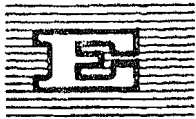


NATIONS UNIES
CONSEIL
ECONOMIQUE
ET SOCIAL



Distr.
GENERALE

E/CN.4/1028/Add.2

19 mars 1970

FRANCAIS

ORIGINAL : ANGLAIS-
FRANCAIS

COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME
Vingt-sixième session
Point 18 de l'ordre du jour provisoire

DROITS DE L'HOMME ET PROGRES DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNIQUE

Rapport du Secrétaire général (suite)

II. PROTECTION DE LA PERSONNE HUMAINE ET DE SON INTEGRITE PHYSIQUE ET INTELLECTUELLE FACE AUX PROGRES DE LA BIOLOGIE, DE LA MEDECINE ET DE LA BIOCHIMIE

1. Progrès de la biologie

186. Les connaissances biologiques ont augmenté rapidement ces dernières années, et les auteurs ont étudié les répercussions qui pourraient en résulter pour l'espèce humaine, y compris d'éventuels effets sur les droits de l'homme^{144/}. Les cinq déclarations suivantes, données à titre d'exemple, ont été publiées par des sources internationales :

i) Dans les conclusions du Colloque sur la politique scientifique et la recherche biomédicale, organisé à Paris du 26 au 29 février 1968 par le Conseil des organisations internationales des sciences médicales sous les auspices de l'UNESCO et de l'OMS, il est dit (p. 9) :

"Les progrès de la médecine tendent, en effet, à augmenter le nombre d'individus porteurs de tares génétiques transmissibles. Il importe donc de multiplier les recherches génétiques, mais aussi de veiller à ce que celles-ci ne soient pas exploitées aux dépens de l'être humain. Les mêmes réserves concernent notamment certaines interventions portant sur le cerveau."

ii) L'Assemblée pour les droits de l'homme, tenue à Montréal du 22 au 27 mars 1968, après avoir examiné les nouveaux dangers causés par le progrès

144/ Exemples : Les Nations Unies et les droits de l'homme, dix-huitième rapport, Commission chargée d'étudier l'organisation de la paix (New York, 1967), p. 43-44; Gordon Rattray Taylor, The Biological Time Bomb (New York, 1968); R. Michael Davidson, article sans titre paru dans le numéro de premier anniversaire d'Avant Garde (New York, 1968); Robert Reinhold, "The New Biology Taps Mysteries of Life", New York Times (6 janvier 1969), p. 144; David M. Rorvik, "Making Men and Women without Men and Women", dans Esquire (avril 1969); Albert Rosenfeld, The Second Genesis : the Coming Control of life (New York, 1969); Paul R. Ehrlich, Karl H. Pribram, Robert L. Sinsheimer, Kenneth S. Tollett, Patrick Kelly, Michael Kitzmiller, Marjorie Grene, Michael Sirven, Kurt Reinhart et Nathan Rotenstreich, "The Biological Revolution", The Center Magazine, vol. II, No 6 (novembre 1969), p. 29-49.

scientifique, a demandé que soient étudiées "les répercussions profondes ... de la manipulation des gènes^{145/}.

iii) L'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche (UNITAR), au paragraphe 33 du document A/CONF.32/14, intitulé "Suggestions pour des recherches dans le domaine des droits de l'homme" et rédigé à l'intention de la Conférence internationale des droits de l'homme tenue à Téhéran du 22 avril au 13 mai 1968, a indiqué ce qui suit :

"Des découvertes en génétique, combinées à des progrès parallèles de la médecine, nous donneront peut-être la possibilité d'apporter des changements dans le mécanisme de la sélection naturelle et la transmission des caractères héréditaires. Si, d'un côté, ces changements peuvent avoir pour effet de prévenir des maladies congénitales ou d'améliorer l'espèce humaine, ils risquent, d'un autre côté, d'affecter la liberté de choix, surtout si les normes de l'intervention dans le domaine de l'hérédité font l'objet de contrôles et de réglementations imposés du dehors. Une telle action soulèverait aussi de graves problèmes touchant les fondements mêmes de l'éthique et des valeurs morales sur lesquelles repose la société humaine."

iv) Le Bureau international catholique de l'enfance a écrit, le 12 mai 1969 :

"Ceux que représente le Bureau ont des idées très arrêtées quant au respect de l'intégrité physique et intellectuelle de l'être humain avant la naissance; autrement dit, les progrès de la biologie, de la médecine et de la biochimie ne peuvent jamais justifier l'avortement ou d'autres actes préjudiciables à l'enfant non encore né."

v) Dans l'exposé en date du 3 juillet 1969 qu'elle a soumis à titre de contribution à la présente étude, la Commission internationale de juristes a fait figurer parmi les sujets à examiner "les expériences biologiques et chimiques qui, dans le domaine de la génétique, pourraient modifier l'espèce humaine et porter atteinte à l'intégrité physique de la personne." Elle a ajouté :

"Dans ces domaines, les problèmes qui se posent par rapport aux droits de l'homme sont d'abord le problème du libre consentement de l'individu qui se prête à l'expérience, et le problème de la responsabilité des savants devant l'espèce humaine, car ils risquent de la modifier, donc de porter atteinte à l'intégrité physique de la personne humaine."

^{145/} Assemblée pour les droits de l'homme, Déclaration de Montréal, (Montréal, 1968), sect. IX.

187. La plupart des opinions susmentionnées touchant les effets éventuels des progrès récents de la biologie sur la personne humaine concernent l'avenir^{146/}. Il s'agit d'un avenir plus ou moins éloigné suivant les auteurs. En outre, la plupart des spéculations en question sont fondées sur l'hypothèse que les procédés qui se sont révélés applicables à d'autres formes de vie le seront aussi à l'homme en fin de compte^{147/}. Il est donc difficile au Secrétaire général d'indiquer avec précision quels sont les problèmes qui relèvent de l'étude prévue par la résolution 2450 (XXIII), et l'Assemblée générale souhaitera peut-être se ménager la possibilité de faire figurer de nouveaux sujets dans la présente étude à mesure qu'elle se poursuivra, en raison de l'évolution rapide des domaines considérés.

188. Parmi les pratiques qui ont déjà cours chez les êtres humains et que l'Assemblée générale voudra peut-être voir mentionner dans des études ultérieures, dans la mesure où elles poseront des problèmes sur le plan des droits de l'homme, on peut citer l'usage de produits destinés à augmenter, à rétablir ou à empêcher la fécondité; l'insémination artificielle; et le stockage de sperme humain en vue d'une fécondation ultérieure. A propos de l'insémination artificielle, M. Albert Rosenfeld et M. Gordon Taylor ont souligné les difficultés qu'entraîne l'absence d'une législation cohérente applicable au donneur, à la réceptrice et à l'enfant. Dans bien des cas, on ne sait pas si l'insémination artificielle constitue un adultère, si l'enfant doit être considéré comme légitime, s'il a des droits en matière de succession ou d'entretien à l'égard du mari de sa mère (ou du donneur) et si le mari peut revendiquer le droit de voir l'enfant en cas de divorce ou de séparation de corps. Ces doutes subsistent même parfois lorsque l'insémination a eu lieu avec l'assentiment du mari^{148/}. M. Nigel Calder a fait observer que les

^{146/} Les auteurs envisagent notamment les possibilités suivantes : inoovulation artificielle, fécondation in vitro; parthénogénèse; choix du sexe de la descendance; reproduction humaine asexuée par "clonage"; manipulation de la molécule d'ADN, de manière à perturber les processus d'hérédité ("chirurgie génétique"); amélioration de l'intelligence de l'enfant par intervention avant la naissance; et création de chimères partiellement humaines.

^{147/} Dans un éditorial paru dans la revue Nature (vol. 224, 27 décembre 1969, p. 1242), l'auteur, mentionnant certaines idées actuelles concernant les abus éventuels, à l'avenir, du "génie génétique", rappelle que "rien ne peut garantir que les manipulations rudimentaires sur les bactéries et les virus qui sont maintenant possibles ou envisagées seront à coup sûr applicables aux mammifères".

^{148/} Taylor, op. cit., p. 24 et 55; Rosenfeld, op. cit., p. 5-6 et 152-153.

adversaires de l'insémination artificielle s'inquiètent des risques d'inceste accidentel et d'unions consanguines résultant de la multiplicité des enfants engendrés par des donneurs anonymes^{149/}.

2. Progrès de la médecine

A. Transplantation d'organes

i) Problèmes affectant les droits de l'homme

189. Dans une déclaration communiquée au Secrétaire général par la Commission internationale de juristes, l'Assemblée pour les droits de l'homme, qui s'est réunie à Montréal en 1968 et a notamment discuté des nouveaux dangers causés par le progrès scientifique, a demandé que soient examinées les répercussions profondes des transplantations artificielles^{150/}.

190. Que le donneur soit vivant ou mort, les possibilités croissantes de transplantation d'organes posent des problèmes intéressant les droits de l'homme.

191. Parmi les problèmes qui se posent lorsque le donneur est vivant, il faut citer le risque qui en résulte pour celui-ci, et dont il est question dans le Rapport du Comité du Ministère de la justice en date du 12 octobre 1966 concernant la législation sur les transplantations (p. 11), rapport communiqué par le Gouvernement danois :

"Le recours à des donneurs vivants n'est possible que dans le cas de tissus ou d'organes qui peuvent être excisés sans risque considérable pour la vie ou la santé du donneur.

Seuls certains tissus comme la peau, la moëlle et des fragments d'os, et, parmi les organes essentiels, un rein, peuvent être prélevés sans risque à long terme sur un donneur vivant. Même dans ce cas, il faut se souvenir que toute anesthésie, toute opération, implique un risque aigu - bien que faible - de lésion physique ou de décès. Il n'est guère besoin d'insister sur l'épreuve morale à laquelle sont soumis les parents et, plus que quiconque peut-être, le bénéficiaire lui-même."

192. Pour ce qui est du choix des donneurs de rein, le Dr Herrman L. Blumgart, professeur de médecine à l'Ecole de médecine d'Harvard, a écrit ce qui suit dans

^{149/} Nigel Calder, Technopolis : Social Control of the Use of Science, (Londres, 1969), p. 229-230.

^{150/} Assemblée pour les droits de l'homme, Déclaration de Montréal, sect. IX.

un article intitulé : "The Medical Framework" (Daedalus : Ethical Aspects of Experimentation with Human Subjects) (printemps 1969, p. 265).

"Il convient de se préoccuper tout autant du donneur que du bénéficiaire. Le donneur perd la marge de sécurité et de réserve que constitue le deuxième rein, et de plus, il subit toutes les conséquences d'une grave opération dans l'abdomen. On peut évoquer le cas d'une adolescente qui donne un rein à sa soeur jumelle vraie, perdant ainsi sa marge de sécurité rénale avant d'aborder certaines phases de sa vie - grossesse par exemple - où risquent de se produire une infection rénale ou d'autres affections."

193. Dans le rapport déjà cité du Comité du Ministère danois de la justice, il est question, aux pages 11-12 et 19, des pressions morales qui peuvent s'exercer sur un donneur en puissance pour qu'il consente à une transplantation :

"Il importe particulièrement que le consentement soit absolument volontaire. Le traitement par transplantation est déjà tellement connu que la question peut fort bien se poser aux membres d'une famille lorsqu'un malade en a besoin, si le concours d'un donneur vivant offre le seul moyen acceptable. La contrainte morale risque de s'accroître en raison de l'amélioration des méthodes de détermination des types, car il se pourrait qu'une seule personne, parmi les proches, se révèle apte comme donneur. Dès maintenant, les médecins s'efforcent de remédier à cette situation en demandant l'aide des psychiatres. Toutefois, malgré toutes les précautions, il ne sera guère possible d'éviter que tôt ou tard, le recours à des donneurs vivants ne pose de graves problèmes tant pour ceux-ci que pour les bénéficiaires..."

...en particulier, lorsque le problème du donneur se pose dans un cercle familial restreint et que l'examen des tissus montre que quelques personnes, voire une seule, peuvent jouer ce rôle, la pression qui s'exerce sur cette ou ces personnes est telle qu'il est douteux que la décision soit en fait volontaire."

194. Lors d'une réunion consacrée à l'éthique chirurgicale et en particulier aux problèmes de la transplantation, réunion organisée en 1966 à Varsovie par la Fédération internationale des collèges de chirurgie, le Dr C.A. Richard, chirurgien des hôpitaux de Paris, parlant de la nécessité du consentement volontaire du donneur, a déclaré :

"Ce volontariat est nécessairement nuancé : un chantage familial peut exister de fait, sans qu'on en parle jamais, et on doit reconnaître qu'il existe de façon très nette entre jumeaux homozygotes, dont on s'étonnerait que l'un refuse à l'autre de le sauver." 151/

195. A la même réunion, sir John Bruce, professeur de chirurgie à l'Université d'Edimbourg, a parlé en ces termes :

"Il faut faire très attention quand on définit le mot 'volontaire'. On ne saurait dire qu'un prisonnier qui purge sa peine est 'volontaire'; et les 'volontaires' rétribués sont également suspects. Manifestement, il y a là des difficultés morales qu'il faudra bientôt régler.

... beaucoup de parents ou de proches ne sont que trop enclins à sacrifier un rein pour un être cher. Le chirurgien a donc au plus haut point l'obligation morale de ne pas les persuader d'agir ainsi, ou même de ne pas insister outre mesure, dans les cas où un refus leur ferait perdre la face ou leur donnerait des remords toute leur vie, ce qui revient à un chantage moral." 152/

196. Toujours à la même réunion, le Dr Richard a parlé de la situation du chirurgien qui pratique une transplantation par prélèvement sur un donneur vivant :

"Le médecin ... a-t-il le droit de se faire le complice d'un homme qui désire prendre un risque sur sa propre personne pour tenter de s'opposer à la mort d'un autre?" 153/

197. En ce qui concerne la transplantation par prélèvement sur un cadavre, le rapport susmentionné du Comité du Ministère danois de la justice mentionne à nouveau, à la page 20, la question du consentement et souligne l'importance qu'il y a à déterminer le moment de la mort :

"Les principaux problèmes que pose la transplantation par prélèvement sur un mort concernent l'attitude qu'avait celui-ci et qu'a sa famille vis-à-vis de l'opération (problème du consentement) et le très bref laps de temps dont on dispose après la mort pour pratiquer l'opération, dans le cas d'une greffe du rein, par exemple, si l'on veut éviter que l'organe ne devienne inutilisable faute de sang (critère de la détermination de la mort)."

198. Le deuxième problème est traité en détail à la page 12 du rapport :

"En raison des doutes qu'implique le recours à des donneurs vivants, même lorsque le risque qui en résulte pour eux est faible, on se sert depuis longtemps de tissus ou d'organes prélevés sur des morts, par exemple pour la greffe de la peau et du rein.

152/ Bulletin, p. 14 et 16.

153/ Bulletin, p. 32.

D'ailleurs, il n'est jamais sûr que tous les malades seront dans un état tel qu'un donneur vivant convenable soit disponible.

L'ablation de la cornée ou d'un poumon entier, par exemple, si elle est pratiquée sur un donneur vivant, entraîne une incapacité considérable; c'est pourquoi les greffes de la cornée se font presque exclusivement par prélèvement sur des cadavres, et les transplantations du poumon, tentées récemment, ont toutes été faites de cette façon.

Bien entendu, les transplantations d'organes essentiels, comme les valvules du coeur, le coeur entier, le foie, l'intestin et le pancréas, ne peuvent s'effectuer que par emprunt sur un cadavre.

Tout développement du traitement par transplantation doit donc nécessairement supposer la possibilité de prélever des tissus et des organes sur des cadavres.

La question du critère à observer pour déterminer le moment du décès prend ici une importance décisive, car certains tissus et organes sont très sensibles à l'interruption complète du flux sanguin; l'ablation de ces tissus et organes en vue d'une transplantation doit commencer très vite après la mort. Parfois, il faut également recourir à des moyens artificiels pour maintenir temporairement la circulation du sang dans l'organe ou dans tout le corps."

199. Les chirurgiens qui ont effectué des transplantations d'organes prélevés sur un sujet décédé se sont trouvés en face d'un dilemme. D'une part, les chances de succès de l'opération s'amenuisent à mesure que l'état du donneur se détériore. D'autre part, une transplantation ne peut être effectuée tant que le donneur n'a pas été déclaré mort au sens reconnu de ce terme, étant donné que la mort se produit par étapes.

200. En ce qui concerne la première question, on peut lire ce qui suit dans les documents communiqués le 25 novembre 1969 par le Conseil national de la recherche des Etats-Unis :

"La notion de 'mort cérébrale', substituée à la conception classique selon laquelle la mort s'est produite lorsque la suppression du pouls et la cessation des battements du coeur peuvent être constatées, a suscité de longues discussions et de douloureuses interrogations.

Toute l'importance de la question tient au fait que, plus brève est la période pendant laquelle un organe se trouve privé d'un apport suffisant d'oxygène, plus il y a de chances pour que cet organe fonctionne dans le corps d'un autre sujet. S'il n'en était pas ainsi, la nécessité de veiller à ce que les organes à transplanter continuent de recevoir de l'oxygène aussi longtemps que possible et soient rapidement extraits de l'organisme du donneur lorsqu'ils cessent de recevoir un apport suffisant d'oxygène ne serait pas aussi impérieuse."

/...

Le Dr C. Walton Lillehei, président du Comité international des transplantations cardiaques du Collège américain de médecine thoracique, a souligné que les chances de succès d'une opération de transplantation [cardiaque] diminuent si le chirurgien laisse s'écouler un trop long délai après que la mort cérébrale s'est produite^{154/}.

201. En ce qui concerne la seconde question, un rapport de la Division des sciences médicales du Conseil national de la recherche des Etats-Unis, rapport en date du 6 juin 1968 intitulé les Transplantations de tissus du point de vue de la médecine légale (Medical-Legal Aspects of Tissue Transplantation), et communiqué par l'Académie nationale des sciences des Etats-Unis, contient les remarques suivantes (p. 13) :

"Ces derniers mois, le problème de la définition de la mort a suscité un grand intérêt. Les critères traditionnels de la mort, à savoir l'impossibilité de maintenir les fonctions cardiaque et respiratoire, se révèlent très insuffisants étant donné qu'il existe aujourd'hui des méthodes artificielles permettant de maintenir ces fonctions."

202. A Varsovie, lors des débats organisés sur le thème "L'éthique chirurgicale, du point de vue plus particulièrement des problèmes posés par les transplantations", le Pr Jan Nielubowicz, chef du Premier département de chirurgie de l'Ecole de médecine de Varsovie, a déclaré :

"S'agissant de transplantations effectuées à partir d'un cadavre, la durée de l'ischémie [c'est-à-dire, de la diminution de l'apport sanguin] devrait être réduite au maximum, de manière assurer la réussite de la greffe. Dans ce type de transplantation, le point crucial consiste à déterminer le moment où l'autopsie et l'extraction du rein peuvent commencer."

...

A l'époque actuelle, les progrès de la médecine et de la chirurgie ont permis l'apparition de techniques modernes de réanimation qui permettent de maintenir pendant plusieurs heures et même plusieurs jours les fonctions circulatoires et respiratoires d'un individu atteint d'une blessure grave^{155/}."

^{154/} Renseignements communiqués par le Collège américain de médecine thoracique et publiés dans la revue de cette association, Diseases of the Chest, vol. 55, No 1, p. 64.

^{155/} News Bulletin, p. 21.

203. Parlant à l'occasion d'une conférence de la table ronde sur les sciences biomédicales et les dilemmes que pose l'expérimentation humaine, conférence qui a été organisée à Paris, le 7 octobre 1967, par le Conseil des organisations internationales des sciences médicales avec le concours de l'UNESCO et de l'OMS, le Pr J. Hamburger, de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, a soulevé la question de savoir "si notre définition actuelle de la mort, uniquement basée sur la fonction cardiaque, est une bonne définition". Il a poursuivi :

"Il semble évident, d'un point de vue scientifique, qu'un certain nombre de sujets en état de coma terminal ont encore des battements cardiaques artificiellement provoqués, mais ne sont guère plus que des préparations physiologiques coeur-poumons, dont les centres nerveux en particulier ont été totalement et irréversiblement détruits. En réalité, ces sujets sont morts, et l'on peut même penser qu'il est immoral de continuer à faire végéter une préparation coeur-poumons qui n'a plus rien de comparable avec un être humain vivant au sens complet du terme. C'est pourquoi j'espère que la législation établira une définition de la mort applicable à ces sujets qui survivent artificiellement et permettra d'arrêter la machine lorsqu'il est certain que le sujet est réellement mort. A ce moment-là, s'il est certain que le sujet est réellement mort - conformément à la nouvelle définition - j'estime que les organes à greffer peuvent être extraits du corps, comme ils peuvent l'être après la mort par arrêt du coeur, ceci constituant un cas spécial prévu par la législation et la réglementation actuellement en vigueur. D'un autre côté, j'estime qu'il n'est pas question d'autoriser un tel prélèvement avant la mort pour la seule raison que le pronostic est considéré comme désespéré"^{156/}.

204. Il existe donc, dans certains milieux médicaux, une tendance favorable à l'établissement d'une nouvelle définition médicale de la mort, et les définitions proposées mettent l'accent sur la cessation des fonctions cérébrales, qui est appelée parfois "mort cérébrale" et "coma irréversible". C'est ainsi qu'il est dit dans les conclusions adoptées le 14 juin 1968 par la Conférence de la table ronde du COISM sur les transplantations cardiaques, conférence organisée par le Conseil des organisations internationales des sciences médicales avec l'aide de l'UNESCO et de l'OMS, à Genève, les 13 et 14 juin 1968 : "le choix du donneur devrait être guidé par les trois considérations suivantes : ...'3. Cessation complète et

^{156/}Tables rondes du COISM, 1. La science biomédicale et le dilemme de l'expérimentation humaine (éditions du COISM, 1968), p. 52; communiqué par l'UNESCO et par le Conseil des organisations internationales des sciences médicales.

irréversible des fonctions cérébrales". La déclaration énumère ensuite les critères dont il faut tenir compte pour pouvoir constater la cessation des fonctions cérébrales^{157/}.

205. La tendance à substituer la cessation des fonctions cérébrales à la suppression des fonctions cardiaques et respiratoires, comme critère de la mort, a suscité une certaine inquiétude dans divers milieux. Par exemple, la Ligue internationale des droits de l'homme a communiqué un numéro de la revue Civil Liberties, volume 2, No 1, publiée par la Civil Liberties Union des Etats-Unis, où il est dit que "des Américains et leurs proches parents sont sur le point de perdre tout droit légal à une protection quelconque face à des tentatives visant à utiliser leur vie (en vertu des nouvelles définitions de la mort) pour la convenance de l'expérimentation médicale". A titre explicatif, d'autres documents communiqués par la Ligue appellent l'attention sur une résolution adoptée par le Conseil exécutif du Collège américain de médecine thoracique à Washington, D.C., le 7 octobre 1958, qui, d'après la Ligue, "a fait sien le 'concept de mort cérébrale' afin de prélever des organes intacts". Le document communiqué poursuit : "L'utilisation croissante qui est faite de la notion de mort cérébrale, que l'on tend à substituer à la notion de mort cardiaque, pour déterminer le moment où la vie a pris fin, risque de provoquer une situation telle que des individus seront utilisés ... prématurément même dans certains cas, comme donneurs d'organes". A cet égard, le numéro susmentionné de Civil Liberties citait l'article premier de la résolution adoptée par le Collège américain de médecine thoracique qui est ainsi conçu : "Le Collège américain de médecine thoracique fait sien le concept de mort cérébrale des donneurs d'organes aux fins de transplantation. La mort cérébrale est une définition médicale, et non juridique"^{158/}.

^{157/}Page 48 des Actes de la Conférence; communiqué par l'UNESCO. A la page 45 du même document, on peut lire les remarques suivantes, faites par le Pr E. Zander, de l'Académie suisse des sciences médicales :

"L'arrêt complet et irréversible des fonctions cérébrales constitue la 'mort cérébrale' et, ce qui est important, la mort cérébrale entraîne automatiquement la mort de l'organisme tout entier : la respiration artificielle retarde la mort des autres organes pendant des jours et des semaines, mais ne l'empêche pas."

^{158/}Texte communiqué par le Collège américain de médecine thoracique, le 15 octobre 1969 et publié dans la revue Diseases of the Chest, vol. 55, No 1, p. 63.

206. Des préoccupations analogues se sont manifestées, notamment, dans la presse quotidienne^{159/} et on a fait observer que, poussés par un enthousiasme excessif, des chirurgiens spécialistes des transplantations d'organes risquaient d'être tentés, pour perfectionner les techniques de transplantation, d'opérer avant que le donneur soit effectivement décédé et de prêter trop peu d'attention aux sentiments des membres de la famille du donneur. L'existence de telles préoccupations a été reconnue dans les milieux médicaux. Par exemple, lors d'une discussion sur "l'éthique médicale, du point de vue plus particulièrement des problèmes posés par les transplantations d'organes", organisée par la Fédération internationale des collèges de chirurgie, et tenue à Varsovie, le Pr Gustav Giertz, chef du Département d'urologie de l'Institut Karolinska de Stockholm, a déclaré : "J'ai du mal à croire que l'opinion publique admette jamais de bon coeur l'idée qu'un proche parent qui manifeste encore certains signes évidents de vie puisse être considéré comme mort"^{160/}.

207. Le Pr David D. Rutstein de l'Ecole de médecine de Harvard, a pu écrire à ce sujet dans un article intitulé "The Ethical Design of Human Experiments" (Les aspects éthiques de l'expérimentation sur des sujets humains), (Daedalus, printemps 1969, p. 525-526) :

"La mort n'est pas un événement simultané, instantané pour tous les organes du corps. Certains organes meurent plus tôt que d'autres - le cerveau étant le plus vulnérable. Il est évident que le coeur doit être 'vivant' et intact au moment de la transplantation pour être utile au sujet qui le reçoit. Le choix du coeur du donneur, par conséquent, ne peut être fondé sur la 'mort totale' du donneur au sens actuel du terme - c'est-à-dire sur l'absence de toute activité spontanée et sur la carence totale des activités cérébrales, cardiaques et pulmonaires et de la fonction réflexe spinale.

...

^{159/} Voir, par exemple, Rosenfeld, op. cit., p. 62-64.

^{160/} News Bulletin, p. 28.

Cette nouvelle définition des conditions à remplir par le donneur en vue d'une transplantation cardiaque, définition qui substitue la notion de 'dommage cérébral irréversible' à la notion de 'mort totale' soulève plus de problèmes qu'elle n'en résout. L'acceptation de ce concept signifie-t-elle qu'il n'est désormais plus nécessaire de traiter, par exemple, le malade sénile dont l'état répond à de tels critères? Quelle différence de principe y a-t-il entre des individus qui répondent aux critères ainsi établis pour le choix d'un donneur, et des débilés mentaux complets? Quelles seraient les conséquences de cette doctrine du point de vue successoral, au cas où s'agissant d'un donneur intestat dont le coeur continue de battre grâce à un pacemaker, l'épouse du donneur viendrait à décéder avant que l'on ait choisi le bénéficiaire?

La nouvelle définition de la mort applicable au donneur aux fins de transplantation cardiaque ouvre-t-elle à l'activité criminelle des voies nouvelles qui conduiront à achever les malades pour les disséquer et accroître le nombre des donneurs possibles?"

208. Comme il est rappelé dans la citation reproduite ci-dessus au paragraphe 198, qui est tirée de la page 12 du rapport de la Commission instituée par le Ministère de la justice du Danemark, "il est parfois nécessaire de recourir à des moyens artificiels pour maintenir provisoirement un apport sanguin dans l'organe à transplanter ou dans tout le corps du donneur". S'agissant plus particulièrement de transplantations cardiaques, le rapport de la cinquième Conférence de Bethesda du Collège américain de cardiologie, qui a eu lieu les 28 et 29 septembre 1968, précise ce qui suit :

"La prolongation de la viabilité du corps du donneur par des moyens exceptionnels, y compris la respiration artificielle, les vasopresseurs et les cardiotoniques, est justifiée lorsqu'elle a pour but de fournir au bénéficiaire un organe en bon état, capable d'assurer la circulation lorsque la mort cérébrale a été constatée sur la base de critères cliniques et de critères de laboratoire rigoureux, l'extraction du coeur est acceptable du point de vue éthique..." 161/.

La Commission internationale des juristes a mentionné, comme sujet d'étude approprié, "La perpétuation artificielle de la vie végétative d'un corps humain afin d'utiliser ses organes pour un but médical ou autre".

161/ Les transplantations cardiaques et autres dans le contexte d'une science des transplantations à l'échelle nationale. Cinquième Conférence de Bethesda du Collège américain de cardiologie (New York, 1968), p. 12, communiqué par le Conseil national de la recherche des Etats-Unis.

209. Un conflit d'opinions a surgi au sujet de la publicité à donner aux transplantations d'organes, en particulier aux transplantations cardiaques qui, de toute évidence, constituent actuellement un thème de grande valeur pour les moyens d'information. La tendance qui semble aujourd'hui prévaloir dans les milieux médicaux, semble être de protéger le donneur, sa famille et le malade contre toute intrusion dans leur vie privée. D'un autre côté, le numéro susmentionné de Civil Liberties déclarait que "des Américains et leurs proches parents sont sur le point d'être privés de tout droit légal d'obtenir des informations sur le point de savoir si des organes ont été extraits ou vont l'être". A titre explicatif, la Ligue internationale des droits de l'homme a de nouveau appelé l'attention sur la résolution adoptée le 7 octobre 1968 par le Conseil exécutif du Collège américain de médecine thoracique qui, d'après la Ligue, "est convenue que 'le nom du donneur ne devrait pas être divulgué, dans l'intérêt de la protection de toutes les parties intéressées' et qui a proposé que soit établi un 'fichier électronique transplantations' permettant d'inventorier, en vue d'une utilisation future, les organes sains de la société". Le document fourni par la Ligue indique également que "la tendance croissante à ne pas divulguer l'identité du donneur d'organe risque de créer une situation telle que des individus seront utilisés comme donneurs d'organe, contre leur gré et à leur insu". Le numéro susmentionné de Civil Liberties citait à ce propos les articles 3 et 4 de la résolution en question, où il est dit notamment :

"3. Il faut encourager la presse à faire preuve d'un plus grand esprit de responsabilité (en matière de transplantations). Dans certains cas, des informations ont été diffusées à la légère, aussi bien dans la presse que par des médecins, et la recherche du sensationnel est ici plus forte que le souci d'éduquer le public. Il importe, pour la protection de toutes les parties intéressées, que le nom du donneur ne soit pas divulgué.

4. Le Collège américain de médecine thoracique appuie la proposition tendant à constituer un registre aux fins des transplantations d'organes, en ce qui concerne plus particulièrement le coeur et les poumons, et à établir ce registre sur une échelle internationale...162/."

162/ Texte communiqué le 15 octobre 1969 par le Collège américain de médecine thoracique; publié dans Diseases of the Chest, vol. 55, No 1, p. 63.

210. On évoquera également les problèmes qui se poseront ou pourraient se poser au cas où il deviendrait possible de transplanter certains autres organes :

i) Des problèmes de parenté se poseront si la greffe concerne des organes appartenant à l'appareil reproducteur. Lors des entretiens sur la déontologie chirurgicale qui ont eu lieu à Varsovie en 1966, le Pr Jan Nielubowicz a déclaré ce qui suit :

"La transplantation des testicules et des ovaires à l'avenir posera des problèmes particuliers. Ces organes ne sont pas indispensables à la survie et, à supposer que ce genre de transplantation soit tout simplement possible, il est probable que les indications de ce genre d'opération seront exceptionnelles. Et ceci d'autant plus que, du point de vue génétique et juridique, les enfants nés par l'intervention d'organes transplantés pourraient être considérés comme étant ceux du donneur et non du bénéficiaire." 163/

ii) A la limite, on pourrait à la suite de transplantations d'organes être amené à se poser des questions sur la personnalité véritable d'un individu. On peut lire ce qui suit dans le rapport de la Commission instituée par le Ministère de la justice du Danemark (p. 23) :

"La question a déjà été posée : ne peut-on concevoir que la transplantation d'organes prenne une importance telle qu'on puisse dire qu'elle modifie l'identité du bénéficiaire? Au point où en est aujourd'hui cette technique, le problème ne saurait se poser, et il ne se posera pas tant que les greffes ne porteront pas sur les tissus cérébraux, c'est-à-dire sur les parties du cerveau qui mettent en jeu la personnalité, la mémoire et la pensée... 164/.

163/ News Bulletin , p. 21.

164/ D'une façon plus générale, le Pr Donald N. Michael, de l'Université du Michigan, a posé la question sous cette forme : "Lorsqu'un individu se trouve transformé du fait qu'il possède des organes artificiels ou des organes prélevés sur quelqu'un d'autre, peut-on dire qu'il s'agit de la même personne?" (Texte du programme radiophonique intitulé "The Circumstance of Science" diffusé par la Radiodiffusion de l'Université d'Etat du Michigan en septembre 1968).

ii) Etudes établies ou en cours

211. Le Gouvernement du Royaume-Uni a communiqué un exemplaire d'un livre blanc qui a été présenté au parlement par le Secrétaire d'Etat chargé des services sociaux en juillet 1969 et qui s'intitule Advice from the Advisory Group on Transplantation Problems on the Question of Amending the Human Tissue Act 1961 (Cmnd. 4106) (avis formulés par le Groupe consultatif des problèmes posés par la transplantation au sujet de la modification éventuelle de la loi de 1961 relative aux tissus humains). Les conclusions et recommandations de ce livre blanc concernent en particulier la question du consentement, celle de la détermination de la mort et celle de la publicité donnée aux opérations portant sur des greffes d'organes. Certaines publications, à savoir CIBA Foundation Symposium. Ethics in Medical Progress, with Special Reference to Transplantation (Boston, 1966) (problèmes moraux posés par les progrès de la médecine, et notamment par les transplantations d'organes, question étudiée lors d'un colloque de la Fondation CIBA), et le numéro du printemps 1969 de la revue *Daedalus*, comportent des articles où sont évoquées la question du consentement et celle de la définition médicale de la mort. Ceci mis à part, on ne peut dire qu'aucun des documents dont dispose actuellement le Secrétaire général constitue une étude des problèmes des droits de l'homme qui ont été signalés dans les paragraphes 189 à 210 ci-dessus. Dans certains de ces documents, ces problèmes se trouvent posés, et les passages pertinents ont été cités dans les paragraphes susmentionnés.

212. Pour autant que le Secrétaire général en soit informé, il n'existe pas d'étude en cours sur les problèmes intéressant les droits de l'homme qui sont évoqués dans les paragraphes 189 à 210 ci-dessus.

iii) Autres études proposées

213. De nouveaux problèmes intéressant les droits de l'homme peuvent se poser dans un avenir proche dans ce domaine, où les progrès sont rapides. Au stade actuel, il semble que des études plus approfondies soient nécessaires en ce qui concerne :

- i) La question du risque encouru par les donneurs vivants lorsqu'on procède à une transplantation d'organe, compte tenu des avantages escomptés de chaque opération;
- ii) La question du libre consentement du donneur lorsque les organes transplantés sont prélevés sur des personnes vivantes;
- iii) La question du consentement lorsque les organes sont prélevés sur des personnes décédées – consentement obtenu du donneur de son vivant et consentement de ses proches;
- iv) Le droit à la vie, considéré à propos du cas des donneurs qui ne peuvent survivre à un prélèvement d'organes, question qui serait envisagée à la lumière des critères mis en avant pour donner une nouvelle définition médicale de la mort;
- v) La dignité de la personne humaine, considérée en liaison avec le fait qu'il existe des techniques permettant de prolonger artificiellement certaines fonctions lorsque les fonctions cérébrales ont cessé;
- vi) La question de la publicité dont fait l'objet l'identité des intéressés lors des opérations de greffe d'organes;
- vii) La question de savoir s'il y a une violation des droits de l'homme dans le fait d'instituer pour les greffes d'organes un registre centralisé en vue de faciliter les greffes et d'améliorer les chances de succès de ces opérations.

B. Techniques médicales avancées en général

i) Problèmes affectant les droits de l'homme

214. La transplantation d'organes essentiels, dont il a été question aux paragraphes 189 à 213 ci-dessus, est une des nombreuses techniques médicales avancées qui ont été mises au point récemment pour prolonger la vie humaine. Ces techniques sont d'une application très coûteuse et elles ne peuvent donc être employées pour tous les malades qui pourraient en bénéficier. La question se pose donc : à qui ces techniques devraient-elles être appliquées? Et est-il normal que quiconque en bénéficie aux dépens des interventions médicales moins complexes prévues pour le plus grand nombre?

215. En ce qui concerne les transplantations d'organes, au problème du prix s'ajoute celui de la pénurie de donneurs. Selon le Dr Blumgart, pour ce qui est des greffes du coeur, "on ne peut envisager à l'heure actuelle qu'un nombre relativement faible de donneurs, par comparaison avec les milliers de cardiaques qui pourraient finalement bénéficier de ces greffes"^{165/}.

216. Au sujet des machines à dialyse, qui sont utilisées pour les malades dont les reins ne fonctionnent plus, le Pr Paul A. Freund, de l'Université Harvard, écrit ce qui suit :

"Considérons les cas où sont utilisés, pour les personnes souffrant d'une maladie des reins autrement incurables, les machines à dialyse rénale, dont le nombre est limité et qui sont fort coûteuses. Un premier tri peut être opéré en fonction de considérations d'ordre médical : l'aptitude à bénéficier de ce genre de traitement sans risque de complication fatale. Mais au-delà de cette première sélection, comment désigner les bénéficiaires?" ^{166/}.

217. Le Dr Blumgart, qui a traité plus abondamment de ce problème, écrit ce qui suit :

"Chez les malades pour lesquels la fonction d'excrétion des reins n'est pas absolument nécessaire à la survie, on élimine les poisons accumulés en insérant des aiguilles dans une artère et dans une veine et en faisant circuler le sang à travers une membrane de cellophane aux pores extrêmement fins. Les molécules de substances toxiques passent à travers la membrane, mais celle-ci retient les molécules sanguines, de taille plus importante, qui sont nécessaires à la vie. On peut maintenant fournir aux malades, après un premier diagnostic et un premier traitement en hôpital, des machines à dialyse qui permettent le traitement à domicile.

Aux Etats-Unis, environ 6 à 8 000 personnes atteintes d'urémie pourraient bénéficier de ce traitement, mais les moyens nécessaires n'existent que pour environ un millier de malades. Pour mettre en place un réseau national de centres de traitement, il faudrait dépenser 25 000 dollars ou davantage, annuellement, pour chacun des 7 000 malades qui actuellement ne bénéficient pas de ce traitement, et disposer d'un nombreux personnel qualifié. Si on compte les malades simplement atteints d'une affection aiguë des reins, le nombre des personnes qui auraient besoin d'un traitement par dialyse pourrait atteindre 40 000, et il faudrait dépenser pour chacune d'elles 10 000 à 15 000 dollars. Pour pouvoir disposer de moyens de traitement suffisants

^{165/} Blumgart, loc. cit., p. 267.

^{166/} Freund, Daedalus (printemps 1969), Introduction, p. xiii.

pour tous ces malades, il faudrait peut-être sacrifier d'autres prestations sociales. Dans notre pays, pays riche, il est probable qu'il faudrait seulement réduire la consommation de luxe, par définition non indispensable. Ce problème est actuellement étudié par de nombreux organismes publics et privés. Actuellement le choix des bénéficiaires est nécessairement arbitraire, et dans une importante mesure la sélection se fait par l'argent. Le médecin, qu'il agisse seul ou décide avec d'autres, est dans une position intenable, et il est censé décider comme s'il était Dieu lui-même. Il paraît indispensable que le programme gouvernemental actuel de soins médicaux soit élargi aux domaines de la dialyse rénale et des nouvelles techniques analogues. Mis à part les problèmes d'ordre économique et social, il se pose de graves problèmes de caractère psychologique. Grandes sont les tensions que provoque chez les malades et leur conjoint le traitement par dialyse à domicile. Il est très fréquent que la dépression, l'anxiété, les privations, l'hostilité rentrée et toutes sortes de conflits provoquent des crises et des bouleversements graves. Ces importants facteurs qui tiennent à la psychologie et à la personnalité des intéressés sont à prendre en considération pour la sélection des bénéficiaires."167/

218. Lors des entretiens sur la déontologie chirurgicale qui ont eu lieu à Varsovie en 1966, le Pr Gustav Giertz, chef du service d'urologie de l'Institut Karolinska de Stockholm, a déclaré ce qui suit :

"Le malade doit, cela va de soi, être au courant de la situation et donner son assentiment [à une éventuelle greffe du rein]. Mais une toute autre question, souvent méconnue, se pose également, à savoir dans quelles conditions le malade peut-il être considéré comme ayant moralement le droit d'accepter le sacrifice qu'un donneur est prêt à consentir?"168/

219. Lors des mêmes entretiens, le Dr C. A. Richard a déclaré ce qui suit :

"Tout le monde sait que l'on ne peut pas traiter tous les malades qui en auraient théoriquement besoin, aussi bien pour des raisons économiques que pour des raisons pratiques : le donneur est difficile à trouver. Dès l'abord donc, existe un problème moral qui dépendra : du terrain, offrant des chances plus ou moins grandes de réussite, de la compatibilité éventuelle avec un donneur, et aussi, il faut le dire, de l'intérêt social représenté par le malade : le sujet jeune, la mère de famille, l'homme investi de responsabilités viendront naturellement en tête de liste, tout en ne perdant pas de vue que toute personne humaine doit être respectée. Mais puisqu'il

167/ Blumgart, loc. cit., p. 264 et 265.

168/ News Bulletin, p. 27.

faut choisir, il faut des critères : certains seront techniques, certains subjectifs, mais il ne peut en être autrement puisque c'est l'homme qui décide."^{169/}

220. Au cours du séminaire des Nations Unies sur la réalisation des droits économiques et sociaux énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui s'est tenu à Varsovie en août 1967, on a fait observer que l'élaboration des plans que l'Etat doit établir et exécuter afin de promouvoir les droits économiques, sociaux et culturels peut entraîner des décisions sur la question de savoir si, dans le domaine médical, certains groupes et individus doivent être favorisés par rapport à d'autres^{170/}.

221. Pour le moment, il semble que généralement le choix des bénéficiaires de greffes du coeur et d'autres traitements ou opérations permettant de prolonger la vie soit laissé aux médecins et aux administrations des hôpitaux entre les mains desquels se trouvent les malades. La possibilité pour le malade de supporter les frais du traitement est un facteur important de ce choix.

222. Au-delà, on se pose dans les milieux médicaux^{171/} et dans ceux qui s'intéressent à la théologie^{172/} la question de savoir s'il y a un point passé lequel il n'est plus nécessaire d'appliquer les méthodes intensives qui visent à garder en vie les malades incurables ou très âgés^{173/}.

223. Lors de la discussion sur l'éthique chirurgicale qui a eu lieu à Varsovie, le Pr Bruce a déclaré :

^{169/} News Bulletin, p. 31.

^{170/} Rapport du séminaire, ST/TAO/HR/31, par. 54.

^{171/} Outre les paragraphes 223 à 226, voir par exemple Taylor, op. cit., p. 118 à 120; New York Times (30 avril 1969), p. 16 et ibid., (4 mai 1969), p. 11; Rosenfeld, op. cit., p. 74 à 81.

^{172/} Voir par exemple CIBA Foundation Symposium, p. 72 et 73, 97 et appendice 4; Taylor, op. cit., p. 119; New York Times (30 avril 1969), p. 16; Daedalus (printemps 1969), p. 243, 270, 294 et 310.

^{173/} Ce problème est envisagé du point de vue de ses rapports avec celui de l'explosion démographique au paragraphe 333.

"Il n'est jamais facile de décider quand cesser de traiter le cancer à un stade avancé de la maladie. Les agents cytotoxiques, aux effets énergiques, ont des effets marginaux déplaisants, dangereux ou pénibles; en revanche, il est indéniable qu'ils donnent parfois des résultats spectaculaires; et l'espoir ne tarit jamais dans le coeur des chirurgiens et de leurs malades.

Peut-être dans le cas de méthodes de dernier recours comme la transplantation devrions-nous commencer à tenir compte d'âges limites d'applicabilité. Peut-on justifier la transplantation d'un rein ou d'un foie sur une femme gravement malade de la pyélonéphrite ou de la cirrhose âgée de 60 ans, ou même de 50 ans?"174/

224. A la même réunion, le Pr Witold Rudowski, chef de la section de chirurgie de l'Institut d'hématologie de Varsovie, a déclaré :

"Tant qu'il existe un espoir de guérison réelle ou de retour à une vie heureuse et agréable, le chirurgien a le droit de préserver la vie en employant n'importe quelle méthode à sa disposition, même douloureuse. Je partage entièrement le point de vue selon lequel l'intervention du chirurgien devient cruelle s'il s'obstine à prolonger une vie qui ne pourra jamais retrouver un but ou un sens. Si en particulier un malade incurable veut mourir, on aurait tort de prolonger ses souffrances en ayant recours à des agents cytotoxiques ou à des transfusions sanguines, ou en lui administrant des antibiotiques. C'est un spectacle tragique que de voir des malades dans un état subconscient, sous l'effet de calmants, dont le corps est envahi par le cancer, et que l'on garde en vie à cause d'une règle. On ne fait que prolonger leur agonie..."175/

225. A la même réunion le Pr J. Englebert Dunphy, président du Centre médical de San Francisco (Université de Californie), a déclaré :

"Le Pr Rudowski a appelé l'attention, de manière tout à fait légitime, sur le problème du traitement des cancéreux. Il a mis l'accent sur le respect de l'intégrité du malade; cette intégrité, ainsi que la dignité du malade, doivent être prises en considération, et être placées au-dessus d'un simple tour de force chirurgical destiné à le débarrasser de sa maladie. Ainsi qu'on l'a dit, à si juste titre, la mort est une chose normale, elle est le lot de tous les hommes et nous ne devrions pas la redouter autant que nous devrions craindre, et éviter avec soin, de prolonger la souffrance. Notre objectif est de soulager la souffrance et la douleur, et non pas de prolonger une existence inutile et intolérable."176/

174/ News Bulletin, p. 15, 16, 18.

175/ News Bulletin, p. 36-37.

176/ News Bulletin, p. 43.

226. M. Gordon R. Taylor a écrit :

"Les tentatives faites pour redéfinir la mort ne sont d'aucun secours pour le médecin dans le cas d'un malade qui meurt lentement, et dont la fin peut être impitoyablement retardée par les techniques modernes. Un tel malade peut être ramené de force du bord du tombeau un certain nombre de fois avant que la mort l'emporte.

Nous devons reconnaître le fait déplaisant qu'en général la mort retardée par de telles méthodes est manifestement plus douloureuse que si l'on s'était abstenu de traiter le malade...

En dehors de la situation du malade, la prolongation de l'agonie crée des difficultés considérables pour la famille. Non seulement celle-ci souffre cruellement, mais elle peut avoir à payer jusqu'à 250 dollars par jour pour l'utilisation de l'équipement nécessaire en l'absence d'un service national de santé. En outre, étant donné qu'actuellement on manque d'équipement, le chirurgien est placé devant un dilemme : 'A quel moment faut-il couper le courant et utiliser cet équipement coûteux pour une autre personne qui a une chance de vivre?' demande le Dr Robert S. Schwab d'Harvard."177/

227. Dans certains secteurs de la médecine, on a progressé à un tel point qu'une autre question se pose : les techniques médicales doivent-elles être appliquées dans certains cas où elles peuvent permettre à un malade de survivre tout en restant gravement handicapé?

228. A l'appui de l'idée selon laquelle le coma irréversible est le nouveau critère médical de la mort, le Pr Henry K. Beecher, de l'Ecole de médecine d'Harvard, dans un article intitulé "Scarce Resources and Medical Advancement" (printemps 1969, p. 291-292) a déclaré ce qui suit :

"Une telle définition est nécessaire, surtout pour deux raisons : en premier lieu, l'amélioration des méthodes de ressuscitation et de maintien en vie ont amené à déployer des efforts accrus pour sauver les blessés qui sont dans un état désespéré. Parfois ces efforts ne donnent que des résultats partiels : on parvient à ce que le coeur d'une personne continue à battre, alors que son cerveau est irrémédiablement endommagé. On impose ainsi un grand fardeau au malade, qui souffre d'une perte permanente de l'intellect

177/ Taylor, op. cit., p. 118.

s'il parvient à survivre, et aussi à la famille, à l'hôpital et aux personnes qui ont besoin des lits d'hôpitaux déjà occupés par ces malades dans le coma."

229. Lors de la discussion sur l'éthique chirurgicale qui a eu lieu à Varsovie en 1966, le Pr Rudowski a déclaré :

"La question à examiner est de savoir si le chirurgien a le droit de proposer une intervention entraînant une grave infirmité sans que l'on puisse espérer que le malade, après l'hémi-corporectomie 178/, redevienne jamais un membre utile de la communauté." 179/

230. Des problèmes ayant trait à la dignité humaine se sont également posés à propos d'un type d'opération chirurgicale qui ne vise pas directement à prolonger la vie. Il s'agit d'une opération destinée à transformer la personnalité que l'on appelle la lobotomie préfrontale; on l'a faite subir à certains malades mentaux gravement atteints et violents lorsque les méthodes psychiatriques et autres n'avaient pas donné de résultats. Elle a pour effet de réduire le malade à ce que l'on a appelé "quelque chose d'à peine humain" 180/; on s'est demandé s'il est justifié d'appliquer ce traitement à un être humain. Le Dr Gardner C. Quarton, directeur du Neuro-sciences Research Programme du Massachusetts Institute of Technology, a écrit :

"La psychochirurgie, définie comme les opérations chirurgicales sur le cerveau intact effectuées pour soulager certains symptômes mentaux, a été appliquée pour la première fois en 1935. Pendant les années 1950 on a fait un usage considérable de ces techniques, particulièrement pour l'ablation des lobes frontaux ou la séparation de ces lobes du reste du cerveau.

A l'époque où la lobotomie frontale a suscité le plus grand intérêt, des centaines de leucotomies frontales transorbitales ont été effectuées dans certains hôpitaux d'Etat, dans des délais tellement brefs qu'il est difficile de croire que ces cas avaient fait l'objet d'une analyse complète.

176/ Opération définie à la même réunion par sir John Bruce comme "l'amputation de la moitié inférieure du tronc et des jambes" (News Bulletin, p. 15).

179/ News Bulletin, p. 36.

180/ Isaac Azimov, The Intelligent Man's Guide to Science (New York, 1960), vol. II, p. 723.

L'utilisation bien intentionnée mais hâtive de ces techniques est aujourd'hui une réalité. Il serait donc naïf de croire qu'elle ne sera pas fréquente à l'avenir.

On peut être tenté d'affirmer que certains types de contrôle du comportement qui sont nouveaux, efficaces, et aisément identifiables, - par exemple les opérations cervicales délibérément destructives - violent les droits de l'individu, surtout si elles sont effectuées contre sa volonté ou si elles ont des effets irréversibles. Mais c'est là une solution trop facile. D'autres types de contrôles du comportement, tels que la détention en cellule, sont appliqués contre la volonté de l'individu et peuvent aussi avoir des effets irréversibles. Des groupes qui ont étudié récemment les dangers inhérents à l'expérimentation sur l'homme ont demandé instamment qu'aucune expérience ne soit effectuée sur un individu sans 'consentement informé'. On pourrait envisager une protection semblable de l'individu dans le cas du contrôle du comportement. Beaucoup de médecins et de psychologues estiment cependant que l'individu ne peut pas réellement donner un consentement libre et informé. Souvent il ne comprend pas les détails techniques de l'expérience à laquelle il donne son consentement, et le consentement obtenu après discussion ou par la persuasion n'est pas réellement libre."181/

ii) Etudes établies ou en cours

231. Le Dr Blumgard s'est référé aux études actuellement effectuées au sujet de la priorité à donner à la fourniture d'appareils de dialyse aux malades à qui ils peuvent être utiles^{182/}. Il a également écrit :

"Les nombreux aspects moraux, éthiques, juridiques et religieux du problème [de la définition de la mort] sont étudiés activement par un grand nombre de groupes d'étude représentant le public et les diverses professions."183/

232. Le Secrétaire général n'a cependant eu connaissance d'aucune étude achevée portant sur les problèmes affectant les droits de l'homme définis aux paragraphes 214 et 230.

181/ Gardner C. Quarton, "Controlling Human Behavior and Modifying Personality", Daedalus (été 1967), Toward the Year 2000 : Work in Progress, p. 843, 848 et 852.

182/ Voir par. 217.

183/ Blumgard, loc. cit.; p. 267-268.

iii) Autres études proposées

233. Il sera peut-être utile de consacrer des études aux questions suivantes :

i) Peut-on appliquer des techniques médicales avancées pour prolonger la vie de certains malades, si le coût de ces techniques empêche le plus grand nombre de bénéficier de soins médicaux moins spécialisés?

ii) Quels sont les critères à appliquer pour choisir les bénéficiaires - s'il y en a - de soins médicaux spécialisés, ainsi que les personnes qui reçoivent des organes transplantés - rares pour l'instant?

iii) Au-delà d'un certain point, doit-on cesser d'appliquer des méthodes intensives visant à maintenir en vie des malades incurables ou très âgés?

iv) Au-delà d'un certain point, doit-on cesser d'appliquer des techniques chirurgicales visant à prolonger la vie ou à atténuer certains symptômes, si une infirmité grave en résulte pour le malade?

C. Prix de revient croissant des soins médicaux

i) Problèmes affectant les droits de l'homme

234. Comme on l'a vu aux paragraphes 214 à 217 et au paragraphe 221 ci-dessus, certaines techniques de prolongation de la vie sont si coûteuses qu'elles ne peuvent être appliquées qu'à un petit nombre de personnes. Cet aspect de la question s'insère dans un problème plus vaste. Dans certains pays ou certaines régions, le moment n'est peut-être pas éloigné où il sera économiquement impossible d'appliquer à chaque malade toute la gamme des médicaments et méthodes perfectionnés dont il pourrait bénéficier. Le Dr Vannevar Bush, président honoraire du Conseil d'administration du Massachusetts Institute of Technology, a pu écrire :

"chaque jour nous rapproche davantage du moment où se posera la question de savoir ... qui doit vivre et qui doit mourir. Le coût des soins médicaux ne cesse d'augmenter à une rapidité vertigineuse. Il est certain qu'une partie de cette augmentation est inutile et imputable, soit à une mauvaise gestion, soit à l'esprit de lucre. Mais, pour l'essentiel, elle est raisonnable et inéluctable. /Mise à part l'augmentation justifiée des salaires des infirmières et le niveau élevé, sans doute justifiable, des honoraires médicaux/ la principale raison de l'augmentation présente et future des dépenses médicales tient à l'utilisation croissante d'instruments et de méthodes scientifiques. La pratique médicale reste un art, mais un art qui repose de plus en plus sur une science aux ramifications de plus en plus vastes et sur des techniques de plus en plus perfectionnées, toutes choses qui sont extrêmement coûteuses.

La question qui se pose à nous est de savoir ce qui va se passer lorsque les dépenses médicales augmenteront, ce qui semble bien être le cas, jusqu'au point où le traitement complet de chaque malade dépassera de beaucoup les possibilités économiques de la société et, par conséquent, de savoir à qui sera accordé le bénéfice de ce traitement complet et à qui il sera refusé. Le problème peut être énoncé en termes de coûts, du point de vue de la capacité de l'économie nationale. Mais c'est lorsqu'on l'exprime en termes de main-d'oeuvre qu'il apparaît dans toute son ampleur. Même avec des investissements énormes, même avec un programme national d'urgence, on ne pourra disposer de médecins, d'infirmières, de techniciens qualifiés en nombre suffisant, sans parler de l'infrastructure hospitalière, pour appliquer à l'ensemble de la population les méthodes modernes les plus perfectionnées, si la tendance actuelle à une complexité sans cesse croissante se poursuit avec la même vigueur." 184/

184/ Vannevar Bush, Science Is Not Enough (La science ne suffit pas) (New York, 1965), p. 147-150. Les causes et les conséquences de l'augmentation constante du coût des services médicaux sont étudiés plus avant par le Dr Péquignot, médecin des hôpitaux de Paris et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, dans un article intitulé "La médecine moderne scientifique et sociale", publié dans Impact, science et société, publication de l'UNESCO, vol. V, No 4 (décembre 1954), p. 220, 221, 225, 234, 241, 245 et 275.

235. M. Gordon Taylor a écrit :

"Ce qui se passe actuellement, c'est que seule une infime fraction des malades atteints d'une défaillance rénale irréversible bénéficie d'une dialyse ou d'une transplantation en raison, d'une part, du manque de crédits et d'appareils et, d'autre part, des difficultés que l'on éprouve pour trouver un donneur vivant approprié ou obtenir en temps voulu un rein prélevé sur un cadavre. De sorte que ces malades meurent, assez jeunes bien souvent.' C'est en ces termes que s'exprime le Pr M. F. A. Woodruff, et il ajoute : 'Je suis conscient de l'ampleur du problème mais je suis stupéfait de voir que tant de gens restent indifférents à l'idée de ces morts inutiles.'

Cette indifférence, j'en suis convaincu, est imputable à l'ignorance. Beaucoup de malades ne parviennent pas encore à comprendre que leur vie et la vie de leurs amis et de leurs parents pourraient être en réalité sauvées. Quand ils l'auront compris, il se produira un grand bouleversement dans l'opinion publique. Mais cela ne concerne que le domaine limité des transplantations rénales. Quand la question se posera pour le foie, les membres, les glandes endocrines et même le coeur, les dépenses qui en résulteront dépasseront tout ce que nous pouvons concevoir. La société devra décider si elle veut donner la priorité à la vie et à la santé sur les autoroutes et les voyages lunaires, et il y a des chances pour qu'elle préfère celles-là à ceux-ci." 185/

ii) Etudes établies ou en cours

236. Le Secrétaire général n'a été informé d'aucune étude qui propose une solution au problème soulevé dans les paragraphes 234 et 235.

iii) Autres études proposées

237. Il est proposé qu'une étude soit entreprise sur la manière dont les soins médicaux seront répartis dans les pays ou les régions qui ont déjà atteint ou atteindront prochainement le point où l'économie ne pourra pas garantir à chaque malade la possibilité de bénéficier de toute la gamme des traitements médicaux existants.

3. Progrès de la biochimie

i) Problèmes affectant les droits de l'homme

238. Les aspects de la biochimie qui intéressent la biologie sont examinés dans les paragraphes 186 à 188, sous la rubrique "progrès de la biologie". La documentation

185/ Taylor, op. cit., p. 210-211, le texte du Pr Woodruff a été publié dans les comptes rendus du colloque de la fondation CIBA, p. 13.

étudiée sous la présente rubrique traite des problèmes liés à la consommation des médicaments. L'abus des médicaments n'est pas un problème nouveau, mais on a assisté, au cours des dernières années, à une véritable prolifération de médicaments nouveaux^{186/}, et à une augmentation considérable de la consommation des médicaments^{187/}. Ces progrès sont à l'origine de problèmes qui affectent les droits de l'homme.

239. En particulier, la mise au point des médicaments psychotropes et l'augmentation de leur utilisation posent certains problèmes. Les dangers de ces substances sont bien connus. Par exemple, au cours des débats de la Troisième Commission de l'Assemblée générale, lors de la vingt-troisième session, on a pu dire qu'en raison des progrès de la biochimie, le temps n'était pas éloigné où l'homme pourrait manipuler l'intelligence et altérer la nature humaine. On a dit également que le pouvoir de concentration d'une personne pouvait être détruit au moyen de produits chimiques incolores, inodores et sans saveur^{188/}.

240. Le Conseil économique et social, l'OMS, la Commission des stupéfiants^{189/} et le Conseil international de contrôle des stupéfiants prennent actuellement des mesures

^{186/} Le speaker qui a présenté le programme VI : "Médicaments modernes, dangers et avantages", dans le cadre du programme radiophonique intitulé "Le fait de la science", diffusé en septembre 1968 par la radio de l'Université d'Etat du Michigan, a déclaré : "Au cours des années, la profession médicale n'a cessé de perfectionner l'art de la thérapeutique, à tel point que 90 p. 100 de toutes les ordonnances délivrées actuellement n'auraient pas pu être établies voici seulement quinze ans. Quarante cinq pour cent des médicaments que nous utilisons n'existaient même pas il y a cinq ans."

^{187/} On peut lire dans un article intitulé "Excessive Drug-taking and the Pharmacist" (L'abus des médicaments et le pharmacien), dû au Dr Hans Mayer, Journal mondial de pharmacie, No 2 (1964), communiqué par la Fédération internationale pharmaceutique : Il est incontestable que la consommation de médicaments n'a cessé d'augmenter au cours des soixante dernières années, c'est-à-dire depuis le début du siècle. En valeur, elle représente aujourd'hui près de 20 fois la valeur de la consommation enregistrée vers 1900. En volume, elle a augmenté de près de 15 fois."

^{188/} Documents officiels de l'Assemblée générale, vingt-troisième session, Troisième Commission, 1642^e séance, p. 4.

^{189/} La Commission des stupéfiants a tenu une session spéciale à Genève du 12 au 30 janvier 1970 afin d'élaborer un traité international en vertu duquel certaines substances psychotropes seraient soumises à un contrôle international.

Pour soumettre certaines substances psychotropes à un contrôle international. Dans le préambule de sa résolution 1293 (XLIV) du 23 mai 1968, le Conseil a exprimé son inquiétude au sujet "du problème que continue à poser l'abus des substances psychotropes qui ne sont pas soumises à un contrôle international (amphétamines, barbituriques, hallucinogènes, tranquillisants)". Dans le préambule de sa résolution 1294 (XLIV), adoptée le même jour, le Conseil a exprimé sa vive inquiétude au sujet "des graves dommages [qui] ont été causés à la santé par l'abus prolongé du LSD et de substances hallucinogènes analogues". Précédemment, dans le préambule de sa résolution 1197 (XLII), du 16 mai 1967, le Conseil avait noté "avec une vive inquiétude l'abus croissant dont fait l'objet le LSD (LSD-25, diéthylamide de l'acide lysergique, lysergide)" et avait reconnu "le grave danger que cet abus représente pour la santé et la sécurité, aussi bien de l'individu que de la société".

241. On peut se faire une idée des dangers résultant du perfectionnement des substances psychotropes en examinant les passages pertinents des quatre derniers rapports de la Commission des stupéfiants : E/4140 (vingtième session), chapitre VIII; E/4294 (vingt et unième session), chapitre VI et Annexe II; E/4455 (vingt-deuxième session), chapitre VI; et E/4606/Rev.1 (vingt-troisième session), paragraphes 255-290. D'après ces passages, la consommation des médicaments psychotropes a considérablement augmenté au cours des dernières années, aussi bien en ce qui concerne les médicaments vendus sur ordonnance que les médicaments vendus sans ordonnance. Outre l'utilisation qui en est faite comme médicaments proprement dits, ces substances sont consommées en quantités toujours croissantes en tant qu'agents capables de procurer le sommeil, l'euphorie ou la détente, ou d'éviter la fatigue et le sommeil. En particulier, beaucoup de jeunes sont attirés vers certaines de ces substances en raison de leurs effets réputés stimulants et exaltants ou de leur pouvoir d'élargir ou d'intensifier l'expérience du consommateur. La plupart de ces médicaments conduisent à une dépendance physique ou psychologique. Certains, même à petite dose, peuvent causer des désordres psychiques sérieux, notamment des hallucinations qui ont abouti à des décès parmi les consommateurs et parmi d'autres personnes. Certains ont des effets nuisibles sur l'aptitude à conduire une automobile ou à commander des appareils complexes. En outre, ces médicaments sont souvent pris par injection, ce qui entraîne bien souvent des infections, des hépatites notamment, en raison des mauvaises conditions sanitaires.

242. Le Dr Quarton a pu écrire à ce sujet :

"Les médicaments qui 'élargissent la conscience', tels que le LSD, doivent être examinés avec attention. Ces agents provoquent une expérience subjective qui associe une intensification des sensations à un certain degré de confusion et à des émotions exacerbées, l'euphorie et la peur notamment. Ils ont été employés, associés à des traitements psychothérapeutiques, pour traiter des désordres mentaux. L'aspect le plus spectaculaire de ces agents 'psychédéliques', c'est qu'ils ont échappé au contrôle de la communauté scientifique et qu'ils sont distribués par les membres de diverses sous-cultures dans le cadre de notre société. L'utilisation scientifique du LSD a été considérablement réduite récemment, car il est établi qu'une seule dose, même très petite, peut occasionner une psychose prolongée. Il est impossible de prévoir l'avenir de ces médicaments, étant donné que de nouvelles découvertes scientifiques peuvent modifier radicalement les modes d'utilisation et que la consommation de médicaments 'par jeu' est encore compliquée par d'autres phénomènes sociaux extrêmement complexes.

L'avenir verra probablement l'avènement de catégories de médicaments entièrement nouvelles. Il est difficile d'imaginer ce que pourront être les conséquences sociales de cette évolution." 190/

243. Partant de l'hypothèse que les substances psychotropes pouvaient apporter certains bienfaits, le Pr Donald N. Michael a soulevé deux questions : "Lorsque la personnalité d'un individu est transformée à la suite de l'utilisation de substances chimiques qui élargissent le champ de l'expérience ou de toute autre substance chimique stimulante qui accroît son quotient intellectuel, cet individu est-il encore la même personne? Quels sont les individus qui peuvent bénéficier d'expériences de ce genre, compte tenu de leur rôle dans la société?" 191/

244. Les problèmes résultant de l'emploi des nouveaux médicaments, en particulier des psychotropes, se sont posés avec d'autant plus de gravité que ces médicaments ont été mis trop facilement à la disposition du public. Dans le passage précédemment cité, au paragraphe 242, le Dr Quarton constate que les substances psychotropes "ont échappé au contrôle de la communauté scientifique" et qu'ils ont été "distribués et utilisés par les membres de diverses sous-cultures dans le cadre de notre société". Il a pu écrire également :

190/ Quarton, Loc. cit., p. 843.

191/ Transcription d'un programme radiophonique intitulé "Le fait de la science", diffusé par la radio d'Etat de l'Université du Michigan.

"Il semble probable ... que certains types de médicaments que l'on peut produire facilement et à bon marché et qui peuvent être préparés par des chimistes relativement inexpérimentés, peuvent être fabriqués et utilisés par certains individus, malgré la désapprobation de la société dans son ensemble et malgré les institutions mises en place par les pouvoirs publics pour contrôler l'utilisation de ces médicaments." 192/

245. Lors de la Conférence de la Table ronde sur la science biomédicale et le dilemme de l'expérimentation sur des sujets humains, qui a eu lieu à Paris le 7 octobre 1967, le Pr T. A. Lambo, de l'University College d'Ibadan au Nigéria, a déclaré :

"L'emploi de substances psychopharmacologiques dans les pays en voie de développement est très répandu, et l'on assiste souvent à des abus ou à une utilisation aveugle de ces médicaments, comme c'est le cas, en particulier, pour les antibiotiques, les narcotiques et les analgésiques. Pratiquement, on rencontre certains de ces médicaments dans tout village d'Afrique, en raison de la publicité sans nuance dont ils font l'objet dans la presse, à la radio et ailleurs. En fait, certaines régions rurales et les villages les plus reculés d'Afrique sont littéralement envahis par des gens qui vendent ces médicaments. Cette situation soulève à son tour bon nombre de questions, de difficultés et de dilemmes pour ceux d'entre nous qui exercent la médecine et qui s'intéressent à la philosophie de la pratique médicale et à l'administration de la médecine en général." 193/

246. Un autre problème tient à l'abus possible des médicaments de la part des pouvoirs publics. Lors de la Conférence internationale des ONG sur les droits de l'homme qui s'est tenue à Paris, du 16 au 20 septembre 1968, on a dit au cours de débats sur le rapport du Groupe de travail 5 - droits affectés par la science et la technique - que "toutes les possibilités qui existent dès à présent d'agir sur le comportement humain n'étaient pas encore pleinement comprises, en ce qui concerne, par exemple, l'augmentation et la nature de la consommation des tranquillisants" 194/.
A cet égard, le Dr Quarton écrit :

"Les récents progrès de la pharmacologie et la neurophysiologie ont mis en lumière l'existence de possibilités techniques permettant de déterminer le comportement et de modifier radicalement la personnalité. Si des techniques

192/ C. Quarton, Loc. cit., p. 843.

193/ Tables rondes du COISM, 1. La science biomédicale et le dilemme de l'expérimentation sur des sujets humains, p. 66.

194/ Droits de l'homme : Rapport final de la Conférence internationale des ONG (New York, 1969), p. 89.

nouvelles de ce type sont mises au point, elles pourraient avoir une influence marquée sur la vie de certains individus. Des applications systématiques de telles techniques auraient des conséquences sociales de grande envergure.

...

On peut penser que des méthodes de plus en plus efficaces visant à modifier la personnalité et à déterminer le comportement verront le jour. Quelles seront ces techniques? Qui les utilisera? Et à quelles fins?" 195/

Le Pr Lewis B. Sohn, de l'Université de Harvard, a mis en lumière une des utilisations possibles de ces techniques : "Les médicaments qui peuvent rendre docile un malade psychotique pourront à l'avenir rendre dociles des populations entières. Ici encore, l'individu et la population en tant que groupe doivent être protégés contre les dangers qui en résulteraient si l'on accordait à l'Etat le pouvoir d'entreprendre une telle action"196/.

247. Dans un document intitulé : "Technology and Human Rights", établi pour l'Assemblée des droits de l'homme réunie à Montréal du 22 au 27 mars 1968, lord Ritchie-Calder, de l'Université d'Edimbourg, a déclaré :

"Nous avons beaucoup entendu parler des agents psychochimiques ou des hallucinogènes, dont le plus connu est le LSD (diéthylamide de l'acide lysergique), substance inodore, incolore et sans saveur. Le LSD peut produire toute une gamme de réactions et de psychoses psychopathologiques, en particulier l'incapacité de se concentrer, de graves états d'anxiété et un retrait catatonique complet - un état de transe. Ces agents peuvent être répandus dans l'air d'une manière dissimulée ou absorbés oralement. On a projeté à l'intention d'un comité d'enquêtes du Congrès des Etats-Unis un film qui montrait que des troupes exposées à un de ces agents n'étaient même pas conscientes de leur état anormal; pourtant, cet état avait changé à un tel point qu'elles étaient incapables d'obéir aux ordres les plus simples ou d'accomplir des tâches ordinaires. Il y a beaucoup à dire sur l'utilisation de tels agents dans la guerre chimique, mais un champ de bataille n'est pas nécessaire pour appliquer ces méthodes. On peut prévoir, par exemple, que ces agents seront utilisés sous forme de gaz par la police, contre les manifestants civils. Cela aura des conséquences individuelles que les psychopathologues ne peuvent pas prévoir, car les individus réagiront différemment selon leur physiologie et leur tempérament; certaines personnes pourront être affectées de manière permanente sur le plan mental, et même sur le plan génétique, de telle

195/ Quarton, Loc. cit., p. 837-838.

196/ Droits de l'homme : Rapport final de la Conférence internationale des ONG, p. 89.

sorte que leurs descendants seront aussi affectés. Il ne faut pas croire non plus que ces agents seront nécessairement utilisés à une échelle massive; ils pourront l'être au niveau du groupe et de l'individu..."

248. Le Dr Quarton a écrit :

"Il existe des types d'activités dans lesquelles un haut niveau d'efficacité de la part des participants humains est désiré. Les activités militaires constituent le meilleur exemple à cet égard, mais l'efficacité permet aussi de réduire les coûts dans l'industrie et d'autres activités similaires. Il est tout à fait possible que des groupes de cadres de l'armée ou de l'industrie encouragent l'utilisation de techniques de conditionnement du comportement ayant pour effet d'augmenter l'efficacité d'êtres humains dans un système. Etant donné que, dans une certaine mesure, on utilise déjà des agents chimiques à cette fin, il est probable qu'un certain nombre d'autres expériences seront effectuées.

L'hostilité qu'inspirent les formes de gouvernement totalitaires est cependant une réalité et on peut en conclure que les sociétés les plus démocratiques s'opposeront à ce genre d'utilisation, à moins qu'une évolution radicale de toutes les structures sociales ne se produise." 197/

249-250. On a également appelé l'attention sur le danger que comporte l'abus des tranquillisants dans les hôpitaux psychiatriques. Ainsi le Dr Quarton a écrit :

"Un des abus de médicaments que l'on note aujourd'hui est l'utilisation, dans certains hôpitaux pour malades mentaux et personnes âgées, de tranquillisants destinés avant tout à empêcher les malades difficiles d'importuner le personnel. Cette méthode peut en fait rendre impossibles les expériences vitales nécessaires à la réadaptation sociale, et on peut craindre qu'à l'avenir ce genre d'abus soit encore plus fréquent." 198-200/

251. D'autres dangers résultent de l'utilisation sans discrimination de médicaments énergiques qui peuvent en particulier entraîner l'élimination d'organismes protecteurs dans le corps du malade, et l'apparition de variétés de bactéries insensibles aux médicaments 201/.

197/ Quarton, Loc. cit., p. 850.

198-200/ Quarton, Loc. cit., p. 848.

201/ Cf. Calder, op. cit. p. 14-15.

252. Par ailleurs, on a mis au point un grand nombre de médicaments nouveaux dont les effets marginaux ne peuvent pas être entièrement connus à l'avance. Ce problème est abordé aux paragraphes 258 et 259 ci-après.

ii) Etudes établies ou en cours

253. Un grand nombre d'études ont été consacrées aux dangers médicaux de l'absorption de médicaments. Par exemple, l'OMS a communiqué une liste de ses projets de recherche entrepris entre 1964 et 1968, dans laquelle sont mentionnés les travaux suivants :

"Sécurité des médicaments - Formulation de principes pour l'essai préclinique de la sécurité des médicaments, examen des problèmes d'évaluation des médicaments du point de vue des dangers tératogéniques, et examen du problème complexe des essais visant à détecter une action carcinogène éventuelle. Evaluation des médicaments pouvant engendrer la dépendance - Elaboration de principes pour l'évaluation clinique des médicaments en vue d'assurer leur sécurité thérapeutique, et notamment des aspects scientifiques et éthiques de ces principes.

Pharmacodépendance - Elaboration de données relatives aux médicaments qui engendrent une dépendance psychique ou physique."

254. Le 2 octobre 1962, le Gouvernement belge a signalé qu'"une étude est en cours au sein du Département belge de la justice, sur la question de la protection de la personne humaine, de son intégrité physique et intellectuelle face aux progrès de la biochimie"^{202/}.

iii) Autres études proposées

255. On peut probablement s'appuyer dans une large mesure sur les études déjà effectuées pour examiner les dangers des médicaments en rapport avec les objectifs de la résolution 2450 (XXII) de l'Assemblée générale. D'autres études pourront être consacrées aux questions suivantes :

i) Dans la mesure où les médicaments psychotropes donnent de bons résultats (éventuellement en psychothérapie, par exemple), comment faut-il réglementer leur utilisation?

ii) Abus éventuel de médicaments utilisés en tant que moyens de contrôle du comportement, à des fins sans rapport avec la médecine et incompatibles avec les droits fondamentaux de la personne humaine.

^{202/} Cette étude porte également sur les progrès de la biologie et de la médecine.

4. Expériences sur des sujets humains

i) Problèmes affectant les droits de l'homme

256. Les problèmes affectant les droits de l'homme que posent les expériences sur des sujets humains ont pris une importance croissante ces dernières années, en rapport avec les techniques médicales et la nature des médicaments, et à d'autres égards. On peut citer deux déclarations générales pour mettre en évidence le caractère toujours plus expérimental de la médecine et de la psychologie modernes. Le Dr Paul A. Freund a écrit :

"Il y a deux siècles un tribunal a déclaré qu'un médecin expérimente à ses risques et périls; s'il s'écarte de la méthode de traitement acceptée, il porte la responsabilité de tout préjudice causé au malade. Aujourd'hui on est tenté de dire au contraire que toute thérapie sérieuse est expérimentale. Etant donné la connaissance plus approfondie que l'on a de processus biologiques complexes, la prolifération de médicaments et de thérapies puissants et d'un usage délicat, la gamme d'options dans le traitement et la diversité des réactions des malades, il est inévitable qu'une bonne pratique médicale soit expérimentale d'une manière qui, sans contredire l'avertissement lancé au XIXème siècle, en limite beaucoup le sens et la portée en tant que règle de conduite professionnelle.

La pratique médicale est devenue de plus en plus expérimentale à un autre égard - à savoir dans les rapports qui existent entre la thérapie et l'étude scientifique systématique. L'hôpital d'enseignement moderne est évidemment le meilleur exemple de ce type de pratique médicale." 203/

De son côté, le Dr Talcott Parsons, de l'Université de Harvard, a déclaré :

"Les problèmes éthiques posés par la recherche lorsqu'il est fait appel à des sujets humains ne sont certes pas nouveaux, mais ils sont devenus plus aigus ces dernières années du fait d'un certain nombre de circonstances. Dans le domaine médical des progrès techniques rapides ont soulevé un grand nombre de questions éthiques. On emploie de plus en plus des méthodes qui sont, non seulement nouvelles, mais aussi plus hardies, et dont il faut présumer qu'elles sont plus risquées, tout au moins tant qu'elles n'ont pas fait l'objet d'essais concluants. Les greffes d'organes sont évidemment l'exemple le plus souvent discuté aujourd'hui.

Une autre raison pour laquelle ces problèmes sont de plus en plus préoccupants tient à l'intensification rapide de la recherche dans les sciences du comportement et dans les sciences sociales. Par sa nature même, en quelque sorte, ce genre de recherche fait appel à des sujets humains de types très

203/ Freund, Loc. cit., p. viii.

divers. Par exemple, l'intérêt porté au développement de l'enfant et à divers aspects de l'éducation suscite des problèmes très délicats. L'importance des enquêtes et de diverses formes d'observation des participants s'est accrue rapidement, et ces aspects devront sans aucun doute faire l'objet d'un examen attentif à l'avenir." 204/

257. Le caractère expérimental qu'ont actuellement les greffes cardiaques a été souligné dans une déclaration intitulée "Cardiac Transplantation in Man", publiée le 28 février 1968 par l'Institut de médecine de l'Académie nationale des sciences des Etats-Unis.

"Dans le cas de la greffe d'un rein, le don de l'organe n'est pas crucial pour le donneur; en cas d'échec, le receveur peut être maintenu en vie pendant de longues périodes, jusqu'à ce qu'une autre tentative soit faite. Dans le cas de la greffe cardiaque, la vie du donneur ne peut pas être préservée. En outre, la vie du receveur ne peut pas être sauvée si le coeur greffé ne fonctionne pas. Il est extrêmement important de noter que la durée de la période de survie du receveur est pour l'instant matière à conjecture, même si un résultat immédiat favorable est indiqué par le fait que le coeur greffé se remet rapidement à fonctionner. Ainsi, cette méthode ne peut pas encore être considérée comme une forme acceptée de thérapie, même héroïque. Il faut comprendre clairement qu'il s'agit en fait d'une exploration scientifique de l'inconnu, dans laquelle l'exploit chirurgical que constitue la greffe de l'organe n'est que le premier pas.

... Les problèmes éthiques posés par le choix du donneur et du receveur entrent dans le cadre général de la question complexe qu'est l'éthique de l'expérimentation humaine."

258. Il a été souligné qu'"on ne peut pas progresser dans la mise au point de médicaments sans risquer des effets adverses"205/. Le Dr Thomas H. Hayes, directeur du Département de pharmacologie de l'American Medical Association, a ajouté "On entend par réaction adverse à un médicament la manifestation de tout effet inattendu ou imprévu, grave et inhabituel, qui entraînerait une extension de l'action pharmacologique du médicament si celui-ci était administré à dose thérapeutique pour le traitement d'une maladie." 206/

204/ Talcott Parsons, "Research with Human Subjects and the 'Professional Complex'", Daedalus (printemps 1969), p. 325.

205/ Remarque du présentateur du "Programme VI : Médicaments modernes - Risques et avantages", d'une enquête radiophonique intitulée "The Circumstances of Science", diffusée par la radio de l'Université de l'Etat du Michigan.

206/ Dr Hayes, parlant au cours de la même émission.

259. Certains doutes subsistent, par exemple, au sujet des effets marginaux toxiques que peuvent avoir les divers contraceptifs oraux actuellement d'un usage courant. Par ailleurs, l'exemple des effets marginaux inattendus de la thalidomide est bien connu; il est rappelé dans une déclaration publiée le 6 mai 1969 par la Société internationale de la lèpre :

"A l'heure actuelle nous sommes particulièrement préoccupés par des médicaments tels que la thalidomide, qui a une réaction extrêmement favorable dans l'exacerbation aiguë de la lèpre lépromateuse, mais que nous conseillons d'utiliser avec la plus grande prudence en raison de ses propriétés embryotoxiques et neurotoxiques."

260. On peut citer deux déclarations reflétant l'inquiétude qui se fait jour dans certains milieux au sujet des expériences sur des êtres humains, et les raisons de cette inquiétude. La première a été faite par sir John Bruce à Varsovie, en 1966, à la réunion consacrée à l'éthique chirurgicale; sir John a dit :

"Les expériences sur des sujets humains causent actuellement beaucoup d'appréhensions ... celles-ci semblent en partie fondées, et Beeher, le réputé anesthésiste de Boston, a cité des exemples solidement documentés où les limites de l'éthique ont été manifestement dépassées." 207/

La deuxième déclaration a été prononcée par le Dr A. E. Confrey, directeur de la Division des subventions à la recherche de l'Institut national de la santé à Bethesda (Maryland), lors d'une table ronde sur la science biomédicale et le dilemme posé par les expériences sur l'homme, qui a eu lieu à Paris, le 7 octobre 1967. Le Dr Confrey s'est exprimé en ces termes :

"A la suite surtout des récents articles du Dr Henry Beecher, et en raison de plusieurs faits troublants concernant des recherches contestables effectuées sur des sujets humains, une bonne partie du public, en Amérique, se demande si certaines études cliniques ou de comportement sont bien fondées ou sans danger. En bref, on a l'impression que les hommes de science, dans l'ardeur de la recherche, risquent parfois d'oublier le bien-être du malade ou les droits de l'homme." 208/

207/ Bulletin, p. 13.

208/ Tables rondes du COISM. 1. La science biomédicale et le dilemme posé par l'expérimentation sur l'homme, p. 57.

261. En raison de l'apparition de nouveaux traitements et de nouveaux médicaments, le médecin se trouve de plus en plus exposé au risque de poursuites, ce qui pose aussi un problème sur le plan des droits de l'homme. Dans un article intitulé "Human Studies : Protection of the Investigator and His Subject Is Necessary" (Science, vol. 164, 13 juin 1969, p. 1256-1258), le Dr Henry K. Beecher, professeur d'anesthésie à l'Université d'Harvard, a indiqué ce qui suit :

"D'après la doctrine juridique fondamentale, 'le médecin expérimente à ses risques et périls' ... Une législation aussi sévère manque de réalisme car, comme le sait tout médecin compétent, l'exercice de sa tâche implique une expérimentation continuelle. Il n'y a pas deux malades qui réagissent exactement de la même façon à un procédé thérapeutique donné. Il n'existe pas de malade 'type'. Même dans l'exercice quotidien de ses fonctions, le médecin qualifié expérimente jusqu'à ce que son traitement réussisse, ou que le malade s'adresse à quelqu'un d'autre ou qu'il meure."

L'un des risques d'action judiciaire que comporte l'expérimentation tient à l'incertitude de certaines législations nationales régissant les transplantations d'organes^{209/}.

262. On introduit souvent des produits chimiques dans les denrées alimentaires, aux stades de la production, du traitement, de l'emballage et du stockage, pour des raisons d'ordre sanitaire, agricole ou économique, comme le fait observer le Conseil national de la recherche de l'Académie des sciences des Etats-Unis (Some Considerations in the Use of Human Subjects in Safety Evaluation of Pesticides and Food Chemicals, 1965, No 1270, p. 3) :

"Un problème se pose continuellement à l'industrie et au public : démontrer que l'usage donné d'un produit chimique aux stades de la production, du traitement, de l'emballage ou du stockage des denrées alimentaires ne sera pas nocif pour le consommateur. On juge généralement impossible de garantir de façon absolue que tel ou tel usage n'aura aucun effet préjudiciable. On s'efforce donc d'assurer que le risque inhérent à l'usage en question est très faible par rapport aux avantages qui en résultent sur les plans sanitaire, agricole et économique."

263. Ce passage montre que dans un sens, à l'égard du public, l'introduction des produits chimiques dans des denrées alimentaires en cours de traitement constitue

^{209/} Voir Colloque de la fondation CIBA : Ethics in Medical Progress with Special Reference to Transplantation (Boston, 1966).

une expérience. On peut penser que parmi les "raisons d'ordre économique" dont il a été question figure le profit tiré de l'adjonction aux aliments de substances artificielles qui leur donnent une couleur ou une saveur donnée.

264. En outre, d'après le rapport, "on a étudié sur des volontaires les produits chimiques dont il s'agit... pour en évaluer la toxicité"; à cet égard se pose à nouveau le problème de l'expérimentation sur des êtres humains.

ii) Etudes établies ou en cours

265. Les aspects de l'expérimentation sur les êtres humains qui ont trait aux droits de l'homme sont étudiés par de nombreuses instances et ont déjà fait l'objet de nombre de publications.

266. Le Gouvernement suédois, dans une communication du 6 novembre 1969, a indiqué que "la Société médicale suédoise a constitué un groupe de travail chargé d'étudier les questions d'éthique liées aux expériences cliniques".

267. Le Gouvernement des Etats-Unis, dans une communication du 1er décembre 1969, a indiqué ce qui suit :

"Le Département de la santé, de l'éducation et des questions sociales a déclaré et posé en principe que toutes les recherches bénéficiant d'un appui tant aux Etats-Unis qu'à l'étranger et impliquant le recours à des sujets humains doivent être conçues, administrées et pratiquées de façon qu'il ne soit pas porté atteinte aux droits individuels desdits sujets ni à leur bien-être, et que les avantages potentiels de ces recherches doivent justifier les risques qu'elles pourraient comporter. Cette politique est conforme aux principes de la Déclaration faite à Helsinki par l'Association médicale mondiale, et les services compétents du Département font paraître des instructions et des publications traitant des moyens de la mettre en oeuvre."

Le Gouvernement des Etats-Unis a ajouté :

"Actuellement, l'Institut national de santé mentale apporte son appui à une étude que poursuit l'Association des psychologues américains sur l'éthique des recherches pratiquées sur les sujets humains.

En dehors des services gouvernementaux, les médecins et les juristes s'occupent également de ces nouveaux problèmes. Nous appelons votre attention sur le numéro de printemps 1969 de Daedalus, revue de l'Académie américaine des arts et des sciences, qui était consacré aux problèmes d'éthique posés par l'expérimentation sur des sujets humains, et sur les publications du Service de santé publique Nos 1838 et 1838-1, intitulées 'Aspects psychologiques et sociaux de la transplantation de tissus humains - Bibliographie annotée des ouvrages actuels concernant cette question'.

Une conférence nationale sur les appareils médicaux, organisée les 6 et 7 septembre 1969 au Linden Hill Motel à Bethesda sous les auspices de l'Association pour le progrès des instruments médicaux, a réuni des personnalités américaines particulièrement qualifiées qui s'occupent des effets de l'emploi des instruments électroniques ainsi que des nouveaux traitements sur les droits de l'individu.

...

Des organisations privées commencent aussi à s'intéresser vivement au problème. La Russel Sage Foundation (230 Park Avenue, New York) s'occupe des sciences sociales, et l'éthique est un sujet très actuel. Elle subventionne trois projets concernant les droits de l'homme et l'expérimentation, à savoir :

1. Une étude de l'expérimentation sur l'homme, poursuivie par le Dr Bernard Barber, de l'Université de Columbia;
2. Les activités d'un comité d'étude de l'expérimentation sur l'homme - émanation du Comité pour la santé et les valeurs humaines - créé par cinq doyens d'écoles de médecine (Dr Ronald W. McNeur);
3. Une monographie relative à l'expérimentation sur des sujets humains, du Dr Jay Katz, de l'Université de Yale. Le Dr Katz a déjà fait partie de plusieurs groupes d'études et comités consultatifs de la NIMH."

268. Dans un memorandum provisoire communiqué au Secrétaire général le 3 juillet 1969, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré :

"[L'Organisation mondiale de la santé] se préoccupe des problèmes de l'expérimentation sur l'homme du point de vue de l'individu et des groupes de population... Des exemples tirés de deux rapports techniques récents illustrent ce souci. Un groupe scientifique de l'Organisation, réuni en 1966, a rédigé un rapport intitulé 'Principes applicables à l'étude préclinique de l'innocuité des médicaments' (Organisation mondiale de la santé - série de rapports techniques - No 341)... Un autre groupe scientifique, convoqué en 1967, a établi un rapport intitulé 'Principes applicables à l'évaluation clinique des médicaments' (Organisation mondiale de la santé - série de rapports techniques - No 403)... En 1967, l'OMS, avec l'UNESCO, a aidé le Conseil des organisations internationales des sciences médicales (CIOMS) à réunir une table ronde sur le sujet suivant : 'La science biomédicale et le dilemme posé par l'expérimentation sur l'homme'."

269. A cet égard, on trouvera des renseignements dans l'ouvrage "Tables rondes du CIOMS.1. La science biomédicale et le dilemme posé par l'expérimentation sur l'homme", qui contient les comptes rendus de la table ronde susmentionnée. Au nombre des sujets traités figurent l'évaluation de nouveaux médicaments et la

/...

situation du donneur en cas de transplantation d'organes. On trouvera dans le numéro de printemps 1969 de la revue Daedalus (Ethical Aspects of Experimentation with Human Subjects), une série d'articles se rapportant à ce sujet, chacun d'eux étant rédigé par un spécialiste différent. On pourra aussi se reporter au colloque de la fondation CIBA (Ethics in Medical Progress with Special Reference to Transplantation, Boston, 1966), et à l'ouvrage intitulé "Some Considerations in the Use of Human Subjects in Safety Evaluation of Pesticides and Food Chemicals", communiqué par l'Académie des sciences des Etats-Unis. De son côté, le Dr Henry K. Beecher a fait paraître dans la revue Science (vol. 164, 13 juin 1969, p. 1256-1258) un article intitulé "Human Studies : Protection for the Investigator and His Subject Is Necessary". Dans l'article déjà mentionné, concernant la transplantation du coeur chez l'homme, publié par le Conseil de la médecine de l'Académie des sciences des Etats-Unis, il est dit :

"Les problèmes moraux que pose le choix du donneur et du bénéficiaire font partie d'une question complexe, à savoir l'éthique de l'expérimentation sur l'homme. Plusieurs groupes qualifiés, tant aux Etats-Unis qu'à l'étranger, étudient actuellement ce sujet fort délicat et très compliqué."

270. Dans une communication du 18 juin 1969, l'Union mondiale des organisations féminines catholiques a déclaré :

"Mgr Harold Murray, directeur du Département de la santé de la Conférence catholique des Etats-Unis, fait partie d'une commission des services de santé de l'Eglise qui est chargée d'élaborer des directives morales et religieuses pour les hôpitaux catholiques. Cette commission étudie les aspects juridiques et théologiques de la question et en fait la synthèse afin de formuler à l'intention des évêques américains des recommandations applicables à ces hôpitaux."

Il existe d'autre part une liste de 120 articles émanant du Département de la santé, de l'éducation et des questions sociales et de la Bibliothèque nationale de médecine (Literature Search Nos 9-68 et 30-65), groupés sous les titres suivants : "Respect of the Ethical and Legal Aspects of Transplantation" et "Forensic Medicine, Autopsy and Selected References to the medical-legal implications of tissue banks and transplantations".

271. Parmi les textes qui ont trait à la question, on peut citer les suivants, qui ne sont pas des études proprement dites mais résultent d'études déjà effectuées :

le Code de Nuremberg du 19 août 1947; la Déclaration de Genève, le Code international d'éthique médicale et la Déclaration d'Helsinki, adoptés par l'Association médicale mondiale en septembre 1948, octobre 1949 et juin 1964 respectivement; et l'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, du 16 décembre 1966, qui stipule :

"Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique."

272. Ces textes présenteront un intérêt pour l'établissement de "normes appropriées pour protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales", normes qu'on pourra peut-être formuler à partir de la présente étude, conformément au troisième alinéa du préambule de la résolution 2450 (XXIII) de l'Assemblée générale.

iii) Autres études proposées

273. Dans la mesure où l'exécution de la résolution 2450 (XXIII) de l'Assemblée générale vise à protéger l'individu contre des expériences injustifiables, on peut s'inspirer pour une large part d'études déjà établies ou en cours. Toutefois, il faut encore étudier :

i) La situation juridique du médecin qui applique des traitements expérimentaux;

ii) Les moyens de protéger le public contre les effets nuisibles de produits chimiques introduits dans les denrées alimentaires aux stades de la production, du traitement, de l'emballage et du stockage.
