

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



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-

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

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 pour la définition et le diagnostic de la mort

1. Le développement des techniques de réanimation a rendu nécessaire une nouvelle définition des critères de la mort chez l'homme.
2. Il est possible de suppléer, chez l'homme, à la défaillance de la fonction respiratoire par la respiration artificielle et à celle de la fonction cardiaque par le massage du cœur et l'assistance circulatoire.
3. Il n'existe aucun moyen de remédier à l'ensemble des conséquences d'une défaillance complète et persistante des fonctions du cerveau, y compris celle du tronc cérébral qui conduit nécessairement à la mort de l'organisme tout entier et définit donc la mort.

Définition et diagnostic de la mort

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;
 - b) Défaillance complète et irréversible des fonctions du cerveau.
5. La défaillance complète et irréversible des fonctions cérébrales, y compris celle du tronc cérébral, doit être admise, malgré le maintien d'une activité cardiaque, dans un organisme humain normothermique ou hypothermique, lorsque toute influence d'agents myorelaxants ou dépresseurs du système nerveux central, toute intoxication et toute forme de coma métabolique sont formellement exclues et lorsque les signes cliniques suivants de la mort sont présents simultanément et pendant au moins 6 heures:
 - 5.1. Coma profond et d'étiologie clairement établie.
 - 5.2. Dilatation pupillaire bilatérale sans réaction à la lumière.
 - 5.3. Absence des réflexes oculo-céphaliques (absence de mouve-

- ments des globes oculaires lors de la rotation passive rapide de la tête).
- 5.4. Absence des réflexes cornéens.
- 5.5. Absence de toute réaction à la stimulation douloureuse du trijumeau (pression exercée avec force à l'émergence de la 2^e branche, sous le rebord orbitaire inférieur).
- 5.6. Absence du réflexe de toux (lors de l'aspiration bronchique) et absence du réflexe oro-pharyngé (lors de la stimulation tactile de la paroi postérieure du pharynx).
- 5.7. Absence de respiration spontanée: apnée (voir Remarques spéciales lit. a).
- 5.8. La persistance de réflexes et de réaction de retrait d'origine purement médullaire aux quatre membres à la stimulation douloureuse est compatible avec le diagnostic de mort cérébrale.
6. Les signes cliniques mentionnés sous 5.1 à 5.8 sont suffisants pour admettre la mort du malade lorsqu'il y a une lésion primaire évidente du cerveau.
7. En cas de lésion cérébrale, secondaire à une anoxie ou à un trouble métabolique grave, les signes mentionnés sous 5.1 à 5.8 doivent avoir été présents pendant plus de 48 heures. En cas d'intoxication, l'épuration de l'agent toxique doit être prouvée.
8. Autres critères de la mort du cerveau:
- 8.1. Absence complète de circulation intracrânienne démontrée par une artériographie contrastée des 4 vaisseaux ou une angiographie radio-isotopique.
- 8.2. Pression intracrânienne, mesurée de manière continue, supérieure à la pression artérielle systolique directe pendant plus de 20 minutes.
9. Le moment du décès est celui du diagnostic de la mort du cerveau.
10. Seul un médecin est habilité à constater le décès.
11. Puisque la mort du cerveau équivaut au décès,
- 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.
12. Lorsqu'un prélèvement d'organes est prévu, le diagnostic doit être confirmé par un médecin compétent, indépendant de l'équipe chargée de la transplantation.

Remarques spéciales

a) Test d'apnée:

L'absence de respiration spontanée ne peut être constatée que chez un malade dont la paCO_2 est supérieure à 50 mm Hg (6,65 Kpa) et dont le pH artériel est de moins de 7,4. Le test d'apnée peut être réalisé sans risque d'hypoxémie en utilisant la technique de l'oxygénation par diffusion.

b) La mort cérébrale chez l'enfant (jusqu'à 5 ans):

Les critères de mort cérébrale décrits ci-dessus, bien qu'ils aient été validés principalement chez l'adulte, sont aussi applicables aux enfants. Il faut cependant savoir que les causes des lésions cérébrales et les mécanismes du coma chez l'enfant, et en particulier chez le nouveau-né, sont souvent différents de l'adulte et que le cerveau de l'enfant a une capacité de récupération fonctionnelle plus grande que celui de l'adulte. Pour ces raisons, chez l'enfant, il faut que les signes neurologiques de mort cérébrale aient été présents pendant au moins 24 heures. Les tests complémentaires pour déterminer l'absence de circulation cérébrale peuvent être nécessaires dans certains cas particuliers.

c) Cas particuliers de l'hypothermie:

Une hypothermie primaire, avec température en dessous de 32,2° C, doit être exclue, car elle peut conduire à un état clinique simulant la mort cérébrale.

Par contre, une hypothermie secondaire à la destruction cérébrale est admise comme faisant partie des critères.

d) Electro-encéphalogramme:

Dans certains cas particuliers, de coma métabolique par exemple, il peut être utile de compléter l'examen clinique par un électro-encéphalogramme. Dans ces cas-là, une absence complète de signe d'une activité EEG doit être constatée sur deux enregistrements à 24 heures d'intervalle. Le diagnostic de tracé nul doit être vérifié par un médecin spécialisé et ne peut être porté que si l'on respecte les conditions techniques et méthodologiques définies par l'Association Suisse d'Electro-encéphalographie et de Neurophysiologie clinique.

Commentaires sur les nouvelles directives pour la définition et le diagnostic de la mort

Nous nous sommes efforcés de proposer des critères exclusivement cliniques qui permettent aux médecins des hôpitaux régionaux, aussi bien que des centres universitaires, de poser le diagnostic de mort cérébrale. C'est pour cette raison que nous n'avons donné qu'un rôle secondaire aux examens complémentaires tels qu'angiographie et EEG. Nous avons, par contre, apporté plus de précision à la définition des critères cliniques. Ces mêmes critères cliniques sont d'ailleurs actuellement admis en Allemagne, en Angleterre et dans la plupart des États aux États-Unis.

Il faut comprendre que la mort n'est pas un événement punctiforme dans le temps, mais qu'il s'agit d'un processus évolutif. Il s'agit donc de déterminer le moment où sera atteint dans cette évolution le point de non-retour d'une défaillance complète persistante et irréversible du cerveau et du tronc cérébral. L'examen clinique des fonctions du tronc cérébral est particulièrement important et c'est pour cela que nous avons détaillé les réflexes les plus facilement examinables et que nous avons insisté sur les conditions de la définition de l'apnée. Les critères cliniques doivent être totalement fiables, c'est-à-dire que l'on ne peut pas tolérer la possibilité de faux positifs. Une étude récente, faite en Angleterre sur plus de 600 patients dans 3 centres différents, a montré que des critères cliniques identiques aux nôtres sont cent pour cent fiables dans le diagnostic de la mort¹. Tout comme dans nos directives, ces critères admettent la persistance d'une activité médullaire.

D'une manière générale, nous pensons qu'il ne faut jamais se hâter de poser le diagnostic et c'est pourquoi nous proposons des périodes précises pendant lesquelles les signes cliniques doivent être présents. Il est important de distinguer entre mort cérébrale «primaire» de cause évidente et mort cérébrale «secondaire» de cause souvent incertaine. Dans cette deuxième situation, la période

¹ Jennet B., Gleave J., Wilson P.: Brain death in three neurosurgical units. *Brit. med. J.* 1981/1, 533-539.

d'observation clinique doit être plus longue et l'on peut avoir recours à des examens complémentaires tels qu'angiographie et EEG. Ces examens ne remplacent cependant jamais l'examen clinique et ne permettent pas à eux seuls de poser le diagnostic de mort.

Nous avons également insisté sur le cas particulier des enfants dont le système nerveux central a une capacité de récupération qui dépasse nettement celle des adultes, même après des périodes de coma prolongé.

Les médecins suivants ont participé à l'élaboration du texte:

Dr R. Chiolerio, anesthésiste-réanimateur, responsable des Soins intensifs chirurgicaux du CHUV

Dr Th. Deonna, p.-d., neuro-pédiatre

Dr P. A. Despland, p.-d., responsable du Centre EEG du CHUV

Prof. C. Perret, médecin-chef des Soins intensifs médicaux et du Centre respiratoire du CHUV

Prof. F. Regli, chef du Service de neurologie du CHUV

Dr N. de Tribolet, p.-d., médecin-adjoint en neurochirurgie, CHUV

25 janvier 1969

et 6 mai 1983