

L'académie suisse des sciences médicales et l'euthanasie

Autor(en): **Mach, René S.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse**

Band (Jahr): **87 (1978)**

Heft 7

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-549358>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

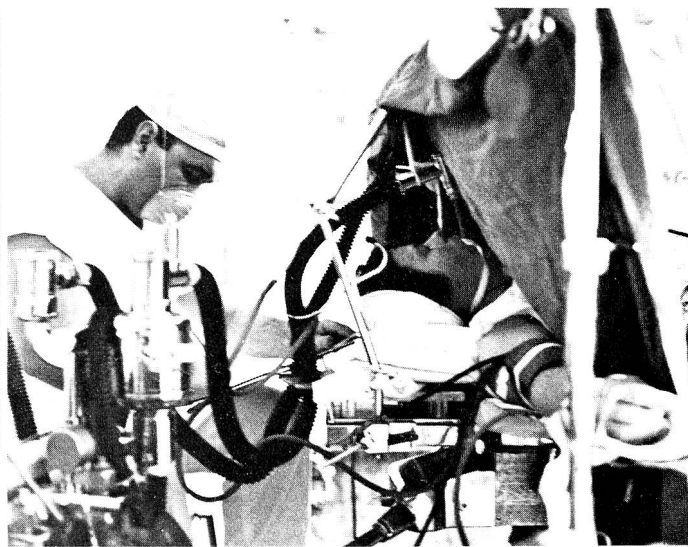
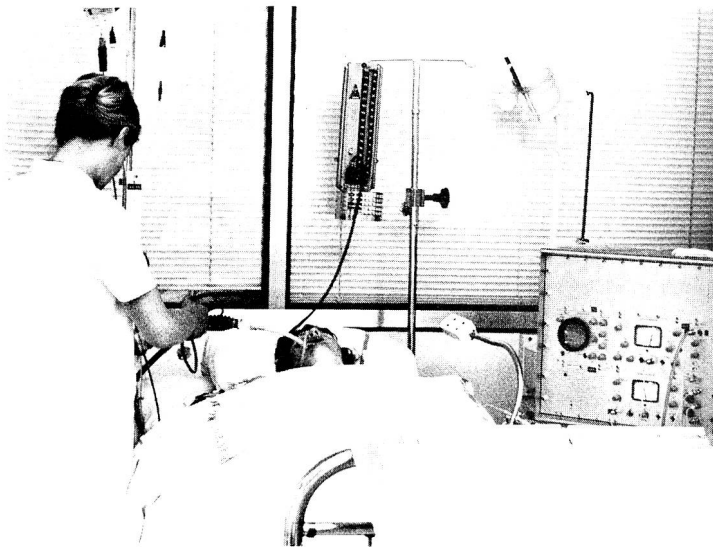
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

L'Académie suisse des sciences médicales¹ et l'euthanasie

Professeur René S. Mach²



Il y a deux ans, le Conseil d'Etat d'un canton suisse a posé à l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) la question suivante:

Quelle réponse faut-il donner à un chirurgien du cœur qui demande s'il a le droit de refuser de poser un «pacemaker» à un malade de 82 ans, désorienté dans le temps et dans l'espace? Nous étions placés pour la première fois devant un problème d'euthanasie passive. La même année, le Conseil national, après une étude approfondie du sujet, a renoncé à insérer dans la loi le droit à l'euthanasie et a transmis ce dossier à l'Académie suisse des sciences médicales.

Pour remplir sa mission, l'ASSM a dû nommer une commission composée de médecins, de juristes, de théologiens catholiques et protestants, car le problème posé n'est pas seulement d'ordre médical, il est d'ordre juridique et éthique. Cette commission a publié le 5 novembre 1976 des directives qui ont été traduites dans nos trois langues nationales et en anglais. Ces directives ont suscité un grand intérêt en Suisse et à l'étranger. D'après le Professeur Gsell, elles ont été analysées dans plus de 142 journaux dans le monde. Enfin, elles viennent d'être déclarées obligatoires pour les médecins par le Conseil d'Etat de Zurich.

Commençons par une *définition*: au sens étymologique du mot, euthanasie égale «mort douce» ou «bonne mort». C'est le sens que lui donne celui qui a créé ce terme, le philosophe et chancelier d'Angleterre, Francis Bacon (1561-1626), qui écrit: «C'est la fonction du médecin d'adoucir les peines et les douleurs non

seulement lorsque cet adoucissement peut conduire à la guérison, mais lorsqu'il peut servir à procurer une mort calme et facile.» Malheureusement, à cette conception d'une mort naturelle et subie, s'est ajoutée peu à peu la notion d'une mort donnée ou provoquée, appelée également euthanasie. C'est pourquoi nous trouvons ces deux définitions dans le dictionnaire. Le Larousse dit: «Mort sans souffrance, théorie selon laquelle il serait licite d'abrèger la vie d'un malade incurable pour mettre fin à ses souffrances» et le Robert dit: «Mort douce et sans souffrance, théorie selon laquelle il est charitable et légitime de provoquer la mort des malades incurables, dont la fin est proche, lorsqu'ils souffrent trop.»

Il est intéressant de noter que nos collègues suisses alémaniques n'emploient plus le terme d'euthanasie depuis que, sous le troisième Reich, on s'en est servi abusivement pour mettre à mort des sujets indésirables ou jugés inutiles. Ils l'ont remplacé par le mot «Sterbehilfe» ou «aide à la mort» ou «aide au mourant», ce qui n'est pas tout à fait la même chose que l'euthanasie, mais pour nos collègues, c'est le terme consacré. Les directives de l'Académie commencent par un préambule.

«*Préambule. Le devoir du médecin 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, un soutien personnel et des soins.*»

Plus loin les directives disent: «*Quand le patient a été convenablement renseigné et qu'il est capable de discernement, sa volonté quant au traitement doit être res-*

pectée, même si elle ne correspond pas aux indications de la médecine.»

L'Académie a introduit ici deux notions nouvelles. La première, c'est que tout malade doit être convenablement renseigné; c'est le droit à l'information. Le malade doit savoir pourquoi on le soigne et qui le soigne. Ce droit et cette liberté du malade ont déjà été reconnus par le Conseil de l'Europe en février 1976.

La deuxième notion c'est que la volonté du malade quant au traitement doit être respectée. Par exemple, si un malade atteint d'urémie chronique ne veut plus son traitement d'hémodialyse, le médecin devra s'incliner. Il faut ajouter que le médecin a aussi le devoir de persuader de toute son énergie et de tout son cœur le malade de son erreur et d'obtenir qu'il accepte finalement le traitement salvateur. Presque toujours, s'il a de l'autorité et du talent, le médecin réussira à persuader son patient.

Plus loin les directives disent que «*quand le malade est incapable de discernement, le médecin doit 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.*» «*Chez les mourants et chez 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.*»

C'est donc la condamnation de ces traitements prolongés à tout prix et de ce qu'on

a appelé l'acharnement thérapeutique. Nous reviendrons plus loin sur ce problème si important de la prolongation artificielle de la vie. La tâche du médecin ne consiste pas seulement dans la prescription de médicaments.

Quand le malade est condamné ou qu'il entre en agonie, le médecin doit à son malade un «soutien personnel», ce que nos collègues suisses alémaniques appellent le «Beistand», c'est-à-dire se tenir à côté.

«L'assistance au mourant entre aussi dans le devoir du médecin; elle consiste à suivre le malade dans ses derniers moments pour qu'il puisse mourir dans la dignité.» C'est là une notion nouvelle, car pendant longtemps et surtout dans les hôpitaux, les médecins se sont désintéressés de leurs malades quand ces derniers étaient condamnés et quand il n'y avait aucune chance de guérir. Cette fuite devant la mort, cette peur de la mort a été critiquée par le public qui n'acceptait pas cette sorte d'abandon. Aux Etats-Unis est né tout un mouvement qui est commenté et illustré dans l'excellent livre de Mme Kübler-Ross, où sont réunis les entretiens que cette femme remarquable a eus avec les mourants et l'équipe de psychiatres, psychologues, théologiens et médecins. De telles équipes ont pris naissance aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne. A Genève, la directrice de l'Ecole du Bon Secours donne aux infirmières des cours sur le même sujet. Le doyen Jenny, peu de temps avant sa mort, avait commencé à donner des leçons aux étudiants en médecine sur cette collaboration entre médecin et malade avant la mort. Le médecin est donc appelé à collaborer avec les infirmières, les assistants sociaux, les aumôniers pour que les derniers moments du malade se passent dans la paix, le calme et la dignité. Il est nécessaire que le médecin fasse tout ce qui est en son pouvoir pour libérer un malade qui va mourir de la «tuyauterie», des goutte-à-goutte, des appareils de drainage, de tout ce qui n'est plus, à ce moment-là, nécessaire. Il va sans dire qu'il est beaucoup plus facile à domicile de maintenir et d'établir le contact entre le malade et sa famille que dans les hôpitaux. La suppression d'un traitement dans un hôpital universitaire est toujours un événement qui est commenté et qui est discuté.

Les directives de l'ASSM disent plus loin: *«L'aide du médecin prend fin avec la mort du patient.»* Mais ce moment de la mort, le médecin a-t-il le droit de le modifier? A-t-il la permission de changer l'heure du trépas? C'est là tout le problème. Grâce aux progrès de la médecine, le médecin peut retarder ce moment de la mort, il est capable de faire une réanimation, de ressusciter le malade, d'assurer une prolongation, une sorte de survie, manœuvre qui risque d'aboutir à une sorte d'acharne-

ment thérapeutique. Mais il a surtout le pouvoir, la tentation et parfois le devoir d'avancer la date de cette mort. Pour intervenir, le médecin pourra recourir à deux formes d'activités qu'il est souvent difficile de distinguer l'une de l'autre, l'euthanasie active et l'euthanasie passive.

Voici la définition que donne l'ASSM: *«L'euthanasie active tend à abrégér délibérément la vie d'un sujet 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 (C.P.S. art. 111 à 113). L'euthanasie active reste punissable, même quand elle a été pratiquée à la demande du patient (C.P.S. art. 114).»*

La situation est claire: l'euthanasie active est condamnée par la loi.

«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 et alimentation artificielle.»

Et enfin voilà ce que décide l'ASSM et qui est très important:

«Il est médicalement justifié de renoncer à une thérapeutique ou 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 vers un pronostic fatal.» C'est reconnaître au malade un droit nouveau: le droit de ne pas être obligé de souffrir. Voici un exemple des plus banals d'euthanasie passive: c'est d'arrêter les antibiotiques chez un malade atteint d'un cancer généralisé qui souffre atrocement, c'est d'arrêter des séances de dialyse rénale (rein artificiel) à un malade qui n'a plus ni le courage ni le désir de persévérer dans sa thérapeutique qui le fatigue trop. Sur cette lutte contre la souffrance, tous les avis ne sont pas aussi catégoriques. Mlle Jeanne Hersch, citée en qualité de professeur de philosophie à la commission du Conseil national, a fait une intervention qui est résumée ainsi dans le compte rendu officiel: «Elle s'en prend à la tendance toujours plus prononcée qui veut accorder à l'homme un droit de non-souffrance. Or la souffrance est l'une des conditions dans lesquelles se déroule la vie humaine. Souffrir peut avoir un sens aussi longtemps que l'être humain a toute sa conscience. L'être humain ne saurait être tué par pitié comme un animal.» Il est vrai qu'en voulant, dans chaque cas et à tout prix, éviter les douleurs, on arrive lentement à un abus de calmants, à ce qu'on a appelé une «civilisation du Valium»!

Avant d'aborder le problème de l'euthanasie médicale, c'est-à-dire qui concerne les malades, j'aimerais faire un bref historique de ce qu'on a appelé l'euthanasie sociale ou politique, telle que l'ont utilisée certains régimes totalitaires. A ceux qui voudraient que l'euthanasie soit insérée dans la loi et devienne ainsi légalisée, j'aimerais montrer combien cette attitude devient dangereuse quand l'Etat est puissant et tyrannique. Quand Nietzsche, le grand philosophe, dont le psychisme était un peu déséquilibré, réclame l'euthanasie pour débarrasser «la société des parasites qui ont l'inconvenance de vivre longtemps», cela n'a pas beaucoup de conséquences pratiques, cela reste de la philosophie! Mais quand il s'agit d'un gouvernement puissant, comme celui des nazis, tout est différent. Jacques Bréhant, chirurgien de cancéreux, signale que Nietzsche est mort en 1900 et que c'est trente ans plus tard que sa doctrine a été reprise par l'Etat totalitaire dirigé par Hitler. Dès 1930, en effet, en Allemagne tout est réalisé pour préserver la pureté de la race germanique et pour éviter les charges sociales inutiles à l'Etat. Une loi du 18 octobre 1935 interdit tout mariage à toute personne souffrant d'une maladie héréditaire. C'est en 1939 qu'un décret signé par Hitler déclare que le Dr Brandt est chargé d'établir la compétence de certains médecins «à accorder la délivrance par la mort» aux malades qui auront été déclarés incurables. Cette délivrance par la mort, «Aktion Gnadentod», vise surtout les aliénés dont les asiles vont être vidés.

L'euthanasie médicale

Nous devons essayer de comprendre pourquoi les problèmes d'euthanasie se posent aujourd'hui avec une telle acuité. Cela est dû à deux raisons principales:

1. l'effet des médicaments modernes et de tous les progrès de la thérapeutique qui prolongent artificiellement la durée de la vie de nos malades souvent sans les guérir;
2. l'introduction des unités de soins intensifs et des unités de réanimation a créé une pathologie nouvelle. En effet, grâce aux méthodes dites de «ressuscitation» qu'on emploie dans les hôpitaux, on a créé quelquefois artificiellement des états de survie qu'on a appelé le «coma dépassé». On a fait vivre artificiellement grâce à ces techniques, chez les adultes comme chez les enfants, des sujets dont le cerveau était gravement endommagé et qui, sans la mise en train de ces techniques modernes seraient morts. Dans la grande majorité des cas, ces réanimations sont une victoire et permettent de passer un moment difficile suivi d'une restauration complète ou partielle de la santé. Un diabétique entré dans le coma à la suite d'une

infection peut, en quelques jours, moyennant un traitement aux soins intensifs, corriger son acidose, avoir une pression normale et reprendre son travail à 100 %. Un grand cardiaque après un infarctus peut, à la suite d'un arrêt du cœur qui a mis sa vie en danger, reprendre des fonctions circulatoires normales et se remettre au travail. Il en est de même des anuries après des avortements qui étaient une complication dont on mourait avant l'introduction des soins intensifs. C'est donc un énorme progrès que l'introduction de ces moyens de traitement dans les hôpitaux, et on aurait tort de les critiquer.

Il faut cependant réaliser les inconvénients qu'entraîne pour le malade et pour la famille le passage dans ces unités, et d'abord le fait que le malade est séparé de sa famille qu'il ne peut voir que quelques instants, et, en réalité, le fait que le malade est tributaire de nombreux aides techniques, de tubulures, d'appareils respiratoires, etc. et d'une quantité de contrôles qu'il supporte parfois très mal. Simone de Beauvoir dans le livre qu'elle a consacré à la mort de sa mère a fait une analyse détaillée de toutes les souffrances de cette malade qui donne des frissons.

Mais il y a surtout le fait qu'avec ces appareils perfectionnés on a parfois créé artificiellement, comme je viens de le dire, des survies qu'on a appelées le coma dépassé. J'aimerais donner un exemple de coma dépassé chez les adultes et parler ensuite des enfants.

Je cite souvent aux étudiants le fameux cas princeps de l'Hôpital Necker, signalé par Hamburger, d'une jeune fille entrée à l'Hôpital en anurie avec des complications cardiaques, méningées et pulmonaires et qu'on maintient pendant six semaines en vie grâce aux appareils. Elle est complètement inconsciente, tous les réflexes sont négatifs, l'électroencéphalogramme est plat, et devant une situation qui ne s'améliore pas et toutes les apparences de la mort, on appelle le neurologue, le professeur l'Hermite. Après un examen très attentif et un interrogatoire prolongé, le neurologue donne les conclusions suivantes:

« Cette malade est morte depuis plus de huit jours. » On arrête les appareils, la malade meurt. Le neurologue avait raison. A l'autopsie, le cerveau est en état de ramollissement qui rappelle les autopsies faites tardivement. La mort avait été cachée, on pourrait dire escamotée par les appareils de réanimation.

Vous savez que c'est à la suite de tels cas de coma dépassé qu'on a dû revoir la définition de la mort. La mort n'est plus jugée sur l'arrêt du cœur, elle est avant tout une mort cérébrale. Sur ce sujet l'ASSM dans ses directives du 25 janvier 1969 a discuté la définition et le diagnostic de la mort.

Elle affirme que l'être humain peut être considéré comme mort lorsqu'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 »,

et l'Académie ajoute qu'une fois la mort cérébrale ou cardio-circulatoire survenue, le médecin a le droit de suspendre définitivement la respiration artificielle et l'assistance circulatoire. Il a le droit également de prélever des organes en état de survie.

J'aimerais revenir sur les situations nouvelles, créées artificiellement par les thérapeutiques de réanimation chez les nouveau-nés, tout spécialement chez les nouveau-nés prématurés.

La médecine périnatale qui s'occupe des enfants avant, pendant et après la naissance, nous apprend que le cerveau du nouveau-né qui est en voie de développement est très sensible à l'asphyxie (manque d'oxygène, excès de CO₂ et d'acide lactique) qui peut survenir lors de l'accouchement. Si l'arrêt respiratoire dure plus de cinq à dix minutes, les risques de lésion grave avec hémorragie ventriculaire sont énormes. C'est pourquoi l'ASSM, après un rapport très complet du professeur Prud'hom, de Lausanne, un des meilleurs spécialistes dans ce domaine, a donné les directives suivantes: « *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.* »

C'est là une décision d'une grande importance, car jusqu'il y a trois ans, on a fait vivre grâce aux appareils de réanimation des nouveau-nés atteints de lésions neurologiques très graves, irréversibles, nécessitant ultérieurement le placement dans des établissements spécialisés, causant des souffrances morales atroces aux familles. Dans tous ces cas, l'euthanasie passive doit être pratiquée. Soulignons d'ailleurs le fait qu'il y a dix ans déjà, le pape à un Congrès des anesthésistes avait autorisé chez les prématurés l'arrêt des appareils dans certains comas dépassés.

Cette décision que doit prendre le médecin responsable d'arrêter les appareils, le médecin ne la prend pas seul. Il discutera avec la famille, le personnel soignant, les assistantes sociales et les aumôniers. C'est seulement après une longue réflexion qu'on laissera la nature agir, et

dans la majorité des cas – ce n'est pas toujours obligatoire – le malade mourra. Même s'il a agi au plus près de sa conscience, et si la décision d'arrêter la survie artificielle est le résultat d'une longue méditation à plusieurs, il se trouvera toujours des gens et des parents pour regretter cette décision et souvent ne pas la comprendre.

Malades incurables non soumis aux moyens artificiels de la survie

A côté des malades que nous venons de voir, chez lesquels la mise en action d'appareils est responsable de leur survie – ils sont heureusement l'exception – nous rencontrons dans notre activité des malades qui spontanément posent des problèmes d'euthanasie. Il y a lieu de discuter ici, selon l'Académie, de deux types de malades, les mourants et ceux qui sont atteints d'une maladie mortelle.

Les malades mourants: *Quand le médecin se trouve en présence d'un sujet qui se meurt, si les signes cliniques indiquent que l'évolution vers la mort se fait à brève échéance, le médecin peut renoncer à des mesures techniques qui seraient encore possibles.*

Il s'agit ici de l'assistance au décès. L'Académie permet de renoncer au maintien en vie à tout prix et à la réanimation d'un homme qui va mourir. A ce moment le médecin se contente de calmer les souffrances, de donner des analgésiques et des somnifères. Il va s'efforcer de faire en sorte que le malade meure dans la paix et dans la dignité. Il est évident que ces thérapeutiques ridicules et inutiles, comme nous les avons vues lors de la mort du général Franco, ne doivent pas être encouragées. Il faut signaler ici encore que le rôle de la famille est important, qu'elle a son mot à dire et qu'elle a toujours la possibilité de reprendre le mourant à domicile.

Malades atteints d'une affection chronique et incurable et de douleurs intolérables

Chez ces malades, qui, comme le dit François Mauriac, « n'en finissent pas de mourir », il y a lieu de séparer ceux qui sont conscients et ceux qui ne le sont pas. Voici ce que dit l'Académie: « *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 les mesures thérapeutiques que le patient ne désire plus, fait défaut. Dans ces 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.»

Le médecin évitera donc de prolonger la vie, mais il n'a pas le droit de provoquer une mort anticipée par euthanasie active, même si la famille et le malade le réclament. Cette directive de l'ASSM est semblable à celle du Conseil de l'Europe, qui dit que «même dans les cas qui lui semblent désespérés», le médecin n'a pas le droit de «hâter intentionnellement le processus naturel de la mort». Cette euthanasie par pitié n'est donc pas acceptée.

Devant ce malade, cette famille qui insiste pour que cette agonie intolérable prenne fin, le médecin est placé devant un cruel dilemme: ou ne rien faire, ou commettre un acte illégal.

Dans le concret, ce que fait très souvent le médecin, c'est d'utiliser une dose de calmants assez forte pour que, en même temps qu'il enlève la douleur, il abrège aussi la vie. C'est ce qu'un juriste anglais résume très bien en disant «is the doctor free to administer a dose sufficiently large to kill the pain, even though he knows it is also likely to kill the patient?» C'est également ce que le Conseil de l'épiscopat français a décidé le 16 juin 1976 en disant: «Il n'est jamais défendu d'utiliser des analgésiques pour soulager la souffrance, même si indirectement l'échéance de la mort devait en être avancée.» Dans une séance de la Royal Society of Medicine du 2 février 1977 consacrée à ce sujet, certains médecins ont proposé une solution à ces situations sans issue; c'est la collaboration d'un médecin au suicide, c'est-à-dire «la complicité en matière de suicide». Pour cette action, le médecin en Angleterre est passible des tribunaux mais, dans la règle, il n'y a que 10 % des cas auxquels on inflige finalement une peine. En Suisse, le Code pénal (art. 115), chose intéressante, ne rend coupable de complicité de suicide que le médecin qui, «poussé par un mobile égoïste», aurait incité une personne au suicide. Il n'y a donc que des motifs égoïstes qui peuvent rendre coupable le médecin, mais quand il rend service, il n'est pas poursuivi³.

J'aimerais insister une fois encore sur la responsabilité d'une telle décision. Il arrive que le médecin se sente seul et dans une situation difficile. Certains pensent que c'est là un problème purement technique et qu'une solution peut être trouvée par des lois et des recettes. Tel n'est pas le cas: le médecin devra juger lui-même tout seul, avec son intelligence, son expérience, son intuition et j'ajouterais avec *bon sens*. J'emploie ce mot dans le sens que lui donne le Robert qui dit: «Capacité de bien juger, sans passion, en présence de problèmes qui ne peuvent être résolus par un raisonnement scientifique.» Il faudra donc que ce médecin ait un sens du devoir, une conscience professionnelle, ou mieux

encore une conscience morale qui est une référence à des échelles de valeurs: respect de la société, respect de la vie, etc. Cela il ne l'apprendra pas dans les livres, il ne l'apprendra pas dans les leçons, mais par l'exemple, l'exemple que lui auront donné son patron, ses chefs de clinique, ses camarades d'hôpitaux, l'équipe soignante avec les aumôniers, les infirmières et les travailleurs sociaux qui la composent. C'est ainsi que se forme le jugement et ce qu'on appelle la conscience médicale. Tout au long de cet exposé, nous avons constaté que dans cette utilisation de l'euthanasie l'ASSM a fait confiance au médecin. C'est en définitive lui seul qui, après avoir jugé au plus près de sa conscience, porte la responsabilité de ses actes. Le droit du médecin n'est pas mentionné par la loi. Je rappelle que le Conseil national suisse a renoncé à légaliser l'euthanasie, et que les recommandations du Conseil de l'Europe demandant d'inscrire ce droit dans la Constitution ont été refusées à deux reprises par le Parlement britannique. Plusieurs ecclésiastiques, dont l'archevêque de Cantorbéry, le révérend Donald Coggan, ont manifesté leur crainte devant une législation qui autoriserait l'euthanasie. Certains de nos collègues médecins ont manifesté leur inquiétude. Mon ami, le professeur Milliez, dont on connaît le grand courage dans le problème de l'avortement, écrit: «Il serait très dangereux d'édicter des lois dans ce domaine où l'on risque des abus effroyables. Nous voyons trop de turpitudes pour ne pas être inquiets sur les sentiments de certains à l'égard de leurs proches, malades ou âgés. Des gens qui convoitent des héritages peuvent être tentés de faire disparaître leurs vieilles tantes ou leurs vieux parents, jugés trop encombrants.» Schwarzenberg parle «de la tentation qui serait trop grande de se débarrasser ainsi de l'oncle à héritage qui est en train de dilapider ses derniers sous». Nous pensons donc qu'il est peu probable que le vote étonnant du peuple zuricois, qui a accepté par 203 000 voix contre 144 000 une initiative où l'on demande d'inscrire dans la Constitution le droit à l'euthanasie, soit accepté par le Conseil fédéral et fasse l'objet d'un vote du peuple suisse. Ce vote, que la *Neue Zürcher Zeitung* a appelé une «panne» de la démocratie, a étonné les autorités zuricoises, Conseil d'Etat et Grand Conseil, qui s'étaient prononcées négativement.

Nous continuons de penser qu'il est raisonnable que ces droits du médecin ne figurent pas dans une loi, car l'image du médecin doit être celle d'un homme qui travaille pour la vie et non pour la mort. Si les médecins étaient reconnus comme exerçant officiellement cette fonction euthanasique, quels seraient, dit le Dr Bréhant, les nouveaux rapports du malade avec leurs médecins? Les malades

auraient-ils en eux la même confiance que naguère? Accepteraient-ils sans hésitation d'entrer dans les hôpitaux ou dans des maisons de gériatrie pour chroniques si ces établissements avaient la réputation d'être enclins à favoriser la mort? Toute tentative de codification ne pourrait aboutir qu'à une impasse. Les frontières entre le permis et le défendu sont trop floues pour qu'on puisse légiférer. Il faut laisser à la conscience du médecin la lourde responsabilité de fixer l'heure de la délivrance.

Le moment est venu de tirer les conclusions générales qui sont les suivantes:

1. La prolongation de la vie qui était le but poursuivi pendant longtemps par les médecins n'est pas une fin en soi. Le soulagement des souffrances et la dignité de la mort sont tout aussi importants.
2. Le médecin a le droit et parfois le devoir de renoncer à certaines techniques de réanimation pour laisser mourir son malade d'une mort naturelle et dans la dignité.
3. Le malade a le droit à l'information, il a le droit de donner son avis sur les traitements qu'il doit subir, et il a le droit de n'être pas obligé de souffrir.
4. Une grande liberté et une grande confiance sont données au médecin par ces directives. Ces droits et ces devoirs du médecin n'ont pas à être codifiés dans une loi, car toute tentative de légiférer sur les modalités de la mort risque d'aboutir à une ingérence inadmissible dans la vie privée des malades et pourrait donner naissance à des abus.
5. Le médecin se souviendra que cet homme de chair et de sentiments qui s'est confié à lui pour vivre et pour mourir est son «prochain» au sens évangélique du terme.

¹ Conférence faite à la section genevoise de la Croix-Rouge suisse le 25 mai 1978.

² Le professeur Mach est président de l'Académie suisse des sciences médicales, mais le texte de cette conférence n'engage que son auteur et pas l'Académie.

³ Renseignements fournis par le professeur Bernheim.