



De l'euthanasie et des soins palliatifs

Sommaire

1. Introduction	Page 2
2. Définitions	Page 4
3. Aspects éthiques	Page 6
4. Aspects chrétiens	Page 8
5. Pastorale	Page 9
6. Position de l'Église néo-apostolique sur l'euthanasie et les soins palliatifs	Page 10
7. Déclaration succincte sur l'euthanasie et les soins palliatifs	Page 12



1. Introduction

L'allongement de la durée de vie est l'une des conséquences du progrès médicoteknique. La société (occidentale) se voit ainsi confrontée à l'augmentation sensible des maladies propres au grand âge, comme, notamment, la sénilité, qui entraîne une plus grande dépendance aux soins.

Quand on pense à la mort, on y associe souvent les notions de souffrance, de douleur, de solitude, de perte de la personnalité et de dépendance d'autrui. On redoute aussi le report de son échéance par le recours à des mesures d'acharnement thérapeutique (appareils médicaux, médicaments, alimentation artificielle). Ces considérations peuvent susciter, par ailleurs, le souhait de mettre soi-même fin à ses jours ou de recourir à **l'euthanasie** ou encore d'étudier les possibilités offertes par la **médecine palliative**.

C'est là, non en dernier, la raison pour laquelle la fin de vie se retrouve au centre du débat public sur la dignité humaine et le droit de chaque individu à disposer de sa vie. Dans ce contexte, les opinions au sujet de ce qu'il faut entendre par l'expression : « mourir dans la dignité » divergent beaucoup. Ce que l'un considère comme un bien, l'autre le perçoit comme un préjudice.

Les sociétés modernes offrent à l'individu une grande liberté de choix, tout en l'exposant en même temps à une pression sociale croissante qui le contraint à faire preuve de responsabilité et à exprimer sa volonté.

Pour le cas où elles ne seraient plus lucides ou hors d'état d'exprimer leur volonté, beaucoup de personnes remplissent ou rédigent des **directives anticipées**¹, dans lesquelles elles précisent les mesures médicales de fin de vie qu'elles acceptent et celles qu'elles refusent. De nombreux pays considèrent ces directives anticipées comme étant juridiquement valides et d'une grande utilité pour l'entourage des personnes en fin de vie.

Chrétiens, nous sommes aussi confrontés, directement ou indirectement, aux diverses possibilités et facettes de l'aide à la fin de vie. Or, conformément à l'approche chrétienne, les actes revendiqués comme relevant de la dignité humaine et du droit de chaque individu ne doivent pas contredire les commandements divins.

¹ **Les directives anticipées**

(France) Les directives anticipées consistent en un document écrit, daté et signé par leur auteur. Elles peuvent à tout moment être modifiées. Leur durée de validité est de trois ans. Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle de celles-ci auprès de la personne de confiance (si elle est désignée), de la famille ou, à défaut, des proches ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui la lui a adressée.

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt du traitement. Elles sont révocables à tout moment. À condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant. » (Article 7 de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie)

Informations relatives à la rédaction de directives anticipées sur Internet :

France :

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/les_directives_anticipees.pdf

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Formulaire_directives_anticipees.pdf

<http://www.sfap.org/rubrique/les-directives-anticipees>



En matière d'euthanasie et de soins palliatifs, les Églises principales prônent des positions très proches les unes des autres. Elles ont publié des documents fournis², dont l'Église néo-apostolique approuve la teneur.

Le présent document aborde, d'une part, la réflexion sur le fait de provoquer la mort ; d'autre part, il décrit les possibilités d'accompagnement au moyen de soins palliatifs, des personnes en fin de vie. Des notions y sont expliquées et des réflexions éthiques y sont évoquées. Des points de vue chrétiens, des pensées d'ordre pastoral ainsi qu'une position de l'Église néo-apostolique y font suite.

La mort revêtant un caractère personnel, les déclarations faites dans le présent document sont de simples pistes de réflexion.

² **Accompagnement des personnes en fin de vie plutôt qu'euthanasie active**

Catholique.org : <http://ge.catholique.org/euthanasie/183-quelle-est-la-position-de-l-eglise-sur->



2. Définitions

2.1. La fin de vie

La fin de vie (le fait de mourir) est un processus dont on ne peut déterminer le début et la fin d'une manière claire. D'une manière générale, on parle de fin de vie, quand il faut s'attendre à ce que la mort intervienne, sans que l'aide médicale puisse l'empêcher.

2.2. L'euthanasie

Dans le contexte de l'euthanasie, les classifications et notions varient d'une langue à l'autre. Les classifications peuvent se faire, d'une part, en fonction de l'intentionnalité (euthanasie active, passive ou indirecte) et, d'autre part, en fonction du type de consentement du patient (euthanasie volontaire, non-volontaire et involontaire).³ En raison des divergences, à l'échelle internationale, en matière de définition de ces *notions*, nous privilégierons ci-après les *descriptions*.

2.3. L'euthanasie à la demande

Il s'agit de la démarche qui consiste à donner la mort par une personne tierce, démarche fondée sur la demande effective ou supposée d'une personne en fin de vie.

2.4. L'aide au suicide (« suicide assisté »)

L'aide au suicide est souvent citée dans le contexte de l'euthanasie. À la différence de l'euthanasie à la demande (2.3), c'est le patient lui-même qui met fin à ses jours, « assisté » par une tierce personne.

Les législations sur l'euthanasie à la demande et le suicide assisté diffèrent grandement d'un pays à l'autre. Leur légalisation fait l'objet de débats de société. C'est sur Internet qu'on trouvera les lois qui s'y rapportent dans les différents pays.

2.5. Laisser-mourir et médecine palliative

Au vu de la mort proche, il convient d'envisager les possibilités médicales auxquelles on pourra recourir. Le patient, les médecins et les proches élucideront la question de savoir jusqu'à quel point ils laisseront la maladie évoluer. Si le patient n'est plus en mesure de prendre des décisions, on pourra décider de l'ampleur du traitement sur la base de ses directives anticipées possiblement les plus récentes. En l'absence de telles directives, les médecins se concerteront, conformément aux législations en vigueur, avec les proches sur la décision à prendre.

L'objectif thérapeutique n'est dès lors plus la guérison ou la prolongation de la vie. Les efforts premiers visent à soulager les souffrances du patient, ses douleurs, ses détresses respiratoires,

³ Classification de l'euthanasie en fonction du consentement du patient

Dans le débat sur l'euthanasie, la distinction entre euthanasie volontaire, non-volontaire et involontaire s'est imposée (NdT : ailleurs qu'en France). Pour ce qui est de l'euthanasie volontaire, l'aide à mourir est prodiguée à la demande expresse du patient qui a la capacité physique et mentale de la demander et qui le fait. Il y a euthanasie non-volontaire, si l'on donne la mort à un patient qui n'est pas en mesure, de manière durable, d'exprimer son consentement ou qui n'est plus en mesure de le faire, sans s'être préalablement prononcé sur des mesure d'euthanasie. Il y a euthanasie involontaire, si l'acte d'euthanasie est pratiqué sur un individu qui a eu l'occasion d'exprimer une opposition explicite.

(D'après : Wiesing U., „Ethik in der Medizin“ (L'éthique en médecine).Reclam 2012)



et à l'accompagner. L'intention n'est pas de provoquer la mort, mais simplement de laisser la maladie évoluer et la mort intervenir naturellement. Cela implique le renoncement à l'acharnement thérapeutique (mesures de réanimation, d'assistance respiratoire, d'alimentation artificielle, de dialyse), la réduction des médicaments destinés à prolonger la vie et la cessation de certaines mesures. Le recours à toutes les possibilités thérapeutiques n'est pas de mise. On poursuivra l'alimentation et l'hydratation de la personne en fin de vie aussi longtemps que cela lui est utile, sans toutefois lui occasionner des souffrances.

Dans de tels cas, il importe de supprimer ou de soulager les symptômes pénibles (douleurs, détresse respiratoire, angoisse) au moyen de soins palliatifs. Il est tout aussi important d'entourer la personne en fin de vie en lui prodiguant des soins et un accompagnement humain. Toutes les cultures et les religions soulignent l'importance d'un tel accompagnement familial et pastoral.

2.5.1. Soulagement des douleurs et sédation palliative en fin de vie

Il est rare que surviennent, malgré la prise en charge médicale, humaine et pastorale, chez la personne en fin de vie, des douleurs intenses et une grande angoisse et inquiétude. Pour contrôler ces symptômes, il peut s'avérer utile, en concertation avec le patient ou ses proches, d'augmenter la dose des médicaments calmants, dont les effets secondaires peuvent être alors le ralentissement de sa respiration et, plus rarement, le raccourcissement de sa vie.



3. Aspects éthiques

Sont abordés ci-après des exemples de notions et d'arguments relevant du débat éthique.

3.1. La dignité (de la personne) humaine

L'exigence générale est que la dignité (de la personne) humaine soit préservée, y compris en phase de fin de vie. Tandis que les défenseurs de l'euthanasie active voient cette exigence satisfaite à travers le droit, pour chaque individu, de choisir librement sa mort et prônent de ce fait l'euthanasie à la demande et l'assistance au suicide, l'argument essentiel des adversaires de l'euthanasie active est l'intangibilité de la vie humaine⁴ : nul n'a le droit de mettre fin à une vie humaine.

3.2. La libre disposition de soi

Le respect ou le non-respect de la volonté déclarée de l'être humain, notamment par le biais de directives anticipées, est considéré comme étant l'exemple même du respect ou de la remise en question de la dignité humaine. Quelques écrits font, de la libre disposition de soi, le synonyme de la dignité humaine.⁵

3.3. Les souffrances insupportables

Empêcher la souffrance est un argument central des défenseurs de l'euthanasie à la demande et du suicide assisté, argument qu'il semble difficile de contredire. Le soulagement de la souffrance est un objectif majeur de la médecine et de l'éthique moderne. On confond souvent souffrance avec douleur, or la souffrance désigne bien plutôt le vécu des expériences négatives. Ce que l'individu perçoit comme étant une souffrance insupportable dépend essentiellement de sa disposition.

Pour aider quelqu'un qui souffre de manière « insupportable », il peut être utile de lui montrer la souffrance comme étant l'occasion d'accéder à des biens supérieurs tels que l'expérience de la vie ou les vertus. Dès lors, on lui ouvre de nouvelles perspectives : la vie peut avoir un sens et de l'importance, même si elle est fortement troublée ou handicapée. Il lui devient ainsi possible de considérer la mort comme étant la dernière grande tâche à accomplir au cours de sa vie et de l'accepter.

⁴ La dignité (de la personne) humaine

« On avance souvent l'argument selon lequel l'euthanasie active serait morale, parce qu'elle permettrait d'empêcher des situations indignes d'un être humain. [...] L'existence en tant que telle ne peut pas être indigne de l'être humain. Ce qui est indigne, ce n'est pas l'état, la situation, mais les conditions de l'existence humaine seulement. Or, la maladie et la mort ne sont pas des conditions de vie, mais des états de celle-ci, des manières d'exister de l'être humain. Ce n'est donc pas la fin de vie en soi qui prive l'homme de sa dignité, mais une mentalité et une démarche précises qui l'entourent. Par conséquent, ne meurt pas de manière indigne celui à qui l'on refuse l'euthanasie active, mais celui que l'on laisse en proie à des conditions qui ne tiennent pas compte de la valeur intrinsèque de l'être humain. »

(Maio G. : « Mittelpunkt Mensch » (L'être humain, point central). Schattauer. 2002)

⁵ La libre disposition de soi

« La possibilité de refuser des mesures médicales pour soi-même fait indéniablement partie de la dignité de l'être humain. Le respect de la dignité humaine trouve son expression concrète dans le respect de la volonté clairement déclarée par une personne au sujet de sa maladie ou de sa fin de vie. Cependant, si on en déduisait que la dignité humaine est à mettre sur le même pied que la libre détermination de soi, cela reviendrait à devoir en payer un prix exorbitant, car, dès lors, tous les êtres humains qui ne sont pas encore capables de disposer d'eux-mêmes ou qui ne le sont plus seraient aussi privés de leur dignité. »

(Härle W. : „Ethik“ (Éthique). De Grutyer. 2011)



3.4. L'extension incontrôlable de l'euthanasie à la demande

Une préoccupation des opposants à l'euthanasie à la demande réside dans le fait que, tant les conditions dans lesquelles l'euthanasie active pourrait être tolérée (elle est limitée actuellement aux personnes souffrant de maladies incurables dans leur phase finale) que les groupes de personnes pour lesquels elle devrait être autorisée (seulement pour les adultes actuellement) soient étendus. Ainsi par exemple des pays qui, en un premier temps, ont légalisé l'euthanasie active pour les adultes, dans le respect d'obligations précises, l'ont aussi autorisée par la suite pour les enfants.

3.5. Le rôle du médecin

Conformément à la conception jusqu'ici en vigueur, le médecin aide à combattre les maladies. Les patients ont cette confiance en lui qu'il les aidera à guérir. Si les médecins obtiennent l'autorisation de donner la mort (euthanasie à la demande), cette relation fondamentale de confiance peut être sérieusement mise à mal. Des ordres professionnels de médecine mettent en garde contre cette perte de confiance. Les défenseurs de l'euthanasie à la demande et du suicide assisté voient cependant, dans le soutien de certains médecins, une aide en vue de rendre la mort supportable.

3.6. Mourir dans la dignité

Le débat sur l'euthanasie est mené, la plupart du temps, d'une manière unilatérale, en se focalisant essentiellement sur la question de savoir si l'euthanasie à la demande et le suicide assisté, c'est-à-dire **l'aide à mourir**, sont défendables sur le plan éthique et devraient être légalisés ou encouragés.

Beaucoup plus importante dans la perspective chrétienne, la question de savoir comment aider la personne en fin de vie à gérer cette phase, en l'accompagnement et en soulageant ses souffrances, est souvent reléguée à l'arrière-plan.

À la fin de sa vie, nul ne souhaite sans doute se retrouver seul et abandonné, ou avoir le sentiment d'être inutile, voire sans défense. Dans le but de préserver sa dignité humaine, il est nécessaire, au cours de cette phase précisément de la vie, de prendre soin de la personne du malade et de l'accompagner avec attention, respect et empathie. Des soins palliatifs qualifiés et une pastorale appropriée peuvent y contribuer.



4. Aspects chrétiens

Du point de vue chrétien, la vie est un don de Dieu. La dignité de l'être humain est fondée sur la sollicitude divine (il est créé à l'image de Dieu), et ce indépendamment de ses capacités ou de son état de santé. Par conséquent, l'euthanasie à la demande et le suicide assisté contreviennent tous deux au cinquième commandement : « Tu ne tueras point. »

La vie étant un don de Dieu, nul ne peut y mettre fin de sa propre autorité. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille mettre en œuvre toutes les possibilités imaginables (acharnement thérapeutique) en vue de la prolonger. Du point de vue chrétien, ce n'est pas un péché, pour des personnes en fin de vie, de renoncer à des thérapies ou des mesures de prolongation de leur vie ou d'y mettre fin, parce qu'elles aspirent à « mourir en paix ».

Conformément au commandement de l'amour du prochain, la famille, la communauté et les ministres de l'Église sont appelés à prendre soin des personnes en fin de vie dans le but de diminuer leur peur d'être abandonnées et livrées à elles-mêmes, et de ne pas être à même de gérer leur mort. Ce qui revêt une grande importance aux yeux des personnes en fin de vie, c'est l'accompagnement empreint d'amour et de respect de la part de leurs proches et d'un personnel spécialisé, dans un environnement agréable à domicile, à l'hospice ou dans un service de soins palliatifs.

Il est tout aussi important pour elles de savoir qu'un suivi médical palliatif permet, dans de nombreux cas, de rendre supportables les douleurs et les souffrances liées à la fin de vie. Pour autant, il ne faut pas oublier que même ces conditions et circonstances optimales ne rendent pas les choses nécessairement plus simples. La mort demeure douloureuse, et pour celui qui trépassé et pour son entourage.

Nous, chrétiens, pouvons cependant puiser consolation et réconfort dans notre confiance en Dieu et notre espérance en son assistance, précisément dans les situations difficiles. Le fait de savoir que nous vivrons éternellement et que notre avenir est auprès de Dieu peut réduire notre peur du trépas.



5. Pastorale

Du point de vue de notre foi, le soutien et l'accompagnement pastoral accordés aux personnes en fin de vie ainsi qu'à leur entourage sont, de surcroît, essentiels et indispensables. Ils impliquent que l'on témoigne de l'empathie à la personne en fin de vie, qu'on l'accepte telle qu'elle est, avec ses opinions et ses attitudes, qu'on la reconforte, mais aussi qu'on accepte le fait que le vécu d'une maladie peut donner lieu à une crise spirituelle comportant la révolte contre Dieu.

L'accompagnement pastoral peut aussi viser à aider la personne en fin de vie à mener à bien l'une ou l'autre tâche restée en suspens. Par ailleurs, la sympathie envers elle peut aussi consister tout simplement en le fait d'être là, à ses côtés, pour lui faire sentir la proximité de Dieu.

Plus spécialement focalisée sur le Christ ressuscité, la pastorale peut aussi offrir un soutien constant et fiable, au cours d'une phase de la vie où tant de choses changent.

La pastorale vise à conforter la confiance dans les décisions médicales, sans les commenter. En cas d'incertitude ou de doute, le ministre conseillera de consulter de nouveau des spécialistes au sujet de points restés douteux.

Si le ministre est associé au choix de renoncer aux mesures thérapeutiques visant à prolonger la vie ou à y mettre fin, il sera utile pour lui de donner un éclairage de la situation conforme à notre foi.

Cet éclairage comporte notamment les réflexions suivantes : Faut-il vraiment recourir à toutes les possibilités qu'offre le progrès médical (le droit au renoncement à l'acharnement thérapeutique ou « obstination déraisonnable ») ? Quels sont finalement le sens et la destination de la vie terrestre (l'allongement de la vie est-il le but suprême) ?

La pastorale se doit d'être sincère. Il ne sert à rien d'embellir la situation ou de focaliser l'attention exclusivement sur l'immortalité de l'âme.

Le message de la pastorale, c'est que Dieu peut être proche de l'homme, précisément au cœur même des expériences douloureuses qu'il vit, mais aussi que la confrontation à une maladie incurable n'est pas le signe de la punition de Dieu ou de l'abandon par lui.

Pour l'homme d'Église, la sincérité consiste aussi à convenir du fait qu'il n'est pas en mesure de comprendre la souffrance endurée par la personne en fin de vie.

Des déclarations détaillées au sujet de l'accompagnement des personnes en fin de vie figurent dans le document « Accompagnement des personnes en fin de vie ». Le chapitre 12.4.5 du *Catéchisme de l'Église néo-apostolique* : « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches » propose également des indications à ce sujet.



6. Position de l'Église néo-apostolique sur l'euthanasie et les soins palliatifs

Tout homme a le droit de mourir dans la dignité.

L'euthanasie et la médecine palliative concernent la personne en fin de vie, pour laquelle il n'y a plus d'espoir de guérison et de rétablissement. Du point de vue chrétien, ces démarches ne peuvent consister qu'en une aide apportée à la personne en fin de vie, et non pas en une aide à mourir.

L'euthanasie à la demande et le **suicide assisté** contreviennent tous deux au commandement : « Tu ne tueras point. »

Le laisser-mourir, c'est-à-dire le renoncement à des mesures de prolongation de la vie, ne contredit pas les principes de la foi chrétienne. **Le soulagement de la douleur ou la sédation palliative**, dont l'objectif est le contrôle des symptômes, peut entraîner un risque mineur d'abrègement de la vie. Étant donné que ces mesures visent exclusivement à contrôler les symptômes, elles peuvent être approuvées.

Dans de nombreux cas, le **suivi médical palliatif** peut rendre supportables les douleurs et les troubles en fin de vie. On poursuivra l'alimentation et l'hydratation de la personne en fin de vie, aussi longtemps qu'elles ne lui occasionneront pas de souffrances.

Conformément à la conception de l'homme propre au christianisme, on veillera à offrir aux personnes en fin de vie **un accompagnement** empreint d'amour et de respect **de la part de leurs proches et d'un personnel spécialisé**, dans un environnement agréable à domicile, à l'hospice ou dans un service de soins palliatifs.

Un accompagnement pastoral, véhiculant les valeurs de l'Évangile et offrant un soutien constant et fiable au cours d'une phase de la vie où tant de choses changent, est important, voire indispensable du point de vue de notre foi, pour les personnes en fin de vie. Un tel accompagnement pastoral est en mesure de réduire les angoisses et de mobiliser des forces spirituelles.

Autant que possible, les choix thérapeutiques en fin de vie devraient être faits par le malade, en accord avec ses médecins traitants et ses proches et sur leurs conseils. Si cette démarche n'est plus possible, la décision devrait être prise de manière collégiale par les proches, en concertation avec les médecins traitants, tout en accordant une importance particulière à la volonté supposée de la personne en fin de vie. L'existence de « **directives anticipées** » exprimant la volonté de la personne en fin de vie est par conséquent utile dans de nombreux cas.

Il conviendra de respecter les directives et lois existantes, dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux valeurs chrétiennes.



7. Déclaration succincte sur l'euthanasie et les soins palliatifs

Tout homme a le droit de mourir dans la dignité.

L'euthanasie et la médecine palliative concernent la personne en fin de vie, pour laquelle il n'y a plus d'espoir de guérison et de rétablissement. Du point de vue chrétien, ces démarches ne peuvent consister qu'en une aide apportée à la personne en fin de vie, et non pas en une aide à mourir.

L'euthanasie à la demande et le **suicide assisté** sont rejetés.

Le laisser-mourir, c'est-à-dire le renoncement à des mesures de prolongation de la vie, et **le soulagement de la douleur ou la sédation palliative**, dont l'objectif est le contrôle des symptômes et qui comportent un risque mineur d'abrègement de la vie, ne contredisent pas les principes de la foi chrétienne.

Au vu de la conception de l'homme propre au christianisme, **le suivi médical palliatif** revêt une grande importance.

L'assistance des proches et **l'accompagnement pastoral** au sens de l'Évangile sont susceptibles de soulager les angoisses de la personne en fin de vie et de mobiliser ses forces spirituelles.

Les directives anticipées peuvent aider à prendre soin des personnes en fin de vie d'une manière souhaitée par elles.