

Mourir dans la dignité

Lettre pastorale des évêques suisses

sur l'euthanasie

et l'accompagnement des mourants

| | |
|--|-----------------------------|
| Mourir dans la dignité | 1 |
| <i>Lettre pastorale des évêques suisses sur l'euthanasie et l'accompagnement des mourants</i> | 1 |
| Préface | Erreur ! Signet non défini. |
| I. La mort conditionne notre existence | 4 |
| 1. <i>La vie et la mort</i> | 4 |
| 2. <i>Les religions et la mort</i> | 4 |
| 3. <i>Les trois dimensions de la mort</i> | 5 |
| 4. <i>Le désir de vaincre la mort</i> | 5 |
| II. La dignité chrétienne de la mort | 7 |
| 1. <i>Pour la Bible la vie est sacrée</i> | 7 |
| 2. <i>La mort du Christ « pour nous »</i> | 8 |
| 3. <i>La mort du chrétien</i> | 9 |
| 4. <i>L'espérance chrétienne</i> | 9 |
| III. La dignité du mourant | 11 |
| 1. <i>Décision personnelle et dépendance</i> | 11 |
| 2. <i>Les dispositions du patient</i> | 12 |
| IV. La mort assistée : les limites | 12 |
| 1. <i>Précisions de vocabulaire</i> | 12 |
| 2. <i>L'euthanasie passive : l'omission d'un traitement ou son interruption</i> | 13 |
| 3. <i>L'euthanasie active indirecte : traitement des symptômes et de la douleur au risque d'abrèger la vie</i> | 155 |
| 4. <i>L'euthanasie active directe : l'homicide sur demande</i> | 15 |
| 5. <i>L'aide au suicide</i> | 17 |
| V. L'accompagnement des mourants | 18 |
| 1. <i>Un accompagnement global : les soins palliatifs</i> | 18 |
| 2. <i>L'engagement humain</i> | 20 |
| 3. <i>L'accompagnement pastoral des mourants</i> | 20 |
| Conclusion | 22 |
| Annexe 1 : À propos de quelques questions actuelles concernant l'onction des malades | 23 |
| <i>I. Sacrement et ministère</i> | 23 |
| <i>II. Sacrements et sacramentaux</i> | 25 |
| Annexe 2 : Bibliographie | 27 |

PREFACE

Depuis quelque temps, en Suisse, comme dans les pays voisins, il est beaucoup question d'euthanasie. Le débat porte sur le droit d'abrégé – ou de permettre d'abrégé – artificiellement sa propre vie ou celle d'autrui. Des voix s'élèvent pour réclamer de nouvelles dispositions légales en vue de décriminaliser, à certaines conditions, la mort sur demande, alors que, d'autre part, l'homicide de personnes gravement malades suscite de nombreuses protestations. Le Parlement discute la question et, à plus ou moins brève échéance, le peuple devra se prononcer sur le statut légal de l'euthanasie.

L'enjeu du débat va bien au-delà des seules dispositions légales concernant l'euthanasie. Ce sont, ni plus ni moins, le sens et la dignité de la vie et de la mort qui sont en jeu. Il s'agit de savoir quelles répercussions peut bien avoir sur notre vie sociale et sur la qualité de notre société la manière de concevoir la mort. Quelles valeurs privilégie-t-on dans les discussions sur l'euthanasie ? L'autonomie de l'individu et son bien-être ou l'harmonie familiale et la solidarité avec les plus faibles ? Derrière ce débat se cachent des questions fondamentales d'ordre religieux sur le sens de la souffrance et d'une vie physiquement ou mentalement handicapée.

En nous engageant dans ce débat en tant qu'évêques, nous ne voulons pas nous borner à rappeler l'interdiction biblique de tuer une vie innocente, ni les nombreuses interventions du magistère sur le sujet.¹ Dans cette lettre pastorale, nous souhaitons proposer à la réflexion des fidèles notre conception de la vie et de la mort, sans toutefois prétendre répondre à toutes les questions soulevées. À propos de l'euthanasie, nous rappelons les limites à ne pas franchir et proposons des directives pastorales pour l'accompagnement physique et spirituel des mourants.

¹ Parmi les plus récentes déclarations mentionnons : **Congrégation pour la Doctrine de la Foi**, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980. **Conférence des évêques allemands**, *Déclaration sur l'accompagnement des personnes gravement malades et des mourants*, 2 février 1991. **Conseil permanent de la Conférence des évêques de France**, *Respecter l'homme proche de sa mort*, 23 septembre 1991. **Jean-Paul II**, *Encyclique Veritatis splendor*, n. 80, 6 août 1993. **Catéchisme de l'Église catholique**, nn. 2276-2283, 1993. **Les évêques de Belgique**, *L'accompagnement des malades à l'approche de la mort*, février 1994. **Jean-Paul II**, *Encyclique Evangelium Vitae*, nn. 64-67, 25 mars 1995. **Jean-Paul II**, Allocution aux participants à la 13^{ème} Conférence internationale du Conseil pontifical pour la pastorale des services de la santé, n. 8, 31 octobre 1998. **Conférence des évêques scandinaves**, *Das Leben bewahren*. Hirtenbrief über die Pflege in der Endphase des Lebens, 11 février 2002 ; Kurt Koch, *La vie à libre disposition?*, Message de l'évêque pour le Carême 2002, 16-17 février 2002.

I. La mort conditionne notre existence

1. La vie et la mort

Aussi longtemps que la vie ne lui est pas une charge trop lourde, tout homme désire vivre plutôt que mourir. Chacun sait pourtant qu'il devra mourir un jour et cette perspective l'accompagne, telle une échéance inéluctable, tout au long de son existence. Car la naissance entraîne déjà avec elle une « croissance » vers la mort. Et pourtant, personne ne souhaite mourir, mais bien plutôt vivre le plus longtemps possible. De fait, depuis cent cinquante ans, les progrès de la science ont permis de doubler la durée moyenne de la vie, avec, il est vrai, d'énormes différences entre les diverses régions du globe. Dans notre pays, le vieillissement de la population pose problème. La durée des diverses étapes de l'existence se déplace, affectant les relations entre les diverses générations : les années de croissance et de formation s'allongent, celles de la maturité et de l'activité professionnelle restent plus ou moins égales tandis que le temps de la vieillesse et de la préparation à la mort tire en longueur.

C'est la vie qui permet de comprendre la mort. Si chacun sait avec certitude qu'il devra mourir un jour, il en ignore le moment et la manière. Aussi, la mort est-elle présente comme une menace permanente. Qu'on le veuille ou non, on vit, consciemment ou pas, dans la perspective de sa propre mort, au point que la question du sens de la mort est inéluctable. Cette conscience distingue l'homme de l'animal et elle est une des caractéristiques de la dignité humaine. Dès les temps les plus reculés, en dehors même du christianisme, « l'art de mourir » (ars moriendi) a toujours été une composante importante de l'art de vivre.

Quelqu'un viendrait-il à perdre de vue sa propre mort que celle de ses proches se chargerait de lui rafraîchir la mémoire. Avec les ans qui passent et la vieillesse qui avance son monde relationnel se déplace : il finit par compter plus de connaissances dans l'au-delà qu'ici bas. Les forces déclinantes, les misères physiques toujours plus nombreuses lui rappellent que lui aussi s'en va vers sa mort. Au fur et à mesure que l'âge avance, la mort allonge son ombre, au point que certains considèrent idéale une mort imprévue, subite, sans souffrances ni dépendance.

2. Les religions et la mort

Aussi loin qu'on remonte vers les origines de l'humanité, l'humanité s'est toujours posée la question du sens de la mort. Par opposition aux dieux « immortels », les humains se sont définis comme « mortels » ; ils se sont demandés ce qu'il y a après la mort et, par toutes sortes de mythes, ils ont décrit le monde des morts comme un « monde réel » opposé au monde actuel « irréel », attribuant même aux défunts des forces surnaturelles.

La mort, comme passage vers cet autre monde, fait l'objet d'une multitude de rites. Le culte des morts a toujours été considéré comme un des plus anciens vestiges de la culture et de la religiosité humaines. Il prouve en tout cas qu'on a cherché un sens à la mort. Les sépultures en position fœtale indiquent qu'elle était comprise comme une nouvelle naissance. Les monuments érigés en l'honneur des morts – les pyramides sont les plus impressionnantes –, les décorations intérieures des sépulcres témoignent d'une espérance et d'une préoccupation pour une autre vie, immortelle. Finalement, en déposant les morts en terre, en les incinérant et en

répandant leurs cendres dans un fleuve sacré, on signifiait qu'ils retournaient dans le grand tout de la Nature, là d'où ils étaient venus.

3. Les trois dimensions de la mort

Pour l'homme, mourir n'est pas simplement une contrainte biologique. Outre la dimension religieuse déjà évoquée, la mort est une contingence majeure de l'existence personnelle et un événement social.

- 3.1 Du point de vue existentiel, la mort signifie plus que la fin de la vie. La conscience d'être mortel marque chaque existence. La manière dont on se situe face à la mort conditionne le sens que l'on donne à sa propre vie. Les uns vivent dans la peur permanente de la mort, d'autres, pour ne pas y penser, profitent de la vie en s'y cramponnant, d'autres, enfin, l'envisagent avec confiance. Prenant acte de l'influence que la mort exerce sur la vie, et du fait que l'on meurt chaque jour un peu, de nombreux philosophes conçoivent leur enseignement comme un « apprentissage de la mort ».
- 3.2 La dimension sociale de la mort nous touche peut-être encore plus. Chaque fois qu'un proche nous quitte, nous comprenons un peu mieux ce que mourir signifie. Pour celui qui meurt comme pour son entourage il s'agit de prendre congé de la communauté des vivants et d'assumer un départ douloureux, qui peut prendre des mois ou même des années. Les proches du mourant ne sont pas moins concernés que lui. Ils se rendent compte qu'ils ne peuvent pas l'accompagner jusqu'au bout du chemin parce qu'il les quitte dans la solitude. Même lorsqu'on meurt pour les autres, on meurt toujours seul.
- 3.3 Du point de vue religieux, la mort nous emmène vers l'inconnu, vers le « Tout Autre », vers un monde qui n'a rien à voir avec celui d'ici bas. Si la conviction toujours plus diffuse qu'*après la mort tout est fini* témoigne d'un déficit religieux de notre société, la mort n'en reste pas moins un mystère qui force le respect envers les défunts : respect de la personnalité, angoisse face à sa propre mort, questions sur l'au-delà et, finalement, malaise en présence du cadavre.

Tout ceci montre combien la mort d'un être humain est une affaire sérieuse, à l'instar de la vie. Si on parle volontiers de la dignité intangible de toute vie humaine, il faut convenir que la même dignité et le même respect sont dus à la mort.

4. Le désir de vaincre la mort

Certaines situations particulièrement pénibles peuvent faire désirer la mort. Et pourtant, lorsque le moment de mourir est là, on y résiste instinctivement de toutes ses forces. Personne ne souhaite spontanément mourir. Chacun refuse l'idée de quitter ceux qu'il aime et de se séparer de son entourage. Le mystère insondable de la mort et de l'au-delà fait peur et comme il n'est pas possible d'expérimenter d'avance sa propre mort, personne ne sait finalement ce qu'elle est, ce qui se passe au moment du décès, ni comment lui-même vivra cet instant. De tout temps les hommes ont cherché à pénétrer le mystère de la mort pour la maîtriser, dans la mesure du possible.

- 4.1 Du point de vue scientifique, depuis une vingtaine d'années, les recherches sur la mort ont fait d'énormes progrès. On connaît désormais les divers stades de la mort physique

et il est possible de les analyser. Les explications des mourants ou des personnes réanimées après une mort clinique ont permis de connaître ce que vit un mourant. Il est possible de déterminer les diverses phases par lesquelles passe la personne qui meurt. Les résultats de ces recherches sont encourageants : place est faite non seulement à l'angoisse et à l'obscurité mais également à la joie et à la lumière.²

Le fait de mieux connaître le processus qui conduit à la mort ne signifie nullement qu'on maîtrise la mort – même pas lorsque des personnes survivent. Le défi reste entier. Chacun doit affronter la certitude de sa propre mort et assumer la peur qu'elle lui inspire. Personne n'y échappe. Le désir de maîtriser la mort a inspiré, au cours des âges, trois attitudes fondamentales qui, aujourd'hui encore, n'ont rien perdu de leur actualité.

- 4.2 La plus courante est *le refoulement et la banalisation*. La mort est refoulée lorsqu'on en parle le moins possible, qu'on la relègue dans les hôpitaux et les cliniques pour qu'elle survienne « médicalement », sans heurt et le plus discrètement possible. Il y a aussi refoulement lorsqu'on parle le moins possible du défunt, qu'on ne l'accompagne pas à sa dernière demeure et qu'on évite tout contact avec la famille en deuil. Souvent, l'anonymat des sépultures (fosses communes, dispersion des cendres), surtout lorsqu'il est désiré par le défunt lui-même, témoigne de ce refoulement et du refus de se poser des questions sur l'au-delà.

Ce sont surtout les médias qui banalisent la mort. En une seule soirée, la TV nous présente toute une série de morts, violentes la plupart du temps, conséquences de meurtres, de guerres, de terreur ou d'accidents. Contrairement à ce qui se passe dans la réalité, la mort survient vite et l'homicide est enregistré comme un fait divers. Dans certains cas seulement, lorsqu'il s'agit de grandes catastrophes ou du décès d'une personnalité populaire, la mort est prise au sérieux : on manifeste alors de l'émotion et on se souvient des rituels religieux.

- 4.3 Une autre tentative, plus problématique et discutable, de maîtriser la mort consiste à prendre l'initiative de sa mort en décidant soi-même du moment et de la manière de mourir. Nous voulons parler de *la mort volontaire* qui transforme un destin inéluctable en un acte autonome. L'idéologie stoïque du suicide ou de la mort sur demande est professée aujourd'hui par les membres des associations pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD). D'un côté on peut les comprendre. Grâce aux possibilités offertes par la médecine, on s'en remet plus volontiers à soi-même qu'aux médecins, préférant une mort rapide et sans douleur à la déchéance d'une longue dégradation ou d'une vie diminuée.

Cette solution de facilité fait l'impasse sur les trois dimensions de la mort. Elle méconnaît d'abord le caractère *existentiel* de la mort. En affirmant arbitrairement son autonomie, l'homme évacue une dimension essentielle de son existence, la tension générée par l'incertitude d'une mort certaine. Son geste ne raccourcit pas seulement la durée de sa vie, mais, comme on le dit à juste titre, il lui « ôte la vie ».

Mais il y a plus. Le suicide ignore la dimension *sociale* de la mort. Celui qui, tout en étant en bonne santé, s'ôte la vie semble plus préoccupé de lui-même qu'attentif aux conséquences que son acte peut avoir pour les autres. Il se peut qu'une personne malade ou handicapée agisse au nom d'une fausse conception de l'amour du prochain, dans

² Cf. les travaux désormais classiques de la doctoresse Elisabeth Kübler-Ross.

l'intention de ne pas être à charge aux autres. Elle oublie alors que sa vie d'handicapée a encore de la valeur pour les autres.

Enfin, il est évident que la dimension *religieuse* est aussi évacuée. La personne qui met fin à sa vie ne fait plus confiance à Celui qui tient dans sa main sa vie et sa mort. Elle se comporte en maître de la vie et de la mort, sans attacher d'importance à ce qui vient après la mort.

- 4.4 La troisième et plus ancienne manière de maîtriser la mort est précisément *religieuse*. Toute religion éveille le sens du Mystère, du Tout Autre. Parce que l'homme religieux en attend son salut, il devient capable d'accepter l'incertitude de sa mort en toute confiance. Il y voit même un événement plein d'espérance, un avant-goût du Tout Autre et il s'y prépare dès ici-bas.

Cette préparation à la mort varie suivant les différentes représentations de la mort que véhiculent les religions. Si l'au-delà est conçu comme une vie meilleure, un cadeau divin, l'homme s'efforce de la mériter en se conciliant les bonnes grâces de la divinité. Si, par contre, le divin se confond avec le grand Tout et la Vie en général, l'homme se prépare à y retourner par la méditation et le renoncement. Dans cette perspective, le retour à une vie terrestre est considéré comme un redoutable châtement. Pour les Bouddhistes, le Nirvana, qui est le but suprême, représente la libération du cycle de réincarnations.

Aujourd'hui, même chez nous, nombreux sont ceux et celles qui voient dans la *réincarnation* une solution religieuse pour surmonter la mort. Ils espèrent qu'une succession de vies leur permettra de progresser vers la perfection. Ils oublient que pour le christianisme, la dignité de l'existence humaine réside précisément dans son caractère unique. L'homme peut atteindre la plus haute perfection au cours de cette unique vie, dans la mesure où il la remet entre les mains du Dieu miséricordieux. L'acceptation de la mort est la meilleure manière d'exprimer sa confiance en Dieu. Aussi, pour le christianisme, la mort représente l'accomplissement de la vie humaine.

II. La dignité chrétienne de la mort

1. Pour la Bible la vie est sacrée

Pour la Bible, la pensée de la mort est liée au respect de la vie. Dieu lui-même est le Vivant, celui qui ne meurt jamais, et toute vie est un don de Dieu. Aussi le Psalmiste chante-t-il : « Car chez toi est la fontaine de la vie, à ta lumière nous voyons la lumière » (Ps 36,10), ce que le Prologue de Jean applique à Jésus-Christ : « En lui était la vie, et la vie était la lumière des hommes » (Jn 1,4).

C'est pourquoi toute vie est sacrée. Dans l'Ancien Testament (aujourd'hui encore dans le judaïsme et dans l'islam) la mise à mort d'un animal n'était permise qu'à condition de rendre le sang – le siège de la vie – à Dieu ; l'homme ne peut le garder pour lui. Plus sacrée encore est la vie de l'homme. Au matin de la création, Dieu a insufflé son propre souffle dans l'homme pour en faire un vivant (Gn 2,7 ; cf. Sg 15,11) ; au soir de la mort ce souffle divin retourne à Dieu (Jb 34,14-15 ; Qo 12,7) tandis qu'au Shéol, les défunts mènent une ombre d'existence.

« Dieu, lui, n'a pas fait la mort et il ne prend pas plaisir à la perte des vivants » (Sg 1,13). Le récit biblique montre que la mort est le fruit amer d'une décision de l'homme qui se détourne de Dieu, la source de la vie (Gn 3,3.19 ; Sg 2,24). Alors que, dès le début, l'interdiction de tuer est bien claire (Gn 9,6), la faute de l'homme inaugure pour l'humanité une histoire de mort, de meurtres et de violences dont la Bible témoigne plus que toute autre œuvre de la littérature universelle.

L'homme doit donc pouvoir jouir de la vie, et ce n'est que dans la mesure où il est vivant qu'il peut connaître et louer Dieu, le Vivant. Une longue vie couronnée par une mort comme celle des Patriarches « âgés et comblés de jours » (Gn 25,8 ; 35,29 ; cf. 1 Ch 29,28 ; Ps 91,18) est considérée comme une faveur divine. Celui qui meurt est « réuni aux siens » (ibid.). Les adieux à sa progéniture, les obsèques et une sépulture à l'épreuve du temps revêtaient une importance capitale (Gn 23,11-18 ; 25,9-10 ; 49,29-32 ; 50,25). Plus tard, peut-être sous l'influence de la culture grecque, on a commencé à dire que « les âmes des justes sont dans la main de Dieu » (Sg 3,1 ; cf. Jb 12,10 ; Dn 5,23) et que même une mort précoce pouvait déboucher sur une vie heureuse dans l'au-delà (Sg 3,2-8 ; 4,7-16).

2. La mort du Christ « pour nous »

Le Nouveau Testament propose une nouvelle approche de la mort. L'inimaginable s'est produit : en son Fils, Dieu a connu la mort. Jésus, le Fils du Père, est lui-même la vie offerte par Dieu à tous les hommes. L'Évangile de Jean ne cesse de le redire (Jn 1,4 ; 5,26 ; 11,25 ; 14,6 ; 1 Jn 1,1-2 ; 5,11-12). Et pourtant, sur la croix, Jésus meurt de mort violente. Cette mort ne peut être comprise que comme une mort « pour nous », c'est-à-dire en notre faveur et à notre place. Parlant de lui-même, Jésus dit : « Nul n'a d'amour plus grand que celui qui se dessaisit de sa vie pour ceux qu'il aime » (Jn 15,13). Et encore : « Le Fils de l'homme est venu non pour être servi, mais pour servir et donner sa vie en rançon pour la multitude » (Mc 10,45).

Dès sa première lettre, adressée aux Thessaloniens, Paul approfondit le sens de cette mort « pour nous ». Le Christ est « mort pour nous afin que, veillant ou dormant, nous vivions alors unis à lui » c'est-à-dire, que nous soyons encore en vie ou déjà morts (1 Th 5,10). Avec plus d'insistance encore, il écrit dans la 2^{ème} lettre aux Corinthiens : « L'amour du Christ nous étreint, à cette pensée qu'un seul est mort pour tous et donc que tous sont morts. Et il est mort pour tous afin que les vivants ne vivent plus pour eux-mêmes, mais pour celui qui est mort et ressuscité pour eux » (2 Co 5,14-15). Enfin, s'adressant aux Romains, il poursuit : « Oui, quand nous étions encore sans force, Christ, au temps fixé, est mort pour des impies. C'est à peine si quelqu'un voudrait mourir pour un juste ; peut-être pour un homme de bien accepterait-on de mourir. Mais en ceci Dieu prouve son amour envers nous : Christ est mort pour nous alors que nous étions encore pécheurs » (Rm 5,6-8).

En disant que la mort de Jésus est son retour auprès du Père, saint Jean souligne un autre aspect caractéristique de cette mort « pour nous » (Jn 13,1 ; 14,27 ; 16,5.28 ; 17,13). Plus tard les disciples suivront leur Maître sur le même chemin (13,36 ; 14,2.20 ; 17,24 ; 21,18-19). L'Évangile selon saint Luc parle de ce retour auprès du Père dans la prière que le Christ fait au moment de mourir sur la croix : « Père, entre tes mains, je remets mon esprit » (Lc 23,46).

3. La mort du chrétien

La mort du Christ a changé radicalement le sens de notre propre mort. Désormais nous ne sommes pas seulement unis au Christ durant notre vie mais aussi dans la mort. « En effet, aucun de nous ne vit pour soi-même et personne ne meurt pour soi-même. Car, si nous vivons, nous vivons pour le Seigneur ; si nous mourons, nous mourons pour le Seigneur : soit que nous vivions, soit que nous mourions, nous sommes au Seigneur » (Rm 14,7-8). Depuis que le Christ est mort et ressuscité pour tous, personne ne meurt plus seul ; chaque mort est une mort avec le Christ, pour vivre avec lui : « Elle est digne de confiance, cette parole : Si nous mourons avec lui, avec lui nous vivrons » (2 Tm 2,11).

Il y a, ici, plus qu'une vague espérance en la résurrection des morts. Cela signifie que la fin de notre existence corporelle ne débouche pas sur la mort, mais sur la vie auprès du Père, avec le Christ : « Car nous le savons, celui qui a ressuscité le Seigneur Jésus nous ressuscitera nous aussi avec Jésus et il nous placera avec vous près de lui » (2 Co 4,14).

Pour la foi chrétienne, cette espérance ne concerne pas uniquement les chrétiens. A la suite du concile Vatican II, le Pape Jean-Paul II et la théologie contemporaine enseignent que cette union avec le Christ dans la vie et la mort vaut également pour tous les hommes, à quelque religion qu'ils appartiennent.³ Jésus-Christ est la lumière et la vie pour *tous* les hommes, « qui éclaire tout homme venant dans le monde » (Jn 1,9 Vulg.). C'est « pour tous » qu'il est mort et ressuscité, comme le proclame Paul dans sa 1^{ère} lettre aux Corinthiens : « Christ est ressuscité des morts, prémices de ceux qui sont morts. En effet, puisque la mort est venue par un homme, c'est par un homme aussi que vient la résurrection des morts : comme tous meurent en Adam, en Christ tous recevront la vie » (1 Co 15,20-22).

4. L'espérance chrétienne

Il y a pourtant une différence entre les chrétiens et ceux qui ne connaissent pas le Christ. Selon Paul, pour le chrétien le baptême anticipe, en cette vie déjà, la mort avec le Christ : « ignorez-vous que nous tous, baptisés en Jésus Christ, c'est en sa mort que nous avons été baptisés ? Par le baptême, en sa mort, nous avons donc été ensevelis avec lui, afin que, comme Christ est ressuscité des morts par la gloire du Père, nous menions nous aussi une vie nouvelle. Car si nous avons été totalement unis, assimilés à sa mort, nous le serons aussi à sa Résurrection » (Rm 6,3-5). Élargissant l'horizon jusqu'au-delà de la mort, le baptême donne à la vie chrétienne une nouvelle dimension pleine d'espérance, qui imprègne aussi la liturgie.

4.1 Du moment que dès ici-bas nous pouvons nous considérer comme *morts et ressuscités*, la mort n'est plus, pour nous, une menace lourde d'incertitude ; elle ne fait que « dévoiler » ce qui, pour l'instant, est encore caché et pourtant bien réel. « Du moment que vous êtes ressuscités avec le Christ, recherchez ce qui est en haut, là où se trouve le Christ, assis à la droite de Dieu ; c'est en haut qu'est votre but, non sur la terre. Vous êtes morts, en effet, et votre vie est cachée avec le Christ en Dieu. Quand le Christ, votre vie, paraîtra, alors vous aussi, vous paraîtrez avec lui en pleine gloire » (Co 3,1-4).

Dès lors, la dimension existentielle de la mort prend tout son sens. Du fait que nous sommes déjà morts et ressuscités avec le Christ, notre vie n'est plus sous l'emprise de la

³ Depuis son encyclique inaugurale, Jean-Paul II ne cesse de citer l'enseignement du Concile Vatican II qui dit que par son incarnation Jésus Christ est uni « à tous les hommes et à chaque homme » (Gaudium et Spes, n. 22).

peur et de l'angoisse de la mort. Bien au contraire, c'est l'espérance qui nous anime désormais, assurés que nous sommes que « ni la mort ni la vie, ni les anges ni les dominations, ni le présent ni l'avenir, ni les puissances, ni les forces des hauteurs ni celles des profondeurs, ni aucune autre créature, rien ne pourra nous séparer de l'amour de Dieu manifesté en Jésus Christ, notre Seigneur » (Rm 8,38-39). Nous vivons ainsi dans la liberté des enfants de Dieu, sous le regard aimant du Père « qui sait ce dont nous avons besoin » (cf. Mt 6,32). Cette espérance a été la force des saints et des saintes, c'est elle qui soutient les moines, les moniales, les membres des ordres mendiants, tous ceux et celles qui se considèrent comme déjà morts au monde. Tous les baptisés sont invités à prendre le même chemin, chacun à sa manière.

- 4.2 L'espérance chrétienne nous rassure aussi sur le *sort de nos défunts*. Nous ne devons pas rester « dans la tristesse comme les autres, qui n'ont pas d'espérance. Si en effet nous croyons que Jésus est mort et qu'il est ressuscité, de même aussi ceux qui sont morts, Dieu, à cause de ce Jésus, à Jésus les réunira » (1 Th 4,13-14). C'est pourquoi, l'Église chante dans la liturgie des défunts : « Pour tous ceux qui croient en toi, Seigneur, la vie n'est pas détruite, elle est transformée ; et lorsque prend fin leur séjour sur la terre, ils ont déjà une demeure éternelle dans le ciel ». ⁴ Pleins de confiance, nous prions pour que nos morts aient part à la joie de Dieu.

Avec cette même confiance nous devons affronter notre propre mort et l'au-delà. C'est la pleine communion avec Dieu, avec le Christ et tous ses saints qui nous attend. Nous n'aurons pas besoin de recommencer une vie pour parvenir à une plus grande perfection. À sa manière, Dieu lui-même nous conduira à la perfection. Tel est le sens de l'enseignement catholique sur la purification (purgatoire). « Comme il est écrit, c'est ce que l'œil n'a pas vu, ce que l'oreille n'a pas entendu, et ce qui n'est pas monté au cœur de l'homme, tout ce que Dieu a préparé pour ceux qui l'aiment » (cf. 1 Co 2,9).

- 4.3 L'espérance chrétienne a donné naissance à la *liturgie de la mort* qui, dans sa forme complète, comprend les trois sacrements de la réconciliation, de l'onction des malades et de l'eucharistie. Reçue en « viatique » pour la route vers le Père, l'eucharistie est le sacrement spécifique des mourants. En outre, dans leurs derniers instants, les mourants sont réconfortés par des lectures, principalement celle de la Passion, et par des prières de circonstance. Par la grâce de cette liturgie un chrétien ne meurt pas dans la solitude : le Christ et l'Église sont avec lui jusqu'au bout, souvent présents à son chevet à travers ses proches et sa famille. Après le décès, le corps est exposé sur un catafalque, les cierges et l'eau bénite rappellent son baptême. Enfin, la communauté chrétienne l'accompagne de sa prière jusqu'à la mise en terre.

Il est regrettable qu'aujourd'hui cette liturgie ne soit célébrée dans sa forme complète pratiquement que dans des communautés religieuses. La mort perd ainsi son caractère chrétien. Il est important que ceux qui accompagnent des mourants et leurs proches s'inspirent de cette liturgie, s'ils veulent apporter la consolation et l'aide désirées.

⁴ **Préface des défunts I.**

III. La dignité du mourant

La liturgie rappelle le sérieux de la mort, sa dignité et son caractère intangible. Le retour à Dieu et la rencontre avec le Christ ne devraient pas faire l'objet de manipulations humaines mais requièrent le plus grand respect de la part des médecins et du personnel soignant. En approfondissant le sens de la mort, le christianisme a compris que l'interdiction générale de tuer implique un respect tout particulier de la personne qui meurt, comme le montre bien l'action de Mère Teresa auprès des moribonds de Calcutta. Ce même respect est le critère à l'aune duquel on discernera ce qui est prescrit, permis ou interdit en cas d'euthanasie.

Il n'est pas toujours facile d'évaluer en quoi consiste la dignité d'un mourant. D'ordinaire, c'est la capacité à disposer de soi-même qui fonde la dignité humaine, et le concile Vatican II voit dans cette liberté « un signe privilégié de l'image divine » dans l'homme.⁵ Pourtant, plus une personne est proche de la mort, moins elle est capable de décision, jusqu'au moment où la mort disposera d'elle sans qu'elle puisse opposer de résistance. Le mouvement en faveur d'une mort libre prétend échapper à cette dépendance en décidant du style et du moment de la mort. Est-ce une bonne solution ? La dépendance ne fait-elle pas aussi partie des valeurs humaines ? Actuellement les discussions sur l'euthanasie tournent autour de la capacité du mourant de s'autodéterminer. Que peut-on en dire ?

1. *Décision personnelle et dépendance*

La dignité de la personne comprend la dépendance comme valeur essentielle au même titre que la capacité de s'autodéterminer. L'homme ne s'est pas donné lui-même la vie ; il l'a reçue de ses parents et, finalement, de Dieu. Du créateur il tient sa vie, sa raison, sa volonté, sa liberté et, partant, la capacité de décider par lui-même. Il grandit comme l'enfant de parents aimants, qui, dans un premier temps, ont assumé en son nom toute responsabilité, pour la lui rendre par la suite au fur et à mesure. Ce n'est que dans le cadre de cette dépendance fondamentale que l'homme apprend à disposer de lui-même.

Une fois adulte, il doit encore choisir le style de dépendance qu'il souhaite vivre dans la sphère familiale ou professionnelle. Loin de restreindre sa liberté, les contraintes avec lesquelles il doit nécessairement composer, lui ouvrent de nouveaux espaces et de nouvelles possibilités. Un certain nombre de responsabilités lui sont épargnées, mais son action n'en reçoit que plus de poids et de fécondité. Au terme de sa vie, l'homme doit se soumettre aux impératifs de l'âge et de la maladie, aux injonctions des médecins et du personnel soignant, et ses options personnelles relèvent, le plus souvent, d'une âpre négociation avec des forces et des possibilités déclinantes, au point qu'on peut affirmer que la dignité d'une personne âgée, malade et mourante réside dans l'acceptation de sa fragilité et la reconnaissance de ses limites. Une personne atteinte d'une maladie mortelle peut encore décider de l'attitude spirituelle avec laquelle elle accueillera l'échéance de la mort.

L'accompagnement des mourants consiste à leur faciliter l'acceptation de la mort comme une ultime et décisive intervention extérieure. Une attitude religieuse de fond, où la personne s'accepte comme créature « entre les mains de Dieu », est source de sérénité parce qu'elle rend le passage plus facile. Sur le plan humain, la confiance dans le corps médical et le personnel soignant aide également à accepter la mort. Il est surtout important que la personne qui

⁵ *Gaudium et Spes*, n. 17.

meurt sente qu'elle est prise en charge avec sa maladie, et que ceux et celles qui s'occupent d'elle ne se comportent pas de façon arbitraire.

Les personnes qui s'occupent des mourants sont tout autant conditionnées que leurs patients. Elles subissent la loi d'une maladie mortelle qui suit son cours ; leurs possibilités d'intervention sont limitées par l'état de la science, par l'âge du patient, par ses désirs présumés, par le respect dû aux proches et, finalement, par la gravité de la mort elle-même. Dans ce cadre assez restreint, la marge de manœuvre dont elles disposent est un vrai défi. Toute décision arbitraire leur est interdite ; elles doivent tenir compte non seulement de la science médicale, mais aussi de la dimension existentielle, sociale et religieuse de la mort. Jamais la technique médicale ne devrait empêcher une personne de décéder, lorsque qu'elle est prête à assumer son départ et que le processus de sa mort est irréversible. Enfin, par la manière dont il accepte sa mort, le mourant apporte quelque chose aux personnes qui l'entourent : il leur rappelle leur propre mort et les invite à distinguer l'essentiel de ce qui est moins important.

2. Les dispositions du patient

Pour qu'il soit possible de respecter ses dernières volontés, il est important et même souhaitable que le patient prenne des dispositions à temps. Nous l'avons dit, toute la vie est une approche et une préparation de la mort. Aussi est-il indiqué que, dans le calme et en présence de Dieu, il manifeste ce qu'il attend de la médecine le jour où il ne sera plus en état de s'exprimer. Du point de vue juridique, au moment de prendre une décision médicale, ces dispositions doivent être absolument respectées comme un testament.⁶ Une seule exception s'impose, lorsqu'il est établi avec certitude que l'auteur des dispositions a changé d'avis ou que sa demande est contraire à la morale (par exemple : la demande d'un homicide).

IV. La mort assistée : les limites

1. Précisions de vocabulaire

Depuis des années l'euthanasie fait l'objet d'un large débat public. Des définitions et un vocabulaire officiel se sont imposés. Nous les résumons ici brièvement.

Par *euthanasie* on entend le fait *de mettre fin à une vie ou de faire mourir une personne qui souffre gravement ou qui est mourante, à sa demande ou pour son bien*. L'euthanasie peut comprendre différentes interventions actives ou (et) omissions. La question de savoir si la personne qui intervient est un médecin et si le patient se trouve à l'article de la mort ou non reste ouverte. Le code pénal distingue l'euthanasie de l'homicide, de l'assassinat et du suicide.

⁶ **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), 3.4 : « Lorsque le médecin est en présence d'une déclaration écrite rédigée antérieurement par le patient alors qu'il était encore capable de discernement, celle-ci est déterminante. Cependant, ne seront pas considérées les demandes exigeant un comportement illégal de la part du médecin ou requérant l'interruption des mesures de conservation de la vie alors que, selon l'expérience générale, l'état du patient permet d'espérer un retour à la communication sociale et la réapparition de la volonté de vivre ».

Dans le cadre de cette définition générale, le débat politique et juridique actuel retient quatre manières de pratiquer l'euthanasie, dont il faudra tenir compte au moment d'émettre un jugement éthique.

- 1.1 Par *euthanasie passive* on entend le fait de renoncer à des mesures destinées à maintenir en vie un patient. En général il s'agit de la décision médicale de renoncer à un traitement ou de l'interrompre.
- 1.2 L'*euthanasie active indirecte* consiste à administrer des substances destinées à combattre la douleur, dont les effets secondaires sont susceptibles de réduire la durée de vie du patient.
- 1.3 L'*euthanasie active directe* vise à provoquer consciemment la mort d'un patient dans le but d'abrèger ses souffrances.
- 1.4 En parlant d'euthanasie il faut aussi mentionner l'*assistance au suicide* qui consiste à aider une personne qui souhaite se suicider à passer à l'acte, soit en lui prescrivant ou en lui procurant un produit létal, soit en lui indiquant comment s'en servir. Lorsqu'il s'agit de personnes en phase terminale ou de malades qui souffrent beaucoup, l'aide au suicide se distingue à peine de l'euthanasie active directe.

Du point de vue éthique et juridique, il est important de vérifier si l'aide dont il est question a été proposée avec ou sans le consentement du patient. Lorsque la mort survient à la demande ou avec le consentement de l'intéressé, on parle d'*euthanasie volontaire*. Par contre, on parle d'*euthanasie non volontaire* lorsqu'on ne tient pas compte de la volonté du patient, comme dans le cas de personnes inconscientes ou incapables de discernement. Si on agit contre la volonté de l'intéressé il s'agit d'*euthanasie involontaire*.

2. L'euthanasie passive : l'omission d'un traitement ou son interruption

- 2.1 Par principe, on doit toujours protéger et conserver la vie humaine comme un don précieux de Dieu. Certes, la médecine dispose actuellement de tels moyens pour maintenir en vie, que la mort naturelle est mise « hors combat ». Pourtant, lorsque le processus qui conduit au décès est amorcé de façon irréversible, il n'existe aucune obligation d'épuiser tous les recours possibles de la médecine, et le médecin n'est pas tenu de céder aux exigences d'un mourant qui réclamerait un maximum de soins intensifs jusqu'à son dernier souffle. Seuls les soins de base et les mesures analgésiques doivent être toujours garanties.

Dans une réflexion éthique sur le refus ou l'interruptions de traitements, le Pape Pie XII avait déjà distingué entre *moyens ordinaires* et *moyens extraordinaires* de conserver la vie.⁷ Aujourd'hui, on parle plus volontiers de moyens *proportionnés* ou *disproportion-*

⁷ **Pie XII**, *Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie*, Allocution à la Société italienne d'analgésie, 24 février 1957 ; *Questions juridiques et morales sur la réanimation*, Allocution à un groupe de médecins, 24 novembre 1957.

nés.⁸ Si les premiers doivent toujours être mis en œuvre, il est licite, le cas échéant, de renoncer aux seconds.

Dans le même sens, le Catéchisme de l'Église catholique enseigne : « *La cessation de procédures médicales onéreuses, périlleuses, extraordinaires ou disproportionnées avec les résultats attendus peut être légitime. C'est le refus de "l'acharnement thérapeutique". On ne veut pas ainsi donner la mort ; on accepte de ne pas pouvoir l'empêcher. Les décisions doivent être prises par le patient s'il en a la compétence et la capacité, ou sinon par les ayant droit légaux, en respectant toujours la volonté raisonnable et les intérêts légitimes du patient* » (n. 2278).

2.2 Un large champ reste ouvert aux décisions concrètes, et nombreuses sont les personnes qui, tôt ou tard, s'y trouvent confrontées en qualité de médecins, de proches ou pour elles-mêmes. Les réflexions suivantes voudraient les aider à prendre une décision.

Le premier critère est la *volonté raisonnable du patient* telle qu'elle se manifeste dans une situation donnée ou s'est exprimée dans une déclaration antérieure. On parle de volonté « raisonnable » lorsque la décision est personnelle et libre, sans contrainte de la part des proches ou du personnel soignant, qu'elle n'est pas prise dans un moment de désespoir et que, dans la mesure du possible, elle tient compte des trois dimensions de la mort. Dès lors, on comprend que la décision d'une personne religieuse risque bien d'être différente de celle d'une personne qui ne croit pas en un au-delà. Ce critère rend bien compte de la capacité d'une personne malade et âgée à se déterminer par elle-même.

Lorsqu'une telle liberté d'esprit n'est plus possible, dans les cas de démence sénile par exemple, de coma ou de certaines maladies graves, il revient aux proches, avec l'aide des médecins, d'évaluer la situation. Il faudra alors tenir compte du pronostic médical, du poids que le malade aura à supporter, de ses dispositions face à la mort, des conséquences sociales que pourrait entraîner la poursuite ou l'interruption du traitement. Ici aussi le rappel des trois dimensions de la mort peut aider à y voir un peu plus clair.

D'une part, l'intérêt du patient et le respect de la mort exigent que l'on évite tout acharnement thérapeutique. Lorsque aucune amélioration n'est prévisible, il ne convient pas de retarder sans fin le décès par des moyens artificiels. Il est alors indispensable que ceux qui prennent la décision et qui interviennent dans sa mise en œuvre aient une *intention* droite et recherchent la meilleure qualité de vie possible pour la personne qui meurt. Le médecin ne doit pas chercher son intérêt personnel, ni provoquer directement la mort. On gardera présente à l'esprit la règle éthique qui dit qu'une bonne intention ne rend pas bonne une mauvaise action et qu'une mauvaise intention rend mauvaise une bonne action.

D'autre part, lorsque la survie d'un mourant dépend uniquement de l'assistance d'appareils, la frontière entre l'euthanasie passive et l'homicide devient très ténue. Dans ce cas, on tiendra compte de la *dimension sociale* de la mort par égard aux proches et/ou aux autres malades. Il est particulièrement important de vérifier avec soin l'intention de ceux qui décident d'interrompre les traitements. Des considérations financières ne devraient surtout pas jouer un rôle déterminant.

⁸ Congrégation pour la Doctrine de la Foi, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, IV.

2.3 Lorsque le recours aux traitements devient impossible ou qu'on y renonce pour de bonnes raisons, il faut alors se tourner vers les soins palliatifs⁹ dont il sera question dans le prochain chapitre.

3. L'euthanasie active indirecte : traitement des symptômes et de la douleur au risque d'abrégé la vie

Le Pape Pie XII a enseigné que le devoir d'un médecin est toujours de soulager les souffrances d'un mourant, au risque même d'abrégé sa vie. La ligne de conduite est tracée par un principe éthique fondamental : sauvegarder la dignité de la personne qui meurt. C'est le cas lorsqu'un médecin, sans chercher à donner la mort, s'efforce d'apaiser les souffrances d'un mourant par des soins palliatifs dont les effets prévisibles entraîneront le décès.

A ce propos le Catéchisme de l'Église catholique enseigne : « *L'usage des analgésiques pour alléger les souffrances du moribond, même au risque d'abrégé ses jours, peut être moralement conforme à la dignité humaine si la mort n'est pas voulue, ni comme fin ni comme moyen, mais seulement prévue et tolérée comme inévitable* » (n. 2279).

En Suisse, malheureusement, la médecine palliative est encore trop souvent ignorée et inspire crainte et résistances. Elle manifeste pourtant clairement que, face à la mort, le respect de la dignité humaine ne consiste pas à prolonger simplement la vie d'une personne par des soins excessifs, ni à lui faire supporter des souffrances inutiles, mais qu'il est possible de recourir à des thérapies qui abrègent la vie, sans prétendre, pour autant, provoquer la mort du patient.

4. L'euthanasie active directe : l'homicide sur demande

En plein accord avec l'Académie Suisse des Sciences médicales¹⁰, nous considérons les deux formes d'euthanasie mentionnées comme licites ou même nécessaires. Par contre, l'euthanasie directe, celle qui cherche à provoquer la mort, n'est jamais permise. Contrairement aux deux premières, loin d'apporter une aide au mourant, elle précipite sa mort, l'empêchant de mourir de mort naturelle. Elle transgresse ainsi l'interdit de ne pas tuer et lèse la dignité du mourant.

4.1 Du point de vue de l'éthique chrétienne nous rejetons sans réserve l'euthanasie active directe, même si le patient la réclame et qu'elle est pratiquée au nom de la compassion.

Éthiquement parlant, l'euthanasie active directe est inacceptable parce que contraire au commandement qui interdit de tuer l'innocent et au *devoir de protéger toute vie humaine* ; elle transgresse une des lois fondamentales de la communauté humaine. L'homicide volontaire est incompatible avec la profession médicale, comme le proclame déjà le serment d'Hippocrate : il contredit le devoir fondamental du médecin de « ne pas nuire ». Le rôle du médecin est de guérir et de soulager dans la mesure du possible et, le cas échéant, d'accompagner et de consoler, mais jamais de tuer. Même les cas particu-

⁹ Cf. Catéchisme de l'Église catholique, n. 2279.

¹⁰ 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), 1.2 et 1.3.

liers, où l'homicide sur demande de la victime se justifierait au nom de la compassion, n'autorisent pas la transgression du précepte qui interdit de tuer. La confiance du patient dans le médecin se fonde précisément sur cette interdiction de tuer et le médecin lui-même se trouve soulagé, lorsqu'il peut dire à un patient qu'il ne peut pas pratiquer l'euthanasie.

Du *point de vue chrétien*, toute intervention destinée à provoquer directement et activement la mort d'une personne est une initiative humaine qui ruine la confiance envers Dieu et la solidarité avec le Christ dans la mort. La mort est ainsi dépouillée de son caractère chrétien.

Le Catéchisme de l'Église catholique dit à ce sujet : « *Quels qu'en soient les motifs et les moyens, l'euthanasie directe consiste à mettre fin à la vie de personnes handicapées, malades ou mourantes. Elle est moralement irrecevable. Ainsi une action ou une omission qui, de soi ou dans l'intention, donne la mort afin de supprimer la douleur, constitue un homicide gravement contraire à la dignité de la personne humaine et au respect du Dieu vivant, son Créateur. L'erreur de jugement dans laquelle on peut être tombé de bonne foi, ne change pas la nature de cet acte meurtrier, toujours à proscrire et à exclure* » (n. 2277).

- 4.2 Cette «*erreur de jugement dans laquelle on peut être tombé de bonne foi*» est double. C'est, d'une part, la conviction que le médecin ou que le personnel soignant peut ou doit accueillir la *demande explicite* d'un patient qui réclame la mort. D'autre part, la personne qui souhaite abréger la souffrance et la déchéance du patient – peut-être parce qu'elle-même ne se sent pas capable de supporter de telles souffrances ou de les porter en solidarité avec celui qui souffre – a une fausse conception de la *compassion*. Dans un cas comme dans l'autre, on se rappellera qu'une bonne intention (subjective) ne justifie jamais une action objectivement mauvaise.

Souvent prise sous la pression de la douleur, du sentiment que la vie n'a plus de sens et est devenue inutile, de la peur d'être une charge pour les proches, la demande du malade qui réclame la mort procède rarement d'une décision libre. La recherche scientifique et l'observation clinique démontrent que ces demandes disparaissent dans la mesure où les douleurs diminuent, ou lorsque les patients ont la possibilité d'exprimer leur angoisse et d'être consultés sur les traitements à suivre. C'est précisément ce que font les soins palliatifs. Lorsqu'ils sont appropriés et complétés par un bon accompagnement, la demande explicite de la mort peut disparaître, même si le patient désire encore « mourir bientôt ». La compassion envers les personnes qui souffrent ne doit jamais envisager la mort, mais plutôt les soins palliatifs, qui exigent d'ailleurs un investissement bien plus conséquent.

- 4.3 Outre les raisons intrinsèques évoquées, d'autres *raisons extrinsèques* militent contre l'euthanasie active et directe (l'homicide sur demande). Parce qu'il est difficile de contrôler les relations entre le médecin (ou un ami, des parents) et un mourant, on ne saurait exclure les *abus*.

Il est à craindre que le cercle des victimes ne *s'élargisse* de façon indue. Entre la mort administrée sur demande et celle infligée, contre leur volonté, à des personnes atteintes de maladies psychiques incurables ou à des nouveau-nés gravement handicapés (euthanasie active involontaire), il n'y a qu'un pas. Les expériences faites aux Pays Bas depuis bientôt dix ans montrent que ces craintes sont fondées. Chez nous, en Suisse, les cas d'euthanasie de Lucerne sont encore dans toutes les mémoires.

Les conséquences sociales de la libéralisation de l'homicide sur demande suscitent bien des réserves. La justification de cette pratique risque à la longue de ruiner la confiance des patients envers les médecins et le personnel soignant. Du moment que la vie d'une personne atteinte d'une maladie incurable ou qui se trouve à l'article de la mort n'a plus beaucoup de prix, sa mort n'est plus prise au sérieux ; elle n'est qu'un épisode banal. Dès lors, la voie est ouverte pour une conception de l'homme où seules comptent les valeurs d'utilité, d'efficacité ou de jouissance, au détriment de la dépendance, de la solidarité, de la vulnérabilité et du caractère limité de tout être humain.

- 4.4 **Sur la base de ces considérations, en tant qu'évêques nous ne pouvons pas accepter la légalisation de l'homicide sur demande au plan du droit pénal, même pas sous la forme d'une exemption de peine pour celui ou celle qui pratique l'euthanasie active directe « lorsque le patient demande de manière sérieuse et instante que la mort lui soit donnée (...) pour mettre fin à des souffrances insupportables et irrémédiables ».**¹¹

5. *L'aide au suicide*

En Suisse, l'aide au suicide est, actuellement, la forme la plus controversée de ce qu'il est convenu d'appeler l'euthanasie. Une législation pénale obsolète considère (art. 115 du Code pénal) que l'assistance au suicide ne peut être poursuivie du moment qu'elle « ne se fonde pas sur des motivations égoïstes » et ouvre ainsi la porte pour décriminaliser l'homicide sur demande.

- 5.1 Une première différence entre l'aide au suicide pratiquée par les « associations pour le droit de mourir dans la dignité » (ADMD), et l'homicide sur demande tient surtout aux moyens mis en œuvre. La personne qui souhaite mourir exécute elle-même le geste final et décisif en absorbant un produit létal ou en ouvrant le robinet d'une perfusion. Mais tout a été préparé et organisé par une tierce personne. Il est difficile de ne pas voir dans cette différence autre chose qu'*un subterfuge casuistique*.

Une autre différence a plus de poids. Alors que l'homicide sur demande peut être considéré comme l'ultime solution face à des souffrances intolérables, le suicide assisté est envisagé bien avant la fin du processus qui conduit à la mort, comme alternative à un traitement, dans le cas d'une maladie grave (cancer) ou socialement pénible (sida), dans la perspective d'une longue souffrance ou d'une déchéance croissante.

- 5.2 Ici encore, outre les raisons intrinsèques évoquées à propos de l'homicide sur demande et du suicide (cf. plus haut IV.4.1 et II.4.3), il faut mentionner de *graves raisons extrinsèques*. Il faut surtout tenir compte des *conséquences sociales et éthiques* d'une pratique généralisée du suicide. La publication d'un mode d'emploi pour une mort volontaire peut entraîner un *phénomène de contagion*. Favoriser la pratique du suicide conduit à *banaliser la mort*, à cautionner une idéologie de l'homme tout-puissant et autonome (cf. plus haut III.1) et à démobiliser ceux et celles qui se trouvent en butte à de graves difficultés en leur proposant de quitter la vie. Des personnes lourdement handicapées pourraient se

¹¹ Proposition de la majorité du **Groupe de travail fédéral Assistance au décès** dans son *Rapport au Département de Justice et Police*, mars 1999, pp. 34-37.

voir contraintes de se demander s'il ne vaudrait pas mieux pour elles d'accepter d'être tuées, plutôt que de recourir à d'importants moyens pour rendre quelque peu supportable ce qui leur reste de vie.

L'expérience des Pays Bas montre aussi que la *pratique* de l'aide médicale au suicide est problématique. Un cinquième des patients environ ne meurent pas et doivent être achevés avec une injection mortelle pour éviter des suites fâcheuses et dramatiques.

Une dernière grosse difficulté pour décriminaliser l'aide au suicide est la nécessité de produire le *témoignage d'un tiers* qui puisse assurer que la personne qui a demandé la mort s'est exprimée en parfaite connaissance de cause et en pleine possession de ses moyens. Ce témoignage, exigé en premier lieu du personnel soignant ou des proches, peut conduire à de sérieux conflits de conscience.

5.3 A cause de sa similitude avec l'homicide sur demande, nous refusons catégoriquement l'aide au suicide. Dans ses directives médico-éthiques, l'Académie Suisse des Sciences médicales elle-même exclut des prestations médicales l'aide au suicide.

A ce propos, le *droit pénal suisse* présente une lacune regrettable, qu'il conviendrait de combler sans retard. Rien n'est dit de l'aide au suicide *pour des personnes souffrant de maladies psychiques*, ni de la *propagande en faveur de l'aide au suicide*. Deux omissions qui, à nos yeux, sont inacceptables du point de vue social. Nous maintenons qu'il est urgent de prendre des dispositions légales et que l'article 115 du Code pénal suisse doit être modifié et précisé en conséquence.¹²

V. L'accompagnement des mourants

La discussion actuelle sur l'euthanasie montre qu'il y a un retard à combler dans tout ce qui concerne le soin des mourants. Plutôt que de vouloir esquiver la mort par la mort des personnes gravement atteintes, mieux vaut les accompagner et leur offrir un environnement riche de qualités humaines et professionnelles.

L'accompagnement des mourants doit répondre aux *quatre besoins essentiels* de la personne qui meurt : ne pas mourir dans la solitude, ne pas avoir à endurer de trop grandes souffrances, pouvoir mettre en ordre ses affaires et envisager « la suite » avec espérance. Nous sommes reconnaissants pour tout ce qui se fait déjà en ce sens chez nous. Il reste pourtant encore beaucoup à faire. Nous ne pouvons que l'esquisser brièvement.

1. **Un accompagnement global : les soins palliatifs**

Depuis quelques années les soins palliatifs se sont développés comme nouvelle discipline médicale.¹³ Lorsque tout espoir de guérison est perdu, il faut au moins épargner le plus possible au patient les conséquences douloureuses de sa maladie.

¹² En date du 11 décembre 2001 le Conseil national a rejeté l'*Initiative parlementaire Vallender Dorle 2001*. Peu de temps après, le Conseil national a transféré au Conseil Fédéral une motion du conseiller national Dr Guido Zäch, qui, se référant à « Exit », demandait une réglementation juridique de la pratique de l'euthanasie.

¹³ De l'anglais « to palliate » : étendre un manteau, recouvrir, écarter les symptômes.

- 1.1 Il y a d'abord les *soins antalgiques*. Dans la mesure du possible le patient doit rester conscient ; en souffrant moins, il peut mieux se disposer à affronter la mort.

Autant que possible le patient doit pouvoir *s'exprimer et donner son accord* au sujet des traitements antalgiques. Une bonne information médicale renforce *sa confiance dans les médecins et le personnel soignant* lorsque, par exemple, on lui explique le sens et la portée des traitements et des soins palliatifs ou lorsque, en l'absence d'amélioration, il pressent que la fin est proche. Lorsqu'il n'est plus possible d'avoir l'accord du patient, il faut tenir compte des éventuelles *dispositions* qu'il aurait prises antérieurement.

- 1.2 Les soins palliatifs ne se limitent pas aux seuls actes médicaux. Ils comprennent aussi les soins du corps, l'accompagnement psychosociologique et spirituel en vue d'*une mort dans la dignité*. Les proches eux-mêmes sont donc concernés, avant et après le décès. La complexité des mesures palliatives requiert une bonne coordination des diverses compétences professionnelles au sein d'une équipe de soins bien soudée.
- 1.3 D'ordinaire les soins palliatifs impliquent la famille. Lorsqu'il n'est pas possible de mourir à la maison, des cliniques spécialisées offrent aux personnes atteintes de maladies graves ou aux mourants des soins et des traitements dans une ambiance familiale. Malheureusement, à cause des frais de fonctionnement et d'une couverture insuffisante de la part des assurances, ces établissements sont trop rares en Suisse. Il faut aussi tenir compte du choc émotionnel que peut entraîner pour un patient le transfert dans un EMS.

Aujourd'hui, de plus en plus de personnes souhaitent *mourir chez elles*, dans le cadre de la famille. Les traitements se poursuivent à la maison, où les proches sont aidés par des organismes spécialisés (Spitex). Il serait souhaitable que des *unités mobiles de soins palliatifs* se mettent en place et que des *congés pour assistance aux mourants* soient accordés aux proches, comme cela se pratique déjà dans bien des endroits.

Dans les *hôpitaux* et les *établissements médicaux*, chaque service devrait disposer d'un bon niveau de connaissances en soins palliatifs, indépendamment d'un service spécialisé géré ou du moins appuyé par une équipe compétente.

- 1.4 Une enquête menée au niveau national¹⁴ montre, qu'en Suisse, l'accès aux soins palliatifs est encore lacunaire. On note de grandes différences entre les cantons et un déficit au niveau de la politique de la santé. Aussi est-il urgent :
- ❑ d'introduire les soins palliatifs comme matière obligatoire dans les facultés de médecine et les écoles pour le personnel soignant.
 - ❑ de faciliter l'accès aux soins palliatifs, sans charges financières supplémentaires, pour toute personne souffrant d'une maladie chronique incurable. Les traitements palliatifs à domicile doivent être inclus dans la liste des prestations des assurances maladie.
 - ❑ de faciliter et même de promouvoir de la part des cantons la transformation des structures ambulatoires ou cliniques en unités de traitements palliatifs.

¹⁴ **Ligue suisse contre le cancer / Société suisse de médecine et de soins palliatifs**, *État des lieux des soins palliatifs en Suisse 1999/2000*, Berne 2001.

2. L'engagement humain

Un des besoins fondamentaux des personnes en fin de vie est de *ne pas être abandonnées*. En plus des soins, le mourant a besoin de présence, de petits services et, dans la mesure où il le souhaite, de parler ou de prier.

- 2.1 D'ordinaire le personnel soignant n'a pas beaucoup de temps à consacrer à ces menus services. Du moment qu'ils ne supposent pas une formation médicale ou pastorale, ils peuvent être assurés par des *bénévoles*. Nous constatons avec reconnaissance que, dans nos paroisses, de nombreuses personnes se mettent à disposition pour les assumer, souvent pendant des années. Pour les croyants, l'assistance des mourants est certainement une œuvre efficace de miséricorde envers le prochain.
- 2.2 Un service si important et délicat exige tout de même que les personnes qui s'y consacrent soient soigneusement *choisies* et qu'elles reçoivent une *formation appropriée*. C'est sans doute un des rôles de l'Église de dispenser cette formation, de rappeler constamment le sens chrétien de la mort et la dimension spirituelle de l'accompagnement des mourants. Aussi, il faut continuer d'organiser et même de multiplier des cours de formation, comme ceux proposées par Caritas Suisse¹⁵.
- 2.3 Jusqu'à quel point les *proches* sont-ils capables d'assumer cet accompagnement ? La question se pose. De fait, ils sont les premiers concernés, mais souvent ils manquent de formation ou de doigté pour une tâche si délicate. Bouleversés par l'approche du décès, ils ont eux-mêmes besoin d'*accompagnement et de consolation*. Cela aussi fait partie du rôle des accompagnateurs bénévoles. Suivant les cas une pensée spirituelle ou une prière en commun peut ranimer le courage et l'espérance.
- 2.4 Le contact entre le mourant et les accompagnateurs bénévoles est parfois encore lacunaire et de nombreuses personnes meurent sans accompagnement adéquat. C'est le rôle des services sociaux paroissiaux d'y remédier. Les hospices sont particulièrement reconnaisants pour cette aide complémentaire.

3. L'accompagnement pastoral des mourants

En présence de la mort, de nombreuses personnes se posent *la question du sens de la vie* : quel est le sens de la souffrance ? Qu'y a-t-il après la mort ? Dans la mesure où elles sont capables de dialogue, elles cherchent un interlocuteur, une oreille attentive et pleine de compréhension pour dire leurs peurs ou parler d'un passé qui les tourmente.

- 3.1 Les accompagnateurs bénévoles peuvent très bien être les premiers interlocuteurs. A l'instar des médecins et du personnel soignant, ils ont aussi un rôle pastoral à jouer. Dans la mesure où ils sont réceptifs, de nombreux mourants acceptent avec reconnaissance qu'*un assistant ou une assistante pastoral(e)* les assiste et les prépare à mourir en Christ et à rencontrer Dieu, par le dialogue, certes, mais surtout par la prière et la bénédiction, ce qu'un laïc peut fort bien leur accorder.

¹⁵ Caritas Suisse, Programme sur l'accompagnement en dernière phase de vie.

- 3.2 Nous reconnaissons avec gratitude que, d'une manière générale, les aumôneries d'hôpital sont bien gérées. Peut-être faudra-t-il à l'avenir accorder plus d'importance à l'accompagnement des mourants à domicile ou dans les homes, et promouvoir la formation d'aumôniers spécialisés. Il faut pousser la formation à l'accompagnement des mourants pour les aumôniers d'hôpitaux et pour les accompagnateurs bénévoles. Lorsqu'il s'agit de la mort, l'Église se doit d'être présente ; elle ne souhaite pas abandonner le personnel soignant face à cette tâche difficile.
- 3.3 Les *derniers sacrements* et la *liturgie des mourants* sont ce que l'Église catholique peut offrir de plus précieux aux personnes qui meurent. Un peu négligés, en partie à cause du manque de prêtres, il convient de leur redonner vigueur.

Comme son nom l'indique, *l'onction des malades* n'est pas un sacrement des morts. Destinée à reconforter des personnes gravement malades, elle les met en relation avec le Christ souffrant par la vertu de la prière de l'Église. Aux personnes en phase finale, elle apporte ordinairement un soulagement. Du moment que ce sacrement accorde aussi le pardon des péchés, il ne peut être dispensé que par un prêtre.¹⁶

Le sacrement de la réconciliation, la confession, est particulièrement utile pour les personnes qui, au moment de la mort, éprouvent le besoin de mettre en ordre leur passé. Souvent elles ont déjà « confessé » leur vie à un accompagnateur laïc ou à un assistant pastoral, renouant ainsi avec l'ancienne tradition de la confession à un laïc. Mais seule l'absolution sacramentelle du prêtre peut leur apporter la certitude que Dieu a vraiment pardonné leurs fautes.

Le « *viatique* », la dernière communion, est le sacrement spécifique des mourants. En unissant celui qui souffre dans son corps et qui meurt au corps souffrant du Christ, mort et ressuscité pour nous, elle l'accompagne sur le chemin vers l'au-delà. Les laïcs peuvent donner la communion en viatique à tout instant du jour ou de la nuit et il ne faudrait pas la négliger, dans la mesure où les patients sont en condition de la recevoir.

Enfin, la liturgie prévoit d'accompagner les mourants par des *prières et des lectures*. La personne qui assiste un mourant évaluera elle-même ce qu'il convient de faire dans des circonstances données. S'il ne faut pas accabler de prières une personne qui meurt, par contre, une courte prière avant et après le décès est tout indiquée. Elle peut être un signe d'espérance pour l'entourage, qui devrait aussi prendre part de manière appropriée aux adieux.

L'Église et la société prennent congé d'un défunt en célébrant ses obsèques et en l'accompagnant vers sa dernière demeure. C'est là une tâche pastorale particulièrement sensible qui mériterait à elle seule une lettre pastorale. Qu'il suffise de rappeler ici un seul point : il ne faudrait pas réduire ces rites à une cérémonie strictement privée. Il s'agit plutôt d'une célébration de la communauté paroissiale, qui exprime sa solidarité avec les proches (comme la célébration du « trentième » et l'anniversaire annuel).

¹⁶ Cf. en annexe le texte de la **Conférence des évêques allemands**, *À propos de quelques questions actuelles au sujet de l'onction des malades*.

Conclusion

En tant que chrétiens et membres de la famille humaine, nous nous sommes efforcés de dire ce que la mort représente pour nous. Nous avons rappelé la dignité du mourant et sa valeur aux yeux des chrétiens. Jésus Christ s'est penché sur les malades, il a promis le Royaume de Dieu aux pauvres. À sa suite, nous nous sentons obligés envers les malades et les pauvres. C'est pourquoi nous nous engageons pour la dignité des mourants. Il n'y a pas plus pauvre que celui qui meurt et qui doit abandonner non seulement des biens terrestres mais aussi sa vie corporelle. Et pourtant, ces pauvres peuvent enrichir d'autres. En assistant les mourants au moment où ils prennent congé de la vie et en voyant comment ils accueillent la mort, on comprend quelles sont les vraies richesses qui donnent de la valeur à l'existence.

Si le degré de civilisation d'une société se mesure à son attitude face à la mort, la nôtre n'est pas brillante. Provoquer la mort avant terme constitue une des pires manières de blesser la dignité de la personne humaine. C'est pourquoi nous condamnons l'euthanasie directe active et l'assistance au suicide, pour leur préférer les soins palliatifs et l'accompagnement des mourants. En le faisant, nous sommes conscients que nous ne défendons pas seulement la dignité des mourants, mais que nous apportons notre part à la construction d'une société plus humaine.

Einsiedeln, le 4 juin 2002

Les évêques suisses

Annexe 1

À propos de quelques questions actuelles concernant l'onction des malades¹⁷

Ces dernières années, à diverses reprises et de diverses manières, la question du ministre du sacrement des malades et de sa célébration s'est posée de façon plus aiguë (comme celle des sacramentaux d'ailleurs). Une des raisons en est la diminution du nombre des prêtres actifs dans la pastorale de la santé, au point que les aumôneries d'hôpitaux et la pastorale des malades à domicile sont de plus en plus assurées par des diacres et des assistants pastoraux. Ce n'est là qu'une des raisons pour laquelle se pose cette question, mais certainement pas la seule. Nous nous proposons d'examiner et de discuter les principaux arguments avancés en faveur d'une nouvelle pratique.

I. Sacrement et ministère

1. De nombreux laïcs, actifs dans la pastorale de la santé et qui ont l'occasion d'accompagner des malades jusqu'à la mort, demandent que l'onction des malades fasse partie intégrante de cet accompagnement. Ce qui implique, concrètement, que le sacrement soit administré par la personne qui accompagne et non par un prêtre « extérieur » (ou « parachuté », pour reprendre une expression utilisée parfois). Dans une réponse à une lettre de l'évêque de Rottenburg, Mgr Walter Kasper, du 09.07.1996, des aumôniers d'hôpitaux écrivent : « Le sacrement de l'onction des malades est lié à la vie, à la souffrance, aux angoisses, aux espoirs et à la mort de l'homme. Aussi, dissocier le ministre du sacrement de la personne qui accompagne le patient dans sa détresse n'a pas de sens ». Peu avant on lit : « Ne faudrait-il pas que les personnes qui accompagnent les malades reçoivent un mandat explicite de l'Église ... pour poser le signe sacramentel qui annonce l'infinie miséricorde de Dieu et qui signifie le salut ? Dans ces circonstances, un prêtre extérieur reste, malgré toute sa bonne volonté, un étranger ». Ces affirmations et des propos semblables supposent que l'on conçoit les sacrements comme « des signes de communion » et qu'ils représentent un moment fort de la communion ecclésiale. Dans ce sens, l'onction des malades signifierait que l'accompagnement des personnes qui souffrent et qui meurent trouve son apogée lorsque l'accompagnateur, qui est au courant de la vie et de l'histoire du malade, qui connaît ses blessures, sa culpabilité, sa foi et sa pratique, l'assure de la miséricorde du Christ, de la solidarité de la communauté et de son intercession.

Pour correcte qu'elle soit, cette conception du sacrement « signe de communion » risque d'oublier un élément essentiel. Ce n'est pas un chrétien pris individuellement, ni la communauté dans son ensemble, qui accordent le salut au malade, pour intense et fervente que soit leur relation. Seul le Christ peut le faire. Lorsque le sacrement est administré dans sa forme officielle, il signifie et réalise la venue du Christ qui, en quelque

¹⁷ Extrait tiré du document de la Conférence épiscopale allemande *Die Sorge der Kirche um die Kranken. Seelsorge im Krankenhaus. Pastorale Handreichung. Zu einigen aktuellen Fragen des Sakraments der Krankensalbung*, Bonn, 20 avril 1998, pp. 39 – 44 (édité par le Secrétariat de la Conférence épiscopale, www.dbk.de).

sorte de « l'extérieur (ab extra) » vient rejoindre l'homme dans sa détresse pour se donner à lui et lui apporter le salut. « Avant » que les sacrements ne signifient la communion de la communauté ecclésiale, le Seigneur lui-même fonde ou actualise une communion bien plus essentielle, celle qui unit le Christ à ses disciples. L'action vient du Christ lui-même, et non d'un fidèle ou d'une communauté, fussent-ils très croyants et pleins d'amour. C'est ce que dit clairement le sacrement, lorsqu'il est administré par un ministre ordonné et mandaté par l'Église qui ne tient pas sa « légitimité » d'une relation personnelle au malade, mais d'une ordination et d'une mission « objectives », c'est-à-dire du Christ lui-même. Dans cette mesure il renvoie au Seigneur et à son salut.

L'aspect apparemment « déconcertant » d'une intervention officielle extérieure témoigne de fait d'une réalité extrêmement libératrice. Le sacrement ne dépend pas de relations humaines réussies ou malheureuses, de leur succès ou de leur échec ; il dépend du seul Christ, qui manifeste sa présence salutaire à travers l'action « objective » officielle. Bien que ce soit par des hommes que cette présence est témoignée de façon visible et crédible – dans l'onction des malades, à travers un accompagnement plein de charité et de respect envers les malades et les mourants – la grâce sacramentelle du Christ ne dépend pas d'eux. C'est pourquoi, le fait qu'un prêtre vienne de l'« extérieur » (au sens local ou personnel du mot) pour administrer l'onction au nom du Christ n'est pas en contradiction avec le sacrement. De plus, c'est aussi l'occasion de ne pas oublier l'ancienne tradition de l'Église qui unissait l'onction des malades et le sacrement de la réconciliation, comme le montre la pratique qui veut que le prêtre administre dans l'ordre, la réconciliation, éventuellement la confirmation, l'onction des malades et le viatique. Dans cette perspective il ne faut pas oublier que l'onction accorde aussi le pardon des péchés « si le malade n'a pas pu l'obtenir par le sacrement de la réconciliation » (Catéchisme de l'Église catholique, n. 1532).

2. Il n'est pas rare, aujourd'hui, que le lien étroit entre le ministère et l'onction soit contesté au nom de l'histoire du sacrement. Jusqu'au haut Moyen Age, chaque fidèle aurait fait sur lui-même ou sur d'autres des onctions avec l'huile consacrée par l'évêque.

Sans vouloir entrer dans les détails de l'évolution historique de l'onction des malades, qu'il suffise de souligner le fait qu'il serait anachronique d'appliquer aux premiers temps la notion de sacrement développée plus tard par la scolastique, et d'interpréter certaines pratiques (parmi lesquelles on peut mentionner aussi les onctions faites sur soi, le bain d'huile, l'onction des animaux et du bétail) à la lumière d'une définition plus tardive du sacrement. De nombreuses pratiques anciennes relèvent plutôt de coutumes comme celle de l'eau bénite. C'est à partir d'un usage indifférencié de l'huile consacrée que le sacrement s'est peu à peu formé et qu'ensuite il a été administré aussi par le ministre. Une fois la notion de sacrement précisée, son administration a relevé exclusivement du ministre. Dans ce sens, la déclaration du Concile de Trente, selon laquelle le ministre de l'onction des malades est le prêtre (DH 1697), est en parfait accord avec la tradition théologique et la pratique de l'Église.

La tendance actuelle qui voudrait confier au diacre le pouvoir d'administrer le sacrement ne peut faire l'objet d'une décision arbitraire. Il appartient à l'autorité compétente de décider, après un examen théologique préalable.

II. Sacrements et sacramentaux

Chaque sacrement est en quelque sorte entouré de toute une série de sacramentaux. Il s'agit de signes sacrés qui, de différentes manières selon leur rapport aux divers sacrements, expriment aussi bien une demande de l'homme à Dieu qu'une réponse de Dieu à l'homme. Dans cette perspective, des laïcs engagés dans la pastorale de la santé souhaitent pouvoir faire des onctions sur des malades avec de l'huile non consacrée (!). À les entendre, il s'agirait d'un sacramental et non d'un sacrement. On évoque parfois une distinction en vigueur dans le monde francophone, qui attribue aux ministres ordonnés l'administration des « grands » sacrements et aux laïcs, sous certaines conditions, celle des « petits » sacrements. Dans leur lettre déjà citée, les aumôniers d'hôpitaux écrivent : « Toute personne engagée dans la pastorale des malades, qu'elle soit prêtre ou laïc, qui décide de faire une telle onction, doit dire clairement qu'il ne s'agit pas du sacrement des malades – et cela doit être bien clair –, qu'elle est donc habilitée à le faire. Aussi, elle n'utilisera pas l'huile consacrée pour le sacrement... ». On peut à bon droit douter qu'une telle distinction soit vraiment comprise. Outre que cette pratique ne se justifie par aucune tradition dans l'histoire de l'Église, elle conduit à confondre sacrement et sacramental. Dès lors, on se trouve en pleine ambiguïté et la voie est ouverte pour une disparition progressive du sacrement. En outre, il ne faut pas oublier que les sacramentaux ne peuvent faire l'objet d'une pratique arbitraire (C. 1167 § 1 : le droit canon réserve au Saint Siège l'institution des sacramentaux).

En revanche, l'histoire suggère un autre chemin. On a déjà fait allusion à l'analogie qui existe entre les nombreuses manières d'utiliser, autrefois, l'huile pour des onctions et l'usage que nous faisons aujourd'hui de l'eau bénite. Comme sacramental, l'eau bénite a une relation étroite avec le sacrement du baptême, tout comme l'onction des malades. Une maladie mortelle et surtout la proximité de la mort posent la question du baptême avec une nouvelle urgence. Le fidèle est-il prêt à rejoindre la mort du Christ, à accepter ses souffrances et sa mort dans l'espérance de la résurrection (cf. Rm 6) ? Dès lors, pour le malade ou le mourant, le signe de la croix avec de l'eau bénite, ou une aspersion, agissent comme un sacramental qui rappelle le baptême. Voilà une manière légitime de manifester le salut et la miséricorde de Dieu que peuvent pratiquer les laïcs engagés dans la pastorale de la santé et qui demandent de pouvoir poser des signes. Il n'y a alors plus d'ambiguïté pour les malades et le danger d'arbitraire de la part des assistants pastoraux est écarté. Il convient en outre de rappeler les règles liturgiques concernant les diverses actes pastoraux en faveur des malades : la bénédiction, que les laïcs peuvent impartir, la communion et le viatique pour les personnes en danger de mort, que les diacres peuvent aussi donner ou, exceptionnellement, même des laïcs.

Un accompagnement fait d'actions symboliques, de prières et de la Parole de Dieu a aussi sa place lorsque les malades ne sont pas en condition de recevoir le sacrement, c'est-à-dire lorsqu'ils ne sont pas en danger de mort. Autrefois, on a « étriqué » le sacrement en en faisant un « sacrement des morts ». Ces dernières années, en contradiction avec l'enseignement du concile Vatican II et une longue tradition, on « l'étrique » en donnant l'onction à n'importe quel malade, privilégiant de façon unilatérale le caractère thérapeutique (guérison de la maladie ou amélioration de l'état général) plutôt que la dimension eschatologique. Contrairement à une proposition de la commission préparatoire, qui recommandait d'administrer le sacrement le plus tôt possible, le concile Vatican II a choisi une voie médiane en disant : « 'L'extrême-onction', qu'on peut appeler aussi et mieux l'onction des malades, n'est pas seulement le sacrement de ceux qui se trouvent à toute extrémité. Aussi, le temps opportun pour le recevoir est déjà certainement arrivé lorsque le fidèle commence à être en danger de mort par suite d'affaiblissement physique ou de vieillesse » (SC, 73). Cette formulation laisse, certes, une large marge de manœuvre pour la pratique de ce sacrement. Toutefois l'expression « qui

commence à être en danger de mort » montre qu'il s'agit bien d'une maladie grave ou d'une personne âgée « très affaiblie » (Introduction à la célébration de l'onction des malades). L'onction implore la grande bonté du Seigneur sur ces personnes et « le réconfort par la grâce de l'Esprit Saint » (formule de l'onction) ; elles s'en trouvent plus étroitement unies aux souffrances et à la mort du Seigneur, elles vivent plus intensément leur baptême et se trouvent fortifiées dans la foi, l'espérance et la charité. Le premier effet du sacrement est spirituel, comme pour tous les autres sacrements d'ailleurs. Mais en vertu du lien entre l'âme et le corps, on peut aussi en attendre un bienfait physique. C'est tout l'homme qui est « relevé » (Jc 5,15) alors qu'il se trouve en danger de mort. Une espérance inébranlable l'anime lorsqu'il pense à sa vie physique et spirituelle, ici bas et dans l'au-delà. Face à cet état de fait, les sacramentaux répondent mieux aux diverses situations engendrées par la maladie que l'administration sans discernement de l'onction des malades.

Ces remarques ne résolvent pas tous les problèmes pratiques. Il peut toujours y avoir des cas où aucun prêtre ne soit disponible pour donner le sacrement. L'administration des sacramentaux répond alors au désir du sacrement. Comme les sacrements, les sacramentaux sont porteurs de la promesse du salut. Malgré la surcharge des diverses tâches, il est important que les prêtres ne laissent pas tomber la pratique louable qui veut qu'il y ait toujours dans les décans un prêtre de garde, qui soit atteignable et disponible. De toute façon, le souci des malades et des mourants devrait occuper une des premières places dans la hiérarchie des devoirs pastoraux.

Annexe 2

Bibliographie¹⁸

Académie suisse des sciences médicales (ASSM) (1999), Directives médico-éthiques sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes, 24.02.1995 (en réélaboration)

Aulbert E, Klaschik E, Pichlmaier H (Hrsg.)(1998), Palliativmedizin – Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland. Schattauer, Stuttgart / New York

Baumann-Hölzle Ruth / Strebel Urs (1999), Betreuung von chronisch Kranken und Sterbenden, in: A. Bondolfi / Hj. Müller (Hrsg.), Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag, Bâle, 323-353

Benzenhöfer Udo (1999), Der gute Tod ? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart, Munich

Congrégation pour la Doctrine de la Foi (1980), Déclaration sur l'euthanasie. Cité du Vatican

Doucet Hubert (1998), Les promesses du crépuscule. Réflexions sur l'euthanasie et l'aide médicale au suicide. Labor et Fides, Genève

Eibach Ulrich (1998), Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid ? Euthanasie und «lebensunwertes» Leben. Brockhaus-Verlag, Wuppertal (2^e édition révisée)

Eibach Ulrich (2000), Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht, Neukirchen-Vluyn

Eglise évangélique en Allemagne (EKD) / Conférence épiscopale allemande (DBK) (1996), Im Sterben: Umfängen vom Leben. Gemeinsames Wort zur Woche des Lebens 1996. «Leben bis zuletzt – Sterben als Teil des Lebens», Hannover / Bonn

Frewer Andreas / Eickhoff Clemens (Hrsg.) (2000), «Euthanasie» und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Francfort a.M. / New York

Gordijn Bert / ten Have Henk (Hrsg.) (2000), Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden, Stuttgart / Bad Cannstatt

Groupe de travail fédéral, Assistance au décès. Rapport au Département fédéral de Justice et Police, Berne, mars 1999

¹⁸ Rédaction: Markus Zimmermann-Acklin

Holderegger Adrian (Hrsg.) (2000), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Fribourg / Freiburg i.Br. (2^e édition révisée)

Jens Walter / Küng Hans (1995), Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. Piper, Munich / Zurich

Justitia et Pax (1998), Ethique chrétienne et médecine moderne, Labor et Fides, Genève, 1999

Klie Thomas / Student Johann Christoph (2001), Die Patientenverfügung. Was Sie tun können, um richtig vorzusorgen, Freiburg i.Br. (Herder spektrum 5044)

Maret Michel (2000), L'euthanasie. Alternatives sociales et enjeux pour l'éthique chrétienne, Saint-Maurice

Mettner Matthias (Hrsg.) (2000), Wie menschenwürdig sterben ? Zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung, Zurich

Mettner Matthias / Schmitt-Mannhart Regula (Hrsg.) (2002), Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende, Zurich 2002

Pie XII (1957), Questions juridiques et morales sur la réanimation. Allocution à un groupe de médecins le 24.11.1957 (original en français ds. : AAS 49 (1957), 1027-33).

Saunders Cicely (1993), Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatemedizin und einsames Sterben verhindern können, Freiburg i.Br./ Bâle / Vienne

Wils Jean-Pierre (1999), Sterben. Zur Ethik der Euthanasie, Paderborn

Zimmermann-Acklin Markus (1997), Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. Universitätsverlag Verlag Herder, Fribourg / Freiburg i.Br.

Zimmermann-Acklin Markus (2002), Zur Sterbehilfepraxis in den Niederlanden. Bemerkungen zur rechtlichen Regelung und medizinischen Praxis aus ethischer Sicht, in: Gerontologie Information. Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie n° 1 / 2002, 2-8

Ont contribué à la rédaction de cet ouvrage :

Mgr Peter Henrici, Mgr Bernard Genoud

M. Markus Zimmermann-Acklin, M. Beat Vogel (Caritas)