

# Révision du Code civil

## Traitement des patients incapables de discernement et nouvelle conception de la privation de liberté à des fins d'assistance

Ursula Steiner, Dr méd., vice-présidente de la FMH  
Hanspeter Kuhn, avocat, secrétaire général adjoint de la FMH

Le Département fédéral de justice et police a mis en consultation un projet de loi susceptible de modifier fondamentalement les dispositions juridiques en matière de prise en charge des patients incapables de discernement. Ce bouleversement concernerait tout particulièrement les médecins exerçant dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (EMS). La FMH est priée de prendre position sur cette question d'ici au 15 janvier 2004.

Nous invitons donc les sociétés cantonales de médecine, les sociétés de discipline médicale ainsi que tous les membres de la FMH à nous faire parvenir leurs commentaires à ce sujet avant le 22 décembre 2003. La documentation complète de la procédure de consultation peut être téléchargée à partir du site internet [www.bj.admin.ch](http://www.bj.admin.ch) ou commandée auprès de l'Office fédéral de la justice (tél. 031 322 41 82, fax 031 322 42 25).

### Les grandes lignes du projet de loi

#### 1. Mandat pour cause d'inaptitude et directives anticipées du patient (art. 360 à 373 du projet de révision du Code civil\*)

Le projet de révision prévoit que toute personne ayant l'exercice des droits civils peut désigner *une ou plusieurs personnes physiques ou morales* (mandataire) qu'elle charge de sauvegarder ses intérêts et de la représenter dans les rapports juridiques avec les tiers pour le cas où elle deviendrait incapable de discernement. Cette disposition générale de l'art. 360 s'applique à tous les aspects de l'existence et pas seulement à la médecine. Le mandat pour cause d'inaptitude doit être constitué en la forme authentique ou enregistré dans un procès-verbal établi par l'office désigné par le canton. En outre, il est précisé qu'un registre des personnes ayant constitué un mandat sera tenu.

Il faut distinguer entre ce mandat d'ordre général et le *mandat dans le domaine médical visé aux art. 370ss*. Toute personne majeure capable de discernement peut désigner par écrit une ou plusieurs personnes physiques (mandataire)

qu'elle charge de consentir en son nom à un traitement médical pour le cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elle peut subordonner son consentement au respect d'instructions (art. 370, al. 1 et 2). Il n'est pas prévu d'inscription au registre.

Les *directives anticipées du patient* se voient désormais ancrées dans la loi fédérale. Toute personne capable de discernement peut, pour le cas où elle serait atteinte d'une incapacité de discernement, rédiger des directives anticipées sur les traitements médicaux qu'elle accepte ou qu'elle refuse. Le champ d'application de ces directives tel que défini dans le projet de loi correspond à la pratique actuelle: «Des directives anticipées suffisamment précises valent consentement ou refus de traitement lors de la survenance de la situation envisagée par leur auteur. A défaut, elles donnent des indications à son représentant ou, en cas d'urgence, à son médecin traitant. S'il existe des doutes fondés que les directives anticipées correspondent encore à la volonté présumée de la personne ou qu'elles soient l'expression de sa libre volonté, elles ne déploient pas d'effet.» (art. 373 al. 1 à 3).

#### Personnes incapables de discernement n'ayant pas constitué de mandat: représentation par le parent le plus proche en lieu et place de la gestion d'affaires pratiquée jusqu'ici par l'hôpital ou l'établissement médico-hospitalier (art. 434ss)

S'agissant des nombreuses personnes qui ne constitueront pas de mandat dans le domaine médical, le projet de révision contient de nouvelles dispositions aux art. 434ss, selon lesquelles il ne revient plus à l'hôpital, à l'équipe assurant la prise en charge ou à l'EMS d'agir dans le cadre de la gestion d'affaires, comme c'était le cas depuis l'entrée en vigueur du Code civil. En lieu et place, la loi détermine, en établissant un ordre de succession, quelle est la personne pouvant et devant représenter la personne incapable de discernement auprès du monde médical en vue d'accepter ou de refuser un traitement:

\* Tous les articles de loi cités ci-après se réfèrent à ce projet.

Correspondance:  
H. P. Kuhn  
FMH  
Case postale 293  
CH-3000 Berne 16  
Fax 031 359 11 12

E-mail: [hkuhn@hin.ch](mailto:hkuhn@hin.ch)

- Son conjoint ou son partenaire s'il y a vie commune ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière;
- ses descendants, ses père et mère ou ses frères et sœurs; est habilitée la personne avec laquelle les liens sont les plus étroits, en particulier parce qu'il y a vie commune ou qu'elle lui fournit une assistance personnelle régulière.
- Si la personne habilitée à représenter ne peut être désignée clairement ou s'il y a un risque que les intérêts de la personne incapable de discernement ne soient correctement sauvegardés, l'autorité de protection de l'adulte statue sur le pouvoir de représentation ou institue une curatelle de représentation.
- S'il n'existe aucune personne habilitée à représenter la personne incapable de discernement ou si aucune personne habilitée n'accepte de la représenter, l'autorité de protection de l'adulte institue une curatelle de représentation (art. 434, al. 1 à 3).

En cas d'intervention grave ou risquée, mais non urgente, un deuxième avis médical doit être demandé (art. 435).

En l'absence de directives anticipées donnant des indications, le représentant décide conformément à la volonté présumée et aux intérêts objectifs de la personne incapable de discernement (art. 435, al. 2).

En cas d'urgence, des soins médicaux peuvent être administrés à une personne incapable de discernement selon sa volonté présumée et ses intérêts objectifs (art. 436).

### Commentaire provisoire dans l'optique de la FMH

#### Remarques préliminaires

*La représentation légale par le parent le plus proche, telle qu'elle est proposée, ne sera guère possible à financer et les ressources humaines feront défaut.*

Le projet de révision propose que la Confédération encourage la formation des personnes chargées de l'exécution des mesures de protection – à savoir uniquement celle des membres des autorités responsables – par une somme de Fr. 150000.–. Un montant aussi modeste ne permettra pas d'atteindre quoi que ce soit, car c'est l'ensemble de la population qu'il faudrait former pour pouvoir appliquer la loi.

Le projet évite de chiffrer les conséquences financières – jugées «extrêmement difficiles à évaluer» – de ces dispositions pour les cantons

et/ou les communes. Nous pensons que les coûts de mise en œuvre seront élevés non seulement pour les autorités mais aussi, et surtout, pour les *organismes responsables des hôpitaux et des EMS*: il va de soi qu'aujourd'hui déjà, lors de l'admission d'un patient frappé d'une incapacité de discernement, tout est fait – dans la mesure du raisonnable – pour retrouver ses proches et les impliquer, en tant que témoins clés de sa philosophie de vie, dans les prises de décision le concernant. Toutefois, dans la plupart des cantons, les dispositions sur la gestion des affaires permettent de lancer dans les meilleurs délais des prises en charge autres que les seuls traitements d'urgence (dont le présent projet ne précise d'ailleurs pas la définition) et ce, relevons-le, sans que des plaintes concernant une médecine trop intervenante aient été émises ces dernières années.

Le passage au système proposé, qui ne permettrait pas de traitement non urgent sans le consentement du parent le plus proche en tant que représentant légal, contraindrait les hôpitaux à réserver à l'avenir un certain nombre de lits pour des patients attendant que le proche habilité à les représenter ait été localisé, convoqué et informé. Ce parent devra prendre seul une décision qui, de plus, engagera sa responsabilité en vertu des règles du mandat. Une telle décision ne se prend pas à la légère et un long délai de réflexion s'avérera souvent nécessaire, le temps de demander un deuxième, voire un troisième avis auprès d'autres hôpitaux ou EMS.

Pour le médecin, cet ajournement de la décision de traiter pourra parfois s'avérer souhaitable, dans la mesure où il n'entraîne pas d'inconvénients pour le patient ne nécessitant pas de soins urgents. Il est agréable de pouvoir donner aux proches le temps de prendre une décision mûrement réfléchie. Une telle approche de la médecine se défendait tout à fait il y a trente ans. Aujourd'hui cependant, la société doit répondre à la question suivante: *combien de lits pour patients «en attente d'une prise de décision» peut-on se permettre d'exploiter et de financer dans les hôpitaux suisses?* Et qui paie la facture? Les caisses-maladie qui, en vertu de la loi, doivent exiger des prestations efficaces, appropriées et économiques (art. 32 et 56 LaMal)? Ou les départements cantonaux de la justice en tant que garants du budget de l'Etat de droit? A cela s'ajoute que les *ressources humaines* qu'il faudra affecter à cette tâche feront alors certainement défaut au chevet des patients qui se sont décidés et doivent être traités sans délai. Actuellement déjà, de nombreux hôpitaux connaissent des délais d'attente de plusieurs mois pour les opérations non urgentes, impliquant souvent, pour le patient, une piètre qualité de vie ou même un risque pour

sa santé. En outre, alors que la pénurie de personnel soignant n'est pas près de prendre fin, un manque de médecins se profile maintenant aussi à l'horizon.

Conclusion: une telle révision de la loi, qui mise sur un système de santé libre de toute pression financière ou manque de personnel, aurait sans doute cadré dans les années septante du vingtième siècle, mais n'est malheureusement plus applicable de nos jours.

*Pour des raisons pratiques inhérentes à la réalité quotidienne des hôpitaux de soins aigus, il est à prévoir que le mandat pour cause d'inaptitude, ainsi que les directives anticipées et la représentation légale du patient incapable de discernement se solderont par un échec*

La règle des directives anticipées figurant dans le projet de révision correspond certes à la situation juridique et à la pratique actuelles. Toutefois, de grandes difficultés pratiques ont surgi et continuent à surgir dans la réalité de tous les jours: la plupart des patients incapables de discernement arrivent par ambulance au service des urgences d'un hôpital. En cas d'infarctus ou d'attaque cérébrale par exemple, les premières mesures d'urgence ont été prises depuis longtemps quand on trouve enfin les directives du patient ou qu'on peut interroger ses proches.

Au moment de prendre sa décision, quelle qu'elle soit, le législateur devra donc garder présents à l'esprit les problèmes liés à son application pratique. La réglementation proposée suscite des attentes élevées en matière de détermination préalable des traitements par les patients, mais elle risque fort de rester lettre morte vu l'activité trépidante qui règne dans les hôpitaux.

### 1. A propos du mandat pour cause d'inaptitude et des directives anticipées du patient

1.1 Nous saluons la possibilité de principe qui est introduite de confier aux proches un mandat dans le domaine médical. Il nous paraît judicieux de pouvoir recourir conjointement à diverses personnes dans l'entourage du patient. En effet, toute la parenté ne peut pas toujours être contactée et, surtout, il est essentiel que la responsabilité de décisions d'une telle portée, touchant aux traitements à administrer, soit assumée en commun par plusieurs parents.

1.2 Le législateur attribue à l'hôpital ou à l'équipe de prise en charge un rôle de pur exécutant et les décharge de toute responsabilité quant à la décision prise par les proches, sauf en ce qui concerne l'information à donner

à ces derniers et l'exécution correcte du traitement. Il n'est pas prévu de décision prise en commun («shared decision making»).

1.3 Nous sommes convaincus que cette disposition ne rendra service ni au patient incapable de discernement ni à ses proches. Selon notre expérience, les parents du malade et l'équipe médicale ressentent dans la plupart des cas *un besoin clair de partager la responsabilité* d'une décision portant sur le traitement à appliquer, tant il est vrai que ce sont les aspects humains, plutôt que les questions purement médicales, qui jouent ici un rôle de premier plan. A notre avis, le Code civil révisé devrait prévoir la solution suivante:

- en principe, les décisions concernant le traitement se prennent de manière consensuelle (notion de «shared decision making»);
- en cas de conflit insoluble, les deux parties (parenté et équipe assurant la prise en charge) ont la possibilité de faire appel à l'*autorité de protection de l'adulte*;
- enfin, s'il s'avère nécessaire de tirer le «signal d'alarme», les proches doivent pouvoir exiger et obtenir le *transfert du patient* dans un autre hôpital ou EMS approprié. A cet égard, il importe tout particulièrement d'assurer, par le biais de la LAMal et des planifications cantonales en matière d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux, qu'un tel transfert soit possible dans la pratique et ne cause pas de problèmes en matière de droit des assurances.

## 2. A propos de la représentation dans le domaine médical en vertu de la loi (art. 434 ss)

2.1 La pratique actuelle est la suivante: depuis des décennies, les hôpitaux et autres institutions traitent les personnes provisoirement ou durablement incapables de discernement, pour lesquelles aucune privation de liberté à des fins d'assistance n'a été décidée ni aucune curatelle de représentation instituée, selon les dispositions de la gestion d'affaires. Bien sûr, des erreurs ont parfois été commises (trop ou trop peu de traitements), car elles sont inhérentes à la nature humaine. Cependant, nous pensons qu'il s'agit là d'une solution éprouvée, d'un instrument flexible qui a permis et permet encore d'entreprendre, d'entente avec les proches, des traitements médicaux nécessaires et judicieux dans un délai utile et à un coût raisonnable, tout en renonçant à tout examen ou thérapie inappropriée.

Des modifications utiles ont été apportées, à savoir:

- la possibilité offerte aux proches de demander le transfert du patient;
- la compétence incombant aux directions de la santé publique de surveiller les hôpitaux et les EMS, ancrée dans les lois sanitaires et hospitalières.

2.2 Le présent projet se distancie de cette règle qui a, selon nous, fait ses preuves pendant des décennies. Si un mandat pour cause d'inaptitude – autorisant la répartition de la responsabilité sur plusieurs proches parents – fait défaut, la décision concernant les soins médicaux à prodiguer devra dorénavant être prise exclusivement par la personne la plus proche du patient. Cette personne ne pourra partager la responsabilité juridique de sa décision ni avec l'équipe soignante, ni avec d'autres proches. Une prise de décision concertée («shared decision making») n'est pas prévue.

2.3 Nous sommes convaincus que ce souhait du législateur est impraticable et constitue une charge trop lourde pour la personne chargée de décider. En effet, la majorité des patients incapables de discernement, que ce soit dans les hôpitaux ou les EMS, sont des personnes âgées. La révision du Code civil ne ferait qu'isoler leurs conjoints, eux-même âgés, de l'équipe soignante et du reste de la parenté, et les contraindrait à assumer toute la responsabilité en matière de traitement ou d'arrêt du traitement. En outre, ils devraient répondre de leur décision conformément aux règles du mandat.

La responsabilité exclusive et la responsabilité civile selon le droit du mandat qu'une décision erronée impliquerait pour les représentants concernés inciterait, selon nous, nombre d'entre eux à révoquer le mandat (art. 373). Cela entraînerait une augmentation des coûts pour l'autorité de protection de l'adulte et une surcharge de patients en attente d'une prise de décision dans les hôpitaux.

Finalement, on peut aussi prévoir qu'un nombre non négligeable de représentants choisiraient la solution de facilité: ils demanderaient instamment à l'équipe médicale de prendre elle-même la décision en se fondant sur la nécessité d'une intervention urgente, et donc d'assumer la pleine responsabilité du traitement.

2.4 Ce qui a été dit au sujet du mandat pour cause d'inaptitude vaut ici encore d'avantage:

- le législateur devrait introduire la notion de prise de décision concertée («shared decision making»);
- la responsabilité juridique ultime restera en revanche, comme jusqu'à présent et dans le but de décharger les proches, auprès de l'équipe médicale si aucun mandat n'est donné (dispositions sur la gestion d'affaires);
- en cas de litige, les proches et l'équipe médicale peuvent faire appel aux autorités de protection de l'adulte;
- les proches devraient aussi pouvoir demander le transfert du patient.

**Question additionnelle: sur quels fondements scientifiques le changement de paradigme proposé repose-t-il?**

2.5 On exige à juste titre de la médecine que les modifications effectuées dans les concepts de traitement soient testées au préalable par une commission d'éthique, dans le cadre d'essais contrôlés, avant de pouvoir être introduites en tant que nouvelles normes. Dans le cas qui nous occupe, à qui revient la charge de la preuve pour les modifications de fond proposées? Le projet de loi se borne à indiquer que la solution actuelle n'est pas compatible avec «l'article 6 de la Convention sur les Droits de l'homme et la biomédecine que la Suisse entend ratifier» (cf. p. 11 du rapport). En revanche, il ne mentionne aucun pays ou canton qui aurait introduit le système actuellement proposé pour la Suisse et démontré, à l'aide d'études scientifiques, sa supériorité sur le principe actuellement en vigueur de la gestion d'affaires.

2.6 Cette question nous ramène à l'examen critique de la convention précitée que nous avons effectué il y a quelques années [1]: à notre sens, la convention et l'actuel projet de loi partent d'une bonne intention mais se fondent sur une vision idéale de l'être humain animé d'un esprit éclairé, vision qui est illusoire. Ces dernières années, d'éminents représentants de l'éthique biomédicale se sont distancés de l'image du patient moyen sollicitant le conseil non directif de ses médecins, pour prendre ensuite sa décision dans un splendide isolement et sous sa seule responsabilité. Nous pensons ici par exemple à Hans Halter [3] et Markus Zimmermann-Acklin [3] pour la Suisse, et à Willard Gaylin et Bruce Jennings [4], Daniel Callahan [5] ainsi qu'à Carl Schneider [6] pour les Etats-Unis. Si la littérature spécialisée objecte par endroits que la plupart des patients se sen-

tent dépassés par une telle exigence, les réserves qu'elle émet ici et là valent d'autant plus pour les proches concernés, censés décider seuls du sort d'un patient devenu incapable de discernement et ce, sans avoir reçu de mandat à cet effet ni pu s'entretenir au préalable avec lui.

En fin de compte, si cette disposition venait à faire partie du droit suisse applicable, nous aurions affaire à *une expérience juridique incontrôlée, effectuée dans les hôpitaux et les EMS sur des patients vivants*. Il y aurait alors contradiction sinon avec la lettre, du moins avec l'esprit de ce qu'on appelle le contrôle de la recherche, une démarche pourtant nécessaire dans tous les cas.

### 3. A propos du placement à des fins d'assistance (actuellement: privation de liberté à des fins d'assistance)

3.1 Nous considérons que les dispositions prévues ici sont réfléchies et équilibrées. Nous saluons en particulier l'obligation de prendre en compte la charge imposée par la personne malade à ses proches et la protection des tiers (Projet art. 416, al. 2).

3.2 Nous pouvons nous déclarer d'accord avec *la formulation* de la loi, lorsqu'elle stipule que «les cantons désignent les médecins qui, outre l'autorité de protection de l'adulte, sont habilités à ordonner un placement». En revanche, nous n'approuvons pas les précisions accompagnant cette disposition, par trop limitatives. A notre avis, il est notamment important que le canton puisse habiliter tous les médecins actifs dans un service d'urgence organisé à ordonner un placement. Sinon, nous ne voyons pas comment le service médical d'urgence pourrait fonctionner. Dans les grandes agglomérations, cette habilitation concerne une minorité de médecins mais dans les régions rurales, nous considérons qu'il restera nécessaire de confier à la majorité du corps médical la compétence d'ordonner des placements momentanés à des fins d'assistance en cas d'urgence. A cet égard, nous prenons acte du fait que des points faibles concernant la qualité formelle des certificats de placement ont été relevés dans les études publiées à ce sujet ces dernières années (points faibles auxquels il est possible et nécessaire de remédier dans le cadre de la formation prégraduée, post-graduée et continue de même qu'au niveau de la tarification); toutefois, ces mêmes études ne répondent pas à la question, pourtant plus importante, de savoir si la décision

de placement prise par le médecin dans un cas particulier était ou non correcte en tant que telle.

3.3 Le droit de faire appel à une personne de confiance, prévu à l'art. 426, est pratiqué depuis quelques années par exemple dans le canton de Genève. Au début, ce droit a suscité un grand enthousiasme mais il n'est plus guère utilisé aujourd'hui.

3.4 Nous saluons le principe d'un plan écrit de traitement (art. 428), mais ce plan devra pouvoir être adapté rapidement aux circonstances.

3.5 Il est aussi correct d'envisager un placement à des fins d'assistance pour protéger des tiers (art. 416, voir ci-avant 3.1). Cependant, le projet de loi prévoit un traitement sans consentement en cas de troubles psychiques (chapitre G) uniquement si la santé de la personne concernée, mais pas celle de tiers, est gravement mise en péril (art. 429). Cette disposition signifierait concrètement que les malades psychiques placés à des fins d'assistance pour protéger des tiers seraient pénalisés d'une privation de liberté plus longue (voire durable?) s'ils n'acceptaient pas un traitement ou étaient simplement incapables de l'approuver. Ou alors le législateur implique-t-il que les médecins pourraient et devraient obtenir le consentement nécessaire en posant la question «Que préférez-vous? Accepter le traitement ou être libéré plus tard ou pas du tout?». A notre avis, ce consentement n'aurait en règle générale pas de validité juridique, car il serait contraire à une libre décision du patient dûment informé au préalable.

Nous sommes convaincus qu'en ménageant aussi une possibilité de traitement sans consentement en vue de protéger des tiers, on épargnerait des souffrances à la personne concernée et lui rendrait un meilleur service qu'en introduisant la nouvelle disposition prévue. La loi ne doit pas condamner les cliniques psychiatriques à fonctionner comme de purs établissements de garde, dépourvus de toute possibilité thérapeutique pour les patients placés afin d'assurer la protection de tiers.

3.6 Les prestations médicales ne sont pas comprises dans le contrat d'assistance (art. 437), mais les prestations de soins sont facturées à la charge de la caisse-maladie. Le devoir de distinguer entre les prestations prises en charge par le patient et celles pouvant être couvertes par l'assurance de base n'est mentionné nulle part. Nous proposons de coordonner ici le Code civil et la LAMal.



3.7 Limitation de la liberté de mouvement (art. 438): sur le plan de la systématique, cette disposition n'est valable que pour les EMS mais elle devrait, selon les commentaires des pages 74 et 75, être déterminante dans toutes les situations de traitement en application du principe de la proportionnalité. A notre avis, l'art. 438 laisse de nombreuses questions sans réponse, avant tout par rapport aux articles 428 (Plan de traitement), 429 (Traitement sans consentement) et 435 (Information et consentement du représentant). Dans les détails:

Qui décide de limiter la liberté de mouvement? Le médecin-chef de l'institution (pour les placements à des fins d'assistance selon l'art. 429)? La directrice des soins? Ou le personnel soignant de la division concernée (commentaires p. 76 concernant l'art. 438, 2<sup>e</sup> al.) et, dans l'affirmative, quel niveau de diplôme et quelle expérience professionnelle ce personnel doit-il posséder? Dans quelle mesure ces limitations peuvent-elles et doivent-elles faire partie d'un plan de traitement en cas de placement à des fins d'assistance (art. 428)?

Dans quelle mesure les représentants (et pas seulement le patient lui-même) peuvent-ils et doivent-ils aussi être informés, vu que ce sont eux qui concluent le contrat d'assistance réglant les prestations à fournir (art. 437), et par qui? Par le médecin traitant (par analogie à l'art. 435) ou par le personnel soignant (commentaires p. 75 concernant l'art. 438, 2<sup>e</sup> alinéa)?

3.8 Nous adhérons également à la possibilité prévue à l'art. 447 de délier les personnes concernées du secret professionnel ou de fonction pour pouvoir informer l'autorité de protection de l'adulte, s'il existe un réel danger qu'une personne ayant besoin d'aide commette un crime ou un délit en raison de son état de faiblesse.

#### 4. Curatelles

4.1 Nous sommes d'accord avec la restructuration complète du droit de tutelle, donc avec l'abolition de la distinction entre tutelle, curatelle, conseil et avec le regroupement en un mandat de curatelle différencié.

4.2 Nous nous demandons seulement à l'art. 394, 3<sup>e</sup> al., comment le curateur est censé contribuer «à atténuer les effets de l'état de faiblesse ou à prévenir une détérioration de la santé» du patient. Le curateur n'est

pourtant pas un thérapeute! C'est le principe des prestations en nature qui réapparaît ici. Toutefois, ce principe est une fiction qui nous a déjà causé plus de problèmes qu'il n'en a résolu dans le domaine de l'assurance-accidents. Ni le curateur ni l'assurance-accidents n'examinent ou ne soignent le patient lui-même dans les faits.

#### 5. Compétences locales de l'autorité de protection de l'adulte

5.1 Pour le placement à des fins d'assistance, l'art. 8 de l'«Avant-projet de loi fédérale réglant la procédure devant les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte» prévoit la compétence spéciale de l'autorité de protection de l'adulte du lieu de l'institution. L'avantage en est clair: trajet restreint pour rendre visite au patient à la clinique, nombre élevé de cas et donc contrôle et accompagnement professionnels pour le placement en clinique à des fins d'assistance. Toutefois, l'inconvénient est tout aussi manifeste: l'autorité du lieu de l'institution ne connaît pas l'environnement du patient. L'aide administrative prévue par le biais de l'autorité de protection de l'adulte du lieu de domicile peut-elle suffire pour décider «en connaissance du terrain»? Quelle est la meilleure solution?

#### Références

- 1 Prise de position du Comité central de la FMH du 5 février 1999.
- 2 Halter H. Die Haftung des Arztes und des Spitals. Ethische Überlegungen. In: Fellmann W, Poledna T (éds.). Die Haftung des Arztes und des Spitals. Reihe Forum Gesundheitsrecht. Zürich: Schulthess; 2003. p. 9-19.
- 3 Zimmermann-Acklin M. Dans: Mettner M (éds.). Wie menschenwürdig sterben? Zürich: NZN-Buchverlag; 2003; ainsi que: Zimmermann-Acklin M. Selbstbestimmung in Grenzsituationen? Vom Protest gegen den ärztlichen Paternalismus zur Wiederentdeckung von Beziehungsgeschichten. 4<sup>e</sup> colloque dans la série «Gesund in eigener Verantwortung?» Deutsches Hygiene-Museum en partenariat avec la Deutsche Krankenversicherung AG, 28/29 septembre 2001.
- 4 Gaylin W, Jennings B. The Perversion of Autonomy. Washington D.C.: Georgetown University Press; 2003.
- 5 Callahan D. The troubled dream of Life. Washington D.C.: Georgetown University Press; 2000
- 6 Schneider CE. The practice of autonomy: patients, doctors, and medical decisions. New York: Oxford University Press; 1998.