

Dossier présenté par le GEA
Groupe d'Etude des Assemblées et Eglises
Evangéliques en Suisse Romande

Etude sur l'euthanasie

Introduction
Clarification de la terminologie
I. Résumé historique a) dans l'histoire de l'Eglise
b) en Suisse
II. Questions juridiques
III. Questions médicales
IV. Questions théologiques
V. Lignes d'éthique chrétienne
Conclusions
Documents annexés (réf. net)
Références utiles

GEA –ETUDE SUR L’EUTHANASIE

INTRODUCTION

L'évolution de la médecine a apporté de nombreux changements durant le vingtième siècle. Elle a suscité beaucoup de nouveaux débats éthiques, en particulier autour de la question de la mort. En effet, les progrès de la science ont permis de traiter des maladies mortelles il y a encore quelques décennies et de prolonger la vie des patients. Cependant, ces nouvelles techniques ont parfois été la source de beaucoup de souffrances pour les malades et leur entourage. On a commencé alors à parler d'acharnement thérapeutique, puis du droit à mourir dans la dignité, du droit à choisir sa mort, et finalement du droit à recourir à l'euthanasie. Parallèlement à ces diverses revendications, la seconde moitié du vingtième siècle a aussi vu la naissance et le développement des soins palliatifs.

Il est tout d'abord important de donner quelques définitions afin d'éviter toute confusion.

Terminologie :

Euthanasie : Etymologiquement, euthanasie signifie « bonne mort ».

Euthanasie active directe : acte de tuer quelqu'un à sa demande. Selon l'article 144 du code pénal suisse, le meurtre sur demande de la victime est punissable. Aux Pays-Bas, il est non punissable sous certaines conditions.

Assistance au suicide : aide une personne à se suicider, par exemple en lui procurant une arme, un poison mortel, un appareil pour injecter un tel poison. Cette personne effectue elle-même le geste décisif, c'est donc bien un suicide et non un meurtre.

L'assistance au suicide n'est pas punissable en Suisse, pour autant qu'un motif égoïste puisse être exclu. L'assistance au suicide est pratiquée par EXIT par exemple.

Euthanasie involontaire : euthanasie sans la demande explicite et répétée du malade.

Un tel meurtre sans demande de la victime est punissable dans tous les pays, mais souvent ces cas ne parviennent pas à la connaissance des autorités.

Euthanasie passive : renoncement à mettre en œuvre des mesures médicales visant à prolonger la vie. Ce terme, en usage en Suisse, est en général rejeté, au profit du terme : « arrêt des traitements », ou d'un autre terme analogue.

Le droit de refuser un traitement ou d'en demander l'arrêt fait partie des droits du patient. Si l'on va à l'encontre de cette volonté, on se rend coupable d'atteinte à l'intégrité de la personne, ce qui est punissable.

Euthanasie active indirecte: acte d'administrer, pour soulager des souffrances, des substances dont les effets secondaires peuvent réduire la durée de vie. Cette définition peut prêter à confusion car elle utilise le terme d'euthanasie pour un acte médical qui ne consiste qu'à soulager les souffrances et non à donner la mort.

Acharnement thérapeutique : obstination thérapeutique déraisonnable refusant de reconnaître que le patient est voué à la mort et qu'il n'est pas curable.

Soins palliatifs : soins destinés à soulager la souffrance d'une personne en fin de vie et à assurer son confort plutôt qu'à la guérir.

Soins terminaux : soins offerts à une personne pour qui la médecine est impuissante à prolonger la vie et qui demande à s'éteindre.

Notre étude conduit à approuver et encourager les soins palliatifs et les soins terminaux. En revanche, l'euthanasie active directe et l'aide au suicide sont des pratiques que nous mettons en question : voilà pourquoi elles sont au centre de nos recherches. Lorsque, dans ce qui suit, le terme d'euthanasie est utilisé sans précision, il se réfère à ces deux pratiques.

I. RESUMÉ HISTORIQUE

a) Dans l'histoire de l'Eglise (d'après E.J. Larson & D.W. Admundsen, *A Different Death*)

Suicide et euthanasie dans l'Antiquité

Dans le monde antique, la vie humaine n'était pas universellement reconnue comme une valeur intrinsèque. Elle ne faisait pas l'objet d'un respect particulier. Toutefois, quelques philosophes tel Hippocrate font exception, de même que le judaïsme.

L'Ancien Testament proclame sans équivoque la souveraineté de Dieu sur la vie et la mort. C'est le cas dans les récits de la création : Ge 2 : 7, 2 : 17, 3 : 19, 4 : 10-11, 9 : 6, Nb 35 : 33.

C'est ensuite répété avec insistance dans le Pentateuque, les textes prophétiques et les autres Ecrits : Dt 32 : 39, 1S 2 : 6, Jb 12 : 10, Ps 90 : 3, Ps 104 : 29, Ec 8 : 8, 12 : 7, Ez 18 : 4.

La Bible souligne la souveraineté de Dieu sur la vie et la mort et, paradoxalement, elle relève que Dieu est aussi très affecté par la mort de ses enfants: Ps 116 : 15, Dt 30 : 19-20.

Chez les Juifs, c'est un devoir sacré de sauver chaque vie (*pikku'ah nefesh*). Cette obligation inclut le devoir de préserver sa propre vie dans la plupart des circonstances. Cependant, un Juif devait mourir plutôt que de violer la loi ; il fallait sanctifier le Nom de Dieu plutôt que le diffamer (*kiddush ha-Shem* plutôt que *hillul ha-Shem*).

Suicide et euthanasie aux premiers temps du christianisme

La condamnation du suicide par les premiers chrétiens est plutôt rare et équivoque. Les sujets en débat étaient: l'avortement, l'infanticide, les combats de gladiateurs, l'immoralité sexuelle, etc. De plus, la question du suicide était ambiguë : comment définir le suicide ? Quelles sont les limites entre suicide et ascétisme et entre martyr et suicide ? De nombreux textes parlant de la Résurrection, exhortent à ne pas craindre la mort, à s'en réjouir ou à ne craindre que la mort spirituelle. Certains auraient pu alors chercher à jouir plus rapidement de ces bénédictions. Cependant, les premiers chrétiens n'étaient guère tentés par le suicide sachant que le sens de la vie chrétienne est de faire la volonté de Dieu. Le résumé de la loi est d'aimer Dieu de tout son cœur, de toute son âme et de toute sa pensée et d'aimer son prochain comme soi-même.

Il n'y a aucun texte biblique qui permettrait ou encouragerait le suicide face à l'épreuve. Dans l'Ancien Testament, plusieurs personnes ont souhaité la mort (Moïse, Elie, Jonas et bien sûr Job). Mais aucun d'eux n'a envisagé le suicide. Saül a certes demandé la mort, mais c'est l'aboutissement de son rejet en tant que roi et oint de Dieu (1S 31 :4).

Le Nouveau Testament relève clairement que la souffrance est présente dans la vie des chrétiens. Beaucoup de textes parlent de la souffrance comme d'une école de discipline, d'obéissance, un apprentissage de la patience et de la maîtrise de soi. Les chrétiens devraient y trouver un sujet de joie : la façon de répondre à certaines formes de souffrances est une preuve qu'ils sont enfants de Dieu. De plus, l'expérience de la souffrance permet une croissance spirituelle. Enfin, celui qui a traversé certaines souffrances peut apporter consolation aux personnes éprouvées (voir par ex. 2 Co 1 :3-7).

Les Pères de l'Église considéraient la souffrance comme un aspect essentiel de la sanctification. Cette conviction, combinée à l'assurance de la souveraineté de Dieu et la confiance qu'Il fait toute chose pour notre bien final, les a amenés à prêcher la persévérance dans les afflictions. Ainsi, il n'y a aucun récit de suicide de malade chez les Pères de l'Église.

Dans le Nouveau Testament la santé du corps est associée au concept de réconciliation. La santé du corps n'est pas un bien absolu, ni une fin en soi, même si les guérisons effectuées par le Christ sont un sujet de réjouissance. La maladie est le signe d'un monde perturbé par le péché originel, et les guérisons miraculeuses de Jésus font entrevoir l'accomplissement eschatologique dans lequel le corps aussi bien que l'âme sera racheté. La santé est une bénédiction, quelque chose de désirable, mais elle n'est pas indispensable au bien-être. La maladie n'est pas pour autant imputable à un péché que le malade aurait commis.

La terminologie concernant la maladie et les dysfonctionnements physiques est vaste et peu précise dans le Nouveau Testament et les écrits des Pères de l'Église. Il n'est donc pas possible de faire des interprétations médicales de ces textes. Les récits de guérison ont une portée théologique. Ils révèlent la nature des relations entre la personne malade et Dieu. Ces récits ne peuvent pas être approchés d'un point de vue médical. Ce n'est pas la nature de la maladie, son développement ou son traitement qui attirent l'attention, mais la maladie est envisagée comme un événement significatif de l'histoire du patient dans la perspective générale du message du salut¹.

Les évangélistes considéraient les miracles de Jésus comme des signes qui authentifiaient Jésus comme Messie, tout en affirmant que le signe de Jonas était encore plus grand. Par ailleurs, si de nombreuses guérisons ont été accomplies par Jésus et ses disciples, il y a aussi plusieurs cas de non-exaucements dont le plus connu est la maladie de l'apôtre Paul, l'épine de sa chair.

L'idée que les souffrances individuelles sont le résultat de péchés individuels est une notion rejetée par Jésus. Le péché est présent en arrière-fond des souffrances et des maladies, mais il est impersonnel. Dans le Nouveau Testament, la maladie est surtout regardée en fonction de son but et de sa signification, et non pas en raison de sa cause ou de son origine (par ex. Jean 9 :1-3, Jean 11 : 4).

Paul et les Pères de l'Église ont aussi beaucoup écrit au sujet des bénéfices spirituels potentiels de la maladie (par ex. 2 Cor 12 :1-10).

Dans le christianisme primitif, même si l'âme était considérée comme plus importante que le corps, il n'est pas affirmé que l'âme soit fondamentalement bonne et le corps fondamentalement mauvais. Les textes de cette époque encouragent à prendre soin du corps, comme étant le temple de Dieu. Pour les Pères de l'Église, il y a trois causes possibles pour les maladies, qui d'ailleurs ne s'excluent pas : Dieu, les démons et les causes naturelles. Les soins dépendront de la cause discernée. Ceux-ci seront alors soit la prière, soit le recours à la médecine ou encore l'exorcisme. Le recours aux pratiques occultes est bien sûr interdit. Contrairement à la conception prépondérante actuellement dans les milieux chrétiens selon laquelle toute guérison provient de Dieu, les Pères de l'Église croyaient sans équivoque que Satan et les démons étaient capables de guérir. Ils ne mettaient pas en doute l'efficacité des pratiques magiques.

Le recours à la médecine était admis pour un chrétien. Toutefois, le chrétien dépend de Dieu seul, et non pas d'un élément de sa création, même parfaitement approprié. Dans leurs commentaires sur le recours à la médecine, les Pères de l'Église se prononçaient sur un recours limité aux médecins, car ils pensaient que les chrétiens doivent compter sur Dieu seul, qui peut choisir de donner ou non la guérison.

¹ H.Roux, « *Sickness* » in *A companion to the Bible*, ed. JJ von Allmen

Ils pensaient qu'il est juste de rechercher la santé, mais qu'un souci excessif de son corps ou le fait de s'accrocher désespérément à la vie sont contraires aux valeurs chrétiennes. Et en tout cas, les soins de l'âme devaient primer sur ceux du corps.

L'espérance chrétienne est basée sur l'amour de Dieu. L'amour du prochain est le commandement qui en découle; il faut donc s'occuper de ceux qui souffrent (Mt 25 : 35-36, 40). L'engagement des chrétiens pour les soins des malades a été intense au troisième siècle, durant les épidémies de peste. Le quatrième siècle voit la fondation d'hôpitaux, orphelinats et homes souvent associés à des monastères. Ces institutions, en prenant soin d'étrangers aussi bien que de leurs propres membres, ont beaucoup contribué à la diffusion du christianisme. En effet, le christianisme amenait là un changement d'attitude radical : l'obligation morale non pas de guérir, mais de prendre soin. Or les médecins de l'antiquité ne se reconnaissaient aucun devoir à prendre soin d'un cas désespéré. Contrairement aux institutions païennes, les activités de ces hospices chrétiens étaient basées sur un respect fondamental de la valeur de la vie. Ce respect de la vie n'était plus basé sur le fait d'être membre d'un peuple, comme c'était le plus souvent le cas chez les Juifs, mais sur le fait d'avoir été créés à l'image de Dieu.

Le seul récit de suicide dans le NT est celui de Judas. Il n'est accompagné d'aucun commentaire. Il y a aussi un récit de suicide évité, celui du gardien de Paul et Silas (Actes 16 : 25-34).

Avant saint Augustin, il y a relativement peu de commentaires qui développent ce sujet dans la littérature chrétienne. On relève toutefois une douzaine de Pères de l'Église, qui condamnent le suicide.

Écrits de saint Augustin

Les condamnations du suicide ont été reprises et développées par saint Augustin qui a exercé une immense influence dans le christianisme occidental. Saint Augustin écrit la *Cité de Dieu* à l'époque du sac de Rome. C'est dans ce contexte que l'auteur discute la question du suicide : il mentionne quelques motivations qui pourraient amener au suicide : désir d'échapper à des problèmes temporels, désir d'échapper au péché d'autrui (Augustin y inclut le souci d'échapper au viol), culpabilité pour un péché passé, désir d'une vie meilleure (vie éternelle), désir d'éviter de pécher. Augustin désapprouve toutes ces motivations, en particulier la dernière. Il considère, tout comme ses prédécesseurs, que le suicide est un crime. Son argumentation repose sur les points suivants :

- Jamais les Écritures ne le préconisent pour atteindre l'immortalité, ni pour échapper au mal.
- Le suicide est inclus dans l'interdit du sixième commandement : « Tu ne tueras point ».
- Se tuer soi-même est assimilé à un homicide.
- Le fait de se suicider n'offre plus aucune possibilité de repentance.

Dans ses écrits contre les Donatistes, saint Augustin condamne aussi bien le fait de rechercher le martyre que les suicides héroïques.

Euthanasie et suicide au Moyen Âge

Les arguments de Thomas d'Aquin concernant le suicide sont les suivants :

- Il est contraire à la nature qui fait tout pour maintenir la vie.
- Il est un manque de charité parce que toute personne doit s'aimer elle-même.
- Il est une offense et une blessure à la communauté à laquelle nous appartenons
- Il est une usurpation du pouvoir de Dieu qui donne et reprend la vie.

Pour lui comme pour saint Augustin, il reste difficile d'expliquer les suicides de Samson et ceux des vierges qui se suicidaient pour échapper au viol : ces dernières étaient louées par l'Église catholique. Les deux théologiens voyaient dans ces suicides une obéissance à un ordre particulier et individuel de Dieu.

Par contre, ils ne mentionnent pas les cas où des personnes voient leur responsabilité diminuée par une maladie mentale ou par la possession. Dans leurs écrits, ils n'évoquent aucun châtement à faire subir au suicidé (exposition du corps, confiscation des biens, ...) tels qu'ils vont être pratiqués par la suite.

La société du Moyen Age croyait que l'on doit souffrir pour ses péchés, dans cette vie ou au purgatoire. Les souffrances physiques étaient liées au péché de trois manières :

- Toutes les maladies sont conséquences du péché originel.
- Certains péchés collectifs étaient tenus pour la cause de certaines maladies (pestes).
- Certains péchés spécifiques étaient considérés comme cause de maladie.

Cette troisième catégorie était peu citée. Durant les grandes épidémies de peste de l'époque, l'Église a beaucoup prêché la repentance collective. Ces pestes étaient considérées comme instruments de Dieu pour faire réfléchir les gens sur leurs priorités et pour les focaliser sur des réalités spirituelles. Le pape Clément a même distribué des indulgences au clergé, pour amener les prêtres à prendre soins des malades de la peste. Ainsi, ils échapperaient au purgatoire. En conséquence, certaines personnes se sont mises à croire que mourir de la peste était une expiation en soi, et refusaient de se conformer aux mesures sanitaires proposées par les médecins.

Le canon de Latran IV est l'une des sources les plus importantes de la législation de l'Église médiévale. Ses écrits comportent une section sur les péchés des médecins et chirurgiens. Le suicide assisté ou l'euthanasie n'y sont pas mentionnés, sauf indirectement dans un passage au contexte plus large où il est écrit que le médecin commet un péché s'il donne un médicament qu'il sait néfaste pour son patient, même s'il agit par pitié. Dans cette section apparaît également une discussion sur les péchés du malade. Il est spécifié que le malade ne doit pas prendre de substance qui aggraverait sa maladie ou le conduirait à la mort. Toutefois, il y a peu d'attention portée à cette problématique dans les écrits de l'époque, ce qui laisse croire qu'il s'agissait d'une préoccupation très marginale.

Euthanasie et suicide depuis le Moyen Age

L'enseignement de saint Augustin, qui considérait le suicide comme une forme inacceptable de meurtre, est resté prépondérant dans l'Église catholique. Au moment de la Réforme, malgré leurs divergences théologiques croissantes avec l'Église catholique, les réformateurs ont continué à condamner toute forme de suicide. Avec les persécutions, les guerres et les épidémies subies à cette époque, les protestants considéraient les afflictions comme inévitables et comme une source potentielle de bénédictions. Même s'il pensait qu'un chrétien ne devrait pas se cramponner à la vie, Luther condamne le recours au suicide comme moyen de hâter la mort. Luther ne considérait pas les souffrances comme des bénédictions en soi ou comme quelque chose à rechercher, mais lorsque les souffrances survenaient, il croyait que de bonnes choses pouvaient en découler. Les afflictions peuvent, par exemple, augmenter notre conscience d'être dépendants de Dieu. Luther croyait que les souffrances qu'il a endurées dans ses maladies ont enrichi sa théologie.

Calvin condamne également fermement le suicide et l'euthanasie. Malgré les souffrances, les chrétiens ne devraient pas montrer de haine pour leur vie ou d'ingratitude envers Dieu. La vie est

un cadeau de Dieu et un lieu où nous devons rester jusqu'à ce qu'il nous rappelle. Cette condamnation du suicide provient de sa théologie de la souffrance.

Selon Calvin, la maladie est venue dans le monde avec le péché, mais Dieu s'en sert pour notre guérison spirituelle. Nous devons accepter les souffrances avec foi, en nous soumettant à la volonté de Dieu. Dans les terribles souffrances que Calvin a connues dans les derniers mois de sa vie, il disait : « Tu me piles, Seigneur, mais il me suffit de savoir que c'est Ta main ».

Les réformateurs anglais ont également suivi la doctrine chrétienne traditionnelle. Toutefois leur position était un peu moins tranchée que celle des catholiques. En particulier, ils étaient troublés par les suicides dus à la «mélancolie», particulièrement chez des croyants. Ainsi certains considèrent que des suicides commis lors de maladie mentale n'excluent pas toute rédemption.

L'influence des philosophies antiques concernant le suicide s'est développée progressivement et s'est pleinement manifestée avec les Lumières. Au dix-huitième siècle, avec les progrès de la science, la raison et l'expérience ont remplacé la révélation. La plupart des philosophes de l'époque ont continué à soutenir les thèses contre le suicide (Descartes, Copernic, Newton, Leibniz, Pascal, Boyle, Kant). Cependant, Montesquieu, Voltaire et Hume ont justifié cette pratique. En particulier David Hume a fait l'apologie du suicide. Il considère qu'il est licite et même louable de se suicider lorsque l'on ne bénéficie plus de sa propre vie ou lorsque la vie devient un fardeau pour la société. Toutefois, si les Lumières ont influencé des rationalistes, elles ont eu peu d'échos parmi les chrétiens. En effet, dans les mouvements du Réveil qui jaillit à cette époque, il y a également un fort consensus contre le suicide.

Avec la Révolution américaine et la Révolution française, un mouvement en faveur de la dépénalisation du suicide se développe. Il ne s'agissait souvent pas d'un changement radical de vision sur le suicide, mais bien plutôt du souci de ne pas pénaliser des innocents en leur confisquant leurs biens. Cependant l'aide au suicide demeurait interdite.

Au 19^{ème} et 20^{ème} siècles, la loi reste inchangée, alors que le système judiciaire manifeste de plus en plus de clémence pour les suicides assistés dans les cas de maladie terminale. Dans les années 1920 et 1930, des mouvements visant à légaliser l'euthanasie ont attiré certains chrétiens. Mais ces mouvements n'ont pas survécu à la guerre de 1939-1945, avec les pratiques nazies.

Jusqu'au 19^{ème} siècle, la médecine était moins efficace, et les médecins ne pouvaient souvent que constater des symptômes, les interpréter et accompagner le malade dans une évolution qu'ils ne pouvaient souvent pas modifier. Au cours du 20^{ème} siècle, les progrès de la médecine ont conduit à de nouvelles problématiques. La crainte de voir sa vie raccourcie par une maladie a parfois laissé place à celle d'être maintenu en vie par des médicaments ou des machines, sans espoir de guérison, dans un état végétatif. Les frontières de la vie sont ainsi devenues parfois un peu floues. Dans le même temps, les progrès de la médecine ont diminué les risques de mourir de maladies infectieuses souvent rapidement fatales pour laisser place aux maladies dégénératives (cancers, maladie d'Alzheimer, ...). Des cas médicaux difficiles ont ainsi conduit à des situations extrêmes et de nouvelles questions éthiques ont surgi.

Ainsi, dans certains cas, lorsque des moyens médicaux maximaux étaient mis en œuvre, les patients ou leur famille ont ressenti un acharnement thérapeutique. Des traitements prolongeaient le processus de fin de vie parfois douloureusement, hors du contrôle du patient ou de sa famille. Les patients avaient peur de voir des traitements appliqués seulement parce qu'ils étaient disponibles, et non parce qu'ils étaient nécessaires.

A l'opposé, la question du contrôle sur la fin de la vie ne se pose pas que dans l'acharnement thérapeutique, mais aussi dans les arrêts de soins décidés par les soignants, sans prendre l'avis du patient ou de ses proches.

Certains patients, en particulier âgés et isolés, peuvent parfois craindre que tous les moyens ne soient pas mis en œuvre pour les soigner, particulièrement dans des temps où le financement des systèmes de santé est difficile.

En réponse à ces différentes craintes, plusieurs procès ont eu lieu pour avoir le droit de faire cesser certains traitements occasionnant des souffrances intolérables sans espoir de guérir ou de soulager durablement le patient. Ces mouvements de «droit à mourir» ont souvent été approuvés par les milieux chrétiens : alors qu'il est orgueilleux de rejeter le don de la vie, il est également orgueilleux de s'accrocher à une vie temporelle lorsqu'un cadeau bien plus grand nous attend. Il y a une différence entre prolonger la vie et prolonger la mort.

Mais progressivement, le débat a évolué du droit à ne pas subir des traitements pénibles dans une situation désespérée au droit à recevoir une aide à se suicider ou même au droit à être tué lorsque la vie ne nous paraît plus digne d'être vécue.

Ainsi, peu à peu, les changements de l'opinion publique ont influencé les lois.

En Hollande, au milieu des années 1970, la justice a prononcé une exception au code pénal en ce qui concerne l'euthanasie, lorsque le patient est incurable, lorsqu'il souffre de manière intolérable, lorsqu'il a demandé à mourir et lorsque l'acte d'euthanasie active est effectué par le médecin traitant ou en accord avec lui.

Avec ces recommandations, la pratique de l'euthanasie s'est répandue à travers la Hollande. Les cas annoncés ont passé de 17 en 1984 à 500 en 1991 et 1500 en 1994. Comme tous les cas ne sont pas répertoriés, une étude sur les cas de décès a été entreprise en 1990 : sur 129000 décès durant l'année, 2300 étaient des demandes d'euthanasie, 400 des suicides assistés par un médecin et 900 des cas d'euthanasie sans demande explicite du patient ou de ses proches. La quantité de cas d'euthanasie involontaire, malgré les recommandations légales explicites est frappante. Dans la moitié des cas d'euthanasie involontaire, le médecin n'a pas consulté la famille. Les motifs invoqués par les médecins étaient une absence de perspective d'amélioration plutôt que la douleur ou les souffrances. L'euthanasie est également souvent suggérée par le médecin ou la famille, alors qu'il n'y a encore eu aucune demande de la part du malade. Par ailleurs, lorsqu'on demandait ce qui poussait les malades à demander une euthanasie, le manque de dignité était plus souvent cité que la douleur. En moins d'une décennie, l'euthanasie est devenue une pratique intégrée à la médecine, souvent laissée entre les mains des soignants. De nombreuses personnes âgées ont peur d'aller à l'hôpital par peur de l'euthanasie. Certaines s'y rendent avec des cartes sur lesquelles elles déclarent ne pas vouloir être euthanasiées si elles ne sont plus capables de parler. On glisse vers une société où l'euthanasie n'est plus basée sur une autodétermination du patient, mais sur le principe que certaines vies seraient sans valeur.

Aux USA, en Oregon, le 8 novembre 1994, une initiative a été acceptée à une faible majorité de 51% : elle autorise le suicide assisté ou l'euthanasie active directe si le patient a une maladie terminale avec une espérance de vie de moins de 6 mois. Le patient doit être capable d'en faire la demande. Le médecin traitant du patient doit être impliqué et un deuxième avis médical est requis. Si l'un des deux médecins a le moindre doute concernant une affection psychiatrique (p. ex. une dépression), un avis autorisé doit être demandé.

Après plusieurs procès et appels, le 26 juin 1997, la Cour suprême des USA s'est prononcée contre l'aide au suicide au nom du caractère sacré de la vie et au nom de la protection des plus

faibles. Elle encourage, dans le même temps, le développement des soins palliatifs. Toutefois, plusieurs juges admettent la possibilité de cas extraordinaires, exceptionnels.

b) En Suisse :

1994 : Motion Victor Ruffy

« Devant les différentes formes d'évolution dégradantes de maladies incurables, malgré les moyens à disposition pour prolonger la vie, de plus en plus d'êtres humains, dans notre société souhaitent avoir la possibilité de prendre une part active à leur fin de vie afin de mourir dans la dignité. Le Conseil fédéral est prié de soumettre un projet tendant à l'adjonction d'un article 115 bis au code pénal suisse».

1996 : Le **Conseil National** transmet la motion Ruffy sous forme de postulat.

1997 : Le **Conseil Fédéral** charge un groupe de travail d'étudier la nécessité de modifier le code pénal.

1999 : Rapport du **groupe de travail «assistance au décès»** (cf. annexe 2)

Conclusion unanime : toutes les possibilités doivent être mises en œuvre, l'euthanasie passive et l'euthanasie active indirecte doivent être permises et explicitement réglées dans la loi. Un médecin ne doit en aucun cas être tenu d'effectuer l'euthanasie active directe

Recommandation d'une faible majorité : sous certaines conditions, l'euthanasie active directe ne doit pas faire l'objet de poursuite pénale.

Recommandation d'une forte minorité : l'euthanasie active directe doit rester punissable sans exception.

2000 : Rapport du **Conseil Fédéral** : comme la minorité du groupe de travail, il s'exprime contre une dépénalisation de l'euthanasie active directe (cf. annexe 3).

Initiative parlementaire Franco Cavalli : demande à nouveau la dépénalisation de l'euthanasie active directe.

2001 : Décision du **Conseil National** : l'initiative Cavalli est rejetée à une forte majorité. Le même jour, une autre initiative parlementaire demandant le soutien par l'Etat d'un développement cohérent des soins palliatifs est acceptée.

II. QUESTIONS JURIDIQUES

Les sociétés actuelles sont de plus en plus régies par des lois, qui prennent le pas sur les consensus éthiques fondamentaux. Le droit devient donc la référence ultime dans nos sociétés pluralistes et individualistes. Ainsi, en Suisse, les questions d'éthique médicale ont longtemps été basées seulement sur les recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales (cf. annexe 1). En ce qui concerne l'euthanasie, le code pénal a ignoré la question jusqu'à la motion de Victor Ruffy. En effet, dans les articles 114 et 115 du code pénal suisse, il n'y a pas de référence explicite au personnel soignant ou médical.

Code pénal suisse

Art.114 Celui qui, cédant à un motif honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni de l'emprisonnement.

Art.115 Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou l'emprisonnement.

La reconnaissance des droits individuels, comme le demandent les partisans de l'euthanasie active directe, risque parfois d'entrer en conflit avec le bien-être de la communauté.

Il ne serait pas souhaitable que le droit à mourir de certains entraîne une perte de confiance des personnes les plus fragiles envers ceux qui les soignent. On peut en effet se demander « jusqu'à quel point doit s'étendre l'espace de liberté des citoyennes et des citoyens ? C'est ce qu'il faut définir en évaluant les enjeux du point de vue de l'éthique sociale, en prenant soin de garantir, d'une part, un équilibre équitable entre les différentes prétentions à la liberté et, d'autre part, une solidarité sociale avec les membres de la société qui sont dans l'incapacité d'exiger eux-mêmes le respect de leur espace de liberté ou même d'en avoir une claire perception. L'État ne doit pas seulement offrir la liberté à ses administrés, mais aussi la sécurité. C'est pourquoi, jusqu'à notre époque, un consensus existait au sein de nombreux pays pour interdire l'euthanasie, en raison même de cette sécurité élémentaire. »².

Actuellement, en Suisse, la loi garantit le droit de se suicider. De plus, l'assistance au suicide n'est pas punissable, pour autant que des motifs égoïstes puissent être exclus. Ces dispositions sont contraires à celles de nombreux pays qui ne reconnaissent pas ce dernier point. Toutefois, le suicide n'est pas reconnu comme un droit « exigible ». En libéralisant davantage le recours à l'euthanasie active directe, nous introduirions l'option de l'homicide dans le champ d'action de la société et ceci dans un contexte économique délicat.

« Personne n'est en mesure de prévoir les conséquences qui découleraient de l'option euthanasique et on ne peut exclure une éventuelle perte de confiance en la médecine, ni le risque de voir celle-ci instrumentalisée à quelques fins sociales. Les expériences effectuées avec l'euthanasie dans l'histoire de l'humanité le montrent avec force : la fonction protectrice de l'État n'est plus garantie, dès lors que l'euthanasie entre dans le champ d'action légitime de la société. Le contraire n'a jusqu'à présent jamais été démontré. Aussi, introduire l'euthanasie même à titre d'essai ne me semble pas être une expérience sociale responsable. »³

III. QUESTIONS MEDICALES

Après la seconde guerre mondiale qui a vu tant d'horreurs se commettre au nom des théories d'eugénisme, le discours médical condamnait presque unanimement l'euthanasie. Le débat autour de l'assistance au décès est apparu, selon les pays, dès les années 1980 à 1990.

Le discours médical sur la fin de la vie est relié à deux principes de base d'où découlent deux attitudes fondamentales. Pour certains, la vie est une valeur sacrée, intouchable. Elle doit être protégée parce qu'elle ne doit pas être soumise à l'arbitraire humain. Pour d'autres, l'accent doit être mis sur la « qualité » de la vie. La science permet d'améliorer la vie, mais occasionne parfois de grandes souffrances. Les personnes ont le droit de choisir ce qui est bon pour elles. Respecter la vie, c'est respecter sa qualité, telle que chaque personne l'évalue.

Ainsi les arguments invoqués par les médecins favorables à l'euthanasie active directe et à l'aide au suicide sont les suivants : il y a un continuum entre les soins et l'aide à mourir. De plus, refuser cette aide, c'est nier la complexité de la situation. Donner la mort à une personne en fin de

² Ruth Baumann-Hölze : *Assistance au suicide dans les maisons pour personnes âgées – Perspectives éthiques – Rencontre destinées aux pasteurs et autres collaborateurs des églises à Berne, le 7 juin 2001* (Annexe 4)

³ id

vie, c'est faire preuve de compassion. C'est aussi une façon de respecter les valeurs de cette personne, sa vision de la vie et de la mort.

Les arguments des médecins qui refusent l'euthanasie active ou l'aide au suicide sont essentiellement liés au respect de la vie. Ils considèrent aussi que donner la mort n'est pas une tâche médicale. Cet argument est notamment utilisé par l'Académie suisse des sciences médicales : « Le médecin s'efforce de soulager, de soigner et de guérir les douleurs physiques et morales pouvant amener un patient à des intentions suicidaires »⁴. De plus, il n'est pas facile de respecter la volonté du patient : que se cache-t-il derrière la demande de mort d'un patient ? Est-ce un appel à l'aide, une façon de crier sa souffrance et son sentiment d'abandon ou un réel désir de mort ? Il a également été bien démontré que de nombreux patients en fin de vie souffrent de dépression non diagnostiquée et non traitée. Si l'on prend en charge cette dépression, de nombreux patients ne renouvellent pas leur demande de mort. Enfin, il y a de nombreux risques de dérapage : euthanasie secrète de patients vulnérables, euthanasie « conseillée » aux patients qui sont devenus un fardeau, euthanasie par consentement substitué de manière à ce que les malades incapables aient les mêmes « droits » que les malades aptes à consentir, euthanasie discriminatoire à l'égard de groupes pauvres, sans défenses ou faibles. Pour ce deuxième groupe de soignants, il est illusoire de croire que l'euthanasie resterait réellement volontaire, que notre société resterait disposée à investir du temps et des ressources dans les soins palliatifs et que nous ne nous laisserions pas entraîner vers d'intolérables abus.

IV. QUESTIONS THEOLOGIQUES

Les arguments théologiques s'articulent principalement autour de trois éléments.

1. Dieu est souverain. En pratiquant l'euthanasie active directe ou l'aide au suicide, on usurperait Sa souveraineté. Ce n'est pas à l'homme de trancher la question de savoir si sa vie est réussie ou manquée, supportable ou insupportable et s'il lui est possible ou non de continuer à vivre. C'est Dieu, le Créateur et le Seigneur de la vie qui en décide⁵. Karl Barth souligne que la suppression de vies jugées sans valeur et que le meurtre considéré comme un bienfait qu'il faut accorder au patient et à ceux qui le voient souffrir ne peuvent se justifier. Cet argument est nuancé par d'autres théologiens : selon eux, tous les soins médicaux visent à apporter une amélioration de la condition des malades et une modification du cours de leur vie. L'homme est créé à l'image de Dieu, collabore avec Dieu dans l'œuvre de la création. Comment considérer alors comme bénédiction les progrès de la médecine qui prolongent la vie, et comme usurpation de souveraineté le fait de raccourcir la vie ? C'est le nœud du débat autour de tout progrès scientifique.
2. De par son origine divine, la vie est quelque chose de sacré. Cependant, il faut bien s'entendre sur ce terme. Pour les hindous et d'autres religions, cela signifie que la divinité est totalement présente dans l'être vivant. Une vache est considérée comme sacrée car elle est en elle-même « divine ». Ce concept est largement repris dans nos sociétés séculières. Dans la perspective judéo-chrétienne, « sacré » signifie autre chose. Il signifie que Dieu en est la source et le maître absolu. La vie appartient à Dieu. Aussi, nous dirions plutôt que la vie est sainte, et non

⁴ Académie suisse des sciences médicales : *Directives médico-éthiques sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes* 24.2.1995 (Annexe 1)

⁵ Selon Karl Barth : *Dogmatique*, traduction française, 16,114, III/4, texte cité dans *Dogmatique, Index général et textes choisis*, Genève, Labor et Fides, 1980, p.365s.

sacrée comme un objet intouchable. Elle est sainte, c'est-à-dire en relation avec Dieu. C'est tout le projet de la création de Dieu, qui crée un monde dans laquelle la vie puisse se développer. Dieu se réjouit de ce monde qu'Il crée. Le respect de la vie découle de cet amour de Dieu pour Sa création. Dans ce contexte, la vie n'est pas un absolu, mais un bien qui pourrait être sacrifié pour un bien plus grand.

3. La vie est un don de Dieu. Notre vie appartient à Dieu, Il nous la prêle. C'est pourquoi la vie mérite d'être respectée. Mais la protection de la vie implique également la reconnaissance des limites de la vie. La vie est de nature créée et non divine. Elle est temporelle, et non éternelle. La vie humaine n'est pas une grandeur absolue, une valeur suprême, une sorte de second dieu. La protection de la vie humaine est donc exigée absolument, mais dans ces limites⁶. Selon notre façon de recevoir ce don, notre attitude face au suicide peut être variable. Si nous recevons la vie comme quelque chose qui nous appartient, nous pouvons avoir l'impression que nous pouvons en disposer librement, y compris jusque dans le choix de notre mort. Par contre, si nous considérons notre vie comme en lien avec Dieu et avec les autres, la conception de notre vie et de notre mort va en être modifiée.

Ces trois axes impliquent clairement un respect profond de la vie humaine, sans aller jusqu'à une condamnation unanime de tout geste voulant mettre fin à la vie d'un malade pour motif de compassion.

V. LIGNES D'ETHIQUE CHRETIENNE

Les demandes d'aide au suicide et d'euthanasie relèvent de motivations qui gravitent principalement autour de deux axes : tout d'abord le droit de mourir dans la dignité, ensuite le droit de choisir, c'est-à-dire une prétention à l'autonomie. Cela soulève tout de même quelques questions.

- Qu'est-ce que la dignité ? Qu'est-ce que la qualité de la vie ? Est-ce que la dignité n'est possible que dans l'indépendance ? Est-ce que des souffrances ou des contraintes gênantes, dues à la maladie ou à l'âge, entament la dignité de la personne ? Est-il possible d'avoir une qualité de vie riche même avec des contraintes physiques difficiles à vivre ? La dignité de la vie d'une personne peut être appréciée différemment si on la considère de l'intérieur ou de l'extérieur, si l'on se réfère aux critères de l'idéologie ambiante ou à la Révélation de Dieu, saisie dans la foi et dans l'amour du prochain.
- Sommes-nous autonomes, sommes-nous indépendants ? Comme chrétiens, nous nous savons dépendants de Dieu. Toutefois, notre société est fortement influencée par l'individualisme, et le sentiment d'autosuffisance. Mais inversement, depuis cent ans, les sciences humaines et la psychanalyse ont souligné plus que jamais les nombreux déterminismes pesant sur l'individu, ce qui fait apparaître comme illusoire le sentiment de liberté, souvent sinon toujours. Autres illusions : celles de pouvoir nous épargner la douleur et la difficulté de la séparation, et de pouvoir maîtriser notre vie et notre mort.

⁶ Karl Barth : *Dogmatique*, volume 3

En admettant que l'on accepte le recours à l'aide au suicide ou à l'euthanasie active, quelles conséquences pourrait-on craindre ?

- Pressions sur le malade : il s'agit là de pressions souvent inconscientes que l'entourage du malade ou les soignants risquent de faire peser sur le malade qui va se considérer lui-même comme un fardeau. Ainsi, en demandant à mourir, le malade risque de vouloir épargner ses proches.
- Perte de confiance dans les soignants, précarité. Comment les patients se confieront-ils dans un système où il est devenu commun d'abrèger les jours des malades ? Ceci est particulièrement vrai pour les plus fragiles (personnes incapables de discernement, personnes sans familles pour les protéger,...). Comment éviter les dérapages, lorsque les soignants se mettent à juger de la qualité de vie du patient avec leurs propres critères ?
- Perte de l'égalité de valeur de la vie entre riches et pauvres : les facteurs économiques deviennent tels que l'on peut craindre une aggravation de la dérive vers une médecine à deux vitesses, particulièrement pour les personnes en fin de vie.
- Risque de glissement vers l'eugénisme

La théologie chrétienne affirme un profond **respect de la vie**. Ce sont d'ailleurs souvent les Églises qui ont développé les soins aux malades et construit les hôpitaux. Mais la majorité des théologiens proposent une attitude mesurée entre poursuite acharnée des traitements et accélération de la mort au nom de la liberté ou de la qualité de la vie. Cette position repose sur le fait que la vie n'est pas une valeur infinie et absolue, mais que la vie est sainte, c'est-à-dire en étroite relation avec Dieu. La vie biologique n'est pas le tout de la vie.

De la même manière, le christianisme cherche à protéger les plus fragiles. L'Église devrait veiller à protéger les handicapés, les personnes âgées, les malades mentaux, qui risquent d'être exclus de la société sous prétexte de respect de la qualité de la vie, ou pire en raison de soucis économiques. En refusant l'euthanasie active, nous cherchons à protéger les plus faibles contre les pouvoirs des soignants qui pourraient être tentés de juger de la valeur de la vie des patients qui leur sont confiés, et contre les pressions familiales, sociales et économiques qui pourraient être faites sur les patients et sur leurs proches. La fragilisation ne doit pas devenir exclusion.

Le christianisme cherche d'une part à tenir ensemble sainteté de la vie et qualité de la vie et, d'autre part, à protéger la vie faible et dépendante de son exclusion de la communauté⁷.

Dans la **distinction entre l'utilisation de moyens ordinaires et extraordinaires**, les chrétiens peuvent dire leur souci de considérer la question à partir du patient et non à partir du moyen thérapeutique. La qualité de la vie du patient va ainsi être prise en compte dans la décision de recourir ou non à un traitement.

Le christianisme peut également partager son **regard sur la mort**. La mort est un phénomène naturel, et intervient inévitablement à la fin de toute vie. Elle n'est pas le mal absolu, tout comme la vie n'est pas un bien absolu. Ainsi la mort n'est pas à considérer comme un échec, ni celui du

⁷ Hubert Doucet, *Les promesses du crépuscule*, Labor et Fides

malade ni celui des soignants. Le contrôle exercé par l'homme sur la vie et sur la mort a des limites. Par contre, il a la possibilité d'agir avec compassion sur les angoisses et les douleurs des derniers jours.

Les chrétiens ont aussi quelque chose à dire dans la façon dont notre société vit ses deuils. Actuellement, la plupart des personnes meurent à l'hôpital. On ne passe plus de temps à veiller, on cache les morts aux enfants « pour ne pas les choquer »,.... Bref, la mort devient presque abstraite... et nous n'allons plus au bout de nos deuils, au fond de notre souffrance, pour renaître!

Nous croyons également que la vie n'est pas statique. Nos idées sur notre vie, sur ce qui en fait la dignité et la qualité changent et évoluent. C'est le propre de tous nos **chemins** de vie. C'est aussi le principe de base des soins palliatifs : les jours qui restent sont « une partie intégrante de la vie qui donnent sens à l'existence humaine ». « La proximité de la fin, bien loin de rendre insipide et sans signification les jours qui restent à vivre leur donne de la densité, les ouvre sur une promesse ».⁸ Les derniers instants de la vie peuvent aussi être un temps important pour l'entourage, durant lequel il y a de l'espace pour créer encore : une réconciliation, un dialogue renouvelé, une rencontre avec le Christ

La société actuelle cherche à vaincre la **souffrance**, tout comme elle cherche à vaincre la mort. Ainsi, de la même manière que nous devrions avoir une réflexion de fond sur la mort, une telle démarche devrait avoir lieu au sujet de la souffrance. Il est vrai que durant des siècles, l'Église a fait l'apologie de la souffrance, par laquelle les chrétiens auraient pu expier leurs fautes ou obtenir quelque mérite en vue de leur justification. Il s'agit bien sûr de caricatures de l'enseignement des Églises, mais elles ont fortement influencé de nombreuses générations de croyants. Pourtant, parallèlement, les Églises ont travaillé à recevoir et à accueillir les personnes souffrantes et à atténuer les douleurs en créant des hôpitaux. Mais malgré tous les progrès réalisés dans le contrôle de la douleur, les souffrances demeurent : parfois, elles ne sont plus des douleurs physiques mais elles viennent de l'isolement, de la perte de sens, de la perte d'humanité. Ces souffrances risquent de produire un repli sur soi, mais peuvent également être une chance d'ouverture et de rencontre. « Au sein de la souffrance inutile, dans cette passivité, au sein de cette déchirure, on observe dans le gémissement, dans le cri même, un appel à l'autre. »⁹

CONCLUSIONS

Nous croyons que la vie est un don de Dieu, que toute vie, y compris celle des plus fragiles, est précieuse devant Dieu. Nous croyons que ce qui en fait la richesse est notre relation à Dieu, Père, Fils et Saint-Esprit. Cependant, nous croyons que la vie n'est pas non plus la valeur suprême, à laquelle il faille tout sacrifier. Nous pensons donc qu'il est souhaitable que tout soit tenté pour calmer la douleur, lorsque le patient le souhaite, même si sa vie risque d'être quelque peu abrégée par son traitement. Nous croyons également que les choix du patient doivent être respectés lorsque celui-ci refuse des traitements qui lui paraissent déraisonnables après avoir été informé

⁸ M-L Lameau, *Soins palliatifs*, Le Centurion 1994

⁹ Levinas, *Souffrances*, cité dans Doucet, *Les promesses du crépuscule*, Labor et Fides

des bénéfiques et des risques qu'il peut en attendre. Ils doivent aussi être respectés quand il s'agit d'opter entre lutte contre la douleur et maintien de la conscience et de la volonté.

Cependant, nous croyons également que la mission première de l'Église et des soignants n'est pas de défendre la liberté de quelques-uns, mais de protéger les plus faibles et les plus démunis, ceux qui n'ont pas ou plus de voix. Nous craignons qu'en libéralisant l'euthanasie active directe et l'assistance au suicide, le droit de mourir de quelques-uns devienne un devoir de mourir pour beaucoup.

Toutefois, dans toute demande d'aide au suicide, il y a une grande souffrance, qui mérite d'être reconnue et entendue. Comme mentionné précédemment, ces demandes sont souvent motivées par un sentiment que sa vie devient indigne d'être vécue ou que l'on est en train de perdre son autonomie, que l'on est dépossédé de son reste de vie et de sa mort prochaine. Alors, que l'on soit d'accord ou non avec la demande de la personne en fin de vie, sa souffrance doit être entendue, prise en compte et une réponse doit être fournie, même si ce n'est pas celle qui est verbalisée par le patient. L'équipe soignante pourra réfléchir aux soins de la personne en fin de vie, en se souvenant que les soins palliatifs ne se résument pas à la prescription d'antalgiques, mais qu'ils sont des soins qui prennent en compte toute la personne, d'où le besoin d'un accompagnement pluridisciplinaire. Il est par exemple important d'assurer un accompagnement psychologique ; en effet, il a été démontré que la dépression de la personne âgée ou en fin de vie n'est fréquemment ni diagnostiquée ni traitée.

L'équipe peut également chercher des possibilités de mobiliser la famille, les amis ou l'Église de la personne en fin de vie, et ouvrir une brèche dans la solitude qui entoure souvent les malades. La famille, les amis ou les soignants peuvent dialoguer avec le patient, comprendre ses motivations et trouver des pistes pour redonner au patient un sentiment de valeur, de dignité et aussi, dans la mesure du possible, pour le mettre en situation de faire des choix vraiment personnels.

Il nous paraît que dans toutes ces questions liées à la fin de la vie, bien au-delà des enjeux juridiques, il y a un vrai défi pour notre société, et aussi pour l'Église. Comment entourons-nous les personnes malades, âgées, souffrantes ? Savons-nous les entendre, valoriser leur expérience donner du poids à leur chemin de vie pour leur redonner le sentiment de compter?

Documents annexés

- Recommandations de l'Académie Suisse des Sciences Médicales
http://www.samw.ch/content/Richtlinien/f_Sterbehilfe.pdf
- Assistance au décès : rapport du groupe de travail au Département fédéral de justice et police
<http://www.ofj.admin.ch/f/index.html>
- Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat Ruffy. Assistance au décès. Adjonction au code pénal suisse
<http://www.ofj.admin.ch/f/index.html>
- Assistance au suicide dans les maisons pour personnes âgées – Perspectives éthiques (rencontre d'information et de coordination destinée aux pasteurs et autres collaborateurs des églises, Berne 7 juin 2001)

<http://www.sek-feps.ch/de/studien/ise-texte/3-01.pdf>

- Avis sur fin de vie, arrêt de vie, euthanasie , comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (France), 27 janvier 2000.

http://www.ccne-ethique.org/francais/avis/a_063.htm

Références utiles

Edward J. Larson & Darrel W. Amundsen, *A Different Death – Euthanasia & The Christian Tradition*, InterVarsity Press 1998

Hubert Doucet, *Les promesses du crépuscules*, Labor et Fides 1998

Amina Gadri, *Donner naissance à la mort*, Rive- Neuve / Ouverture 2002

D. Clark, P. Emmett, *Quand il faut dire adieu*, ELB 1992

GEA, le 19 mai 2003

