

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

Directives  
concernant l'euthanasie\*



\* 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».

---

SCHWABE & CIE - BÂLE

---

## I. 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.

## II. 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.
- d) Chez les mourants et chez les malades et 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.

## III. Le soutien personnel

Le médecin assiste avec humanité son patient près de mourir ou agonisant, pour autant qu'un contact soit encore possible avec lui.

## IV. 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 au décès, 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 abrégé 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 (C.P.S. art. 111 à 113; annexe). L'euthanasie active reste punissable, même quand elle a été pratiquée à la demande du patient (C.P.S. 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 depuis longtemps d'un grave trouble de la conscience et sans plus aucune communication avec son entourage, le médecin, après une longue observation, 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

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.

Le processus de la mort commence lorsque les fonctions vitales élémentaires de l'organisme sont profondément altérées ou complètement défailtantes. 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» (C.O. 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. *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.



Membres de la Commission  
chargée d'élaborer ces directives

- Prof. Dr. E. LÄUPPI, Direktor des Gerichtlich-medizinischen Instituts der Universität Bern, Présidence
- Dr med. et iur. J. BERGIER, ancien Président de la Fédération des médecins suisses, Le Mont-sur-Lausanne
- Dr A.-P. GAUTIER, Conseiller national, Privat-docent à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
- Prof. Dr. Dr. h.c. O. GSELL, ehem. Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Basel, St. Gallen
- Prof. Dr. W. HADORN, ehem. Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Bern
- Prof. Dr. H. HARTMANN, Direktor des Gerichtlich-medizinischen Instituts der Universität Zürich
- Dr J. IMFELD, praticien en médecine générale FMH, Bienne, Vice-président de la Fédération des médecins suisses
- Prof. Dr. F. KOLLER, ehem. Vorsteher des Medizinischen Departementes der Universität Basel, Riehen
- Prof. Dr. Dr. h.c. R.-S. MACH, Professeur honoraire à la Faculté de médecine de l'Université de Genève, Président de l'Académie suisse des sciences médicales
- Prof. Dr L. S. PROD'HOM, Médecin-chef au Service de pédiatrie et Directeur médical du Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Prof. Dr. H. RINGELING, ordentlicher Professor für theologische Ethik und Anthropologie an der Evangelisch-theologischen Fakultät der Universität Bern
- Prof. Dr. H. SCHULTZ, ordentlicher Professor für Strafrecht und Rechtsphilosophie an der Universität Bern, Thun
- Prof. Dr. G. WEBER, ehem. Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie und Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen
- Prof. Dr R. WENNER, ancien Médecin-chef du Service de gynécologie de l'Hôpital cantonal, Liestal, Secrétaire général de l'Académie suisse des sciences médicales
- Prof. Dr W. WILBRANDT, Directeur de l'Institut universitaire de pharmacologie, Berne, Vice-président de l'Académie suisse des sciences médicales
- Pater Dr. A. ZIEGLER, SJ, Studenten- und Akademikerseelsorger, Zürich
- Dr K. ZIMMERMANN, spécialiste FMH en anesthésiologie, Zurich, Président de la Fédération des médecins suisses

## Code pénal suisse

*Meurtre*

Art. 111. Celui qui aura intentionnellement tué une personne sera puni de réclusion pour cinq ans au moins, en tant que les conditions prévues aux articles suivants ne seront pas réalisées.

*Assassinat*

Art. 112. Si le délinquant a tué dans des circonstances ou avec une préméditation dénotant qu'il est particulièrement pervers ou dangereux, il sera puni de la réclusion à vie.

*Meurtre par passion*

Art. 113. Si le délinquant a tué alors qu'il était en proie à une émotion violente et que les circonstances rendaient excusable, il sera puni de la réclusion pour dix ans au plus ou de l'emprisonnement pour un à cinq ans.

*Meurtre sur la demande de la victime*

Art. 114. Celui qui, sur la demande sérieuse et instante d'une personne, lui aura donné la mort sera puni de l'emprisonnement.

*Contrainte*

Art. 181. Celui qui, en usant de violence envers une personne ou en la menaçant d'un dommage sérieux, ou en l'entravant de quelque autre manière dans sa liberté d'action, l'aura obligée à faire, à ne pas faire ou à laisser faire un acte sera puni de l'emprisonnement ou de l'amende.