

Sur un sujet aussi délicat, douloureux, passionnel, que l'euthanasie celui qui « prend position » s'expose au soupçon de simplisme et de surdité aux arguments contraires. Mais on trouvera ici écoute patiente et fine des raisons opposées – celle d'Hubert Goudineau, documents à l'appui.

Hubert Goudineau, docteur en théologie de l'Université de Strasbourg, est responsable du département d'enseignement à distance à la Faculté Libre de Théologie Evangélique.

Une prise de position sur l'euthanasie¹

Introduction

Nul ne contestera, je pense, la très grande actualité de la question. En effet, tout observateur quelque peu attentif de l'actualité a pu constater que l'euthanasie a défrayé plus d'une fois la chronique ces derniers temps. Je citerai trois faits :

- **l'affaire Christine Mal vre**, cette infirmière du centre hospitalier de Mantes-la-Jolie qui avait révélé en juillet 1998 avoir délibérément mis fin à la vie d'une trentaine de personnes gravement malades.

Ces révélations avaient suscité une forte émotion dans l'opinion publique et relancé le débat sur l'euthanasie. Suite à ces révélations Christine Mal vre, qui s'était entre temps rétractée, avait été inculpée. En septembre dernier la chambre d'accusation de Versailles a décidé de renvoyer l'infirmière devant la cours d'assises pour sept assassinats. Christine Mal vre est donc passible de la réclusion à perpétuité. Son avocat, ainsi que l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) avaient demandé le non-lieu. Les débats qui auront lieu durant le procès aux assises seront intéressants à suivre, car les

1. Texte (légèrement modifié) d'une conférence donnée à Vaux-sur-Seine le 29 octobre 2000, à l'occasion d'un week-end organisé par le Département d'enseignement à distance de la Faculté Libre de Théologie Evangélique.

différentes positions concernant l'euthanasie seront développées¹.

• deuxième fait et autre affaire récente : **la clinique de La Martinière**, à Saclay, dans l'Essonne. L'affaire a éclaté au mois de juillet dernier. Certains membres du corps soignant, tout particulièrement un cardiologue, sont suspectés de pratiques euthanasiques (administration de cocktails lytiques) sur une vingtaine de personnes âgées. Ce sont des employés de la clinique qui ont porté ces accusations. Une information judiciaire a été ouverte et dix jours plus tard la clinique privée a été fermée sur décision de l'Agence régionale d'hospitalisation. Il faut être prudent concernant cette affaire étant donné le contexte dans lequel ces accusations ont été portées : un conflit de travail très dur entre les salariés et la direction de la clinique. Selon l'expression consacrée, laissons la justice suivre son cours.

• troisième fait : **l'avis sur l'euthanasie rendu le 27 janvier 2000 par le Comité Consultatif national d'éthique** pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE)². Cet avis a donné lieu à de nombreuses réactions. J'y reviendrai plus loin.

L'euthanasie est donc bien une question très actuelle. S'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'un problème récent, nouveau (comme c'est le cas d'autres questions bioéthiques : le clonage, par

exemple), les immenses progrès de la médecine et l'accroissement de la durée de vie lui ont donné une tout autre ampleur. Le vif intérêt que suscite l'euthanasie et les passions qu'elle déchaîne parfois, s'expliquent me semble-t-il par le fait que, comme l'avortement et la peine de mort, elle touche directement à la vie et à la mort, et soulève la question de la légitimité morale de l'acte de donner la mort (certes, dans des circonstances bien particulières).

Que penser de l'euthanasie ? Quelle position adopter, en tant que chrétiens, sur cette difficile question ? Je me propose, au fil de ces quelques pages, de tenter de répondre à cette double interrogation. La réflexion que je vais mener comportera trois parties : je me pencherai d'abord sur la question de méthode : comment traiter cette question ? Je me livrerai ensuite à une description de la situation concrète relative à l'euthanasie ; enfin, je ferai part de ma position, arguments à l'appui.

1. *La Croix* du 14 septembre 2000 (p. 10) cite un certain nombre d'affaires similaires dans d'autres pays européens.

2. Ce Comité a été créé en 1983 par un décret du Président de la République française. Sa mission est de « donner des avis sur les problèmes éthiques soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé et de publier des recommandations sur ce sujet ». Ce Comité, composé d'éminents scientifiques et de personnalités représentatives des différentes traditions religieuses et philosophiques présentes en France, constitue une référence en matière d'éthique. Les avis qu'il rend sont toujours fondés sur une documentation et une réflexion approfondies. On peut consulter son site internet (www.ccne-ethique.org) très bien fait sur lequel tous les avis émis sont consultables.

I. De la démarche à adopter

Comment aborder une telle question ? Comment la traiter d'une manière qui soit à la fois rigoureuse sur le plan intellectuel et adaptée à la matière en question, à savoir l'éthique ? Il me semble que deux éléments fondamentaux doivent être pris en compte : d'une part les fondements théologiques, d'autre part la situation concrète. Je m'explique.

1. L'étude d'un cas concret requiert d'avoir les idées claires en ce qui concerne **les fondements constitutifs** d'une éthique chrétienne évangélique. Face à une problématique éthique définie, il faut essayer de repérer quels sont parmi ces fondements ceux qui vont tout particulièrement être appelés à jouer un rôle décisifs dans la prise de position éthique. Concernant l'euthanasie, les éléments théologiques suivants vont être, selon moi, décisifs :

L'étude d'un cas concret requiert d'avoir les idées claires en ce qui concerne les fondements constitutifs d'une éthique chrétienne évangélique.

- la compréhension biblique de Dieu (le Dieu créateur, maître de la vie et de la mort) et de l'homme (créé en image de Dieu, doté d'une très grande dignité et responsable de ses actes) ;
- la volonté divine exprimée par le commandement : « Tu ne tueras pas ».

- la compassion envers le prochain qui souffre et la volonté de mettre fin à ses souffrances.

Ces trois éléments (critères théologiques) sont des expressions de l'amour de Dieu et du prochain qui constituent le centre, le cœur d'une éthique authentiquement chrétienne. En effet, aimer Dieu c'est reconnaître qui il est et agir en respectant ses prérogatives. Et aimer son prochain, c'est reconnaître sa dignité, c'est vouloir le meilleur pour lui, donc ne rien faire qui lui soit préjudiciable et venir à son secours lorsqu'il est dans la détresse. Dans ma troisième partie, je dirai quelles sont, à mon avis, les implications de ces trois critères théologiques en ce qui concerne l'euthanasie.

2. Toute démarche éthique nécessite également d'**affronter véritablement la réalité en question**. Un des grands dangers, c'est de faire « une éthique de salon », c'est-à-dire de mener une réflexion éthique en étant *de fait* déconnecté de la réalité du terrain. Confortablement installé dans son bureau ou son salon, on réfléchit paisiblement (sereinement) à de grandes questions éthiques, forts de ses solides convictions bibliques et théologiques (ou autres)... mais sans tenir compte du vécu concret.

Il y a quelques années j'ai fait une expérience qui m'a amené à prendre conscience de cette vérité. Engagé – sur Strasbourg et en lien la Faculté de théologie protestante – dans un groupe pluridisciplinaire qui réfléchissait à la question des transplantations d'organes, j'ai été

vite frappé par le discours des personnes impliquées sur le terrain (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, infirmières), et qui étaient confrontés jour après jour à la réalité concrète. Ils soulignaient :

- *l'urgence* avec laquelle il fallait demander à la famille de la personne décédée si elle consentait que soient prélevés des organes sur l'être cher qui venait de décéder (généralement à la suite d'un accident soudain),
- et donc les délicats problèmes relationnels qu'une telle demande engendrait,
- l'urgence avec laquelle le greffon devait être transporté,
- le problème de la détermination du moment de la mort,
- la pénurie d'organes,
- les retentissements psychiques des prélèvements et des greffes,
- etc.

J'ai alors réalisé combien il était crucial de *vraiment* comprendre la réalité du terrain, de connaître les implications concrètes des questions éthiques pour lesquelles on prend position. Mener une véritable réflexion éthique exige donc, autant que possible, de retrousser ses manches, de saisir avec ses mains la « pâte humaine », même si elle est en état de décomposition et qu'elle nous répugne. Mener une réflexion éthique

authentique, c'est se plonger dans la réalité, souvent compliquée et peu reluisante, et parfois même dramatique.

Que faire concrètement ? Nous ne sommes pas tous médecin ou infirmière et donc notre expérience de ces réalités est faible, voire nulle, à moins que nous ayons été confrontés à cette réalité par un membre de notre famille ou un ami. Il est donc important, d'une part, de bien se documenter en lisant des ouvrages ou des articles adéquats, et d'autre part, de parler avec des personnes qui connaissent, pour la vivre, cette réalité en question. Pour ma part :

- j'ai lu nombre d'articles traitant des différents aspects de l'euthanasie. L'avis du CCNE n°63 intitulé « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie » (27 janvier 2000) est à cet égard très utile ; le communiqué produit par la Commission libro-baptiste, qui a réagi à cet avis, constitue pour sa part une prise de position évangélique intéressante ;
- j'ai lu le livre-témoignage de Marie de Hennezel, *La mort intime*. Marie de Hennezel est une psychologue qui travaille depuis plus de vingt ans dans des services de soins palliatifs, accompagnant des hommes et des femmes en fin de vie ;
- j'ai discuté avec un couple ami, tous deux médecins et avec une amie engagée dans une association qui accompagne les personnes en fin de vie (JALMALV).

J'ai conscience que n'ayant pas été directement confronté à la question de l'euthanasie, ma perception de cette réalité est incomplète. Mais par cette démarche entreprise, j'ai tenté de pallier (au moins partiellement) ce déficit.

C'est la confrontation des principes théologiques à la réalité concrète qui rend la réflexion éthique à la fois difficile et passionnante. Bien souvent, et c'est tout particulièrement le cas avec l'euthanasie, la prise de décision éthique s'avère très difficile et bien délicate en raison de la tension (parfois très forte) que l'on ressent et constate : on se sent partagé, voire déchiré entre d'un côté la volonté de ne pas tuer, de ne pas se mettre à la place de Dieu (les deux premiers critères théologiques), et d'un autre côté la compréhension et la compassion éprouvées pour la personne souffrante et qui exprime (parfois) qu'on abrège ses souffrances (le troisième critère théologique). Succinctement dit, c'est là le dilemme auquel on est confronté concernant l'euthanasie.

II. Description de la situation

Avant de présenter les différentes positions et leurs argumentations respectives et avant de prendre position, je vais essayer de dresser un tableau de la situation de l'euthanasie en France.

1) Définitions

Commençons par la question des définitions. Qu'entend-t-on par « euthanasie » ? Faut-il distinguer entre euthanasie « active » et euthanasie « passive » comme le préconisent certains ? Où se situe la frontière entre euthanasie et refus de l'acharnement thérapeutique ? Que sont les soins palliatifs ?

Faut-il distinguer entre euthanasie « active » et euthanasie « passive » comme le préconisent certains ? Où se situe la frontière entre euthanasie et refus de l'acharnement thérapeutique ? Que sont les soins palliatifs ?

L'euthanasie : le terme « euthanasie » semble avoir été créé par le philosophe Francis Bacon au début du XVII^e siècle. Il a eu recours pour cela à deux termes grecs : *eu* (« bien », « bon » qu'on retrouve dans *euaggelion*, la « bonne nouvelle ») et *thanatos* (la « mort »). Euthanasie se traduit littéralement par « bonne mort »¹. Les partisans de l'euthanasie aiment parler de « mort dans la dignité » ; les opposants farouches, par contre, qualifient l'acte euthanasique de « meurtre », ou d'« homicide volontaire ».

1. Bacon a utilisé le mot « euthanasie » dans un sens proche de ce qu'on entend aujourd'hui par « soins palliatifs ». Il avait en effet le souci que l'agonisant, grâce aux soins prodigués par son médecin, puisse « s'éteindre l'heure venue d'une manière douce et paisible ». C'est seulement à la fin du XIX^e siècle que le mot change de sens et en vient à désigner l'acte de mettre délibérément fin à la vie du malade.

Dans son avis, le CCNE (§ 3) donne la définition suivante : l'euthanasie « consiste en l'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable ».

Il est important de discerner que pour qu'il ait euthanasie, il faut :

- que la mort soit donnée *par un tiers* (distinction d'avec le suicide) ;
- que l'acte effectué engendre la *mort* ;
- qu'il y ait eu *intention délibérée* de donner la mort ;
- que l'état de la personne qui est l'objet de cet acte soit très critique, d'un point de vue physique ou psychique.

Dans la plupart des cas, l'acte euthanasique est le fait d'un membre du corps médical. L'euthanasie s'effectue alors généralement par l'injection d'une substance ou d'un mélange de substance provoquant la mort (cocktail lytique). Mais l'acte euthanasique peut aussi être le fait d'une personne de l'entourage (un membre de la famille, un proche).

Certains font une distinction entre **euthanasie « active »** et **euthanasie « passive »**. La première correspond à la définition donnée ci-dessus, tandis que l'euthanasie « passive » désigne alors les pratiques de limitation ou d'arrêt des traitements actifs qui maintiennent en vie le malade. Concrètement ce peut être l'arrêt d'une ventilation artificielle, la diminution

des doses d'un médicament maintenant un rythme cardiaque normal, ou encore l'abstention de dialyse chez une personne ayant une insuffisance rénale aiguë.

Cette terminologie, très controversée, est rejetée par de nombreux médecins et éthiciens en raison de la symétrie qu'elle induit et de la confusion qu'elle entraîne. Ils préfèrent parler dans ce second cas de refus d'acharnement thérapeutique.

L'acharnement thérapeutique : le CCNE en donne la définition suivante (§ 2.3) : « L'acharnement thérapeutique se définit comme une obstination déraisonnable, refusant par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme est voué à la mort et qu'il n'est pas curable. L'accord quant à son rejet est aujourd'hui largement réalisé, tant par les instances religieuses, qu'éthiques et déontologiques. » Le texte poursuit un peu plus loin :

Le refus de l'acharnement thérapeutique peut certes précipiter l'instant de la mort, mais il implique – par définition – l'acceptation du risque mortel consécutif au traitement de la douleur comme à l'abstention et à la limitation de traitements... Le traitement de celle-ci ne cherche pas à tuer et si la mort survient dans la paix, elle survient à l'heure qu'elle a choisie. Agir de la sorte revient tout simplement à lutter de façon responsable et efficace contre la douleur et la souffrance. Cette attitude peut aussi traduire le refus de situations inhumaines, par exemple en cas de disproportion entre l'objectif visé par la thérapeutique et la situation

réelle, ou si la poursuite d'une thérapeutique active entraîne une souffrance disproportionnée par rapport à un objectif irréalisable. L'arrêt de toute assistance respiratoire ou cardiaque signifie seulement que l'on reconnaît la vanité de cette assistance, et par là même l'imminence de la mort. De ce fait, l'abstention de gestes inutiles peut être le signe d'un réel respect de l'individu.

Force est de constater que la frontière entre l'euthanasie et le refus de l'acharnement thérapeutique est dans certains cas assez ténue : l'acte du médecin qui « débranche » un malade a *de fait* pour conséquence d'entraîner sa mort. Mort, certes inéluctable, mais qui serait intervenue plus tard, si on n'avait pas débranché. A mon avis, il convient cependant de maintenir une nette différence entre les deux. Si l'on reprend les quatre critères énoncés précédemment à propos de l'euthanasie, on perçoit que la différence entre l'euthanasie et le refus de l'acharnement thérapeutique se situe au niveau de *l'intention*. Dans le premier cas, il y a intention de donner la mort, dans le second cas non ; mais « on reconnaît la vanité de cette assistance, et par là même l'imminence de la mort ». On exprime parfois cette différence à l'aide des deux expressions : « faire mourir » et « laisser mourir ».

Les **soins palliatifs** : comme le rappelle le texte du CCNE (§ 2.1) :

la notion de soins palliatifs promue dans les années 1970 par les pionniers du Saint Christopher Hospice de

Londres, visait surtout la fin de vie des patients atteints de cancer. Elle s'est progressivement étendue au stade terminal d'autres affections et diversifiée en fonction des pathologies et de l'âge des malades, notamment les patients plus jeunes touchés par le sida. Les soins palliatifs ont été mis en œuvre en France dès les années 1980 dans des services de gériatrie. Ils connaissent aujourd'hui un essor notable, mais peuvent être encore améliorés.

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs a proposé en 1996 la définition suivante (reprise par le CCNE) : « Les soins palliatifs se présentent comme des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique et spirituelle. »

La différence entre l'euthanasie et le refus de l'acharnement thérapeutique se situe au niveau de l'intention. On exprime parfois cette différence à l'aide des deux expressions : « faire mourir » et « laisser mourir ».

Ces soins, qui peuvent se pratiquer tant en institution qu'au domicile du malade, prennent en compte la personne dans sa totalité (médecine de la personne). Ses maux physiques ne sont pas dissociées des dimensions psychologique, relationnelle et spirituelle du malade.

La visée principale des soins palliatifs est de

... permettre au processus naturel de la fin de la vie de se dérouler dans les meilleures conditions, tant pour le malade lui-même que pour son entourage familial et institutionnel. Aussi les soins palliatifs visent-ils à contrôler la douleur et les autres symptômes d'inconfort en préservant autant que faire se peut la vigilance et la capacité de relation du malade avec l'entourage¹.

2) La loi et la déontologie médicale françaises

Les différents concepts ayant été précisés, penchons-nous sur ce que disent la loi française (à ce jour) et le nouveau Code de déontologie médicale (1995).

L'acte euthanasique est clairement condamné par la loi française. Selon les cas, l'acte est qualifié d'« assassinat » (et passible de la réclusion à perpétuité), d'« homicide volontaire » (passible d'une peine maximum de trente ans), ou encore de non-assistance à personne en danger. De plus l'article 38 du Code de déontologie médicale stipule que le médecin n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Mentionnons que parmi les pays de l'Union européenne, les Pays-Bas ont adopté en 1994 une législation autorisant, sous certaines conditions, un médecin à abrégé les jours de son malade sans en-

courir de poursuites pénales. Je reviendrai tout à l'heure sur ce cas.

Concernant l'acharnement thérapeutique et les soins palliatifs « le *Code de déontologie médicale* de 1995 indique... en son article 37 qu'« 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 thérapeutiques ». » (CCNE, § 2.3). Et le commentaire du Code de préciser qu'un souci outrancier de prolonger la vie peut conduire à des excès. Ainsi, l'acharnement thérapeutique n'est pas encouragé. L'article 38 de ce même Code stipule que « le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. »

Il faut aussi mentionner deux lois récentes visant d'une part à la prise en charge de la douleur (un plan triennal de lutte contre la douleur a été mis en place) et d'autre part visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs (ainsi, outre des services spécialisés, des équipes mobiles ont été créées)². Cette seconde loi institue un congé d'accompagnement permettant aux salariés de prendre le temps d'être auprès d'une personne en fin de vie.

1. CCNE, § 2.1.

2. Selon Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la Santé, en 1999 150 millions de francs ont été débloqués pour créer 185 équipes mobiles de soins palliatifs, 90 unités de soins et 10 réseaux de soins spécifiques.

Ainsi on constate sur les plans juridique et déontologique :

- la condamnation explicite de tout acte euthanasique ;
- les réserves exprimées concernant l'acharnement thérapeutique ;
- le souci de favoriser la lutte contre la douleur et le développement des soins palliatifs.

3) La situation réelle

Essayons maintenant de percevoir quelle est la situation réelle en répondant à quelques questions.

La loi est-elle appliquée ? Selon le CCNE, qui a entrepris une longue investigation, « les juridictions... sont rarement saisies », et pour cause puisque la très grande majorité des actes euthanasiques ont lieu de manière secrète, sans que la justice en soit informée. De plus, toujours d'après le CCNE, la justice française quand elle juge des actes euthanasiques fait preuve de la plus grande indulgence. A cet égard, il sera instructif de connaître le verdict du procès de Christine Malèvre. On constate donc un sérieux écart entre ce que dit la loi et ce qui est appliqué.

Beaucoup d'actes euthanasiques sont-ils pratiqués en France chaque année ? S'agissant d'actes dissimulés il est difficile d'en connaître le nombre de manière exacte. Une étude réalisée en 1995 auprès de 140 anesthésistes-réani-

mateurs de centres hospitalo-universitaires en France indique qu'à la question : « *Vous arrive-t-il de provoquer le décès par injection de médicament ?* », 26 % d'entre eux répondent, sous couvert de l'anonymat, positivement. Selon une autre enquête réalisée auprès de médecins, 49 % des praticiens de moins de 55 ans déclaraient qu'ils avaient pratiqué ou pratiqueraient un jour une euthanasie¹. Il semble que l'on puisse évaluer à plusieurs milliers le nombre d'actes euthanasiques annuels en France². Mais les progrès en matière de traitement de la douleur ont sans doute entraîné une baisse sensible d'actes euthanasiques.

La très grande majorité des actes euthanasiques ont lieu de manière secrète, sans que la justice en soit informée. De plus, la justice française quand elle juge des actes euthanasiques fait preuve de la plus grande indulgence.

Comment se pratiquent ces actes euthanasiques ? Le CCNE répond : « de façon inégalitaire et anarchique » (§ 4). Selon mes amis médecins, il est très rare que le malade ou que sa famille soit consultés. Pour les raisons suivantes

1. Selon une autre étude française datant de 1999, 20 % des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement actifs sont en fait accompagnées d'injections avec intentionnalité de décès (Interview du professeur François Lemaire, chef du service de réanimation médicale de l'hôpital Henri Mondor, à Créteil, in *Le Monde* du samedi 4 mars 2000).
2. Selon Henri Caillavet, il y en aurait entre 1700 et 2000. C'est une estimation basse, semble-t-il.

(en ce qui concerne la famille) : 1. la peur que la famille se retourne contre l'équipe médicale et lui intente un procès ; 2. ne pas charger la conscience des membres de la famille d'un poids trop lourd. Comment la décision euthanasique est-elle prise ? Il existe divers cas de figures : au mieux il s'agit d'une décision de toute l'équipe médicale (sachant que chacun a un droit de veto), au pire la décision est prise, par une personne seule (médecin, ou infirmière).

Toutes les personnes en fin de vie peuvent-elles réellement bénéficier des soins palliatifs ? Nous avons vu qu'une récente loi en garantit l'accès à toute personne malade le désirant. Mais, hélas !, malgré les progrès indéniables accomplis ces dernières années, cela reste encore très théorique. Comme le souligne avec lucidité le CCNE, le financement de ces dispositions légales n'est pas suffisamment assuré. Seule une minorité de Français ont accès à ce jour aux soins palliatifs. Cela dit, les équipes médicales sont de plus en plus sensibilisées à l'écoute de la souffrance des malades et les énormes progrès réalisés en matière de lutte contre la douleur permettent une très nette atténuation de la douleur physique. Ce qui m'amène à la question suivante :

Existe-t-il encore des cas où malgré l'administration d'un traitement performant et attentif, la douleur est irréductible ? Oui. La fourchette d'évaluation est de 1 à 5 % des cas. De plus, il convient de prendre en compte non seulement la *douleur* physique, mais encore

la *souffrance* psychique, émotionnelle, existentielle. Cette souffrance n'est pas quantifiable et elle n'est pas toujours guérissable, même lorsque la personne est au bénéfice d'un accompagnement humain et spirituel de qualité, et même s'il est possible d'avoir recours à des psychotropes qui calment l'angoisse, mais anesthésient la conscience. Les médecins, notamment dans les unités de soins palliatifs, ont parfois recours à ce qu'on appelle la « sédation induite ». Il s'agit, lorsque la souffrance psychique apparaît insurmontable, d'anesthésier la conscience grâce à des antalgiques, mais de manière momentanée, pour une durée limitée (dont l'équipe médicale convient, dans la mesure du possible, avec le malade lui-même). Il faut le reconnaître, parfois l'administration d'antalgiques puissants entraîne la mort du malade. Mais il ne s'agit pas d'une intention délibérée.

Les médecins, notamment dans les unités de soins palliatifs, ont parfois recours à ce qu'on appelle la « sédation induite ».

Les demandes d'euthanasie faites par les malades expriment-elles généralement une réelle volonté d'en finir ? Tous les observateurs attentifs et expérimentés constatent que nombre de ces requêtes constituent en fait un appel à l'aide, expriment un profond désespoir et une extrême souffrance (bien souvent plus psychologique que physique). Un accompagnement personnalisé et adéquat amène bien des personnes à mieux vivre les derniers instants de leur vie et à renoncer à la demande euthanasique. C'est

ce que montre notamment Marie de Hennezel dans son livre *La mort intime*¹.

Cependant, on ne peut nier qu'il existe des demandes authentiques, déterminées et répétées. Léon Schwartzberg, cancérologue réputé et partisan convaincu de l'euthanasie, écrit ceci dans un article récent :

Le discours, mieux vaudrait dire la supplique des malades que j'ai aidés, peut être ainsi résumé : « Docteur, ce n'est pas moi qui ne veut plus de la vie, c'est la vie qui ne veut plus de moi. La vie, je l'aimais, je l'aime encore, mais elle est ailleurs. Elle n'est plus dans mon corps, dans ma tête, dans mon cœur. Je ne suis pas un malade, je suis un prisonnier. Car la mort a déjà pris possession de mon corps, qu'elle ronge doucement. Ecoutez-moi, je n'ai pas la force de crier, soyez compréhensif, faites preuve de bienveillance, aidez-moi à en finir avant que la mort ne survienne, afin que lorsqu'elle arrivera, elle trouve la place déjà prise par ce qui aura été mon dernier acte de liberté². »

Quelle est l'opinion des Français concernant l'euthanasie ? Selon une enquête réalisée par la SOFRES, en 1997, 83 % des Français se déclaraient favorables à l'euthanasie et 67 % déclaraient l'accepter pour eux-mêmes. Mais

comme le fait remarquer Luc Olekhnovitch dans un récent article « ce sont les bien-portants qui répondent aux sondages »³. Par contre, une majorité de médecins est opposée à l'euthanasie.

Ce tour d'horizon ayant été effectué, il est temps de rentrer dans le débat : pour ou contre l'euthanasie ?

III. L'argumentation

Je ne m'attarderai pas sur certaines positions radicales, notamment sur celle qui soutient que c'est faire preuve de compassion que de tuer de manière systématique les êtres atteints de sénilité, les malades physiques et mentaux, les handicapés, même quand ceux-ci ne sont pas capables de demander la mort ni d'accepter qu'on la leur donne. Inutile de déployer une longue argumentation pour mettre en évidence le caractère peu moral de telles positions.

Je me concentrerai sur les deux grandes positions, sérieuses et fondées d'un point de vue éthique, à savoir :

- d'une part, **la position qui est favorable à un recours limité à l'euthanasie, dans des circonstances bien précises** qu'on peut résumer ainsi : lorsque les souffrances existentielles, psychologiques et affectives d'une personne sont insupportables et non

1. Cf. par exemple p. 53-56.

2. « Être entendu », *La Croix* du 31 mars 2000, p. 23.

3. « Euthanasie : le débat », *Pour la vérité* n°64, septembre 2000, p. 19.

maîtrisables et que cette personne demande qu'il y soit mis fin ; c'est-à-dire dans des cas de grandes détresses et lorsqu'il y a consentement. Les partisans de cette position sont généralement favorables à une dépénalisation de l'acte euthanasique. L'argumentation repose habituellement sur le droit de chaque individu de mourir dans la dignité, de poser face à la mort un ultime acte de liberté.

- D'autre part, **la position opposée à toute euthanasie, quelles que soient les circonstances.** Ceux qui défendent cette position s'opposent bien entendu à toute dépénalisation de l'acte euthanasique. L'argumentation repose généralement sur le caractère sacré de la vie humaine dont l'homme n'est pas le maître et sur l'interdit de l'homicide. Cette position est défendue par la plupart des grandes traditions religieuses.

Dans son texte, le CCNE souligne, avec raison, que « ces deux positions en débat sont porteuses de valeurs fortes et méritent attention et respect », mais qu'« elles apparaissent... inconciliables » (§ 3.2). Cependant, dans l'avis qu'il prononce, le CCNE estime proposer une position différente, médiane en quelque sorte. Cet avis a fait couler beaucoup d'encre, a été l'objet de nombreuses réactions, souvent vives de la part de opposants à tout acte euthanasique. Ce qui a pu donner l'impression que le CCNE était largement favorable à l'euthanasie.

Que dit réellement cet avis ? D'abord il essaie de faire le point sur la situation actuelle : en ce qui concerne les conditions dans lesquelles meurent les Français (70 % à l'hôpital), en ce qui concerne les soins qu'ils reçoivent et en ce qui concerne la pratique euthanasique et le décalage existant avec la législation (ce que j'ai souligné précédemment). Ensuite, le CCNE rend compte des progrès en matière de soins palliatifs, d'accompagnement et de refus de l'acharnement thérapeutique et fait part de son approbation et de son soutien concernant de telles évolutions. Enfin, il aborde le débat sur l'euthanasie. Après avoir énuméré les principaux arguments avancés par les tenants de deux grandes positions, il suggère une autre voie, celle de « l'engagement solidaire » et de « l'exception d'euthanasie ».

De quoi s'agit-il ? Tout en reconnaissant que « la valeur de l'interdit du meurtre demeure fondatrice » et tout en renonçant « à considérer comme un droit dont on pourrait se prévaloir la possibilité d'exiger d'un tiers qu'il mette fin à une vie », le CCNE soutient qu'au nom de la solidarité humaine et de la compassion, dans certains cas de détresse et lorsqu'il y a eu consentement, l'acte euthanasique est moralement acceptable et peut constituer un moindre mal. Cependant, le CCNE ne prône pas la dépénalisation de l'acte euthanasique et plaide pour la non modification du Code pénal sur l'euthanasie. Par contre, il plaide pour une modification de la *procédure* pénale, de telle

sorte qu'« un examen particulier » soit réservé à l'acte euthanasique, pouvant aboutir à la non condamnation de son auteur par le juge (qui resterait maître de la décision)¹. Le texte précise qu'« il ne pourrait s'agir que de situations limites ou de cas extrêmes reconnus comme tels ». Cette proposition est animée par un double souci : d'une part, pallier le décalage trop important entre la législation en vigueur et la réalité vécue, décalage qui selon le CCNE « n'est jamais sain pour une société » ; d'autre part, lutter contre la clandestinité des pratiques euthanasiques actuelles et les façons de procéder qui sont inégalitaires et anarchiques.

Je dirai dans un instant ce que je pense de cet avis du CCNE. Mais le constat que l'on peut faire tout de suite c'est que la position défendue par le CCNE, si elle fait preuve de certaines spécificités, est malgré tout bien plus proche de la position qui est favorable à l'euthanasie conditionnelle, que de la position qui y est

opposée. Elle constitue, pourrait-on dire, une version modérée de la position pro-euthanasie. Ce qui m'amène à dire que, même s'il on est sensible aux arguments avancés par les différentes positions, même si l'on peut se sentir partagé, **la décision éthique exige en fin de compte de choisir entre ces deux grandes positions** : euthanasie dans certains cas, ou jamais d'euthanasie.

Le CCNE soutient qu'au nom de la solidarité humaine et de la compassion, dans certains cas de détresse et lorsqu'il y a eu consentement, l'acte euthanasique est moralement acceptable et peut constituer un moindre mal.

Je fais partie de ceux qui sont sensibles aux arguments de chacune des positions, mais après avoir mûrement réfléchi à la question j'ai opté pour la position qui s'oppose à la pratique de toute euthanasie. Pourquoi ? Parce que, comme je vais tenter de le montrer, d'une part les principaux arguments des partisans de l'euthanasie me semblent insuffisants, et d'autre part la position pro-euthanasie engendre de graves conséquences.

Le caractère insuffisant des trois principaux arguments avancés par les partisans de l'euthanasie :

Premier argument : **la liberté de l'individu et son droit de décider du moment** où il estime que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, où elle devient trop insupportable en raison de ses souffrances et de sa dégradation physique et/ou

1. « L'acte d'euthanasie devrait continuer à être soumis à l'autorité judiciaire. Mais un examen particulier devrait lui être réservé s'il était présenté comme tel par son auteur. Une sorte d'**exception d'euthanasie**, qui pourrait être prévue par la loi, permettrait d'apprécier tant les circonstances exceptionnelles pouvant conduire à des arrêts de vie que les conditions de leur réalisation. Elle devrait faire l'objet d'un examen en début d'instruction ou de débats par une commission interdisciplinaire chargée d'apprécier le bien fondé des prétentions des intéressés au regard non pas de la culpabilité en fait et en droit, mais des mobiles qui les ont animés : souci d'abrèger des souffrances, respect d'une demande formulée par le patient, compassion face à l'inéluctable. Le juge resterait bien entendu maître de la décision. » (§ 4).

psychique. Léon Schwartzberg en parle comme du « dernier acte de liberté » de l'homme mourant. C'est le droit de l'être humain de ne pas être « dépossédé » de sa mort, de préserver un « ultime espace de liberté » (CCNE, § 3).

Tout en étant sensible à ce propos étroitement lié à la valeur qui est reconnue à l'être humain, il me paraît très contestable si l'on s'en réfère à la perspective biblique. Selon celle-ci la vie est un don de Dieu, confié à l'homme qui n'en est pas le propriétaire. Au contraire, c'est Dieu, notre Créateur qui est celui qui est souverain sur notre vie comme sur notre mort. Selon une affirmation que l'on trouve à plusieurs reprises dans l'Ancien Testament « l'Eternel fait vivre et il fait mourir » (1 S 2.6 ; Dt 32.39 ; 2 R 5.7). C'est là une de ses prérogatives. Vouloir avoir une maîtrise sur sa vie et sur sa mort (en pratiquant l'acharnement thérapeutique ou à l'opposé l'euthanasie), c'est retomber dans le vieux travers d'avoir la prétention d'être comme Dieu, son égal, et finalement de prendre sa place. Aimer Dieu et aimer notre prochain, c'est reconnaître cette prérogative divine de souveraineté et c'est reconnaître notre position de créature marquée par la finitude et la dépendance de cette souveraineté.

Deuxième argument : **le droit de mourir dans la dignité** : une association pro-euthanasie porte d'ailleurs ce nom : « Association pour le droit de mourir dans la dignité » (ADMD). L'euthanasie permet de mourir dans la dignité, avant que l'être humain ne soit complètement défiguré. L'entourage peut ainsi garder du disparu

le souvenir qu'il aurait voulu qu'on garde de lui, et non celui d'un être sénile, ombre délabrée et souffrante de ce qu'il fut. C'est le droit de refuser la déchéance physique et psychique. Il est vrai, on ne peut le nier, une telle dégradation est une terrible épreuve tant pour la personne elle-même que pour ses proches.

Vouloir avoir une maîtrise sur sa vie et sur sa mort (en pratiquant l'acharnement thérapeutique ou à l'opposé l'euthanasie), c'est retomber dans le vieux travers d'avoir la prétention d'être comme Dieu, son égal, et finalement de prendre sa place.

Pourtant, malgré la réalité incontestable de cette épreuve, il faut ici encore refuser cette façon de raisonner. Car qu'est-ce que la dignité ? Qu'est-ce qui la constitue véritablement ? Laissons-nous là aussi enseigner par la Bible : la dignité est intrinsèque à la personne, *quels que soient son état et sa condition*, en raison de sa création en image de Dieu. C'est là la grande affirmation anthropologique de la Bible qui est énoncée dès son premier chapitre et qui fonde l'interdit du meurtre (Gn 9.6-7). Une telle vérité, que nous avons tant de mal à reconnaître, doit entraîner une conversion du regard que nous posons sur notre prochain, fût-il délabré, défiguré, au seuil de la mort.

Troisième argument : **l'euthanasie comme acte de compassion et de solidarité humaine** : face à un être qui se meurt dans de grandes souffrances ou qui connaît une déchéance insupportable,

répondre à sa demande d'en finir et ainsi abrèger ses souffrances constitue un grand acte de compassion. Ainsi pour Léon Schwarzenberg, en tant que médecin, refuser d'entendre cette demande, ne pas y répondre, c'est être lâche, c'est manquer de respect envers un être humain qui s'est confié à vous et que vous abandonnez à sa détresse.

Est-ce si sûr ? N'est-ce pas faire preuve de plus de compassion que d'accompagner jusqu'au bout, avec sollicitude et respect, la personne en fin de vie ? Marie de Hennezel souligne combien ces derniers instants de vie peuvent être féconds. « Mourir, écrit-elle, n'est pas, comme nous le croyons si souvent, un temps absurde, dépourvu de sens. Sans diminuer la douleur d'un chemin fait de deuils, de renoncements... le temps qui précède la mort peut-être aussi celui d'un accomplissement de la personne et d'une transformation de l'entourage. »¹ Face à la douleur il existe, comme je l'ai dit précédemment, des parades : l'administration de puissants antalgiques. Et lorsque la douleur physique et la souffrance psychologique perdurent, on peut toujours avoir recours à des sédations induites.

Voilà la façon dont je pense que l'on peut répondre, dans une perspective chrétienne aux principaux arguments des partisans de l'euthanasie.

Marie de Hennezel : « Mourir, écrit-elle, n'est pas, comme nous le croyons si souvent, un temps absurde, dépourvu de sens. »

J'aimerais maintenant souligner **quelques-uns des graves problèmes que cette position engendre :**

Donner la mort, c'est **accomplir un acte irréversible**. Or, il demeure parfois une incertitude quant à l'issue de la maladie. Il existe des cas reconnus de personnes qui étaient apparemment à la dernière extrémité et qui ont cependant guéri. De plus, un nouveau traitement médical peut être découvert et sauver la personne. Pratiquer l'euthanasie, c'est commettre ce geste irréversible.

Le consentement d'un malade est très souvent **marqué par une forte ambiguïté**. Comme le souligne le docteur J.-M. Gomas, engagé dans les soins palliatifs : « la pratique clinique compétente montre combien les demandes de mort du patient sont fluctuantes, complexes, ambivalentes et impossibles à affirmer comme irrévocables². » C'est également ce que souligne Marie de Hennezel. Un patient que sa maladie fait beaucoup souffrir ou qui déprime profondément peut difficilement être dans l'état d'esprit requis pour prendre une décision aussi grave et aussi délicate.

1. *La mort intime*, p. 16.

2. Communiqué du docteur J.-M. Gomas (13 mars 2000).

L'acte euthanasique, par définition et contrairement au suicide, **implique une tierce personne**. Il s'agit d'un homicide, certes particulier, mais d'un homicide quand même, puisqu'une personne donne la mort à une autre personne. Il y a donc transgression du sixième commandement : « Tu ne tueras pas » (Ex 20.13). De plus, généralement la personne impliquée est un membre du corps médical dont la vocation est de *soigner* et non de donner la mort. Accepter que le médecin ou l'infirmière puisse aussi donner la mort, c'est entraîner un profond changement, tant sur le plan symbolique que pratique, du rôle du personnel médical. Une des fâcheuses conséquences peut être la perte de confiance des patients mal en point vis-à-vis du personnel soignant. Comment puis-je être sûr que ceux qui sont là pour me soigner ne vont pas m'administrer une piqûre qui m'enverra *ad patres* ?

D'un point de vue social, accepter l'euthanasie c'est accepter de *transgresser un interdit* (celui de l'homicide) qui constitue un des fondements essentiels d'une vie sociale respectueuse d'autrui. C'est donc **l'acceptation sociale de la transgression d'une frontière**, ce qui risque de ne pas être sans conséquences. De surcroît, si notre société en venait à légaliser l'euthanasie, elle conférerait de fait à l'acte euthanasique un statut moral. Car tout ce qui est légal est considéré comme moral. Comme le dit avec raison le communiqué libro-baptiste : la loi a « une fonction instituante qui consiste à édicter ce qui est permis et interdit ». La proposition plus modérée du CCNE (ne

pas dépénaliser, mais modifier la procédure pénale de telle sorte que, si un certain nombre de conditions sont respectées, l'acte euthanasique ne soit pas condamné) revient *de fait* au même. Car ce qui n'est pas réprimandé est considéré par la plupart comme permis et moral. De plus, il me semble un peu naïf de penser qu'une telle disposition légale permettra de faire évoluer la situation actuelle. Je vois mal un médecin pratiquant clandestinement l'euthanasie (fût-ce avec le consentement de la personne concernée) aller en informer la justice et ainsi courir le risque (qui resterait réel) d'être condamné.

L'acceptation de la pratique euthanasique exposerait notre société à **de possibles** (et sans doute probables) **dérives** : à savoir, progressivement, une banalisation de l'euthanasie qui serait d'autant plus tentante que nous vivons « dans un monde qui, comme l'écrit Marie de Hennezel, considère que la "bonne mort" est la mort... rapide afin de déranger le moins possible la vie de ceux qui restent¹ » ; euthanasie qui serait aussi d'autant plus tentante que le problème économique relatif aux dépenses de santé est gigantesque. Il est choquant, mais cependant pas irréaliste, d'imaginer qu'une subtile pression puisse être exercée sur les vieux qui n'en finissent pas de mourir en vue d'obtenir leur consentement à recevoir l'injection fatale.

Lorsque la loi Veil concernant l'avortement a été votée, ce sont les cas de

1. *La mort intime*, p. 16.

détresse (et il y en a, c'est certain) qui ont été évoqués. Il se pratique maintenant en France plus de 200 000 avortements par an. Il semble difficile de ne pas parler de dérives. Pourquoi l'euthanasie y échapperait-elle ? L'exemple des Pays-Bas ne peut que confirmer cette crainte. Ce pays en 1994 a adopté une législation autorisant un médecin à abrégé les jours de son patient sans encourir de poursuites pénales, dans la mesure où il a respecté certaines conditions (notamment le consentement du malade). Or, une enquête menée en 1995 a révélé que sur les 4000 euthanasies pratiquées annuellement aux Pays-Bas, de 900 à 1000 le seraient sans l'accord du patient. Lorsque l'on sait que ce même pays vient d'adopter tout récemment (le 10 avril 2001) une nouvelle loi facilitant encore le recours à l'euthanasie, on ne peut guère être rassuré (même si certains garde-fous sont prévus).

Conclusion

Pour toutes ces raisons, j'en suis arrivé à la position éthique du refus de tout

acte euthanasique quelles que soient les circonstances. Une telle position n'est pas facile à tenir aujourd'hui, en raison du contexte général décrit précédemment et en raison des situations dramatiques existantes. Pourtant, cette position me semble, dans une perspective chrétienne, la plus cohérente ; et la plus apte à contester la très forte et malsaine prétention de *l'homo technologicus* moderne à totalement maîtriser sa vie et sa mort. Une telle position tranchée n'empêche cependant pas de faire preuve de mesure dans le jugement éthique porté sur un acte euthanasique, lequel doit tenir compte des circonstances et des motivations ayant entraîné un tel acte. Ne soyons pas enclins à jeter la première pierre. Soyons au contraire aptes à vivre et à aider à vivre dans la confiance ces temps d'épreuves : « *Quand je marche dans la vallée de l'ombre de la mort, je ne crains aucun mal, car tu es avec moi* » (Ps 23.4).

H. G.