

---

# AIDE AU MOMENT DE LA MORT OU AIDE POUR MOURIR ?

## POSITION DE L'ASSOCIATION DE MÉDECINS CATHOLIQUES SUISSES AU SUJET DE LA PROBLÉMATIQUE DE L'EUTHANASIE.

Depuis quelques années, le problème de l'euthanasie apparaît de plus en plus fréquemment dans le débat public. Il s'agit toujours d'encourager de manière univoque une position tolérante et libérale. En Suisse, les débats tournent principalement autour du suicide assisté en raison d'un cadre juridique très libéral dans le cas de cette pratique. La publicité faite par les organisations d'assistance au suicide ainsi que leur manière d'occuper continuellement le devant de la scène contribue à susciter de nouvelles demandes et, à notre avis, crée un grave effet d'accoutumance. Dernièrement, le Tribunal Fédéral a émis un arrêt particulièrement lourd de conséquences du fait qu'en interprétant l'article huit de la Convention Européenne des Droits de l'Homme il a été jusqu'à postuler un droit de l'individu à sa propre mort<sup>1</sup>. Pour ce qui est de l'acceptabilité de l'aide au suicide de la part des médecins, il renvoie entre autres aux directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales en 2004<sup>2</sup> et pour ce qui est de la possibilité d'une extension aux souffrances psychiques à la prise de position n° 9 de la Commission Nationale d'Éthique du 27 avril 2005<sup>3</sup>. Il ne faut pas sous-estimer l'impact que pourra avoir cette décision du TF sur les futures discussions politiques et éthiques.

On voit déjà aujourd'hui aux Pays-Bas les conséquences désastreuses d'une juridiction libérale dans ce domaine. L'observateur objectif se rend bien compte que la prétention de « réguler » l'homicide (euthanasie) ou de soumettre la mort que se donne une personne (assistance au suicide) à des critères objectifs de décision à l'intérieur d'un cadre légal déterminé reste, au niveau de la pratique, une illusion<sup>4</sup>. Le suicide assisté ne devrait donc pas être soutenu par le législateur car celui qui légifère à propos d'une attitude aux conséquences graves la légitime par la même occasion.

Au vu de ces développements, il nous semble indiqué d'actualiser notre prise de position de 1999 sur l'euthanasie. La problématique doit être traitée à partir d'une position qui valorise une protection de la vie conséquente qui s'inscrit dans les finalités de l'agir médical et qui prend en compte les traditions hippocratique et chrétienne

---

1 TF, 3.11.2006

2 « *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie* », directives médico-éthiques des l'Académie Suisse des Sciences Médicales du 25.11.2004 : « D'une part, l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale, car elle est contraire aux buts de la médecine. D'autre part, le respect de la volonté du patient est fondamental dans la relation médecin-patient. Un tel dilemme exige une décision morale personnelle du médecin qui doit être respectée en tant que telle. » [ch. 4.1].

3 Cf. la page 69 des recommandations de la CNE : « Lorsque le désir de suicide est l'expression ou le symptôme d'une maladie psychique, il ne peut être question d'assistance au suicide. » et « En conséquence, le suicide assisté est en règle générale exclu. ». D'un côté cette position restrictive peut être appréciée positivement, cependant quand par la suite on parle de conditions pour des exceptions et que l'on recommande que le suicide assisté n'ait pas lieu dans des institutions psychiatriques on montre que les exceptions à la règle sont clairement acceptées.

4 On peut voir l'importance de l'euthanasie, y compris de la mort induite sans que le patient l'ait demandé (!), en Hollande où elle est légalisée en comparaison avec d'autres pays européens dans : <http://image.thelancet.com/extras/03art3298web.pdf>; Une étude de A. Van der Heide et al. (N Engl J Med 2007;356: 1957-65) y estime à 2410 le nombre absolu d'euthanasies et de suicides assistés dans l'année 2005.

---

## Définitions

---

Pour nous il est important que « l'aide à mourir » soit conçue comme une aide et une présence **au moment** de la mort, dans le sens du soutien de type palliatif que l'on offre aux malades chroniques ou dans le processus du mourir et non pas comme une aide **pour** mourir qui, comme le montrent les développements actuels, peut inclure non seulement le processus du mourir en tant que tel, mais aussi un raccourcissement délibéré de la vie. Avec l'aide au moment de la mort, on cherche principalement la diminution des souffrances et une présence compatissante mais en tout cas pas l'élimination du souffrant. Cette manière de voir exclut toute intention de donner la mort dans le sens d'une euthanasie active directe et n'inclut pas non plus par conséquent l'assistance au suicide.

En comparaison la terminologie employée de nos jours ne permet pas sans autre de formuler des distinctions claires et de servir d'orientation dans des cas particuliers<sup>5</sup>.

Dans ce contexte, les points suivants sont à considérer :

La notion d'euthanasie tend à mettre sur le même plan des mesures qui ne posent pas de problèmes éthiques et qui sont même indiquées médicalement et des actions interdites ou moralement condamnables. Cela étant principalement dû au fait que les intentions réelles ne sont pas prises en compte. Ainsi, au niveau du jugement éthique, il y a une différence décisive entre « tolérer » et « avoir l'intention de ». Par exemple certaines mesures thérapeutiques ou palliatives reconnues peuvent impliquer un risque léthal qu'on peut « tolérer » eu égard aux effets bénéfiques attendus en cas de maladie grave sans qu'on puisse parler d'euthanasie. Le cas de Terry Schiavo illustre de manière particulièrement frappante l'importance de l'intention dans le fait de poser un acte médical ou de s'en abstenir. L'arrêt de l'apport de liquide et de nourriture (une mesure essentiellement passive) a été mis au service d'une intention de faire mourir directement une patiente comateuse qui n'était pas mourante et qui était encore dans une certaine mesure en communication avec son entourage. Dans ce contexte, l'emploi du terme d'*euthanasie indirecte* (active) peut être une cause de malentendu parce que dans cette désignation, l'intention ne vise pas la mort du patient mais le soulagement des souffrances.

---

## Autonomie et dignité de l'être humain

---

Dans la discussion actuelle au sujet de l'euthanasie et de l'aide au suicide, les arguments des partisans tournent régulièrement autour d'une dignité de l'être humain que la souffrance altérerait ou ferait disparaître. Dans cette conception la dépendance et la souffrance sont assimilées à la perte de la dignité. Mourir dans la dignité, signifie alors mourir de la manière que l'on a déterminée et réalisée.

---

### Autonomie

---

La plupart des argumentaires absolutisent l'autodétermination de l'être humain. L'autonomie devient au sens propre une autarcie qui ne veut se baser ni sur des présupposés sociaux, ni sur des préceptes divins. Un être humain agit alors de manière autonome au terme de son existence quand il agit selon ses propres décisions et qu'il gère sa manière de mourir selon ses propres règles. D'après le philosophe O. Marquard, pour l'homo faber moderne, la mort s'est transformée d'un sort qui lui est imposé en un sort dont il dispose<sup>6</sup>. Cette conception de l'autonomie, précisément dans le cas des malades chroniques ou des mourants, est une construction artificielle qui correspond très peu à la

---

5 En règle générale on distingue aujourd'hui l'*euthanasie passive* (abstention ou arrêt des mesures de soutien de la vie), l'*euthanasie active indirecte* (utilisation de moyens antalgiques qui peuvent avoir comme effet secondaire une diminution de la durée de vie), l'*euthanasie active directe* (l'administration volontaire d'une substance létale par une tierce personne) et l'*assistance au suicide* (la mise à disposition ou la prescription d'une substance létale à une personne pour lui permettre de se suicider). La terminologie n'est pas toujours utilisée de manière uniforme.

Comparer par exemple : Forum Méd. Suisse 2005;7:193-198 et BMS 2001; 82: 1609-10.

6 Cité dans *Sterben in Würde ?* (H.Rüegger) 2003; p. 47

---

réalité. En tant qu'être social, l'humain, particulièrement dans la maladie et dans le handicap, est le sujet de multiples dépendances et d'influences plus ou moins subtiles, de sorte qu'une décision *autonome* à la fin de la vie doit être considérée comme une illusion. Ceci est d'autant plus valable en cas d'affections psychiques comme une dépression réactionnelle etc. Et ceci rend le discours sur un « droit à sa propre mort » encore plus problématique dans la mesure où il atteste de l'incapacité à percevoir la vie humaine dans ses réalisations élémentaires comme quelque chose qui reste toujours au-delà de tous les plans, les décisions, les réalisations et les contrôles<sup>7</sup>. La vie humaine n'est pas soumise à notre autonomie, particulièrement à son début et à sa fin. C'est pourquoi nous plaçons pour une meilleure prise en considération et acceptation de la dépendance mutuelle et du caractère créé de l'être humain dans ces situations limites ainsi que pour l'idée de la vie comme un cadeau dont on ne peut pas disposer de manière illimitée et autonome.

## Dignité humaine<sup>8</sup>

Nous reconnaissons une dignité inhérente à la personne humaine qui lui vient de son humanité et qui par conséquent ne peut jamais être perdue. Elle ne peut pas non plus être relativisée en fonction de circonstances extérieures. En particulier, cette conception exclut une attribution progressive de la dignité (comme cela est soutenu par la CNE, en tout cas pour la période embryonnaire). E. Kant avait déjà clairement manifesté la nécessité de considérer l'être humain comme une fin et sa dignité comme une valeur intrinsèque au dessus de tout prix<sup>9</sup>.

Cette dignité humaine ne peut pas être fondée sur des conditions et des observations empiriques de l'être humain, de sa manière de se comporter ou de ses conditions extérieures d'existence. En particulier elle n'est pas ébranlée quand la capacité d'autodétermination est perdue ou n'est pas encore présente. La dignité humaine est une question de reconnaissance inconditionnelle et non pas d'attribution ou de mérite. À notre avis, quand on parle de la dignité du mourant, il ne peut être question que de cette dignité inhérente. Cette dignité est toujours inviolable et elle ne peut être ni perdue, ni abîmée. Il ne faut pas oublier que dans la conception chrétienne ce concept de dignité est encore enrichi par la notion de l'humain créée à l'image de Dieu.

A l'opposé, les partisans de réponses libérales à l'euthanasie ne remettent pas en cause leur présupposé d'une dignité humaine contingente qui dépend du comportement, des conditions de vie extérieures, de la qualité de vie et des fonctions vitales et qui finalement dépendrait aussi de la question d'une vie réussie.

Bien entendu, à partir de la notion d'une dignité inhérente à la personne humaine on en déduit un droit à un traitement digne. Cependant traiter dignement une personne humaine ne peut précisément pas signifier son élimination dans le cadre d'un raccourcissement délibéré de sa vie au moyen d'une euthanasie ou même d'une assistance au suicide. Il ne peut pas s'agir non plus de rechercher en premier lieu le maintien ou le rétablissement de la dignité dans la mesure où celle-ci est déjà là, avant toute activité médicale<sup>10</sup>.

---

7 Idem pp. 52-53.

8 Pour plus de développements et de distinctions, voir H. Rügger und G. Pöltner, *Grundkurs Medizin-Ethik*, 2002

9 « Simplement, considéré comme personne, c'est-à-dire comme sujet d'une raison moralement pratique, l'homme est au-dessus de tout prix; car, en tant que tel (homo noumenon), il doit être estimé, non pas simplement comme moyen en vue des fins d'autrui (435), ni même en vue des siennes propres, mais comme fin en soi, c'est-à-dire qu'il possède une dignité (une valeur intrinsèque absolue), par laquelle il force à son égard le respect de tous les autres êtres raisonnables de ce monde ... », Emmanuel Kant, *Métaphysique des mœurs, Doctrine de la vertu* §11. « Ce qui a un prix peut être aussi bien remplacé par quelque chose d'autre, à titre d'équivalent; au contraire, ce qui est supérieur à tout prix, ce qui par suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui a une dignité. ». E. Kant *Fondement de la métaphysique des mœurs*, trad. V. Delbos, Delagrave, Paris, 1986, p. 160.

10 H. Rügger, BMS 2007, 88: 57-60

---

## Les développements de la société, l'euthanasie et la médecine palliative

---

La société d'aujourd'hui refuse d'assumer la souffrance, d'autant plus qu'aucun d'entre nous ne voudrait renoncer aux progrès réalisés par la médecine. Le revers de la médaille c'est que l'on a désappris à partager la souffrance du malade, plus précisément à faire de la place pour une compassion persévérante qui ne soit pas seulement une pitié centrée sur soi, mais une sollicitude aidante. On est là dans le domaine de la médecine palliative, une spécialité qui est encore incontestablement trop peu implantée et qui mérite l'appui de tous. La prise en charge palliative nous protège d'un faux activisme dans le sens d'un acharnement thérapeutique. Ceci est d'autant plus important que les progrès de la médecine moderne ont considérablement élargi les possibilités de maintenir les patients en vie – et, à l'inverse, aussi les possibilités de mettre fin directement ou indirectement à leur vie. Il va de soi que, dans ce contexte, la volonté du patient, que ce soit sous forme de directives anticipées ou de la recherche de sa volonté présumée, doit être prise en considération dans les décisions thérapeutiques. Cependant, il faut se rendre compte que la volonté du patient est souvent biaisée par des circonstances internes ou externes et que, d'autre part, elle est dépendante des possibilités de traitement à disposition ou des recommandations correspondantes.

---

## La dimension sociale et religieuse de la mort

---

La mort ne concerne pas seulement les aspects subjectifs biographiques mais comprend également une dimension sociale et religieuse<sup>11</sup>. La dimension sociale devrait au moins être évidente pour tout citoyen. Elle implique le fait que les malades chroniques et les mourants sont dépendants de la sollicitude et des soins de leurs concitoyens. Même l'assistance au suicide se définit de manière explicite à travers cette nécessité d'une aide extérieure. La mort ne peut donc pas être qu'une question de gestion autonome de sa vie, mais a des conséquences sur l'entier de la société. Une euthanasie ou une assistance au suicide sont d'autre part susceptibles d'influencer la valeur que, d'une manière générale, on accorde à la vie malade ou handicapée. Car une société qui admet qu'une personne puisse considérer sa vie comme ne valant définitivement plus la peine d'être vécue, reconnaît qu'il y a donc, objectivement, des vies « sans valeur ». Elle s'engage par là sur la pente glissante d'une valorisation subjective de la vie d'une personne par un tiers, avec la conséquence que c'est non seulement l'individu qui dispose de sa vie mais également autrui, particulièrement lorsqu'il n'est plus capable de le faire. Et on n'en arrive dans le pire des cas à des calculs de rapports coûts-bénéfices de la part de la société et du système de santé. C'est à partir de là que peut se mettre en place une pression sociale sur les personnes handicapées et fragilisées, les membres les plus faibles de notre société, pour qu'elles mettent fin à leur vie<sup>12</sup>.

---

## L'assistance au suicide porte préjudice à la prévention du suicide

---

L'assistance au suicide a clairement pour conséquence de décrédibiliser les efforts méritoires qui ont été faits jusque là au niveau de la prévention. Aussi bien le tribunal fédéral que la CNE ont approuvé dernièrement (même si c'est avec de grandes réserves) l'extension de l'assistance au suicide aux souffrances psychiques. Ceci repose sur la distinction contestable entre le suicide émotionnel et le suicide rationnel. Au contraire, la plupart des spécialistes maintiennent que l'assistance au suicide n'est pas admissible parce que chez ces malades, la suicidalité est chaque fois l'expression d'une souffrance sous-jacente. En outre, durant la crise suicidaire qui peut durer plus ou

---

11 *Mourir dans la dignité*. Lettre pastorale des évêques suisses sur l'euthanasie, et l'accompagnement des mourants, 2002.

12 R. Baumann-Hölzle in: *BMS* 2007; 88 (35): 1450 (Suizid als sozialer Zwang).

---

moins longtemps, la capacité de jugement est en règle générale limitée et centrée sur la constellation des problèmes personnels. En général il s'ensuit qu'il n'est pas recommandé de donner suite à une demande de suicide assisté motivée par des troubles psychiques<sup>13</sup>. On notera aussi la prise de distance sans compromis par rapport à toute assistance au suicide chez les malades psychiques de la part de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie gériatrique ainsi que du comité central de la FMH<sup>14</sup>. Le fait que le cercle des personnes favorables à l'assistance au suicide commence à s'élargir nous apparaît d'autant plus tragique.

## **Assistance au suicide et euthanasie active**

---

Il faut insister sur la proximité incontestable de l'assistance au suicide et de l'homicide sur demande qui est interdit. Il faut noter que chez les personnes handicapées ou fragilisées la prise de la substance létale par la personne elle-même est compromise et qu'une aide peut-être nécessaire pour ce geste ce qui conduit à l'homicide sur demande. De ce point de vue, mettre à disposition les moyens nécessaires signifie déjà coopérer de manière très avancée à une action visant la mort. Ainsi s'efface de plus en plus la frontière entre l'assistance au suicide et l'euthanasie active interdite sans exception<sup>15</sup>.

L'assistance au suicide et l'homicide délibéré d'un grand malade ou d'un mourant ne sont pas des tâches médicales et contredisent les buts de la médecine. Malheureusement, cette affirmation a été mise de côté par l'ASSM à propos de l'aide au suicide quand elle indique que l'on doit respecter la décision personnelle du médecin d'assister un suicide pour tenir compte de la volonté du patient.<sup>16</sup>

Ce faisant, on relativise d'une manière importante la tradition médicale qui remonte à Hippocrate. On mesure la force normative qui se dégage d'une telle assertion dans la citation du Tribunal Fédéral qui, dans ce mouvement, fait référence à ces directives de l'ASSM en parlant de « règles reconnues dans la profession médicale » et qui dans son jugement lie pratiquement le médecin à l'assistance au suicide et légitime cette activité<sup>17</sup>. A notre avis, l'activité médicale est ici détournée de son but. Finalement la confiance du patient ne peut se fonder que sur l'affirmation claire que le médecin ne se laissera jamais entraîner à participer à des actes amenant la mort.

Les nouvelles directives amènent le médecin dans une contradiction insoluble dans la mesure où, en tant que médecin, il ne peut pas s'éloigner des buts de la médecine, et en tant que personne privée il ne peut pas rédiger une ordonnance pour les substances nécessaires.

Ces discordances doivent être éliminées des directives médico-éthiques et le soutien médical à la vie doit retrouver la place centrale qui est la sienne. L'éthique médicale a une importante fonction de régulation au service de la protection de la vie.

Si on ne veut pas que, avec l'acceptation sociale du suicide assisté, la mort volontaire devienne en peu de temps, sous le couvert de l'autonomie, le dernier devoir des malades en phase terminale ou des malades psychiques, on doit s'impliquer pour une prise en charge sensible et affectueuse de ces personnes sans l'option du suicide assisté.

En résumé nous aimerions affirmer avec toute la clarté possible que euthanasie active ou que les pratiques visant à raccourcir la vie dans le sens d'une aide à mourir et en particulier l'assistance au suicide sont à rejeter. La réponse humaine à la souffrance ne consiste pas en l'élimination du souffrant mais dans une attitude et une prise en charge palliative, compatissante et apaisante. C'est la seule manière de se mettre au service d'une culture de la vie.

---

13 Des affirmations analogues se trouvent aussi dans la prise de position n° 9 de la CNE « Assistance au suicide », particulièrement aux pages 56-58. Cependant les conclusions qui s'imposent n'ont pas été tirées dans les recommandations définitives.

14 [http://www.saez.ch/pdf\\_d/2007/2007-30/2007-30-leserbrieue.PDF](http://www.saez.ch/pdf_d/2007/2007-30/2007-30-leserbrieue.PDF); [http://www.saez.ch/pdf\\_d/2007/2007-11/2007-11-210.PDF](http://www.saez.ch/pdf_d/2007/2007-11/2007-11-210.PDF)

15 R. Baumann-Hölzle in: BMS 2007; 88 (35): 1450

16 Cf. note 2

17 TF 3.11.2006, paragraphe 6.3.4 des considérants du jugement..

---

Dr. med. Niklaus Zwicky-  
Aeberhard  
Président

Dr. med. Rahel Gürber  
Vice-Président

Dr. med. Peter Ryser-Düblin  
Secrétaire

Contact :

Dr. med. P. Ryser-Düblin  
Hausmatt 27

3662 Seftigen

## Résumé

---

Le débat actuel autour de l'euthanasie se concentre fortement sur une aide et un soutien **pour** mourir qui, comme les développements récents le montrent, peut-être employée non seulement dans le processus naturel de la mort mais aussi dans le but de raccourcir la vie. En outre la terminologie utilisée estompe la différence entre des actes moralement indiqués et des actes condamnables.

Nous sommes d'avis que « l'aide à mourir » doit être comprise comme une aide et une assistance **au moment** de la mort. L'aide au moment de la mort aspire à soulager les souffrances, à offrir une présence compatissante mais non pas à l'élimination des souffrants.

Les partisans de l'euthanasie active et de l'assistance au suicide présupposent souvent une autonomie absolue et une dignité de l'homme rendue dépendante des conditions extérieures. Nous plaçons au contraire pour une prise en compte accrue de la dépendance réciproque et de la condition de créature de la personne humaine en situation limite. La vie de l'homme doit être considérée comme un cadeau dont on ne peut pas disposer de manière autonome. La dignité qui permet à l'homme d'exprimer sa propre volonté est quelque chose qui lui est toujours donné et qui est inviolable. Elle n'est pas ébranlée quand la capacité d'autodétermination est perdue ou n'est pas encore présente. La mort n'a pas seulement une dimension subjective mais aussi une dimension sociale et religieuse.

L'assistance au suicide et l'homicide délibéré d'un grand malade ou d'un mourant ne sont pas des tâches médicales et elle contredisent les buts de la médecine. L'assistance au suicide contrecarre les efforts préventifs dans ce domaine et se rapproche fâcheusement de l'euthanasie active ou de l'homicide sur demande.

La confiance du patient ne peut se fonder que sur l'affirmation claire que le médecin ne se laissera jamais entraîner à participer à des actes amenant la mort.

Les nouvelles directives de l'ASSM placent le médecin devant une contradiction insoluble dans la mesure où, en tant que médecin, il ne peut pas s'éloigner des buts de la médecine, et en tant que personne privée il ne peut pas rédiger une ordonnance pour les substances nécessaires.

L'AMCS rejette l'euthanasie active ou les pratiques visant à raccourcir la vie dans le sens d'une aide pour mourir et en particulier l'assistance au suicide. Nous ne pouvons également pas soutenir une législation visant à contrôler des organisations d'assistance au suicide dans la mesure où ceci conduirait à une légitimation de l'assistance au suicide et – comme le montre l'exemple hollandais – à des excès ne pouvant être évités. La réponse humaine à la souffrance ne consiste pas en

---

l'élimination du souffrant mais dans une attitude et une prise en charge palliative, compatissante et apaisante. C'est la seule manière de se mettre au service d'une culture de la vie.