Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: - (1981-1982)

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

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

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

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: *«Ethique 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. 69).
2. Directives pour la recherche expérimentale sur l'homme (p. 72).
3. Directives concernant l'euthanasie (p. 78).
4. Recommandations d'éthique médicale pour les transplantations (p. 85).
5. En annexe à 4: Directives pour la définition et le diagnostic de la mort (p. 87).
6. Recommandations d'éthique médicale sur l'insémination artificielle (p. 90).
7. Recommandations d'éthique médicale pour la stérilisation (p. 92).

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 pour l'organisation et l'activité de la Commission centrale d'éthique médicale de l'Académie suisse des sciences médicales

La *Commission centrale d'éthique médicale* de l'Académie suisse des sciences médicales est instituée sur la base des «Directives pour la recherche expérimentale sur l'homme» de l'ASSM et de la «Déclaration d'Helsinki II» de l'Association médicale mondiale de 1975.
L'établissement des règles de déontologie, c'est-à-dire celles des relations des médecins entre eux et entre le médecin et son patient sont du ressort des sociétés cantonales. A l'Académie sont attribuées la formulation des devoirs liés à des techniques et des connaissances hautement spécialisées ainsi que l'éthique des questions exigeant une solution uniforme pour la Suisse.
Les *tâches* de la Commission centrale d'éthique médicale de l'ASSM sont les suivantes:

1. Elle répond aux *questions* concernant l'éthique médicale qui lui sont posées par la Confédération, les cantons, les organisations internationales, la Fédération des médecins suisses ou par des particuliers, en se basant sur les connaissances médico-sociales, juridiques et éthiques. Les *réponses* ou les décisions sont envoyées au questionneur par écrit et doivent être motivées.
2. Elle établit le *contact* avec les *commissions d'éthique médicale des hôpitaux et des instituts universitaires,* qui remplissent leur tâche en se basant sur les «Directives pour la recherche expérimentale sur l'homme» et la «Déclaration d'Helsinki II». Elle tiendra aussi compte des problèmes de diag-

nostic, de prévention, de thérapeutique et de réhabilitation qui doivent préoccuper le médecin. En favorisant l'*échange d'informations*, elle devient un centre de *coordination*. La *liste* des commissions d'éthique constamment tenue à jour par le Secrétariat de l'Académie suisse des sciences médicales représente un instrument de travail précieux.

3. Elle peut fonctionner comme commission d'éthique pour les hôpitaux et instituts qui n'ont pas leur propre commission, ou qui ne désirent pas s'adresser à une autre commission.
4. Elle discute les problèmes importants d'éthique médicale qui peuvent se présenter et établit, concernant des problèmes particuliers d'éthique, des *recommandations*, qu'elle soumet à l'approbation du Sénat. Ces recommandations ne peuvent être modifiées que par *deux décisions du Sénat*, prises à intervalle d'au moins quatre mois.
5. Elle s'efforce, en collaboration avec les commissions d'éthique médicale des hôpitaux et des instituts universitaires, d'*améliorer le contact* entre les patients, les médecins, le personnel soignant, les hôpitaux, la population et les autorités. Le résultat de cette collaboration est de faire naître la confiance qui est un facteur important de guérison pour nos malades.

Les *membres* de la Commission centrale d'éthique médicale de l'ASSM sont les suivants:

1. Un membre ou ancien membre du Sénat de l'Académie suisse des sciences médicales comme président.
2. Le secrétaire général de l'Académie.
3.–8. Trois membres, actuels ou anciens, du Sénat, représentant chacun l'une des trois langues allemand, français et italien, ainsi que deux médecins praticiens ne faisant pas partie du Sénat et

une femme médecin diplômée représentant les femmes médecins suisses.

9.–11. Le président, le vice-président et un autre membre du Comité central de la Fédération des médecins suisses ou leurs remplaçants, en tenant compte des langues des différentes régions.

12. Un enseignant d'une faculté de droit d'une université suisse.

13.–14. Deux délégués de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI). Le président de l'Académie suisse des sciences médicales est invité à assister aux séances.

Des experts peuvent être appelés pour des problèmes particuliers.

Les membres sont nommés par le Sénat de l'Académie au milieu de la période de fonction de quatre ans.

La Commission centrale d'éthique médicale *siège* une ou plusieurs fois par an. Le président de la commission peut soumettre des demandes à ses membres par voie de circulaire, après quoi au moins 8 membres de la commission doivent approuver une décision. A la séance suivante, le président donnera connaissance au plénum de la commission des réponses qu'il aura transmises.

La Commission centrale d'éthique médicale fournit chaque année au Secrétariat général de l'Académie un *rapport*, qui est publié dans le rapport annuel de l'Académie suisse des sciences médicales.

14 novembre 1979 et
17 novembre 1981

Directives pour la recherche expérimentale sur l'homme

Il appartient au médecin de veiller à la santé de l'homme. Il y consacre son savoir.
Les règles internationales de l'éthique médicale interdisent au médecin toute intervention susceptible d'altérer les facultés de résistance physique ou mentale d'un être humain, à moins d'une nécessité thérapeutique.
Aucun progrès scientifique au service de l'humanité souffrante n'est concevable si les informations retirées des expériences de laboratoire ne sont pas mises à l'épreuve sur l'homme. Dans cette conviction, l'Association médicale mondiale a mis au point des recommandations concernant la recherche scientifique expérimentale appliquée à l'homme, auxquelles se rattachent les présentes directives. Ces directives s'adressent aux médecins et à ceux de leurs collaborateurs qui poursuivent chez l'homme des études expérimentales, dans le but de les rendre conscients des questions fondamentales qu'une telle activité fait apparaître. Elles ne les délient en rien de leur responsabilité personnelle dans ses aspects professionnels, civils ou pénaux.
C'est dans le même esprit de ces directives du 1er décembre 1970 de l'Académie suisse des sciences médicales que l'*Association médicale mondiale,* siégeant à Tokyo en 1975, a adopté la *Déclaration d'Helsinki II* concernant la recherche expérimentale appliquée à l'homme. En 1978, le *Conseil de l'Europe,* dans son «Accord partiel du Comité de santé publique», a émis des propositions sur les conditions dans lesquelles des médicaments peuvent être utilisés pour la première fois chez l'homme. Il faut qu'un dossier soit établi et qu'une information précise soit fournie. Bien que le Conseil de l'Europe propose de

recourir à la législation pour assurer l'application de ces instructions, celles-ci peuvent tout aussi bien être promulguées sur le plan national par des organismes non gouvernementaux. Conformément à ces vœux, l'*Académie suisse des sciences médicales* a établi des recommandations pour la Suisse et a fondé, en 1979, une *Commission centrale d'éthique médicale.*

I. Objectif des études expérimentales

Dans l'ensemble des études scientifiques expérimentales pratiquées sur l'homme, il faut établir une distinction fondamentale entre celles qui se rapportent directement au diagnostic, au traitement ou à la protection de la santé d'un patient et celles qui ressortent de la recherche médicale dans un sens plus général.

II. Dispositions communes

1. Les principes fondamentaux de l'éthique médicale qui régissent le comportement du médecin sont également applicables à la recherche expérimentale sur l'homme.
   La recherche de nouveaux traitements représente une tâche impérative, surtout quand la santé ne peut pas être protégée par des mesures préventives ou quand la thérapeutique d'une maladie n'est pas suffisamment efficace. Toute recherche qui s'efforce d'améliorer la santé de l'homme renferme en soi une éthique propre à respecter la santé.
2. Les recherches expérimentales sur l'homme ne peuvent être conduites que par des personnes scientifiquement qualifiées, dans des institutions

suffisamment équipées et sous la *responsabilité d'un médecin.*

3. Les recherches expérimentales sur l'homme doivent se référer à des essais de laboratoire, en particulier sur l'animal, ou à toutes autres méthodes ou données dont la valeur scientifique est reconnue.
4. Les recherches expérimentales sur l'homme ne peuvent être entreprises que si les risques encourus sont médicalement en proportion avec l'importance du but à atteindre.
5. Toute étude expérimentale sur l'homme doit être précédée d'une évaluation soigneuse des dangers qu'elle implique par rapport aux bénéfices que peuvent en retirer le sujet ou la collectivité. Il faut en particulier tenir compte des modifications que pourrait subir le sujet dans sa personnalité et dans sa capacité de discernement.
6. Avant le début d'une étude expérimentale qui n'est pas entreprise avant tout dans l'intérêt du patient lui-même, le directeur de l'étude a le devoir de veiller qu'une *police d'assurance* a été contractée pour garantir une indemnité adéquate en cas de dommage dont la relation avec l'étude peut être prouvée, quelle que soit par ailleurs la couverture en responsabilité civile de l'investigateur.
7. Il est recommandé de créer des corps consultatifs (*commissions d'éthique médicale,* cf. «Directives pour l'organisation et l'activité de la Commission centrale d'éthique médicale de l'Académie suisse des sciences médicales»), auxquels les aspects médicaux et éthiques d'une étude expérimentale en préparation doivent être soumis. Les résultats des études annoncées doivent leur être rapportés. Les hôpitaux et instituts décident *de manière autonome,* selon leur caractère propre,

la composition de ces corps consultatifs; le personnel soignant doit toujours être informé.

8. Le consentement expressément formulé de la personne soumise à l'étude ou, le cas échéant, de son représentant légal, constitue un préalable essentiel. Il doit être obtenu en conformité avec les articles suivants des présentes directives, en dehors de toute pression. Une déclaration de volonté juridiquement valable, donnée de plein gré après tous les éclaircissements nécessaires, ne diminue en rien la responsabilité professionnelle, civile ou pénale du directeur de la recherche.
9. Le directeur du projet de recherche doit s'assurer que les collaborateurs, spécialement le personnel soignant impliqué sont correctement informés du but de l'étude et de la manière dont elle sera menée.
10. Les recherches expérimentales sur l'homme doivent faire l'objet d'un protocole. Les protocoles doivent être tenus et conservés indépendamment des dossiers des malades, mais l'étude expérimentale doit être mentionnée dans le dossier du malade.

III. Recherches expérimentales dans l'intérêt du sujet étudié

1. Dans le traitement d'un malade, le médecin doit pouvoir faire usage librement d'une nouvelle méthode thérapeutique, lorsqu'elle paraît de nature à sauver la vie du patient, à rétablir sa santé ou à diminuer ses souffrances. Le médecin doit, dans toute la mesure du possible, apporter au malade les éclaircissements nécessaires en tenant compte de son état psychique et obtenir de lui son libre consentement. Si le patient est incapable de dis-

cernement, son accord sera remplacé par celui de son représentant légal.

2. Lorsque le médecin traitant poursuit en même temps un objectif de recherche médicale, il ne peut associer l'étude expérimentale et le traitement que dans la mesure où le patient en retire un bénéfice diagnostique, thérapeutique ou prophylactique et ne se trouve pas exposé à des risques notables.

IV. Autres recherches expérimentales

1. Dans le cas d'études purement expérimentales sur l'homme, le médecin est tenu par un devoir identique de protéger la vie et la santé de la personne examinée.
2. a) Lorsque la personne soumise à l'étude est capable de discernement, le médecin devra lui apporter tous les éclaircissements nécessaires sur la nature et la signification de la recherche projetée, ainsi que sur les dangers éventuels de celle-ci pour sa vie ou pour sa santé.
   b) Les recherches expérimentales sur l'homme ne peuvent être entreprises qu'après que le sujet a donné son libre consentement sur la base d'explications préalables
   c) La personne soumise à l'étude doit se trouver dans un état psychique et physique tel qu'elle puisse prendre sa décision librement, en toute connaissance de cause, et déclarer sa volonté de manière juridiquement valable.
3. Les études expérimentales sur des sujets qui n'ont pas l'exercice des droits civils ne sont autorisées qu'avec l'accord du représentant légal et seulement dans les cas où, pour des raisons médicales, il est impossible de procéder à la recherche sur des sujets capables d'exercer ces droits. Si le sujet

n'a pas l'exercice des droits civils mais est capable de discernement, il est nécessaire d'obtenir son accord personnel. Les études qui n'ont pas de but thérapeutique, sur des sujets incapables de discernement, ne sont pas autorisées si elles présentent le risque d'un préjudice.

4. Le consentement sera donné oralement ou par écrit. Cette déclaration doit être conservée dans un protocole. Lorsque la recherche expérimentale sur l'homme est dépourvue de caractère thérapeutique, la responsabilité morale qui en découle incombe toujours au directeur de la recherche et jamais à la personne soumise à l'étude, même si cette dernière a donné son accord librement.
5. a) Le directeur de la recherche doit respecter le droit de tout homme à l'intégrité mentale et corporelle. Cette exigence prend une signification spéciale lorsque la personne soumise à l'étude se trouve dans une situation de dépendance vis-à-vis du directeur de la recherche.

   b) La personne soumise à l'étude ou son représentant légal doivent avoir en tout temps la liberté de faire interrompre la recherche entreprise.
   Le directeur de la recherche et ses collaborateurs sont tenus de leur côté d'interrompre la recherche en cours lorsqu'un dommage grave ou irréversible menace la personne examinée.
6. Il n'est pas permis de procéder à une recherche expérimentale lorsque le projet fait apparaître un risque prévisible de lésion grave ou irréversible ou un danger mortel.

1er décembre 1970
et 17 novembre 1981

Directives concernant l'euthanasie[1]

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.

I. 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.

---

[1] 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.

I. 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 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, 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 développement, 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.
   Ces directives *ne sauraient enlever au médecin la*

responsabilité de ses décisions, mais elles *doivent* autant que possible *les lui faciliter.*

III. Considérations juridiques

L'assistance au décès repose sur le *devoir du médecin* de faire tout ce qui est en son pouvoir pour préserver et affermir la santé et la vie du patient qu'il a accepté de traiter. Ce devoir est dénommé le *devoir de garantie du médecin.* Le médecin qui aura pratiqué l'euthanasie passive pourra être rendu responsable civilement et pénalement s'il a violé par-là son devoir de garantie. Aussi le médecin doit-il savoir en quoi ce devoir consiste, d'une part, à l'égard d'un patient capable de discernement et pleinement conscient et, d'autre part, à l'égard d'un patient inconscient.

1. Le médecin est lié par la volonté d'un patient *capable de discernement,* lorsque celui-ci a été informé de sa maladie, de son traitement et des risques qu'il comporte. Le patient capable de discernement décide s'il veut être traité ou non; il est en droit par conséquent de faire interrompre le traitement. Cela étant, la base juridique pour appliquer des mesures thérapeutiques que le patient ne désire plus fait défaut. Dans ce cas, et conformément au désir du patient, le médecin doit se contenter d'administrer des analgésiques ou de procéder à quelque traitement limité, sans qu'il puisse être rendu responsable juridiquement. Fait règle le principe: *«Voluntas aegroti suprema lex esto».*
2. Si le malade condamné n'est *plus capable de discernement* et ne peut donc plus exprimer sa volonté (ainsi par exemple le patient inconscient), le devoir du médecin est déterminé sur le plan du droit civil par les règles de la *«gestion d'affaires»*

(CO, art. 419 sq.). 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. *Une déclaration écrite antérieure du patient,* par laquelle il renonce à toute prolongation artificielle de sa vie, peut être un indice important pour établir quelle est sa volonté. Mais ce qui compte, c'est la volonté présumée actuelle, laquelle ne peut être établie que par une appréciation soigneuse de toutes les circonstances. Du fait déjà qu'elle peut être retirée en tout temps, la déclaration antérieure ne lie pas le médecin. On doit donc toujours se demander si le patient, à l'instant considéré, révoquerait ou non sa décision.
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 le 17 novembre 1981

Recommandations d'éthique médicale pour les transplantations

Le *Conseil de l'Europe,* dans sa *résolution N° 29, 1978,* a formulé des règles pour les prélèvements, les greffons et les transplantations de tissus d'origine humaine. L'Académie suisse des sciences médicales s'en inspire pour édicter ses recommandations pour les transplantations. On distinguera les prélèvements effectués sur le vivant et ceux effectués sur le cadavre.

Prélèvements sur le vivant. Une information doit être donnée sur les dangers pour le donneur et sur les avantages pour le receveur. Le donneur doit spécifier son assentiment par écrit. Le consentement du représentant légal est nécessaire pour les personnes incapables de discernement. Des prélèvements de tissus provoquant la perte définitive d'un organe ne doivent pas être pratiqués chez les enfants.

L'identité du donneur ne doit pas être communiquée au receveur et celle du receveur ne doit pas l'être au donneur, à moins qu'il n'existe d'étroits liens familiaux ou personnels entre eux. Il faut respecter l'anonymat des deux parties vis-à-vis des tiers.

La remise de greffons humains doit être gratuite, mais on peut défrayer le donneur de ses frais éventuels et de sa perte de gain.

Prélèvements sur le cadavre. Ils sont licites, à moins qu'on n'ait connaissance d'une opposition certaine ou probable du défunt, ou que des prescriptions légales particulières n'y fassent obstacle. L'identité du donneur ne doit pas être communiquée au receveur et celle du receveur ne doit pas l'être à la famille du donneur. Il faut respecter l'anonymat des deux parties vis-à-vis des tiers.

Le certificat de décès doit être établi par un médecin qui ne fait partie ni de l'équipe de prélèvement ni de l'équipe d'implantation.

La constatation du décès sera conforme aux «Directives sur la définition et le diagnostic de la mort» que l'Académie suisse des sciences médicales a édictées en 1969.
17 novembre 1981

Directives pour la définition et le diagnostic de la mort

1. Le développement des techniques de réanimation a rendu nécessaire une nouvelle définition des critères biologiques de la mort chez l'homme.
2. Il est possible de suppléer chez l'homme la défaillance de la fonction respiratoire par la respiration artificielle, et celle de la fonction cardiaque par le massage du cœur et les pompes circulatoires.
3. Il n'existe aucun moyen de remédier à l'ensemble des conséquences d'une défaillance complète et irréversible des fonctions du cerveau.
   Une telle défaillance équivaut à la mort du cerveau. Elle conduit nécessairement à la mort du reste de l'organisme.
4. Un être humain doit être considéré comme mort lorsque l'une des deux ou les deux conditions suivantes sont réalisées:
   a) Arrêt cardiaque irréversible, entraînant l'interruption de la circulation sanguine dans l'organisme et par-là même dans le cerveau: mort cardio-circulatoire.
   b) Défaillance complète et irréversible des fonctions ou mort du cerveau: mort cérébrale.
5. La défaillance complète et irréversible des fonctions cérébrales doit être admise, malgré le maintien d'une activité cardiaque, dans un organisme humain normothermique, hyperthermique ou légèrement hypothermique (température corporelle non inférieure à 34 °C) ne se trouvant pas en état de narcose ou d'intoxication aiguë, lorsque des examens répétés révèlent la présence simultanée des symptômes ou signes suivants:

5.1 Absence de réaction à toute stimulation sensorielle ou sensitive.

5.2 Absence de respiration spontanée et de tout autre phénomène moteur spontané d'origine centrale au niveau des yeux, du visage, du voile du palais et du pharynx, du tronc et des membres.

5.3 Flaccidité et aréflexie des membres.

5.4 Dilatation pupillaire bilatérale avec absence de réaction à la lumière.

5.5 Chute rapide de la tension artérielle dès que l'assistance circulatoire est interrompue.

Cette défaillance complète des fonctions cérébrales doit être assimilée à la mort du cerveau. Un électro-encéphalogramme (EEG) peut la confirmer et en fournir la preuve.

Chez l'enfant en bas âge, il faut tenir compte des meilleures chances de récupération.

6. Le cerveau doit être aussi considéré comme mort:
   - lorsque, dans un organisme normothermique, hyperthermique ou légèrement hypothermique (température corporelle non inférieure à 34 °C), aucune activité métabolique cérébrale ne peut être constatée pendant vingt minutes au moins,
   - ou lorsqu'il est démontré sans équivoque, par un angiogramme carotidien, qu'aucun sang ne parvient plus au cerveau.

7. Le moment du décès est celui de la mort cérébrale. Soit
   a) en cas d'arrêt cardio-circulatoire primaire irréversible, le moment de l'apparition d'une dilatation pupillaire sans réaction à la lumière;
   b) en cas de mort cérébrale primaire, le moment de l'apparition de tous les symptômes de défaillance complète et irréversible des fonctions cérébrales,

8. Seul un médecin (médecin traitant ou appelé après le décès) est habilité à constater le décès.
9. Une fois survenue la mort cardio-circulatoire ou la mort cérébrale,
   a) le médecin a le droit de suspendre définitivement la respiration artificielle et l'assistance circulatoire;
   b) le prélèvement d'organes en état de survie est autorisé.
10. a) En dehors des cas de destruction évidente et complète du cerveau, la mort cérébrale doit être documentée par l'électro-encéphalographie ou par la preuve de l'absence d'activité métabolique ou de circulation cérébrales (par exemple au moyen d'une angiographie) avant le prélèvement d'organes à des fins de transplantation.
   b) Lorsque, en cas de mort cérébrale primaire, le prélèvement d'organes est prévu à des fins de transplantation, le médecin doit, pour la constatation de la mort cérébrale, avoir recours à un neurologue ou un neurochirurgien et, pour l'interprétation de l'électro-encéphalogramme, à un spécialiste compétent.
   c) Les médecins qui constatent la mort cérébrable doivent être indépendants de l'équipe chargée de la transplantation.

25 janvier 1969
et 17 novembre 1981

Recommandations d'éthique médicale sur l'insémination artificielle

1. Les recommandations qui suivent concernent l'insémination dite «artificielle», qui est celle effectuée au moyen du sperme d'un donneur anonyme. Elles sont conformes à la *Résolution du Conseil de l'Europe du 29 décembre 1978.* L'insémination artificielle ne peut se faire que sous la responsabilité du médecin qui fait l'intervention. Le médecin ne doit pas seulement se laisser guider par des considérations médicales, mais il s'assurera autant que possible que de bonnes garanties existent que l'*enfant à naître ait des conditions de vie favorables.*
2. Du *sperme* ne peut être utilisé pour insémination artificielle que si le donneur a donné son consentement par écrit. On ne procédera, d'autre part, à une insémination artificielle qu'avec l'accord par écrit de la femme à inséminer et celui de son mari, si elle est mariée, ou du partenaire non occasionnel.
3. Le médecin ou l'institution médicale qui reçoit du sperme humain aux fins d'une insémination artificielle ne peut y procéder qu'après avoir fait les *recherches et les examens nécessaires* chez le donneur pour éviter que des maladies héréditaires ne soient transmises au futur enfant ou que des maladies contagieuses ou d'autres risques n'atteignent la mère ou l'enfant. Au besoin, on recourra aux instituts de génétique humaine des facultés de médecine. Le sperme d'un même donneur ne doit pas être employé fréquemment dans le même endroit (pour éviter la consanguinité, etc.).
4. Le médecin, sous la responsabilité duquel une *insémination artificielle* est effectuée, choisira

dans la mesure du possible un donneur dont l'enfant puisse avoir l'apparence d'un enfant du couple concerné.

5. Le médecin et le personnel d'une institution médicale qui recueillent du sperme et le médecin qui effectue une insémination artificielle sont tenus au secret, tant sur l'identité du donneur et de la femme inséminée que sur l'insémination elle-même. La femme et son mari ne doivent pas savoir qui est le donneur, et réciproquement; le donneur ne doit pas non plus être une connaissance de la femme ou de son mari. Le médecin s'abstiendra de procéder à une insémination artificielle s'il paraît peu probable que le secret soit conservé.
6. Le sperme doit être *donné gratuitement.* Le donneur pourra toutefois être défrayé de sa perte de temps et de gain, de ses frais de déplacement et de ses autres débours en rapport direct avec le don du sperme. La personne physique ou l'organisation publique ou privée qui met à disposition du sperme pour insémination artificielle ne doit pas le faire dans un esprit de profit.

17 novembre 1981

Recommandations d'éthique médicale pour la stérilisation

I. Généralités

La stérilisation chirurgicale est pour les deux sexes un moyen approprié pour empêcher toute nouvelle procréation. Une *consultation médicale individualisée,* tenant compte des conditions psychiques et physiques, doit permettre d'apprécier si l'intervention est le procédé de choix dans chaque cas particulier. En règle générale la participation du partenaire est nécessaire. Il faut indiquer clairement que les possibilités de restitution de la fonction sont minimes (dans l'éventualité de mort d'enfants, de dissolution de l'union, de nouvelle union). Un délai d'attente approprié entre l'entretien et l'intervention doit être observé.

Si l'entretien fait soupçonner l'existence antérieure d'affection psychique ou de déficience mentale, il est conseillé d'appeler en consultation un *spécialiste en psychiatrie.* Cette consultation devrait intervenir en tout cas s'il existe un doute quant à la capacité de discernement du candidat concernant l'intervention.

Si le consentement juridiquement valable du patient fait défaut, la stérilisation représente une atteinte grave à l'intégrité corporelle (Code pénal suisse, art. 122, par. 1) et peut entraîner une action en dommages-intérêts ou en réparation du tort moral. L'acte n'est pas punissable si la stérilité est la conséquence inévitable d'une intervention médicale indiquée par ailleurs.

II. Stérilisation chirurgicale de sujets sains d'esprit

Des sujets sains d'esprit, capables de discernement, peuvent *décider librement* de se soumettre à une stérilisation, ce qu'ils doivent confirmer par leur signature. Le médecin doit s'assurer que le candidat n'est soumis à aucune pression. Le candidat doit savoir que les conséquences de l'intervention sont habituellement irréversibles. La stérilisation est toujours laissée à l'appréciation du médecin; il est libre de la refuser dans certains cas, contrairement au désir du candidat; il peut aussi par conviction ne pas la pratiquer.

III. Stérilisation chirurgicale de sujets déficients mentaux

Une consultation psychiatrique avec information constitue une condition préalable absolue. La consultation doit établir le diagnostic et le pronostic de la déficience mentale avec une sûreté suffisante. Si le sujet déficient mental est cependant capable d'apprécier la portée de l'intervention, il peut décider si elle doit être pratiquée, et il est seul à pouvoir le faire. S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit capable de discernement, il faut si possible obtenir l'accord des parents ou du tuteur pour l'intervention.
Chez un *incapable de discernement,* l'opération est *inadmissible* parce qu'il s'agit d'un droit extrêmement personnel qui ne peut pas être exercé par un suppléant légal.
La *capacité de discernement* doit être appréciée *en fonction de la situation:* Il faut éviter d'opérer un sujet qui n'a pas compris le problème avec toutes ses conséquences; il faut aussi éviter de refuser de manière inadmissible de tenir compte du désir d'un sujet qui a le droit de disposer de lui-même. Le sujet

déficient mental doit au moins comprendre qu'une intervention chirurgicale sera pratiquée, et qu'elle l'empêchera de façon durable d'engendrer ou de concevoir. Beaucoup de sujets déficients mentaux, en particulier les débiles mentaux, sont fortement dépendants de leur famille ou de ceux qui s'occupent d'eux. Il est donc important qu'ils puissent, dans toute la mesure du possible, exprimer librement leur opinion, c'est-à-dire en dehors de la présence de tiers qui les influencent. Il faut leur laisser assez de temps pour mûrir leur décision; cela exige en règle générale deux consultations séparées par un intervalle de plusieurs semaines.

Chez le sujet déficient mental, les risques d'un mécontentement ou de conséquences désagréables qui seront attribuées à l'intervention sont plus grands que chez le sujet sain. Il appartient donc au médecin de peser soigneusement les avantages et les inconvénients de chaque solution et de choisir ensuite celle qui sera la plus utile à l'intéressé.

17 novembre 1981

Postface

L'Académie suisse des sciences médicales attire tout particulièrement l'attention sur les

recommandations d'éthique émanant d'organisations internationales, de la Fédération des médecins suisses et de l'Académie suisse des sciences médicales:

A. «Déclaration universelle des droits de l'homme», adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948[1]

B. «Code international d'éthique médicale», adopté par l'Assemblée générale de l'Association médicale mondiale à Londres en octobre 1949[1] et complété à Sydney en 1968 (devoirs généraux du médecin, devoirs du médecin à l'égard du malade, devoirs des médecins entre eux)

C. «Déclaration de l'Association médicale mondiale» au cours de sa 27e assemblée à Munich en 1973 (condamnation de la discrimination entre individus)

D. «Déclaration d'Helsinki» en 1968, de l'Association médicale mondiale, complétée à Tokyo en 1975[1], concernant la recherche expérimentale appliquée à l'homme

E. «Vade-mecum 1979» de la Fédération des médecins suisses: résumé des documents nécessaires à la pratique médicale, reproduction textuelle d'anciens documents d'éthique médicale (Serment d'Hippocrate[1], Serment médical de Genève 1948[1] de l'Association médicale mondiale)

F. Symposium «Ethique et médecine» de l'Académie suisse des sciences médicales, Bâle, 28/29 mars 1980 (Bull. Acad. suisse Sci. Méd. *36*, 4–6, 1980, ainsi que sous forme de livre, Verlag Schwabe & Co. AG, Bâle, 1981).

---

[1] Ces textes (en langue allemande) sont reproduits dans: J. Wunderli et K. Weisshaupt: Medizin im Widerspruch, Walter Verlag Olten, 1977.

La Commission centrale d'éthique médicale de l'Académie, qui a élaboré ces recommandations et la directive à l'attention du Sénat de l'ASSM, est formée de membres en fonction et d'anciens membres du Sénat de l'Académie, de médecins praticiens de différentes régions linguistiques de la Suisse, de représentants du Comité central de la Fédération des médecins suisses, de représentants de l'Association suisse des infirmières et infirmiers ASI, et d'un juriste d'une université suisse.

Les membres de cette Commission pour la période administrative 1979–1982 sont:

Prof. Dr *O. Gsell,* président de la Commission, Bâle/St-Gall; Prof. Dr *J. Girard,* secrétaire général de l'ASSM, Bâle; D^r^ med. et iur. *J. Bergier,* Le Mont (jusqu'à fin avril 1981); Dr *J. Buffle †,* Genève; Mme Dr *C. Ernst-Allemann,* Zurich (dès fin avril 1981); Dr *J. Imfeld,* Bienne (jusqu'à fin avril 1981); Prof. Dr *R.-S. Mach,* Genève; Dr *E. Rossetti,* Ambri; Mlle *R. de Roulet,* Genève; Prof. Dr *H. Schultz,* Berne/Thoune; Mme Dr *G. Siegenthaler-Zuber,* Zurich; Prof. Dr *G. Stalder,* Bâle; Dr *V. Tatti,* Bellinzone; PD Dr *N. de Tribolet* (dès fin avril 1981); Dr *K. Zimmermann,* Zurich; Mme *M. Zierath,* Bâle.

Le président de l'Académie est invité à participer aux séances:
le Prof. Dr R.-S. *Mach,* président jusqu'au printemps 1980, ensuite le Prof. Dr A. *Cerletti,* Bâle.

Les présidents des sous-commissions étaient:
Prof. Dr R. *Wenner,* Bâle; Prof. Dr O. *Gsell,* Bâle/St-Gall; Prof. Dr R.-S. *Mach,* Genève; Prof. Dr J. *Bernheim,* Genève.