

Devoirs de l'homme à l'égard de sa vie et sa santé

**Nous appartenons au Seigneur
dans la vie comme dans la mort**

par l'abbé François Knittel

Cet article constitue en quelque sorte la conclusion des travaux de Monsieur l'abbé Knittel sur la morale médicale : il a traité successivement de la bioéthique sur les greffes et transplantations (*Le Sel de la terre* 49, p. 44-79), les nouvelles techniques de reproduction humaine (*Le Sel de la terre* 59, p. 54-107), les méthodes naturelles de régulation des naissances (*Le Sel de la terre* 64, p. 6-41), et les moyens de se conserver en vie (*Le Sel de la terre* 74, p. 47-78).

En citant divers documents du magistère conciliaire, l'auteur n'entend pas leur donner une autorité équivalente à celle du magistère de Pie XII, qui a l'autorité du magistère traditionnel de l'Église. Ce sera à l'Église de juger un jour quelle autorité peut être donnée aux textes publiés depuis Vatican II. Ces documents sont cités dans la mesure où ils étudient des questions qui ne se posaient pas au temps de Pie XII et qu'il n'a donc pu trancher *ex professo*. Les conclusions auxquelles parviennent ces divers documents sont celles auxquelles arriverait le magistère traditionnel, mais ce dernier ne s'appuierait pas sur les principes personalistes utilisés par les autorités actuelles et qui sont étrangers à la doctrine catholique traditionnelle.

Le Sel de la terre.

DANS LE PREMIER CHAPITRE de la Genèse, l'auteur inspiré nous relate le récit de la création du premier couple humain. A ce couple, Dieu donne deux missions : transmettre la vie ¹ et

1 — « Croissez et multipliez-vous » (Gn 1, 26 et 9, 7).

soumettre la terre ¹. D'un côté, les hommes sont destinés à être les ministres de Dieu dans la transmission de la vie. De l'autre, ils sont appelés à dominer la terre par leur intelligence et leur industrieuse activité. Les navettes spatiales, l'énergie atomique, les détecteurs de séisme et combien d'autres inventions contemporaines attestent cette domination chaque jour plus étendue de l'homme sur la création.

Ce progrès de la technique n'a pas épargné les sciences médicales. Qu'on songe aux progrès réalisés pour éviter les infections grâce aux mesures d'asepsie, aux possibilités d'intervention chirurgicale offertes par l'anesthésie, au soulagement de la souffrance au moyen des analgésiques, aux retours à la vie presque miraculeux dus à la réanimation, etc.

Grâce à ces progrès de la médecine, la vie humaine s'allonge, les handicapés vivent aussi longtemps que ceux qui ne le sont pas, les grands prématurés font l'objet d'une réanimation néo-natale lourde qui leur sauve la vie, les malades en état végétatif permanent sont stabilisés.

A côté de ceux qui se réjouissent de ces avancées, certains font remarquer que toute cette technicité coûte cher à nos systèmes sociaux et que, au-delà d'un certain degré de handicap ou de maladie, la vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Dans cette optique économique et compassionnelle, les propositions ne manquent pas pour priver de soins ces malades, devenus inutiles et coûteux à la société, voire pour leur appliquer l'euthanasie.

Les discussions actuelles sur la fin de vie et l'euthanasie sont loin d'être théoriques. Elles auront une portée concrète pour chacun d'entre nous. En cas de maladie grave, quelle sera l'attention médicale qui sera donnée à nous-même et à ceux que nous aimons ? En cas de malformation congénitale, quels soins seront donnés à l'enfant à naître ? En cas d'accident et de coma, comment serons-nous traités ? Les cas récents de Karen Ann Quinlan ², Terri Schiavo ³, Chantal Sébire ⁴, Eluana Englaro ⁵, Piergiorgio Wel-

¹ — « Remplissez la terre et soumettez-la ! » (Gn 1, 26 et 9, 7).

² — Les parents de cette Américaine, tombée dans le coma après un régime alimentaire draconien, demandent à ce que soit débranché le respirateur artificiel. Au terme d'une longue saga judiciaire, les parents obtiennent gain de cause : la jeune fille est débranchée, mais continuera à respirer spontanément jusqu'à sa mort 9 ans plus tard, en 1985.

³ — Tombée en état végétatif permanent suite à un régime amincissant, cette Américaine voit son alimentation artificielle débranchée, suite à une décision judiciaire obtenue par son mari, et meurt le 31 mars 2005.

⁴ — Française atteinte d'une tumeur incurable des sinus et de la fosse nasale, elle demande au Président de la République le droit d'user d'un produit létal pour en finir avec la vie. Sa requête est rejetée le 17 mars 2008 par le Tribunal de grande instance de Dijon. Deux jours plus tard, elle est retrouvée morte à son domicile, des suites d'une ingestion massive de barbituriques.

⁵ — Victime d'un accident de la route, cette talienne sombre dans un état végétatif irréversible. Capable de respirer de manière spontanée, elle doit en revanche être alimentée artificiellement. Son père obtient que cette alimentation lui soit retirée et elle meurt le 9 février 2009, à Udine.

by¹ sont là pour en témoigner : nous sommes à la croisée des chemins. Soigner ou ne pas soigner : telle est la question !

Les relations entre la conservation de la vie et la technique médicale suscitent de nombreuses questions. Les âmes de bonne volonté s'interrogent : quels sont les devoirs de l'homme par rapport à sa vie ? Quels soins l'homme doit-il donner à son corps ? Faut-il tout tenter ou existe-t-il une frontière au-delà de laquelle les efforts pour préserver sa santé sont déraisonnables ? Peut-on faire cesser une vie qualifiée d'inutile ?

Afin d'éclaircir ces questions d'une brûlante actualité, nous recourrons aux réflexions des philosophes et aux lumières du magistère de l'Église. Notre démarche considérera d'abord les devoirs de l'homme par rapport à sa vie et à sa santé (1), puis les thérapies pour conserver la vie (2), ensuite les soins dus aux patients en fin de vie (3), avant de conclure sur deux formes de mépris du malade (4).

Dans le but d'alléger au maximum les notes de ce travail, sans rien sacrifier de leur clarté, nous avons muni chaque document d'un sigle. Pour les discours de Pie XII, ce sigle est suivi d'un numéro en chiffre arabe qui se réfère au numéro de la page du tome correspondant des œuvres complètes de Pie XII éditées par les Éditions Saint Maurice. Ceci afin de faciliter la recherche du texte et l'analyse de son contexte. Voici les sigles utilisés :

- ACH : Pie XII, Allocution au Congrès d'Histopathologie, 14 septembre 1952 ;
 AHA : SCDF, Réponses aux questions de la Conférence épiscopale des États-Unis concernant l'alimentation et l'hydratation artificielles, 1^{er} août 2007 ;
 AMM : Pie XII, Allocution à la 8^e Assemblée de l'Association Médicale Mondiale, 30 septembre 1954 ;
 CIM : Pie XII, Radio Message au 7^e Congrès International des Médecins Catholiques, 12 septembre 1956 ;
 CPC : Pie XII, Discours aux curés et prédicateurs de Carême de Rome, 22 février 1944 ;
 CPS : Conseil pontifical pour la pastorale des services de santé, Charte des personnels de santé, 1995 ;
 DCM : Pie XII, Allocution à un groupe de médecins chirurgiens, 13 février 1945 ;
 DJB : Sacrée congrégation pour la Doctrine de la foi, Déclaration *Jura et Bona* sur l'euthanasie, 5 mai 1980 ;
 DQA : Sacrée congrégation pour la Doctrine de la foi, Déclaration *Quæstio de Abortu*, 18 novembre 1974 ;
 EEV : JEAN-PAUL II, Encyclique *Evangelium vitæ*, 25 mars 1995 ;
 EMC : Pie XII, Encyclique *Mystici corporis*, 29 juin 1943 ;
 IDV : Sacrée congrégation pour la Doctrine de la foi, Instruction *Donum Vitæ*, 22 février 1987 ;
 MPA : Pie XII, Allocution à des Médecins sur les Problèmes Moraux de l'Analgésie, 24 février 1957 ;
 PDR : Pie XII, Allocution sur les Problèmes de la Réanimation, 24 novembre 1957 ;
 QQE : Conseil Pontifical « Cor Unum », Quelques questions éthiques relatives aux malades en état grave et aux mourants, 27 juillet 1981 ;
 USF : Pie XII, Allocution aux Participants du Congrès de l'Union Catholique Italienne des Sages-Femmes, 29 octobre 1951 ;
 USL : Pie XII, Allocution à l'Union Médico-biologique Saint Luc, 12 novembre 1944.

1 — Atteint de dystrophie musculaire en 1979, ce médecin italien est maintenu en vie par un respirateur et nourri par sonde. Après avoir sollicité pendant 9 ans d'être débranché du respirateur, il est écouté par le Dr Mario Ricci et meurt le 22 décembre 2006.

1. Devoirs de l'homme par rapport a sa vie et a sa santé

1.1 Intangibilité de la vie humaine : ni homicide, ni suicide

1.1.1 *Chez les païens*

L'intangibilité de la vie humaine est une vérité de l'ordre naturel. On en trouve déjà des traces dans l'Antiquité païenne.

Platon rapporte ce dialogue de Socrate avec Cébès :

Ce sont des dieux qui s'occupent de nous et [...] nous autres hommes, nous sommes un des biens qui appartiennent aux dieux. Ne crois-tu pas que cela soit vrai ? – Je le crois, dit Cébès. – Toi-même, reprit Socrate, si l'un des êtres qui sont à toi se tuait lui-même, sans que tu lui eusses notifié que tu voulais qu'il mourût, ne lui en voudrais-tu pas, et ne le punirais-tu pas, si tu avais quelque moyen de le faire ? – Certainement si, dit Cérès. – Si l'on se place à ce point de vue, peut-être n'est-il pas déraisonnable de dire qu'il ne faut pas se tuer avant que Dieu nous en impose la nécessité, comme il le fait aujourd'hui pour moi ¹.

Cette conviction n'est pas propre à la philosophie grecque : on la trouve aussi chez les Latins. Ainsi peut-on lire chez Cicéron :

Toi, ô Publicus, et toutes les personnes droites, vous devez conserver votre vie et ne devez pas vous en éloigner sans le commandement de celui qui vous l'a donnée, afin que vous ne sembliez pas vous soustraire au devoir humain que Dieu vous a assigné ².

1.1.2 *Dans la sainte Écriture*

Cette certitude naturelle trouve dans la sainte Écriture une première confirmation lorsque Dieu réproche le meurtre d'Abel par Caïn (Gn 4, 10). La Loi donnée à Moïse, dont la partie morale est synthétisée dans les dix commandements, statue très clairement dans le cinquième commandement : « Tu ne tueras pas » (Ex 20, 13 – Dt 5, 17).

Pourquoi le meurtre de l'innocent est-il condamné ? Pour la même raison mentionnée par les auteurs païens : la vie est un don reçu de Dieu qui en est le seul maître ³. Rien d'étonnant donc à ce que le Christ ⁴ et saint

¹ — PLATON, *Phédon*, VI.

² — Cicéron, *Somnium Scipionis*, III, 7.

³ — « C'est toi qui as pouvoir sur la vie et sur la mort, qui fais descendre aux portes de l'Hadès et en fais remonter. » (Sg 16, 13 ; voir aussi Tb 13, 2 et Dt 32, 39) « Tu ne feras pas mourir l'innocent et le juste, parce que moi je n'absous pas le coupable. » (Ex 23, 7).

⁴ — « Si tu veux entrer dans la vie, observe les commandements. — Lesquels ?, lui dit-il. Jésus reprit : Tu ne tueras pas... » (Mt 19, 17-18).

Paul ¹ réitèrent la prohibition du meurtre.

1.1.3 Chez saint Augustin

S'interrogeant dans *La Cité de Dieu* sur le suicide, qui est l'homicide de soi-même, saint Augustin remarque :

Il y a bien une raison si l'on échoue à trouver dans le canon des Écritures un précepte divin ou une permission sur quoi l'on s'appuierait pour se donner la mort, que ce soit pour gagner la vie éternelle ou pour prévenir ou écarter un mal. Nous devons nous le tenir pour interdit par ce précepte de la Loi : « Tu ne tueras point ». D'autant plus que le texte n'ajoute pas « ton prochain », comme c'est le cas à propos du faux témoignage. [...] Le commandement « tu ne tueras point » ne précisant rien de plus, nul ne s'en trouve dispensé, à commencer par celui à qui il s'adresse ².

L'obligation de respecter la vie ne concerne pas uniquement l'homme envers lui-même, mais aussi l'homme par rapport à son prochain. Même malade, l'homme garde ce devoir de conserver la vie reçue de Dieu :

Il n'est jamais licite tuer un autre, même s'il le voulait, et plus encore s'il le demandait parce que, suspendu entre la vie et la mort, il supplie d'être aidé à libérer son âme qui lutte contre les liens du corps et désire s'en détacher ; même si le malade n'était plus en état de vivre, cela n'est pas licite ³.

1.1.4 Chez saint Thomas d'Aquin

Dans ses recherches sur le contenu de la loi naturelle, saint Thomas d'Aquin souligne que l'inclination à se conserver l'être est primordiale et commune à toutes les créatures :

Il y a d'abord en l'homme une inclination au bien de la nature qui lui est commune avec les autres substances, car toute substance désire la conservation de son être naturel. Selon cette première inclination, la loi naturelle comprend ce par quoi la vie humaine est conservée et son contraire évité ⁴.

Selon l'Aquinat, celui qui disposerait de sa vie s'opposerait :

- à son bien propre (fruit de l'inclination naturelle à conserver la vie et de la charité envers soi-même) ⁵,

¹ — « Le précepte : Tu ne commettras pas d'adultère, tu ne tueras pas, tu ne voleras pas, tu ne convoiteras pas, et tous les autres se résument en cette formule : Tu aimeras ton prochain comme toi-même. » (Rom 13, 9).

² — Saint AUGUSTIN, *La Cité de Dieu*, I, 20 (PL 47, 22).

³ — Saint AUGUSTIN, *Lettre 204*, n° 5 (PL 57, 320).

⁴ — « *Inest enim primo inclinatio homini ad bonum secundum naturam in qua communicat cum omnibus substantiis : prout scilicet quælibet substantia appetit conservationem sui esse secundum suam naturam. Et secundum hanc inclinationem pertinent ad legem naturalem ea per quæ vita hominis conservatur et contrarium impeditur.* » (I-II, 94, 2, c).

⁵ — « Tout être s'aime naturellement lui-même ; de là vient qu'il s'efforce, selon cet amour inné, de se conserver dans l'existence et de résister autant qu'il peut à ce qui pourrait

- au bien de la société (dont l'individu est une partie) ¹,
- au bien de Dieu (en s'arrogeant un pouvoir qui n'appartient qu'à Dieu) ².

1.1.5 Dans le magistère de l'Église

Face aux atteintes réitérées contre la vie humaine innocente, qu'elle soit embryonnaire, handicapée, malade ou en phase terminale, le magistère de l'Église s'est élevé avec vigueur et constance.

Le principe de l'intangibilité de la vie humaine a été maintes fois réaffirmé :

Sauf les cas de défense privée légitime, de guerre juste menée par des moyens légitimes, de peine de mort infligée par l'autorité publique pour des délits très graves déterminés et prouvés, la vie humaine est intangible ³.

Tant qu'un homme n'est pas coupable, sa vie est intangible ; est donc illicite tout acte tendant directement à la détruire, que cette destruction soit comprise comme fin ou comme moyen en vue de cette fin, qu'il s'agisse d'une vie embryonnaire ou dans son plein développement, ou bien déjà arrivée à son terme. Dieu seul est maître de la vie d'un homme qui n'est pas coupable d'une faute entraînant la peine de mort. [...] Nul au monde, aucune personne privée, aucun pouvoir humain ne peuvent l'autoriser à détruire directement cette vie. [La] tâche [du médecin] n'est pas de détruire les vies, mais de les sauver ⁴.

L'homme répond de sa vie devant Dieu de qui il l'a reçue et non devant la société :

Ce n'est pas [de la société] mais du Créateur qu'il détient le droit sur son propre corps et sur sa vie, et c'est au Créateur qu'il répond de l'usage qu'il en fait ⁵.

le détruire. Aussi le suicide va-t-il contre cette tendance de la nature, et contre la charité que chacun doit se porter à soi-même. Le suicide sera donc toujours un péché mortel, à cause de son opposition à la loi naturelle et à la charité. » (II-II, 64, 5, c).

1 — « La partie, en tant que telle, est quelque chose du tout. Or l'homme est dans la société comme une partie dans un tout ; tout ce qu'il est appartient donc de quelque manière à la société. Par le suicide, l'homme se rend donc coupable d'injustice envers la société à laquelle il appartient ; Aristote l'a prouvé. » (II-II, 64, 5, c).

2 — « La vie est un don de Dieu accordé à l'homme, et qui demeure toujours soumis au pouvoir de celui qui "fait mourir et qui fait vivre". Aussi quiconque se prive soi-même de la vie pèche contre Dieu, comme celui qui tue l'esclave d'autrui pèche contre le maître de cet esclave, ou comme pèche encore celui qui s'arroge le droit de juger une cause qui ne lui est pas confiée. Décider de la mort ou de la vie n'appartient qu'à Dieu seul, selon le Deutéronome : "C'est moi qui fais mourir et qui fais vivre" (Dt 32, 39). » (II-II, 64, 5, c) « Par le libre arbitre, l'homme est maître de lui-même, il peut donc légitimement disposer de soi-même dans tout le domaine de la vie soumis à son libre arbitre ; mais le passage de cette vie à une autre plus heureuse ne relève que du pouvoir divin. » (II-II, 64, 5, ad 3).

³ — CPC, 38-39.

⁴ — USL, 208.

⁵ — USL, 203.

La mission du corps médical en la matière est dès lors claire :

Voilà pourquoi un médecin digne de sa profession, s'élevant jusqu'au sommet du dévouement désintéressé et intrépide à sa noble mission de guérir et de conserver la vie, méprisera toute suggestion qui lui sera faite de détruire la vie, si frêle et si humainement inutile que cette vie puisse paraître, sachant qu'à moins qu'un homme soit coupable de quelque crime méritant la peine de mort, Dieu seul et nul pouvoir terrestre ne peut disposer de la vie ¹.

Les principes énoncés par la sacrée congrégation pour la Doctrine de la foi sont limpides :

1. Nul ne saurait porter atteinte à la vie d'un homme innocent sans s'opposer à l'amour de Dieu pour lui, sans violer un droit fondamental inamissible et inaliénable ², donc sans commettre un crime d'une extrême gravité ³.

2. Tout homme a le devoir de conduire sa vie selon le dessein du Créateur. Elle lui est confiée comme un bien qu'il doit mettre en valeur ici-bas, mais qui ne trouve son épanouissement que dans la vie éternelle.

3. Le suicide est donc aussi inacceptable que l'homicide, car il constitue de la part de l'homme un refus de la souveraineté de Dieu et de son dessein d'amour ; souvent aussi le suicide est refus d'amour envers soi-même, négation de l'aspiration naturelle vers la vie, abdication devant les obligations de justice et de charité à l'égard des proches, de diverses communautés et du corps social tout entier – bien que parfois, on le sait, interviennent des conditions psychologiques qui peuvent atténuer ou même supprimer la responsabilité ⁴.

1.2 Les moyens pour conserver la vie

Afin de ne pas répéter ce que nous avons déjà expliqué longuement dans une étude antérieure ⁵, nous ne reproduirons ici, en les résumant, que les conclusions auxquelles nous étions arrivés.

1.2.1 *Processus de prise de décision*

Lorsqu'arrive le moment de prendre une décision pour traiter une maladie, on se trouve en présence de trois éléments : le sujet, la maladie et le moyen thérapeutique.

¹ — DCM, 49.

² — Nous aurions préféré lire ici que la vie est un bien fondamental (qui s'inspire de la philosophie réaliste) et non un droit fondamental inamissible et inaliénable (qui se ressent de la philosophie des Droits de l'homme).

³ — Nous laissons entièrement de côté les problèmes de la peine de mort et de la guerre, qui font intervenir des considérations spécifiques étrangères au présent sujet (Note du document).

⁴ — DJB, n° I.

⁵ — Abbé François KNITTEL, « Se soigner et se faire soigner » dans *Le Sel de la terre*, n° 74, p. 47.

La relation entre le sujet et la maladie est une donnée indiscutable qui ne mérite aucun commentaire ni aucune réflexion.

En revanche, le jugement prudentiel portant sur l'acceptation ou le refus d'une thérapie doit porter sur une double proportion :

- la proportion entre le moyen thérapeutique et la maladie : cet examen est essentiellement le fait du personnel médical qui jugera objectivement du caractère proportionné d'un traitement médical par rapport à une pathologie donnée, indépendamment de l'identité du patient.

- la proportion entre le remède et les possibilités du patient : cet examen est essentiellement le fait du patient (de sa famille ou de son représentant) qui jugera subjectivement du caractère proportionné d'un traitement par rapport à ses possibilités réelles. Ici, le sujet tient la place centrale.

1.2.2 *Établir la proportion entre le moyen thérapeutique et la maladie*

Pour être proportionné à une maladie, le moyen thérapeutique doit être :

- 1) disponible :
 - matériellement,
 - techniquement.
- 2) efficace :
 - en lui-même,
 - par rapport aux thérapeutiques alternatives.
- 3) maîtrisé :
 - dans ses risques :
 - a) immédiats,
 - b) futurs,
 - dans son coût économique.

1.2.3 *Établir la proportion entre le moyen thérapeutique et les possibilités du patient*

Dans la décision d'employer un moyen de diagnostic ou de thérapeutique, les éléments objectifs doivent être combinés avec les éléments subjectifs. Les éléments objectifs permettront au patient et au médecin de mesurer le caractère médicalement adapté de la thérapie envisagée. Celle-ci devra être mise en œuvre, à moins qu'une impossibilité physique ou morale du côté du patient n'en démontre le caractère subjectivement extraordinaire.

Les facteurs d'une telle impossibilité sont :

- un effort excessif pour trouver et/ou utiliser le moyen envisagé,
- une douleur physique insupportable qui ne peut être atténuée,
- un coût économique démesuré pour le patient ou sa famille,
- une angoisse ou une répugnance insurmontable à user d'une thérapeutique.

1.2.4 *Prise de décision finale par synthèse des deux examens*

Au terme de ce double examen, il revient au patient (à sa famille ou à son représentant) de prendre la décision finale en faisant la synthèse des données objectives (communiquées par le personnel médical) et des données subjectives (au regard des possibilités du patient).

Dans cette synthèse des éléments objectifs et subjectifs, il conviendra de respecter deux règles :

- plus un moyen est objectivement proportionné, plus les circonstances subjectives pour le rejeter doivent être importantes et solidement fondées,
- la relation entre la charge imposée par l'usage d'un moyen thérapeutique et le bénéfice attendu de l'usage d'un tel moyen doit être proportionnée.

1.2.5 *Les obligations du patient*

Après avoir évalué le caractère proportionné ou disproportionné des moyens thérapeutiques (acte de la vertu de prudence), il est désormais possible de passer à l'obligation pour le patient d'utiliser ces moyens (au regard des vertus de justice ou de charité).

N'importe quel traitement de maintien de la vie mis en rapport avec la règle morale fera l'objet d'une de ces trois qualifications : obligatoire, facultatif, illicite ¹.

L'utilisation d'une thérapeutique médicalement adaptée à la situation clinique du patient est :

- en soi : licite ²,
- en l'absence d'impossibilité physique ou morale : obligatoire,
- en cas d'impossibilité physique ou morale : facultative.

L'utilisation d'une thérapeutique médicalement inadaptée à la situation clinique du patient ³ est en principe illicite.

¹ — « Le caractère moral d'un traitement du maintien de la vie peut être mis en relation avec trois caractères moraux : le caractère obligatoire, le caractère facultatif et le caractère illicite. Chacun d'eux renvoie à une personne (patient, médecin, famille...) afin qu'elle réponde de manière adaptée, selon son propre degré de responsabilité, à la question grave du maintien de ce bien fondamental qu'est la vie. » (Maurici CALIPARI, « Le principe éthique dans l'usage des thérapeutiques du maintien de la vie : entre excès thérapeutique et abandon » dans : Académie pontificale pour la vie, *Au chevet de la personne qui meurt, orientations éthiques et pratiques*, Paris, Edifa - Mame, 2008, p. 161).

² — Les cas où la conservation de la santé du patient requiert la mort d'un tiers (ex : sacrifier le fœtus pour sauver la mère, utiliser les cellules de fœtus avorté pour soigner la maladie de Parkinson, etc.) ne relèvent pas des principes mis en œuvre ici, car ils sont résolus par le précepte négatif « tu ne tueras pas » qui oblige *semper et pro semper* (toujours et en toutes circonstances).

³ — « Quand nous évaluons comme "disproportionnés" (c'est-à-dire médicalement inadaptés), nous pouvons nous référer à trois éventualités différentes : 1) une intervention qui procure un certain bénéfice au patient, mais non à un degré suffisant pour dominer les

En certaines circonstances, l'obligation d'utiliser un moyen thérapeutique ne dérive pas du devoir de conserver sa vie, mais *per accidens* d'autres obligations graves ¹ en justice ou en charité, à l'égard de Dieu ou du prochain ².

En ces circonstances, le patient aurait l'obligation d'employer :

- un moyen médicalement adapté même s'il lui demande un effort hors du commun,
- un moyen médicalement efficace à court terme, mais nocif à moyen et long terme.

1.3 Devoirs corrélatifs du médecin et du malade

Les devoirs de l'homme par rapport à sa vie et à sa santé corporelles comportent deux volets :

- une obligation négative : ne pas porter directement atteinte à sa vie (voir 1.1)
- une obligation positive : user des moyens proportionnés pour conserver sa vie (voir 1.2).

Mais, qu'en est-il du médecin ? A-t-il les mêmes devoirs que le patient par rapport à la vie de celui-ci ?

Le P. O'Donnell répond :

Le médecin doit toujours se souvenir que la vie et le corps de ses patients ne lui appartiennent pas, ni à l'État, à la science médicale, ni même au patient lui-même. Ils sont soumis à Dieu seul. Le patient est l'administrateur de sa vie et de ses facultés, en vertu d'un droit d'usage ou d'administration, en sorte qu'il exerce en quelque sorte la fonction d'intendant. Par sa relation professionnelle, le médecin devient l'agent compétent du patient dans l'exécution de cette fonction ³.

effets secondaires nocifs qui y sont liés ; 2) des soins inefficaces à procurer un tel bénéfice au patient ; 3) des soins dont les effets sont exclusivement néfastes. » (*Ibid.*, p. 162).

¹ — Par exemple, faire une bonne confession avant de mourir, réparer de graves injustices commises, mettre en ordre ses affaires temporelles, éteindre des haines et des inimitiés.

² — Voir ce que dit saint Thomas de la confession de la foi qui peut devenir obligatoire *per accidens* quand l'honneur de Dieu ou l'utilité du prochain l'exigent : « *Confiteri fidem non semper neque in quolibet loco est de necessitate salutis : sed aliquo loco et tempore, quando scilicet per omissionem hujus confessionis subtraheretur honor debitus Deo, vel etiam utilitas proximis impendenda.* » (II-II, 3, 2, c).

³ — « *The physician must always remember that the lives and the bodies of his patients are not subordinated to himself, nor to the State, nor to the science of medicine, nor even to the patient himself. They are subordinated to God alone. The patient is the administrator of his own life and faculties, with only an administrative or useful prerogative, exercising a kind of stewardship. The physician, in his professional relationship, becomes the skilled agent of the patient in this role.* » (Thomas J. O'DONNELL S.J., *Medicine and christian morality*, Alba House, New York, 1996, p. 51) [la traduction est nôtre].

Le patient est un individu qui a le droit et le devoir de préserver sa santé et son intégrité corporelle. Mais, étant donné que souvent il n'a ni la compétence ni la capacité pour y parvenir par lui-même, il engage quelqu'un qui a cette compétence et cette capacité (un médecin) et il délègue au médecin sa mission d'administration. Le médecin a seulement le droit d'agir dans les limites de cette délégation. C'est pourquoi, quoi qu'il fasse, il doit avoir d'une manière ou d'une autre le consentement de son patient ¹.

Le pape Pie XII est revenu plusieurs fois sur ce point :

L'homme [...] n'est pas le propriétaire, le maître absolu de son corps, il en est seulement l'usufruitier. De là dérivent toute une série de principes et de normes qui règlent l'usage et le droit de disposer des organes et des membres du corps, et qui s'imposent également à l'intéressé et au médecin appelé à le conseiller ².

La frontière est la même [pour le médecin] que pour le patient ; c'est celle qui est fixée par le jugement de la saine raison, qui est tracée par les exigences de la loi morale naturelle, qui se déduit de la téléologie naturelle inscrite dans les êtres et de l'échelle des valeurs exprimée par la nature des choses. La frontière est la même pour le médecin et pour le patient, parce que le médecin, comme personne privée, dispose uniquement des droits concédés par le patient et parce que le patient ne peut donner plus que ce qu'il possède lui-même ³.

Le médecin, comme personne privée, ne peut prendre aucune mesure, tenter aucune intervention sans le consentement du patient. Le médecin n'a sur le patient que le pouvoir et les droits que celui-ci lui donne, soit explicitement, soit implicitement et tacitement. Le patient, de son côté, ne peut conférer plus de droits qu'il n'en possède. Le point décisif, dans ce débat, c'est la licéité morale du droit qu'a le patient de disposer de lui-même. Ici se dresse la frontière morale de l'action du médecin, qui agit avec le consentement de son patient ⁴.

Les droits et les devoirs du médecin sont corrélatifs à ceux du patient. Le médecin, en effet, n'a pas à l'égard du patient de droit séparé ou indépendant ; en général, il ne peut agir, que si le patient l'y autorise explicitement ou implicitement (directement ou indirectement) ⁵.

Les droits du patient et du médecin sur la vie et la santé du corps sont donc corrélatifs, car ils dérivent d'un quasi-contrat entre le malade et le praticien. Cette alliance thérapeutique suppose : l'information du patient,

¹ — « *A patient is an individual who has the right and obligation to preserve his health and bodily integrity. Since, however, in many cases, he does not have the skill or the ability to do this himself, he engages one who does have such a skill and ability (a doctor), and delegates to the doctor his own administrative role. The physician has a right to act only within the limits of this delegation ; and therefore he must have, in some way, the consent of his patient for whatever he does.* » (Ibid.) [la traduction est nôtre]

² — USL, 202-203.

³ — ACH, 459-460.

⁴ — ACH, 457.

⁵ — PDR, 697.

l'obtention de son consentement éclairé, le respect de ses obligations d'usufruitier par rapport à son corps et à sa vie.

Certes, le médecin offre au patient ses connaissances et sa technique médicales, mais l'usage de ces services s'inscrit nécessairement dans le cadre moral délimité par les obligations du patient (et donc du médecin) à l'égard de sa vie et de sa santé.

1.4 Dire la vérité au patient

La relation entre le médecin et le patient devient particulièrement délicate lorsque le médecin s'aperçoit que ses efforts pour rétablir la santé de son patient sont inutiles ou insuffisants. Le praticien entrevoit alors la mort prochaine de son patient. Se pose alors à lui la question : faut-il en parler au patient ? Quand faut-il parler ? Que faut-il dire ? Que faut-il taire ? Autant de questions que se pose le médecin et qui regardent directement ses devoirs à l'égard de celui qui s'est confié à ses soins.

Dans un discours où il examinait les devoirs du médecin par rapport aux commandements de Dieu, le pape Pie XII affirmait :

Le huitième commandement a également sa place dans la déontologie médicale. En vertu de la loi morale, le mensonge n'est permis à personne ; il y a toutefois des cas où le médecin, même s'il est interrogé, ne peut, tout en ne disant pas pourtant une chose absolument fausse, manifester cruellement toute la vérité, spécialement quand il sait que le malade n'aurait pas la force de la supporter. Mais il y a d'autres cas dans lesquels il a indubitablement le devoir de parler clairement, devoir devant lequel doit céder toute autre considération médicale ou humanitaire. Il n'est pas permis de bercer le malade ou les parents dans une sécurité illusoire, au risque de compromettre ainsi le salut éternel du patient ou l'accomplissement des obligations de justice ou de charité ¹.

Les devoirs du médecin par rapport à ses patients en matière de communication se situent à la croisée de deux obligations :

- une obligation négative (ne pas mentir) qui s'impose *semper et pro semper* : le médecin, comme tout un chacun, n'est jamais autorisé à mentir dès lors qu'il parle ;
- une obligation positive (informer), valable *semper sed non pro semper* : le médecin doit donner à son patient les informations dont il a besoin, mais en tenant compte des circonstances de lieu, de temps, de personne, etc...

Le devoir d'informer est d'autant plus pressant que le patient a des obligations plus graves, d'ordre naturel ou surnaturel, de justice ou de charité, à accomplir de son vivant. Priver le patient de cette possibilité en lui cachant son état, voire en lui mentant à ce sujet, représenterait une grave injustice de la part du médecin (et de tout le personnel soignant).

¹ — USL, 210.

Dans sa *Charte des personnels de santé*, le Conseil pontifical pour la pastorale des services de santé décrivait ainsi cette obligation :

La perspective de la mort en complique et en dramatise la notification, mais ne dispense pas de la véracité. La communication entre le mourant et ses assistants ne peut s'en tenir à la fiction. Celle-ci ne constitue jamais une possibilité humaine pour le mourant et ne contribue pas à l'humanisation de la mort.

Il existe un droit pour la personne d'être informée sur son propre état de vie. Ce droit ne disparaît pas en présence d'un diagnostic et d'un pronostic de maladie qui entraîne la mort, mais il comporte des motivations ultérieures.

En effet, à cette information correspondent d'importantes responsabilités auxquelles on ne peut se soustraire. Il y a des responsabilités liées aux traitements qui doivent être exécutés avec le consentement informé du patient.

L'approche de la mort comporte la responsabilité d'accomplir des tâches précises concernant les rapports avec la famille, la mise en ordre d'éventuelles questions professionnelles, la résolution de différends avec des tierces personnes. Pour un croyant, l'approche de la mort exige qu'il soit dans la condition voulue pour poser certains actes en toute conscience, surtout celui de sa réconciliation avec Dieu par le sacrement de la pénitence ¹.

Le devoir de la vérité au malade en phase terminale exige du personnel soignant discernement et tact humain.

Il ne peut consister en une communication détachée et indifférente du diagnostic de la maladie et de son pronostic. La vérité ne doit pas être sous-entendue, mais ne doit pas non plus être notifiée dans sa froide et nue réalité. Elle doit être dite en s'ajustant sur la longueur d'onde de l'amour et de la charité, en invitant tous ceux qui assistent le malade à quelque titre à y adhérer en pleine harmonie ².

La vérité à dire au patient sur son état de santé doit donc être une œuvre :

- de justice, dans la mesure où toute parole proférée doit être vraie,
- de prudence, car toute parole doit être proportionnée à la capacité et aux obligations du patient,
- de charité, étant donné que le corps médical doit traiter le patient comme il aimerait lui-même être traité en pareilles circonstances.

2. Thérapies pour conserver la vie

Passons maintenant en revue quelques-unes des thérapies auxquelles l'homme peut être amené à recourir pour conserver la santé : thérapies de

1 — CPS, n° 125.

2 — CPS, n° 126.

la maladie (2.1), thérapies de la douleur (2.2), thérapies expérimentales (2.3) et réanimation (2.4) ¹.

2.1 Thérapie de la maladie

Le premier souci du patient (et donc du médecin) est de s'attaquer à la maladie. A cette fin, le médecin usera d'abord de moyens d'investigation pour cerner le problème, il posera ensuite un diagnostic avant de passer à la phase thérapeutique.

Dans le choix des instruments du diagnostic comme dans le choix de la thérapie, le médecin se trouvera confronté à des moyens ordinaires ou proportionnés comme à des moyens extraordinaires ou disproportionnés.

Avant de passer à l'examen des problèmes spécifiques que posent les thérapies mises en œuvre pour conserver la vie, résumons les enseignements du magistère sur les soins et le degré d'obligation de leur utilisation :

Soins	{	• vitaux (alimentation, hydratation, etc.) : toujours obligatoires ²
		• théra- peutiques
		{
		• ordinaires : toujours obligatoires
		• extra- ordinaires : {
		• en soi : permis, mais pas obligatoires,
		• accidentellement ³ : obligatoires

Étant donné le caractère général de notre étude, nous ne pouvons pas entrer ici dans plus de détails. L'application des principes, fondés sur la raison et rappelés par le magistère, devra se faire concrètement en s'appuyant sur les critères que nous avons donnés plus haut (voir 1.2).

2.2 Thérapie de la douleur

En liaison avec la thérapie de la maladie, le médecin devra souvent consacrer une partie de ses efforts à la douleur.

La douleur peut être considérée :

- du point de vue naturel : dans sa dimension physique (comme signe de la maladie) ¹ ou psychologique (dans la mesure où elle perturbe les facultés supérieures) ²

¹ — Nous ne parlerons pas ici des greffes dont nous avons traité amplement dans une autre article (« Greffes, transplantations et dons d'organes. Principes catholiques et applications concrètes » dans *Le Sel de la terre*, n° 49, p. 44-79). Nous laisserons pour la 3^e partie du présent travail les problèmes spécifiques liés à la fin de vie.

² — Le caractère obligatoire des soins vitaux sera démontré plus loin dans notre étude (3.1).

³ — Si c'était là l'unique moyen de satisfaire à des obligations graves.

• du point de vue surnaturel : dans son origine (le péché originel) ³ ou sa valeur actuelle (comme moyen de salut en union avec le Christ) ⁴.

Face à la réalité de la souffrance et aux possibilités nouvelles offertes par l'analgésie, les avis sont partagés :

Les uns approuvent sans réserve la pratique de l'analgésie ; d'autres seraient enclins à la rejeter sans nuances, parce qu'elle contredirait l'idéal de l'héroïsme chrétien ; d'autres encore, sans rien sacrifier de cet idéal, sont prêts à adopter une position de compromis ⁵.

En raison du triple effet potentiel des analgésiques (sur la souffrance, sur la conscience et sur la vie du patient), notre analyse portera successivement sur les questions morales liées à la diminution ou la suppression de la souffrance (2.2.1), à la diminution ou la suppression de la conscience (2.2.2) et au raccourcissement de la vie (2.2.3).

2.2.1 *La diminution ou la suppression de la douleur*

Avant d'examiner la licéité morale des analgésiques, le pape Pie XII s'est d'abord penché sur l'attitude qu'il convient d'avoir face à la souffrance et à la douleur. Il établit alors que :

- Nul n'est obligé d'accepter toutes les souffrances :

Rappelons l'allocution que Nous avons prononcée le 8 janvier 1956 à propos des nouvelles méthodes d'accouchement sans douleur. On demandait alors si, en vertu du texte de l'Écriture : « Tu enfanteras dans la douleur » (Gn 3, 16), la mère était obligée d'accepter toutes les souffrances et de refuser l'analgésie par des moyens naturels ou artificiels. Nous avons répondu qu'il n'existait aucune obligation de ce genre. L'homme conserve, même après la chute, le droit de domi-

1 — « La douleur physique a, elle aussi, une fonction naturelle et salutaire : elle est un signal d'alarme qui révèle la naissance et le développement, souvent insidieux, d'un mal occulte et incite à s'en procurer le remède. » (USL, 204) « La douleur physique est assurément un élément inévitable de la condition humaine ; au plan biologique, elle constitue un avertissement dont l'utilité n'est pas contestable... » (DJB, n° III).

2 — « ...ressentie dans le psychisme humain, [la douleur] devient souvent disproportionnée à son utilité biologique et peut prendre une dimension telle qu'on souhaite l'éliminer à tout prix. » (DJB, n° III).

3 — « Dieu, en créant l'homme, l'avait par un don de sa grâce exempté de la loi naturelle à laquelle est soumis tout être vivant corporel et sensible ; il n'avait pas voulu mettre dans son destin la douleur et la mort. C'est le péché qui les y a introduits. » (USL, 205)

4 — « Mais lui, le Père des miséricordes, les a pris dans ses mains, il les a fait passer par le corps, les veines, le cœur de son Fils bien-aimé, Dieu comme lui, fait homme pour être le Sauveur du monde. Ainsi la douleur et la mort sont devenues pour chaque homme qui ne repousse pas le Christ des moyens de rédemption et de sanctification. » (USL, 205) « Selon la doctrine chrétienne, la douleur – surtout celle des derniers moments de la vie – a une place particulière dans le plan salvifique de Dieu ; elle est en effet participation à la Passion du Christ et union au sacrifice rédempteur qu'il a offert dans l'obéissance au Père. » (DJB, n° III).

5 — MPA, 38-39.

ner les forces de la nature, de les utiliser à son service, et donc de mettre à profit toutes les ressources qu'elle lui offre pour éviter ou supprimer la douleur physique ¹.

- Il est permis d'accepter les souffrances par esprit chrétien :

Nous avons ajouté que, pour le chrétien, [la souffrance] ne constitue pas un fait purement négatif, qu'elle est associée au contraire à des valeurs religieuses et morales élevées, et peut donc être voulue et cherchée, même s'il n'existe pour cela aucune obligation morale dans tel ou tel cas particulier ².

Il ne faut pas nier ni sous-estimer le fait que l'acceptation volontaire (obligatoire ou non) de la douleur physique, même à l'occasion d'interventions chirurgicales, puisse manifester un héroïsme élevé et témoigne souvent, en réalité, d'une imitation héroïque de la passion du Christ ³.

- En acceptant la souffrance, le chrétien la veut comme moyen et non comme fin :

Le chrétien n'est donc jamais obligé de la vouloir pour elle-même ; il la considère comme un moyen plus ou moins adapté, suivant les circonstances, au but qu'il poursuit ⁴.

- L'héroïsme chrétien ne se limite pas à l'acceptation de la souffrance, mais s'étend à de nombreux autres moyens de sanctification et de sacrifice :

L'acceptation de la douleur physique n'est qu'une manière, parmi beaucoup d'autres, de signifier ce qui constitue l'essentiel : la volonté d'aimer Dieu et de le servir en toutes choses. C'est dans la perfection de cette disposition volontaire que consiste avant tout la qualité de la vie chrétienne et son héroïsme ⁵.

Lorsqu'un chrétien, jour après jour, du matin au soir, s'acquitte de tous les devoirs que lui imposent son état, sa profession, les commandements de Dieu et des hommes, lorsqu'il prie avec recueillement, travaille de toutes ses forces, résiste aux passions mauvaises, manifeste au prochain la charité et le dévouement qu'il lui doit, supporte virilement, sans murmurer, tout ce que Dieu lui envoie, sa vie est toujours sous le signe de la Croix du Christ, que la souffrance physique y soit présente ou non, qu'il la supporte ou l'évite par des moyens licites ⁶.

- Il est permis d'éviter la douleur lorsqu'elle empêche l'obtention de biens supérieurs :

Quels sont les motifs qui permettent dans les cas d'espèce d'éviter la douleur physique sans entrer en conflit avec une obligation grave ou avec l'idéal de la vie chrétienne ? On pourrait en énumérer un grand nombre ; mais, malgré leur

1 — MPA, 44.

2 — MPA, 44.

3 — MPA, 48.

4 — MPA, 45.

5 — MPA, 46.

6 — MPA, 45-46.

diversité, ils se ramènent finalement au fait qu'à la longue, la douleur empêche l'obtention de biens et d'intérêts supérieurs. [...] C'est à chacun d'adopter les solutions convenant à son cas personnel, selon les aptitudes ou dispositions susdites, dans la mesure où – sans empêcher d'autres intérêts et d'autres biens supérieurs – elles sont un moyen de progrès dans la vie intérieure, de plus parfaite purification, d'accomplissement plus fidèle du devoir, de plus grande promptitude à suivre les impulsions divines. Pour s'assurer que tel est bien le cas, on consultera les règles de la prudence chrétienne et les avis d'un directeur de conscience expérimenté ¹.

Après avoir résolu l'objection portant sur le devoir d'accepter la souffrance, le pape Pie XII en vient à considérer la licéité morale de sa suppression par voie médicamenteuse.

La douleur peut être supprimée ou atténuée de diverses manières :

La disparition de la douleur dépend [...] soit de la suppression de la sensibilité générale (anesthésie générale), soit d'un abaissement plus ou moins marqué de la capacité de souffrir (hypo et analgésie) ².

Indépendamment de la méthode employée, la suppression de la douleur reste toujours licite dans le cadre moral déjà indiqué ci-dessus :

Nous avons déjà dit l'essentiel sur l'aspect moral de la suppression de la douleur ; il importe peu, au regard du jugement religieux et moral, qu'elle soit causée par une narcose ou par d'autres moyens : dans les limites indiquées, elle ne soulève pas d'objection et reste compatible avec l'esprit de l'Évangile ³.

De ces prémisses, le pape passe aux conclusions sur l'usage de l'analgésie pour lutter contre la douleur, en affirmant que :

- son usage n'enfreint aucune règle de l'ordre moral naturel ou surnaturel :

Les principes fondamentaux de l'anesthésiologie, comme science et comme art, et la fin qu'elle poursuit, ne soulèvent pas d'objection. Elle combat des forces qui, à bien des égards, produisent des effets nuisibles et entravent un plus grand bien ⁴.

- le médecin peut en faire usage en toute tranquillité de conscience :

Le médecin, qui en accepte les méthodes, n'entre en contradiction ni avec l'ordre moral naturel, ni avec l'idéal spécifiquement chrétien. Il cherche, selon l'ordre du Créateur (Gn 1, 28), à soumettre la douleur au pouvoir de l'homme, et utilise pour cela les acquisitions de la science et de la technique, selon les

¹ — MPA, 46-47.

² — MPA, 48.

³ — MPA, 48.

⁴ — MPA, 47.

principes que Nous avons énoncés et qui guideront ses décisions dans les cas particuliers ¹.

- le patient peut s’y soumettre, sauf si un devoir supérieur s’y oppose :

Le patient désireux d’éviter ou de calmer la douleur peut, sans inquiétude de conscience, utiliser les moyens trouvés par la science et qui, en eux-mêmes, ne sont pas immoraux. Des circonstances particulières peuvent imposer une autre ligne de conduite ; mais le devoir de renoncement et de purification intérieure, qui incombe aux chrétiens, n’est pas un obstacle à l’emploi de l’anesthésie, parce qu’on peut le remplir d’une autre manière. La même règle s’applique aussi aux exigences surrogatoires de l’idéal chrétien ².

- le patient doit s’y soumettre en certaines circonstances :

Dans les interventions importantes surtout, il n’est pas rare que l’anesthésie s’impose pour d’autres motifs et le chirurgien ou le patient ne pourraient s’en passer sans manquer à la prudence chrétienne. Il en va de même de l’analgésie pré et postopératoire ³.

Les moribonds seraient-ils tenus plus que les autres hommes à supporter les douleurs physiques pour acquérir plus de mérites ? ⁴

Le Pasteur Angélique répond par la négative :

Que des mourants aient plus que d’autres l’obligation morale naturelle ou chrétienne d’accepter la douleur ou de refuser son adoucissement, cela ne ressort ni de la nature des choses ni des sources de la Révélation ⁵.

Pie XII applique aux moribonds ce qu’il a déjà affirmé de l’acceptation de la souffrance en général et des répercussions psychologiques profondes de la souffrance physique :

La croissance de l’amour de Dieu et de l’abandon à sa volonté ne procède pas des souffrances mêmes que l’on accepte, mais de l’intention volontaire soutenue par la grâce ; cette intention, chez beaucoup de moribonds, peut s’affermir et devenir plus vive, si l’on atténue leurs souffrances, parce que celles-ci aggravent l’état de faiblesse et d’épuisement physique, entravent l’élan de l’âme et minent les forces morales, au lieu de les soutenir. Par contre, la suppression de la douleur procure une détente organique et psychique, facilite la prière et rend possible un don de soi plus généreux. [...] L’on se souviendra qu’au lieu de contri-

¹ — MPA, 47.

² — MPA, 47.

³ — MPA, 49.

⁴ — « On tente parfois de prouver que les malades et les moribonds sont obligés de supporter des douleurs physiques pour acquérir plus de mérites, en se basant sur l’invitation à la perfection, que le Seigneur adresse à tous : “Estote ergo vos perfecti, sicut et Pater vester caelestis perfectus est” (Mt 5, 48) ou sur les paroles de l’Apôtre : “Hæc est voluntas Dei, sanctificatio vestra” (1 Th 4, 3). » (MPA, 54).

⁵ — MPA, 54.

buer à l'expiation et au mérite, la douleur peut aussi fournir l'occasion de nouvelles fautes ¹.

2.2.3 *La diminution ou la suppression de la conscience*

Outre leur action sur la souffrance, les analgésiques posent un deuxième problème moral : celui de la diminution ou de la suppression de la conscience.

En effet, la perte de la sensibilité recherchée par le médecin ou le chirurgien en administrant des analgésiques conduit souvent à l'inconscience totale ou partielle :

Vous parlez ensuite de la diminution ou de la suppression de la conscience, de l'usage des facultés supérieures, comme de phénomènes accompagnant la perte de la sensibilité. D'habitude, ce que vous voulez obtenir c'est précisément cette perte de sensibilité ; mais souvent il est impossible de la provoquer sans produire en même temps l'inconscience totale ou partielle ².

De par sa nature, l'homme doit pouvoir ordonner ses actions à sa fin dernière en usant de sa raison et de sa liberté. La perte volontaire de la conscience doit donc avoir une cause proportionnée :

Pour apprécier la licéité de la suppression et de la diminution de la conscience, il faut considérer que l'action raisonnable et librement ordonnée à une fin constitue la caractéristique de l'être humain. [...] De là découle l'obligation morale de ne pas se priver de cette conscience de soi sans vraie nécessité. Il s'ensuit qu'on ne peut troubler la conscience ou la supprimer dans le seul but de se procurer des sensations agréables, en s'adonnant à l'ivresse et en absorbant des poisons destinés à procurer cet état, même si l'on recherche uniquement une certaine euphorie ³.

Or, dans certains cas, le médecin peut vouloir la perte de la sensibilité, ce qui aura pour effet indirect la perte de la conscience :

Ce qui compte, en effet, pour le chirurgien en tout premier lieu, c'est la suppression de la sensation douloureuse, non celle de la conscience. Quand celle-ci reste éveillée, les sensations douloureuses violentes provoquent aisément des réactions souvent involontaires et réflexes, capables d'entraîner des complications indésirables et d'aboutir même au collapsus cardiaque mortel. Préserver l'équilibre psychique et organique, éviter qu'il ne soit violemment ébranlé, constitue pour le chirurgien comme pour le patient un objectif important, que seule la narcose permet d'obtenir ⁴.

¹ — MPA, 55-56.

² — MPA, 49.

³ — MPA, 51.

⁴ — MPA, 52.

D'où la conclusion du pape sur la licéité morale de la narcose dans ces circonstances particulières :

Dans les limites indiquées et si l'on observe les conditions requises, la narcose entraînant une diminution ou une suppression de la conscience est permise par la morale naturelle et compatible avec l'esprit de l'Évangile ¹.

Qu'en est-il de l'usage des analgésiques chez les moribonds ?

Pie XII commence par rappeler que l'Église souhaite que les moribonds gardent toute leur conscience :

L'Église d'ailleurs donne aux prêtres et aux fidèles un *Ordo commendationis animæ*, une série de prières, qui doivent aider les mourants à quitter cette terre et à entrer dans l'éternité. Mais si ces prières conservent leur valeur et leur sens, même quand on les prononce près d'un malade inconscient, elles apportent normalement à qui peut y participer lumière, consolation et force. Ainsi l'Église laisse-t-elle entendre qu'il ne faut pas, sans raisons graves, priver le mourant de la conscience de soi. Quand la nature le fait, les hommes doivent l'accepter ; mais ils ne le feront pas de leur propre initiative, à moins d'avoir pour cela de sérieux motifs ².

En conséquence, administrer des analgésiques dans le seul but de provoquer l'inconscience serait immoral :

L'anesthésie employée à l'approche de la mort, dans le seul but d'éviter au malade une fin consciente, serait non plus une acquisition remarquable de la thérapeutique moderne, mais une pratique vraiment regrettable ³.

Le mourant ne peut permettre et encore moins demander au médecin qu'il lui procure l'inconscience, si par là il se met hors d'état de satisfaire à des devoirs moraux graves, par exemple, de régler des affaires importantes, de faire son testament, de se confesser ⁴.

Parfois, le recours systématique aux narcotiques qui réduisent le malade à l'inconscience cache un désir, souvent inconscient, chez les professionnels de la santé, de ne pas maintenir une relation avec le mourant. De sorte que l'on ne cherche pas tant à soulager la souffrance du malade, mais plutôt les inconvénients résultant de son état ⁵.

L'administration d'analgésique entraînant la perte de la conscience n'est licite qu'aux conditions suivantes :

¹ — MPA, 53

² — MPA, 55 Dans le même sens : « Les analgésiques qui entraînent l'inconscience méritent toutefois une attention particulière. Il importe en effet non seulement de pouvoir satisfaire à ses devoirs moraux et à ses obligations familiales, mais surtout de se préparer en pleine connaissance à la rencontre du Christ. » (DJB, n° III).

³ — MPA, 55.

⁴ — MPA, 55.

⁵ — CPS, n° 124.

Si le mourant a rempli tous ses devoirs et reçu les derniers sacrements, si des indications médicales nettes suggèrent l'anesthésie, si l'on ne dépasse pas dans la fixation des doses la quantité permise, si l'on a mesuré soigneusement l'intensité et la durée de celle-ci et que le patient y consente, rien alors ne s'y oppose : l'anesthésie est moralement permise ¹.

Il ne serait pas conforme à la prudence de vouloir faire d'une attitude héroïque une règle générale. Pour beaucoup de malades, la prudence humaine et chrétienne conseillera souvent l'emploi de moyens médicaux aptes à atténuer ou supprimer la souffrance, même si les effets secondaires en sont la torpeur ou une moindre lucidité. Quant à ceux qui ne sont pas en état de s'exprimer, on pourra raisonnablement présumer qu'ils désirent recevoir ces calmants et les leur administrer selon les conseils du médecin ².

Que doit faire le médecin face à une demande du malade qui recherche l'inconscience avant d'avoir réglé ses affaires ?

Lorsqu'en dépit des obligations qui lui incombent, le mourant demande la narcose pour laquelle il existe des motifs sérieux, un médecin consciencieux ne s'y prêtera pas, surtout s'il est chrétien, sans l'avoir invité par lui-même ou mieux encore par l'intermédiaire d'autrui, à remplir auparavant ses devoirs. Si le malade s'y refuse obstinément et persiste à demander la narcose, le médecin peut y consentir sans se rendre coupable de collaboration formelle à la faute commise. Celle-ci, en effet, ne dépend pas de la narcose, mais de la volonté immorale du patient ; qu'on lui procure ou non l'analgésie, son comportement sera identique : il n'accomplira pas son devoir ³.

2.2.4 *Le péril d'abrégé la vie du patient*

L'administration de narcotique pose un troisième problème moral dans la mesure où elle risque d'abrégé la vie du patient ou du moribond ⁴.

Lorsque l'administration de narcotique a pour but direct d'abrégé la vie, elle équivaut à une euthanasie directe, laquelle est toujours immorale :

Toute forme d'euthanasie directe, c'est-à-dire l'administration de narcotique afin de provoquer ou de hâter la mort, est illicite, parce qu'on prétend alors disposer directement de la vie. C'est un des principes fondamentaux de la morale naturelle et chrétienne, que l'homme n'est pas maître et possesseur, mais seulement usufruitier de son corps et de son existence. On prétend à un droit de disposition directe, toutes les fois que l'on veut l'abrègement de la vie comme fin ou comme moyen ⁵.

1 — MPA, 56.

2 — DJB, n° III.

3 — MPA, 56.

4 — Les narcotiques à base d'opium peuvent entraîner une insuffisance respiratoire.

5 — MPA, 56-57.

En revanche, lorsque l'administration de narcotique a pour objectif premier le soulagement des douleurs et comme effet indirect possible l'abrègement de la vie, elle est licite en vertu du volontaire indirect ¹ :

Si entre la narcose et l'abrègement de la vie n'existe aucun lien causal direct, posé par la volonté des intéressés ou par la nature des choses (ce qui serait le cas, si la suppression de la douleur ne pouvait être obtenue que par l'abrègement de la vie), et si au contraire l'administration de narcotiques entraîne par elle-même deux effets distincts, d'une part le soulagement des douleurs, et d'autre part l'abrègement de la vie, elle est licite ; encore faut-il voir s'il y a entre ces deux effets une proportion raisonnable, et si les avantages de l'un compensent les inconvénients de l'autre. Il importe aussi d'abord de se demander si l'état actuel de la science ne permet pas d'obtenir le même résultat en employant d'autres moyens, puis de ne pas dépasser, dans l'utilisation du narcotique, les limites de ce qui est pratiquement nécessaire ².

Dans ce cas en effet, il est clair que la mort n'est en aucune façon voulue ou recherchée, même si le risque en est raisonnablement couru ; on a simplement l'intention de calmer efficacement la douleur en employant dans ce but les analgésiques dont la science médicale dispose ³.

2.3 Thérapie expérimentale

Dans certains cas très particuliers, les thérapies déjà éprouvées donnent peu ou pas de résultat. Mais, la science médicale comme toute technique est toujours à la recherche de nouvelles thérapies à mettre au service des malades. Se pose alors la question du recours à des thérapies qui en sont encore au stade expérimental. Est-il licite moralement d'y recourir lorsqu'aucune autre thérapie connue n'est efficace ?

Le pape Pie XII rappelle d'abord cette vérité que l'homme n'est pas un simple objet d'expérimentation :

Nous avons déjà relevé à plusieurs reprises, et notamment dans le discours du 30 septembre 1954 à la huitième assemblée de l'Association médicale mondiale, que l'homme ne peut être pour le médecin un simple objet d'expérience, sur lequel on essaierait les méthodes et pratiques médicales nouvelles ⁴.

Cependant, le recours à des thérapies nouvelles, encore au stade expérimental, n'est pas exclu :

- Qu'il s'agisse de médicaments ou d'opérations :

¹ — Principe du volontaire indirect : si une action en soi bonne ou indifférente a deux effets, l'un bon et l'autre mauvais, que l'effet bon ne découle pas de l'effet mauvais et que l'intention porte sur l'effet bon, il est permis de poser l'action s'il y a une cause proportionnée.

² — MPA, 57.

³ — DJB, n° III.

⁴ — MPA, 43.

Dans les cas désespérés, quand le malade est perdu si l'on n'intervient pas et qu'il existe un médicament, un moyen, une opération qui, sans exclure tout danger, gardent encore une certaine possibilité de succès, un esprit droit et réfléchi admet sans plus que le médecin puisse, avec l'accord explicite ou tacite du patient, procéder à l'application de ce traitement ¹.

- Sur l'embryon :

Dans le cas de l'expérimentation clairement thérapeutique, c'est-à-dire s'il s'agissait de thérapies expérimentales utilisées au bénéfice de l'embryon lui-même comme une tentative extrême pour lui sauver la vie, et faute d'autres thérapies valables, le recours à des remèdes ou à des procédés pas encore entièrement éprouvés peut être licite ².

- Sur l'adulte :

S'il n'y a pas d'autres remèdes suffisants, il est permis de recourir, avec l'accord du malade, aux moyens que procure la technique médicale la plus avancée, même s'ils en sont encore au stade expérimental et ne vont pas sans quelque risque. Le malade, en les acceptant, pourra même faire preuve de générosité au service de l'humanité. Il est aussi permis d'interrompre l'application de ces moyens lorsque les résultats en sont décevants ³.

Comme l'enseigne le Pasteur Angélique,

il peut arriver, dans des cas douteux, quand échouent les moyens déjà connus, qu'une méthode nouvelle, encore insuffisamment éprouvée, offre, à côté d'éléments très dangereux, des chances appréciables de succès. Si le patient donne son accord, l'application du procédé en question est licite. Mais cette manière de faire ne peut être érigée en ligne de conduite pour les cas normaux ⁴.

Le recours aux thérapies expérimentales comportant un risque grave pour la vie et la santé du patient n'est donc moralement licite que :

- en l'absence de thérapies alternatives éprouvées et efficaces ;
- en présence de chances appréciables de succès ;
- avec l'accord du patient.

2.4 Réanimation

Un dernier type d'intervention médicale retiendra notre attention : la réanimation.

On désigne ainsi en médecine, et particulièrement en anesthésiologie, la technique susceptible de remédier à certains incidents menaçant gravement la

¹ — AMM, 389-390.

² — IDV, I, n° 4 (D.C., n° 1937, p. 354).

³ — DJB, n° IV.

⁴ — ACH, 465.

vie humaine, en particulier les asphyxies qui, auparavant, lorsqu'on ne disposait pas de l'équipement anesthésiologique moderne, conduisaient en quelques minutes à l'arrêt du cœur et à la mort ¹.

Par le biais de cette technique, l'anesthésiste-réanimateur « rétablit la respiration, soit par intervention manuelle, soit à l'aide d'appareils spéciaux, libère les voies respiratoires et pourvoit à l'alimentation artificielle du patient » ².

L'utilisation des techniques de réanimation, mises au point au milieu du 20^e siècle, n'est pas sans poser des problèmes moraux à l'anesthésiste-réanimateur :

Si la lésion du cerveau est tellement grave qu'il est très probable, et même pratiquement certain, que le patient ne survivra pas, l'anesthésiologue en vient à se poser la question angoissante de la valeur et du sens des manœuvres de réanimation ³.

L'anesthésiologue a-t-il le droit, ou même est-il obligé dans tous les cas d'inconscience profonde, même dans ceux qui sont complètement désespérés au jugement d'un médecin compétent, d'utiliser les appareils modernes de respiration artificielle, même contre la volonté de la famille ⁴ ?

A l'inverse des techniques médicales dont nous avons traité jusqu'ici et qui faisaient l'objet d'une réflexion avant d'être mises en œuvre, les techniques de réanimation sont généralement pratiquées dans l'urgence et par mesure conservatoire. La réflexion suit alors le geste médical et porte sur la prolongation de la réanimation et le maintien du patient réanimé sous respirateur, massage cardiaque réalisé par une machine, etc.

Le pape Pie XII constate que ces techniques de réanimation relèvent des moyens extraordinaires qu'il est licite d'employer, mais qui ne sont pas obligatoires :

La technique de réanimation, dont il s'agit ici, ne contient en soi rien d'immoral ; aussi le patient – s'il était capable de décision personnelle – pourrait-il l'utiliser licitement et, par conséquent, en donner l'autorisation au médecin. Par ailleurs, comme ces formes de traitement dépassent les moyens ordinaires, auxquels on est obligé de recourir, on ne peut soutenir qu'il soit obligatoire de les employer et, par conséquent, d'y autoriser le médecin ⁵.

Les droits et les devoirs de la famille, en général, dépendent de la volonté présumée du patient inconscient, s'il est majeur et *sui juris*. Quant au devoir propre et indépendant de la famille, il n'oblige habituellement qu'à l'emploi des moyens ordinaires. Par conséquent, s'il apparaît que la tentative de réanimation constitue en réalité pour la famille une telle charge qu'on ne puisse pas en cons-

1 — PDR, 692.

2 — PDR, 693.

3 — PDR, 693.

4 — PDR, 696-697.

5 — PDR, 697.

cience la lui imposer, elle peut licitement insister pour que le médecin interrompe ses tentatives, et le médecin peut licitement lui obtempérer. Il n'y a en ce cas aucune disposition directe de la vie du patient, ni euthanasie, ce qui ne serait jamais licite ; même quand elle entraîne la cessation de la circulation sanguine, l'interruption des tentatives de réanimation n'est jamais qu'indirectement cause de la cessation de la vie, et il faut appliquer dans ce cas le principe du double effet et celui du *voluntarium in causa* ¹.

En arrêtant une thérapie qui impose une charge trop lourde à la famille, au médecin ou à la société, ceux qui prennent la décision de débrancher les appareils ne causent ni ne veulent directement la mort du patient, mais ils constatent simplement leur incapacité à maintenir celui-ci en vie dans ces conditions-là ².

En faisant cela, le médecin ou la famille ne posent pas un jugement sur la qualité de vie du patient ou sur sa valeur au regard des conditions normales de vie ; ils n'émettent un jugement que sur le caractère disproportionné du moyen à employer pour la conserver ³.

3. Les soins dus aux patients en fin de vie

Ayant passé en revue quelques thérapies mises en œuvre pour conserver la vie, il faut nous pencher sur les difficultés que pose la fin de vie. Alors que le personnel médical voit disparaître irrémédiablement la possibilité d'une guérison, il lui reste une dernière mission : prendre soin du malade ⁴.

Comme le constate Mgr Elio Sgreccia :

Le moment arrive où du point de vue thérapeutique il n'est plus réellement possible d'intervenir pour enrayer la maladie ou la faire régresser, et dans cette situation toute intervention thérapeutique véritable risque d'être disproportionnée.

A ce stade, la médecine a encore des ressources à sa disposition, mais elle a toutefois l'obligation d'y recourir dans les limites du possible non plus en tant qu'acte en soi en vue de la guérison et de la prolongation de la vie, mais en tant

1 — PDR, 697.

2 — « 1. On peut licitement interrompre une tentative de réanimation sans espoir sérieux de rétablissement. 2. La mort du patient n'est pas directement voulue : elle n'est pas moralement imputable au médecin ou à la famille. » (Abbé Jean-Pierre Boubée, « La vie coûte que coûte... ou la léthargie sans fin ? » in *Fideliter*, n° 47, septembre-octobre 1985, p. 76).

3 — « *One does not judge a life excessively burdensome, one judges a treatment excessively burdensome. — Il ne s'agit pas de juger une vie comme excessivement pesante, mais de juger si un traitement est excessivement pesant* » (William E. MAY, *Catholic bioethics and the gift of human life*, Our Sunday Visitor Publishing Division, Huntington, 2000, p. 261).

4 — On passe en anglais du *to cure* (guérir) au *to care* (soigner).

que devoir de respect envers le patient et de recherche de la qualité de vie. Ces ressources sont représentées par les cures normales et par les soins palliatifs. Les deux concepts ne s'équivalent pas automatiquement ¹.

Que faut-il entendre par cures normales et par soins palliatifs ?

Par cures normales, il faut comprendre l'alimentation et l'hydratation (artificielles ou non), l'aspiration des sécrétions bronchiques, la détersion des ulcères de décubitus ².

Par soins palliatifs, on entend habituellement ces traitements réservés aux patients affectés de maladies non guérissables, et plus destinés à contrôler les symptômes que la pathologie de base, grâce à l'application de procédés qui donnent au patient la meilleure qualité de vie ³.

Penchons-nous donc sur l'alimentation et l'hydratation des patients en fin de vie (3.1) et sur les soins palliatifs (3.2).

3.1 Alimentation et hydratation des patients en fin de vie

Les progrès de la réanimation et de l'alimentation artificielle des malades en fin de vie ⁴ ou en état de vie végétative ⁵ ont permis la survie, parfois prolongée, de personnes dont le retour à la santé ou à la conscience est définitivement compromis. Les cas se sont alors multipliés, surtout dernièrement, où les parents ou le conjoint ont demandé, souvent par voie légale, que le patient soit privé non seulement des traitements qualifiés d'extraordinaires, mais surtout de l'alimentation et de l'hydratation artificielles par voie entérale ou parentérale ⁶.

Ce problème, inconnu voici cinquante ans, a conduit à des interventions répétées du magistère sur les moyens minimaux à assurer aux patients :

Dans l'imminence d'une mort inévitable malgré les moyens employés, il est permis en conscience de prendre la décision de renoncer à des traitements qui ne

¹ — Mgr Elio SGRECCIA, *Manuel de bioéthique*, Mame-Edifa, Paris, 2004, p. 779.

² — *Ibid.*, p. 779.

³ — *Ibid.*, p. 780.

⁴ — C'est le cas par exemple des malades atteints de la maladie d'Alzheimer et qui refusent de se nourrir spontanément.

⁵ — « La personne dans un état végétatif ne montre aucun signe évident de conscience de son état, ni de l'environnement, et semble incapable d'interagir avec les autres ou de réagir à des stimulations adéquates. » (JEAN-PAUL II, Discours à un Congrès international sur « les traitements de soutien vital et l'état végétatif. Progrès scientifiques et dilemmes éthiques », 20 mars 2004, n° 4 in D.C., n° 2313, p. 409).

⁶ — « L'alimentation est entérale, c'est-à-dire au moyen d'une sonde nasogastrique ou par gastrotomie, ou bien parentérale, par voie intraveineuse. » (Card. Dionigi TETTAMANZI, *Les derniers moments de la vie*, Salvator, Paris, 2004, p. 59).

procureraient qu'un sursis précaire et pénible, sans interrompre pourtant les soins normaux dus au malade en pareil cas ¹.

Demeure, par contre, l'obligation stricte de poursuivre à tout prix l'application des moyens dits « minimaux », c'est-à-dire ceux qui, normalement et dans les conditions habituelles, sont destinés à maintenir la vie (alimentation, transfusions sanguines, injections, etc.). Les interrompre signifierait en pratique vouloir mettre fin aux jours du patient ².

L'alimentation et l'hydratation, même artificielles, rentrent dans les cures normales toujours dues au malade quand elles ne sont pas dangereuses pour lui : leur suspension induite pourrait revêtir la signification d'une véritable euthanasie ³.

Le principe de la « proportionnalité des soins » ⁴, tout en déconseillant l'emploi d'interventions purement expérimentales ou sans aucune efficacité, ne dispense pas de la tâche thérapeutique capable de soutenir la vie, ni de l'assistance par des moyens normaux de soutien de la vie. La science, même quand elle ne peut guérir, peut et doit soigner et assister le malade ⁵.

L'alimentation et l'hydratation sont considérées comme des soins normaux et des moyens ordinaires pour la conservation de la vie. Il est inacceptable de les interrompre ou de ne pas les administrer si une telle décision doit entraîner la mort du patient. On serait en présence d'une euthanasie par omission ⁶.

Le malade dans un état végétatif, dans l'attente d'un rétablissement ou de sa fin naturelle, a donc droit à une assistance médicale de base (alimentation, hydratation, hygiène, réchauffement, etc.) et à la prévention des complications liées à l'alitement. Il a également le droit à une intervention de réhabilitation précise et au contrôle des signes cliniques d'une éventuelle reprise. En particulier, je voudrais souligner que l'administration d'eau et de nourriture, même à travers des voies artificielles, représente toujours un moyen naturel de maintien de la vie, et non pas un acte médical. Sa mise en œuvre devra donc être considérée, en règle générale, comme ordinaire et proportionnée, et, en tant que telle, moralement obligatoire, dans la mesure et jusqu'au moment où elle montre qu'elle atteint sa finalité propre, qui, en l'espèce, consiste à procurer une nourriture au patient et à alléger ses souffrances.

L'obligation de ne pas faire manquer « les soins normaux dus au malade dans des cas semblables » ⁷ comprend en effet également le recours à l'alimentation et à l'hydratation ⁸. L'évaluation des probabilités, fondée sur les maigres espé-

1 — DJB, n° IV (D.C., n° 1980, p. 699).

2 — QQE, n° 2.4.4.

3 — CPS, n° 120.

4 — Déclaration de la Sacrée Congrégation pour la Doctrine de la foi, 5 mai 1980, n° IV. (Note du document).

5 — JEAN-PAUL II, Discours à des médecins sur la leucémie, 15 novembre 1986, n° 5 (D.C., n° 1910, p. 98).

6 — JEAN-PAUL II, Discours à un groupe d'évêques des États-Unis d'Amérique en visite ad limina, 2 octobre 1998, n° 4.

7 — Congrégation pour la Doctrine de la foi, *Iura et bona*, IV. (Note du document).

8 — Voir Conseil pontifical « Cor Unum », n° 2.4 ; Conseil pontifical pour la pastorale des Services de la santé, Charte des Agents de la Santé, n° 120. (Note du document).

rances de récupération lorsque l'état végétatif se prolonge au-delà d'un an, ne peut justifier éthiquement l'abandon ou l'interruption des soins de base au patient, y compris l'alimentation et l'hydratation. La mort due à la faim ou à la soif est en effet l'unique issue possible à la suite de leur suspension. Dans ce sens, elle finit par prendre la forme, si elle est effectuée de façon consciente et délibérée, d'une véritable euthanasie par omission ¹.

Il ressort de ces nombreuses interventions que :

- il existe des soins normaux et des moyens ordinaires pour conserver la vie (alimentation, hydratation, hygiène, réchauffement, etc.),
- même administrés artificiellement, ces soins représentent un moyen naturel de maintien de la vie et non un acte médical,
- ils constituent un minimum qui doit toujours être assuré à tout homme, indépendamment de son état de santé et de son espérance de récupération,
- omettre ces soins minimaux conduirait le patient à mourir de faim et de soif (et non de maladie) et constituerait une euthanasie par omission,
- l'administration des moyens minimaux ne pourrait être suspendue que si elle n'atteignait plus sa finalité propre (procurer de la nourriture au patient et alléger ses souffrances).

Le 1^{er} août 2007, la Sacrée Congrégation pour la Doctrine de la foi a publié deux réponses aux questions de la conférence épiscopale des États-Unis sur l'alimentation et l'hydratation artificielles :

Première question : l'administration de nourriture et d'eau (par des voies naturelles ou artificielles) au patient en « état végétatif », à moins que ces aliments ne puissent pas être assimilés par le corps du patient ou qu'ils ne puissent pas lui être administrés sans causer une privation grave sur le plan physique, est-elle moralement obligatoire ?

Réponse : Oui. L'administration de nourriture et d'eau, même par des voies artificielles, est en règle générale un moyen ordinaire et proportionné de maintien de la vie. Elle est donc obligatoire dans la mesure et jusqu'au moment où elle montre qu'elle atteint sa finalité propre, qui consiste à hydrater et à nourrir le patient. On évite de la sorte les souffrances et la mort dues à l'inanition et à la déshydratation.

Seconde question : peut-on interrompre la nourriture et l'hydratation fournies par voies artificielles à un patient en « état végétatif permanent », lorsque des médecins compétents jugent avec la certitude morale que le patient ne reprendra jamais conscience ?

Réponse : non. Un patient en « état végétatif permanent » est une personne, avec sa dignité humaine fondamentale, à laquelle on doit donc procurer les soins

¹ — JEAN-PAUL II, Discours à un Congrès international sur « Les traitements de soutien vital et l'état végétatif. Progrès scientifiques et dilemmes éthiques », 20 mars 2004, n° 4 (D.C., n° 2313, p. 409).

ordinaires et proportionnés, qui comprennent, en règle générale, l'administration d'eau et de nourriture, même par voies artificielles ¹.

Dans le commentaire qui accompagne ces deux réponses, la Congrégation détaille les aspects que la brièveté des réponses aurait pu laisser dans l'ombre.

Le commentaire définit d'abord la question posée :

L'objet de ces questions est de savoir si l'alimentation et l'hydratation de ces patients, surtout lorsqu'elles sont administrées par voies artificielles, ne constituent pas une charge excessivement lourde pour ces derniers, pour leurs proches ou pour le système de santé, au point de pouvoir être considérées, même à la lumière de la doctrine morale de l'Église, comme un moyen extraordinaire ou disproportionné, et donc non obligatoire sur le plan moral ².

Puis, il constate que le problème de ces malades est qu'ils ne peuvent plus s'alimenter seuls :

Les patients en « état végétatif » respirent spontanément, digèrent naturellement les aliments, ont d'autres fonctions métaboliques et se trouvent dans une situation stable. Ils ne parviennent pas cependant à s'alimenter tout seuls. Si on ne leur administre pas artificiellement de nourriture ni des liquides, ils meurent ; la cause de leur mort n'est pas alors une maladie ou l'« état végétatif », mais uniquement le fait de l'inanition et de la déshydratation ³.

Or, l'hydratation et l'alimentation artificielles sont des moyens simples, peu coûteux et proportionnés, pour empêcher ces patients de mourir d'inanition et de déshydratation :

L'administration artificielle d'eau et de nourriture n'impose pas généralement une lourde charge, ni au patient, ni aux proches. Elle ne comporte pas de coûts excessifs ; elle est à la portée de tous les systèmes de santé de niveau moyen ; elle ne requiert pas de soi l'hospitalisation et elle est proportionnée pour atteindre son but : empêcher le patient de mourir d'inanition et de déshydratation. Elle n'est, ni n'entend être, une thérapie résolutive, mais un soin ordinaire pour la conservation de la vie ⁴.

En comparant alimentation naturelle et alimentation artificielle, il apparaît que les deux coïncident dans leur finalité intrinsèque, à savoir conserver la vie, mais qu'elles diffèrent dans leur modalité d'administration : l'une est naturelle, l'autre artificielle. Or, la modalité d'administration ne modifie pas substantiellement le caractère naturel et proportionné de l'alimentation de l'hydratation pour conserver la vie du corps. C'est pourquoi personne n'enseigne que l'administration d'insuline chez les diabéti-

1 — AHA (D.C., n° 2388, p. 897).

2 — AHA, commentaire (D.C., n° 2388, p. 898).

3 — AHA, commentaire (D.C., n° 2388, p. 898-899).

4 — AHA, commentaire (D.C., n° 2388, p. 899).

ques soit facultative pour ce seul motif qu'elle serait artificielle. Il faut en dire autant de l'alimentation et de l'hydratation par voie artificielle.

De ces principes, le document tire deux conclusions :

- L'alimentation et l'hydratation, y compris par des voies artificielles, sont des moyens naturels (et non un acte médical) et moralement obligatoires pour conserver la vie :

On ne peut interrompre les soins ordinaires pour les patients qui ne se trouvent pas en danger de mort imminente, comme c'est généralement le cas pour ceux qui sont en « état végétatif », pour lesquels ce serait précisément l'interruption des soins ordinaires qui provoquerait la mort ¹.

L'administration d'eau et de nourriture, même par des voies artificielles, représente toujours un moyen naturel de conservation de la vie et non un traitement thérapeutique. Son emploi devra donc être considéré comme ordinaire et proportionné, même lorsque l'« état végétatif » se prolonge ².

- Cette obligation concerne aussi les malades en état végétatif permanent :

Un tel moyen ordinaire de soutien vital doit être assuré même aux patients qui tombent dans un « état végétatif permanent », puisqu'il s'agit de personnes, avec leur dignité humaine fondamentale ³.

Trois circonstances extérieures peuvent venir limiter l'application de ce principe à un cas concret :

- L'impossibilité matérielle de recourir à l'alimentation et à l'hydratation artificielles :

Dans certaines régions très isolées et extrêmement pauvres, l'alimentation et l'hydratation artificielles ne [peuvent] être matériellement possibles, et alors *ad impossibilia nemo tenetur* [personne n'est tenu à l'impossible]. Toutefois demeure l'obligation d'offrir les soins minimaux disponibles et de procurer, si possible, les moyens nécessaires pour un soutien vital convenable ⁴.

- L'incapacité physiologique du patient à assimiler la nourriture :

En cas de complications, le patient ne [réussit] pas à assimiler la nourriture et la boisson ; leur administration devient alors totalement inutile ⁵.

- Le caractère excessivement pénible pour le patient du mode artificiel d'alimentation :

Dans quelques rares cas, l'alimentation et l'hydratation artificielles [peuvent] comporter pour le patient une excessive pénibilité ou une privation grave au

1 — AHA, commentaire (D.C., n° 2388, p. 899).

2 — AHA, commentaire (D.C., n° 2388, p. 901).

3 — AHA, commentaire (D.C., n° 2388, p. 901).

4 — AHA, commentaire (D.C., n° 2388, p. 901).

5 — AHA, commentaire (D.C., n° 2388, p. 901).

plan physique lié, par exemple, à des complications dans l'emploi d'instruments ¹.

3.2 Soins palliatifs

Les deux dernières décennies du 20^e siècle ont vu apparaître une nouvelle spécialité médicale destinée à aider les malades en fin de vie, pour lesquels aucune thérapie n'est plus efficace.

Dans la médecine moderne, ce qu'on appelle les « soins palliatifs » prend une particulière importance ; ces soins sont destinés à rendre la souffrance plus supportable dans la phase finale de la maladie et à rendre possible en même temps pour le patient un accompagnement humain approprié ².

La [médecine palliative] recherche avant toute chose à soulager les douleurs symptomatiques tout en créant un environnement humain paisible, personnalisé et centré sur le patient, aidant ainsi le patient, sa famille et ses amis à ne pas perdre le sens de la souffrance. L'accent est mis sur le point de vue holistique ³.

C'est maintenant devenu une véritable spécialité médicale, destinée à apporter une meilleure qualité de vie possible aux patients en phase terminale, à travers le soulagement de la douleur et le contrôle des symptômes ⁴.

Quels sont les moyens mis en œuvre par la médecine palliative ?

Les soins palliatifs, aujourd'hui, comportent de fait :

a) l'oncothérapie palliative, c'est-à-dire l'ensemble des « applications des thérapies oncologiques classiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) pratiquées sur des patients pour lesquels on cherche à soigner les symptômes » ;

b) les ainsi nommées « cures de soutien, » qui comprennent :

les thérapies antalgiques non causales destinées à atténuer ou à abolir la perception de la douleur ; l'évaluation nutritionnelle et la régulation hydroélectrique ; le traitement des infections opportunistes ; les procédures de réhabilitation par la physiothérapie ; le soutien psychologique qui a une place d'importance particulière dans la cure de soutien du patient et de sa famille ; la surveillance psychologique de l'équipe du personnel soignant dont le bon état émotionnel est à la base de l'optimisation thérapeutique dans cette phase délicate de la maladie chronique ⁵.

D'où la nécessité d'organiser les unités de soins palliatifs :

1 — AHA, commentaire (D.C., n° 2388, p. 901).

2 — EEV, n° 65 (D.C., n° 2114, p. 384).

3 — G. HERRANZ, « Les interventions de réanimation et les patients au stade terminal : intégration des soins palliatifs et des soins intensifs » dans Académie Pontificale pour la vie, *Au chevet de la personne qui meurt : orientations éthiques et pratiques*, Mame-Edifa, Paris, 2008, p. 73.

4 — *Ibid.*, p. 76.

5 — Mgr Élio SGRECCIA, *Manuel de bioéthique*, Mame-Edifa, Paris, 2004, p. 780.

On doit procurer au malade en phase terminale les traitements médicaux susceptibles d'alléger le côté pénible de la mort. C'est dans cette perspective que rentrent les soins palliatifs ou symptomatiques ¹.

La mise en place d'unité de soins palliatifs ne pose aucun problème moral. Elle rencontre en revanche de nombreux obstacles politiques et économiques dans nos sociétés, centrées sur l'utilité et la rentabilité économique. Il est plus simple, et plus économique, de se débarrasser des bouches inutiles que de veiller à leur rendre supportable la fin de leur séjour terrestre.

4. Deux formes de mépris du malade

Après avoir exposé quels sont les devoirs de l'homme à l'égard de sa santé et de sa vie tant du point de vue des principes (1) que de celui des applications (2 et 3), il nous reste à parler de deux attitudes qui n'obéissent pas aux principes exposés. Il s'agit de l'acharnement thérapeutique et de l'euthanasie.

Ces deux attitudes ont des points communs, mais elles obéissent à des logiques différentes :

Certains font volontiers le rapprochement entre l'euthanasie et l'acharnement thérapeutique, voyant entre les deux un profond lien « culturel », les interprétant comme les « signes » d'une commune, d'une identique « volonté de puissance » de la part de l'homme ; avec l'une comme avec l'autre, l'homme affirmerait son « pouvoir » sur la mort, soit en la hâtant (euthanasie), soit en la retardant (acharnement thérapeutique).

Sans nier qu'il y ait des rapports entre les deux, il faut tout de même mettre au point, clairement, qu'au moins objectivement, ils obéissent à des logiques complètement différentes, voire opposées et antithétiques : l'euthanasie est commandée par la logique de la mort donnée tandis que l'acharnement thérapeutique procède de la logique de la vie, de la vie à tout prix ².

Jetons un regard moral sur ces deux attitudes.

4.1 Acharnement thérapeutique ³

Qu'entend-on ordinairement par acharnement thérapeutique ?

¹ — CPS, n° 117.

² — Card. Dionigi TETTAMANZI, *Les derniers moments de la vie*, Salvator, Paris, 2004, p. 48

³ — Nous utilisons ici l'expression d'acharnement thérapeutique, consacrée par l'usage. Mais, nous voudrions faire remarquer que cet acharnement n'a plus rien de thérapeutique : c'est bien là tout le problème moral.

[L'acharnement thérapeutique] consiste à soumettre le patient à des examens ou traitements fastidieux et coûteux dont le but est de prolonger quelque peu sa vie. Il arrive même que des traitements obstinés non seulement ne servent à rien, mais qu'ils augmentent les souffrances du malade ¹.

Tout le monde se souvient du maintien prolongé en vie artificielle de certains chefs d'État (Franco, Boumediene et Tito) tandis que se réglait en coulisse les querelles de succession.

De manière plus commune,

le concept d'acharnement thérapeutique, qui semble parfois être intentionnellement dramatisé, se présente donc dans deux cas : lorsque l'utilisation des moyens techniques est faite sur quelqu'un qui est pratiquement mort, donc après la « mort cérébrale » ; lorsque l'intervention des thérapies médicales ou chirurgicales (à l'exception des cures ordinaires) se fait d'une manière « disproportionnée » par rapport aux effets escomptés ².

Le P. Patrick Verspieren S.J. donne quelques exemples :

Oui, il y a excès de soins lorsqu'on prescrit des examens biologiques de routine face à des maladies incurables et quand les résultats des examens n'influeront en aucune façon sur le traitement de confort utile pour le malade ; oui, il y a excès de soins quand des examens à visée diagnostique sont prescrits alors qu'on sait qu'aucune thérapie ni de confort ni curative ne sera prescrite, ni même proposable devant d'autres lésions associées rendant « le terrain » impropre à ces thérapeutiques ³.

Comment en arrive-t-on à l'acharnement thérapeutique ? Les réponses à cette question sont multiples et variées : elles vont du personnel médical qui considère la mort du patient comme un échec à la volonté d'utiliser tous les moyens techniques disponibles, des intérêts économiques des médecins, des laboratoires et des hôpitaux à l'irresponsabilité économique propre à un système où les frais médicaux sont assumés par la sécurité sociale.

En fait, l'acharnement thérapeutique est injuste à de multiples points de vue :

Si l'exemple typiquement politique est exceptionnel (nous pensons aux cas de Tito et de Franco), les cas liés, soit à la demande de la famille soit au désir d'expérimentation, peuvent l'être moins. Mais dans un cas comme dans l'autre, l'« acharnement thérapeutique » ne saurait être justifié : dans le premier, parce que ce serait injuste envers la famille (qui se ferait des illusions), envers les autres (qui seraient privés de moyens et de soins nécessaires), envers soi-même (la

1 — Michel SCHOYANS, « Acharnement thérapeutique et soins palliatifs » dans Conseil pontifical pour la famille, *Lexique des termes ambigus et controversés sur la famille, la vie et les questions éthiques*, Téqui, Paris, 2005, p. 41.

2 — Mgr Elio SGRECCIA, *Manuel de bioéthique*, Mame-Edifa, Paris, 2004, p. 782.

3 — Patrick VERSPIEREN, *Face à celui qui meurt*, D.D.B., Paris, 1984, p. 50.

profession médicale verrait sa physionomie dénaturée), sans parler du malade victime d'une fondamentale injustice ; dans le second cas, parce que la recherche scientifique – même à des fins thérapeutiques – ne constitue pas « la » valeur suprême mais « une » valeur et seulement dans la mesure où elle se pose au service de la personne, de chaque et unique personne ¹.

Le cardinal Tettamanzi propose quelques critères pour discerner concrètement la frontière à ne pas dépasser, sous peine de tomber dans l'acharnement thérapeutique :

Parmi les critères objectifs au moyen desquels définir l'acharnement thérapeutique, il nous semble important de signaler :

1) l'inutilité ou l'inefficacité du point de vue thérapeutique (il faut remarquer que, pour le contenu, les critères de l'irréversibilité ou de la mort cérébrale sont analogues). A la lumière de ce premier critère, l'expression même d'« acharnement thérapeutique » apparaît déjà comme contradictoire puisqu'il ne guérit pas.

2) La pénibilité pour le malade qui risque d'être exposé à des souffrances ultérieures si ce n'est à une humiliation profonde. Ici, l'expression « acharnement thérapeutique » révèle sa triste réalité d'être un acharnement non sur la maladie mais sur le malade. C'est pourquoi, certains vont jusqu'à parler de « violence » thérapeutique.

3) Le caractère exceptionnel des interventions et/ou des moyens thérapeutiques : ce sont les moyens que les moralistes du passé qualifiaient d'« extraordinaires » et qu'aujourd'hui on préfère définir « disproportionnés ». Il est évident que ce troisième critère est, de fait, sujet aux évolutions dans le temps et dans l'espace : des moyens autrefois, ou dans certains pays, appelés « disproportionnés », aujourd'hui et chez nous (pays développés) sont considérés comme « proportionnés ». Ce critère a toutefois le mérite de mettre en évidence celui de l'inutilité : le traitement se révèle inutile malgré son caractère exceptionnel ².

En tout cela, comme nous avons déjà eu l'occasion de le souligner, ce qui fait l'objet d'un jugement et d'une mesure, ce n'est pas la vie du patient et sa valeur supposée, mais la valeur du moyen employé pour conserver la vie :

Le refus de l'acharnement thérapeutique n'est pas un refus du patient et de sa vie. En effet, l'objet de la délibération sur la convenance d'initier ou de continuer une pratique thérapeutique n'est pas la valeur de la vie du patient, mais la valeur de l'intervention médicale sur le patient. La décision de ne pas initier ou d'interrompre une thérapie sera éthiquement correcte lorsque celle-ci apparaîtra clairement inefficace ou disproportionnée pour maintenir en vie ou retrouver la

¹ — Card. Dionigi TETTAMANZI, *Les derniers moments de la vie*, Salvator, Paris, 2004, p. 56.

² — *Ibid.*, p. 53-54.

santé. C'est pourquoi, le refus de l'acharnement thérapeutique est l'expression du respect dû à tout moment au patient ¹.

4.2 Euthanasie

Nous avons intentionnellement traité de l'acharnement thérapeutique avant d'en venir à l'euthanasie. Pourquoi? Parce que le refus de l'acharnement thérapeutique est souvent présenté comme un motif pour promouvoir l'euthanasie ².

4.2.1 Définition nominale

Une approche nominale de l'euthanasie ne peut que laisser perplexe :

Au sens étymologique, le mot euthanasie signifie, dans l'Antiquité, une mort douce sans cruelles souffrances.

On ne songe plus guère aujourd'hui au sens premier de ce mot, mais plutôt à une intervention de la médecine qui atténue les douleurs de la maladie et de l'agonie, parfois même au risque de supprimer prématurément la vie.

Enfin, le terme d'euthanasie est utilisé en un sens plus particulier. Il désigne alors le fait de « donner la mort par pitié », pour supprimer radicalement des souffrances extrêmes ou éviter aux enfants anormaux, aux incurables, aux malades mentaux la prolongation, pendant des années peut-être, d'une vie pénible qui pourrait en outre imposer des charges trop lourdes aux familles ou à la société ³.

4.2.2 Définition réelle

Comment définir l'euthanasie ?

Par euthanasie, nous entendons une action ou une omission qui, de soi ou dans l'intention, donne la mort afin de supprimer ainsi toute douleur. L'euthanasie se situe donc au niveau des intentions et à celui des procédés employés ⁴.

1 — JEAN-PAUL II, Discours aux participants de la Conférence internationale sur les soins palliatifs, 12 novembre 2004, n° 4.

2 — « Aujourd'hui, l'acharnement thérapeutique est invoqué pour autoriser l'euthanasie. » (Michel SCHOOYANS, « Acharnement thérapeutique et soins palliatifs » dans Conseil pontifical pour la famille, *Lexique des termes ambigus et controversés sur la famille, la vie et les questions éthiques*, Téqui, Paris, 2005, p. 42) « L'euthanasie est présentée comme alternative à l'acharnement thérapeutique à partir de différents types d'argumentations... » (*Ibid.*, p. 43).

3 — DJB, n° II.

4 — DJB, n° II. Notons au passage que le pape Jean-Paul II a repris cette définition, avec une légère modification (que nous soulignons) : « Par euthanasie, nous entendons une action ou une omission, qui, de soi et dans l'intention, donne la mort afin de supprimer toute douleur. » (EEV, n° 65 in D.C., n° 2114, p. 384).

Par cette définition, la déclaration *Bona et Jura* opère une clarification des concepts dans la mesure où sont omises les distinctions :

- Entre euthanasie directe et indirecte :

La distinction entre euthanasie directe et indirecte est omise ; dans le langage précédent, utilisé également par Pie XII, on entendait par euthanasie indirecte la « thérapie de la douleur », considérée comme licite sous certaines conditions même quand elle pouvait, comme conséquence, abréger la vie. Dans ce cas, ni l'action en soi ni l'intention ne sont, en réalité, orientées vers la suppression de la vie et vers l'anticipation de la mort ; c'est la raison pour laquelle le cas n'est pas du tout prévu sous le nom d'euthanasie, pour ne pas créer de confusion. Il est plus opportunément utilisé, plus avant dans ce document, l'expression « emploi des analgésiques »¹.

- Entre euthanasie active et passive :

Une distinction fréquente dans le langage médical entre euthanasie active et euthanasie passive, où l'adjectif « passive » servait à indiquer l'omission des soins et des interventions médicales, est aussi évitée ; mais le mot « passive » possède une signification plus vaste et pouvait, donc, représenter une ambiguïté ; l'euthanasie est, dans un certain sens toujours passive, considérée de la part du malade, et toujours active de la part de celui qui la provoque².

4.2.3 *Trois approches contemporaines*

La promotion actuelle de l'euthanasie se fait dans trois directions différentes :

- L'euthanasie par compassion :

Partager l'intention suicidaire d'une autre personne et l'aider à la réaliser, par ce qu'on appelle le « suicide assisté », signifie que l'on se fait collaborateur, et parfois soi-même acteur, d'une injustice qui ne peut jamais être justifiée, même si cela répond à une demande. [...] Alors même que le motif n'est pas le refus égoïste de porter la charge de l'existence de celui qui souffre, on doit dire de l'euthanasie qu'elle est une fausse pitié, et plus encore une inquiétante « perversion » de la pitié : en effet, la vraie « compassion » rend solidaire de la souffrance d'autrui, mais elle ne supprime pas celui dont on ne peut supporter la souffrance³.

- L'euthanasie non volontaire :

Le choix de l'euthanasie devient plus grave lorsqu'il se définit comme un homicide que des tiers pratiquent sur une personne qui ne l'a aucunement demandé et qui n'y a jamais donné aucun consentement⁴.

1 — Mgr Elio SGRECCIA, *Manuel de bioéthique*, Mame-Edifa, Paris, 2004, p. 773-774.

2 — *Ibid.*, p. 774.

3 — EEV, n° 66 (D.C., n° 2114, p. 385).

4 — EEV, n° 66 (D.C., n° 2114, p. 385).

- L'euthanasie sociale :

On atteint ensuite le sommet de l'arbitraire et de l'injustice lorsque certaines personnes, médecins ou législateurs, s'arrogent le pouvoir de décider qui doit vivre et qui doit mourir ¹.

4.2.4 Campagnes pour faire avancer l'euthanasie

Comme pour l'avortement dans les années 1970, l'euthanasie fait l'objet de campagnes intensives dans les médias :

On relie souvent – et spontanément – le mouvement d'opinion avec celui qui, dans de nombreux États, a porté la législation de l'avortement volontaire ; en effet, il n'est pas difficile de découvrir la base culturelle commune aux deux demandes de légitimation de la « mort infligée », constituée par la méconnaissance de la valeur de la personne ; la stratégie adoptée par les partisans de l'une et de l'autre demande de mort apparaît également analogue : on commence par sensibiliser l'opinion publique sur des « cas de pitié », on loue les jugements indulgents des tribunaux qui ont instruit les procédures pénales sur ces cas, et on en arrive à la demande de la légitimation par loi, une fois que l'opinion publique a été opportunément sensibilisée par les médias et par les débats publics ².

L'Académie pontificale pour la vie partage une telle analyse et illustre les moyens de pression utilisés :

C'est ainsi que se sont développées au niveau international des campagnes et des stratégies soutenues par des associations pro-euthanasie, ces campagnes présentaient des manifestes publics signés par des intellectuels et des hommes de science, des publications favorables à de telles propositions – certaines accompagnant même des instructions destinées à enseigner aux malades et aux bien-portants les différentes méthodes pour mettre fin à la vie lorsque celle-ci était considérée comme insupportable –, des enquêtes recueillant les opinions de médecins ou de personnes bien connues du public et favorables à l'euthanasie et, enfin, des propositions de loi soumises aux Parlements, sans parler des tentatives afin de pousser les tribunaux à des sentences susceptibles d'établir de fait une pratique de l'euthanasie ou, du moins, l'impossibilité juridique d'infliger une peine dans une telle situation ³.

Suffit-il d'être conscient de ces campagnes de légitimation de l'euthanasie pour ne pas en être affecté ? Non, répond Mgr Sgreccia, car la mort est notre destin à tous :

Il existe un aspect nouveau et bien particulier, ou, si l'on veut, plus terrible, dans la campagne qui soutient la légitimation de l'euthanasie ; il s'agit de son potentiel d'implication sociale et personnelle qui est beaucoup plus vaste par

1 — EEV, n° 66 (D.C., n° 2114, p. 385).

2 — Mgr Elio SGRECCIA, *Manuel de bioéthique*, Mame-Edifa, Paris, 2004, p. 758.

3 — Académie pontificale pour la vie, *Le respect de la dignité de la personne mourante. Considérations éthiques sur l'euthanasie*, 9 décembre 2000, n° 1 (D.C., n° 2239, p. 25).

rapport à ce que la légalisation de l'avortement pouvait représenter, tout au moins dans l'immédiat. Le fait de l'avortement peut arriver à quelqu'un, la mort est le destin de tous ¹.

4.2.5 Condamnations de l'euthanasie par le magistère.

La première condamnation de l'euthanasie remonte à 1940. Face au programme de suppression des malades mentaux mis en œuvre par le national-socialisme en Allemagne, le Saint-Office déclara :

Question : est-il licite de tuer directement sur ordre de l'autorité publique, ceux qui, bien qu'innocents de tout crime digne de mort, ne peuvent cependant, à cause de difformités psychiques ou physiques, être utiles à la nation, mais paraissent plutôt faire obstacle à sa vigueur et à sa force ? Réponse : négativement, puisque c'est là un acte contraire au droit naturel et positif divin ².

Cette condamnation a été confirmée trois ans plus tard par Pie XII dans l'encyclique *Mystici corporis* :

L'Apôtre a bien raison de nous en avertir : « Bien plutôt, les membres du corps qui paraissent les plus faibles sont plus nécessaires ; et ceux que nous tenons pour les moins honorables du corps sont ceux que nous entourons de plus d'honneur » (He 13, 17). Affirmation très grave que présentement, conscient de l'obligation impérieuse qui Nous incombe, Nous estimons devoir répéter, tandis qu'avec une profonde affliction, Nous voyons les êtres difformes, déments ou affectés de maladies héréditaires, comme un fardeau importun pour la société, privés parfois de la vie ; et cette conduite est exaltée par certains comme s'il s'agissait d'une nouvelle invention du progrès humain, tout à fait conforme à l'utilité générale. Or, quel homme de cœur ne comprend pas qu'elle s'oppose violemment non seulement à la loi naturelle et divine inscrite au fond du cœur de tous, mais aussi au sentiment de tout homme civilisé. Le sang de ces êtres, plus chers à notre Rédempteur précisément parce qu'ils sont dignes de plus de commisération, « crie de la terre vers Dieu » (Gen 4, 10) ³.

Le Pasteur Angélique renouvellera sa condamnation de l'euthanasie :

- dans son discours au sages-femmes de 1951 :

Tout être humain, même l'enfant dans le sein de sa mère, a le droit à la vie reçue immédiatement de Dieu, et non des parents, ou de quelque société ou autorité humaine. D'où il n'y a aucun homme, aucune autorité humaine, aucune science, aucune « indication » médicale, eugénique, sociale, économique, morale qui puisse exhiber ou donner un titre juridique valable à disposer directement

¹ — Mgr Elio SGRECCIA, *Manuel de bioéthique*, Mame-Edifa, Paris, 2004, p. 758.

² — « *Qu. : Num licitum sit, ex mandato auctoritatis publicæ, directe occidere eos, qui, quamvis nullum crimen morte dignum commiserint, tamen ob defectus psychicos vel physicos nationi prodesse jam non valent eamque potius gravare ejusque vigori ac robori obstare censentur ? Resp. : Negative, cum sit juri naturali ac divino positivo contrarium.* » (Saint-Office, Décret du 2 décembre 1940, D.S. 3790).

³ — EMC, 197.

et délibérément d'une innocente vie humaine, c'est-à-dire en disposer pour la supprimer, soit en vue d'un but, soit comme un moyen pour obtenir un but qui, peut-être en soi, n'est pas du tout illégitime. [...] .

La destruction « directe » d'une vie « sans valeur » née ou pas encore née, pratiquée il y a quelques années en grand, ne peut en aucune façon se justifier. Aussi, lorsque cette pratique commença à se répandre, l'Église déclara formellement que tuer, même sur l'ordre de l'autorité publique, ceux qui, étant innocents, mais à cause de leurs tares physiques ou psychiques ne sont pas utiles à la nation, et plutôt deviennent une charge, est contraire au droit naturel et positif divin et, par conséquent, défendu ^{1 2}.

- dans son radio-message du 12 septembre 1956 :

Le droit médical ne peut donc jamais permettre que le médecin ou le patient pratiquent l'euthanasie directe, et le médecin ne peut jamais la pratiquer sur lui-même ni sur les autres ³.

Mis en veilleuse après la Deuxième Guerre mondiale, les mouvements qui promeuvent l'euthanasie ont repris de l'activité à la fin du 20^e siècle. La Sacrée Congrégation pour la Doctrine de la foi a depuis lors renouvelé par deux fois la condamnation de l'euthanasie :

- dans sa déclaration sur l'avortement de 1974 :

Le droit à la vie reste entier chez un vieillard, même très diminué ; un malade incurable ne l'a pas perdu ⁴.

- dans sa déclaration sur l'euthanasie de 1980 :

Rien ni personne ne peut autoriser que l'on donne la mort à un être humain innocent, fœtus ou embryon, enfant ou adulte, vieillard, malade incurable ou agonisant. Personne ne peut demander ce geste homicide pour soi ou pour un autre confié à sa responsabilité, ni même y consentir, explicitement ou non. Aucune autorité ne peut légitimement l'imposer, ni même l'autoriser. Il y a là violation d'une loi divine, offense à la dignité de la personne humaine, crime contre la vie, attentat contre l'humanité ⁵.

Enfin, le pape Jean-Paul II a confirmé dans l'encyclique *Evangelium vitæ* la condamnation de l'euthanasie par le magistère ordinaire et universel :

En conformité avec le magistère de mes prédécesseurs et en communion avec les évêques de l'Église catholique, je confirme que l'euthanasie est une grave violation de la Loi de Dieu, en tant que meurtre délibéré moralement inacceptable d'une personne humaine. Cette doctrine est fondée sur la loi naturelle et sur la Parole de Dieu écrite ; elle est transmise par la Tradition de l'Église et ensei-

¹ — Décret du Saint-Office, 2 décembre 1940, A.A.S., XXXII, 1940, pp. 553-554. (Note du document).

² — USF, 474.

³ — CIM, 520.

⁴ — DQA, n° 12 (D.C., n° 1666, p. 1070).

⁵ — DJB, n° II.

gnée par le magistère ordinaire et universel. Une telle pratique comporte, suivant les circonstances, la malice propre au suicide ou à l'homicide ¹.

4.2.6 *Fausse justifications contemporaines de l'euthanasie*

Si l'Allemagne nationale-socialiste justifiait ses pratiques euthanasiques par le caractère inutile de la vie des handicapés et par la pureté raciale, les justifications actuelles sont un peu différentes.

L'Académie pontificale pour la vie en mentionne deux :

- Le principe de l'autonomie du sujet qui aurait le droit de disposer de sa vie d'une manière absolue.
- La conviction plus ou moins explicite du caractère insupportable et inutile de la douleur qui peut parfois accompagner la mort ².

Le droit à disposer de sa vie contredit frontalement le pouvoir d'usufruitier (et non de propriétaire) que l'homme a reçu de Dieu sur sa vie (voir 1.1)

La perception de la douleur comme insupportable et inutile dérive d'une conception purement matérialiste, utilitariste et hédoniste de la vie. La condition humaine n'est plus appréhendée par nos contemporains dans sa finitude et dans son imperfection. Aussi, l'Académie pontificale s'interroge-t-elle à juste titre sur l'origine du malaise devant la souffrance : est-elle le fait des malades ou des bien-portants ?

On en vient à se demander si, par hasard, ne se cache pas au contraire, sous la justification du caractère intolérable de la douleur pour le patient, l'incapacité des personnes en « bonne santé » à accompagner le mourant dans son travail difficile de souffrance, de donner un sens à la douleur humaine – qui ne peut toutefois jamais être totalement éliminée de la vie humaine terrestre – et une sorte de refus de l'idée même de la souffrance, qui est toujours plus répandue dans notre société de bien-être et d'hédonisme. On ne peut pas non plus exclure que, derrière certaines campagnes « pro-euthanasie », se cachent des questions de dépenses publiques, considérées comme impossibles à soutenir et inutiles lorsque certaines maladies se prolongent ³.

On comprend dès lors le souci de la Déclaration *Jura et Bona* de replacer la problématique dans son cadre légitime : les moribonds attendent une aide humaine et chrétienne pour leurs derniers instants sur la terre et non une injection mortelle.

Il peut arriver que des douleurs prolongées et intolérables, des raisons d'ordre affectif ou divers autres arguments conduisent quelqu'un à estimer qu'il peut lé-

¹ — EEV, n° 65 (D.C., n° 2114, p. 385).

² — Académie pontificale pour la vie, Le respect de la dignité de la personne mourante. Considérations éthiques sur l'euthanasie, 9 décembre 2000, n° 2 (D.C., n° 2239, p. 25)

³ — *Ibid.*, n° 4.

gitiment demander la mort ou la donner à autrui. Si, en de tels cas, la responsabilité personnelle peut être diminuée ou même supprimée, l'erreur de jugement de la conscience – fût-elle de bonne foi – ne modifie pas la nature du geste meurtrier, qui demeure en soi inacceptable. Les supplications de très grands malades demandant parfois la mort ne doivent pas être comprises comme l'expression d'une vraie volonté d'euthanasie ; elles sont en effet presque toujours des demandes angoissées d'aide et d'affection. Au-delà de l'aide médicale, ce dont a besoin le malade, c'est de l'amour, de la chaleur humaine et surnaturelle que peuvent et doivent lui apporter tous ses proches, parents et enfants, médecins et infirmières ¹.

Si le personnel médical, tout particulièrement le médecin, n'est plus celui qui soutient la vie, mais qu'il devient celui qui, peut-être, apporte la mort, que restera-t-il des rapports de confiance entre le patient et le médecin ?

L'euthanasie bouleverse le rapport médecin-patient. De la part du patient, qui s'en rapporte au médecin comme à celui qui peut lui assurer la mort. Du côté du médecin, puisqu'il n'est plus l'absolu garant de la vie, le malade doit redouter de sa part son arrêt de mort. Le rapport médecin-patient est une relation de fidélité de vie qui doit subsister ².

C'est la grandeur de la profession médicale de soigner la vie, mais aussi d'accepter la mort comme le terme naturel de la vie :

Tout autre, le cas déjà mentionné, du droit de mourir en toute dignité humaine et chrétienne. C'est un droit réel et légitime, que le professionnel de la santé est appelé à sauvegarder, en soignant le mourant et en acceptant la fin naturelle de la vie. Il existe une différence radicale entre « donner la mort » et « accepter la mort » ; le premier est un acte qui supprime la vie, le second est son acceptation jusqu'à la mort ³.

4.2.7 Dimension sociale de la mort

La façon dont la mort est traitée est le reflet de la société dans laquelle nous vivons :

Je pense qu'il n'est aucune vie, si dégradée, si détériorée, si abaissée, si appauvrie soit-elle, qui ne mérite le respect et vaille qu'on la défende avec zèle. J'ai la faiblesse de penser que c'est l'honneur d'une société que d'assumer, que de vouloir ce luxe pesant que représente pour elle la charge des incurables, des inutiles, des incapables ; et je mesurerais presque son degré de civilisation à la quantité de peine et de vigilance qu'elle s'impose par pur respect de la vie ⁴.

1 — DJB, n° II.

2 — CPS, n° 150.

3 — CPS, n° 148.

4 — Jean ROSTAND, *Le courrier d'un biologiste*, Gallimard, Paris, 1970.

Or, il faut bien constater que la mort est devenu le dernier tabou de nos sociétés :

Au 20^e siècle, la mort a remplacé le sexe, comme principale interdiction. Autrefois, on disait aux enfants qu'ils étaient nés dans un chou, mais ils assistaient à la grande scène des adieux dans la chambre et au chevet des mourants. Aujourd'hui, les enfants sont, dès leur plus jeune âge, initiés à la physiologie de l'amour et de la naissance, mais quand ils ne voient plus leur grand-père et demandent pourquoi, on leur répond, en France qu'il est parti pour un grand voyage très loin et en Angleterre, qu'il repose dans un beau jardin où pousse le chèvrefeuille. Ce ne sont plus les enfants qui naissent dans les choux, mais les morts qui disparaissent au milieu des fleurs ¹.

Si nous voulons que recule la tentation de l'euthanasie, il faut que la vérité sur la mort soit à nouveau enseignée dans nos sociétés.

La mort indique, au croyant, qu'il est contingent et qu'il dépend en premier lieu de Dieu ; elle remet la vie entre les mains de Dieu dans un acte d'obéissance totale. L'euthanasie et, de la même manière, le suicide, sont le signe d'une revendication de l'homme à disposer pleinement de soi, de sa vie et de sa mort ².

Respecter la vérité de la personne dans le moment de la vie naissante signifie respecter Dieu qui crée et la personne humaine telle qu'Il la crée ; respecter l'homme dans sa phase finale signifie respecter la rencontre de l'homme avec Dieu, son retour vers le Créateur, en excluant tout autre pouvoir de la part de l'homme, qu'il s'agisse d'exclure le pouvoir d'anticiper cette mort (euthanasie), ou qu'il s'agisse d'exclure le pouvoir d'empêcher cette rencontre en mettant en jeu une forme de tyrannie biologique (acharnement thérapeutique). C'est dans cette optique que se délimite la frontière entre « euthanasie » et « mort avec dignité » ³.

Conclusion

Nos réflexions sur le devoir qu'a l'homme de préserver sa santé et d'accepter le terme naturel de sa vie nous ont conduit par de multiples détours à préciser les rôles corrélatifs du patient et du médecin. Ils sont résumés admirablement par l'Académie pontificale pour la vie :

La ligne de conduite à adopter à l'égard du grand malade et du mourant devra donc s'inspirer du respect de la vie et de la dignité de la personne ; elle devra avoir pour objectif de rendre disponibles les thérapies adaptées, sans toutefois

¹ — Philippe ARIÈS, *Essai sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen-Âge à nos jours*, Paris, 1975, p. 186 cité Mgr Elio SGRECCIA, *Manuel de bioéthique*, Mame-Edifa, Paris, 2004, p. 762.

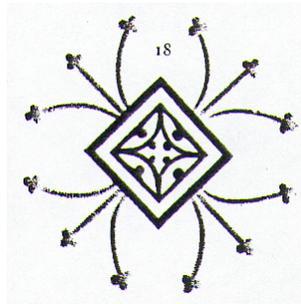
² — Mgr Elio SGRECCIA, *Manuel de bioéthique*, Mame-Edifa, Paris, 2004, p. 761-762.

³ — *Ibid.*, p. 777.

s'abandonner à certaines formes d'« acharnement thérapeutique » ; elle devra s'informer de la volonté du patient à l'égard des thérapies extraordinaires ou à risque – auxquelles, sur le plan moral, il n'est pas obligatoire d'accéder – ; elle devra toujours assurer les soins ordinaires (y compris l'alimentation et l'hydratation, même artificielles) et s'attacher à fournir les soins palliatifs, en particulier le traitement adéquat contre la douleur, en favorisant toujours le dialogue avec le patient et son information ¹.

C'est bien à la recherche de la volonté du Créateur sur chacun d'entre nous que nous sommes appelés quotidiennement et tout particulièrement lorsque des décisions graves doivent être prises pour préserver notre santé ou constater que notre vie arrive naturellement à son terme. Saint Paul l'avait déjà compris qui enseignait :

Si nous vivons, nous vivons pour le Seigneur, et si nous mourons, nous mourons pour le Seigneur. Donc, dans la vie comme dans la mort, nous appartenons au Seigneur [Rm 14, 8].



¹ — Académie pontificale pour la vie, Le respect de la dignité de la personne mourante. Considérations éthiques sur l'euthanasie, 9 décembre 2000, n° 6.

LE SEL DE LA TERRE

Donner le goût de la sagesse chrétienne

*Revue trimestrielle
de formation catholique*



Maintenir et conserver la saveur du sel de la doctrine quand tout autour devient insipide par la suite de l'abandon de Dieu, c'est le défi que la revue s'impose par son nom même. Le *Sel de la terre* vous offre tous les trois mois des articles simples, diversifiés, adaptés et d'une sûreté doctrinale éprouvée afin de nourrir votre vie spirituelle.

- **Simple**, le *Sel de la terre* ne requiert de ses lecteurs **aucun niveau spécial de connaissance** ; il s'adresse à tout catholique qui veut approfondir sa foi.
- **Diversifié**, le *Sel de la terre* propose à tous une **formation catholique vraiment complète** : études doctrinales et apologétiques, spiritualité et Écriture sainte, histoire et arts de la civilisation chrétienne viennent tour à tour nourrir votre intelligence.
- **Adapté**, le *Sel de la terre* présente les vérités religieuses **les plus utiles** à notre temps et dénonce les erreurs qui menacent aujourd'hui les intelligences.
- **Traditionnel**, le *Sel de la terre* est publié sous la responsabilité d'une communauté dominicaine qui se place **sous le patronage de saint Thomas d'Aquin**, pour la sûreté de la doctrine et la clarté de l'expression.

Cet article vous a plu ?

Vous pouvez :

[Vous
abonner](#)

[Découvrir
notre site](#)

[Faire
un don](#)

Trouvez plus de 1000 articles en accès libre !