

ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES  
SCHWEIZERISCHE AKADEMIE  
DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN  
ACCADEMIA SVIZZERA DELLE SCIENZE MEDICHE

Directives et recommandations d'éthique  
médicale de l'Académie suisse des sciences  
médicales



## Préface à l'édition nouvelle 1989

La grande demande a rendu nécessaire une nouvelle édition des directives et recommandations d'éthique médicale. Dans cette nouvelle édition, le texte de novembre 1981 a été repris avec deux exceptions:

- Les Directives pour la définition et le diagnostic de la mort qui ont été ratifiées par le Sénat dans une nouvelle version en mai 1983.
- Le paragraphe III/3 du commentaire des «Directives concernant l'euthanasie» a été remplacé après ratification par le Sénat en juin 1988.

*Prof. B. Courvoisier*  
*Président de la Commission centrale*  
*d'éthique médicale de l'Académie*

*Prof. A. Pletscher*  
*Président de l'Académie Suisse*  
*des Sciences Médicales*

Mars 1989

Ces recommandations  
peuvent être obtenues auprès du:

Secrétariat de  
l'Académie Suisse  
des Sciences Médicales  
Petersplatz 13  
4051 Bâle

## Introduction

L'éthique médicale couvre un domaine très vaste; elle soulève des problèmes toujours nouveaux. Les décisions éthiques demandent aussi bien des réflexions scientifiques que des prises de position pratiques. Une étroite collaboration entre l'*Académie suisse des sciences médicales* et la *Fédération des médecins suisses* est nécessaire et s'est révélée efficace. En effet, le médecin est intimement lié par les principes éthiques de son pays et de son temps. Son attitude et ses capacités professionnelles lui permettront de saisir dans toute son humanité son malade, un être qui souffre dans son corps ou dans son âme. Les directives et recommandations médicales doivent aider médecins et chercheurs dans leur activité. L'Académie suisse des sciences médicales a publié de 1969 à 1976 trois directives («Directives pour la définition et le diagnostic de la mort» 1969, «Directives pour la recherche expérimentale sur l'homme» 1970, «Directives concernant l'euthanasie» 1976). Elle s'est préoccupée ces dernières années d'autres questions d'éthique médicale. De 1978 à 1980, plusieurs sous-commissions ont étudié des problèmes importants qui, dès novembre 1979, ont été soumis à une discussion approfondie au sein d'une Commission centrale d'éthique médicale. Ces travaux ont trouvé leur expression dans un symposium: «*Éthique et médecine – Le respect du malade face aux progrès de la médecine*» (Bâle, 28/29 mars 1980). Des philosophes, des théologiens, des juristes, des psychologues, des médecins spécialisés en diverses branches, des représentants du corps médical suisse et des infirmières, ont exposé et discuté des problèmes et des directives d'éthique médicale, et leurs conséquences pour le médecin.

Les recommandations d'éthique médicale ont été ensuite approuvées par la Commission centrale d'é-

thique médicale de l'ASSM dans ses séances des 18 novembre 1980 et 24 février 1981, et présentées au Sénat de l'Académie. Ces recommandations et directives, approuvées le 17 novembre 1981 en seconde lecture par le Sénat et reproduites ici, sont les suivantes:

1. Directives pour l'organisation et l'activité de la Commission centrale d'éthique médicale de l'ASSM (p. 3).
2. Directives pour la recherche expérimentale sur l'homme (p. 6).
3. Directives concernant l'euthanasie (p. 12).
4. Recommandations d'éthique médicale pour les transplantations (p. 19).
5. En annexe à 4: Directives pour la définition et le diagnostic de la mort (p. 21).
6. Recommandations d'éthique médicale sur l'insémination artificielle (p. 26).
7. Recommandations d'éthique médicale pour la stérilisation (p. 28).

*Prof. O. Gsell, président de la Commission centrale d'éthique médicale de l'Académie,  
Prof. R.-S. Mach, Prof. A. Cerletti,  
présidents de l'Académie suisse des sciences médicales.*

17 novembre 1981

# Directives concernant l'euthanasie<sup>1</sup>

Le devoir du médecin et du personnel soignant est de guérir ses malades, de les aider, de soulager leurs souffrances et aussi de les assister jusqu'à la mort. Cette assistance comprend le traitement médical, le soutien personnel et les soins.

## *1. Le traitement médical*

- a) Quand le patient a été convenablement renseigné et qu'il est *capable de discernement*, sa volonté quant au traitement doit être respectée, même si elle ne correspond pas aux indications de la médecine.
- b) Quand le patient est *incapable de discernement*, que ce soit parce qu'il est inconscient ou pour une autre cause, les normes de la médecine aideront le médecin à fixer sa ligne de conduite qui, par ailleurs, se situe dans le cadre de la gestion sans mandat. Le médecin doit alors tenir compte de ce que l'on peut présumer de la volonté du patient. Les proches de celui-ci doivent être entendus, mais juridiquement *la décision dernière appartient au médecin*. Si le patient est mineur ou interdit, les mesures médicales ne doivent pas être réduites ou suspendues à l'encontre de la volonté des parents ou du tuteur.
- c) S'il existe des possibilités d'amélioration chez un malade ou chez un blessé en danger de mort, le médecin prend les mesures propres à le guérir et à le soulager.

<sup>1</sup> En Suisse alémanique, le terme d'euthanasie n'est plus utilisé depuis que sous le Troisième Reich on s'en est servi abusivement pour mettre à mort des sujets indésirables. Il est remplacé par le mot «Sterbehilfe».

- d) Chez les mourants, chez les malades ou les blessés en danger de mort,
- dont l'affection évolue de façon irréversible vers une issue fatale, et
  - qui ne pourraient ultérieurement avoir une vie relationnelle consciente,
- le médecin se contente de calmer les souffrances, mais il n'est pas obligé d'utiliser toutes les ressources thérapeutiques qui pourraient prolonger la vie.

### *II. Le soutien personnel*

Le médecin et le personnel soignant assistent avec humanité leur patient en danger de mort ou qui agonise pour autant qu'un contact soit encore possible avec lui,

### *III. Les soins*

Le malade ou le blessé qui approche de la mort et celui qui est à l'agonie ont droit aux soins appropriés qui peuvent leur être encore donnés.

### **Commentaires des «Directives concernant l'euthanasie»**

L'assistance au mourant entre aussi dans les devoirs du médecin; elle consiste à suivre le patient dans ses derniers moments pour qu'il puisse mourir dans la dignité. L'euthanasie n'est pas seulement un problème médical; c'est aussi un problème éthique et juridique.

### 1. Considérations médicales

Celui qui est atteint d'une maladie mortelle ou celui qui est la victime d'un accident menaçant sa vie n'est pas nécessairement un mourant. C'est une personne en danger de mort; il va sans dire qu'il faut s'efforcer de la maintenir en vie et si possible de la guérir. Le médecin doit mettre en œuvre tous les moyens indiqués dont il dispose. Le traitement de ces patients n'est pas une assistance à la mort, mais une assistance à la vie.

1. a) L'assistance au décès concerne un être humain qui se meurt, c'est-à-dire un mourant. C'est un malade ou un blessé dont l'état – selon la conviction que le médecin retire d'un ensemble de signes cliniques – évolue irréversiblement vers la mort à brève échéance. Dans de tels cas, le médecin peut renoncer à des mesures qui techniquement seraient encore possibles.
- b) L'aide du médecin prend fin avec la mort du patient. La définition de la mort a été donnée en 1969<sup>\*</sup> par l'Académie suisse des sciences médicales dans les «Directives sur la définition et le diagnostic de la mort».
2. On distingue une euthanasie active (ou provocation de la mort) et une euthanasie passive. Cette distinction n'est à vrai dire pas toujours facile dans certains cas concrets.
  - a) L'euthanasie active tend à abréger délibérément la vie en tuant le mourant. Elle consiste à intervenir artificiellement dans les processus vitaux qui subsistent encore, pour hâter la venue de la mort. D'après le Code pénal suisse, l'euthanasie active est un homicide intentionnel, qui est punissable (CPS art. 111 à 113; annexe). L'euthanasie active reste punissable,

<sup>\*</sup> Nouvelle version mai 1983.

même quand elle a été pratiquée à la demande du patient (CPS art. 114).

- b) *L'euthanasie passive* est le fait de laisser mourir un malade (ou un blessé) condamné, en renonçant à des mesures qui prolongeraient sa vie. Elle consiste dans l'omission, voire dans l'interruption de traitements par des médicaments, aussi bien que de mesures techniques telles que respiration artificielle, apport d'oxygène, transfusion sanguine, hémodialyse, alimentation artificielle.

Il est médicalement justifié de renoncer à une thérapeutique ou de se borner à calmer les souffrances, si en repoussant l'échéance de la mort on prolonge les souffrances au-delà de ce qui est supportable et si, d'autre part, l'affection a pris un tour irréversible avec un pronostic fatal.

- c) Il convient de discuter la conduite à tenir devant certains désordres cérébraux qui constituent des cas médicaux particuliers.

*Coma vigile (syndrome apallique, mutisme acinétique)*. En présence d'un patient affecté de façon ininterrompue d'un grave trouble de la conscience et sans plus aucune communication avec son entourage, le médecin, après une observation de plusieurs mois, devra juger si le processus est irréversible. Si tel est le cas, il pourra abandonner les mesures spéciales destinées à prolonger la vie, même si la respiration spontanée et la déglutition sont conservées. Dans cette situation, on est en droit de limiter le traitement aux soins courants.

*Graves désordres cérébraux du nouveau-né*. Lorsqu'un nouveau-né ou un nourrisson est atteint de graves malformations et de lésions périnatales du système nerveux central qui entraîneront des troubles irréparables du déve-



loppement, et lorsque de surcroît il ne peut vivre que grâce à l'emploi constant de moyens techniques exceptionnels, il est licite de ne pas mettre en œuvre ces moyens ou d'interrompre leur application.

## II. Considérations éthiques

1. L'Académie suisse des sciences médicales a été guidée par le principe que le *premier devoir du médecin* est d'aider son patient de toutes les manières possibles. Pendant la vie, cette aide a pour but de maintenir et de prolonger la vie. Mais à l'égard d'un mourant, l'aide la meilleure dépend d'un grand nombre de facteurs que le médecin doit peser et apprécier, ce qui le place souvent devant des décisions difficiles.

Entre autres choses, le médecin doit tenir compte:

- de la personnalité du patient et de sa volonté exprimée ou présumée;
- de l'épreuve que constituent pour lui ses souffrances et son infirmité;
- des interventions médicales qui sont encore acceptables;
- de la possibilité de disposer des moyens thérapeutiques;
- de l'attitude de l'entourage et du milieu familial.

2. Le processus de la mort commence lorsque les fonctions vitales élémentaires de l'organisme sont profondément altérées ou complètement défaillantes. Quand les fondements de la vie sont atteints à un point tel que la capacité d'être l'auteur ou le responsable d'actions personnelles, c'est-à-dire de déterminer sa propre vie, a disparu, et quand la mort est imminente, une grande liberté d'appréciation doit être laissée au médecin.

droit civil par les règles de la «gestion d'affaires» (CO, art. 419sq.). La volonté présumée du patient doit dicter les mesures thérapeutiques. Cette volonté ne doit pas être interprétée sans autre dans le sens d'une prolongation des souffrances. L'application des mesures médicales peut au contraire ne plus être indiquée, en raison du respect dû à la personnalité du mourant. Si cette condition est remplie, le médecin peut se justifier sur le plan pénal en invoquant un motif correspondant à la gestion sans mandat ou «gestion d'affaires».

3. Si le patient a renoncé par une déclaration écrite à toute prolongation artificielle de sa vie, il incombe au médecin d'établir de manière approfondie si les conditions posées par cette déclaration – dans la mesure où elles correspondent aux présentes directives – sont réalisées. S'il est hors de doute que ces conditions sont réalisées, le médecin doit agir selon la volonté exprimée par ladite déclaration à moins que certaines circonstances permettent de conclure que cette déclaration ne corresponde plus à la volonté réelle du patient.
4. *Les proches du patient* doivent être entendus. (En règle générale, les proches sont les parents les plus rapprochés du patient; d'autres personnes peuvent éventuellement être considérées comme des proches.) Mais *la décision dernière, juridiquement, appartient au médecin*. Quand le patient est mineur ou interdit, le traitement ne doit être ni réduit ni suspendu à l'encontre de la volonté des parents ou du tuteur.

5 novembre 1976

et 17 novembre 1981