher, Président
Prof. Ewald Weibel, Vice-président
Dr Dieter Scholer, Questeur
Dr Margrit Leuthold, Secrétaire générale
Dr Hermann Amstad, Secrétaire général adjoint

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