11 juin 1997

Ordonnance sur l'euthanasie et le diagnostic de la mort

Le Conseil-exécutif du canton de Berne,

vu l'article 17 du décret du 14 février 1989 sur les droits et les devoirs des patients et des patientes des hôpitaux publics [Abrogé par la modification de la L du 2. 12. 1984 sur la santé publique (LSP); RSB 811.01; ROB 01-83],

sur proposition de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale,
arrête:

Article premier

Les directives de l'Académie suisse des sciences médicales sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes (I) et pour la définition et le diagnostic de la mort en vue d'une transplantation d'organes (II), reproduites en annexe à la présente ordonnance, sont déclarées applicables.

Art. 2

L'ordonnance du 14 novembre 1989 sur l'euthanasie et le diagnostic de la mort est abrogée.

Art. 3

La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} septembre 1997.

Berne, 11 juin 1997

Au nom du Conseil-exécutif,
la présidente: *Zölch*
le chancelier: *Nuspliger*

Annexe I

Directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales du 24 février 1995 sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes

1. Principes

- 1.1 Le médecin [Pour simplifier, nous n'emploierons que le masculin pour les deux sexes.] est obligé d'assister le patient dans tous les cas en l'aidant et en soulageant sa souffrance et en s'efforçant de préserver sa vie.
- 1.2 Font exception à la règle mentionnée sous chiffre 1.1 les personnes en fin de vie amenées par leur affection à une mort inéluctable, de même que les personnes souffrant de troubles cérébraux extrêmes. Chez ces patients, le médecin soulage les douleurs sans prolonger leurs souffrances. Il peut soit renoncer à administrer des traitements de survie, soit interrompre ces derniers selon les chapitres 2 et 3 ci-dessous. Pour sa démarche, le médecin devra s'assurer de la concertation avec le personnel soignant et les proches du patient.
- 1.3 Le médecin est toujours tenu de garantir des soins appropriés aux personnes en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes. Il doit utiliser toutes les techniques de la médecine palliative pour combattre la douleur, la dyspnée, l'anxiété et la confusion, spécialement après l'interruption des mesures de survie. Il peut utiliser ces techniques même si elles impliquent un risque éventuel d'abrèger la survie du patient.
- 1.4 Des interventions ayant pour but direct de mettre fin à la vie sont légalement interdites, même chez les mourants et les personnes souffrant de troubles cérébraux extrêmes.

2. Patients capables de discernement

2.1 Si un patient capable de discernement manifeste le désir de refuser ou d'interrompre un traitement ou des mesures de survie, sa volonté doit être respectée. Le médecin veille à ce que le patient reçoive les informations médicales nécessaires sur son choix et ses conséquences et s'assure que ces informations soient comprises.

2.2 L'assistance au suicide n'est pas une activité médicale. Le médecin s'efforce de soulager, de soigner et de guérir les douleurs physiques et morales pouvant amener un patient à des intentions suicidaires.

3. Patients incapables de jugement ou d'expression

3.1 Chez les patients incapables de jugement, chez les patients incapables de s'exprimer et chez les comateux, l'activité du médecin dépendra d'abord du diagnostic et du pronostic probable. Le médecin juge les conditions prévisibles de survie du patient au mieux de ses propres connaissances et sous sa propre responsabilité. Le fait de se conformer aux instructions de tierces personnes ne le libère pas de cette responsabilité.

3.2 La gravité et l'intensité des interventions et des contraintes auxquelles est soumis un patient doivent être raisonnablement proportionnelles aux résultats thérapeutiques escomptés ainsi qu'à l'espérance de vie du patient.

3.3 Dans le cas d'un pronostic non clairement établi offrant différentes manières d'agir, le médecin tient compte de la volonté présumée du patient. Si des signes vitaux sont présents, qu'ils permettent de conclure à une volonté actuelle de survivre, ceux-ci sont décisifs. S'ils sont absents, le médecin tient compte, comme orientation supplémentaire, des déclarations antérieures du patient, des indications de ses proches et des éventuelles volontés écrites du patient (voir paragraphe 3.4 ci-dessous).

En principe, s'il existe un espoir de récupération de la communication sociale et que la réapparition de la volonté de vivre est prévisible, une telle perspective est déterminante pour les choix thérapeutiques du médecin.

Le médecin doit s'appliquer à adopter un comportement qui puisse être approuvé par les proches du patient. Chez les patients mineurs ou sous tutelle, aucune mesure de survie ne pourra être refusée ou interrompue contre la volonté des représentants légaux.

3.4 Lorsque le médecin est en présence d'une déclaration écrite rédigée antérieurement par le patient alors qu'il était encore capable de discernement, celle-ci est déterminante. Cependant, ne seront pas considérées les demandes exigeant un comportement illégal de la part du médecin ou requérant l'interruption des mesures de conservation de la vie alors que, selon l'expérience générale, l'état du patient permet d'espérer un retour à la communication sociale et la réapparition de la volonté de vivre.

3.5 Dans le cas de nouveau-nés atteints de graves altérations morphologiques congénitales ou de lésions périnatales, le pronostic est particulièrement important. En cas de malformations graves ou de lésions périnatales du système nerveux central conduisant à des troubles de développement irréparables, ou si le nouveau-né ou le nourrisson ne survit que grâce à la mise en [eth] juvre de mesures techniques exceptionnelles et permanentes, le médecin pourra, après concertation des parents, renoncer à introduire ou à poursuivre de telles mesures.

Annexe II

Directives de l'Académie suisse des sciences médicales du 13 juin 1996 pour la définition et le diagnostic de la mort en vue d'une transplantation d'organes

1. Critères de la mort clinique

L'être humain est considéré comme mort lorsqu'un des états suivants est atteint:

- a arrêt cardiaque irréversible ayant pour conséquence l'interruption de la perfusion sanguine cérébrale (*arrêt cardio-circulatoire*),
- b défaillance complète et irréversible du cerveau et du tronc cérébral (*mort cérébrale*).

Le prélèvement d'organes chez un patient considéré comme décédé n'est autorisé que lorsque les examens médicaux décrits ci-après et les mesures de constatation de la mort ont permis d'établir la situation irréversible.

Les médecins appartenant à une équipe de transplantation ne doivent pas prendre part au diagnostic de constatation de la mort et ne pas soumettre leurs collègues chargés de soins aux mourants à une contrainte temporelle, ni chercher à les influencer de quelque façon que ce soit.

2. Constatation de la mort cardio-circulatoire

2.1 Signes cliniques

La mort cardio-circulatoire est provoquée par un arrêt du cœur et de la circulation sanguine. Pour constater la mort, les huit critères cliniques suivants doivent être établis:

- a absence de pouls,
- b absence d'activité respiratoire,
- c coma profond,
- d pupilles en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière,
- e absence de réflexes oculo-céphaliques,
- f absence de réflexes cornéens,
- g absence de réactions cérébrales à des stimuli douloureux,
- h absence de réflexes de toux et oro-pharyngés.

2.2 Délai d'observation jusqu'à l'établissement du diagnostic

Le diagnostic de la mort cardio-circulatoire en vue d'un prélèvement d'organes peut s'effectuer après trente minutes de réanimation cardio-pulmonaire infructueuse dans des conditions cliniques. En plus du massage cardiaque externe et de la respiration artificielle, on procède à une défibrillation, à une intubation et à l'administration parentérale de médicaments. L'absence de succès dans la réanimation signifie que ces mesures n'ont pas permis d'atteindre des battements cardiaques avec circulation spontanée et que le patient donne «tous les signes de la mort cardiaque» (cf. II.2.1).

Chez les enfants de moins de 5 ans, chez les individus atteints d'hypothermie et dans les cas d'intoxication, les mesures de réanimation devront être poursuivies sur une durée prolongée avant que le diagnostic de mort cardio-circulatoire puisse être établi.

2.3 Exigences posées aux médecins établissant le diagnostic de mort cardio-circulatoire

L'évaluation clinique doit être effectuée par deux médecins possédant les qualifications ou exerçant les fonctions suivantes: médecins spécialistes FMH en anesthésiologie, en chirurgie, en médecine interne, en pédiatrie ou médecins avec une formation postgraduée équivalente répondant aux exigences FMH, ainsi que les médecins responsables d'unités de soins intensifs.

2.4 Documentation

Les résultats d'examens cliniques et de mesures de réanimation effectués doivent être consignés par écrit. A cet effet, il est possible d'utiliser le «protocole pour la constatation de la mort cardio-circulatoire» de l'Académie suisse des sciences médicales.

2.5 Examens complémentaires

Aucun des examens complémentaires ne peut être invoqué comme critère unique du diagnostic de la mort cardio-circulatoire.

3. Constatation de la mort cérébrale

3.1 Signes cliniques

Lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion cérébrale primaire clairement décelable sans arrêt cardio-circulatoire, les sept critères cliniques suivants doivent être présents pour que la mort cérébrale puisse être constatée:

- a coma profond,
- b pupilles en mydriase bilatérale, sans réaction à la lumière,
- c absence des réflexes oculo-céphaliques (= cervico-oculaires et vestibulo-oculaires),
- d absence des réflexes cornéens,
- e absence de réaction cérébrale à des stimuli douloureux,
- f absence des réflexes de toux et oro-pharyngés,
- g absence d'activité respiratoire spontanée.

3.2 Délai d'observation jusqu'à l'établissement du diagnostic

Le diagnostic de mort cérébrale dans le contexte d'un prélèvement d'organes requiert deux évaluations cliniques séparées par les durées minimales suivantes:

- a Une durée d'observation de 6 heures chez *les adultes et les enfants de plus de cinq ans* lorsque l'origine du coma est connue, lorsqu'il n'y a pas de raison de suspecter une intoxication et que l'état ne peut être expliqué par des paramètres métaboliques pathologiques. En outre, il ne doit pas y avoir de raison de suspecter une infection du système nerveux, en particulier une polyradiculonévrite. De plus, l'on ne doit pas être en présence d'un effet de médicaments sédatifs du système nerveux central qui auraient par exemple été administrés pour la réanimation et le transport.
- b Une durée d'observation de 24 heures chez *les enfants de moins de cinq ans* lorsque l'origine du coma est connue, qu'il n'y a pas de raison de suspecter une intoxication et que l'état ne peut s'expliquer par des paramètres métaboliques pathologiques. En outre, il ne doit pas y avoir de suspicion clinique quant à une infection du système nerveux, en particulier une polyradiculonévrite. Il faut pouvoir également exclure l'effet de médicaments sédatifs du système nerveux central.
- c Une durée d'observation de 48 heures chez *les adultes et les enfants* lorsque l'origine du coma est inconnue et que les examens métaboliques ou toxicologiques ne peuvent être effectués.

Les durées d'observation définies sous *b* et *c* ne peuvent, dans la perspective d'une transplantation d'organes, être écourtées que lorsque l'absence totale de circulation intra-cérébrale a été démontrée par une angiographie cérébrale (cf. II 3.6). Chez les patients susceptibles de présenter une polyradiculonévrite, des examens complémentaires selon II 3.5 et II 3.6 sont indispensables en vue de déterminer la mort cérébrale. Comme sous *a*, la durée minimale d'observation ne devra jamais être inférieure à 6 heures.

3.3 Médecins habilités à établir le diagnostic de la mort cérébrale

L'évaluation clinique doit être effectuée par deux médecins possédant les qualifications ou exerçant les fonctions suivantes:

- a médecins spécialistes FMH en neurologie ou neurochirurgie ou médecins avec une formation postgraduée répondant aux exigences FMH,
- b médecins spécialistes FMH en anesthésiologie, en médecine interne, en chirurgie, en pédiatrie, ou médecins responsables d'unités de soins intensifs.

La première évaluation clinique visant à confirmer une suspicion de mort cérébrale peut être effectuée par le médecin en charge du patient, à condition qu'il remplisse les critères susnommés. La deuxième évaluation à la fin du délai d'observation doit être faite par un expert indépendant. Il est recommandé que l'un des deux médecins soit spécialiste en neurologie ou neurochirurgie.

3.4 Documentation

Les examens cliniques et le résultat du test d'apnée doivent être consignés par écrit. Pour ce faire, l'on pourra utiliser le «protocole de la mort cérébrale».

3.5 Examens complémentaires

Aucun des examens complémentaires ne peut être invoqué comme critère unique de diagnostic de la mort cérébrale. Cela concerne en particulier l'électroencéphalographie, les potentiels évoqués auditifs et somesthésiques, les potentiels évoqués moteurs, la mesure continue de la pression intra-crânienne et le test à l'atropine. Ces examens complémentaires peuvent néanmoins et, en cas de suspicion de polyradiculonévrite, doivent être effectués pour recueillir des informations supplémentaires. Le Doppler transcârien, l'angiographie par tomographie informatisée, ainsi que la tomographie informatisée par émission de photons et la tomographie par émission de positons permettent tous de démontrer un arrêt circulatoire intra-cérébral. Ces examens ne peuvent cependant pas être employés dans le but de justifier une réduction du délai d'observation prescrit dans le contexte d'un prélèvement d'organes.

3.6 Angiographie cérébrale

L'angiographie cérébrale est nécessaire à l'établissement de la mort cérébrale dans les situations suivantes:

- a* lors de traumatismes crânio-faciaux importants lorsqu'un examen clinique adéquat des réflexes du tronc cérébral n'est pas possible (en particulier en ce qui concerne les signes cliniques mentionnés sous II 3.1 *b*, *c* et *d*);
- b* dans le cas où l'on soupçonne une polyradiculonévrite;
- c* dans le cas d'un collapsus circulatoire imminent comportant des risques de lésions des organes susceptibles d'être prélevés, l'angiographie permettra de réduire la durée d'observation à un minimum de six heures;
- d* pour raccourcir le délai d'observation précédant le prélèvement d'organes dans les cas de figure définis sous les points II 3.2 *b* et *c*.

Appendice

11. 6. 1997 O ROB 97–51; en vigueur dès le 1. 9. 1997