

Lumière & Vie

L'euthanasie, le débat nécessaire

238

**Bruno Cadoré
Elisabeth Dolard
Pierre Gire
D. Jacquemin / P. Boitte
Oscar Lacroix
Jacques Pohier**

Juillet 1998 - tome XLVII-3

Fondée en 1951 par des Dominicains de la Province de Lyon, **Lumière & Vie**, revue d'information et de formation, veut satisfaire aux exigences de la recherche théologique, en se faisant l'écho des questions posées au christianisme et des interpellations que la foi adresse à notre temps.

COMITÉ DE RÉDACTION

Emmanuel BOISSIEU
Yves CATTIN
Isabelle CHAREIRE
François CHIRPAZ
Pascale DELOCHE
Christian DUQUOC
Yves KRUMENACKER
Pascal MARIN
Claude MARTIN
Gabriele NOLTE
Jean-Claude SAGNE
Donna SINGLES

CAHIERS DE L'ABONNEMENT 1998

236

Paranormal, la religiosité sauvage

237

Moïse, le prophète de Dieu

238

L'euthanasie, le débat nécessaire

239

Le Paradis

240

La prière

2, PLACE GAILLETON 69002 LYON

CCP 3038 78 A LYON

TÉL. 04 78 42 66 83 - FAX 04 78 37 23 82

Directeur : Christian Duquoc

Secrétaire de rédaction :

Isabelle Chareire

Administrateur : Gabrielle Nolte

**Revue publiée avec le concours du
centre national du livre**

Lumière & Vie

L'euthanasie le débat nécessaire

- Christian Duquoc** **3** Choisir sa mort est-il un droit ?
- Dom. Jacquemin,
Pierre Boitte** **7** La mort dans la société et la médecine
contemporaine : pour appréhender la
problématique de l'euthanasie.
*La marginalisation de la mort dans la société, son
traitement technique à l'hôpital, la volonté
d'autonomie et de maîtrise, en transformant
l'approche de la fin de la vie, tendent à légitimer
l'euthanasie.*
- Elisabeth Dolard** **19** Euthanasie et législation
*Après rappel de l'arsenal répressif du code pénal
français, l'auteur juge superflue une législation
spécifique sur l'euthanasie, la jurisprudence lui paraît
suffire.*
- Jacques Pohier** **27** La demande d'euthanasie volontaire
et ses raisons
*La thérapie présente conduit à des fins de vie
prolongées, souvent horribles et tragiques. Choisir sa
mort, ce n'est pas renier la vie, c'est considérer que
celle-ci n'a plus aucune chance et qu'il vaut mieux
humainement maîtriser son terme dans la dignité
plutôt que de le subir dans la déchéance.*

- Bruno Cadore** 41 Consentir à la mort quand la fin de vie est médicalisée
La fin de vie se passe généralement à l'hôpital. Les soignants sont soumis à une contradiction : prolonger une vie dont on sait qu'elle est perdue. Le consentement à la mort, exigé en toute époque, prend la forme, pour beaucoup, du renoncement à des thérapies vaines.
- Pierre Gire** 53 Choisir la vie : l'Église et l'euthanasie
Après rappel de distinctions nécessaires et de textes ecclésiastiques, il apparaît que l'intransigeance n'est pas le dernier mot de la sagesse. Une interprétation plus nuancée est possible, elle se fonde sur une solidarité contre la souffrance, incluant la mort comme une dimension de l'existence finie.
- 65 Annexe 1 : Déclaration de la Congrégation pour la doctrine de la foi sur l'euthanasie (20 juillet 1980)
- 71 Annexe 2 : Déclaration du Conseil permanent de la Conférence des évêques de France : respecter l'homme proche de sa mort (23 septembre 1991)
- Donna Singles** 81 Chronique : Le goût de la cerise
- Oscar Lacroix** 83 Position : Cent cinquante ans après l'abolition de l'esclavage : un témoignage guadeloupéen
- 89 Comptes rendus

Choisir sa mort est-il un droit ?

Le journal Libération, en date du 12 mars 1998, se fit l'écho d'une large enquête menée dans les services de réanimation. Les pratiques d'euthanasie passive n'y seraient pas rares. En rendant publique cette enquête, le journal estimait plaider pour qu'un débat sans interdit s'engageât sur cette question délicate et passionnelle, il soulignait le caractère anormal du silence présent, condamnant à la clandestinité des pratiques apparemment inéluctables en conséquence des thérapies scientifiques contemporaines.

Dans ce contexte, la revue, Lumière et Vie a cru bon d'ouvrir un dossier sur l'euthanasie ; il se présente sous la forme d'articles défendant des opinions divergentes, ils reflètent l'oscillation actuelle entre intransigeance et compréhension. Certains auteurs choisissent, pour des raisons sérieuses, une position tranchante : ils rappellent l'interdit fondamental "tu ne tueras pas" sans le respect duquel nulle société humaine ne pourrait subsister ; d'autres, pour des motifs de compassion, souhaitent un assouplissement de la législation et une plus grande liberté de pratiques : ils soutiennent qu'il ne s'agit pas d'un choix entre la vie et la mort, mais d'une décision portant sur la forme de la mort dès lors qu'elle s'avère inéluctable. Le patient peut ou bien choisir d'éviter de terribles souffrances, faire l'économie des affres de l'agonie, ou bien accepter le processus destructeur qui mène à la mort en se gardant de la hâter. Un jugement différent est porté sur les souffrances terminales prévisibles. Tous cependant sont d'accord pour

reconnaître que la question actuelle de l'euthanasie est en grande partie nouvelle : elle est issue des méthodes thérapeutiques modernes qui conduisent, en quelque sorte, à éliminer la mort "naturelle". Elles réactivent le problème récurrent de la souffrance à la fois inévitable et ressentie comme gratuite et absurde.

Le débat est d'autant plus passionnel et vif qu'il n'est pas d'ordre intellectuel, il est existentiel : il touche au sens qui est conféré à la vie et à la mort. Qu'elle soit active ou passive, l'euthanasie est une façon d'affronter la souffrance, la solitude et la détresse dès lors que toute maîtrise échappe au malade et au corps médical.

Le débat proposé dans ce dossier est cadré entre deux prises de position divergentes et apparemment antagonistes. L'une sous la forme d'un article écrit par celui qui fut secrétaire de l'association "Pour le droit de mourir dans la dignité", Jacques Pohier ; l'autre par la citation de deux documents officiels de l'Eglise catholique : le premier émanant de la Congrégation pour la doctrine de la foi sous la signature de Jérôme Hamer, le second rédigé au nom de l'Épiscopat français. Dans le premier cas, l'auteur milite avec nuance pour l'euthanasie active. On appréciera la rigueur de l'argumentation menée hors de toute polémique ; dans le second cas, on saura gré aux rédacteurs de ces textes officiels du sérieux de leur information, de la compassion exprimée, de l'espérance affirmée dans la reconnaissance de l'obscurité de la foi. C'est dans l'espace ouvert par ces deux positions que se glissent les autres articles.

Le premier, écrit par D. Jacquemin et P. Boitte, étudie la mort dans la société et la médecine contemporaine. Avec beaucoup de finesse, les auteurs montrent que la marginalisation sociale de la mort rend possible la requête du droit de mourir dans la dignité. Cette requête se trouve renforcée par les contradictions que supporte l'organisation hospitalière, faite pour guérir et non pour apprendre à mourir. Les auteurs, au terme de leur réflexion, évaluent à quel point l'autonomie animant l'individualisme contemporain trouve une limite dans le hasard de la mort. L'euthanasie représenterait la tentative en quelque sorte désespérée de maîtriser ce qui est par définition non-maîtrisable.

Ces contradictions marquent la législation. E. Dolard nous le rappelle en énumérant les textes répressifs de l'euthanasie et la pratique jurisprudentielle laxiste : le législateur semble vouloir ne pas céder sur le principe de l'interdit du meurtre tout en comprenant les arguments

de la compassion. L'auteur pense que toute législation ayant pour objet précis la légitimation sous condition de l'euthanasie n'est pas souhaitable, la jurisprudence suffit. Bruno Cadoré conscient des problèmes auxquels se heurte la médecine, et de la demande des malades et des familles, plaide pour un consentement à la mort qui intégrerait le renoncement aux thérapies qui s'avèrent inutiles. Pierre Gire s'efforce de montrer que l'acceptation de la finitude passe par la reconnaissance que la mort ne saurait être maîtrisée, même négativement. Compréhensible en raison de l'insolence de la souffrance et du tragique de la solitude, l'euthanasie n'en demeure pas moins habitée par la volonté de soumettre la mort à notre désir de la maîtriser qui tend à récuser le lien indépassable pour nous entre la vie et la mort.

Le lecteur jugera la pertinence et la valeur du dossier qui lui est présenté. Il n'oubliera pas l'arrière-fond historique de la question rappelé par Norbert Elias dans son ouvrage Solitude des mourants (Paris, Ch. Bourgeois, 1998) et évoqué dans Esprit (juin 1998) par Marc Olivier Padis

"En se demandant ce qui a changé dans notre approche de la mort par rapport aux époques antérieures, N. Elias constate une disparition de la ritualisation de la mort. Nous ne savons plus comment nous comporter face à un mourant. Nous ne connaissons plus les gestes de réconfort et de soutien qui ont toujours accompagné les instants de l'agonie. "Aujourd'hui, écrit ce dernier (op. cit. p. 85) on cherche surtout à aider les mourants en atténuant leurs souffrances et à veiller autant que possible à leur bien-être physique".

Mais ce soin, continue M. O. Padis, prend place à l'hôpital dans une grande neutralité émotionnelle qui livre l'agonisant à la solitude" (Esprit p. 7)".

La réflexion sur l'euthanasie ne saurait être séparée de ce contexte.

Christian DUQUOC

Directeur

ERRATA

Suite à une tomaison fantaisiste, la secrétaire de rédaction vous prie de bien vouloir l'excuser, et de rectifier comme suit :

N° 234 :	Octobre 1997
<i>(Les béatitudes)</i>	tome XLVI - 4
N° 235 :	Décembre 1997
<i>(Justice et pouvoir judiciaire)</i>	tome XLVI - 5
N° 236 :	Février 1998
<i>(Paranormal)</i>	tome XLVII - 1
N° 237 :	Avril 1998
<i>(Moïse)</i>	tome XLVII - 2

Merci de votre compréhension

La mort dans la société et la médecine contemporaine : pour appréhender la problématique de l'euthanasie

Pour saisir la révolution inhérente à la demande d'euthanasie ainsi que les enjeux éthiques qu'elle révèle dans la prise en charge de la personne souffrante, il est impératif de s'interroger sur le statut de la mort aujourd'hui au sein de l'univers hospitalier : *nous faisons l'hypothèse qu'une certaine conception de la mort et du malade par rapport à cette dernière aurait tendance à "légitimer" de façon indue la demande d'euthanasie.* Nous le savons, la société contemporaine dans son mode de fonctionnement induit certaines valeurs ou contre-valeurs qui ne sont pas indépendantes de nos propres jugements en ce qui concerne la fin de vie. Nous voudrions le faire mieux apparaître par une quadruple question : quelle conception de la fin de vie se trouve présente dans notre société ? Que signifie la requête de "mourir dans la dignité" ? Quelle influence sur la fin de la vie se trouve induite par l'hôpital contemporain ? Quelle conception revisitée de l'autonomie permet d'entendre aujourd'hui une demande d'euthanasie ?

Ces quelques traits seront en mesure de mettre en évidence certains déplacements au regard d'une approche historique privilégiant "la bonne mort" ; nous croyons en effet que bien des éléments de la médecine contemporaine conduisent non seulement à entendre différemment cette demande mais surtout à la prendre en charge d'une manière parfois trop particulière. Si certains réclament aujourd'hui une "bonne mort", la requête et la réponse risquent d'être sensiblement différentes de celles d'autrefois, d'autant plus que, bien que certains voudraient faire croire le contraire, la requête de "bonne mort" comme euthanasie ou suicide fut peu présente à travers l'histoire. En effet, parmi les philosophes grecs, Platon et Aristote, pour des raisons différentes, sont opposés à l'euthanasie. Pour Aristote notamment, mourir courageusement, ce que ne pouvait que souhaiter un homme vertueux, était incompatible avec le désir d'entrer volontairement dans la mort. Au contraire, les philosophes stoïciens, et parmi eux Sénèque, défendent l'euthanasie, bien que cette défense soit loin d'être inconditionnelle.

I

Fin de vie et société

La mort, la souffrance et la maladie n'ont pas bonne presse aujourd'hui et l'image qu'elles ont dans la société n'est pas sans conséquences sur la vision que peuvent en avoir tant les malades et leur famille que les soignants. En effet, même si on n'a jamais autant parlé de ces questions, il faut reconnaître que la réalité du souffrir et du mourir reste occultée dans les faits : "La modernité dominante est prête à réaccepter la mort, mais à condition qu'elle ne perturbe pas, qu'elle s'intègre dans la logique d'une gestion pacifiée du social"². Dans cette affirmation, on peut tout d'abord repérer la requête d'une mort socialement invisible : on peut mourir, souffrir, du moment qu'on se trouve pris en charge par des spécialistes, par des institutions "qui se chargent de cela", mais sans me déranger, moi. C'est peut-être déjà dans cette logique qu'on peut comprendre l'acceptation du développement des soins palliatifs par le politique, la santé publique et le monde

1 Voir à ce propos P. CARRICK, *Medical Ethics in Antiquity, Philosophical Perspectives on Abortion and Euthanasia*, Dordrecht, D. Reidel, Publishing Company, 1985, p. 127-150.

2 P. BAUDRY, "Une incontournable violence", dans *Autrement*, n° 87, février 1987, p. 24.

médical. Sans remettre en cause ici toute leur valeur et le combat qui y est inhérent quant à une prise en charge holistique du malade et la critique d'une pratique médicale qu'ils véhiculent, il faut dire en même temps que c'est grâce à un imaginaire à propos de la fin de vie que leur place est reconnue, place qui ne sera pas donnée dans un service hospitalier "classique" : là, la mort proche et son accompagnement peuvent être pris en charge, d'autres sont là pour suppléer aux manques, mais dans un service vu de l'extérieur comme spécialisé.

Derrière cela, nous voyons l'acceptation de la fin de vie d'un point de vue individuel — on respecte les personnes qui doivent vivre cela — mais nous constatons l'évacuation de la réalité de la mort et de la souffrance. Dans notre société, l'image de l'homme n'est pas celle de celui qui doit mourir mais bien de celui qui doit vivre, réussir, se développer, échapper sans cesse à la maladie. En fait, la société nous conduit à un idéal de maîtrise, or la fin de la vie, et plus particulièrement le mourir, échappent fondamentalement à notre maîtrise. On pourrait à merveille reprendre ici la sentence évangélique : "Vous ne connaissez ni le jour, ni l'heure" (Mt 24, 42-43). Or, certaines demandes sont le signe d'un souci de maîtrise de la fin de vie : le combat pour l'euthanasie, les testaments de vie, le refus systématisé de soins rapidement qualifiés "d'acharnement thérapeutique", la mise en place de logiciels informatiques pour gérer la fin³. Nous nous trouvons donc devant un paradoxe lorsqu'il nous faut penser ces questions de fin de vie et l'approche de la mort : le fonctionnement de la société dans son ensemble risque d'aller à l'encontre d'un véritable questionnement à propos de la mort mais également de proposer des illusions sur toute maîtrise possible de cet événement.

Nous relèverons un dernier point : la mentalité ambiante, en voulant occulter ou maîtriser la fin de la vie, en fait une réalité comme étrangère à ce que nous sommes alors que cette réalité fait partie de nous : "la seule manière saine et noble et religieuse de considérer la mort

3 M. ROZEN, "Un petit cercueil noir sur l'écran de l'ordinateur", dans *Le Soir*, Bruxelles, 26.08.94 : "Un nouveau scandale ébranle le monde médical britannique. Un médecin londonien vient de proposer de confier à un ordinateur le soin de poursuivre ou non les soins aux patients en réanimation... Le logiciel "RIP" (Riyad Intensive Care Program), fabriqué en Arabie Saoudite, et utilisé dans de nombreux hôpitaux britanniques et américains à titre de recherche, effectue des projections sur le nombre de jours qu'un patient en réanimation est censé vivre. Un petit cercueil noir apparaît sur l'écran si l'ordinateur estime sa survie inférieure à 90 jours. La marge d'erreur est de 5 %.

consiste à la rencontrer et à l'éprouver comme une partie, comme un complément, comme une condition sacrée de la vie, et non pas (...) de l'en séparer en quelque sorte, de l'y opposer, ou même d'en faire un argument contre elle"⁴. En ce sens, bon nombre de nos réticences à envisager la question de la fin de la vie repose sur une conception de la mort comme extérieure à nous-mêmes, ne faisant pas partie de nous au point qu'on puisse la maîtriser comme de l'extérieur, la combattre, la vaincre. Et ceci, à nos yeux, comporte des répercussions jusque dans l'accompagnement des personnes en fin de vie. Peut-être s'agit-il d'abord non pas d'apprendre aux personnes à bien mourir – ce qui serait encore l'expression d'une maîtrise à l'égard de cette dernière – mais d'apprendre à réintégrer la fin de la vie dans un horizon de signification qu'est la vie entière, que ce soit la leur ou la nôtre. Or, force est de reconnaître que dans un tel contexte de négation de la mort comme refus de "démaîtrise", c'est ce même imaginaire qu'on pourra retrouver dans la relation au malade : la requête de "dignité" se donnera comme ultime espace de maîtrise et la "bonne mort" ne pourra être qu'une fin de vie dont on possède toute maîtrise.

II

"Mourir dans la dignité" ?

Envisageons maintenant un autre élément révélateur dans la manière dont se trouvent aujourd'hui appréhendées la mort et les questions de fin de vie. On parle beaucoup d'un droit à mourir dans la dignité ; c'est le discours véhiculé par des associations telles que l'A.D.M.D.⁵ qui militent pour l'imposition légale d'un testament de vie (possibilité pour les personnes d'exprimer leurs désirs sur les soins à prodiguer en fin de vie lorsqu'elles seraient dans l'impossibilité de l'exprimer elles-mêmes), pour une reconnaissance légale de l'euthanasie. Tout d'abord, il faut dire que tout le monde est favorable à une mort digne, que personne ne désire que la fin de la vie soit le lieu d'inhumanité. Mais ne faut-il pas cependant reconnaître que cette requête pour mourir dans la dignité revêt un aspect idéologique ?

4 SETTEMBRINI, "La Montagne magique", dans *Autrement*, n° 87, février 1987 p. 29.

5 Association Pour le Droit de Mourir dans la Dignité.

Comment cela ? Il semble en effet qu'on ne réfléchisse jamais, ou peu, sur ce que signifie cette dignité. Généralement, derrière ce concept, c'est une image de la mort facile, sans souffrance, à visage humain qui se trouve en présence ; et c'est aussi l'idée que nous nous faisons spontanément de cette dernière. Mais est-ce cela, réellement, la dignité comme si son contraire était l'indignité, le fait qu'il faille mourir ? Pour situer la question, nous nous permettrons de faire appel à Paul Ramsey, un théologien américain : "Je ne connais pas de doctrine chrétienne qui nous affirme que notre 'fin' est aussi belle que la naissance, la croissance et la maturité. Et d'ailleurs, si une révélation nous enseignait de telles choses, elle s'opposerait à la raison, autant qu'à la réalité et l'expérience humaines de la mort."⁶ Que veut-il nous faire comprendre ? Il veut tout d'abord insister sur le fait qu'il n'existe jamais de "bonne mort" et qu'il faut peut-être cesser de s'illusionner à ce sujet : la mort n'est ni facile, ni agréable pour personne. En ce sens, d'un point de vue pastoral, il faudrait peut-être s'interroger sur nos désirs d'accompagner pour "que ça se passe bien" : n'est-ce pas une certaine idéologie que de vouloir imposer aux malades, aux mourants, l'idée d'une fin digne car, en soi, terminer sa vie dans la maladie n'est recherché par personne, est vécu comme une humiliation, une régression par la majorité des personnes. Bien entendu, nous sommes favorables à ce qu'une fin de vie se passe avec le moins de souffrances possibles, avec un maximum d'accompagnement humain et spirituel, mais nous croyons aussi qu'il faut placer à sa juste place la notion de dignité : elle n'est pas nécessairement l'absence de souffrance, de question, de révolte. La dignité se trouve ailleurs, et pas dans ce qui en est aujourd'hui réclamé lorsqu'on établit une équivalence entre dignité et capacité de gérer soi-même sa propre fin. Pour nous comme pour Léon R. Kass, une mort digne serait "une mort à laquelle on n'ajoute aucune indignité supplémentaire"⁷. Dès lors, se battre pour une fin de vie digne consisterait à réduire au maximum son inconfort tout en sachant qu'on ne peut, en réalité, supprimer son caractère pénible, voire même indigne, logique dans laquelle se place une approche bien comprise des soins palliatifs.

6 P. RAMSEY, "Indignité de la mort digne" dans Collectif, *Ethique. Est-il indigne de mourir ?*, Editions Universitaires, n° 11, 1994/1, p. 18.

7 L.R. KASS, "Détourner les yeux ou fuir face à la mort ? La dignité jusque dans la mort", dans *Autrement*, n° 87, février 1987, p. 51.

On pourrait certes ajouter beaucoup de choses sur cette question de la mort digne, par exemple parler davantage de la demande contemporaine d'un droit à l'euthanasie ; nous y reviendrons en envisageant la question de l'autonomie. Pour l'instant, retenons simplement un fait qui a des répercussions importantes sur la mise en place et le vécu d'un accompagnement des personnes en fin de vie : ne croyons pas que nous saurons en supprimer son caractère pénible, difficile, exigeant, interpellant ; il l'est par définition !

III

Fin de vie et hôpital contemporain

Pour mieux comprendre la manière dont nous risquons d'appréhender la mort d'autrui et son éventuelle demande de mort, nous voudrions apporter un troisième élément à la réflexion : l'hôpital contemporain et son fonctionnement ont modifié notre relation à la maladie et à la mort puisque près de 70 % de fins de vie se terminent à l'hôpital.

“En effet, comme les chiffres précédents le montrent sans ambiguïté, si la mort a *changé*, c'est avant tout parce que son cadre, son environnement s'est profondément modifié. En se déplaçant de la maison à l'hôpital, la chambre du mourant a induit des bouleversements importants tant au niveau du regard porté sur celui qui va mourir et sur la mort en général que dans le vécu quotidien des derniers moments et ce, pour tous les *acteurs* en présence”⁸. D'évidence, la mort s'est médicalisée ; survenant au terme d'une prise en charge médicale, elle est ressentie par les soignants et par les proches davantage comme un échec thérapeutique que comme une fin peut-être normale, avec ce que cela implique comme culpabilité : “si on avait su, si on avait fait ceci ou cela ?”. Cette culpabilité constitue certes un des éléments explicatifs de l'actuel refoulement pour les derniers instants de la vie. Mais on peut surtout retenir que la mort et la maladie grave se sont désappropriées du quotidien : elles ne font plus partie de la vie de tous les jours, elles sont prises en charge par d'autres et dans un autre lieu qui sont devenus l'expression de la compétence et de la réussite.

8 Annick BARREAU, *Humaniser la mort*, Paris, L'Harmattan, 1993, p. 71.

Ainsi, nous nous trouvons de plus en plus incompetents face à ces réalités et cela conduit assez facilement à nous exonérer d'une responsabilité à l'égard de la fin de vie : "c'est l'affaire des autres !"⁹. De plus, se trouvant de moins en moins confrontés à la réalité de la fin de vie, et pour le dire plus simplement manquant d'expérience et d'entraînement, elle nous fait peur. Le cercle se trouve bouclé : le malade et le mourant eux-mêmes esseulés ont peur à leur tour, au point de vouloir de plus en plus gommer l'évidence et la proximité de la mort.

La mort s'est médicalisée suite au développement de la médecine contemporaine et cette médicalisation risque d'induire une double désappropriation du mourir : que ce soit dans le chef du malade qui se trouve de moins en moins dans une situation de proximité et de choix, ou dans le chef des proches qui se trouvent à distance, géographique et de capacité d'accompagnement. Dès lors, lorsqu'on envisage le fonctionnement de l'hôpital contemporain, n'y a-t-il pas un paradoxe insurpassable à lui demander plus d'humanisation du mourir alors qu'il est, par définition, un plateau technique pour restaurer la santé, plus qu'un hospice au sens médiéval où la valeur d'accueil et de prise en charge humaine se trouvait au centre ? C'est ce paradoxe qu'a admirablement mis en lumière G. Blanc : "D'un côté, une machine administrative, organisationnelle, scientifique, technique vise à produire des soins et à faire fonctionner des outils thérapeutiques et autres "machines à soigner". De l'autre, il s'agit de satisfaire des besoins relationnels qui ne peuvent être remplacés par aucun artefact. Rien d'étonnant à ce que des contradictions, des incohérences, voire des absurdités apparaissent lorsque la société exige que la même institution assume des fonctions aussi dissemblables"¹⁰.

Mais il ne faudrait pas oublier dans ce contexte de s'interroger sur la notion d'échec à laquelle fait référence la demande de mort en milieu hospitalier : la demande de mort de la personne souffrante vient rencontrer un échec thérapeutique ressenti par le soignant. Y répondre pourra parfois sembler être la meilleure solution pour "répa-

9 On peut remarquer ici que, même malgré la bonne volonté des familles et des proches de vouloir s'occuper de la personne en fin de vie, bon nombre de personnes se trouvent dépassées, et donc dans l'impossibilité de les prendre en charge, étant donné la technicité des soins qui entourent actuellement la fin de la vie.

10 G. BLANC : "Un coût mortel" dans *Autrement*, n° 87, février 1987, p. 156.

rer” son incompetence, son incapacité à guérir. Lorsque cela s’associe à un manque de formation non technique — par exemple aux relations humaines et à la relation d’aide — et en thérapie de la douleur, le geste euthanasique peut s’envisager comme le dernier service à rendre, la “bonne mort” à offrir. À ce sujet, les propos d’une infirmière faisant référence à une enquête dans un hôpital pour cancéreux sont significatifs : “s’ils (*les malades*) s’étaient retrouvés devant des soignants non formés au contrôle de la douleur, certains d’entre eux auraient été euthanasiés, non par compassion ou respect de leur autonomie, mais par incompetence”¹¹.

IV

Une requête d’autonomie soignants-soignés

Il est enfin un dernier élément à prendre en considération : une perception de l’autonomie, tant dans le chef des patients que des soignants, est à même de nous faire comprendre qu’une demande d’euthanasie puisse devenir audible dans l’univers hospitalier contemporain. Mais, comme nous le verrons, il ne s’agit que de ce qu’on pourrait appeler une autonomie “déliée”.

La notion d’autonomie est de plus en plus mise en avant, mais le contexte dans lequel elle trouve son importance n’est peut-être pas innocent : il s’agit d’une société légitimant un certain individualisme, renforcé par une médecine techno-scientifique qui, dans le même temps, risque, par sa dimension prescriptive ou paternaliste, de déposséder l’individu de sa capacité à gérer sa propre existence. Pour s’en convaincre, on peut se rapporter à l’analyse d’Hubert Doucet qui, même s’il traite d’un contexte plus particulièrement nord américain, nous donne cependant à penser pour notre problématique lorsqu’il envisage les grandes étapes du développement de la pensée bioéthique :

“ L’individualisme est la valeur fondamentale sur laquelle repose l’édifice intellectuel et moral de la bioéthique’. Un mot résume la philosophie de cette étape : l’autodétermination. Si le dialogue bioéthique s’est d’abord instauré entre scientifiques, médecins et penseurs issus de la tradition judéo-chrétienne,

11 B. WOUTERS, Sénat de Belgique, Session ordinaire 1997-98, mardi 9 décembre 1997, 1-147, p. 2185.

peu à peu les philosophes et les juristes s'intéressent à la question. L'arrivée des philosophes et des juristes transforme la bioéthique en une entreprise séculière et juridico-politique. L'humanisation recherchée se réalise, d'une part, par le droit de l'individu à s'autodéterminer et, d'autre part, par le droit du médecin d'utiliser toutes les ressources disponibles pour bien répondre aux attentes du malade... Cette orientation va s'amplifier avec l'arrivée des philosophes de tradition libérale et séculière et des juristes intéressés aux droits constitutionnels et politiques. La vision de l'autonomie qui s'impose n'est pas seulement de source kantienne, comme les *textbooks* américains de bioéthique le suggèrent. Elle est d'abord celle de l'État libéral dans lequel la moralité publique ne peut s'exprimer autrement.

Les maîtres mots qui reviennent tout au cours de cette seconde étape sont, en plus de celui d'autonomie, ceux de droits du malade, consentement éclairé, droit à la vérité, refus du paternalisme. Ce vocabulaire est étranger à la tradition hippocratique : celle-ci fait du médecin le maître bienveillant dont le savoir l'habilite à déterminer lui-même le meilleur intérêt de son malade... L'histoire moderne du droit et la philosophie des lumières sont les sources intellectuelles de la nouvelle approche.¹²

Cette brève citation, même si elle aurait tout intérêt à être longuement commentée au regard de notre pratique personnelle, met cependant en lumière certains éléments qui semblent pertinents pour notre recherche et sur lesquels nous aimerions nous arrêter brièvement pour saisir la portée de la requête d'autonomie en tant que soignés ou soignants. Pourquoi s'interroge-t-on tellement aujourd'hui sur l'autonomie ?

Tout d'abord, il faut prendre acte d'une nouvelle conception de l'humain : il n'est plus celui ou celle qui se trouve soumis aux hasards (à la fatalité) de la vie d'une manière absolue. L'homme contemporain est appréhendé comme une personne capable de prendre sa vie en mains ; et le développement de la médecine contemporaine a certainement influencé cette vision par l'imaginaire de maîtrise qu'elle véhicule¹³. De plus, il faut constater le refus d'une vision paternaliste de la médecine et de la relation de soins comme si le patient était seulement objet de soins, et non conjointement sujet. Cependant, il nous faut également reconnaître le caractère non innocent de l'interrogation de soignants sur leur propre autonomie car l'imaginaire de

12 H. DOUCET, "Au pays de la bioéthique. L'éthique médicale aux Etats-Unis" (Le champ éthique ; 29) Genève, Labor et Fides, 1996, p. 44-45.

13 C'est le triple rêve de maîtrise de l'humain qui se trouve rencontré (la maîtrise de l'hérédité, de la fécondité et du comportement) et dont se fait l'écho E. BONÉ, "Les trois générations de la bioéthique", dans *Revue théologique de Louvain*, 1993, p. 480.

l'homme et du malade contemporains est également celui des soignants. Là aussi, il s'agit d'un changement de contexte sur lequel la lucidité s'impose pour évaluer les enjeux — voire peut-être les risques — de ce type de réflexion : refus de ce qu'on a appelé la “dimension vocationnelle” de la profession, distanciation par rapport à des enjeux uniquement économique-techniques de la médecine contemporaine, auto-affirmation professionnelle en dehors de toute notion d'équipe, distanciation au regard des légitimes requêtes du patient (face à son emprise, “j'ai moi-aussi à exister” !). Or, ce sont là des pistes qui conduiraient aisément à ce qu'on pourrait nommer “l'autonomie déliée” : “si le patient demande de mettre fin à ses jours, c'est son affaire, pas la mienne”.

En ce sens, il est pertinent de se rendre compte des limites, voire des ambiguïtés de ce concept d'autonomie ; nous touchons ici sa dimension de relativité. En effet, si nous voulons réfléchir ici sur l'autonomie mise en avant dans la requête d'euthanasie, il importe, de se souvenir que l'autonomie est toujours “relative à...”. L'autonomie serait à penser comme *un idéal* à mettre en œuvre et non pas comme un principe absolu et formalisé : l'autonomie n'est pas de l'ordre d'un état mais d'un cheminement à toujours se réapproprier. Au regard de cette hypothèse, on peut mettre en évidence certaines limites de ce concept lorsqu'il est absolutisé, que ce soit dans la personne des malades ou des soignants.

Pour le patient, la notion d'autonomie peut facilement glisser vers une conception uniquement juridique, trop éloignée de la pratique clinique : “j'ai droit à...”. Or le malade se trouve toujours dans une situation normale¹⁴ de relative “contrainte” ; autrement dit, il ne se trouve pas toujours en situation de pouvoir exercer son autonomie. Mais n'en est-il pas de même pour le soignant au regard de l'institution de soins, d'un certain imaginaire médical, etc. ? Le rôle du questionnement éthique serait ici de répertorier ces “handicaps” à l'autonomie pour en réduire au maximum les effets pervers et empêcher toutes les demandes

¹⁴ Qu'il suffise de penser à la situation de la personne hospitalisée : elle n'est pas dans son contexte habituel de vie, elle est malade et les “autres” sont bien-portants, elle est soumise à un certain *stress* qui handicape parfois la vision sereine de sa situation, etc. Tous ces éléments indiquent une contrainte de fait qui n'est pas en-soi pathologique, ni recherchée pour elle-même : elle est simplement un état de fait dont il faut tenir compte.

relatives à une autonomie mal comprise. L'autonomie pensée uniquement de la sorte entre aussi en concurrence avec des notions aussi importantes que celle de l'efficacité thérapeutique, de son coût et d'un questionnement sur une certaine justice sociale dans la répartition des ressources économiques de santé : c'est tout le débat sur la notion de *futility*¹⁵ dans lequel nous ne pouvons rentrer ici.

On peut émettre aussi certaines remarques sur une conception de l'autonomie envisagée selon cette même dynamique de la part des soignants. Ici, la "relativité" de l'autonomie résidera principalement dans l'intérêt de la personne souffrante et se traduira parfois par des limites institutionnelles ; par exemple, on pensera à la poursuite de certaines conditions de travail non optimales mais qui, provisoirement, permettent le maintien de la cohésion d'équipe, la notion de surcharge, la contrainte économique. D'où l'importance d'appréhender l'autonomie dans une dynamique de gradualité prenant acte du temps et des notions d'incertitude et de limite. En un mot, nous sommes confrontés à cette tension permanente entre fin et moyen pour appréhender pareil concept qui, à nos yeux et au regard de notre problématique, reste un idéal éthique plus que légitime mais qui doit continuer à se penser dans une dynamique de réciprocité : "Le discours pro-euthanasique est simple, voire simpliste. Le malade souffre. Il demande la mort. On la lui donne. Il n'y a que l'autonomie, le malade et le médecin. Le médecin est forcé de l'interlocuteur choisi par le malade. La famille et les autres soignants sont évacués du débat. Les partisans de l'euthanasie jouent sur la peur de la mort et de la souffrance. Le résultat est surtout la perte de confiance des patients envers les soignants"¹⁶. C'est à une telle vision que pourrait conduire une approche unilatérale et absolutisée de l'autonomie, ce que nous avons appelé une autonomie "déliée".

*
* *

¹⁵ "De nos jours, il est également admis que les médecins ne sont pas tenus d'offrir des traitements futiles, c'est-à-dire qui ne présentent aucune possibilité de réussite, et que les patients ne sont pas tenus d'accepter de subir de tels traitements. La définition même de la notion de futilité suscite, cependant, beaucoup de confusion et de controverse." Dans David J. ROY et Alt. *La bioéthique. Ses fondements et ses controverses*, ERPI, Québec, 1995, p. 432.

¹⁶ B. WOUTERS, *op. cit.*, p. 2186.

Ces quatre pistes donnent facilement à penser ce que peut recouvrir aujourd'hui une "bonne mort" : un moment sans souffrance, où il est possible de maîtriser le terme de son existence, idéal que semble parfois véhiculer une pratique de soins vidée de son questionnement existentiel et cantonnée dans la seule dimension technique. Dans un tel contexte, la demande d'euthanasie pourra apparaître comme le dernier service technique à offrir ou, dans le chef du patient, comme l'ultime maîtrise de l'existence à laquelle il "a droit". Nous sommes donc loin de la "bonne mort" telle que l'histoire a pu nous la transmettre, comme lieu testamentaire, de délivrance d'un sens, d'un ultime message ou comme attente patiente d'une vie livrée à sa relative impuissance, entourée de la présence attentive — en attente — des siens.

Ainsi, l'interrogation sur le statut de la mort au sein de l'univers hospitalier permet de mieux saisir la spécificité de la demande contemporaine d'euthanasie. Lorsqu'une telle demande surgit, il semble impératif, pour en évaluer la portée existentielle, de la replacer dans le contexte qui vient d'être rapidement ébauché. De manière plus globale, au-delà de la question de l'euthanasie, il s'agit, beaucoup plus encore que maintenant, de faire droit aux nombreuses interrogations liées à l'approche du "mourir" à l'hôpital¹⁷. Mais il s'agit là d'une autre question.

D. JACQUEMIN - P. BOITTE

*Centre d'éthique médicale, F.L.M.
Université Catholique de Lille*

17 On peut se rapporter avec intérêt aux numéros 8 et 9 de la revue *Ethica Clinica* "Dépénaliser l'euthanasie"-"La mort médicalisée". Contact : FIH-W, rue Notre Dame, 9 B. 5000 Namur. fih-w @open-web.be.

L'euthanasie et la législation

Le problème de l'euthanasie se pose en *situation extrême* d'une personne malade, en souffrance, sans perspective de guérison. Elle interroge en miroir la demande du sujet invalide ou en détresse, celle des proches, celle du médecin¹... Et pour le juriste les règles du droit des personnes (autonomie de la volonté, protection sanitaire et sociale) et du droit de la responsabilité (incriminations pénales, droit civil et administratif, règles déontologiques). La loi juridique générale et impersonnelle ne donne aucune définition légale de l'euthanasie. Rigoureuse quant au fondement des interdits et des finalités en droit pénal, elle donne lieu à des préceptes compassionnels en déontologie et est appréciée en pratique dans un contexte de dépénalisation où sont pris en compte les motifs affectifs et humains lors des décisions judiciaires. On peut se demander si les différentes définitions proposées, applicables à des qualifications juridiques sont adaptées aux situations impliquant les patients et le fondement éthique de l'engagement social...

¹ "Les Droits de la personne devant la vie et la mort", *Problèmes politiques et sociaux*, n° 717, 17 déc. 1993.

I

L'euthanasie active

*L'euthanasie active*² consiste en l'administration délibérée de substances létales dans l'intention de provoquer la mort. À ce titre, elle constitue une *atteinte volontaire à la vie*, incriminée au terme de différents articles du *Code Pénal*. Selon l'article 221-1 "le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle". L'article 221-3 précise : "Lorsqu'il est commis avec préméditation il constitue un assassinat et est puni de la réclusion criminelle à perpétuité". Selon l'article 221-4 "le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse est apparente ou connue de son auteur". Enfin, l'article 221-5 stipule que "le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances nuisibles de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement". Il est puni de trente ans de réclusion criminelle et de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis sur une personne vulnérable³.

Le *mobile* ne peut constituer une excuse absolutoire. En effet, l'élément moral constitutif de l'infraction est fondé dès lors qu'il y a la volonté de commettre l'infraction : il doit y avoir la conscience de réaliser l'élément matériel (non présent en cas d'erreur de fait) et la conscience de réaliser l'élément légal (selon une conception large fondée sur la notion : nul n'est censé ignorer la loi). Le mobile est indifférent et n'est pas un élément constitutif de l'infraction. Il ne sera pris en compte qu'exceptionnellement en cas de dol aggravé (i.e. : profanation de sépulture pour des raisons raciales). Enfin, le *consentement* du sujet ne peut être un fait justificatif susceptible d'effacer le caractère délictueux de l'infraction.

De même, le *Code de déontologie*⁴ prévoit le devoir du médecin à l'égard de son patient ; selon l'article 38 "le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins

2 S. GROMB, *Le Droit des mourants*. De l'éthique au droit, 1993.

3 *Code Pénal*, entré en vigueur le 1^{er} mars 1994.

4 Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le Code de déontologie médicale.

et des mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort". Enfin, l'article 39 stipule que "les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé".

La pratique judiciaire attentive aux situations de détresse prend en compte les mobiles et la demande des personnes pour prononcer des peines de principe, voire des acquittements. La jurisprudence de plus en plus clémente considère la souffrance des sujets en fin de vie et celle des médecins et des proches qui ont voulu les soulager, tout en restant vigilante en cas d'abus ou de doute sur le consentement de l'intéressé. Les *décisions* peu nombreuses se fondent sur des données semblables :

- Acquittement d'un époux ayant donné la mort à sa compagne sur sa demande (Cour d'Assise des Alpes-Maritimes, 1955) ;

- Acquittement d'un homme accusé du meurtre de son frère gravement handicapé (Cour d'Assise du Haut-Rhin, 1962) ;

- Peine symbolique pour les parents d'un enfant grabataire (Cour d'Assise de la Loire, 1990) ;

- Acquittement d'un mari ayant tué son épouse atteinte de démence sénile (Cour d'Assise de la Seine, 1992).

Les juridictions confrontées à des situations d'exception souvent dramatiques adaptent leurs décisions à la personnalité des personnes poursuivies et estompent, par l'octroi de circonstances atténuantes, l'extrême sévérité des textes. Pourtant, en dépit des différentes propositions de loi (notamment celle 13 février 1997) tendant à valider l'autorisation d'administrer à des patients, sous certaines conditions, des doses létales, les instances, et notamment le Comité Consultatif National d'Éthique, se prononcent contre le droit qui légitimerait l'acte de donner la mort⁵.

Dans le souci de protéger les personnes particulièrement vulnérables, la *provocation au suicide* a été incriminée et, dans le même esprit, bien qu'ayant un champ d'application plus large, lors de la promul-

⁵ Proposition de loi relative au droit de mourir dans la dignité (1997).

gation de la loi Barrot en 1987. Selon l'article 223-13 du *Code Pénal* "le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans de prison et de 300 000 F d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide" tandis que l'article 223-14 stipule que "la propagande ou la publicité quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort est puni de 3 ans de prison ou de 300 000 F d'amende, une disposition particulière étant prévue pour la voie de la presse par l'article 223-15.

Le serment d'Hippocrate rappelle ce dispositif de principe : "Je ne donnerai pas de poison à mon malade même s'il m'en demande"⁶. Ces données claires ne doivent pas être confondues avec la prescription de traitements antalgiques susceptibles de soulager et de calmer la douleur des patients, même s'ils comportent des risques d'écourter les phases terminales des personnes les plus gravement atteintes.

La sensibilisation aux thérapeutiques de lutte contre la douleur fait appel à l'appréciation des risques par le médecin dans le seul intérêt du malade ; il est à souligner que l'abstention du traitement de la douleur peut être aussi nocive en terme d'espérance de vie et d'effets indésirables que la mise en place des traitements lourds (prescription de morphine)⁷.

II

L'euthanasie passive

L'euthanasie passive consiste en l'abstention de tout traitement ou à la suppression des traitements en cours. Très contestée dans le principe de sa définition, elle peut donner lieu à deux qualifications juridiques⁸.

La première concerne l'omission de porter secours : selon l'article 223-6 al. 2 du *Code Pénal* "sera puni quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans

6 ALMÉRAS et PÉQUIGNOT, *L'euthanasie. De l'éthique au droit*, 1995.

7 Loi hospitalière du 31 juillet 1991.

8 D^r GRASBUIIS, "Refus d'acharnement thérapeutique n'est pas euthanasie", *La Croix* 13 mai 1998.

risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours”.

La seconde peut être assimilée à l’homicide involontaire. Aux termes de l’article 221-6 “le fait de causer par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, la mort d’autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d’emprisonnement et de 300 000 F d’amende. En cas de manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, les peines encourues sont portées à cinq ans d’emprisonnement et à 500 000 F d’amende. Beaucoup contestent la terminologie d’euthanasie passive qui ne saurait être appropriée que dans le cas de manquements à un devoir de soins.

Tout autres apparaissent les actes assimilables à l’acharnement thérapeutique, traduisant une obstination déraisonnable de prescriptions à un malade en phase terminale ou dans un état d’handicap gravissime⁹. Les décisions — dont la teneur est précisée dans le Code de déontologie— revêtent un *caractère médical* et doivent être prises en conscience avec le malade et son entourage. Selon l’article 37 “En toutes circonstances, le médecin doit s’efforcer de soulager les souffrances de son malade, l’assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique”. Selon l’article 40 : “le médecin doit s’interdire dans les investigations et les interventions qu’il pratique comme dans les thérapeutiques qu’il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié”. Enfin l’article 41 stipule qu’“aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans informations de l’intéressé et sans son consentement”. Doit donc être admis le refus par le malade, dont le consentement est libre et éclairé, de poursuivre le traitement simplement destiné à le maintenir en vie¹⁰. De même doivent s’élaborer en concertation avec le médecin les décisions de soin selon l’avis des proches, protecteurs naturels de la personne qui ne peut exprimer sa volonté¹¹.

9 Claude EVIN, “Les Droits de la personne malade”, *Conseil économique et social*, 1996.

10 I. LUCAS GAL, “Le Domaine d’application du droit au refus de soins”, *Les Petites affiches*, 13 janvier 1997, n° 6.

11 LARUE et FONTAINE, *Actualité et dossier en santé publique*, juin 1996.

La question du *Testament de vie*, demandant d'exclure les soins autres que ceux destinés à apaiser la souffrance, en cas de maladie incurable, s'inscrit dans le respect de la volonté du patient, qui est libre de consentir ou non à des soins proposés. La mort est un processus naturel ; ce n'est pas une défaite thérapeutique... Cet accompagnement doit être souligné et ne saurait être dénommé euthanasie passive¹².

Il a permis la mise en place des unités de *soins palliatifs* et celle de la charte du malade hospitalisé ainsi que la prise en charge et l'enseignement de la *douleur* dans les facultés de médecine¹³. Le médecin n'est plus démuni devant la maladie et la mort. Il peut lutter utilement avec courage, intelligence et bonté, mais personne ne conteste que le médecin n'a jamais plus de droits que ceux que lui confère le malade. Le soin doit être élaboré dans cette coresponsabilité¹⁴. Cette position est confirmée par le Comité Consultatif National d'Éthique : "l'acharnement thérapeutique déraisonnable, poursuivi au-delà de tout espoir, doit laisser place à l'apaisement des souffrances qui reste le devoir du médecin". Il convient donc de distinguer consentement aux soins et administration de substances létales. Bien qu'il ne soit pas légiféré explicitement sur le contexte des pratiques d'euthanasie, de nombreux repères juridiques se trouvent dans les textes de droit commun¹⁵. L'appréciation de leur fondement doit s'analyser aux termes des décisions judiciaires, aptes à apprécier les circonstances humaines particulières.

III

L'euthanasie dans les législations étrangères

Certaines législations en *droit comparé* témoignent d'une position distincte où le problème de l'euthanasie est directement réglementé.

12 "Éthique : la vie en question", *Journal International de bioéthique*, 1992.

13 Arrêté du 8 septembre 1995 portant de 14 à 28 jours la durée de la prescription de morphine. Loi n° 95-116 du 4 février 1995, article 710-3-1 du Code la santé Publique prévoyant la prise en charge de la douleur des patients dans le projet d'établissement.

14 Circulaire Laroque du 26 août 1986 priorisant les soins palliatifs en France.

15 HARICHAUX, "Le Contrat médical", *Droit médical*, septembre 1995.

Les *Pays-Bas* autorisent la pratique de l'euthanasie (interruption de vie ou suicide assisté) par une loi d'exception votée le 30 novembre 1993 et entrée en vigueur le 1^{er} juin 1994. Les médecins ayant aidé activement à mourir un de leurs patients sont tenus de remplir un formulaire très détaillé afin de permettre un contrôle *a posteriori* de leur intervention par le Procureur. Le malade atteint d'une pathologie incurable doit exprimer clairement sa demande, celle-ci devant être formulée librement et de façon répétée, ce qui exclut les enfants et les personnes atteintes de troubles mentaux. L'avis d'un confrère étranger doit être sollicité afin de confirmer le stade terminal de l'affection et la validité de la demande.

Le 30 novembre 1995, l'État d'*Australie* a admis le refus de traitement en phase terminale avec l'administration de substances pouvant hâter le décès si telle est la volonté du patient. Le 30 juin 1996, la Cour Suprême du Territoire du Nord Australien a rejeté un recours contre cette loi¹⁶. Les conditions en sont également très restrictives... Un médecin ne peut aider une personne à mettre fin à ses jours que si celle-ci est âgée d'au moins dix-huit ans et peut donner un consentement libre et éclairé. Les soins palliatifs doivent lui avoir été proposés et un deuxième avis médical est requis. La demande du patient doit être formulée de façon expresse et réitérée.

Aux *États-Unis*, la loi fédérale sur l'autodétermination du malade qui date du 1^{er} décembre 1991 impose à tous les établissements de soins d'informer chaque malade de ses droits et s'il a rédigé une déclaration de volonté et nommé un mandataire, d'en faire mention dans son dossier. La plupart des États ont adopté une législation sur les testaments de vie, les discussions jurisprudentielles étant en cours sur la validité de l'aide au suicide (notamment dans l'État de Washington et dans celui de New-York). L'État d'Oregon a été le seul à voter, le 8 novembre 1994, une loi autorisant selon une procédure rigoureuse le suicide médicalement assisté pour les malades de plus de dix-huit ans, atteints d'une pathologie incurable et dont la survie est estimée à six mois maximum. Plus récemment (1996), le droit au suicide médicalement assisté a été reconnu conforme à la Constitution par la Cour d'Appel, ayant juridiction sur douze États des États-Unis.

¹⁶ Dictionnaire permanent de bioéthique et biotechnologies, 6 septembre 1996, n° 13-96.

Les *Provinces Canadiennes* de la Colombie Britannique, du Manitoba, de la Nouvelle Écosse, de l'Ontario et du Québec se sont dotées de législations reconnaissant la légalité du testament de vie, l'assistance au suicide donnant lieu à des interprétations jurisprudentielles contradictoires.

L'*Allemagne* (1993) et le *Danemark* (1992) préconisent également la validité légale des "dernières volontés". Il est à souligner le contexte à caractère exceptionnel de ces différents textes, qui introduisent cependant des critères juridiques non retenus en France. L'appréhension du problème reste dans notre pays strictement jurisprudentielle.

*
* *

Convient-il de légiférer à l'identique dans ces domaines ? Il nous paraît que les textes existants permettent des références dont l'appréciation humanitaire reste du domaine des Tribunaux. De nombreux pays adoptent la même position. On peut citer en Europe la Grande-Bretagne, l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, la Finlande, la Grèce où les solutions restent jurisprudentielles. Il en est de même dans les autres continents. C'est en référence à l'éthique, à une approche spirituelle du deuil et de la fin de vie, qu'on peut espérer appréhender les situations au cas par cas.

Élisabeth DOLARD

Juriste

La demande d'euthanasie volontaire et ses raisons

Je n'ai aucune expérience personnelle directe de la pratique de l'euthanasie volontaire. Fort peu de Françaises et de Français en ont une, et ne pourraient d'ailleurs pas en témoigner puisqu'y participer est actuellement en France un crime qui oblige à la clandestinité. En revanche, j'ai travaillé pendant onze ans avec et pour "L'Association pour le Droit de Mourir, dans la Dignité", dont j'ai été Secrétaire Général puis Président de 1989 à 1995. Les 48 000 personnes qui ont adhéré à cette association depuis sa fondation en 1980 demandaient toutes que l'euthanasie volontaire devienne un droit reconnu par la loi pour les personnes qui la demanderaient de façon lucide et réitérée, et que l'aide qui leur serait ainsi apportée ne soit plus punissable par la loi. Au fil de ces onze années, j'ai donc pu observer quelles étaient les raisons pour lesquelles ces personnes réclamaient, pour elles et/ou pour autrui, le droit à l'euthanasie volontaire.

Les nombreux contacts que j'ai depuis plusieurs années avec les 35 associations analogues à travers le monde, qui regroupent actuellement plus de 700 000 adhérents, et les contacts suivis que j'ai avec des habitants des Pays-Bas (seul pays où l'euthanasie volontaire soit officiellement praticable et pratiquée) et surtout avec des médecins et des juristes néerlandais, confirment en tous points ma longue expérience des raisons de cette demande en France. C'est cela que je vais

décrire ici trop brièvement, en me permettant de renvoyer le lecteur au livre que je viens de consacrer, entr'autres, à ce problème¹

I

Quelques généralités sur l'euthanasie volontaire

La conception de ceux qui la voudraient possible

Tout d'abord, il n'y a pour eux d'euthanasie que volontaire c'est-à-dire demandée de façon lucide et réitérée. Ensuite, l'euthanasie n'est pas perçue d'abord comme l'acte commis par l'agent de l'acte euthanasique mais comme la décision prise par un être humain sur les conditions dans lesquelles il souhaite ne pas survivre et mourir. Il en résulte que la question première n'est pas de savoir si X, Y ou Z ont ou n'ont pas le droit de pratiquer l'acte euthanasique et à quelles conditions. La question première s'inscrit dans le rapport de l'être humain avec cette phase de *sa* vie qu'est *sa* mort, les droits et les devoirs de X, Y ou Z se déduisant des droits de la personne concernée sur sa vie et sur sa mort, et non l'inverse.

Or, depuis cinquante ans, la mort survient de plus en plus souvent au terme d'un long processus de plusieurs mois ou de plusieurs années marquées par la progression d'une maladie mortelle incurable ou d'une vieillesse sombrant plus ou moins dans la sénilité. La mort qui jadis tuait tôt et vite, tue maintenant de plus en plus souvent tard et lentement. Elle n'est plus une faucheuse : nos temps modernes ont inventé en Occident une nouvelle phase de la vie, en même temps d'ailleurs qu'une nouvelle phase de la mort. C'est pourquoi, à mesure que la mort devient moins une faucheuse, nous sommes amenés à constater que la mort n'est pas un accident qui surviendrait à la vie et la détruirait mais qu'elle est une phase normale et naturelle de l'existence humaine, comme l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte, etc. ; elle devient une partie intégrante de la vie.

Dans ces conditions, il apparaît à un nombre croissant d'hommes et de femmes qu'ils doivent prendre en charge, avec leur liberté et

¹ Jacques POHIER, *La mort opportune, Les droits des vivants sur la fin de leur vie*, Paris, Éditions du Seuil, à paraître mi-septembre 1998.

leur responsabilité, cette nouvelle phase de la vie humaine comme ils sont invités à le faire pour toutes ses autres phases et pour les autres événements majeurs de leur existence humaine : leur mort et ses conditions relèvent tout autant d'eux que leurs choix professionnels, amoureux, politiques, commerciaux, culturels, religieux, etc. En ce domaine comme en d'autres, ils ont à être principes et maîtres de leurs actes, puisque selon Thomas d'Aquin lui-même² c'est en cela qu'ils sont images de Dieu. C'est d'ailleurs parce qu'il s'agit là d'un rapport de l'être humain avec lui-même pour une réalité capitale de son existence que nul n'a le droit d'en décider à sa place : médecins, soignants, famille, amis, etc. Il s'agit de se réapproprier sa mort. L'euthanasie volontaire n'est certes pas la seule façon de le faire, mais elle est substantiellement une façon de le faire. Un peu abstraite et théorique aux yeux de certains, cette considération se thématise de façon plus concrète et plus simple chez ceux qui voudraient que l'euthanasie volontaire soit possible.

**L'euthanasie volontaire :
non pas choix entre la mort et la vie ni de la mort contre la vie,
mais choix entre deux façons de mourir**

Depuis moins de cinquante ans, je l'ai dit, existe désormais une nouvelle phase de la vie et de la mort : les mois et les années durant lesquels une maladie mortelle ou une sénescence irréversible s'acheminent vers leurs termes. C'est dans cette phase-là de la vie que ceux qui le souhaitent voudraient pouvoir bénéficier, au moment de leur choix, d'une euthanasie volontaire³. C'est pourquoi ils ne comprennent pas bien pour quelles raisons les discussions "théoriques" sur l'euthanasie, qu'elles soient médicales, juridiques, législatives, politiques, philosophiques, religieuses, etc., font comme si le problème était de choisir entre

2 C'est, en matière de morale, une des plus grandes originalités de Thomas d'Aquin que d'avoir ouvert toute la partie morale de sa *Somme Théologique (la IIae)*, par un prologue qui met tout l'agir humain en perspective avec l'agir du Dieu dont l'être humain est l'image parce que, comme Dieu et de par Dieu, il est principe et maître de ses actes.

3 C'est là une des différences principales entre l'euthanasie volontaire et les soins palliatifs. Ceux-ci concernent la toute dernière période des phases terminales (50 % de leurs usagers y passent moins de 28 jours avant de mourir). La réflexion sur l'euthanasie volontaire et l'éventuelle décision de la demander commence avec le début d'une grande maladie ou d'une grande vieillesse, et on peut souhaiter qu'elle ait lieu bien avant qu'on aborde les phases terminales de la grande maladie ou de la grande vieillesse.

la mort et la vie, ou la mort contre la vie. En fait, la mort est là, qui fait son œuvre. Ils s'intéressent donc fort peu à ces discussions qui leur semblent à la fois très abstraites et hors sujet. Car il s'agit seulement — mais ce n'est pas rien — de choisir entre deux façons de mourir.

Par exemple, une femme atteinte jadis d'un cancer du sein soigné et, à première vue, guéri, voit apparaître quelques années plus tard des métastases manifestant une expansion de son cancer. Elle a — ou devrait avoir — le choix entre mourir après qu'aient été poursuivis le plus loin possible les divers traitements, si mutilants, douloureux et onéreux soient-ils, et mourir plus tôt, certes, mais sans ces diverses thérapies et rémissions qu'elle ne désirerait pas. Un veillard qui sent apparaître les prémices de la sénilité devrait pouvoir choisir entre laisser la vie s'échapper de lui bribes par bribes et la mort l'envahir lentement, ou bien se refuser à cet envahissement de la sénilité et préférer mourir avant. On peut vouloir refuser toute légitimité à ce choix : on ne peut pas nier qu'il s'agit d'un choix entre deux façons de mourir. Puisque tel est le choix, inutile d'engager les éternels grands débats sur le choix entre la vie et la mort ou sur le droit de tuer ou de se tuer : il s'agit seulement — mais ce n'est pas rien — du droit de la personne concernée de choisir entre deux façons de mourir⁴.

C'est pourquoi ceux et celles qui demandent qu'on puisse avoir ce droit, et d'être aidés à l'exercer, trouvent le problème simple : il ne mérite pas qu'on fasse, comme ils osent dire, "tant d'histoires". Parmi les 24 000 adhérents actuels de l'ADMD réclamant ce droit, 50 % ont plus de 73 ans et 73 % sont des femmes. La grande majorité sont ce qu'on aurait jadis appelé des "gens simples". Elles/ils n'arrivent pas à comprendre pourquoi il serait si compliqué de leur reconnaître ce droit si simple qu'ils le considèrent comme élémentaire. À moins que la mort soit la seule partie intégrante de leur vie sur laquelle ils n'auraient pas à exercer leur liberté, leur responsabilité et leur choix. Comme disait le poète Rilke : "donnez-nous de mourir de *notre* mort", celle

4 Il y a là un autre aspect de la différence entre l'euthanasie volontaire et les soins palliatifs. Dans les derniers 28 jours de leur vie (durée médiane de la survie dans les unités de soins palliatifs), il est bien évident que ces malades feront d'autant moins la demande d'une euthanasie volontaire qu'ils sont admirablement soignés et entourés. Mais avant ces derniers 28 jours, il peut s'écouler des mois et des années au cours desquels la personne concernée peut considérer l'euthanasie volontaire comme la meilleure façon de mourir.

que nous aurons fait *nôtre* parce que nous l'aurons voulue et assumée.

II

Quelques raisons de demander l'euthanasie volontaire

Vivre dans la dignité, mourir dans la dignité

C'est là un des points à la fois les plus brûlants pour les uns et les plus simples pour les autres. Les premiers disent que tout être humain, quel que soit son état, est "digne", de la "dignité suréminente" de la condition humaine. Par conséquent, il ne saurait être question de déclarer quiconque indigne de vivre ou de considérer sa façon de vivre comme indigne de lui, des autres et de la condition humaine. D'ailleurs, c'est en grande partie du regard que nous portons sur lui que l'être humain reçoit sa dignité : il est digne parce que l'autre le regarde et le désigne comme tel.

Les autres ne nient nullement cela. Ils disent seulement qu'ils ont leur mot à dire sur ce qu'ils considèrent comme digne ou non d'eux. Il en suit que ce jugement variera selon les individus, et pour le même individu selon les phases de sa vie. Un tel considérera comme indigne de survivre dans des conditions que tel autre acceptera sans difficultés. Il n'y a donc pas d'autre règle, en matière de dignité, que le regard de chacun sur ses propres conditions de vie. Et s'il est bien vrai que le regard d'autrui et la dignité qu'il nous confère sont irremplaçables, il n'est pas vrai que chacun soit obligé de trouver digne de lui des conditions de survie pour la seule raison que d'autres lui reconnaissent sa dignité complète d'être humain malgré ces conditions.

D'ailleurs, les femmes de plus de 73 ans, majoritaires parmi les adhérents de l'ADMD, se sont souvent occupées de leurs parents ou beaux-parents vieillissants ou malades sans les considérer comme "indignes" du fait de leur état. Mais elles ne veulent pas de cette vie pour elles-mêmes : qui serait en droit de les obliger à la vivre sous prétexte que d'autres ne les jugeraient pas "indignes" pour autant ?

Ne pas être une charge, alors que cela n'en vaudrait pas la peine ?

Cette charge qu'elles connaissent pour l'avoir souvent, et parfois très longuement portée, ces personnes qui demandent la possibilité d'une euthanasie volontaire ne souhaitent pas la faire porter par les autres — à commencer par leurs plus proches (quand elles ont la chance d'en avoir). Il est important de noter que, bien souvent, elles savent que leurs proches assumeraient cette charge par amour pour elles. Mais, moins encore que pour la leur éviter, c'est surtout parce qu'elles pensent, comme me l'ont dit ou écrit plusieurs d'entre elles, que "le jeu ne vaut plus la chandelle". "A quoi bon ? à quoi ça sert ? Peser pendant des mois ou des années, et de plus en plus, lourdement, sur les miens, qu'est-ce que cela m'apporte et qu'est-ce que cela leur apporte ? Ils ont mieux à faire. J'aime bien mieux qu'ils s'occupent de leurs enfants ou d'eux-mêmes, et de tout ce qu'ils devraient ou voudraient faire mais n'ont pas le temps ou les moyens de faire". Autrement dit, le type de vie ou de survie qui leur serait encore possible les intéresse certes encore un peu, mais pas au point de justifier d'imposer une lourde charge à autrui.

Cela, qui est vrai par rapport à l'entourage immédiat, l'est aussi pour la société en général : "À quoi ça sert de dépenser tant d'argent pour nous prolonger à tout prix, et en plus contre notre gré ? On ferait bien mieux d'utiliser cet argent pour aider les jeunes à trouver du travail et à démarrer dans la vie, ou pour améliorer le fonctionnement des hôpitaux, mieux payer les infirmières et aider la recherche médicale !". Ce n'est donc pas par dépression, lassitude ou dégoût que ces personnes souhaitent qu'un jour l'euthanasie volontaire leur soit possible, mais par une sorte d'estimation du coût affectif, psychologique, social de leur survie, comparé aux divers bénéfices que leur survie vaudrait à eux-mêmes et à autrui. Il y a donc une sorte d'estimation très réaliste, qui a d'ailleurs pour conséquence une certaine dédramatisation de l'euthanasie volontaire.

Certains partisans et certains adversaires de l'euthanasie volontaire en parlent comme si c'était le *summum* ou la pire perversion de la liberté et de la responsabilité. Au fil des onze années de travail avec l'ADMD, ses membres m'ont fait découvrir qu'ils avaient opéré une sorte de démythification — et même de démystification — de l'euthanasie volontaire, qui dépend d'ailleurs directement d'un refus

de surévaluer et d'hypertrophier l'importance de la phase de vie à laquelle ils renonceraient en choisissant l'euthanasie volontaire. Comme me l'a dit un vieux militant syndicaliste peu avant sa mort : "j'ai fait dans ma vie des choses plus importantes que de mourir et de décider de mourir". Les personnes qui demandent que l'euthanasie volontaire soit possible ont le sentiment très "simple" et très calme que la période de leur vie à laquelle ils renoncent ainsi n'est pas d'une telle valeur qu'elle mériterait les charges et sacrifices qu'elle engendrerait non seulement pour leurs proches et pour la société mais aussi pour eux-mêmes. Mais là encore, pour la dignité, c'est à chacun d'en juger par soi-même et pour soi-même. C'est là une raison de plus pour que soit respectée l'absolue nécessité que la personne concernée soit la seule à décider de l'euthanasie volontaire et que ni médecins, ni soignants, ni famille, ni amis ne s'arrogent ce droit.

Mourir le plus lucidement possible

La prolongation de la durée des dernières étapes d'une maladie mortelle ou d'une grande vieillesse a entre autres conséquences qu'on aborde les dernières étapes de la mort elle-même dans un état de lucidité et de conscience souvent diminué, parfois presque réduit à rien. Certains partisans de l'euthanasie volontaire souhaitent donc mourir avant qu'ait trop diminué leur capacité de relation consciente à autrui et à eux-mêmes (ainsi qu'à Dieu, pour les croyants). On trouve normal et légitime — tant d'un point de vue de déontologie médicale que d'un point de vue religieux de prendre le risque d'avancer l'heure de la mort en refusant de subir certains traitements intensifs ou en demandant l'emploi d'antalgiques à très forte dose, afin d'éviter la douleur ou les inconvénients d'un traitement jugé inutile par le malade. Pourquoi ne trouverait-on pas normal que quelqu'un avance l'heure de sa mort pour se garantir un niveau de conscience et de relation à autrui qui, dans l'opinion de la personne concernée (et d'elle seule, il faut le redire à chaque fois), serait primordial ? La conscience, la possibilité de relation à soi-même et à autrui (à Dieu aussi, pour les croyants) ne sont-elles pas plus importantes que tout ?

Pendant des siècles, les êtres humains ont eu une profonde horreur de la mort subite et par surprise. Cela tenait certes en partie à des facteurs religieux, comme la volonté de se préparer à comparaître devant le Seigneur Juge. Mais cela tenait aussi à la volonté de pou-

voir laisser ses affaires en ordre, de faire ses adieux aux siens, de les remercier, de leur laisser un souvenir et peut-être aussi des conseils. De nos jours, beaucoup de gens considèrent la mort soudaine et par surprise comme “la belle mort”. Mais faire le nécessaire pour pouvoir mourir conscient et en relation avec autrui, soi-même (et Dieu, pour les croyants), n’est-ce pas là une façon authentiquement humaine de mourir, puisqu’est possible davantage de conscience et de relation à autrui ? L’euthanasie volontaire, qui ne devrait pas être une pratique clandestine et solitaire mais devrait pouvoir être socialisable (*socius* veut dire : compagnon) comme elle l’est par exemple aux Pays-Bas, semble à certains pouvoir le permettre.

III

Deux questions secondes mais pas secondaires

Ces deux questions ne sont pas secondaires, car chacune concerne un aspect fort important de la demande d’euthanasie volontaire. Mais elles sont secondes, car elles sont à poser à partir et en fonction de la question qui, elle, est première : le droit des êtres humains à pouvoir choisir entre diverses façons de mourir et à se réapproprier les diverses étapes de cette dernière phase de leur vie qu’est leur mort.

Le médecin peut-il participer à une euthanasie volontaire ?

Le lecteur aura noté le libellé de la question. Non pas : le médecin peut-il *faire* une euthanasie volontaire ? Mais : le médecin peut-il *participer*, à une euthanasie volontaire ? C’est que, je l’ai dit, l’euthanasie n’est pas une décision médicale ni une décision du médecin mais la décision de la personne concernée. C’est d’ailleurs pourquoi l’euthanasie n’est pas un problème médical qu’il reviendrait à la médecine de poser et de résoudre. C’est un problème de société et un problème des personnes concernées : les êtres humains ont-ils des droits sur la fin de leur vie ? Sont-ils les seuls à pouvoir en décider, et une société reconnaît-elle ces droits et veut-elle en protéger l’exercice ? Cela dit, si l’euthanasie volontaire n’est pas un problème médical ni une décision médicale, elle implique un acte médical : cet acte, la personne concernée peut-elle le demander au médecin et le médecin

peut-il participer à la réalisation de cette demande en y faisant l'acte qui lui reviendrait ?

Des comparaisons avec des problèmes analogues seront peut-être éclairantes. La contraception et l'interruption de grossesse ne sont pas non plus des décisions médicales ni des problèmes médicaux. Ce sont des problèmes qui relèvent d'une part de la décision des femmes et des couples concernés, et d'autre part d'une société donnée qui reconnaît ou non à ses membres le droit à la contraception et à l'interruption de grossesse. Toutefois, contraception et interruption de grossesse impliquent toutes deux des actes médicaux, depuis les actes de diagnostic et de prescription jusqu'au suivi médical en passant par des interventions plus ou moins importantes. La clause de conscience étant sauve, ces actes médicaux sont maintenant considérés comme faisant partie du service que les médecins doivent assurer aux femmes qui les leur demandent. Ils *participent* à la mise en œuvre d'une décision qu'ils ont pu éclairer mais qui n'est pas leur et que la société française reconnaît aux femmes le droit de prendre.

Il ne saurait en être de même pour l'euthanasie volontaire si celle-ci était un choix de la mort contre la vie ou entre la mort et la vie. Mais tel n'est pas le cas : c'est un choix entre deux façons de mourir. Dès lors, on ne voit pas pourquoi il ne reviendrait pas au médecin de participer à la mise en œuvre de la décision qu'a prise tel patient quant à sa façon de mourir. Dans un cas, si le patient a choisi de traverser toutes les étapes du processus qui s'achève par la mort, il reviendra au médecin de mettre en œuvre tous les soins thérapeutiques et/ou palliatifs rendus nécessaires par la décision du patient. Dans l'autre cas, si le patient a choisi de s'épargner et d'épargner à autrui les dernières étapes de ce processus, il reviendra au médecin (la clause de conscience étant sauve) de rendre possible la mise en œuvre d'une décision qui ne lui appartient pas mais qui exige son concours. C'est d'ailleurs pourquoi la pratique de l'euthanasie volontaire et celle des soins palliatifs ne sont pas contradictoires mais complémentaires, contrairement à ce qu'affirment les plus intransigeants des partisans de l'une ou de l'autre (mais il y a des intégristes partout...). J'en ai souvent parlé avec des médecins néerlandais qui pratiquent à la fois les soins palliatifs (18 % des mourants néerlandais en bénéficient : la France est loin du compte !) et l'euthanasie volontaire. La complémentarité et l'utilité de l'une et de l'autre pratique sont évidentes à leurs yeux.

Je ne me dissimule pas qu'il s'agit là pour beaucoup, et pas seulement pour les médecins, d'une véritable révolution mentale. Mais, à y regarder de plus près, c'est au contraire la seule attitude logique dès lors qu'on s'avise du fait que la mort fait partie de la vie et qu'elle est même une fonction de la vie, absolument comme la conception, l'enfance, l'adolescence, etc. Toute la médecine a pour fonction de nous permettre de vivre au mieux les différentes étapes et fonctions de notre vie biologique : mieux marcher, mieux digérer, mieux respirer, meilleure circulation sanguine, meilleur fonctionnement du cerveau, etc. Si la mort est une partie naturelle et intégrante de la vie, de quel droit pourrait-on considérer qu'il n'appartiendrait pas à la médecine de nous aider à mieux mourir ? Ce serait là une grave erreur tant sur la place de la mort dans la vie que sur le rôle de la médecine et du médecin. L'écrivain Arthur Koetler l'avait dit : "Nous avons besoin de médecins pour bien naître, nous avons besoin de médecins pour bien vivre, et nous avons besoin de médecins pour bien mourir".

Et la position de l'Église ?

J'ai bien conscience de dépasser ici le cadre de l'objectif qu'avait assigné à cet article la rédaction de *Lumière & Vie*. Mais, d'une part, comment faire taire un "*habitus*" théologique qui est loin d'être mort en moi : si hérétique qu'elle soit, paraît-il, ma foi est toujours vivante et elle est toujours une *fides quaerens intellectum*. D'autre part, comment oublier qu'il y a exactement vingt ans *Lumière & Vie* m'avait demandé, pour son numéro 138 de juillet 1978 sur "la mort", un article sur "le chrétien peut-il exercer une maîtrise sur la mort ?" (pp. 80-93) où j'estimais déjà que l'euthanasie volontaire n'était pas forcément contraire à la foi chrétienne. Je ne puis donc m'empêcher d'aborder cet aspect pour terminer.

On sait que la hiérarchie catholique romaine condamne unanimement l'euthanasie volontaire, qu'elle assimile à un homicide, la demande de l'euthanasie par la personne concernée ne lui semblant atténuer en rien la gravité de la faute. On sait moins que la masse des "fidèles" voit les choses tout autrement. Dès 1987, à un sondage ADMD-SOFRES, *les catholiques pratiquants réguliers* français se disaient à 67 % favorables à l'euthanasie volontaire, 28 % opposés et 5 % sans opinion. Dans une reprise à l'identique de ce sondage en 1997, *les ca-*

tholiques pratiquants réguliers français y étaient favorables à 74 % (au lieu de 67 % en 1987), opposés à 16 % (au lieu de 28 % en 87) et 10 % sans opinion (au lieu de 5 % en 87). *Les catholiques pratiquants occasionnels* répondaient de la même façon que l'ensemble des Français : 84 % de favorables, 8 % d'opposés (9 % pour l'ensemble des Français) et 8 % de sans opinion (7 % pour l'ensemble des Français). S'agissant de ces catholiques pratiquants réguliers, la très grande différence de leurs convictions par rapport aux positions de la hiérarchie ne saurait être imputée — comme cette dernière a tendance à le faire — à la tiédeur de leur foi et à leur mépris de la hiérarchie. Je laisserai à d'autres le soin de dire comment l'Église, même si elle n'est pas un club ou une démocratie, devrait peut-être mieux entendre ce qui se dit à travers le *sensus fidelium*. Je me bornerai ici à deux points.

D'une part, la radicale opposition de la hiérarchie catholique romaine tient d'abord au fait qu'elle envisage l'euthanasie uniquement sous l'angle du rapport de l'agent de l'acte euthanasique avec l'acte euthanasique. Dans ces conditions, il est inévitable — mais erroné — qu'elle l'assimile purement et simplement à un homicide, quitte à ce que la morale pratiquante et la pastorale amènent à considérer les circonstances atténuantes que pourraient être la compassion et la miséricorde de l'agent de l'acte euthanasique à l'égard de l'objet de cet acte. Tant que la hiérarchie catholique n'aura pas opéré l'indispensable changement de problématique qui fait de la personne concernée le sujet de la décision qu'elle a à prendre sur sa vie et sur sa mort et dans le cadre de son rapport à sa propre vie et à sa propre mort, cette hiérarchie se condamnera à passer à côté de la réalité de l'euthanasie volontaire et ne pourra donc en juger correctement.

D'autre part, on est d'autant plus surpris de voir cette hiérarchie s'interdire ce changement de problématique qu'elle a su le faire de façon lucide, courageuse et même magistrale à propos d'un problème connexe : celui du droit du patient à demander ou à refuser soit des soins intensifs et très lourds, soit la cessation de ces traitements et la lutte contre la douleur même au risque de hâter l'heure de sa mort. Dès le 22 novembre 1957, le Pape Pie XII, dans un discours à des médecins et des anesthésistes, avait affirmé que c'était le patient qui était au centre du dispositif thérapeutique et que c'était lui qui avait en ces matières le pouvoir de décision auquel était subordonné le pouvoir des médecins. La Congrégation pour la Doctrine de la Foi a repris et déve-

loppé cet enseignement dans sa Déclaration sur l'euthanasie du 5 mai 1980. À propos non pas de l'euthanasie mais de l'acceptation ou du refus de traitements intensifs, elle reconnaît au patient le droit de décider - décision dont il est précisé qu'elle s'impose à tous — de demander ou de refuser des traitements qui prolongeraient sa vie ou qui l'abrègeraient. C'est donc dire que, dans ce problème des soins intensifs et de la lutte contre la douleur, il est considéré que le chrétien (ou tout autre) peut avancer ou retarder l'heure de sa mort, et qu'il en est ainsi le maître, de par Dieu lui-même. Si l'euthanasie volontaire est non pas un acte homicide contre un tiers mais un choix fait par la personne concernée entre deux façons de mourir, on ne voit pas pourquoi ce qui est permis dans le cas des soins intensifs et de la lutte contre la douleur ne le serait pas lorsqu'il s'agit de l'euthanasie volontaire car dans les deux cas il s'agit d'un choix par le patient entre deux façons de mourir et même d'un choix sur le moment de sa mort.

Je sais bien que d'autres arguments rentrent en ligne de compte : je ne puis les aborder ici et dois me contenter de renvoyer le lecteur à mon texte : "Un point de vue catholique positif en faveur de l'euthanasie volontaire" que j'ai publié en annexe au volume annoncé dans la note numéro un du présent article. Mais l'argument essentiel reste celui-ci : pourquoi la hiérarchie catholique refuse-t-elle dans un cas le droit de choisir entre deux façons de mourir alors qu'elle l'accorde dans l'autre ?

Pour prendre congé du lecteur, je lui évoquerai un texte remarquable de saint Thomas More sur l'euthanasie volontaire. Dans son "Utopie"⁵ (1515), il conseille au malade mourant de ne pas chercher à "survivre à sa propre mort" :

"Les malades, comme je l'ai déjà dit, sont soignés avec beaucoup d'affection. On n'omet absolument rien, ni médicaments, ni régime, de ce qui pourrait leur rendre la santé. Bien plus, ceux qui souffrent d'une maladie incurable reçoivent la consolation de visites assidues, de conversations, en un mot de tout ce qui peut leur apporter quelque soulagement.

Cependant, si la maladie n'est pas seulement incurable mais s'accompagne de souffrances vraiment atroces et incessantes, les prêtres et les magistrats adressent au patient une exhortation : puisqu'il ne peut plus assurer au-

5 Je cite ici l'édition de *L'Utopie de Thomas More* par André PREVOST, Paris, Mame, 1978, pp. 546-549 (pp. 119-120 de l'édition bilingue du texte original latin et de la traduction française d'André PREVOST).

LA DEMANDE D'EUTHANASIE VOLONTAIRE ET SES RAISONS

cune des fonctions propres à la vie, qu'il est une charge aux autres et à lui-même et qu'il ne fait plus que survivre à sa propre mort, qu'il ne s'obstine pas à se laisser dévorer plus longtemps par le mal et l'infection qui le rongent ; et puisque la vie est pour lui un tourment, qu'il n'hésite pas à accepter la mort ; qu'il s'arme donc d'espoir et qu'il abandonne cette vie cruelle comme on fuit une prison et un chevalet de torture ; ou bien qu'il s'en débarrasse lui-même ou, tout au moins, et par un acte de sa volonté, qu'il invite les autres à l'en délivrer. En suivant ces conseils, comme la mort ne l'arrachera pas aux douceurs de la vie mais à un véritable supplice, il fera même preuve de sagesse ; et parce que, en toute cette affaire, il ne fera que suivre les conseils des prêtres, c'est-à-dire des interprètes de la divinité, il fera même preuve de piété et de sainteté.

Ceux qui se laissent convaincre par ces raisons ou bien mettent fin eux-mêmes à leurs jours en cessant de se nourrir, ou bien se font endormir pour être "délivrés" sans éprouver la sensation de la mort. Mais ils ne mettent personne à mort contre son gré et ne diminuent en rien les soins qu'ils lui rendaient. Il y a cependant quelque chose d'honorable à se laisser convaincre de mourir comme nous venons de le dire".

Jacques POHIER

Ancien Président de l'ADMD

*Sur la vie,
sur la mort,
et aux frontières de la vie et de la mort*

Lumière ~~LLV~~ a déjà publié :

N° 187 Procréation et acte créateur

Articles de Pierre de Loch, Marie-Louise Lamau, Christian Duquoc, Francis Rollin,...

N° 204 La mort et les vivants

Articles de Louis-Vincent Thomas, Maurice Bellet, Christiane Dieterlé, Michel Demaison, Christian Duquoc,...

N° 225 Le corps et le don, greffes et transplantation

Articles de Pascale Boucaud, David Le Breton, Marie-Jo Thiel, Bruno Cadoré, Jean-François Collange...

Consentir à la mort quand la fin de vie est médicalisée

Sous le titre “Euthanasie passive, la fin d’un tabou”, une enquête récente¹ abordait la question de la mort consentie en France, en particulier en réanimation, où un patient sur deux meurt après décision “de limitation ou d’arrêt des thérapeutiques”. Dans les propos qui suivent, l’expression “mort consentie” désignera ces situations particulièrement graves où les soignants en viennent à prendre la décision de ne pas poursuivre des efforts thérapeutiques aux résultats par trop aléatoires, voire inutiles. En analysant les enjeux de ces situations, nous voudrions contribuer aux débats — déjà fort nombreux² — sur le rapport médicalisé à la mort. À travers ces situations spécifiques, les sociétés modernes sont invitées à penser à nouveaux frais leur rapport à la mortalité de l’homme.

1 *Libération*, 12 mars 1998.

2 Il serait illusoire de prétendre donner l’état des publications à ce propos. On pourra cependant consulter avec profit : G.R. DUNSTAN ; P.J. LACHMANN, éd., *Euthanasia : death, dying and the medical duty*, “British Medical Bulletin”, The Royal Society of Medicine Press Limited, London, 1996 ; J. KEOWN, éd., *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge University Press, Cambridge, 1995.

Un contexte nouveau pour la médecine ?

L'usage de la notion de mort consentie veut tenter de rendre compte des situations dans lesquelles les soignants sont conduits à s'interroger sur leur attitude à l'égard de la poursuite de la vie d'un patient. Tentons de suggérer une typologie de ces situations.

Il peut s'agir de situations où l'on tente de soutenir les fonctions vitales de base, se donnant ainsi les moyens de traiter la cause du processus pathologique qui fait risquer la mort. Bien sûr, les services de réanimation sont des lieux où l'on cherche à promouvoir la vie des personnes soignées, et ce, le plus souvent, avec beaucoup de succès. Mais ces services sont aussi des lieux où la médecine moderne se trouve confrontée aux extrêmes de ses capacités, ou plutôt, le lieu où se rencontrent deux extrêmes : celui de la vie humaine lorsqu'elle est soutenue par des moyens techniques sophistiqués et celui de la médecine qui, pour être en mesure de déployer ces moyens, n'en reste pas moins incapable de faire reculer sans limite l'échéance de la mort.

Cette confrontation en arrive parfois à mettre en évidence un point au-delà duquel il ne paraît plus raisonnable de prolonger l'effort thérapeutique qui ne peut plus rendre à la personne soignée les conditions de possibilités minimales d'une existence humaine. L'enquête sur les pratiques de réanimation évoquée plus haut a souligné que l'interruption du traitement était responsable de la moitié des décès dans ces services³. Ces questions d'interruption thérapeutique en période de réanimation ont été depuis de nombreuses années fort débattues⁴, en particulier en réanimation néonatale. Pour la plupart des praticiens, la question est de se donner les moyens, à distance de l'urgence, de faire un bilan rigoureux pour évaluer les chances d'efficacité de la

3 Soit 11 % de la population admise dans ces services, selon cette enquête portant sur 7 500 patients. Néanmoins, quel que soit le nombre de ces situations d'arrêt, il faut retenir que chaque cas correspond à l'exigence d'un discernement précis d'une situation singulière.

4 LESAGE-JARJOURA P., *La cessation de traitement : au carrefour du droit et de la médecine*, Yvon Blais, Montréal, 1990.

poursuite de la réanimation entreprise, argumentant ainsi une éventuelle décision de ne pas aller plus avant dans l'effort thérapeutique⁵.

En dehors de la réanimation, il est des situations où les efforts thérapeutiques entrepris se révèlent, compte tenu des connaissances (tant physiopathologiques que pronostiques) à un moment donné, inutiles (futiles). Ici, se pose la question d'interrompre un traitement compte tenu de son très faible bénéfice escompté sur l'évolution du processus pathologique de base, alors que le poids thérapeutique sera très lourd pour la personne : on parlera ici de proportionnalité. Dans ces conditions, on peut dire qu'il y a prise d'une décision d'adaptation rationnelle des moyens médicaux à enrayer une évolution allant vers la mort.

Un troisième type de situation est celui où on décide de ne pas traiter une affection intercurrente survenant sur un terrain déjà extrêmement fragilisé par un processus pathologique très invalidant et mortel à assez court terme. C'est le cas, par exemple, d'une infection gravissime survenant chez un sujet en état végétatif chronique : d'évidence on peut dire que le fait de ne pas traiter l'infection ouvre la porte à ce que le processus infectieux provoque la mort du patient, lequel, par ailleurs, est dans un état qui n'évoluera pas vers une quelconque amélioration.

On pourrait analyser ces diverses attitudes médicales en fonction de leur rapport au processus de "normativité" du patient. La "normativité", selon G. Canguilhem, est cette capacité qu'un organisme vivant a de s'adapter à son milieu ou d'adapter son milieu à lui, en se donnant à lui-même des normes, de sorte qu'il mette en œuvre ce que cet auteur nomme le "volant régulateur" de la santé⁶. Cette notion de normativité pourrait être proposée comme un critère de base pour l'évaluation de la décision médicale : dans quelle mesure les moyens

5 Voir, par exemple, R.C. McMILLAN ; H.T. ENGELHARDT ; S.F. SPICKER, éd., *Euthanasia and the Newborn*. Conflicts Regarding Saving Lives (Philosophy and Medicine ; 24), D. Reidel Publishing Company, Dordrecht / Boston / Lancaster, 1987 ; «Les décisions d'arrêt thérapeutique en réanimation (adultes et nouveaux-nés). Journée d'éthique médicale (juin 91)», *Annales Médicales de Nancy et de l'Est*, 1992, Tome XXXI, n° 4, pp. 291-368 ; BEAUFILS F. ; DENIZART V. ; MERIC M., "La décision d'arrêt thérapeutique en réanimation néonatale : rôle des familles et de l'équipe soignante", *Revue de l'infirmière*, 1993, n° 8, pp. 40-42.

6 CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique* (2^{ème} éd.) ; Paris, P.U.F., 1972 [éd. or. 1943].

médicaux permettront-ils de restaurer ou promouvoir la dynamique de normativité d'une personne ? L'évaluation suggérée ici est d'ordre physiopathologique et non qualitative appliquée à la vie même de ce patient. En effet, dans toutes ces situations, la question posée à la médecine est celle de l'évaluation de l'adéquation de son intention à la maladie qui bouleverse la vie d'un patient. Cette étape d'une évaluation objective est indispensable pour éviter de confondre l'appréciation des chances d'efficacité de la médecine et la qualification de l'épreuve vécue par un patient. Or, très souvent, c'est précisément en fonction de l'"épreuve vérité" que l'on envisage la question de l'euthanasie. C'est pour éviter cette confusion que nous proposons de situer les attitudes médicales dans ces situations extrêmes par rapport à la notion de mort consentie.

Distinguer les notions pour éviter la confusion

Pour réfléchir à ces situations, il est indispensable de clarifier et distinguer les notions employées habituellement dans le débat sur l'euthanasie. Les situations de "mort consentie" nous semblent se situer au croisement de trois distinctions qui retiendront en un premier temps notre attention.

La première est celle entre euthanasie et non-acharnement thérapeutique. Dans un ouvrage majeur⁷, P. Verspieren propose une définition claire de l'euthanasie : "L'euthanasie consiste dans le fait de donner sciemment et volontairement la mort ; est euthanasique le geste ou l'omission qui provoque délibérément la mort du patient dans le but de mettre fin à ses souffrances"⁸. De ce point de vue, on comprendra aisément que l'abstention, la diminution ou l'arrêt thérapeutique cherchent à éviter des "soins excessifs, thérapeutiques inutiles ou démesurés"⁹. Ces orientations se distinguent de l'euthanasie puisque l'enjeu n'est pas de provoquer délibérément la mort, mais d'adapter au mieux l'attitude thérapeutique à la gravité d'une situation pathologique. Évidemment, une telle décision peut être perçue en lien assez

7 VERSPIEREN P., *Face à celui qui meurt. Euthanasie, Acharnement thérapeutique, Accompagnement*, (Temps et contretemps), Desclée de Brouwer, Paris, 1984.

8 VERSPIEREN P., *Face à celui qui meurt. Op. cit.*, p. 143.

9 VERSPIEREN P., *Face à celui qui meurt. Op. cit.*, p. 29.

étroit avec la survenue de la mort, survenue inéluctable mais que la suspension d'un traitement va parfois contribuer à accélérer¹⁰. Certains désignent ces situations comme des pratiques d'euthanasie indirecte, s'appuyant sur la théorie de l'acte à double effet. Pour éviter la confusion, nous préférons parler de mort consentie, désignant ainsi l'effort des soignants pour discerner la limite au-delà de laquelle la médecine ne peut rien contre le processus inéluctable de la mort.

Les patients concernés ne sont pas toujours dans un état de conscience permettant d'engager avec eux un dialogue explicite sur les orientations des soins. On doit ici se situer par rapport à une seconde distinction, développée en particulier par P. Singer, entre l'euthanasie volontaire (à la demande de la personne) et l'euthanasie non-volontaire (lorsqu'un être humain n'est pas capable de comprendre le choix à faire entre la vie et la mort)¹¹. Cette pratique recouvre alors les cas où un geste euthanasique, direct ou non, est pratiqué sans qu'on puisse de quelque manière s'en entretenir avec le patient directement concerné (certains malades incurables, des nourrissons gravement handicapés, des personnes ayant perdu leurs capacités de comprendre ce qui arrive...). À travers cette distinction, P. Singer plaide pour une attitude active, mettant en garde contre l'euthanasie passive qui risquerait, en s'en remettant au hasard, de provoquer une mort dans les pires conditions¹². La notion de mort consentie se propose de désigner une voie intermédiaire.

La troisième distinction est celle qui différencie la notion d'euthanasie et celle de soins palliatifs. Il n'est pas rare, en effet, qu'une collusion entre ces notions soit subrepticement établie dans certains discours : mettre fin à la vie "par compassion" ne s'inscrirait-il pas dans la logique directe des soins palliatifs qui, eux-mêmes, visent à promouvoir le meilleur contexte possible pour une "bonne mort" ?

10 Ce qui est bien différent d'une volonté d'accélérer la mort d'une manière non justifiée par ce souci de prudence de l'action. Cf. VERSPIEREN P., "La propension à accélérer la mort", *Laënnec*, 1991, n° 5, pp 9-12.

11 SINGER P., *Questions d'éthique pratique*, (Philosophie), Bayard Éditions, Paris, 1997 [éd. or. 1993; trad. M. MARCUZI], p. 175. Nous n'aborderons pas la notion proposée par cet auteur d'euthanasie "involontaire" (pratiquée sans le consentement de la personne alors qu'elle est en mesure de s'exprimer à ce propos), notion qui nous paraît de nature à introduire encore plus de confusion dans le débat.

12 SINGER P., *Questions d'éthique pratique*, p. 202.

L'enjeu ici est celui de la définition la plus claire possible des finalités, et donc de l'intention, que l'on assigne à l'acte de soin, ainsi que de la définition de ses limites. C'est à cette clarification que voudrait contribuer la notion de mort consentie.

La médecine prise entre le temps et l'action

Mais cette notion doit être située dans l'horizon du rapport de l'homme moderne à la mort. Parmi les publications abondantes à ce propos, nous retiendrons l'analyse proposée récemment par D. Callahan à cause de la pertinence de la contextualisation de la question qu'il propose¹³. Si, dit-il, il est tellement difficile d'inventer aujourd'hui un rapport serein à la mort, c'est parce que la culture des pays industrialisés est marquée par trois illusions : celle de maîtriser nos choix médicaux, celle de renouveler notre rapport à la nature, celle, enfin, de réguler les pratiques euthanasiques. Ces trois mutations manifestent la confiance que l'homme moderne a acquise en ses propres capacités de maîtrise de son environnement et de sa propre réalité. Or, reste toujours à se demander de quelle manière, quel que soit le contexte, il sera possible de prendre soin, en humanité, du mourant. D'une certaine façon, la médicalisation du rapport de l'homme à la santé produit une médicalisation de son rapport à la mort. Cette dernière, lorsqu'elle survient au plein cœur du déploiement des efforts médicaux, se laisse percevoir non seulement comme la limite de la mortalité inhérente à la nature humaine, mais encore comme l'obstacle à l'ambition d'efficacité de la médecine. Ainsi, la médecine se perçoit-elle alors comme investie d'une sorte de nouvelle responsabilité non seulement à l'égard de la maladie qu'elle cherche à enrayer mais encore à l'égard de la mort dont elle voudrait pouvoir maîtriser le moment.

Ces réflexions rejoignent celles proposées par P. Verspieren lorsqu'il analyse les pratiques visant à accélérer la mort et qu'il identifie deux éléments-clés à cette attitude : le rapport au temps et à l'activité humaine¹⁴.

13 CALLAHAN D., *The Troubled Dream of Life. Living with Mortality*, Simon & Schuster, New York, 1993.

14 VERSPIEREN P., "La propension à accélérer la mort", *Laënnec*, 1991, juin, pp. 9-12.

Lorsqu'une situation se présente comme inéluctable, il peut se produire à un moment un basculement conduisant à penser que plus rien ne peut se passer et que la vie s'est déjà arrêtée. Dès lors, "quand un événement inéluctable est prédit et qu'on ne peut plus rien faire pour l'écarter, deux attitudes sont possibles : l'attendre ou agir de manière à la précipiter et éviter ainsi la durée de l'attente¹⁵. C'est bien devant cette alternative qu'il s'agit de discerner.

L'exigence du discernement de l'action selon le magistère catholique

Pour éviter cette double fascination, par la maîtrise du temps de la mort et par le passage à l'acte comme seul critère de validité de la position soignante, la réflexion morale a proposé un certain nombre de critères de discernement pour la décision. Ici encore, il convient d'insister pour souligner le point d'application de ce discernement : il s'agit d'orienter l'action du médecin et non pas de mettre en cause, ni la qualité de la vie du patient, ni même la liberté exprimée par ce dernier (par exemple lorsqu'il exprimerait sa volonté de voir mettre fin à ses jours rapidement). La question posée est d'abord celle du cas de conscience du soignant¹⁶. Les instances magistérielles de l'Église catholique peuvent être considérées comme témoin de cette invitation au discernement face à ces situations limites de la médecine contemporaine.

Le problème est abordé dans la Déclaration de la Congrégation pour la Doctrine de la foi sur l'euthanasie (1980) : "Il est aujourd'hui très important de protéger au moment de la mort la dignité de la personne humaine et la conception chrétienne de la vie contre une technicité qui risque de devenir abusive. Aussi certains en sont-ils venus à parler d'un "droit à la mort", expression qui ne désigne pas le droit de se donner ou de se faire donner la mort comme on le veut, mais le droit de mourir dans la dignité humaine et chrétienne, en toute sérénité. De ce point de vue, l'usage des moyens thérapeutiques peut par-

15 *Ibidem*.

16 Voir à ce propos la distinction exigeante discutée par JANKELEVITCH V., *Penser la mort ?* (Opinion), Liana Levi, Paris, 1994.

fois poser des problèmes”¹⁷. C’est pour tâcher d’éclairer cette incertitude que, considérant la distinction entre les moyens ordinaires et les moyens extraordinaires comme trop vague, la Déclaration utilise les notions de moyens proportionnés ou disproportionnés : “De toute manière, on appréciera les moyens en mettant en rapport le genre de thérapeutique à utiliser, son degré de complexité ou de risque, son coût, les possibilités de son emploi, avec le résultat qu’on peut en attendre, compte tenu de l’état du malade et de ses ressources physiques et morales”. Le cadre étant ainsi dessiné, la question de l’abstention thérapeutique peut être abordée : “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 procureraient qu’un sursis précaire et pénible, sans interrompre pourtant les soins normaux dus au malade en pareil cas. Le médecin ne pourrait alors se reprocher la non-assistance à personne en danger”.

Il est donc possible de discerner les limites de l’obligation de se maintenir en vie et d’employer pour cela des soins proportionnés¹⁸. Ainsi sont établies des limites à l’usage du mot euthanasie, qui ne s’appliquera ni pour désigner les soins terminaux de *nursing*, ni pour désigner le renoncement à des actes médicaux, jugés comme disproportionnés (il s’agit, dit la déclaration, de “garder mesure devant les ressources techniques”, de ne pas agir “déraisonnablement”, mais selon la “prudence”), ni pour désigner l’acte de soulager la souffrance, au risque peut-être de raccourcir la vie (la mission du médecin n’étant pas seulement de guérir ou de prolonger mais aussi et surtout de soigner et de soulager). Dans tous ces contextes, la place de l’expression du malade lui-même doit être gardée avec vigilance, ou, à défaut, celle de ses proches. Jean-Paul II reprend ces perspectives dans l’Encyclique *L’Évangile de la vie*¹⁹, montrant d’ailleurs comment la rigueur de ces dis-

17 Au n° 4 de la Déclaration. On pourra consulter ces textes dans la publication *Biologie, Médecine et Éthique* [B.M.E.]. Textes du magistère de l’Église catholique réunis et présentés par P. VERSPIEREN, (Les Dossiers de la Documentation catholique), Centurion, Paris, 1987. Cette Déclaration de la Congrégation pour la Doctrine de la foi trouve son écho dans la Déclaration du Conseil permanent de la Conférence des évêques de France, *Respecter l’homme proche de sa mort*, *La Documentation Catholique*, 1991, n° 2036-20 (octobre). [Le lecteur trouvera également ces deux textes, dans ce numéro : annexes 1 et 2 - NDLR].

18 Conseil pontifical Cor Unum, *Quelques questions d’éthique relatives aux grands malades et aux mourants*, 1981, in : B.M.E. Op. cit.

19 JEAN-PAUL II, *L’Évangile de la vie*, Lettre encyclique sur la valeur et l’inviolabilité de la vie humaine, Cerf / Flammarion, Paris, 1995, n° 65.

cernements peut permettre d'éviter les compromissions avec ce qu'il décrit comme "culture de mort". Il s'agit d'apprendre à accepter la condition humaine devant la mort. Il faut ici remarquer que devant des distinctions tellement fines, c'est l'intention qui doit être au maximum objectivée. C'est la raison pour laquelle la parole échangée est de toute première importance.

Retour à la notion de consentement

Dans les propos qui précèdent, nous n'avons pas voulu utiliser le terme d'euthanasie non volontaire. Dans les situations évoquées, en effet, la question n'est pas de répondre à une demande d'exercer sur sa propre vie, par l'intermédiaire d'un tiers, un pouvoir sur le moment de sa mort. Il s'agit plutôt de la nécessité d'évaluer l'impossibilité pour la médecine de combattre plus avant le processus de mort qui vient, et d'accompagner alors les patients au mieux en engageant avec eux le dialogue le plus approfondi possible. Le renoncement thérapeutique peut être un geste d'une très haute grandeur morale précisément à la mesure où il est l'aboutissement d'un processus de délibération éthique partagée et rigoureuse. Partagée, parce qu'une telle décision ne saurait être le fait d'un seul, isolé dans une pratique dont on connaît trop l'incertitude qui marque les connaissances (en particulier pronostiques). Rigoureuse, parce que, comme pour toute délibération éthique, il s'agit de rendre compte des points d'appui pour le travail de la raison qui l'argumente.

De ce point de vue, on pourrait proposer de considérer que la raison se trouve affrontée aux limites de ses capacités, et de ses capacités à discerner de manière univoque et définitive ce qu'est le bien qu'il lui faut poursuivre. Ici, par exemple, la raison est devant l'exigence de dire la valeur accordée à la vie humaine, valeur de la plus grande hauteur et pourtant pas valeur à elle seule absolue. Dans cette perspective, on peut proposer de désigner ces situations comme celles du consentement à la mort qui vient par défaut de capacités médicales adéquates, renvoyant aux notions d'efficacité ou de proportionnalité raisonnable. De telles notions conduisent alors à évoquer en premier lieu l'évaluation des capacités médicales : évaluation qui dépend de l'état des connaissances d'un moment précis, en même temps que la question du pronostic et de son incertitude intrinsèque, ce qui oblige à une certaine prudence. Mais c'est l'évaluation d'une juste confronta-

tion à la mort dans un contexte par la médicalisation du rapport à la santé. De ce fait, la progression d'un état pathologique chez un sujet est perçue et évaluée à travers le prisme de la possibilité d'agir sur ce processus par les moyens de la médecine. Dès lors, les représentations du phénomène de la mort sont traversées par celles de l'efficacité de la médecine en termes de maîtrise du processus de la mort.

Ainsi, le consentement à la mort fait entrer dans une double attitude de consentement : il s'agit de consentir à la mortalité de l'humain, aventure constitutive de l'expérience d'humanité ; mais il s'agit aussi de consentir à la non totale maîtrise de cette mortalité par les moyens de l'inventivité technique de l'homme. C'est, probablement, de ce second point de vue qu'on peut considérer que la médicalisation de la santé de l'homme produit une mutation d'ordre anthropologique. On pourrait formuler cette mutation en parlant d'un double mouvement : de consentement à soi-même en tant qu'être mortel, d'une part ; mais aussi de renoncement à soi-même en tant qu'être capable de maîtrise de la réalité et de son milieu. Ainsi, cette double attitude est-elle une invitation à la considération sereine de deux dimensions de la limite de l'homme : limite intrinsèque de la mortalité, limite constitutive de la raison toujours en quête d'une maîtrise supplémentaire.

Une décision partagée

Il est convenu de noter que l'humanité a développé au cours de son histoire diverses manières d'appivoiser sa mortalité. Les propos qui précèdent, à cause de la particularité des situations qui ont été considérées, montrent que l'irruption des possibles de la médecine et de ses capacités techniques ont changé le cadre dans lequel l'homme moderne doit appivoiser sa mort. Ces changements ne conduisent pas pour autant à penser que ce travail d'appivoisement de la mort serait devenu sans pertinence. Cependant, l'emprise de la médicalisation sur le rapport de l'homme à la mort fait que l'on doit considérer comme une nouvelle tâche celle d'intégrer ce rapport médicalisé aux manières de faire face au processus de la mort. Ainsi, les soignants se trouvent-ils confrontés à la nécessité d'inventer comment engager avec les sujets soignés en phase ultime de leur vie un dialogue d'apprentissage de la mort. La question est ici de savoir s'il est encore possible de penser que l'homme, quelque soit son temps, a la capacité de se "préparer à la mort". C'est bien ici que se pose la question de la décision qui est prise : se préparer à la mort, en contexte médi-

calisé, suppose que l'éventualité de la mort soit clairement envisagée, non pas comme le résultat d'un "déficit" de la médecine, mais plus simplement comme le fait fondamental contre lequel la médecine elle-même ne peut résister sans limite. Se pose alors le problème de savoir comment on peut envisager ces limites avec les sujets eux-mêmes.

Volontiers, on dira qu'une approche par trop directe est impossible, tant l'homme moderne est peu habitué à entendre parler de la mort, encore moins à parler de sa propre mort. On ajoutera, parfois (mais le "parfois" est souvent plus dû à une volonté implicite de ne pas avouer la médecine — et ses acteurs pas plus qu'elle — vaincue), qu'il ne faut pas faire perdre espoir que la médecine pourrait être efficace. En fait, c'est faire un crédit à la médecine qui serait tout nouveau, ou plutôt c'est croire que les sujets soignés auraient réellement des espoirs et une confiance infinis en la médecine. C'est croire aussi que la médecine serait aujourd'hui à une étape de son développement pour laquelle sa crédibilité dépendrait de son efficacité. Le regard rétrospectif sur la médecine laisse pourtant penser que c'est une dimension du rapport de l'homme au thérapeute : à la fois, l'homme lui donne sa confiance et, en même temps, il la lui mesure, tant il a intégré l'idée de la mortalité elle-même. Ainsi, dans les situations qui ont été décrites, on pourrait postuler que le fait de ne pas parler avec le sujet premièrement concerné est une manière de ne pas respecter cette ambivalence de l'homme à l'égard de la médecine. Ce serait aussi considérer implicitement que l'important est que la médecine se prépare à affronter ses limites, plus encore que le fait que soient données à l'homme mourant les conditions pour se préparer à ce passage de son existence.

Peut-être croisons-nous alors ici un critère important pour une réflexion sur la proportionnalité : la question serait en effet de savoir comment les soins, en phase ultime de l'existence, sont adéquats, proportionnés, à l'objectif qu'on peut proposer à tout homme : pour le sujet abordant la phase ultime de sa vie, se préparer à la mort ; pour son entourage, se préparer à affronter la mort d'autrui, véritable épreuve d'humanité. Et, pour tous, être jusqu'au bout, dans les limites de la finitude humaine, acteurs d'une même aventure d'humanité.

Bruno CADORÉ

CEM / FLM. Université catholique de Lille

ÉTUDES

Juin 1998

SOPHIE BOISSEAU DU ROCHER

Panorama de crise en Asie

JEAN-ARNAULT DERENS

Kosovo : la guerre inévitable ?

MARIE-CLAUDE HUDON

Crimes sexuels : l'obligation de soins

DANIEL BLOCH

Le baccalauréat au pluriel

PHILIPPE BRETON

Plaidoyer pour une nouvelle rhétorique

MARGUERITE LENA

Edith Stein, l'histoire en secret

PETER HANS KOLVENBACH

L'unification de l'Europe et le rôle de l'Église

JEAN-FRANÇOIS PLOUD

Le GRM ou l'invention du son

Études : 14 rue d'Assas - 75006 Paris

Le numéro : 60 F

(Étranger : 67 F)

Choisir la vie : L'Église et l'euthanasie

Novalis, dans ses *Petits écrits*, a cette formule : «la vie est le début de la mort»¹. En venant dans la vie, l'homme apporte sa propre mort. Telle est la loi de l'existence humaine où s'opposent, comme dans l'épreuve d'une dialectique douloureuse, la vie et la mort qui passent en tout être. Dans l'humanité, cet affrontement s'accomplit avec la convocation simultanée des ressources de la science, des richesses sociales et des interrogations de la pensée. L'un des points significatifs de ce conflit incessant revêt l'aspect de l'acte euthanasique. Celui-ci ne se trouve délié ni des capacités de la médecine ni des potentialités d'une société ni de la créativité herméneutique de l'esprit. L'euthanasie, dans les pays développés, demeure solidaire d'un environnement scientifique, social et culturel d'une extrême complexité. Au cœur de ce contexte apparaissent de multiples événements référés à la pratique de la «mort douce et paisible», qu'il est impossible de décrire sur le plan d'une problématique fondamentale, à moins d'inhiber la réflexion par l'évocation d'une pluralité de faits divers. Car l'interrogation exposée ici reste de type philosophique, bien qu'elle mentionne, à des fins d'examen le discours officiel de l'Église catholique sur la question de l'euthanasie. Dans cette perspective, sont développés

1 NOVALIS, *Petits écrits*, trad. G. Bianquis, Aubier, Paris, 1943.

les moments logiques d'une position intellectuelle en faveur de la vie, sans ignorer, en aucune façon, l'exigence éthique de la compassion devant la détresse des hommes.

I

Epreuve de l'existence et principes de vie

En l'homme, ce vivant mortel en quête de bonheur, le sentiment d'une incapacité de demeurer dans une vie inhumaine irréversible, stimule la recherche d'une jouissance désespérée en fin d'existence : celle d'une mort tranquille. Mieux vaut la mort douce que la vie cruelle ! L'histoire de l'humanité n'est nullement exempte de cette tentation². Dans les sociétés industrialisées, l'euthanasie au sens strict – à distance du suicide et de l'acharnement thérapeutique – en son espace de possibilité, s'offre comme l'initiation d'un processus de mort calculé et réalisable, selon des contraintes déterminées, en vue de supprimer, chez le patient condamné, la souffrance intolérable.

Sans doute devrions-nous distinguer deux types d'euthanasie :

- a) l'*euthanasie active* ou positive (volontaire),
- b) l'*euthanasie passive* ou négative (involontaire).

La première constitue un acte délibéré initiant un processus de mort, la seconde s'identifie à la décision de s'abstenir des gestes médicaux à même de prolonger inutilement une agonie douloureuse. Ces deux formes d'euthanasie se distinguent par leur logique d'intervention directe ou indirecte et demeurent dissemblables dans leur intentionnalité profonde.

• *Dans le premier cas*, il s'agit d'effacer la souffrance en provoquant le retrait de la vie. Ici le geste euthanasique recèle une causalité mortifère dans la mesure où l'intervention contre la souffrance crée l'événement de la mort. En cet acte initié sur la demande du patient, s'inscrit une relation de cause à effet dont témoignent simultanément, quoique différemment, le savoir médical et l'expérience thé-

² L'histoire de la culture occidentale comporte certaines prises de position favorables à l'euthanasie, émanant de philosophes ou de penseurs comme Platon, Th. More ou F. Bacon, et, ce, en référence essentiellement à trois critères : l'impuissance de la médecine, l'infirmité irréversible de la vie, la capacité de soutien de la part de la société.

rapeutique. Il n'est d'euthanasie directe que dans cette tragique solidarité.

- *Dans le deuxième cas*, la pratique d'appel de la mort n'est nullement voulue, bien que la fin de la vie reste prévue. La vie se trouve abrégée sous l'effet du comportement thérapeutique, sans être délibérément interrompue.

Ainsi initier un processus de mort ne revient pas à le laisser progresser de lui-même par défaut de lutte devant son cours irréversible. Cette différence révèle le degré d'implication du répondant de la demande, que l'éthique et le droit doivent être en mesure d'apprécier. Mais à l'évidence, la vie qu'il faut soulager est devenue inhumaine, autant dire insupportable dans son flux voué à une fin prochaine inéluctable aux yeux du malade, de ses proches et de ses soignants.

En somme, l'épreuve de la vie humaine au singulier s'est rendue intolérable par la souffrance extrême qu'elle a générée en une irréversibilité insurmontable. Ici la mémoire de l'infinité de la vie qui a sa conscience chez les humains semble s'absorber au creux de cette épreuve individuelle emmurée dans la douleur. Du fond de la torture qui meurtrit le patient condamné, la vie, en son infini dynamisme, paraît invoquer son propre anéantissement. Car, en définitive, l'acte euthanasique signifie la négation de la vie dans l'individu souffrant qui désespère de supporter son passage.

Si la vie infinie ne s'offre concrètement dans l'humanité qu'à travers les vivants qui s'affectent de son mouvement, elle est niée en son infinité par sa négation en chaque être humain ; la nier dans l'individu revient à la nier en son élan créateur absolu. Telle est la légitimation, philosophique et anthropologique fondamentale de l'interdit du meurtre constituant l'un des principes fondateurs de toute société humaine. Cet interdit sans lequel il n'est aucune possibilité de vivre ensemble, est soutenu par les traditions éducatrices, spirituelles et religieuses de l'humanité. Parmi celles-ci, le Christianisme, intégrant cette conception sacrée de la vie, ne cesse de condamner, comme un crime d'une extrême gravité, toute agression à l'encontre de la vie de l'homme innocent. Dans une *Déclaration sur l'euthanasie* de la Sacré Congrégation pour la Doctrine de la foi, l'Église catholique reprend avec insistance ses affirmations traditionnelles sur la valeur de la vie humaine :

«La vie humaine est le fondement de tous les biens, la source et la condition nécessaire de toute activité humaine et de toute communion sociale. Si la plupart des hommes estiment que la vie a un caractère sacré et que chacun ne peut en disposer à son gré, les croyants y voient, plus encore un don de l'amour de Dieu, qu'ils ont la responsabilité de conserver et de faire fructifier. De cette dernière considération découlent les conséquences suivantes :

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 inamovible et inaliénable, donc sans commettre un crime d'une extrême gravité,
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... »

Le texte fait état d'une prise de position très ferme à propos de l'euthanasie :

«Or, il faut le dire une nouvelle fois avec fermeté, 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 agonisant³.»

Mais la vie humaine, en toutes ses potentialités, se manifeste seulement dans les sujets qui la portent. Aussi seul le sujet qui l'éprouve reste-t-il à même d'exprimer le ressenti de sa qualité, parce qu'il est l'instance par excellence de la conscience, de la liberté et de la volonté de cette vie qui, en lui, se déploie dans ses dimensions les plus hautes. En conséquence comment ne pas prendre en considération le jugement du sujet formulé sur sa propre vie ? Dans l'Église, d'autres textes, non moins officiels que celui mentionné ci-dessus, rappellent avec force l'éminente dignité de la conscience personnelle. La *Déclaration sur la dignité humaine* comporte les affirmations suivantes :

« Mais c'est par la médiation de sa conscience que l'homme perçoit les injonctions de la loi divine ; c'est elle qu'il est tenu de suivre fidèlement en toutes ses activités pour parvenir à sa fin qui est Dieu. Il ne doit donc pas être contraint d'agir contre sa conscience⁴. »

La *Constitution pastorale* intitulée : «L'Église dans le monde de ce temps» souligne le caractère sacré de la conscience humaine :

3 Sacré Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *Déclaration sur l'euthanasie*, in *La Documentation catholique*, 20 juillet 1980, n° 1790, 62^e année, T. LXXVII, pp. 697-698.

4 Concile Vatican II, *Déclaration sur la liberté religieuse et la dignité humaine*, n° 3, in *Textes du Concile Vatican II*, Éditions Fides, Montréal, Paris, 1967.

«La conscience est le centre le plus secret de l'homme, le sanctuaire où il est seul avec Dieu et où Sa voix se fait entendre... Par fidélité à la conscience, les chrétiens, unis aux autres hommes, doivent chercher ensemble la vérité et la solution juste de tant de problèmes moraux que soulèvent aussi bien la vie privée que la vie sociale⁵.»

Ces quelques textes, brièvement évoqués, révèlent, par leur rapprochement, la difficulté épistémologique de conjuguer le principe nécessaire de la défense de la vie, en son infinité, et l'exigence de respect eu égard à la conscience individuelle en son pouvoir de décision. Devant ces thèses mises en présence dans une certaine opposition, il n'est en définitive que deux hypothèses significatives : ou bien demeurer dans le risque d'une tension conflictuelle répétée ou bien chercher une logique de réconciliation sans remettre en cause le principe absolu de la défense de la vie et la valeur inaliénable de la conscience. Dans cette dernière perspective, il y a nécessité de reprendre l'examen de la demande euthanasique.

II

Demande d'euthanasie et interprétation

L'acte euthanasique, dans les pays développés, demeure inséparable du point de vue de sa possibilité, de son effectivité et de sa signification, d'un contexte multidimensionnel complexe.

Sans doute faut-il insister sur la situation singulière du patient dont la vie est accablée irrémédiablement par une souffrance impossible à résorber par les moyens médicaux actuellement disponibles, sans qu'il en coûte à l'existence même du sujet. Parce qu'il désespère de la vie dans ces circonstances tragiques, en refusant même l'idée d'une éventuelle rémission, le malade fait une demande d'euthanasie. Il se détermine simultanément pour une fin soulagée et contre une durée de vie insupportable. Pris en étau entre une situation d'extrême détresse et le rêve d'une délivrance définitive, le patient expose une demande aux motivations contextuelles : en finir avec l'existence absorbée dans la douleur et le ressenti malheureux de la vie qui s'échappe en agonie.

⁵ Concile Vatican II, Constitution pastorale : *L'Église dans le monde de ce temps*, n° 16 ; *op. cit.*

Aux mobiles du patient s'ajoutent des arguments de l'entourage. La famille invoque le devoir de compassion eu égard à l'un des siens, pris en pitié, sous la torture incessante de la maladie qui le broie. La médecine rappelle son impuissance devant les cas incurables. La société évoque les coûts inutiles du prolongement de toute vie condamnée. Pour conforter le tout, l'acte euthanasique se trouve légitimé par une école de pensée qui absolutise la liberté et le droit de l'individu d'exprimer une décision, supposée éclairée, sur sa propre vie.

Mais la demande euthanasique, fût-elle soutenue auprès du malade par un entourage persuadé de bien faire en ce cas, est irréductible à son apparente positivité qui dissimule quelques points-aveugles. Le patient, au moment d'un éventuel répit intervenant dans le cours de son malheur, risque de déjuger son propre souhait ou, indépendamment même de cette improbable possibilité, peut traduire seulement, en son imploration, un cri d'appel à destination de son entourage. Dans leur approbation même, ses proches ne sont pas nécessairement affranchis de l'angoisse de leur propre faiblesse devant le malheur d'autrui. Les soignants prennent le risque de montrer aux grands malades une image très négative de la médecine mise en contradiction ici, en favorisant la pratique de l'euthanasie, avec son principe hippocratique immémorial. Quant à la société qui rappelle, en pareil cas, ses raisons d'économie, elle se met en danger par le soutien qu'elle apporte à un processus de mort où se perd la confiance réciproque des citoyens⁶.

En somme, la demande manque de transparence en elle-même. Faut-il alors recourir à des procédures explicites et objectives : le consentement écrit ? le testament biologique ? Mais il n'est pas assuré que toute forme de pression soit écartée de la requête signée de son auteur dans un moment de conscience qu'il est toujours possible de soupçonner. Quoi qu'il en soit de l'émergence obscure, dans un environnement humain complexe, de la demande et des aveuglements de celle-ci, il reste qu'en elle quelque chose se donne à écouter : la délivrance de la vie saisie par la souffrance. Certes, ce n'est point la mort qui est demandée à autrui, parce que, en ce monde, nul n'a de prise sur elle, c'est l'interruption du cours de la vie qui est attendu d'un tiers pour un

6 VERSPIEREN P., *Face à celui qui meurt*, Desclée de Brouwer, Paris, 1984 ; cf. 3^e partie : "L'euthanasie".

affranchissement radical de la souffrance. Toutefois, au nom du ressenti de la vie, il est demandé d'en finir avec la vie.

Il reste à savoir – cette question sera retrouvée plus loin – s'il est légitime d'opérer un tel réductionnisme. En tout état de cause, il y a là un appel à la compassion que nul, parmi les humains, ne saurait ignorer dans la mesure où il qualifie la relation éthique envers l'autre homme.

Forme de la bienveillance, la compassion se définit comme un sentiment de solidarité avec autrui meurtri par la souffrance. Sans doute des sages, des spiritualités, des religions, voire certaines morales dans le monde s'efforcent-elles de légitimer cette inclination altruiste fondée sur la participation de tous les hommes à la même humanité. La compassion révèle avec insistance la véritable question que suggère la demande d'euthanasie : faut-il répondre au souhait d'un incurable qui demande à recevoir la mort comme une délivrance ? On peut imaginer qu'à cette interrogation cruciale, la compassion soit en mesure de proposer une réponse positive en se fondant sur quelques arguments :

1. l'appartenance à la même humanité impose à chacun le devoir de venir en aide à son semblable en état de désarroi,
2. la souffrance de l'homme innocent est injustifiable,
3. le devoir d'assistance à l'égard de l'autre homme exige un combat absolu (par tous les moyens) contre la souffrance.

La compassion qui veut le bien d'autrui jusque dans la fin de sa vie, ne semble pas dépourvue d'humanité.

Cependant si, en elle, il y a satisfaction de la demande individuelle, il n'est pas de soutien du principe de défense de la vie ressentie ici dans sa dégradation irréversible. Aussi l'Église ne reconnaît pas le bien-fondé de l'euthanasie par compassion. Dans sa *Lettre encyclique* intitulée : *la valeur et l'inviolabilité de la vie humaine*, le Pape Jean-Paul II écrit :

«Dans ce contexte, la tentation de l'euthanasie se fait toujours plus forte, c'est-à-dire la tentation de se rendre maître de la mort en la provoquant par anticipation et en mettant fin ainsi "en douceur" à sa propre vie ou à celle

d'autrui. Cette attitude, qui pourrait paraître logique et humaine, se révèle en réalité absurde et inhumaine, si on la considère dans toute sa profondeur⁷.»

Cette prise de position officielle qui apparaît ici dans son intransigeance incluant implicitement le refus de la mort donnée par compassion, mérite d'être interrogée, parce qu'elle manque d'évidence, comme l'avoue un autre texte romain, pour «ceux qui ne partagent pas la Foi chrétienne ou ne nourrissent aucune conviction en un au-delà de la vie terrestre⁸».

III

Approche de la mort et défense de la vie

Aux yeux de l'Église, la compassion qui n'est pas exempte d'un certain attendrissement sur soi-même, ne peut pas être considérée comme un principe de légitimation éthique du geste euthanasique, parce qu'elle contrevient à la souveraineté de Dieu, seul maître de la vie et de la mort de l'homme et parce qu'elle s'absorbe dans une relation immanente à l'unicité d'une situation où elle abandonne l'exigence d'universalité constitutive de la vérité de l'action éthique. Dissemblable de la charité qui signifie, en ses expressions, sa provenance théologique transcendante, la compassion qui fait accepter la possibilité de l'euthanasie interroge sur la légitimité de la négation de la vie au nom de son ressenti.

À cause de l'expérience terrible de la souffrance, l'appel de la mort est signifié par le patient qui s'éprouve dans la fatalité de son malheur. Mais sur le plan du principe, donc de l'exigence épistémologique fondamentale, est-il acceptable de réduire la vie à sa perception douloureuse comme le suggère la demande elle-même ? Car la vie, en son infini dynamisme dans l'humanité est réellement multidimensionnelle, comme le révèlent, au cœur des êtres, la multiplicité des activités, la pluralité des comportements et la richesse des actions. Elle s'affirme sans cesse dans son pouvoir créateur⁹. Vouloir la

7 *Evangelium vitae*, Lettre encyclique du Pape JEAN-PAUL II, in *La Documentation catholique*, 16 avril 1995, n° 2114, 77^e année, T. XCII, p. 384.

8 *Quelques questions d'éthique relatives aux grands malades et aux mourants*, Conseil pontifical «Cor unum», Cité du Vatican, 1981, p. 4.

9 La puissance créatrice de la vie a été magnifiquement illustrée par H. BERGSON, in *L'évolution créatrice*, Œuvres, Édition du Centenaire, P.U.F., Paris, 1970.

réduire à l'un de ses états revient à nier sa créativité où se fait sentir le travail du négatif, à désespérer de son élan régénérateur, à juger l'infini au nom du fini, à identifier le tout à la partie, à absolutiser une position contextuelle... Au nom de quoi pourrait-on prétendre que toute la vie est là, dans ce moment défiguré, puisque aucun humain, en sa limitation existentielle, n'est à même d'expérimenter toutes les potentialités de la vie ?

Le geste euthanasique oublie que la vie humaine, en son mouvement chez les vivants, implique la réalité de la souffrance. L'homme est cet être en lequel sont noués le «vivre» et le «mourir». La souffrance, au-delà de son affection immédiate, s'offre comme le signe de la finitude de tout sujet, comme celui d'une puissance de création aux prises avec ses résistances¹⁰. Là réside le caractère tragique de la vie que cherche à oublier une certaine forme de développement scientifique et technique. La *Lettre encyclique* sur «la valeur et l'inviolabilité de la vie humaine», citée ci-dessus, évoque cette attitude de dénégation :

«En raison des progrès de la médecine et dans un contexte culturel souvent fermé à la transcendance, l'expérience de la mort présente actuellement certains aspects nouveaux. En effet, lorsque prévaut la tendance à n'apercevoir la vie que dans la mesure où elle apporte du plaisir et bien-être, la souffrance apparaît comme un échec insupportable dont il faut se libérer à tout prix. La mort tenue pour "absurde" si elle interrompt soudainement une vie encore ouverte à un avenir riche d'expériences intéressantes à faire, devient au contraire une "libération revendiquée" quand l'existence est considérée comme dépourvue de sens dès lors qu'elle est plongée dans la douleur et inexorablement vouée à des souffrances de plus en plus aiguës¹¹.»

Mais l'homme ne s'apporte pas dans la vie qu'il reçoit dans la contingence de son existence. Vivant, il a le droit d'être là en ce monde, jusqu'à son dernier souffle. Une vie exempte de souffrance supposerait, pour n'être point illusoire, la possibilité effective de surmonter la finitude en toutes ses expressions. Ici, il y a nécessité d'apprendre à renoncer à la toute puissance, inspiratrice des rêves les plus fous, et d'affronter, avec courage et lucidité, la dureté du réel.

On est en droit de se demander, en effet, ce que révélerait d'elle-même une société qui admettrait l'euthanasie comme principe dans

¹⁰ NIETZSCHE, *La volonté de puissance*, t. II, liv. 3, n° 451, trad. G. Bianquis, Gallimard, Paris, 1948.

¹¹ *Evangelium vitae*, op. cit., p. 384.

son existence. Non seulement cette approbation risquerait de libérer en elle des dérives qu'il est aisé d'imaginer, mais aussi d'idéaliser, de manière totalitaire, la vie à partir d'un moment de l'existence supposé le meilleur pour tous les citoyens.

Si en tout être humain la vie et la mort sont mises en dialectique, il importe d'accepter la vérité de la condition de l'homme, ce vivant mortel dans le monde. En conséquence, il est sans signification de maintenir artificiellement par des moyens démesurés une vie qui se retire inexorablement ou de refuser l'euthanasie passive comme attitude d'abstention devant un processus de mort inéluctable. Il ne s'agit pas alors de considérer la mort comme un bien pour l'homme souffrant, mais d'accueillir la vérité de l'existence humaine marquée par la finitude. La *Lettre encyclique*, déjà mentionnée, s'exprime sur cette question en ces termes :

«Il faut distinguer de l'euthanasie la décision de renoncer à ce qu'on appelle "l'acharnement thérapeutique", c'est-à-dire à certaines interventions médicales qui ne conviennent plus à la situation réelle du malade, parce qu'elles sont désormais disproportionnées par rapport aux résultats que l'on pourrait espérer ou encore parce qu'elles sont trop lourdes pour lui et sa famille. Dans ces situations, lorsque la mort s'annonce imminente et inévitable, on peut en conscience "renoncer à des traitements qui ne procureraient qu'un sursis précaire et pénible de la vie, sans interrompre pourtant les soins normaux dus au malade en pareil cas"¹².»

Il n'est là nulle revendication de la mort et de sa maîtrise, comme dans une sorte de «suicide assisté», mais une confrontation à la réalité de la condition humaine où la mort est nécessairement intégrée.

Sans doute est-ce dans cette confrontation ultime et douloureuse que prennent tout leur sens les soins palliatifs sur lesquels les textes de l'Église, relatifs à l'euthanasie, insistent avec force. Se refusant à reconnaître dans le souhait d'euthanasie une demande de mort et pré-occupée par la défense de la dignité de la personne humaine, l'Église approuve avec conviction le développement des soins de fin de vie, à condition que ceux-ci ne privent pas totalement le malade de la conscience de soi¹³. Il semble qu'il y ait là une perspective de réconciliation entre le principe absolu de la défense de la vie et le respect de la conscience humaine dans son expression individuelle. Les soins palliatifs, prodigués avec maîtrise, doivent permettre de combattre la souffrance et d'ac-

12 *Evangelium vitae*, op. cit., p. 384.

13 PIE XII, *Discours à un groupe de médecins* (24 février 1957), III ; AAS 49 (1957), p. 145.

compagner humainement le patient vers la mort sans lui soustraire sa conscience et le frustrer des derniers actes de la fin de vie. Dans un texte qui fait état d'une «proposition commune de l'Église anglicane et de la Conférence épiscopale catholique d'Angleterre» concernant le *problème de l'euthanasie*, il est possible de lire ces quelques lignes :

«Le mouvement hospitalier (*hospice movement*) est né du souci des chrétiens d'aider les malades à mourir dans la dignité... Notre souci est que les leçons apprises dans les hospices sur la maîtrise de la douleur, le soutien psychologique et spirituel, soient appliquées dans l'ensemble du service médical, à tous les mourants... Nous croyons que le fait de tuer délibérément une personne à l'article de la mort équivaut à la rejeter. Notre devoir est d'être avec elle, de lui offrir une assistance physique, psychologique et spirituelle appropriée dans sa détresse, et de lui faire comprendre par notre présence attentive, qu'elle reçoit le soutien de ses frères et sœurs humains et la présence de Dieu¹⁴.»

Dans ce mode de soins, l'Église perçoit la possibilité d'une expression de la charité chrétienne sans dérober, en aucune manière, au patient sa liberté de se préparer à la mort. Mais il reste qu'ici toute souffrance n'est pas nécessairement vaincue. En ce cas intervient, par delà la réalité concrète immédiate de l'existence humaine enserrée dans le malheur, le rappel théologique de la participation de toute souffrance à la souffrance salvifique du Christ¹⁵. On retrouve alors la problématique de l'acte de Foi qui veut ouvrir la vie à l'au-delà de son horizon mondain ; de ce point de vue, le plan d'affirmation est celui du croire, mais il se peut que la vie ait en elle un appel capable de la transfigurer.

D'un point de vue philosophique, la condamnation par l'Église de l'euthanasie active (au sens strict), se présente comme une prise de position en faveur de la vie. Cette défense de la vie ne se trouve pas dépourvue de justifications fondamentales seulement suggérées au fil des pages précédentes. Le problème irréductible est celui de la souffrance terrible qui accable le patient incurable. Car du fond de ce mal intolérable se fait entendre la demande d'euthanasie en laquelle l'Église ne déchiffre qu'un souhait de délivrance (Comment est-il possible qu'un vivant, du plus profond de son être, puisse désirer lucidement son propre néant ?). Si devant la souffrance, en son inten-

14 *Le problème de l'euthanasie. Proposition de l'Église anglicane et de la Conférence épiscopale catholique d'Angleterre*, in *La Documentation catholique*, 5 et 19 septembre 1993, n° 2078, 75^e année, T. XC, p. 781.

15 *Evangelium vitae*, *op. cit.*, p. 386.

Pierre GIRE

sité extrême, il faut choisir entre la vie et la mort, c'est la vie que doit choisir l'esprit parce que, à partir de la vie où se recueille l'espérance, la souffrance sera toujours combattue.

Pierre GIRE

*Philosophe, Vice-Recteur
de l'Université catholique de Lyon*

Annexe 1

Sacrée Congrégation pour la Doctrine de la foi DÉCLARATION SUR L'EUTHANASIE*

Ce texte a été publié par la Documentation Catholique du 20 juillet 1980, n° 1790. Nous remercions la D.C. de nous avoir autorisé à le reproduire, ainsi que le texte de l'annexe 2.

Introduction

Les droits et les valeurs attachés à la personne humaine tiennent une place importante dans la problématique contemporaine. À ce propos, le deuxième Concile du Vatican a réaffirmé l'éminente dignité de la personne humaine et tout spécialement son droit à la vie. Aussi a-t-il dénoncé les crimes contre la vie "comme toute espèce d'homicide, le génocide, l'avortement, l'euthanasie et aussi le suicide délibéré" Const. past. *Gaudium et spes*, n° 27).

Récemment, la S. Congrégation pour la Doctrine de la foi a rappelé la doctrine catholique au sujet de l'avortement provoqué¹. Elle veut maintenant présenter l'en-

seignement de l'Église sur le problème de l'euthanasie.

En effet, si en ce domaine les principes affirmés par les derniers Pontifes² sont toujours valables, les progrès de la médecine ont fait apparaître en ces dernières années d'autres aspects du problème de l'euthanasie qui appellent au plan éthique de nouvelles précisions.

Dans notre société, où les valeurs fondamentales de la vie humaine sont mises en cause, une mutation de civilisation influe sur la façon de considérer la souffrance et la mort ; la médecine a accru son pouvoir de guérir et de prolonger la vie dans des conditions qui entraînent parfois des problèmes moraux. Aussi les hommes qui vivent dans un tel climat s'interrogent-ils avec angoisse sur le sens de la vieillesse extrême et de la mort. Ils en viennent à se demander s'ils n'auraient pas le droit de se procurer, à eux ou à leurs sem-

* Texte publié par la polyglotte vaticane. Les références à la DC sont de notre rédaction.

¹ *Declaratio de abortu procurato*, 18 novembre 1974 (AAS 66 [1974], p. 730-747), (DC, 1974, n° 1666, p. 1068-1073).

² Pie XII, *Discours aux congressistes de l'Union internationale des ligues féminines catholiques*, 11 septembre 1947 (AAS 39 [1947], p. 483) (DC, 1947, n° 1003, col. 1455-1462) ; *Allocution à l'Union catholique italienne des sages-femmes*, 29 octobre 1951 (AAS 43 [1951]), p. 835-854) (DC, 1951, n° 1109, col. 1473-1494), *Discours aux membres de l'office International de documentation de médecine militaire*, 19 octobre 1953 (AAS

45 [1953], p. 744-754) (DC, 1953, n° 1160, col. 1409-1418), *Discours aux participants du IX^e Congrès de la Société italienne d'anesthésiologie*, 24 février 1957 (AAS 49 [1957], p. 146) (DC, 1957, n° 1247, col. 325-340), cf. aussi *Allocution sur la "réanimation"*, 24 novembre 1957 (AAS 49 [1957], p. 1027-1033) (DC, 1957, n° 1267, col. 1605-1610). PAUL VI, *Discours aux membres du Comité spécial des Nations Unies pour la question de l'apartheid*, 22 mai 1974 (AAS 66 [1974], p. 346) (DC, 1974, n° 1657, p. 605-606). JEAN-PAUL II, *Allocution aux évêques des USA*, 5 octobre 1979 (AAS 71 [1979], p. 1225) (DC, 1979, n° 1773, p. 925-930).

blables, une mort "douce" qui abrègerait leurs souffrances ou qui serait, à leurs yeux, plus conforme à la dignité humaine. Plusieurs Conférences épiscopales ont posé à ce sujet des questions à la S. Congrégation pour la Doctrine de la foi. Après avoir consulté des experts sur les différents aspects de l'euthanasie, la S. Congrégation entend répondre aux évêques pour les aider à orienter les fidèles et leur offrir, à propos de ce grave problème, des éléments de réflexion qu'ils puissent présenter aux autorités civiles responsables.

Les arguments proposés dans ce document concernent tout d'abord ceux qui mettent leur foi et leur espérance dans le Christ qui, par sa vie, sa mort et sa résurrection, a donné un sens nouveau à l'existence de chacun des siens, et spécialement à leur mort, selon la parole de saint Paul : "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 ; cf. Ph 1, 20.)

Quant aux adeptes d'autres religions, beaucoup admettront avec nous que la croyance — s'ils la partagent — en un Dieu Créateur, Providence et Maître de la vie, donne une valeur éminente à toute personne humaine et doit en garantir le respect.

Nous espérons aussi que la présente Déclaration rencontrera l'assentiment de tant d'hommes de bonne volonté qui, au-delà des différences philosophiques ou idéologiques, ont une vive conscience des droits de la personne humaine. Ces droits ont été d'ailleurs souvent proclamés au

cours des dernières années dans des déclarations internationales³ ; et puisqu'il s'agit ici des droits fondamentaux de toute personne humaine, on ne saurait recourir à des arguments tirés du pluralisme politique ou de la liberté religieuse pour en refuser la valeur universelle.

I Valeur de la vie humaine

La vie humaine est le fondement de tous les biens, la source et la condition nécessaire de toute activité humaine et de toute communion sociale. Si la plupart des hommes estiment que la vie a un caractère sacré et que chacun peut en disposer à son gré, les croyants y voient plus encore un don de l'amour de Dieu, qu'ils ont la responsabilité de conserver et de faire fructifier. De cette dernière considération découlent les conséquences suivantes :

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, donc sans commettre un crime d'une extrême gravité⁴.
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

3 On songera tout spécialement à la recommandation 779 (1976) relative aux droits des malades et des mourants, de l'Assemblée parlementaire de l'Europe en sa XXVII^e session ordinaire. Cf. SIPECA, n° 1, mars 1977, p. 14-15.

4 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.

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.

Il faut distinguer avec soin du suicide le sacrifice par lequel, en vue d'une grande cause — comme l'honneur de Dieu, le salut des âmes ou le service de ses frères — quelqu'un donne ou expose sa propre vie (cf. Jn 15, 14).

II

L'euthanasie

Pour traiter avec précision du problème de l'euthanasie, il convient d'abord de préciser le vocabulaire employé.

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.

Il est donc nécessaire de dire clairement en quel sens est employé ce terme dans le présent document.

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.

Or il faut le dire une nouvelle fois avec fermeté, 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.

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 légitimement 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.

III

Le chrétien devant la souffrance et l'usage des médicaments analgésiques

La mort ne se produit pas toujours dans des conditions dramatiques, au terme d'insupportables souffrances. Il ne faut pas penser uniquement aux cas extrêmes. Des témoignages nombreux et concordants donnent à penser que la nature même facilite au moment de la mort des détachements qui seraient terriblement douloureux à un homme en pleine santé. Ainsi une maladie prolongée, une vieillesse avancée, une situation de solitude et d'abandon peuvent instaurer des conditions psychologiques qui facilitent l'acceptation de la mort.

Il n'en reste pas moins que la mort, souvent précédée ou accompagnée de souffrances atroces et d'une longueur épuisante, demeure naturellement angoissante pour le cœur de l'homme.

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 ; mais, ressentie dans le psychisme humain, elle devient souvent disproportionnée à son utilité biologique et peut prendre une dimension telle qu'on souhaite l'éliminer à tout prix.

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 effet de participation à la Passion du Christ et union au sacrifice rédempteur qu'il a offert dans l'obéissance au Père. Aussi ne faut-il pas s'étonner que certains fidèles désirent modérer l'usage des analgésiques, de façon à assumer au moins une partie de leurs souffrances et à s'unir ainsi, dans une conscience pleinement éveillée, à celles de Jésus sur la croix (cf. Mt 27, 34). Toutefois, 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 chré-

tienne 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.

Mais l'utilisation intensive des analgésiques ne va pas sans soulever des difficultés, puisque le phénomène de l'accoutumance oblige généralement à en augmenter les doses pour en maintenir l'efficacité. Il convient de rappeler ici une déclaration de Pie XII qui conserve toute sa valeur ; à des médecins qui lui posaient la question suivante : "La suppression de la douleur et de la conscience par le moyen des narcotiques [...] est-elle permise par la religion et la morale au médecin et au patient (même à l'approche de la mort et si l'on prévoit que l'emploi des narcotiques abrégera la vie) ?", le Pape répondit : "S'il n'existe pas d'autres moyens et si, dans les circonstances données, cela n'empêche pas l'accomplissement d'autres devoirs religieux et moraux : oui⁵". 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.

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

5 PIE XII, Discours du 24 février 1957 (AAS 49 [1957], p. 147) (DC, 1957, n° 1247, col. 325-340).

6 PIE XII, *ibid.*, p. 145. Cf. *Allocution du 9 septembre 1958* (AAS 50 [1958], p. 694) (DC, 1958, n° 1287, col. 1227-1236).

surtout de se préparer en pleine connaissance à la rencontre du Christ. Aussi Pie XII rappelle-t-il "qu'il ne faut pas sans raison grave priver le mourant de la conscience de soi⁹⁹".

IV

L'usage proportionné des moyens thérapeutiques

Il est aujourd'hui très important de protéger au moment de la mort la dignité de la personne humaine et la conception chrétienne de la vie contre une technicité qui risque de devenir abusive. Aussi certains en sont-ils venus à parler d'un "droit à la mort", expression qui ne désigne pas le droit de se donner ou de se faire donner la mort comme on le veut, mais le droit de mourir dans la dignité humaine et chrétienne, en toute sérénité. De ce point de vue, l'usage des moyens thérapeutiques peut parfois poser des problèmes.

En de nombreux cas, la complexité des situations peut être telle qu'elle engendre des hésitations sur la manière d'appliquer les principes de l'éthique. Les décisions appartiendront en dernier lieu à la conscience du malade ou des personnes qualifiées pour parler en son nom, ainsi qu'à celle des médecins à la lumière des obligations morales et des différents aspects du cas.

Chacun a le devoir de se soigner ou de faire soigner. Ceux qui ont la charge de soigner les malades doivent le faire consciencieusement et administrer les remèdes qui paraissent nécessaires ou utiles.

Faut-il cependant en toutes circonstances recourir à tous les moyens possibles ? Naguère, les moralistes répondaient qu'on n'est jamais obligé d'employer les moyens "extraordinaires". Cette réponse, toujours valable en principe, est peut-être moins éclairante aujourd'hui, en raison de l'im-

précision du terme et de l'évolution rapide de la thérapeutique. Aussi certains préféreraient-ils parler de moyens proportionnés et disproportionnés. De toute manière, on appréciera les moyens en mettant en rapport le genre de thérapeutique à utiliser, son degré de complexité ou de risque, son coût, les possibilités de son emploi, avec le résultat qu'on peut en attendre, compte tenu de l'état du malade et de ses ressources physiques et morales.

Pour faciliter l'application de ces principes généraux, on peut apporter les précisions suivantes :

- 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. Mais pour une telle décision, on tiendra compte du désir raisonnable du malade et de sa famille, ainsi que de l'avis des médecins particulièrement compétents ; ceux-ci pourraient estimer notamment que l'investissement en instruments et en personnel est disproportionné aux résultats prévisibles, et que les techniques mises en œuvre imposent au patient des contraintes ou des souffrances hors de proportion avec les bénéfices qu'il peut en recevoir ;
- il est toujours permis de se contenter des moyens normaux que la médecine peut offrir. On ne peut donc imposer à personne l'obligation de recourir à une technique déjà en usage, mais encore risquée ou très onéreuse. Son refus n'équivaut pas à un suicide ; il y a là plutôt acceptation de la condition humaine, souci

d'épargner la mise en œuvre d'un dispositif médical disproportionné aux résultats que l'on peut attendre, enfin volonté de ne pas imposer des charges trop lourdes à la famille ou à la collectivité ;

- 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 procureraient qu'un sursis précaire et pénible, sans interrompre pourtant les soins normaux dus au malade en pareil cas. Le médecin ne pourrait alors se reprocher la non-assistance à personne en danger.

Conclusion

Les normes contenues dans la présente Déclaration sont inspirées d'un profond désir de servir l'homme selon le dessein du Créateur. Si la vie est un don de Dieu, la mort est inéluctable ; il faut donc, sans en prévenir l'heure, savoir l'accepter en toute responsabilité et dignité. Il est vrai qu'elle marque la fin de notre existence terrestre, mais en même temps elle fait éclore une vie immortelle. Aussi tous les hommes doivent-ils se préparer à cet événement à la lumière des valeurs humaines et les chrétiens plus encore à la lumière de la foi.

Quant à ceux qui travaillent dans les professions de la santé, ils ne négligeront rien pour mettre au service des malades et des mourants toute leur compétence ; mais ils se souviendront aussi de leur apporter le réconfort plus nécessaire encore d'une immense tendresse et d'une ardente charité. Un tel service de l'homme est aussi un service du Seigneur qui a dit : "Dans la mesure où vous l'avez fait à l'un de ces plus petits de mes frères, c'est à moi que vous l'avez fait." (Mt 25, 40.)

Au cours de l'audience accordée au Préfet soussigné de la Congrégation, Sa Sainteté Jean-Paul II a approuvé cette Déclaration adoptée en réunion ordinaire de la Congrégation pour la doctrine de la foi et en a ordonné la publication.

A Rome, au siège de la Congrégation, le 5 mai 1980.

Franjo Card. SEPER

Préfet

Fr. Jérôme HAMER O.P.

*Archev. tit. de Lorium
Secrétaire*

Annexe 2

Déclaration du Conseil permanent de la Conférence des évêques de France - 23 septembre 1991

*RESPECTER L'HOMME PROCHE DE LA MORT**

De tout temps l'homme a été affronté au mystère de la mort. Jamais peut-être n'a-t-il été autant qu'aujourd'hui désorienté par cette réalité qui fait pourtant partie de sa condition. De multiples progrès ont permis de prévenir ou de guérir les maladies autrefois fatales. Simultanément des changements socio-culturels et les impératifs d'une médecine technicisée ont fait que la mort n'est généralement plus "un événement social, hautement ritualisé, intégré dans la vie quotidienne des familles et des communautés humaines"¹.

Cette perte de l'expérience de proximité avec la mort est une des causes "d'une banalisation de la vie quotidienne qui perd en sérieux et en profondeur"². Elle contribue à renforcer peurs et angoisse, à propos de la manière dont se déroulera, pour chacun, la fin de sa vie. Certains en viennent à penser qu'un abrègement de cette phase terminale de l'existence, une mort accélérée procurée de la main même de ceux qui ont pour fonction de soigner, seraient parfois préférables et représenté-

raient même un geste d'humanité ; une telle conviction tend à se répandre.

Nous sommes conscients de la gravité, pour notre société, du débat ainsi engagé. Par son attitude envers la mort et les mourants, l'homme exprime le sens qu'il reconnaît à sa vie, il témoigne de son acceptation ou de son refus de reconnaître à tout être humain une grandeur et une dignité inaliénables, quels que soient les déficits corporels ou mentaux dont il est affligé.

Nous sommes aussi conscients de la complexité de nombreuses situations et de la difficulté de certaines questions. Entre les ressources d'une médecine "infatigablement créatrice"³, il est devenu nécessaire de choisir celles qui correspondent au bien de la personne soignée. Il s'agit de trouver les voies d'une véritable sagesse. Nous invitons donc tous ceux qui ont une part de responsabilité en ce domaine à approfondir leur réflexion sur le juste emploi des moyens médicaux. Nous nous sentons tenus de notre côté de faire part des conclusions auxquelles nous a conduits une réflexion menée de longue date à l'intérieur de l'Église catholique.

* *La Document catholique*, 20 octobre 1991, n° 2036.

1 Cardinal C.-M. MARTINI, "Raffermir l'espérance et résister au mal dans l'Europe d'aujourd'hui". Résultats des travaux et orientations du 7^e Symposium des Evêques européens, *La Documentation Catholique (DC)* 1989, n° 1994, p. 1015.

2. *Idem*, p. 1015.

3 Cardinal J. VILLOT, "Le respect de la vie humaine", *DC* 1970, n° 1573, p. 963.

L'usage proportionné des moyens thérapeutiques

Autant aujourd'hui on attend beaucoup des ressources de la médecine, notamment la guérison en cas de maladie, autant on craint d'être soumis contre sa volonté à un inutile "acharnement thérapeutique". Nous connaissons la difficulté des décisions en un tel domaine, mais nous jugeons important de rappeler la position de notre Église : tout homme "a le droit et a le devoir, en cas de maladie grave, de (recevoir) les soins nécessaires pour conserver la vie et la santé"⁴. Mais un tel devoir n'implique pas pour lui le recours à des moyens thérapeutiques inutiles, disproportionnés⁵ ou imposant une charge qu'il jugerait extrême pour lui-même ou pour autrui⁶. Il en va de même pour ceux qui doivent décider au nom d'un malade devenu incapable d'exprimer sa volonté. "On appréciera les moyens (médicaux) en mettant en rapport le genre de thérapeutique à utiliser, son degré de complexité ou de risque, son coût, les possibilités de son emploi, avec le résultat qu'on peut en attendre, compte tenu de l'état du malade et de ses ressources physiques et morales⁷. Il est légitime de s'abstenir des traitements qui apporteraient peu de bénéfices au regard des désagréments, des contraintes, des effets nocifs ou des privations qu'ils entraîneraient. On pourra interrompre ces traitements lorsque les résultats en seront décevants. Un juste respect de la vie humaine n'exige pas davantage. Une véritable

préoccupation du bien des grands malades parvenus au terme de leur vie conduit à donner une place importante, et souvent même la priorité à d'autres formes d'assistance.

Le soulagement de la douleur

L'homme d'aujourd'hui redoute d'autant plus une fin de vie indûment prolongée qu'il craint qu'elle soit rendue très pénible par des douleurs intenses et persistantes. Nous entendons dire que l'Église catholique soulèverait des objections vis-à-vis du soulagement de telles douleurs. Nous nous élevons contre cette affirmation et tenons à rappeler que notre Église invite depuis longtemps à l'emploi, dans cette situation, de traitements antalgiques appropriés.

Si elles ne sont pas soulagées, ces douleurs peuvent en effet avoir des effets très néfastes. Le plus souvent, elles écrasent la personne qui les subit, l'enferment en elle-même, rompent sa communication avec autrui et détruisent en elle tout dynamisme psychique et spirituel, au point même, semble-t-il, de contribuer à précipiter la mort⁸. Fréquemment, "elles aggravent l'état de faiblesse et d'épuisement physique, entravent l'élan de l'âme et minent les forces morales"⁹. Le soulagement de ces douleurs procure une détente corporelle et psychique, aide le malade à retrouver le désir de vivre encore, permet le rétablissement d'une communication avec autrui et facilite, chez les croyants,

4 PIE XII, "Problèmes religieux et moraux de la réanimation", *DC* 1957, n° 1267, col. 1607.

5 Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *Déclaration sur l'euthanasie*, *DC* 1980, n° 1790, p. 699.

6 Cf. PIE XII, *doc. cit.*, col. 1607.

7 Congrégation pour la Doctrine de la foi, *doc. cit.*, p. 699.

8 Cf. D^r M. SALAMAGNE, "La souffrance qui dit la mort", dans E. Hirsch (Entretiens avec), *Partir, l'accompagnement des mourants*, Le Cerf, 1986, p. 48.

9 PIE XII, "Problèmes religieux et moraux de l'analgésie", *DC* 1957, n° 1247, col. 338.

la prière et la remise de soi entre les mains de Dieu¹⁰.

Cela conduisait le Pape Pie XII, en 1957, à prendre très nettement position à propos de l'utilisation des traitements antalgiques connus de son temps. Malgré l'image très négative qu'il avait alors des "narcotiques", il recommandait leur usage, à défaut d'autres moyens efficaces, s'il y avait à cela une indication médicale sérieuse¹¹. Le même enseignement a été rappelé en 1980¹².

En 1984, le Pape Jean-Paul II, commentant la parabole du Bon Samaritain, invitait "à agir concrètement et à porter secours à l'homme blessé"¹³. "Tout homme qui porte secours à des souffrances, de quelque nature qu'elles soient, ajoutait-il, est un Bon Samaritain. Secours efficace, si possible. Ce faisant, il y met tout son cœur, mais il n'épargne pas non plus les moyens d'ordre matériel"¹⁴.

Ces appels répétés à la recherche de moyens efficaces pour combattre la douleur de la fin de vie n'ont, semble-t-il, pas été toujours entendus, même par des catholiques. Il est vrai que, pendant longtemps, l'emploi des médicaments agissant sur les douleurs intenses semblait se heurter à de graves objections d'ordre médical. Ont donc été des bienfaiteurs de l'humanité les médecins et chercheurs qui, depuis 25 ans, s'évertuent à trouver de nouveaux antalgiques et de nouveaux modes d'administration et qui sont parvenus non seulement à soulager mais même à prévenir la plupart des douleurs intenses de la fin de

vie, en évitant les graves conséquences jusqu'alors redoutées.

Nous apportons notre plus ferme soutien et nos encouragements les plus sincères à tous ceux qui développent actuellement les "soins palliatifs". Par ce terme, nous entendons les méthodes de soin et de traitement de la douleur et des autres sources d'inconfort mises au point d'abord dans des institutions britanniques et tout spécialement dans le bien connu "Saint-Christopher's Hospice"¹⁵. Ces méthodes ont été adoptées dans de nombreux pays, américains et européens, sous l'impulsion de personnalités anglicanes, protestantes, catholiques, juives et de bien d'autres, appartenant ou non à une confession religieuse. Par leurs compétences et capacités, médicales et humaines, elles ont rendu d'éminents services à ceux qui souffrent ; nous ne pouvons nous dispenser de leur adresser des paroles de profonde reconnaissance¹⁶. Nous nous réjouissons de ce que les Pouvoirs publics français aient encouragé le développement de telles méthodes de soin. Nous jugeons qu'un tel effort doit être poursuivi, non seulement pour apaiser des peurs présentes chez nos contemporains, mais aussi parce que tout homme qui souffre invite à une compassion active et efficace. Il reste beaucoup à faire dans notre pays, notamment en ce qui concerne la formation des membres des professions de santé, pour que tous les malades en fin de vie reçoivent des soins appropriés. Cela revêt même un caractère d'urgence : tout retard sera source de souffrances pour de nombreux malades.

10 Cf. PIE XII, *ibidem*, col. 338.

11 Cf. PIE XII, *ibidem*, col. 337-340.

12 Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *doc. cit.*, p. 698-699.

13 JEAN-PAUL II, Lettre apostolique *Salvifici doloris*, DC 1984, n° 1869, p. 247, col. 338.

14 *Ibidem*, p. 247.

15 Cf. Commission familiale de l'Épiscopat français, "Vie et mort sur commande", DC 1984, n° 1885, p. 1128.

16 Cf. JEAN-PAUL II, *doc. cit.*, p. 248 ; et Cardinal J. M. LUSTIGER, "La défense et le respect de la vie", DC 1987, n° 1932, p. 89.

L'accompagnement des grands malades

La souffrance de ceux qui s'approchent de leur mort ne se limite cependant pas aux douleurs physiques. Être atteint d'une maladie grave, c'est devenir soumis à la rude épreuve de la défaillance du corps, de la perte des capacités physiques et même mentales, de la dépendance envers autrui. Mourir implique un douloureux travail de désaisissement de soi, d'arrachement à ce qui composait l'existence concrète, de séparation d'avec ceux qu'on aime ; c'est être affronté à la perspective de l'ultime passage. Cela peut devenir source de détresse ; et même de désespoir, si aucun soutien n'est apporté à ceux qui traversent une telle crise. Chez les croyants, la foi en un Dieu d'amour et l'espérance de la résurrection ne préservent pas de ces souffrances. La Bible elle-même est pleine de la clameur et des supplications de ceux qui passent par une telle épreuve.

Nombreux, surtout depuis quelques années, sont ceux, parents ou amis de malades, soignants, psychologues, volontaires appartenant à diverses associations, aumôniers et membres d'équipes d'aumônerie, qui ont essayé de se tenir proches de ceux qui souffrent ainsi, de les comprendre et d'adoucir leurs peines. Ils ont découvert l'importance d'une présence discrète et attentive, quel que soit le degré de lucidité du malade.

Ils ont constaté qu'une attitude d'écoute et de compréhension permet bien souvent à ceux qui sont restés conscients et capables de s'exprimer, de dire leurs sentiments, peurs et désirs, de sortir ainsi de la solitude, de trouver un apaisement à leur angoisse. Certains parviennent à faire un bilan de leur existence passée, à en découvrir les lignes de force, à achever de lire

le livre de leur vie. Cette forme de communication est désirée par bien des mourants et peut atteindre une grande densité. Ainsi soutenus, de grands malades font l'expérience, humaine et religieuse, de la réconciliation, qui leur permet de s'accepter eux-mêmes, avec leur vie concrète telle qu'elle a été, et qui leur ouvre de nouvelles possibilités pour les jours qu'il leur reste à vivre¹⁷.

Une telle présence auprès de ceux qui vont mourir est aujourd'hui dénommée "accompagnement"¹⁸. Elle est inséparable de l'action plus spécifiquement médicale évoquée plus haut¹⁹. De nombreux hommes et femmes y consacrent une part notable de leur temps et de leurs ressources morales et spirituelles. Ce mouvement revêt une importance indéniable : il représente une forme inestimable de solidarité, il contribue aussi à réintroduire dans la société une certaine familiarité avec la mort.

Croyants et incroyants s'y côtoient, essayant d'apporter le meilleur d'eux-mêmes. Nous nous permettons, en témoins de l'Évangile, d'exprimer la portée symbolique que nous lisons dans cette présence solidaire et désintéressée. Grâce à une telle assistance, des mourants peuvent sentir obscurément, et même expérimenter, la mystérieuse présence à leurs côtés de Dieu lui-même²⁰, de ce Dieu que nous croyons accompagner l'homme et rester avec lui tous les jours dans la traversée

17 Cf. "Mort digne de l'homme et mort chrétienne", document publié par l'épiscopat allemand, DC 1979, n° 1764, p. 479.

18 Cf. D^r K. SEBAG-LANOË, "Mourir accompagné", Desclée de Brouwer, 1986.

19 Cf. Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, "Soigner et accompagner jusqu'au bout", Bulletin Officiel n° 86-32 bis, Paris, 1986.

20 Cf. "Mort digne de l'homme et mort chrétienne", *doc. cit.*, p. 478.

de sa vie, de ce Dieu qui a voulu que l'être humain soit son image sur terre.

Peut agir ainsi à la ressemblance de Dieu tout homme, toute femme, quelles que soient ses convictions personnelles. Nous tirons cette affirmation de la Révélation chrétienne (Cf. Gn 1, 26). Chaque malade a cependant droit aux secours spécifiques que seuls peuvent lui apporter des membres de son Église ou de sa confession religieuse. Il est essentiel que la liberté de tous soit respectée et que chacun reçoive le soutien spirituel et religieux auquel il aspire. Tout catholique doit bénéficier de la possibilité de recevoir les sacrements qui, dons de Dieu, lui procureront la force de traverser l'épreuve de sa souffrance ; ils renforceront sa foi dans le Fils de Dieu qui, l'unissant à sa passion et à sa mort, lui promet d'avoir part à sa résurrection.

Les situations difficiles

Tous ces efforts, déjà largement déployés en France et encore bien insuffisants, représentent une forme légitime et nécessaire d'humanisation de la mort. Ils ne suppriment pas toute souffrance, car ce n'est pas à la portée de l'homme. Sur ce point il importe de renoncer aux illusions trompeuses. Mais bien des malades, ainsi soignés et accompagnés, ont eu le temps de témoigner de l'aide reçue et de leur reconnaissance. Des familles ont porté le même témoignage.

Demeurent cependant en fin de vie, et demeureront sans doute toujours, des situations de détresse, de douleurs ou d'autres symptômes mal soulagés, d'anxiété, d'agitation et d'angoisse. Il s'agit alors de faire preuve de beaucoup d'attention et de créativité, de manière à tenter d'adoucir cette épreuve.

Une question est souvent posée, notamment par des soignants. Ils demandent s'il est légitime, dans de tels cas, et lorsque la mort est proche, de plonger le malade dans un sommeil artificiel.

Voici notre position. Depuis toujours, l'Église catholique a accordé une grande importance aux pensées et aux actes de l'être humain parvenu à proximité de sa mort. L'expérience acquise par ceux qui ont accompagné de grands malades renforce cette conviction. Les derniers moments peuvent être l'occasion de sentiments, de paroles, ou d'autres formes de communication, de décisions, importants pour le mourant et son entourage. Beaucoup souhaitent la présence de proches, d'amis, de membres de leur communauté religieuse ; certains veulent garder la possibilité de prononcer une dernière prière, de recevoir une dernière fois un Sacrement. "Les en frustrer répugne au sentiment chrétien, et même simplement humain"²¹. Il ne faut donc pas, sans raisons graves, priver le mourant de sa lucidité et de sa conscience. Comme le disait le Pape Pie XII, "l'anesthésie (c'est-à-dire la suppression de la sensibilité générale et de la conscience) 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"²².

Il arrive cependant que des malades proches de leur fin soient écrasés par des souffrances physiques ou morales que personne n'arrive à atténuer, qu'ils manifestent un désir de dormir et qu'ils jugent n'avoir plus à accomplir de tâches qui requerraient leur lucidité ; dans ces cas, et eux seuls,

21 PIE XII, "Problèmes religieux et moraux de l'analgésie", *doc. cit.*, col. 338.

22 *Ibidem*, col. 338.

si l'on veille à continuer les soins nécessaires et si le maniement des diverses médications manifeste que l'on a pour unique objectif d'arracher ces malades au mal qui les accable et non pas de hâter ou de provoquer leur mort, alors nous jugeons qu'il est acceptable d'induire et de maintenir plus ou moins longtemps un sommeil artificiel²³. De telles décisions sont d'ailleurs exceptionnelles là où les malades sont bien soignés et accompagnés. Leur fréquente répétition dans une institution sanitaire serait sans doute le signe d'un manque grave dans l'accueil et dans l'organisation des soins. La recherche médicale doit être poursuivie, de manière à permettre d'éviter à l'avenir des décisions ressenties comme profondément insatisfaisantes par bien des soignants et des familles. Un soutien adéquat doit aussi être apporté aux équipes soignantes, spécialement à celles qui ont à remplir leur tâche dans des conditions particulièrement difficiles.

Le grand âge

Les débats actuellement les plus vifs, en France et en Europe, portent sur les décisions à prendre envers les personnes atteintes d'une maladie irrémédiablement mortelle à brève échéance. C'est pourquoi nous avons consacré à ce sujet de larges développements. Nous n'oublions cependant pas une autre source de graves préoccupations : le sort réservé aux personnes parvenues au "grand âge". Celui-ci est marqué, chez un nombre important de personnes, par la perte de l'autonomie physique, et également par des détériorations mentales graves. Une telle dépendance, dans notre culture actuelle, est source de souffrances importantes. Encore trop de

maisons spécialisées dans l'accueil et le soin de ces vieillards sont des lieux de marginalisation et de solitude. Cela contribue à renforcer des déficits déjà très importants. Or nous pensons que l'attitude d'une société envers ses membres les plus âgés est un signe de son degré de civilisation. Nous ne pouvons que rappeler un des grands commandements de la Bible : "Honore ton père et ta mère, afin que tes jours se prolongent sur la terre que te donne le Seigneur, ton Dieu" (Ex 20, 12). Si cet appel pressant avait été davantage entendu, l'homme moderne, dans les sociétés occidentales, craindrait moins le vieillissement. Tout progrès en ce domaine diminuera la crainte que chacun éprouve pour lui-même. La tâche est considérable.

Nous tenons à rendre hommage aux familles, aux professionnels de la santé, aux administrateurs et aux membres de diverses associations qui ont eu à cœur d'améliorer les conditions de vie des personnes très âgées. Cet effort doit être poursuivi. Il s'agit d'inventer de nouvelles manières d'accueillir et de soigner ceux que l'âge met dans l'impossibilité de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, et d'apporter un soutien adéquat aux familles qui hébergent et soignent elles-mêmes des proches parents âgés.

La mort provoquée

Nous avons tracé les grandes lignes de ce qui nous apparaît comme la voie du respect de la personne humaine parvenue au terme de sa vie, et des exigences qu'elle comporte. Nous constatons qu'une autre voie est aujourd'hui proposée, avec une insistance grandissante : donner la mort à ceux qui estiment trop souffrir de douleur physique ou de souffrance morale due à une détérioration corporelle ou mentale. Cette proposition est faite au moment

23 Cf. PIE XI, *ibidem*, col. 331-340.

où, inversement, dans les sociétés occidentales, se renforce la conscience de la gravité de toute mise à mort. Cette dernière intuition, de plus en plus répandue, est pour nous une conviction, appuyée sur toute la tradition chrétienne : l'homme n'a pas à provoquer délibérément la mort de son semblable ; cela dépasse son pouvoir²⁴. "Tu ne tueras pas" (Ex 20, 13) demeure une exigence morale inéluctable, et, pour le croyant, un commandement de Dieu. L'acceptation, plus même, la légitimation de l'euthanasie²⁵, ne seraient pas un progrès, mais une grave régression pour notre société.

Il n'y a guère à ajouter à cela. Nous ferons cependant quelques remarques.

"Admettre qu'on puisse donner la mort directement même si le patient le demandait, détruirait la confiance indispensable aux relations humaines, celles du malade avec sa famille, celles du malade et de sa famille avec l'équipe soignante"²⁶. Déléguer ce rôle au corps médical lui donnerait, dans la société, un pouvoir exorbitant du droit commun. La "mort douce" octroyée à quelques-uns pourrait devenir source d'une angoisse irrésistible pour beaucoup de malades.

On tente parfois de légitimer l'euthanasie par la demande de celui qui souffre. Certes doit être écoutée la personne qui s'exprime ainsi. Il est capital de mieux percevoir sa souffrance, son désespoir, son sentiment d'avoir perdu toute valeur, pour mieux la soulager, pour lui témoigner l'attachement qu'on a pour elle, pour la rattacher ainsi au monde des vivants. Beaucoup le soulignent : la plupart des demandes d'euthanasie sont des interrogations sur l'es-time portée par autrui, et des requêtes

d'amour²⁷. Notre société répondra-t-elle par un geste de mort ?

La mort provoquée ne représenterait-elle pas cependant dans certains cas un acte de pitié ? Nous avons été témoins de l'épreuve et des interrogations angoissées de familles et de soignants, et nous savons qu'elles peuvent susciter l'idée et le désir d'abrèger à tout prix la souffrance d'un mourant. De telles situations sont largement exploitées pour alimenter des campagnes d'opinion. La pitié est un sentiment humain très profond qui témoigne de l'attention et de la sensibilité à la souffrance d'autrui ; mais elle peut prendre différentes formes. La pitié, telle qu'elle est aujourd'hui comprise par certains, se laisse envahir par le mal d'autrui, au point de ne plus voir que lui. La vraie pitié, celle qui mérite le nom de compassion²⁸, est espoir de communion avec la personne éprouvée, au risque de la souffrance due à une telle proximité. Certains se laissent ébranler par les changements survenus chez autrui, qui portent atteinte à son image et le défigurent. L'homme compatissant cherche, quelles que soient les apparences, la grandeur de celui ou celle qui a été et qui reste un frère ou une sœur en humanité, un fils ou une fille de Dieu. Certains, mus par une forme de pitié, en viennent à dire que l'existence

25 Par le terme d'euthanasie nous voulons désigner tout comportement, action ou omission, dont l'objectif est de "donner la mort afin de supprimer ainsi toute douleur" ou autre forme de souffrance. Cf. Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *doc. cit.*, p. 698.

26 Conseil Permanent de l'Épiscopat Français, *Note sur l'euthanasie*, DC 1976, n° 1703, p. 723.

27 Cf. Dr R. SEBAG-LANOË, *Les derniers actes du vivant*, dans E. Hirsch (Entretiens avec), *op. cit.* p. 82).

28 Cf. Commission familiale de l'Épiscopat Français, *doc. cit.* p. 1128.

24 Cf. Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *doc. cit.*, p. 698.

d'autrui n'est plus humaine, comparable à la nôtre. L'homme compatissant parvient à reconnaître l'humanité même sous des formes qu'il ne souhaite pas pour lui-même. La pitié, si elle désespère de la valeur d'autrui et de sa vie, se renie elle-même et peut devenir homicide. La pitié qui est vraiment compassion cherche humblement à aimer.

Des professionnels de la santé, de proches parents même, en viennent parfois aujourd'hui à mettre un terme à la vie de telle personne qu'ils soignaient jusqu'alors. Pour la plupart ils disent avoir agi "en conscience". Ce n'est pas nous placer au-dessus d'eux que de faire les remarques suivantes : se réclamer de sa propre conscience implique de reconnaître sa responsabilité, d'être prêt à répondre de ses intentions et de ses actes : devant soi-même, devant les hommes, selon les lois de son pays, en dernier ressort devant Dieu²⁹. D'autre part, spécialement dans des décisions aussi graves, chacun est tenu de s'interroger avec honnêteté et lucidité : peut-il affirmer que sa conscience n'est pas émoussée ? A-t-il suffisamment réfléchi, pris conseil et essayé de se libérer de ce qui pourrait fausser son jugement ? L'homme est bien responsable devant sa conscience ; il est aussi responsable de sa conscience³⁰.

Nous sommes fermement persuadés que la loi ne doit pas accepter, encore moins légitimer l'euthanasie. D'autres autorités morales portent le même jugement. Nous renvoyons à leurs déclarations³¹. À ceux qui

ont une responsabilité dans l'élaboration de la législation, nous ferons remarquer que s'ils désiraient faire place à quelques situations exceptionnelles vis-à-vis desquelles ils jugeraient que la loi doit faire silence, ils n'évitieraient pas des dérives allant beaucoup plus loin que ce qu'ils prévoyaient³². Plus fondamentalement nous pensons que personne ne peut s'adjudger le droit de disposer de la vie d'un autre homme, ni octroyer ce droit sous peine de ruiner le fondement de l'ordre juridique³³. Le respect de l'homme proche de sa mort, même et surtout s'il désespère de lui-même et ne reconnaît plus de valeur à sa vie, passe par d'autres voies.

Un chemin de fraternité

Nous avons conscience qu'immense est la tâche à réaliser ; cela représente pour notre société un véritable défi.

Les membres des professions de santé sont en première ligne. Nous nous permettons de les inviter instamment à la poursuite et à l'approfondissement de leur réflexion éthique. Lourde est la charge qu'ils ont à porter. Cela doit être reconnu par ceux qui ont des responsabilités dans le domaine de la Santé publique, avec toutes les

31 Cf. notamment : Déclaration de la Commission des Épiscopeats de la Communauté Européenne, 6 juin 199 ; Avis du Comité Consultatif National d'Éthique, 24 juin 1991 ; Communiqué du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 4 juin 1991 ; Vœu de l'Académie Nationale de Médecine, 11 juin 1991 ; Communiqué de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, juin 1991. La plupart de ces textes ont été reproduits dans *DC* 1991, n° 2034, p. 793-796.
32 Cf. Conseil Permanent de l'Épiscopat Français, doc. cit. p. 723.

33 Cf. Conférence Épiscopale Allemande, *La vie de l'homme et l'euthanasie*, *DC* 1975, n° 1680, p. 686 ; et Congrégation pour la Doctrine de la Foi, doc. cit., p. 698.

29 Cf. Concile Vatican II, *l'Église dans le monde de ce temps*, n° 17.

30 Cf. Les Évêques de France, *Catéchisme pour Adultes*, 1991, n° 501-502, p. 296-297.

conséquences qui en découlent, spécialement en ce qui concerne la formation, la détermination des effectifs et la nécessaire transformation des institutions sanitaires.

Notre société a eu tendance à occulter la mort et à marginaliser les vieillards, les grands malades et les mourants. Mettre fin à cette exclusion exige que chacun, se situant dans la vérité de sa condition d'être humain, fasse une place dans sa vie à la perspective de sa propre mort.

Les chrétiens ont une responsabilité particulière. Ils adhèrent, par la foi, au Christ qui a vaincu la mort et ouvert à l'humanité le passage vers une vie nouvelle, transfigurée³⁴. Qu'ils soient, dans le monde, des témoins de leur espérance. De tout temps les familles chrétiennes ont veillé à entourer de leur présence, fût-elle muette et désarmée, leurs proches parents au moment de leur départ ; cette tradition, plus que jamais, doit être maintenue, si nécessaire redécouverte. Nous adressons tous nos encouragements, et confirmons la mission qui leur a été confiée, aux membres

d'équipes d'aumônerie catholique de malades, aux prêtres, aux religieuses. S'adonnant avec cœur à l'accompagnement des malades et de leurs familles, à la pastorale des derniers moments de la vie, ils portent un témoignage de foi et d'humanité qui est devenu aujourd'hui d'un très grand prix³⁵.

La présence attentive auprès de celui qui s'en va est souvent, nous en sommes bien conscients, une expérience éprouvante. Ceux qui ont su dépasser leurs peurs et se rendre ainsi disponibles reconnaissent cependant qu'ils ont reçu plus qu'ils n'ont donné. De toute façon cette présence est une des formes les plus hautes de la fraternité humaine. À ceux qui ont su témoigner d'une véritable compassion envers ceux qui étaient en train de quitter tout ce qu'ils avaient et ceux qu'ils aimaient, nous pouvons, en témoins de l'Évangile, redire la parole même du Christ : "En vérité, je vous le déclare, chaque fois que vous l'avez fait à l'un de ces plus petits, qui sont mes frères, c'est à moi que vous l'avez fait" (Mt 25, 40).

34 Cf. Les Évêques de France, *Catéchisme pour Adultes*, op. cit. n° 646, p. 369 ; plus généralement, chapitre 7, p. 365-388.

35 Cf. Conseil Permanent de l'Épiscopat Français, doc. cit., p. 724.

Concilium - 275

Ethique et génétique

I. Génétique humaine et maîtrise humaine

- J. CLAGUE *Un savoir génétique commercialisable. Le projet de génome humain : marché et consommateurs.*
- SANDRO SPINSANTI *Thérapie génique et amélioration de la nature humaine. Interrogations éthiques.*

II. Intervention prénatale

- S. REITER-THEIL *Questions éthiques sur le conseil génétique. Quelles solutions apportent des concepts comme ceux de la non-directivité et de la neutralité éthique ?*
- LIZ HEPBURN *Le conseil génétique. Autonomie parentale ou acceptation des limites ?*
- MAUREEN
JUNKER-KENNY *Le statut moral de l'embryon.*

III. Politique sociale

- CATHLEEN KAVENY *La génétique et l'avenir de la législation et de la politique américaines.*
- M. FABRI DOS ANJOS *Pouvoir, éthique et pauvres gens dans la recherche en génétique humaine.*

IV. Perspectives théologiques

- E. SCHOCKENHOFF *L'homme comme la brebis ? Réflexions d'éthique théologique sur l'usage de la technologie génétique.*
- MAURA RYAN *Les théologies féministes et la nouvelle génétique.*
- MARCIANO VIDAL *Le clonage. Réalité technique et valeur éthique.*

Beauchesne
72, rue des Saints-Pères - 75007 Paris

Abonnement 1998 : 300 F - Le cahier : 80 F

Chronique

LE GOÛT DE LA CERISE*

Un homme qui pense à se supprimer devient une question lancinante non seulement pour lui-même mais aussi pour son entourage : pourquoi pense-t-il faire un tel acte ? Badii, l'homme qui a le goût de la mort dans la bouche, ne cherche pas à satisfaire notre curiosité sur ce point. Et Abbas Kiarostami, réalisateur du film *Le goût de la cerise*, ne s'autorise pas à répondre à la place de son héros. Silence donc total autour de la motivation qui pousse Badii au bord du gouffre. Jusqu'à la fin, le "pourquoi" du spectateur restera inassouvi.

Seul son "comment" sera pris au sérieux dans le film. Si ce récit sur une vie qui doute d'elle-même reste muet sur le motif qui conduit Badii vers le suicide, il exploite, en revanche, une deuxième question qu'une certaine pudeur naturelle fait hésiter à poser : comment pense-t-il se suicider ? Cette fois-ci, Badii devance nos scrupules possibles. Il dit clairement comment il entend achever sa vie, car il a besoin d'un "complice". S'il a tout pensé, tout prévu d'avance, il lui reste à trouver quelqu'un qui accepte de rendre un dernier service : venir à l'aube auprès du pied de l'arbre où il a creusé sa tombe. Si, durant la nuit, il a réalisé son pacte avec la mort, son bienfaiteur n'aura qu'à prendre la pelle qui attend et enterrer son corps inanimé. Badii est soucieux de ne pas laisser son corps sans sépulture.

* À propos du film de Kiarostami.

Qu'on sache aussi que Badii n'est pas ingrat. Même si, finalement, il décide de rester en vie, il récompensera l'autre pour sa peine et le désagrément qu'il lui aura causé.

Ainsi apparaissent les deux thèmes principaux du nouveau film de Kiarostami : la liberté et autrui. Mais plutôt que d'opposer cette double réalité, il faudrait les situer dans la dialectique inexorable d'une autonomie pour toujours "entachée" par l'altérité. On n'est pas réellement libre sans l'autre car celui-ci permet de rompre avec la radicalité d'une liberté trop humaine pour agir, en huis clos, surtout quand il s'agit de mettre fin à ses jours.

Déjà, pense Kiarostami, la présence de l'autre libère une parole qui a du mal à dire vrai. N'apprécie-t-on pas davantage la vie en parlant de la mort ? Mais cela suppose un interlocuteur qui aime assez la vie pour laisser place à la parole de l'autre sur la mort. Il rappelle alors que la liberté n'est pas un chèque en blanc qu'on signe impunément. Il ne faut pas confondre cette valeur, destinée au "mieux-être" de la vie, avec le pouvoir de se réduire soi-même au non-être. S'il est toujours possible de se faire mal, on n'est jamais libre de le faire. En même temps, la personne capable de sonder la détresse d'un homme sans le juger, peut comprendre l'impulsion de faire violence à cette liberté.

Badii doit donc trouver un homme à la hauteur de ses exigences, quelqu'un capable de recevoir, sans flancher, son pro-

jet de soumettre sa liberté à l'ultime mal. Il mène alors sa recherche dans la banlieue de Téhéran, conduisant sa Range Rover au ralenti autour d'une colline aussi dénudée qu'un crâne de mort. Qui acceptera de l'ensevelir s'il décide de mourir ?

Successivement, Badii prend des passagers sur sa route et leur expose, l'un après l'autre, sa demande insolite : un jeune soldat, un séminariste, un vieux gardien de musée. Les deux premiers, qui renvoient symboliquement aux deux piliers actuels de la société iranienne, l'armée et la religion, refusent catégoriquement de prêter concours au projet de Badii, en lui rappelant que Dieu et l'État interdisent le suicide. Paradoxalement, au moment où ils abandonnent à son sort l'homme qui doute de sa vie, ils oublient qu'ils représentent eux-mêmes les deux premiers pourvoyeurs de la mort dans le royaume des mollahs. Rien d'étonnant alors si le spectateur pense que Kiarostami a cherché ainsi à réprover discrètement les institutions les plus puissantes d'une société en pleine déroute suicidaire. Ainsi, aussi, le héros de son film est-il libre de poursuivre sa quête.

Le troisième passager que Badii ramasse sur sa route est d'une trempe bien différente. En réagissant à la demande de son conducteur résolu, le vieux gardien de musée ne cherche pas à le dissuader. Il passe également sous silence la loi et la morale, se contentant d'écouter, de parler à son tour et finalement d'accéder à la demande de Badii.

Pourquoi le troisième passager se met-il ainsi du côté d'un mort en puissance ? Est-ce parce qu'il sait qu'il est devenu lui-même accessoire dans une société qui relègue la culture au second plan ? Est-ce parce que ce fidèle gardien de la mémoire de son peuple comprend qu'il est devenu, lui aussi, étranger à ce peuple, qu'il se sent en connivence avec un homme bientôt étranger

au monde (Kiarostami a-t-il pensé un instant à cet autre mourant au bord d'une certaine route de Jéricho, ignoré par les deux premiers passants, un prêtre et un lévite, et finalement secouru par un étranger ?)

Ce que Badii ne découvre pas tout de suite, c'est que son dernier passager s'accroche à la vie comme un ancien combattant. S'il s'acharne à montrer à Badii l'intérêt de faire demi-tour sur le chemin de la mort, c'est parce qu'il connaît bien lui-même le chemin. N'a-t-il pas failli passer là quant il était plus jeune ? Il est donc important que Badii mesure bien la nature du triste paysage qu'il se propose de traverser. Est-il sûr de vouloir prendre une route où aucune fleur ne pousse, où aucun oiseau ne circule dans le ciel, où aucun homme ne lui tend une belle cerise mûre ? Le spectateur ne connaîtra jamais la réponse de Badii à ces questions. La nuit passe ; l'aube annonce un jour nouveau. Badii a fait son choix. Lequel ? Il n'est pas important que le spectateur le sache car l'essentiel est ailleurs, dans le rappel des "choses de la vie" au moment où l'homme accepte d'attenter mortellement à sa liberté.

Telle est l'énigme du film de Kiarostami. Pour le cinéaste, il suffit que les spectateurs frôlent la mort avec Badii en faisant quelques kilomètres avec lui. Le choix de se supprimer ou de reprendre le chemin d'une liberté grandie n'a finalement de sens que dans le fait d'être accompagné par autrui, d'avoir accès à la parole grâce à la présence de l'autre.

C'est là, semble-t-il le véritable message d'un film qui propose un espace/temps réduit presque aux limites de l'absurde, en même temps qu'il effleure les frontières de l'universel.

Position

*CENT CINQUANTE ANS APRÈS L'ABOLITION DE L'ESCLAVAGE : UN TÉMOIGNAGE GUADELOUPÉEN**

Cette intervention ne se présente pas comme une recherche historique, sociologique ou économique ; elle se veut modeste et limitée : la réflexion d'un homme qui, tenant compte des données que lui fournissent les différentes sciences, essaie de cerner les conséquences de l'esclavage et, ainsi, d'éclairer l'aujourd'hui par un passé dont nous sommes tributaires.

Préliminaires

Il me semble utile de faire les rappels suivants :

1) L'esclavage a été un fait majeur et massif de notre histoire pendant plus de deux siècles. Pour en détecter les conséquences on doit aussi prendre en compte deux autres faits qui lui sont intimement liés : le racisme et le colonialisme. Il y a eu corrélation constante, étroite et interne entre ces trois phénomènes ; et il est parfois difficile d'attribuer à l'un plutôt qu'à l'autre tel aspect de notre comportement actuel.

2) L'esclavage a été un élément structurel de notre société antillaise. L'illustration la plus claire en est le Code Noir ; la vo-

lonté royale lui donnait valeur légale. Qui dit code, dit référence quasi normative.

3) La société dans laquelle l'esclavage s'est développée se référait à des valeurs culturelles occidentales européennes, blanches, et à des valeurs religieuses chrétiennes - notamment catholiques, pour lesquelles l'évangile est la charte de vie.

4) Dans cette société on constate :

- la protestation active (ex. Dugoujon) ou rationnelle (ex. Epiphane de Moirans, dans sa thèse de 1682 «La liberté des esclaves ou défense juridique de la liberté naturelle des esclaves») de chrétiens contre la pratique esclavagiste.

- La connivence fréquente, le silence complice ou l'accord de nombreux chrétiens à l'égard de cette pratique.

- Les hésitations et le flou de l'enseignement de l'Église au sujet des trois faits mentionnés plus haut (esclavage, racisme, colonialisme). L'Église ne voulait pas mécontenter les détenteurs du pouvoir et de l'avo-

5) «Cent cinquante ans après l'abolition de l'esclavage»... C'est un laps de temps relativement court pour l'histoire d'une collectivité humaine importante ; une durée qui permet de repérer encore les séquelles et les cicatrices.

* Texte de l'intervention d'Oscar Lacroix au colloque "La route de l'esclave", décembre 1997 (Pointe à Pitre, UNESCO).

Sur notre conception de la société

L'esclavage sépare. Dans l'inégalité. En blocs socialement et juridiquement imperméables, même s'il existait des fissures : le maître pouvait retrouver l'esclave noire ! D'où un certain héritage :

1) Aujourd'hui nous nous référons facilement à une société qui, du point de vue économique, serait organisée en strates sociales étanches et antagonistes, — sur la base de l'utilitarisme, du mépris, de l'exclusion réciproque du point de vue économique.

Les rapports sont de violence et de brutalité, dans les paroles et dans les gestes. Il y aurait comme une difficulté à murmurer, à être tendre, à se faire petit, suppliant.

2) La séparation des groupes humains qui s'est faite sur la base de l'exploitation a généré, quand elle a été abolie officiellement, une double attitude :

— d'un côté une mentalité de revendication/protestation/revanche (démarches qui peuvent être conduites dans une grande dignité) au nom d'une liberté opprimée et bafouée au cours d'une longue histoire structurellement injuste, marquée par l'excès du mépris, du non-respect, de la honte ;

— d'autre part par un sentiment... fait de déception/nostalgie/amertume pour un passé de privilèges dont on ne dispose plus — l'expérience peut générer, par contre-coup, une attitude de fraternité.

L'autre, différent socialement et/ou racialement, est facilement l'ennemi dont je me méfie et non un «Toi» à reconnaître dans sa différence et sa singularité.

3) Sous l'esclavage, le «modèle» social et culturel engendrait une dévalorisation auto-

dépréciative, face à une survalorisation sans fondement ; les deux attitudes devant autrui étant imposés par un modèle culturel réputé correct et universel : le référentiel "blanc" et occidental.

4) La situation d'esclavage dans laquelle on «subit», du moins selon les structures de la société, a donné un double résultat : l'irresponsabilité — puisque je ne suis rien dans la société, il m'est difficile de devenir un citoyen — et une volonté de reconnaissance — puisque je me sais un être de liberté et de conscience.

5) Une difficulté à concevoir ce que représente le BIEN COMMUN — on pourrait parler de valeurs communes — d'un ensemble humain qui regroupe des hommes aux intérêts différents et même divergents. Et ceci se voit à la désinvolture à l'égard de ce qui relève de la collectivité.

Envisager ainsi la société et le vivre-ensemble ne facilite pas l'accueil de ce que l'évangile nomme le «royaume de Dieu» où le rassemblement des hommes se fera au nom de la fraternité.

Sur notre rapport à la loi

Dans une société fondée structurellement sur l'esclavage, la loi est reconnue par les esprits clairvoyants comme immorale puisque source d'exploitation de l'homme par l'homme, et donc de mépris. Le moyen de contourner cette situation est la révolte ou la fuite (le marronnage) et aussi le mensonge ou l'obéissance feinte (parade de défense). L'iniquité de la loi générerait, par volonté de dignité, des conduites qui la bravaient.

Il y a là une sorte de «péché originel» de notre société, qui a produit aujourd'hui une détérioration du sens de la loi comme repère pour le bon fonctionnement de notre

société. Notre attitude envers la loi, l'autorité, est de duplicité, de méfiance ; on s'en sert quand cela arrange mais on ne se sent pas lié par les engagements que l'on a pris. C'est donc un rapport pollué et même vicié. Il y a de la noblesse à braver la loi, l'autorité (*Débouya pa péché*).

C'est sans doute un des points où notre société est le plus fragilisée par l'esclavage ; et si l'on se souvient de la place accordée à la Loi par la psychanalyse, dans la structuration de l'individu et des collectivités, on soupçonne la profondeur de cette fragilisation. Les « métropolitains » nous comprennent très mal sur ce point ! Cet héritage a de nombreuses répercussions. Par exemple :

- sur notre façon d'accepter l'impératif moral : confondu avec une loi reçue comme immorale, pourquoi s'y soumettre ?
- Sur notre réaction devant l'autorité ; la passivité est encore la meilleure des politiques : on attend les ordres !
- Sur la valeur et la fermeté de nos engagements : s'il faut en effet ruser, comment s'investir dans une parole ?

On devine comment cette mentalité produite par l'esclavage peut marquer notre relation à l'autorité, à l'État, à la loi.

Sur notre rapport au monde

Si la terre a été considérée comme le lieu de la « damnation », comme le lieu de l'excès productif, il semble difficile d'accéder à la responsabilité économique et écologique. Le monde est-il encore remis entre nos mains de la part du Créateur ? Comment nous sentir gestionnaires de ses richesses et responsables de son avenir ? Difficile aussi de faire naître le sentiment de

la joie créatrice artisanale (« nous sommes créatures créées créatrices » disait Garaudy). Le travail n'est pas directement facteur de dignité humaine.

Le travail manuel, dit d'ailleurs travail servile, reste grevé d'une dépréciation fondamentale puisqu'il est encore lié à une situation d'inhumanité. La promotion est ailleurs !

Mais l'Église dans son enseignement social rappelle la grandeur de l'homme au travail, bien au-delà du produit du travail.

Sur le rapport homme/femme

La situation d'impossibilité conjugale, effective et juridique, durant la période esclavagiste enferme l'homme dans sa condition de force de production ; il est d'ailleurs inutile quand il est âgé ! Et la femme n'est pas considérée comme partenaire/compagne de l'homme : « personne n'est à personne ». On sépare les conjoints, parents et enfants selon les besoins de la production.

Aujourd'hui, on peut remarquer encore...

- la recherche de domination du mâle (transfert de sa force de travail au domaine des rapports homme/femme),

- chez la femme, en contrepartie, la tentation d'être « mangeuse d'hommes », une façon de se venger de la fonction exclusive, à elle attribuée, de génitrice !

- la généralisation des rapports amoureux ; absence d'un sain érotisme qui permet aussi l'expression amoureuse,

- la difficulté à concevoir la stabilité et la fidélité du couple.

La perspective qu'un amour fidèle puisse être source d'épanouissement mutuel est ainsi obscurcie, sinon bouchée.

Sur notre rapport au religieux

1) Sur l'idée de Dieu

Par un phénomène de transfert bien compréhensible, renforcé par le vocabulaire utilisé, Dieu prend les traits et les allures du maître ; ce qui va donner un visage assez étranger au Dieu de la foi chrétienne :

— un Dieu tout puissant, revêtu du pouvoir de décisions arbitraires, qui ne sont en rien motivées par l'amour et le don de soi ;

— un Dieu garant d'un ordre (un «désordre») social immoral ;

— un Dieu «bienveillant» (mais il paraît aussi comme vengeur) que l'on va invoquer pour en attendre des «faveurs» qui modifieraient le *statu quo* sans établir des relations de partenaires et sans engager la responsabilité pour une tâche d'humanisation, de christogénèse dirait Teilhard de Chardin ;

— un Dieu blanc dont le lieutenant Michel écrase l'adversaire, le démon noir Satan ;

— un Dieu surveillant, mais à qui on sous-trait, par mesure de liberté personnelle, des domaines de sa vie ;

— un Dieu qui garantit la sécurité : il faut être dans ses grâces.

On retrouve actuellement dans certains groupes religieux cette recherche pour une sécurité dogmatique, morale.

2) Sur la démarche religieuse

Ce qui a été "de l'esclave" n'a pas de valeur. Cette dévalorisation affecte les modes d'expression religieuse qui relèvent du code culturel de l'autochtone pour dire son rapport à Dieu. D'où la difficulté à accepter le créole et les instruments de la musique locale dans la liturgie. Cette attitude s'explique par une valorisation unilatérale du modèle occidental. Seul compte ce qui est «*made in France*» ou «*made in Rome*». Les modes d'expression religieuse se réfugient alors aux marges et aux franges de l'institutionnel et y mènent une existence souterraine, non reconnue officiellement mais réelle.

3) Sur la morale

Se rappeler ce qui a été dit plus haut au sujet de la loi. La religion connaît une situation paradoxale : elle ne peut être source de morale mais, comme l'esclavage a fait attendre des ordres, on attend qu'elle édicte des conduites qui pourront par ailleurs être détournées, critiquées, bafouées.

4) Sur notre rapport à l'institution Église

Celle-ci se dit porteuse d'une Bonne Nouvelle de salut, de libération, de fraternité universelle. En fait, comme on l'a reconnu, ceux qui en sont membres ont, trop souvent, été aveuglés par leurs préjugés et leurs privilèges sociaux. Il s'en est suivi que :

— envers l'Église, la suspicion demeure, conduisant à un anticléricalisme diffus et à une méfiance instinctive à l'égard de ce qui est ressenti comme tentative de mainmise ou d'embrigadement de la part de l'*establishment* religieux ;

— l'attitude d'obéissance rejoint la passivité, à l'opposé de la participation active ;

— les liens de fraternité s'expriment ailleurs que dans l'Église, c'est-à-dire que la conviction religieuse n'embrasse pas sur le sentiment d'appartenance à une même collectivité de foi, et c'est en d'autres lieux que se vit ce sentiment ;

— et cependant demeure l'attrance vers un groupe religieux structuré, car il procure à l'individu fragilisé, une sécurité intérieure.

Ce «soulagement psychologique» recherché dans la religion prépare-t-il à un «faire-Église» où chacun devient membre à part entière d'un même peuple ?

Pour conclure

La situation esclavagiste a donc eu des conséquences profondes sur notre façon de concevoir notre rapport au monde, à la loi/norme, aux autres, à Dieu. Elle a en quelque sorte travaillé notre inconscient

collectif. La tâche de l'Église, dite «évangélisation», en a été, et en reste encore marquée. L'intitulé de mon intervention me portait surtout à relever les conséquences de l'esclavage comme frein et obstacle à une authentique vie selon l'Évangile. Pour ne pas être trop long, je n'ai que peu ou prou explicité l'opposition de cet héritage de la période esclavagiste avec ce que nous dit l'évangile. On a à faire non à des «pierres d'attente» mais à des «pierres d'achoppement», pour utiliser une image des premiers penseurs chrétiens. Cependant le courage protestataire de bien des hommes et des femmes, la lucidité audacieuse d'autres, dans le passé comme aujourd'hui, font encore espérer en l'homme. L'Église catholique, sans s'attarder de façon stérile sur le passé, doit en tenir compte pour en reconnaître les conséquences, se libérer de ses compromissions, œuvrer pour témoigner de Celui dont elle porte le message.

Oscar LACROIX
Prêtre Guadeloupéen

Comptes rendus

BOESPFLUG François, **Arcabas - Saint-Hugues de Chartreuse**. Ed. du Cerf, 1994, 185 p.

Ce livre est un magnifique album d'art et de poésie. L'auteur présente un grand artiste contemporain et son œuvre, avec une chaleur telle qu'il nous la communique à chaque page. L'œuvre d'Arcabas est belle et grande. Le texte de F. Boespflug, si vibrant d'admiration, entraîne le lecteur dans un cheminement contemplatif qui le fait "participant" de cette offrande de beauté.

La question est pourtant posée dès le début : "mais où est donc passé l'art sacré ?" pour constater la pauvreté de l'expression religieuse dans l'art pictural de notre époque. Car "la peinture religieuse suppose une quête spirituelle... elle n'est pas recherche isolée de la vérité, mais bien la communion dans une foi et la communication d'un dogme". Le peintre Arcabas répond à cette quête par l'église de Saint Hugues, preuve véhémement que la couleur sait parler de Dieu quand elle est sur le pinceau d'un artiste à l'écoute de la voix d'en-haut.

F. Boespflug présente l'homme, Arcabas, son caractère solide et volontaire, sa vie de professeur et sa sobriété vis-à-vis des mots et des discours. Peut-être est-ce pour cette raison qu'il reste peu connu, alors qu'il expose beaucoup en France, en Europe, en Amérique et au Japon.

Puis l'histoire de l'église de Saint Hugues est présentée : elle est longue et exemplaire.

F. Boespflug touche alors au cœur de l'art d'Arcabas : une annonce. "Une tentative d'annonce peinte, pour notre temps" : le mystère de Dieu, la venue de Jésus parmi

nous, proche de nous, dans notre temps. Ce message, trahi par l'art décadent ou l'effort prétentieux de certaines académies passe dans l'œuvre d'Arcabas avec grande éloquence. L'incarnation, toujours présente, nous rend le Christ présent, par des lignes où l'on reconnaît une main de tendresse, un sourire d'amitié, un dos ployé de lassitude... Le transcendant respecté, s'annonce par une auréole de lumière, une page de couleur blanche, une traînée d'or qui coupe une ombre violette...

Il existe des vérités si fortes qu'elles font éclater les formes ; c'est à la masse, à la ligne, à la nuance que revient alors la mission de "parler". Et le non-encore dévoilé s'approche de l'humain quand le regard l'appréhende en silence. Dans cet espace du non-dit, la vacance de la volonté permet la communion.

C'est bien un art religieux, F. Boespflug le met en évidence magnifiquement et analyse toutes les questions qui se posent sur le sacré dans l'art. Sa présentation d'Arcabas et de ses œuvres sera d'une grande utilité pour ceux que déroutent la peinture abstraite et pour ceux, très nombreux, qui ignorent l'histoire biblique et les symboles chrétiens. Le lecteur est conduit devant l'image de chaque œuvre, il reçoit une parole éclairante qui se met très vite en retrait, pour laisser l'œuvre elle-même s'affirmer, questionner, étonner, ravir. Pourtant, il s'agit là d'images de livre, très belles certes, mais c'est le contact direct qu'il faudra retrouver avec la toile, la pierre, la pâte, et viendra l'éblouissement. Dès le seuil de l'église on est enveloppé dans la chaleur des bruns, des rouges, des verts profonds, illuminé par une parole silencieuse qui attend un accord.

Cette parole ne prêche pas l'austérité ou une vaine componction, mais une solide Bonne Nouvelle qui rend heureux.

Voyez le regard mutuel d'Elisabeth et de Marie dans l'admirable Visitation, il a la profondeur d'une icône. Voyez le hibou, irradié de lumière, étonné d'une révélation qui le laisse en extase... Voyez encore le rire triomphant du Bon Pasteur : de sa tête s'échappent des volutes de joies toutes bleues qui inondent la brebis retrouvée. Jésus rit encore devant le paralytique qui cherche son équilibre en se relevant avec maladresse de son grabat (qui a dit que le rire est inconvenant dans l'austérité du respect dû à Dieu ?) À quelques pas un ange espiègle, peut-être pressé, utilise à la fois ses ailes et une bicyclette ! Est-ce un gardien ? Peut-on lui faire confiance ? Et pourquoi non ?... Encore une toile nimbée de poésie : Pierre emmène au Paradis une âme toute joyeuse qui nous fait signe de la main. Sa barque a dépassé toutes les croix noires et navigue dans le bleu et dans l'or.

Pour conclure, laissons la parole à Arcabas : "au détour des formes et des couleurs du monde, je T'ai reconnu dans ma joie, allant Te cherchant, Toi, tes anges et tes prophètes, répétant ce qu'ils ont dit et pour que soit entendue cette parole de Jésus :

"Moi, Jésus, j'ai envoyé mon messager pour témoigner à tous de cela pour les communautés : je suis le rejeton et la semence de David, l'étoile resplendissante du matin !" (Ap. 22).

Louise REVELLIN

LACROIX Xavier, **Les mirages de l'amour**. Paris, Bayard-Centurion, 1997, 292 pages.

Il y a en tout amour une soif d'infini, mais comment la vivre en vérité ? Ce livre est un guide de voyage pour nous aider à tra-

verser les images idéalisées de l'amour (les "mirages") pour atteindre l'amour qui se donne. L'amour véritable est le fruit d'une révélation, il se donne à nous comme la vraie vie. Ce parcours est le propos du livre, avec une écriture lumineuse et simple. La critique du néo-romantisme contemporain en matière d'amour dénonce la prégnance des grands mythes de l'amour (l'androgynie de Platon, Tristan et Yseult...) avec leurs notes d'immédiateté et de passivité. Pour cerner la vérité de l'amour, la priorité est accordée à *l'amitié*, au sens de saint Thomas d'Aquin : aimer l'autre pour lui-même. À l'opposé de la convoitise, c'est l'appel à la volonté qui est le choix d'aimer. "Aimer, c'est vouloir l'autre comme autre", disait Gabriel Madinier, que cite l'auteur (p. 105). Dans cette veine, on retiendra les analyses du rôle de la parole et du détachement dans l'amitié, et plus encore la valeur de la solitude comme la pauvreté qui rend possible l'attente du don de l'autre, dans le mariage et dans le célibat.

L'analyse de l'amour aboutit à l'Alliance par l'échange du don, avec la prise en compte de la durée (la promesse et la fidélité). L'amour est don. Le don est la création d'un lien réciproque. À l'horizon du voyage, le don lui-même est donné, et c'est la révélation de la charité divine (l'"*agapè*"). L'expérience spirituelle est l'entrée dans l'ordre du don. À ce terme, le livre débouche sur un autre voyage qui est la recherche de la pureté du cœur, par l'adéquation du mode d'accueil au don de Dieu ; l'essai de Xavier Lacroix nous renvoie au travail de notre naissance à la vérité de notre vie.

J.-Cl. SAGNE

DELAPORTE Jacques, **Cœur du Christ, icône de Dieu**. Paris, Bayard-Centurion, 1998, 151 p.

L'Archevêque de Cambrai, le Père Jacques Delaporte, propose dans cet ouvrage une présentation synthétique de la spiritualité du Cœur de Jésus. Il commence par quelques notations historiques. L'acte de réparation publique auquel il fait allusion date sans doute de 1873 (p. 10), à moins qu'il ne s'agisse de la célébration de ce centenaire. Une place de choix est réservée au témoignage de Pierre de Clorivière, qui a su reconnaître dans le Cœur de Jésus le centre du Corps mystique et de l'Univers. D'une écriture simple et pleine d'humanité, les méditations proposées allient le sens de la compassion et la foi en la Résurrection, le mystère du lien filial de Jésus au Père et l'ouverture fraternelle et apostolique. Le signe du Cœur de Jésus est ainsi désigné comme une voie spirituelle pour tout chrétien.

J.-Cl. SAGNE

MATURA Thaddée, **François d'Assise, "auteur spirituel"**. Le message de ses écrits. Paris, Cerf, 1996, 173 p.

Le Père Thaddée Matura, qui a déjà beaucoup publié, notamment sur la vie religieuse et les conseils évangéliques, présente ici un essai original sur les écrits de François d'Assise, une trentaine de pièces (Sources Chrétiennes 285 ; Foi vivante ; 255). Au lieu de déchiffrer le visage de François dans ses premières biographies, c'est un travail savant et lumineux sur les écrits mêmes du saint. La première insistance dégagée par le Père Matura concerne la personne de Dieu le Père. Tout est appel à la louange et à l'adoration. Dans la même ligne, toute proche de la contemplation de saint Dominique, le Christ est avant tout présenté comme le Verbe du Père. La note est donc d'abord théologique et théologique. La pauvreté du Christ tient ainsi au fait même de l'Incarnation. Le livre est bienvenu pour aider à déchiffrer

le message de François dans sa profondeur trinitaire et son traitement très personnel de l'Écriture.

J.-Cl. SAGNE

HELLER Karin, **Et Couple Il les créa**, Paris, Cerf, (Lire la Bible), 1997, 208 p.

Essai de théologie biblique et spirituelle, le livre de Karin Heller nous fait parcourir l'histoire des couples les plus marquants dans la Bible. Nous pouvons retenir plus particulièrement aux deux extrêmes de l'histoire du salut ce qui est dit d'Adam et Eve ou de Marie et de Joseph. Pour les trois premiers chapitres de la Genèse, l'apport majeur vient de la comparaison du texte biblique avec les mythologies de Babylonie ou d'Égypte. Il en ressort le signe du couple uni dans une alliance en référence au Dieu unique transcendant la différenciation sexuelle. Pour Marie et Joseph, ce qui est souligné, c'est l'intervention de Dieu donnant tout gratuitement la fécondité à la femme pour faire triompher le dessein du salut. L'ensemble du texte est à la fois profond et accessible, très documenté et pédagogique. L'auteur venait de publier chez Téqui sa thèse de doctorat de théologie dans le même domaine : *Ton Créateur est ton Epoux, ton Rédempteur*.

J.-Cl. SAGNE

RIEVAULX Alfred de, **Sermons pour l'année et Homélies pour l'année liturgique**. 2 vol. Abbaye Notre-Dame du Lac, 1997, 228 p. et 220 p.

Deux volumes de collections différentes nous donnent en traduction une partie des sermons d'Alfred de Rievaulx, cistercien anglais du XII^e siècle. Les *14 sermons pour l'année* représentent la moitié de la première collection de Clairvaux, déjà éditée par Migne. La traduction est de Gaétan de Briey et la présentation de Gaétan

Raciti (coll. Pain de Cîteaux n° 11). L'autre volume, les homélies pour l'année liturgique, est la traduction de 12 sermons inédits avec les notes et l'aperçu sur la vie et la doctrine d'Alfred. Ce qui frappe plus particulièrement à la lecture des homélies, c'est l'insistance sur la Vierge Marie et sur la pureté du cœur. Le texte est nourri de l'Écriture.

J.-Cl. SAGNE

Paul VALADIER, **Nietzsche, Cruauté et noblesse du droit**, Paris, Michalon, 1998, 124 pages.

Paul Valadier est passé maître dans l'interprétation des pensées ambiguës. Son opuscule sur Machiavel avait démontré son audace, son ouvrage sur Nietzsche la confirme. Il sait condenser en un nombre restreint de pages une hypothèse de lecture qui dérange quelques préjugés communs. Absoudre Nietzsche du mépris du droit, au profit d'une autre manière de l'entendre, ce n'est pas une entreprise aisée. Elle est menée à bien, et l'auteur convainc.

Le droit n'est pas une invention des faibles, il est une découverte de créateurs. Pour le reconnaître, il faut un long dressage et une dure éducation. Le droit, sous la forme de la loi, soutient alors la noblesse et l'activité créatrice des hommes, il n'est pas l'alibi idéaliste enfermant le faible dans son ressentiment, son goût de l'égalité, son entêtement dans la médiocrité. La cruauté de son approche n'est qu'un passage, nécessaire il est vrai, mais structurellement transitoire. Le droit garde les humains d'aboutir au cynisme désespéré et habité de bassesse du "dernier homme", fruit d'un égalitarisme et d'une démocratisation sans grandeur.

Paul Valadier nous assure que les excès de Nietzsche sont des provocations, souvent injustes, mais toujours inventives. Il an-

nonce au cours de l'ouvrage qu'il en précisera les limites. L'admiration qu'il porte à Nietzsche lui a fait omettre cette prise de distance. Peu importe, elle se perçoit dans l'exposé de la pensée si haute et si subversive du philosophe.

Christian DUQUOC

Alexis RIAUD, **La triple mission du Verbe Incarné**, Paris, F. X. de Guibert, 1995, 124 pages.

L'auteur commente le texte suivant de saint Pierre sur le "rétablissement de toutes choses par le Christ, la Restauration universelle, dont Dieu a parlé par la bouche des saints prophètes" (Ac 3, 21). La première mission, le Christ Créateur et Sanctificateur, la seconde, le Christ Rédempteur sont rapidement évoquées comme horizon de la tâche suprême : restaurer l'univers dans sa dignité originelle. L'auteur vise en effet à montrer que l'enfer n'est pas une fatalité, Dieu aura finalement raison de l'endurcissement du cœur. L'enfer ne serait éternel que par l'entêtement orgueilleux des méchants, mais cet orgueil sera surmonté par la longue patience aimante de Dieu et l'enfer disparaîtra. Le propos est intéressant, mais il n'est pas suffisamment argumenté. L'auteur, au lieu d'entrer dans des digressions sur la liberté et la damnation, le nombre des réprouvés, etc. aurait dû se concentrer sur la légitimité chrétienne de l'Apocatastase. Trop de répétitions sur l'évidente volonté salvifique de Dieu diminuent le sérieux des raisons avancées en faveur de la restauration universelle.

Christian DUQUOC

Jean-Claude LARCHET, **Thérapeutique des maladies spirituelles**, Paris, Éd. du Cerf, 1997, 848 p.

Cette "Introduction à la tradition ascétique de l'Église orthodoxe" comporte plus de 800

pages, c'est dire que la synthèse qu'elle présente est vaste ; elle voudrait constituer un traité théorique et pratique de la psychologie et de la médecine spirituelle. Il est important de ne pas détacher l'analyse théorique des cheminements d'une praxis difficile, à condition toutefois de ne pas revenir pour chaque cas, à cette recherche des mêmes causes produisant les mêmes effets. C'est ainsi que les riches matériaux de ce livre semblent les pierres pesantes d'un édifice mal équilibré.

Riches matériaux : l'auteur appuie ses théories sur 82 Pères de l'Église, mais les citations très nombreuses se suivent, interrompant l'analyse, alourdissant la pensée. Une page donne la liste de tous les mots exprimant les passions de l'âme. Ce catalogue est signé "Jean Damascène", mais la liste est incomplète avoue, l'auteur...

Au-delà de cette présentation qui rend difficile la lecture, on se trouve devant la question complexe de la "maladie" de l'homme. Le Christ est alors présenté comme celui qui guérit, le seul médecin qui puisse sauver.

L'homme créé vertueux, capable d'œuvrer même à sa ressemblance avec Dieu ("Il n'y a pas de nature humaine pure, l'homme est homme-Dieu, ou il n'est pas") cet homme a failli et la perversion de la connaissance, morcelée, divisée, l'a laissé meurtri corps et âme. La santé ne sera retrouvée que si l'homme, sous la mouvance de l'Esprit, consent à l'ascèse pour vaincre ses passions. Lui seront rendues peu à peu, la connaissance de lui-même, de la nature spirituelle des autres êtres, enfin la vision/connaissance de Dieu.

Il est impossible à un non-initié de porter un jugement sur les chemins d'ascèse proposés. Il peut seulement remarquer la violence faite à la nature humaine : "l'absolu renoncement à soi-même et au

monde... conditions de l'amour de Dieu et du prochain", "La contemplation de Dieu... implique le renoncement à toute connaissance humaine".

Cet absolu dans les renoncements pour la vision de Dieu indique plus un but atteint qu'un cheminement, on peut même le soupçonner d'un certain manichéisme. Saint Thomas d'Aquin jugeait légitime le plaisir de vivre quand il n'est pas condamné par la raison. Et l'épître de Paul aux Corinthiens (1 Co 2, 12-16) laisse à l'homme un espace de liberté qu'on ne retrouve plus dans ces méthodes d'ascèse, valables peut-être pour d'autres époques, ou pour d'autres sensibilités.

Louise REVELLIN

Théologie, histoire et piété mariale. Actes du colloque de la Faculté de Théologie de Lyon 1^{er}-3 octobre 1996 Lyon, Éd. Profac, 1997, 371 pages.

Le premier objet des communications de ce colloque est de présenter l'état des travaux en mariologie depuis le Concile. La limite de l'histoire contemporaine est de prolonger les débats des protagonistes. Le malaise suscité au Concile sur les rapports entre la mariologie et l'ecclésiologie est toujours là. L'autre enjeu du Colloque était le point de vue des autres confessions chrétiennes sur la mariologie. On lira avec un intérêt particulier les études sur la dévotion mariale à Lyon au début du XIX^e siècle, notamment ce qui concerne Pauline Jaricot et le Père Jean-Claude Colin.

Jean-Claude SAGNE

M^{me} GUYON, Le Moyen Court et autres écrits. Une simplicité subversive. Texte établi et présenté par Marie-Louise Gondal. Grenoble, édition Jérôme Million, 1995, 301 pages.

Marie-Louise Gondal qui a beaucoup travaillé pour connaître et faire connaître la vie

et l'œuvre de M^{me} Guyon rend ici le service de mettre à la disposition du lecteur quelques-uns des textes majeurs de la grande inspiratrice du quiétisme français du XVII^e siècle finissant. En lisant ces textes de M^{me} Guyon, il est bien difficile de se situer aujourd'hui devant cette doctrine spirituelle peu cernable. M^{me} Guyon avait assez lu les auteurs reçus pour savoir ce qu'il fallait dire de l'oraison de simplicité et de l'abandon à Dieu. Au fil des pages, il est bien difficile de savoir de quel Dieu elle parle. La médiation de Jésus-Christ paraît bien absente. L'Écriture Sainte semble utilisée avant tout pour illustrer le raisonnement poursuivi. On retrouve les lignes majeures du quiétisme : le souci de la tranquillité intérieure, la relative indifférence à la tentation et au péché, la conviction d'être établi dans le plus haut degré de l'oraison : la sûreté de la doctrine enseignée. L'ouverture apostolique est quasiment absente. C'est un discours de forme mystique que le raisonnement développe de manière circulaire et qui est d'une subtilité opaque. La lecture d'une partie de l'œuvre de M^{me} Guyon ne suffit pas à franchir la distance culturelle nous séparant d'une culture de l'intériorité sans référents saisissables.

Jean-Claude SAGNE

Colloque des intellectuels juifs, Présences du Judaïsme : Le Corps, Paris, Éd. Albin Michel, 1996, 255 p.

Ce livre ressemble les conférences données au colloque juif sur le corps. Les participants, tous spécialistes, médecins, scientifiques, historiens, juristes, rabbins, se sont penchés sur le corps humain, sa complexité, sa fragilité. Chacun d'eux l'aborde avec tout son savoir, toute sa conscience, toute sa foi.

Il est facile d'osciller entre une dépréciation ou même une condamnation du corps et

son exaltation excessive. Toutes les époques ont marqué leur empreinte dans ce jugement porté sur le corps. Il est bon d'entendre des paroles éclairées et des jugements de sagesse. Certains de ces exposés frappent l'esprit plus fortement par leur originalité, ou par la profondeur de la recherche.

D. Halpérin se penche sur la difficulté du médecin qui doit soigner avec son propre corps, imparfait lui aussi et qui "ne peut pas ou ne veut pas voir, sentir, ou palper". C'est alors que la technique scientifique intervenant, risque de transformer le corps du soigné et celui du soignant en "homme machinisé". Risque à assumer toutefois. D. Halpérin cite alors la très belle prière du médecin-théologien, Maimonide :

"Ôte de moi la tentation du gain et la recherche de la gloire.

Fais que je ne vois que l'homme dans celui qui souffre.

Fais que mon esprit soit clair.

Fais que mes malades aient confiance en moi.

Fais que je sois indulgent et patient.

Fais que je sois modéré en tout.

Donne-moi la force et la volonté d'élargir mes connaissances.

Eloigne de moi l'idée que je peux tout".

D'autres soignants parlent du corps vieillissant, du corps "décérébré", du corps mort.

Deux exposés importants portent sur le statut juridique du corps, en particulier sur les silences de la législation de 1994.

La loi protège le corps vivant (meurtre - viol - euthanasie - IVG). "Le corps humain est indisponible, il est hors commerce", mais hésite encore sur le corps mort non enterré. Les pays d'Europe n'ont d'ailleurs pas tous le même système juridique à ce sujet. L'un des auteurs N. Lenoir, rappelle l'histoire d'Antigone, fondant le statut protecteur du corps humain, et estime que le droit français constitue un modèle.

Le Grand Rabbin Goldmann rappelle la tradition juive : "l'homme n'est que le dépositaire de son corps dont le véritable maître est le Créateur, ce qui entraîne l'interdiction du suicide".

Suit un exposé très intéressant de Cl. Riveline sur le corps face à la technique. Après une mise en valeur de la main, de sa morphologie, il analyse l'évolution de son rôle à travers les siècles : chez l'esclave (le contact de la matière avilit l'homme libre), l'artisan (dont la Révolution française renforce l'autonomie), l'ouvrier prolétaire, le chômeur. Les effets de cette évolution lui paraissent bien ambigus.

Dans une introduction à son discours N. Hansson pose la question classique ; l'art éloigne-t-il de Dieu ? "Peut-être recèle-t-elle (la beauté) un danger, le danger de révéler l'effet en oubliant la cause, le danger de célébrer une création devenue masque, écran devant le Créateur" ? Mais la réponse vient vite sur les lèvres de L. Sigal : "... l'esthétique du judaïsme ne se présente pas comme une théorie du beau naturel ou artistique mais comme une pensée en creux de la non-représentation qui nous oblige en quelque sorte à un douloureux travail du négatif".

La beauté du corps conduit, malgré les anthropomorphismes, à l'évidence de l'Éternel, infini, indescriptible, et présence absolue et permanente.

Quelques pages suivent de B. Hercenberg, d'une grande sensibilité sur la nudité et le caché, qu'on ne lit pas sans émotion, tant elles semblent inspirées : "C'est en cachant l'infini de l'infini que sa révélation devient possible" (p. 142) — "Le Saint des Saints, non seulement lieu voilé, mais lieu du désir montré" (p. 148).

G. Bernheim présente un exposé très intéressant sur le cas d'une maladie de peau (*tzorahat*) dont font état très longuement les 13^e et 14^e chapitres du Lévitique

- maladie qui n'affecte que les êtres d'élite ! Cette altération organique est le reflet "d'une altération plus profonde de la personne", précisément, un mauvais usage de la parole — au sens propre, la médisance qui est bien autre chose que dire du mal au lieu du bien. "La médisance rétrécit la conscience que l'on peut avoir de la complexité d'autrui à la dimension limitée de notre individualité prise comme unique et absolue" (p. 175).

Et voici un avertissement du même auteur "quand un groupe social ou communautaire se met à parler mal ou de manière imprécise, c'est un signe alarmant".

Belle leçon aussi sur les intégrismes qui veulent toujours justifier Dieu, sur la relativité, l'incertitude, la sagesse, sur la valeur de l'argent, sa force et sa fascination.

S.A. Goldberg reste à ce niveau de spiritualité et sa réflexion est impressionnante : "à la notion de briser le corps en le soumettant à des humiliations, répond la possibilité de consoler et de servir de refuge à la Présence Divine dans son errance" (p. 193).

Elle traite ensuite du rite funéraire et de la résurrection qui va unir l'âme du corps et celle du souffle, à l'âme divine.

Ces quelques lignes voudraient montrer la richesse de ces exposés - richesse dans la variété des points de vue, richesse des sensibilités. Une foi authentique anime ces auteurs, témoins des histoires humaines de nos jours, mais aussi porteurs de l'héritage inestimable du peuple juif.

Louise REVELLIN

BULLETIN POUR L'ABONNEMENT 1998

Nom

Rue

Code postal Ville

Pays Votre numéro d'abonné(e)

	ordinaire	solidarité
France	240 F	300 F
Etranger	280 F	350 F

Pour les cinq numéros, le supplément par avion est de 50 F

Les abonnements de solidarité permettent de servir la revue à des correspondants qui sont dans l'impossibilité d'en régler le prix.

L'abonnement 1998 vous donne droit aux n^{os} 236-240.

Pour se réabonner, on peut découper ce bulletin ou, plus simplement, joindre au chèque la bande d'envoi de ce numéro.

CCP Lumière & Vie 3038 78 A Lyon

Le gérant : Ch. Duquoc - Imprimerie BOSC France - 69600 OULLINS
Dépôt légal : 9770 - 3^e trimestre 1998 - Commission paritaire : N° 50.845

cahiers disponibles

S'adresser à la revue pour les numéros 1 à 100

Droit et société	102	184	Aujourd'hui, l'individualisme
Le refus du passé ?	108	186	Le courant fondamentaliste chrétien
Théologie noire de la libération	120	187	Procréation et acte créateur
La montée du fascisme	121	188	La longue marche des Patriarches
Expérience mystique et Dieu de Jésus	122	189	Marie, mère de Jésus Christ
Le travail	124	190	Églises et État dans la société laïque
Le mouvement charismatique	125	192	La liberté chrétienne : l'épître aux Galates
Familles	126	194	La différence des sexes
Médecine et société	127	198	Bible et psychanalyse
Intérêts humains et images de Dieu	128	199	La parole dans les églises
Propriétés et biens d'Église	129	201	L'Europe et les enjeux du christianisme
Démocraties chrétiennes	132	204	La mort et les vivants
La Justice	135	205	La mission
La décision morale	136	206	Fidélité et divorce
Universalité de l'Église	137	207	Contemplation
Charité et pouvoir	142	208	1492 : l'invention des Amériques
François d'Assise	143	209	Les signes et la Croix chez saint Jean
Présence de l'Ancien Testament	144	210	Jésus : l'énigme de son humanité
Redire la foi	145	211	Pudeur et secret
Le sacrifice	146	212	Le diable sur mesure
Le spirituel autrement	148	213	Sagesses humaines, divine folie
Le christianisme dans la modernité	150	214	Écologie et création
Les Actes des Apôtres	153	215	Christianisme et perversions
Défis athées	156	216	Catéchisme de l'Église Catholique
Au regard des enfants	157	217	L'Épître aux Hébreux
Théologies d'Afrique noire	159	218	Du mensonge
Écriture apocalyptique	160	219	L'espérance
Le monde, lieu d'une parole sur Dieu	161	220	Le travail entre sens et non-sens
Le Conseil œcuménique des Églises	162	221	Qo'hélet : la saveur biblique de l'instant
Jérémie, la passion du prophète	165	222	Christianisme et religions
Destin du corps, histoire de salut	166	223	La solitude : de la nuit obscure
Le devenir des ministères	167	224	La non-ordination des femmes
L'Évangile dans l'archipel des cultures	168	225	Le corps et le don
Catéchèse : la pierre de touche	169	226	La violence et Dieu
Paroles d'Église et réalités économiques	170	227	L'Apocalypse : le livre du désir
Le Saint-Esprit libérateur	173	228	La société sans projet ou l'exil du sens
Les couples face au mariage	174	229	Autorité et dissentiment : Du gouvernement de l'Église
Histoire et vérité de Jésus-Christ	175	230	Le rire : thérapie du fanatisme
La dimension spirituelle	176	231	Lecture savante, lecture ecclésiastique
Aux portes de l'Église, les pauvres	177	232	Mutation de la jeunesse étudiante
La royauté dans la Bible	178	233	L'enfer : un destin impensable
La question de l'Au-delà	179	234	Les béatitudes : le bonheur inversé
Fonction d'un magistère dans l'Église	180	235	Justice et pouvoir judiciaire
Le racisme, une hérésie	181	236	Paranormal, la religiosité sauvage
Laïcs en Église	182	237	Moïse, le prophète de Dieu
		238	L'euthanasie, le débat nécessaire

VENTE AU NUMÉRO 1998

	simple	ordinaire	soutien
France	60 F	240 F	300 F
Etranger	70 F	280 F	350 F

ABONNEMENTS 1998

Tout abonnement va de janvier à décembre. Souscrit en cours d'année, il donne droit aux cahiers déjà parus. Supplément de **50 F** pour l'envoi **par avion** des 5 numéros.

238

*"Il reste encore à trouver ce que les
hommes peuvent faire pour permettre
aux autres hommes de mourir
facilement et paisiblement"*

Norbert Elias

Lumière ~~et~~ Vie

2, PLACE GAILLETON 69002 LYON
TÉL 04 78 42 66 83
Fax 04 78 37 23 82

**paraît
cinq fois par an
France 60 F
Etranger 67 F**