

Globethics Repository



Vivre la mort

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Book
Authors	Mathwig, Frank
Publisher	Fédération des Eglises protestantes de Suisse FEPS / Éditions Fédération des Églises protestantes de Suisse FEPS
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-09-16 23:16:18
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/173255

En Suisse, plus de la moitié des décès correspondent à l'interruption d'un traitement médical. C'est pourquoi de graves décisions doivent être prises en fin de vie. Quand faut-il laisser partir quelqu'un ? Devons-nous délivrer de ses souffrances une personne qui ne parvient plus à les supporter ? Ou bien faut-il, au nom du devoir de protection de la vie et d'assistance, empêcher quelqu'un de prendre des décisions définitives, y compris contre sa volonté ? Par la présente brochure, le Conseil de la FEPS souhaite approfondir ces thèmes et encourager les lecteurs à se pencher sur ces sujets difficiles, mais incontournables. La mort fait partie de la vie, comme tout le reste. Il faut la vivre.

Vivre la mort

**Un regard protestant
sur les décisions en fin de vie**



Collection FEPS Positions

- 1 La question du rebaptême. Considérations et recommandations du Conseil de la Fédération des Églises protestantes des Suisse SEK-FEPS, 2005, 30 p.* *Diese Broschüre ist auch auf Deutsch erhältlich.*
- 2 La Cène selon la vision protestante. Considérations et recommandations du Conseil de la Fédération des Églises protestantes des Suisse SEK-FEPS, 2005, 42 p.* *Diese Broschüre ist auch auf Deutsch erhältlich.*
- 3 Couples du même sexe. Repères éthiques sur la «Loi Fédérale sur le partenariat enregistré entre personnes du même sexe», 2005, 38 p.* *Diese Broschüre ist auch auf Deutsch erhältlich.*
- 4 Réformer l'ONU pour la rencontrer, 2005, 62 p. (épuisée – peut être téléchargée sur www.feps.ch). *Diese Broschüre ist auch auf Deutsch erhältlich. This document is also available in English.*
- 5 Globalance. Perspectives chrétiennes pour une mondialisation à visage humain, 2005, 120 p., CHF 12.–. *Diese Broschüre ist auch auf Deutsch erhältlich.*
- 6 Placer l'être humain dans son droit. Les droits de l'homme et la dignité humaine d'un point de vue théologique et éthique, 2007, 73 p., CHF 12.–. *Diese Broschüre ist auch auf Deutsch erhältlich. This document is also available in English.*
- 7 Les valeurs fondamentales selon la vision protestante, 2007, 80 p., CHF 12.–. *Diese Broschüre ist auch auf Deutsch erhältlich.*
- 8 La vérité dans l'ouverture. La foi chrétienne et les religions, 2007, 57 p., CHF 12.–. *Diese Broschüre ist auch auf Deutsch erhältlich.*
- 9 Vivre la mort. Un regard protestant sur les décisions en fin de vie, 2007, 43 S., CHF 12.–. *Diese Broschüre ist auch auf Deutsch erhältlich.*

*Ces brochures sont distribuées gratuitement.

La brochure peut être commandée ou téléchargée dans notre shop sur www.feps.ch ou par courriel commandes@feps.ch.

Éditeur : Fédération des Églises protestantes de Suisse FEPS
Auteur : Frank Mathwig
Traduit de l'allemand par : Roland Revet
Collection : Positions FEPS

Photo de couverture : Gion Pfander, ref.ch
Mise en page : Büro + Webdesign GmbH, Berne
Impression : Roth Druck AG, Uetendorf

Ce texte a été approuvé par le Conseil de la Fédération des Églises protestantes de Suisse le 14 août 2007.

Internet www.feps.ch
Courriel info@feps.ch

© 2007 Éditions Fédération des Églises protestantes de Suisse FEPS
ISBN 978-3-7229-6028-9

Sommaire

Préface	3
1. Introduction	5
1.1 La mort entre fatalité et décision	5
1.2 Mourir dans la société moderne	6
2. Accompagnement des mourants, euthanasie, suicide assisté	9
2.1 Domaine d'application	9
2.2 Champs d'action	9
2.2.1 Accompagnement des mourants (aide au moment de la mort)	9
2.2.2 Euthanasie (aider à mourir)	10
2.2.3 Suicide assisté	10
2.3 Réglementations juridiques et éthiques	10
3. Questions éthiques	14
3.1 Situations décisionnelles complexes	14
3.2 Conflits normatifs	16
3.2.1 Le modèle hiérarchique	17
3.2.2 Le modèle par médiation	18
3.2.3 Orientation éthique intégrative	18
4. Éléments d'orientation et d'appréciation théologico-éthiques	20
4.1 La vie est un don	20
4.2 Vivre entre dépendance et liberté	21
4.3 La vie en crise : la souffrance dans la société	22
4.4 Évaluer la vie ?	23

5. L'euthanasie en médecine et dans la société	25
5.1 Take care	25
5.2 Accompagnement spirituel, « cure d'âme »	26
6. Questions ouvertes	30
6.1 Les limites du droit	30
6.2 Décisions médicales en fin de vie	33
6.3 Légalisation du suicide assisté et conséquences pour la société	36
7. Bibliographie	40
Thèses récapitulatives	42
1. L'être humain tel que Dieu le veut	42
2. Donner aux mourants leur dignité	42
3. Garantie de la liberté de conscience	43
4. Protection juridique de toutes les personnes concernées	43
5. Contre l'instrumentalisation sociale des mourants et des personnes désireuses de mourir	43

Préface

Le développement des connaissances médicales a beaucoup apporté aux humains. Autrefois, la vie ressemblait à une danse sur une mince surface gelée en dessous de laquelle guettait la mort omniprésente. Aujourd'hui, chez nous, on peut guérir de très nombreuses maladies, voire des blessures extrêmement graves. Les médecins font énormément pour conserver toute vie humaine.

En même temps, parce que les possibilités de maintenir une personne en vie se sont multipliées, la mort, bien souvent, est désormais quelque chose qui, au lieu de vous arriver inopinément, doit faire l'objet d'une décision. C'est ainsi qu'en Suisse plus de la moitié des décès correspondent à l'interruption d'un traitement médical.

C'est pourquoi de graves décisions doivent être prises en fin de vie. Quand faut-il laisser partir quelqu'un ? Devons-nous délivrer de ses souffrances une personne qui ne parvient plus à les supporter ? Ou bien faut-il, au nom du devoir de protection de la vie et d'assistance, empêcher quelqu'un de prendre des décisions définitives, y compris contre sa volonté ?

Nombreux sont ceux et celles qui ont l'impression d'être dépassés par ces questions et qui ferment les yeux le plus longtemps possible face à l'inévitable. Nous ne parlons pas de la mort, nous ne voulons pas nous en soucier. Mais alors, est-ce que cela ne revient pas, finalement, à abandonner les mourants à leur solitude ?

Depuis quelque temps, le Conseil de la FEPS s'est préoccupé des questions touchant aux soins palliatifs et à l'euthanasie. Par la présente brochure, il souhaite approfondir ces thèmes et encourager les lecteurs à se pencher sur ces sujets difficiles, mais incontournables. La mort fait partie de la vie, comme tout le reste. Il faut la vivre.

Nos remerciements vont à Johannes Fischer, Alberto Bondolfi et Markus Zimmermann-Acklin, éthiciens, ainsi qu'à Ulrike Büchs et Sibylle Schär, chargées d'aumônerie d'hôpital, qui ont accompagné ce texte de leurs critiques.

Thomas Wipf, pasteur
Président du Conseil de la FEPS

*« Apprends-nous à compter nos jours,
et nous obtiendrons la sagesse du cœur. »
Ps 90.12*

*« Chaque mort souligne que
la vie est marquée du signe de la finitude,
impossible à prévoir et à planifier,
de sorte que la vie est toujours un fragment. »
Henning Luther*

1. Introduction

1.1 La mort entre fatalité et décision

Mourir et *mort* font depuis quelque temps l'objet de débats publics. Autrefois, pour les humains, la maladie, la souffrance, l'agonie et la mort étaient en quelque sorte une fatalité inévitable qu'il convenait d'accepter, car on se trouvait démuni et impuissant face à ces événements. Aujourd'hui, à côté de la peur de ce qui est fatal, on voit de plus en plus apparaître la crainte de ce qui est possible. « De quoi l'être humain peut-il encore mourir ? », demande-t-on de façon provocante dans une société où le début de la vie, son déroulement et sa fin se trouvent marqués, pour l'essentiel, par les évolutions de sa civilisation et par ses possibilités scientifiques et technologiques. Cela n'ôte pas son caractère effrayant à l'impuissance que l'on ressent face à la mort. Mais aujourd'hui, à l'inverse, nous sommes de plus en plus effrayés par les possibilités de l'action humaine au seuil de la mort. Face à l'agonie et à la mort, nous sommes hésitants, tel l'apprenti sorcier ne parvenant pas à se débarrasser des esprits qu'il avait invoqués. Dans une civilisation caractérisée par des possibilités d'action et d'intervention sans précédent, l'agonie et la mort perdent leur caractère « naturel ». Naturellement, l'être humain est mortel. Mais comment meurt-il « naturellement », comment devrait-il mourir « naturellement » ?

Il va de soi que nous nous sentons responsables de notre existence. Nous faisons des projets, nous organisons, nous façonnons notre vie – du début à la fin. Ainsi, le début et la fin de la vie eux-mêmes sont des situations comportant des décisions complexes. C'est cette perception qui est à l'ori-

gine des questions que se pose la société à propos de l'agonie et de la mort. Même quelqu'un qui s'y refuse par principe ne pourra éviter de prendre une décision dans un monde où pratiquement plus rien ne se produit « automatiquement ». Nous n'avons pas le choix de décider ou non. Tout au plus pouvons-nous choisir entre diverses possibilités. Les discussions actuelles à propos de l'euthanasie sont donc symptomatiques d'une société où, en raison de la multiplication des possibilités, on a de plus en plus à décider, de plus en plus de responsabilités à assumer.

Les Églises elles-mêmes se voient sollicitées de contribuer à ce processus de prise de décision dans la société. Repousser ces questions reviendrait à se mettre hors-jeu et à laisser seules les personnes qui s'y trouvent confrontées et qui luttent pour prendre des décisions concrètes et responsables. Mais toute réflexion sur le fait de mourir devra toujours se souvenir qu'il existe une différence insurmontable entre ce type de réflexion et la situation des mourants, des personnes qui souhaitent mourir et de leurs proches. La détresse du mourir se reflète aussi aujourd'hui dans le fait qu'on ne peut éviter de devoir décider de sa mort et de la forme qu'on va lui donner. C'est sous cet angle que se pose également la question de l'accompagnement chrétien et de l'intervention auprès des mourants et des personnes désireuses de mourir. Tenir compte de la réalité, c'est donner la première place aux mourants eux-mêmes, à leurs proches et à tous ceux qui, à titre professionnel ou bénévole, accompagnent les mourants. Mourir fait partie de la vie, il faut donc savoir vivre ce moment et en assumer la responsabilité.

1.2 Mourir dans la société moderne

On vit de plus en plus longtemps. Malgré des maladies chroniques et récidivantes, la perspective de vivre jusqu'à un âge avancé est réaliste et envisageable. On survit de plus en plus à des situations critiques et il est possible de continuer à vivre même dans des conditions de santé et d'état général sérieusement réduites. C'est à chacun de répondre pour soi à la question de savoir si l'on vit plus longtemps ou s'il s'agit « seulement » de prolonger le mourir. Il est incontestable que – grâce à la médecine et à la pharmacologie modernes – les étapes du mourir durent plus longtemps. Aussi en prend-on davantage conscience, elles occupent une plus grande place dans la vie et elles sont vécues de façon plus intense et parfois aussi plus pesante. En fin de compte, étant donné l'importance croissante donnée au testament de

fin de vie, le mourir devient un espace de décision dont on doit assumer personnellement la responsabilité.

En même temps, il y a des personnes qui, parfois, ne parviennent pas à mourir, bien qu'elles le souhaitent. Dans certains cas, elles ne le peuvent pas car leur vie dépend de la décision, de l'action et de la responsabilité d'autres personnes. Aujourd'hui, la plupart des gens décèdent dans le cadre d'un accompagnement médical. En Suisse, un décès sur deux est en rapport avec la suspension d'un traitement médical. L'un ne va pas sans l'autre : avec l'accroissement de la durée moyenne de la vie, les phases de maladie et d'infirmité qui font partie de la vie se prolongent également. Il est vrai que la médecine moderne dispose également de nombreuses possibilités dans ce domaine. Elle peut repousser la mort toujours plus loin. Bien souvent, elle peut atténuer la douleur de façon très efficace et adoucir l'angoisse psychique. Dans ce type de situations, elle peut permettre que l'on ait la libre disposition de soi-même et contribuer à l'amélioration de la qualité de la vie là où, autrefois, on ne pouvait qu'attendre la mort de façon passive et résignée. Elle peut également raccourcir l'agonie. Il n'y a qu'une seule chose dont la médecine moderne ne soit pas capable, c'est éviter à l'être humain de mourir.

Nous vivons – et nous mourons – dans une société où notre capacité d'adaptation est soumise à des attentes et à des exigences de plus en plus fortes. On délègue aujourd'hui beaucoup de tâches qui, autrefois, s'accomplissaient de manière tout à fait normale dans la famille et dans le cadre familial. Les gens meurent de plus en plus souvent loin de chez eux, à l'hôpital, dans des maisons de retraite. Ce qu'on appelle « la mort sociale », c'est-à-dire l'isolement, le fait d'être arraché à un environnement familial, précède bien souvent la mort physique. La cadence de la vie active, les problèmes dans la vie professionnelle et dans les loisirs, ne conviennent pas à une existence qui s'affaiblit et qui approche doucement de son terme. Nous n'avons pas le temps, ou bien nous ne le prenons pas, et lorsque le moment est venu, il se transforme bien souvent en une situation d'isolement, interminable semble-t-il, et oppressante.

Et finalement, outre l'individu, c'est aussi la société qui vieillit de plus en plus. L'évolution démographique, le nombre croissant de personnes âgées

et très âgées et, en même temps, la réduction du nombre des catégories les plus jeunes de la population ne font qu'aggraver les problèmes que nous venons d'évoquer. Les ressources sociales – tant financières qu'au niveau de l'engagement social – sont limitées. Le financement des soins de maladies dégénératives pour lesquelles l'espérance de vie reste longue (par exemple, la démence, la maladie d'Alzheimer) soulève de graves problèmes de politique sociale et financière. C'est pourquoi on évoque de plus en plus souvent la question des limites du financement des dépenses liées à l'âge. Jusque dans le débat public à propos de l'euthanasie, on voit de plus en plus apparaître l'importance des aspects économiques.

Trop âgé, trop malade, trop nécessiteux, trop cher ? Tout cela est dur à entendre, mais les problèmes sociaux que cela recouvre et les débats politiques sur le sujet sont bien réels.

2. Accompagnement des mourants, euthanasie, suicide assisté

En Suisse, les discussions sur l'accompagnement des mourants, l'euthanasie et le suicide assisté sont particulièrement influencées par le fait que le suicide assisté fait l'objet d'une organisation. La discussion éthique médicale sur l'accompagnement des mourants et l'euthanasie se trouve souvent masquée par les débats publics à propos des offres de suicide assisté – qui sont surtout le fait d'organisations d'aide à l'euthanasie. Bien que, en pratique, ces champs d'action se recouvrent en plusieurs points, il est indispensable pour la réflexion éthique de les distinguer aussi bien sur le plan conceptuel que sur le plan objectif.

2.1 Domaine d'application

1. Les expressions *euthanasie* et *accompagnement des mourants* font référence aux décisions prises et aux actes accomplis auprès des mourants et sur leur personne. Elles concernent exclusivement la phase ultime de la vie. Ces expressions soulignent que la personne qui en est l'objet vit ses derniers moments.
2. *Suicide assisté* désigne les actes accomplis sur et avec des personnes désireuses de mourir, indépendamment du fait qu'elles se trouvent ou non dans un processus de mort. L'expression *suicide assisté* insiste sur le fait qu'une personne exprime sa volonté et sa décision de mourir.

2.2 Champs d'action

2.2.1 Accompagnement des mourants (aide au moment de la mort)

Se distinguant clairement de l'euthanasie, l'accompagnement des mourants (ou soins palliatifs) est conçu comme prise en charge et accompagnement total, au sens le plus large, des mourants (palliatif, du latin *pallium* = manteau, et *palliare* = adoucir). Les soins palliatifs – qui sont issus du mouvement de l'Hospice, créé dans les années 1960 par Cicely Saunders – s'efforcent de faire que la personne en fin de vie ainsi que son environnement social puissent vivre le processus de mort comme une phase de vie consciente, socialement intégrée, avec une qualité de vie aussi élevée que possible. En pratique, il arrive souvent qu'accompagnement des mourants et euthanasie débordent l'un sur l'autre. Ces deux notions expriment plutôt des aspects différents d'une même conception de l'attitude auprès des mourants.

2.2.2 Euthanasie (aider à mourir)

1. euthanasie passive : interruption du traitement, ou renonciation à des mesures de prolongation de la vie, tout en maintenant les soins et une thérapie antidouleur ;
2. euthanasie indirecte : traitement sédatif d'atténuation de la douleur envisageant, sans le rechercher, un raccourcissement de la vie ;
3. euthanasie active/donner la mort sur demande : il s'agit d'accélérer ou de provoquer, de manière délibérée et active, la survenue du décès (contrairement à l'euthanasie indirecte, la mort est ici l'objectif de l'action).

2.2.3 Suicide assisté

Le suicide assisté est généralement – quoi que non exclusivement – proposé et exécuté par des organisations pratiquant l'euthanasie. Il concerne toutes les actions destinées à aider à la réalisation du désir exprimé par des personnes souhaitant mourir. Dans la plupart des cas, il s'agit de constater et de vérifier le sérieux et le caractère responsable du désir de mort, d'examiner d'autres solutions éventuelles, de délivrer une ordonnance de barbiturique « natrium pentobarbital », ainsi que de préparer le déroulement du suicide – que la personne désireuse de mourir accomplira elle-même.

2.3 Réglementations juridiques et éthiques

Selon l'article 114 du code pénal, mettre fin à la vie de quelqu'un à sa demande – quels que soient les motifs – est punissable. L'article 115 reconnaît que le suicide assisté constitue en principe un acte coupable. Toutefois, cette culpabilité est réduite aux actes accomplis pour des motifs d'intérêt personnel. Les points importants sont les suivants :

- Le suicide est une action consistant à se donner la mort, accomplie de son propre fait et en toute conscience par la personne désirant mourir.
- L'application de l'article 115 du code pénal suppose que la personne désirant se suicider soit en mesure de connaître la signification de son intention et de se comporter en conséquence.

- Le suicide assisté est répréhensible lorsqu'une tierce personne suscite intentionnellement et « pour des motifs intéressés » la décision du suicide, ou en appuie l'exécution.

Compte tenu de ces conditions, toute personne peut apporter une aide au suicide. Mais de nombreuses possibilités d'euthanasie ne sont pas explicitement recensées dans les règles pénales. C'est pourquoi la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE) et la Commission centrale d'éthique (CCE) de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) ont élaboré des directives éthiques pour les relations avec les mourants et les personnes désireuses de se suicider (voir ci-après les indications bibliographiques).

Les documents de la CNE et de l'ASSM partent de la distinction entre légalité juridique et légitimité éthique de décision et d'action. Plus le droit accorde de latitude à l'action, et plus il est nécessaire de pouvoir décider sur le plan éthique. Car tout ce qui est autorisé juridiquement n'est pas forcément toujours fondé ou justifié sur le plan moral et éthique. Les libertés autorisées par le droit rendent encore plus nécessaire et urgente la réflexion éthique.

Les recommandations et directives éthiques traitent du vaste champ concernant les décisions de fin de vie. Il s'agit de savoir qui est concerné par les questions d'euthanasie et de suicide assisté, et également de déterminer les actions et les omissions acceptables sur le plan éthique, dans quelles situations et à quelles conditions. Le point de départ et le centre des réflexions est constitué par la reconnaissance, l'attention et la prise en considération, ainsi que la protection du droit de chacun à se déterminer soi-même, indépendamment de son état de santé, de connaissance, de son état mental et psychique. Voici les points de vue essentiels sur le plan concret (conditions minimales) pour la prise de décision :

- La personne concernée se trouve dans une phase de sa maladie qui, selon toute apparence, va entraîner un décès prochain (ASSM), ou la souffrance provoquée par la maladie est si intense que survivre est devenu insupportable (CNE).

- Il ne faut pas que le désir de suicide soit un symptôme de la maladie elle-même (p.ex. la dépression) (CNE).
- Les autres choix possibles (soins palliatifs) ont pu être largement examinés avec la personne concernée (*informed consent* ou : *consentement éclairé*), ou bien toutes les possibilités ont été épuisées (ASSM). La personne désireuse de mourir se décide en faveur du suicide assisté en toute connaissance des autres possibilités (traitement médical, aide sociale, thérapie) (CNE).
- La personne désireuse de mourir est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié minutieusement et de façon continue pendant un certain temps par une tierce personne indépendante.
- Un deuxième avis indépendant confirmera la décision (CNE).

En même temps, cela révèle les limites des directives éthiques. Selon les directives de l'ASSM, le suicide assisté ne fait pas partie des devoirs du médecin « car c'est en contradiction avec les objectifs de la médecine ». Mais que se passe-t-il lorsqu'un patient demande au médecin qui le soigne de l'aider à se suicider ? Selon l'interprétation de l'ASSM, ce genre de situation de conflit requiert de la part du médecin « une décision de conscience personnelle » qui, en tenant compte des critères de précaution, doit être « respectée », indépendamment du résultat. Aucune directive, aucune décision de routine ne sauraient anticiper ou supprimer des décisions concrètes concernant la vie et la mort. C'est pourquoi les directives s'abstiennent de tout jugement moral.

Le tableau suivant résume les critères principaux permettant de faire la différence entre suicide assisté et euthanasie.

Critère	Suicide assisté	Euthanasie des mourants
Mourant / personne désireuse de mourir		
Domaine d'application	Illimité en principe	Patients en phase terminale
Capacité de jugement	Nécessaire	Pas absolument nécessaire
Capacité d'action	Nécessaire	Pas absolument nécessaire
Désir de mourir	Nécessaire	Pas absolument nécessaire
Justification	Décision volontaire, persistante (non émotionnelle, momentanée) et réfléchie	Disposition (testament) du patient, décision autonome (ni contraignante, ni suffisante), volonté probable, intérêt bien compris
Personnes participantes / personnel médical		
Motivation pour cette action	Respect / sollicitude / solidarité	Respect / sollicitude / atténuation de la douleur / responsabilité médicale, thérapeutique, conception de son rôle, et perception de soi
Compétence pour cette action	Apporter une aide au suicide	passive / indirecte / euthanasie (active)
Base juridique et fondement de l'action	Art. 114 et 115 du code pénal	Art. 114 et 115 du code pénal / codes professionnels / directives éthiques

Fig. 1 : Pour établir la distinction entre suicide assisté et euthanasie

3. Questions éthiques

En fonction de quoi les décisions concernant l'euthanasie et le suicide assisté doivent-elles être prises dans des situations concrètes ? Aussi justes et importants que soient le respect et la protection des décisions prises personnellement en conscience, il ne faut pas pour autant ramener des décisions difficiles concernant la fin de la vie à des questions d'éthique individuelle. Une prise en compte appropriée du problème et une prise de décision doivent faire apparaître clairement la complexité de ces situations et les effets qui y sont liés sur le plan de la société. Quels que puissent être l'isolement et la solitude dans lesquels on ressent et on vit le mourir, la mort ne se produit pourtant pas dans un lieu au-delà de la société. Le caractère asocial du mourir et le fait que le mourant va être éliminé constituent précisément des phénomènes entièrement sociaux.

3.1 Situations décisionnelles complexes

Les décisions de la fin de la vie sont enserrées dans un réseau de relations et de structures personnelles, sociales et institutionnalisées, d'attentes réciproques, d'orientations normatives ainsi que de conditions générales politiques et juridiques. Les réflexions éthiques individuelles et sociales, politiques et juridiques sont indissolublement liées.

-
- Mourants et personnes désireuses de mourir
 - Proches
 - Environnement social
 - Professionnels (p.ex. médecins, soignants, thérapeutes, aumôniers, travailleurs sociaux)
 - Bénévoles (p.ex. organisations s'occupant d'euthanasie, hospices)
 - Politique
 - Églises
 - Droit
 - Public
-

Fig. 2 : Acteurs sociaux

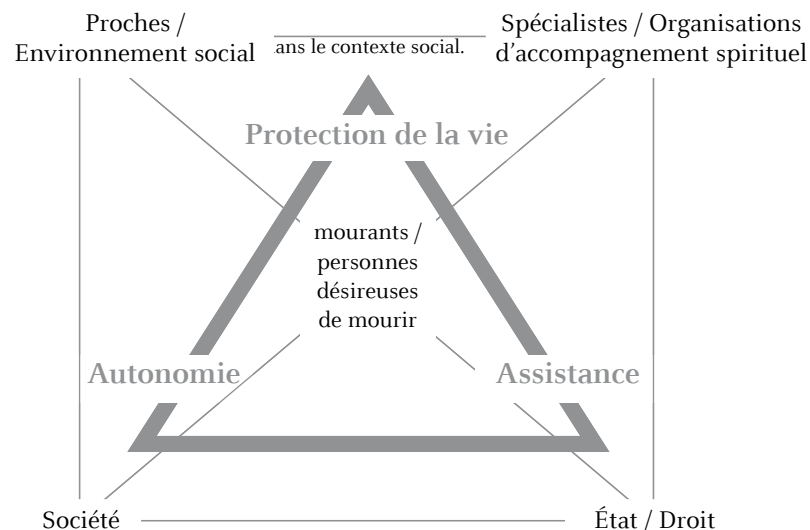
Mais, dans les discussions publiques et dans les débats d'éthique professionnelle, ce sont des orientations normatives tout à fait différentes qui entrent en jeu :

-
- Droits de la personnalité et autres droits
 - Principe d'autonomie (autodétermination et responsabilité propre)
 - Respect et (obligations d') assistance
 - Solidarité avec les nécessiteux, les exclus, les personnes âgées, les malades, les personnes qui souffrent, les mourants
 - Principes médicaux (respect de l'autonomie, faire du bien, ne pas nuire, justice), principe du consentement éclairé, règles professionnelles
 - Principes de soin, empathie
 - Normes et valeurs sociales (liberté, interdiction du meurtre, solidarité...)
 - Justice sociale et politique Public
-

Fig. 3 : Orientations normatives

Il existe dans notre société un accord assez large quant aux normes et aux principes énumérés. Dans les discussions actuelles à propos des décisions sur la fin de vie, cela ne fait pratiquement pas l'objet de controverses sur le principe. Au fond, les débats éthiques se déroulent dans un triangle normatif composé de : la protection de la vie (interdiction du meurtre, sauver, entretenir et protéger la vie), autonomie (autodétermination et responsabilité propre, respect de la liberté de l'autre), assistance (solidarité, empathie, soutien, suppléance).

Toute décision devra tenir compte de ces trois principes. Le droit à l'autodétermination, qui découle du principe d'autonomie, ne saurait annuler l'obligation de protéger la vie. L'engagement en faveur de la protection de la vie ne peut pas supprimer le principe d'autonomie. L'obligation d'assistance ne doit pas abolir l'autonomie d'une personne. Et on ne peut pas éluder les devoirs concernant la protection de la vie sous prétexte que l'on a, sans bien réfléchir, accédé aux souhaits et aux demandes d'une autre personne. La caractéristique, la signification et le poids de ces trois principes résident précisément dans le fait qu'ils sont en relation réciproque. En absolutisant un principe aux dépens des autres, ou en éliminant l'un en faveur des autres, on modifierait ou annulerait le contenu, la signification et la fonction des trois.



3.2 Conflits normatifs

Ces trois principes sont profondément ancrés dans notre culture, notre pensée et notre façon d'agir. Et en même temps, nous nous rendons compte sans cesse que, dans certaines situations concrètes, ils se situent dans une relation de tension. Il arrive souvent, dans la réalité, qu'un conflit surgisse entre des obligations qui, toutes, sont fondamentales. Cela vient du fait que ces principes sont en effet fondamentalement égaux, mais qu'ils n'ont pas le même ordre de priorité en fonction de la situation. Dans le débat sur l'euthanasie, on voit apparaître ce choc entre les devoirs et les normes, par exemple à propos des questions suivantes :

- Le principe de la protection de la vie reste-t-il valable lorsque cela entraîne une souffrance insupportable et sans avenir ?
- Le respect de l'autonomie interdit-il de s'opposer au comportement manifestement autodestructeur d'une personne ?
- À l'inverse, l'obligation d'assistance implique-t-elle l'interdiction de l'accompagnement au suicide chez une personne incapable de discernement, mais subjectivement désespérée et sans perspective en raison de sa souffrance ?

- Le principe d'autonomie oblige-t-il à accéder au désir de mort d'une personne en situation vitale critique (au lieu de lui proposer des moyens de surmonter sa crise) ?
- Le principe d'autonomie est-il suffisant pour considérer comme justifié le désir de mort chez une personne de tout âge, indépendamment de son état de santé et des perspectives d'avenir (même si la personne concernée n'est pas en mesure de les reconnaître, pour le moment) ?
- L'obligation d'assistance oblige-t-elle à protéger la vie lorsque la personne concernée n'est pas en mesure de faire connaître sa décision pour le moment ou de façon persistante (démence, Alzheimer, coma) ?
- Ou bien, à l'inverse, l'obligation d'assistance exige-t-elle, à l'encontre du principe de protection de la vie, que l'on tienne compte du droit à l'autodétermination de la personne concernée, en se substituant à elle (testament de vie, volonté probable, intérêt bien compris) – même lorsque aucun désir de mort n'a été explicitement formulé ?

Ici surgissent des questions complexes d'évaluation et de réflexion. Sur le fond, on peut distinguer deux manières différentes de traiter le conflit :

3.2.1 Le modèle hiérarchique

Soit on se décide en faveur d'un principe, les autres étant placés, à partir de là, dans un ordre hiérarchique. Par exemple : face à des douleurs et à des souffrances insupportables, ce sera le principe d'autonomie qui comptera, même si la décision va à l'encontre du principe de protection de la vie. Ou, à l'inverse : la protection de la vie sera prioritaire par rapport au droit à l'autodétermination, car on y voit la condition de toute action et de toute décision. L'obligation d'assistance prendra place dans l'ordre hiérarchique, soit pour appuyer la décision, soit pour prendre en compte l'intérêt bien compris d'une personne, en se substituant à elle, y compris à l'encontre du désir de mourir qu'elle exprime.

3.2.2 Le modèle par médiation

Soit les trois principes vont devoir être insérés dans une relation qui leur accorde leur place – de manière appropriée à la situation. Par exemple : c'est à la protection de la vie qu'on accordera la plus grande importance, mais il se peut que, pour certaines personnes, la vie soit devenue absolument insupportable. La décision qui en découle a droit au respect, en tant qu'elle exprime l'autonomie. Les personnes concernées vont donc devoir élucider leur conception de la responsabilité (vis-à-vis de la personne désireuse de mourir et vis-à-vis d'elles-mêmes) ainsi que l'obligation d'assistance qui en découle.

3.2.3 Orientation éthique intégrative

Il semble que la « solution hiérarchique » soit plus claire et qu'elle prête moins à confusion, mais elle conduit à suspendre arbitrairement les principes ou à les opposer entre eux. Elle a des conséquences fatales sur le plan éthique, car elle lèse ou annule le statut, la valeur et la fonction des principes eux-mêmes. L'argumentation éthique et la médiation normative se voient remplacées par une position et une subordination dogmatiques.

Une prise de décision au moyen de la « solution par la relation » évite ce genre de jugement catégorique. On y présuppose que tous les principes mentionnés ont une valeur. Mais leur portée réelle respective va être évaluée et située d'une manière appropriée, dépendant de la situation. La détermination des relations ne se fera pas selon un schéma général, ce qui annulerait alors la valeur fondamentalement égale des principes. En même temps, on voit apparaître les limites des orientations prises en fonction de l'éthique des principes, à laquelle se heurtent presque inévitablement les lourdes décisions de la fin de vie. Les décisions qui se situent à la limite de la vie doivent être *réfléchies, pesées, évaluées dans chaque cas individuel, dans le cadre des situations concrètes qui sont celles des personnes concernées et de l'entourage. Ce qui suppose que l'on soit prêt et disposé à prendre ses responsabilités pour les décisions prises et les conséquences qui en résulteront.*

L'euthanasie, l'accompagnement des mourants et le suicide assisté situent le mourir dans le cadre d'un agir auquel l'être humain peut donner forme et dont il a la responsabilité. Cette responsabilité suppose que l'on soit à

même de choisir entre plusieurs formes d'action. Agir de façon responsable c'est prendre au sérieux la liberté qui garantit le droit de chacun et à laquelle nous sommes appelés – dans un sens plus large et dans une perspective chrétienne. Quelle que soit la façon dont la décision concrète d'une personne est prise et justifiée, il importe de préserver, de protéger et de rendre possible cette liberté, en tant que condition permettant la prise de responsabilité.

4. Éléments d'orientation et d'appréciation théologico-éthiques

4.1 La vie est un don

Dans une perspective chrétienne, la vie est un don de Dieu. C'est ce qui en fait la dignité inconditionnelle ainsi que l'obligation de la respecter et de la protéger. En tant que don de Dieu, la vie constitue également pour l'être humain un devoir : il s'agit de donner forme à la vie, de la rendre possible, de la protéger, de la favoriser, de donner la capacité de vivre et de partager cette vie, dans la communauté, de façon solidaire. Dieu est ami de la vie.

Selon la conception de la Réforme, tous les êtres humains sont appelés à une vie dans la liberté (Ga 5.13a). La vie humaine est due à l'action de Dieu. C'est en cela que la vie de chaque être humain est en harmonie avec la vie de tous les autres.

La vie terrestre passe, mais non pas la vie en soi. Les chrétiens vivent de l'espérance de la « vie éternelle » au-delà du temps, cette vie qui est entrée, par Jésus-Christ, dans le temps (Mc 1.15 ; Lc 10.9 ; Ga 4.4). La mort de l'être humain n'a pas le dernier mot, ce n'est pas cela qui demeure, cette mort a perdu son « aiguillon » (1 Co 15.54-55 ; Jn 11.25).

La mort est l'expression de l'existence terrestre de l'être humain, l'expression d'une vie heureuse et incertaine, réussie et fragile, rayonnante et remplie de peines ou de douleur, comblée et injuste, protégée et solitaire, riche et pitoyable, florissante et humiliée, forte et brisée (cf. Qo 3.19-21). Selon la conception judéo-chrétienne, c'est toujours une vie entremêlée de fautes, dont les bienheureux n'ont jamais mérité les biens, ni les malheureux la souffrance qui les tourmente.

La vie n'est pas une catégorie morale et la Bible se défend obstinément d'apprécier sur ce plan-là les destins individuels. Le fait que le monde soit tissé de culpabilité efface toute distinction entre les héros et les ratés de la morale (Rm 3.23 ; Jc 3.2 ; 1Jn 2.2).

La foi chrétienne sait que les possibilités humaines sont limitées et que tout salut terrestre est fragile (Mt 6.19-21 ; cf. également Jn 18.36). C'est en cela

que repose aussi le devoir de l'être humain de s'investir pour l'amour de soi et du prochain – sans garantie de succès et sans assurance d'exactitude. Il n'est pas d'alternative à la vie risquée.

Le bonheur va et vient, tout comme menace l'échec et grandit l'espérance, comme survient la douleur et se perd le sens jusqu'à ce que la vie s'y brise. La Bible connaît l'histoire de beaucoup de vies de ce genre. Aucune douleur, aucun désespoir ne lui est étranger. En même temps, les biographies ne s'achèvent pas là, de même que l'histoire de Jésus-Christ ne se termine pas le jour du Vendredi-Saint, mais qu'elle aboutit à la victoire sur la mort, à Pâques.

4.2 Vivre entre dépendance et liberté

La vie humaine connaît de nombreuses expériences situées dans l'espace séparant dépendance et liberté. Lorsque l'on prend conscience des limites de l'action humaine, lorsque l'on éprouve sa propre impuissance, que l'on se sent prisonnier, comme dans une cage de fer, d'un corps qui se dégrade, d'un esprit qui divague ou d'une âme inquiète, toute idée de totalité, de santé et de guérison est étouffée. Toute explication, toute justification, toute solution de principe ne serait que refus cynique des faits. La réalité se moque de nos consolations et de nos recettes familières. Le récit du Vendredi-Saint, dans ce contexte, évoque l'abandon par Dieu au milieu de la plus grande souffrance.

La souffrance, la vulnérabilité, l'invalidité et l'impuissance sont l'écharde dans la chair de l'être humain actif, souple, qui doit toujours pouvoir contrôler sa vie. Lorsque ce contrôle s'atténue parce que les mains et la tension du corps perdent de leur force, lorsque la vie se met à s'écouler entre les doigts, lorsqu'on ne peut plus s'accrocher à rien, lorsque l'esprit, le corps et l'âme sont saisis d'une sourde et lourde fatigue, c'est là que l'on voit apparaître « l'autre » réalité de la vie humaine. C'est précisément dans une perspective chrétienne que l'on peut et que l'on doit faire place aux ambivalences existentielles entre action et souffrance, activité et passivité.

Cette « autre » réalité se reflète également dans nos jugements et nos pensées. Les jugements que nous portons sur nous-mêmes et sur le monde manquent de certitudes ultimes. Ils sont provisoires et susceptibles d'er-

reurs. Cela nous insécurise, mais cela nous libère également du poids des réponses définitives. Les Réformateurs, dans ce cas, ont également parlé de la grâce qui n'est pas promise uniquement à ceux qui obéissent et qui pratiquent la droiture, mais aussi à ceux qui doutent et qui désespèrent. Si elle n'était destinée qu'aux premiers, on n'aurait pas besoin de grâce. Ce qui ne veut pas dire que la Parole s'adresse à l'indifférence, mais bien au courage de prendre ses responsabilités, d'assumer ses décisions et ses actes et de ne pas désespérer à cause de leur caractère provisoire.

4.3 La vie en crise : la souffrance dans la société

Si l'on entreprend une réflexion réaliste et humaine sur le mourir dans notre société, on n'évitera pas la notion de souffrance. Il faut intégrer la souffrance dans notre conception de l'homme – marquée par la notion d'autonomie. Nous serions sinon menacés de n'avoir qu'une image tronquée de l'être humain, de ne voir que « l'être humain souverain ». Il s'agit de mieux prendre en compte la dignité de l'être humain qui demeure, indépendamment de toutes ses capacités réelles, de son état actuel et de ses possibilités futures.

Respecter la dignité, la reconnaître, la prendre au sérieux et la protéger, dans la douleur, la souffrance et le désespoir, c'est s'abstenir de toute solution de principe lors des décisions existentielles de la fin de vie. Ce que l'on attend, ce n'est pas l'acte juste du point de vue moral, ou fondé du point de vue éthique, mais le fait que toutes les personnes concernées soient disposées à assumer la responsabilité de se mettre (soi-même) à la place de l'autre, à s'investir et même, lorsque les choses deviennent graves, à accepter d'être coupables, en conscience et délibérément.

Bien que cette notion ne soit presque plus présente dans notre langage habituel, on ne peut parler de l'accompagnement au suicide de manière appropriée qu'en le situant dans le cadre de la possibilité humaine d'un échec à vivre. Un désir de mourir n'est pas seulement l'expression d'une décision autonome passant à l'acte, mais, en tant que mort anticipée, c'est un choix assumé au seuil d'un état de perte de souveraineté. La mort vue comme point de fuite pour ne plus être dépendant et à la merci des autres constitue pour beaucoup de gens une importante motivation de leur désir de mort. Il sera d'autant plus difficile de supporter cet échec dans une société qui me-

nace de plus en plus de perdre de vue son propre caractère fragmentaire. Le délabrement du corps et de l'esprit, le désordre de l'âme sont vécus comme une humiliation, mais : y a-t-il encore des lieux où se plaindre ? Tout suicide nous inquiète, nous trouble, nous bouleverse ou nous paralyse, mais : y a-t-il encore des lieux où douter et désespérer ?

Il ne s'agit pas de faire porter à la société la « faute » des suicides ou des tentatives de suicides commises en son sein, comme si, dans des conditions différentes, il lui aurait été possible de les éviter. Il s'agit plutôt de faire comprendre que suicides et désirs de mort se situent dans un monde social – quels que soient le secret et le silence dans lesquels ils sont accomplis. Le sérieux avec lequel une société envisage le mourir et les mourants se manifeste notamment dans la perception, la sensibilité et l'ouverture des vivants vis-à-vis de questions sur lesquelles il vaut la peine de réfléchir :

- Nous est-il jamais venu à l'idée que le désir de mettre fin à sa vie, de tourner maintenant le dos à la vie, pourrait aussi être un désir de nous tourner le dos à nous ?
- Le désir de suicide ne renvoie-t-il pas aussi à notre propre incapacité à faire dans la vie une place à la mort, au mourir ?
- Est-ce que le fait d'organiser des suicides assistés n'atteste pas notre crainte, notre incertitude et notre incapacité à vivre le mourir des autres, à le vivre avec eux, et donc à nous voir ainsi rappeler notre propre condition de mortels ?

4.4 Évaluer la vie ?

Concevoir la vie comme un cadeau interdit que l'on se contente de l'évaluer et de l'exploiter. C'est ce sur quoi repose la notion de dignité indéfectible de l'être humain qui voit dans les droits de l'homme une valeur universelle. L'image de l'être humain dans le christianisme réfute toute tentative de mesurer la dignité humaine à l'aune du « valable » ou du « sans valeur ». La question de savoir s'il est (encore) possible de tenter une intervention chez une patiente, ou si ce n'est plus la peine, n'a rien à voir avec la valeur ou la dignité de cette personne. La dignité de l'être humain se reflète jusque dans une existence devenue un poids insupportable ou une souffrance apparem-

ment interminable – indépendamment du fait que, sur le plan subjectif, on puisse trouver un sens à cette vie. La vie humaine – au double sens du terme – a en soi infiniment de valeur parce qu'elle est chargée de dignité. Les valeurs s'appliquent aux jugements que les humains portent dans la vie, la dignité de la vie humaine échappe à toute évaluation.

Il y a parfois des motifs pour ne plus tenter une médication ou pour interrompre un traitement. Ainsi, ce que l'on peut constater et pronostiquer de la qualité de la vie pour décider de l'attribution d'organes pour une transplantation joue un rôle important. Eu égard à l'égalité des intérêts de tous et aux avantages et inconvénients pour les patients, on ne saurait éviter de procéder à une balance des intérêts. Ces décisions, prises sur la base de diagnostics et de pronostics médicaux relatifs à l'état de santé et à l'espérance de vie, doivent être nettement distinguées de la valeur attribuée à la personne concernée. Il ne faut en aucun cas que la mort soit la résultante d'un jugement de valeur porté sur une personne.

5. L'euthanasie en médecine et dans la société

5.1 Take care

Se soucier, prendre soin, c'est se situer dans un certain type de relation à l'autre à qui ce soin est destiné. Cette relation n'est pas déterminée par quelque devoir moral, par des normes éthiques ou des principes juridiques généraux. Elle consiste au contraire exclusivement à se mettre soi-même en relation, à se rendre présent et à le rester. Il ne s'agit pas de s'interroger pour savoir qui est mon prochain, mais de se demander si je suis le prochain de l'autre (Lc 10.25-37). Cette permutation de sujet que nous présente Jésus dans la parabole du bon Samaritain révèle une critique radicale de toute moralisation du vécu existentiel : il n'est pas question d'action juste ou erronée, pas question de savoir si quelqu'un a droit à de l'aide ou bien si tel malheur était bien mérité. Jésus nous exhorte au contraire à bien voir la situation du prochain et à nous laisser toucher. Cette exigence a toute sa valeur dans le contexte de la réalité sociale que constitue la « solitude des mourants à notre époque » (Norbert Elias). L'abandon dont les mourants font l'objet suscite une véritable crainte à laquelle beaucoup de personnes préfèrent la mort librement choisie.

Se soucier, c'est aussi prendre en compte et protéger l'autonomie de l'individu, précisément lorsque celui-ci ou celle-ci se trouve dans le pire désespoir ou dans le non-sens. Respecter, c'est souvent repousser fermement toute moralisation. La miséricorde de Dieu se révèle dans le fait qu'il accepte l'être humain sans condition. Dans la communauté humaine, ce caractère inconditionnel se reflète dans le partage et la compassion qui s'abstient de tout jugement moral.

Le fait de *se soucier* se manifeste, enfin, par la disponibilité à être présent, à ne pas laisser seuls les mourants, à les accompagner en cette phase ultime de leur vie. « Le secret de l'accompagnement des patients, c'est de les accompagner », tel est le principe simple, logique d'un des précurseurs du mouvement de l'Hospice.

Le côté tragique des décisions existentielles de la fin de vie ne s'accorde évidemment pas très bien avec nos sentences théologiques sur la vie comme don et cadeau de Dieu. Il n'y a pas de justification humaine pour mettre un

terme à sa propre vie puisque, dans la perspective de la Réforme, il ne saurait y avoir d'autojustification dans et pour sa vie. Et en même temps, moi seul puis recevoir et concevoir ma vie comme don du Créateur. Personne ne peut se substituer à moi pour cela. Et personne ne peut exiger de quelqu'un d'autre qu'il conçoive sa propre vie comme don de Dieu. Et c'est précisément en cela que consiste le devoir des chrétiennes et des chrétiens : faire tout ce qui est possible pour que les êtres humains puissent se vivre comme créatures de Dieu, qu'ils perçoivent leur vie comme don du Créateur, qu'ils puissent l'accepter ainsi, la vivre et, parfois, y tenir bon et y persévérer. Il s'agit de vivre de façon humaine pour que vivre et mourir humainement soient possibles. Et non pas que l'obligation de protéger la vie soit élevée au rang d'un impératif vidé de toute humanité et opposée à l'individu que la souffrance désespère et brise.

5.2 Accompagnement spirituel, « cure d'âme »

*« Qui va reconforter le patient de la chambre 11, celui qui a un cancer ?
Le médecin pense : c'est sans doute l'infirmière.
L'infirmière pense : ce sera sans doute la famille.
La famille se dit : sans doute le pasteur,
et le pasteur : Dieu, espérons-le ! »*
Kurt Marti

L'accompagnement spirituel chrétien (cure d'âme) suppose une certaine forme de communication de l'Évangile et une pratique spécifique de la foi dans les situations compliquées et conflictuelles de la vie. On ne peut pas faire entrer de force cet accompagnement dans les limites d'un schéma. Il ne mène pas à des objectifs bien déterminés, ne nous égare pas en direction d'un sens donné d'avance. Mais il accompagne l'être humain, prend part à sa vie et, ce faisant, devient une partie de l'histoire de la vie de ces personnes que l'on accompagne. Le sujet de cet accompagnement, c'est la personne accompagnée. C'est elle qui donne « le ton » et la direction. On trouve déjà dans l'Ancien Testament l'esquisse de cette conception d'un accompagnement spirituel basé sur la participation et le dialogue. Face au malheur qui a fondu sur lui, Job répond à ses amis : « Supportez-moi, et

moi je parlerai. [...] Tournez-vous vers moi. Vous serez stupéfaits et mettez la main sur votre bouche. » (Job 21.3a.5).

Cette demande de Job contient en germe le programme d'un accompagnement spirituel des mourants et des personnes désireuses de mourir. Selon ces lignes, la cure d'âme s'oppose d'une part à toute individualisation de la souffrance provenant de l'isolement des personnes qui souffrent. D'autre part, elle s'oppose à des consolations d'ordre général, qui n'engagent à rien, et qui ne cherchent qu'à rendre supportable une situation sans espoir. Parce qu'elle est accompagnement, elle entre dans le cadre de l'horizon de la vie de la personne accompagnée. C'est par l'écoute, par l'effort fait pour comprendre et par l'offre de partager ce qui peut l'être, ce qu'on veut partager – mais c'est également par l'effroi, le silence et la protestation de l'accompagnement spirituel – que la personne accompagnée sera le sujet d'une histoire commune. L'objectif de cette pratique, c'est une relation authentique et constructive qui prendra en compte et qui vivra les différences intra et interpersonnelles.

Si c'est dans cet esprit que l'accompagnement spirituel rencontre une personne, on n'évitera pas de se trouver confronté à son propre effroi, à son propre silence. Comme c'est le cas pour Job, un accompagnement spirituel bien compris va rompre avec les répartitions conventionnelles et paternalistes des rôles. Il arrive que celui ou celle qui en est chargé(e) ait besoin d'être consolé(e) par la personne qu'il ou elle accompagne sur le plan spirituel. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, c'est en admettant ses propres limites et sa crainte d'être confronté à la souffrance que se trouve la clé d'un travail d'accompagnement spirituel qui « s'autodiscipline » (Henning Luther), pour éviter de fuir vers des consolations superficielles.

Tout ceci est lié à des questions de grande ampleur. Le Catéchisme de Heidelberg de 1563 répond ainsi à la première question (« Quelle est ton unique assurance dans la vie comme dans la mort ? ») : « C'est que, dans la vie comme dans la mort (Rom 14.7s.), j'appartiens, corps et âme, non pas à moi-même (1 Co 6.19), mais à Jésus-Christ, mon fidèle Sauveur (1 Co 7.23). » Que signifie l'admonestation de Paul : « Ou bien ne savez-vous pas que votre corps est le temple du Saint-Esprit qui est en vous et qui vous vient de Dieu et que vous ne vous appartenez pas ? » (1 Co 6.19) par rap-

port à un désir de mort ou au suicide assisté ? Quelle est ici la place de la cure d'âme chrétienne, en quoi consiste sa tâche ?

À ce stade, il convient de distinguer – en fonction de l'insertion dans le déroulement d'une existence – différentes perspectives dans la cure d'âme chrétienne. Notamment pour ce qui est de l'accompagnement des personnes désireuses de mourir, ce qui est prioritaire, ce sont des conceptions de la cure d'âme déterminées non par la thérapie ou l'annonce de l'Évangile, mais par la biographie. Il ne s'agit pas de porter un jugement moral ou éthique sur un souhait, une intention ou une action et sur les moyens de les réaliser qui en découlent. Mais plutôt de respecter la décision autonome d'une personne, et, à sa demande, de l'accompagner sur le chemin de sa vie. L'accompagnateur ou l'accompagnatrice sera peut-être en désaccord avec ce désir de mourir, pour des motifs ou des considérations personnelles. Mais on se méprendrait sur le sens de cet accompagnement spirituel si on faisait dépendre cette sympathie d'un accord avec la décision prise. La solidarité de l'accompagnement spirituel s'adresse fondamentalement à la personne, indépendamment des décisions qu'elle prend ainsi que de leurs conséquences. La question décisive est ici aussi : suis-je le prochain de cette personne désireuse de mourir ?

L'entretien de cure d'âme se situe dans un éclairage différent lorsqu'il est question de savoir si quelqu'un devrait ou non mettre fin à sa vie. Cette question fait apparaître un conflit de conscience et de décision exigeant une réflexion éthique. Ce qui est essentiel, c'est la capacité de la personne accompagnée à conduire sa vie d'une manière autonome, à prendre des décisions et à gérer les conflits. Mais les opinions, les hésitations ou les contradictions de la personne chargée de la cure d'âme devront naturellement trouver leur place dans une situation de communication équivalente. Ce qui peut vouloir dire que l'on désignera clairement les limites de sa propre capacité et de sa propre disposition au dialogue et qu'on en tirera les conséquences.

Dans une perspective protestante, il ne faut jamais perdre de vue la différence faite par les Réformateurs entre personne et action – soit, en termes théologiques : entre le fait d'être accepté par grâce et les œuvres dont on a soi-même à rendre compte. Il s'ensuit que l'accompagnement spirituel

participe à la vie de la personne accompagnée. La personne qui accompagne est un prochain. Mais accompagner quelqu'un ne signifie pas que l'on épouse son action, ni qu'on la soutienne moralement dans sa façon d'agir ou que l'on justifie ses décisions. « Cure d'âme » n'est pas complicité. L'accompagnement spirituel exige et produit de la solidarité, pas une justification sur le plan éthique.

6. Questions ouvertes

Les décisions de la fin de vie sont des défis qui – comme tout jugement et toute action concrète – se posent sans cesse à nouveau. Cette tâche reflète d'une part l'évolution permanente de la conception des normes et des valeurs de la société. Et d'autre part, cette évolution elle-même est une réaction aux nouvelles actions et aux nouvelles décisions auxquelles nous sommes confrontés dans le cadre de notre civilisation scientifico-technologique. Les réponses elles-mêmes que l'on peut donner aux questions relatives au suicide assisté et à l'euthanasie ne seront jamais que provisoires. Et beaucoup de questions n'accepteront pas de réponse hâtive et sans équivoque. Il est d'autant plus important de ne jamais perdre de vue leur caractère limité dans le temps, leur besoin de révision et leur capacité de modification. Pour conclure, nous aborderons trois controverses présentes actuellement dans le débat public.

6.1 Les limites du droit

Les sociétés libérales et les États constitutionnels prennent très au sérieux le droit de chaque personne à l'autodétermination. Le droit oblige l'État à ne pas mettre en danger la vie de l'individu et à le protéger contre les attaques d'un tiers, mais pas lorsqu'il s'agit de la personne (en tant qu'entité juridique) contre elle-même. Par ces droits défensifs, le législateur garantit également la liberté de chacun de disposer de sa propre fin de vie. Le droit protège aussi chaque personne individuelle contre le devoir ou l'obligation qui lui serait imposé par un tiers d'être condamnée à continuer à vivre.

Mais que se passe-t-il dès lors que quelqu'un ne peut plus revendiquer personnellement cette liberté ? Les situations dans lesquelles se manifeste le désir de mourir se caractérisent souvent par la perte de la liberté d'action et par une impuissance et une dépendance de grande ampleur. Ce qui soulève des questions considérables : si nous admettons qu'une souffrance insupportable constitue une raison valable de vouloir mourir et justifie qu'on appuie cette intention, cela ne devrait-il pas s'appliquer, en premier lieu, aux personnes dont le handicap, la maladie ou la souffrance a atteint un degré tel qu'elles n'ont même plus la capacité physique de procéder elles-mêmes à leur suicide ?

Ou encore, que se passe-t-il lorsque, en raison d'une maladie psychique ou d'une incapacité de jugement, une personne n'a pas la possibilité de faire appel au suicide assisté ? Ressentir la souffrance et la douleur, vivre une situation désespérée, tout cela ne dépend pas de l'état psychique de quelqu'un ni de sa capacité ou de son incapacité de jugement. Et pourtant, le désir de mourir qui en résulte est évalué différemment parce que le statut de la déclaration par laquelle la personne désireuse de mourir fait connaître son intention ne répond pas aux exigences minimales.

Une telle différence de traitement est en contradiction avec notre conception de la justice. Au cours de débats récents, de plus en plus de voix s'élèvent pour demander que le droit à la liberté de se suicider soit interprété d'une manière beaucoup plus large et soit étendu aux malades psychiques et aux personnes n'ayant pas de capacité de jugement (démence, maladie d'Alzheimer).

Il faut être bien conscient de ce que ces demandes impliquent : il s'agit d'un triple élargissement du suicide assisté qui modifie de façon radicale les conditions dans lesquelles cette assistance se déroule actuellement et est admise par la société. En premier lieu, on exige le suicide assisté compris dans le sens d'une euthanasie active, où l'acte d'homicide n'est plus accompli par la personne désireuse de mourir, mais par un tiers. Cela revient à abandonner le fond de l'art. 115 du code pénal qui contient les dispositions usuelles réglementant le suicide assisté. Au lieu de cela, l'euthanasie active devient un délit d'homicide au sens de l'article 114 du code pénal.

Deuxièmement, la protection juridique de la liberté de se suicider ou de revendiquer une assistance au suicide deviendrait un droit par lequel on pourrait exiger quelque chose d'une tierce personne. Ce genre de droit au suicide aurait pour conséquence que l'État puisse contraindre des personnes à prêter assistance au suicide. Car tout droit exigible constitue un devoir pour les personnes. Mais obliger légalement des gens à prêter assistance à un suicide est en contradiction fondamentale avec le principe d'autonomie lui-même sur lequel s'appuie l'exigence juridique, car le caractère volontaire du suicide assisté se transformerait en obligation susceptible d'être sanctionnée. L'exigence d'un droit à sa propre mort conduit ainsi à une contradiction. Nul ne saurait être contraint de prêter assistance à un suicide.

L'élargissement du cercle des destinataires tient compte, en troisième lieu, de l'augmentation inexorable des tableaux pathologiques qui placent l'État social et la société face à d'énormes défis. En même temps, les règles de notre État de droit dépendent d'une part de la disponibilité et de la capacité par rapport à un discours rationnel et à une gestion des conflits visant à la compréhension, ce qui suppose impérativement certaines conditions cognitives et psychiques. D'autre part, elles consistent à garantir une protection spéciale aux personnes privées d'une part de leurs capacités. C'est précisément à cause des intérêts légitimes des personnes obligées d'avoir recours à l'action d'un tiers qu'il convient de ne pas mettre prématurément à disposition les normes strictes concernant la capacité de jugement et la stabilité psychique. Une société solidaire et consciente de ses responsabilités saura tracer des limites rigoureuses sans pour autant voiler le caractère inévitablement tragique de ce type de décision.

Ce qui apparaît effectivement ici, c'est que le droit n'est pas en mesure de supprimer ou de corriger l'injustice qui existe dans les conditions de vie et les situations. Les limitations qui marquent les possibilités individuelles dans la vie et l'inégalité des situations de départ des êtres humains ne doivent pas conduire à limiter la valeur inconditionnelle des droits à la liberté et à la personnalité. Le droit ne doit pas servir à imposer des intérêts particuliers. Cela transformerait la mission et la fonction des règles de notre État de droit en leur contraire. En même temps, ce serait se méprendre sur la liberté que de considérer les instructions expresses comme n'étant que l'expression de la liberté personnelle d'action, sans avoir élucidé entièrement les circonstances dans lesquelles ces instructions ont été exprimées. L'examen raisonnable et réfléchi de la responsabilité des décisions et des actes sert à protéger les personnes qui ne sont pas, ou plus, ou pas toujours en mesure de défendre leurs intérêts bien compris. La solidarité et la responsabilité de la société trouvent dans ces restrictions leur expression appropriée. Agir par procuration exige une sensibilité, une réserve et une prudence particulières vis-à-vis de la personne à laquelle on se substitue. Là aussi, le droit ne saurait que tracer des limites pour protéger les personnes concernées. Mais, c'est à la limite de la vie que le droit connaît ses propres limites.

6.2 Décisions médicales en fin de vie

L'euthanasie et l'accompagnement des mourants font désormais partie du quotidien du médecin. C'est là, pour une bonne part, le résultat d'une évolution de la médecine qui a fait une place décisive au droit à l'autodétermination et aux intérêts des patients (consentement éclairé). C'est ainsi que le respect de l'autonomie est également au centre des réflexions médicales à propos du suicide assisté, de l'euthanasie et de l'accompagnement des mourants. On ne fait pas pour autant de la volonté du patient un absolu, mais il faut que cette volonté concorde avec les autres principes médicaux : ne pas nuire, porter secours, justice. Les décisions médicales doivent dans chaque cas être évaluées sur la base des quatre principes éthiques de l'action médicale.

Voici les conditions de base du processus de prise de décision médicale :

- La volonté exprimée par le patient est au centre, il convient de la respecter et de la reconnaître.
- Il faut élucider le rôle des proches dans la prise de décision.
- Il existe ou il faut créer d'autres solutions de mode d'action (à défaut de propositions de soins palliatifs globaux, le choix se limite à douleur/souffrance ou précipiter le décès).
- Le choix entre les différents modes d'action est à la portée des personnes qui ne sont pas médecins, elles peuvent le comprendre et prendre des décisions à ce sujet.
- Les processus de décision sont présentés de façon transparente et compréhensible.
- Les intérêts individuels des différentes personnes concernées sont connus réciproquement des unes et des autres.
- La réalité du testament de vie du patient, la façon dont il a été réalisé et son statut doivent être élucidés ; son contenu a un caractère obligatoire

pour l'action médicale (le droit garantit et protège l'action du personnel médical lorsqu'elle correspond à ces dispositions des patients).

- Le personnel médical ne doit pas être contraint à des actions limitant de façon inadmissible leurs droits à l'autonomie ou leurs convictions morales.
- Les procédures de prise de décision doivent tenir compte des processus et être enracinées dans la vie concrète.
- Toutes les personnes concernées doivent disposer du temps nécessaire et avoir une compétence suffisante pour juger de façon réfléchie et responsable.

Aujourd'hui – et ceci en rapport également avec la discussion à propos de l'organisation de l'euthanasie dans les hôpitaux – on aborde la question d'une assistance médicale au suicide en dehors du processus du mourir. Les directives de l'ASSM ont jusqu'ici abordé les questions de l'accompagnement des mourants, de l'euthanasie et du suicide assisté pour des patients en phase terminale. L'ASSM souligne expressément que le suicide assisté ne fait pas partie des activités médicales. Mais cette limite ne concerne qu'en partie la réalité de la décision et de l'action médicale. Étant donné la façon dont se pratique habituellement le suicide assisté en Suisse (prescription de barbiturique natrium pentobarbital) aucun suicide assisté ne peut avoir lieu sans la participation décisive d'un médecin. L'important arrêt du Tribunal fédéral de novembre 2006 qui rend obligatoire la délivrance d'une ordonnance pour le natrium pentobarbital confirme et renforce le rôle du médecin dans le suicide assisté. La motivation de cet arrêt souligne deux choses : d'une part, les questions relatives au caractère approprié d'un désir de mourir et de ses conséquences ne relèvent pas exclusivement d'une explication juridique. Et deuxièmement, un accompagnement, un examen, un contrôle extrêmement compétents sont exigés pour que ce suicide assisté se déroule avec toute la certitude et toute la conscience possibles dans l'intérêt bien compris de la personne désireuse de mourir.

En médecine, le testament de vie du patient constitue un élément important pour vérifier la volonté de personnes qui, actuellement, ne sont plus

en mesure de faire connaître leurs intérêts et leurs souhaits. Ces testaments répondent à un dilemme qui se rencontre assez souvent en pratique médicale : d'une part, un traitement n'est légitime qu'avec l'accord valide de la personne concernée (ou de son représentant légal). D'autre part, il existe de nombreuses situations où cet accord ne peut pas être obtenu (urgences, inconscience, démence, coma). Un accord ou un refus préalables – sous forme de testament de vie – permettent de clarifier les choses et fournissent une garantie juridique. Évidemment, la portée et le caractère contraignant de ces dispositions sont contestés, comme le constate le groupe de travail « droits des patients » de la CCE de l'ASSM ainsi que le législateur, dans son commentaire pour la révision du code civil. Ici apparaissent des questions de détail éthiques et juridiques complexes. Il ne faut jamais perdre de vue qu'il n'existe aucune disposition juridique susceptible de dispenser les acteurs de leur responsabilité, de leurs obligations, mais également de la pression de devoir décider et agir. L'autodétermination se situe toujours entre deux pôles, indépendance et dépendance, responsabilité personnelle et responsabilité sociale.

C'est dans ce contexte qu'apparaissent pour les médecins des tâches extrêmement vastes et lourdes. Jusqu'ici, ils n'ont pas trouvé beaucoup de soutien dans ce domaine. Aussi a-t-on récemment réclamé des directives médicales et éthiques concernant le suicide assisté médicalement. Ces réflexions sont nécessaires et importantes. Mais il ne faut pas franchir les limites des réflexions et des normes éthiques. Les décisions prises aux frontières de la vie mettent aussi toujours en évidence les limites des décisions et de la responsabilité humaine elles-mêmes. Il ne faut pas éluder les limites de ce qui n'est plus décidable, de ce qui ne se situe plus dans les catégories de la responsabilité. À ce stade, la puissance de décision et d'action de l'être humain va devoir, va pouvoir, va avoir le droit de connaître l'échec. On ne confondra pas l'angoisse que ressentent à propos de leur vie celles et ceux qui désirent mourir et les affres de la conscience de celles et ceux qui ont à décider de la mort ou de la prolongation de la vie. Le respect de l'autonomie et de l'intégrité personnelle concerne toujours et en même temps les deux côtés. C'est pourquoi l'assistance médicale au suicide ne peut faire l'objet d'une obligation.

Le caractère urgent et explosif des questions relatives au suicide assisté et à l'euthanasie ne doit pas masquer l'exigence et l'engagement en faveur de l'organisation, en Suisse, de soins palliatifs généralisés. Il ne s'agit pas uniquement d'institutionnaliser les hospices, de former le personnel et d'élucider les questions d'assurance et de financement. Il faudrait plutôt créer des conditions types sur le plan juridique – comme c'est le cas, par exemple, en France – permettant aux proches de prendre une part active à l'accompagnement des mourants.

6.3 Légalisation du suicide assisté et conséquences pour la société

Dans le sillage d'un débat public hâtif et vague à propos du suicide assisté, et à la suite de la façon ambiguë dont les médias ont présenté l'organisation de cette assistance, on en réclame de plus en plus, à grands cris, la réglementation légale. Que pourrait régler une loi de ce genre et quelles en seraient les conséquences ? La pratique actuelle du suicide assisté est nettement définie. La réputation équivoque d'un certain nombre d'organisations d'assistance au suicide n'est pas la conséquence de lacunes juridiques, mais du manque de transparence dans leurs façons de procéder et du reproche qu'on leur fait de ne pas s'en tenir à des règles claires. C'est pourquoi le législateur n'estime pas qu'il y ait lieu d'intervenir. Mais cela serait certainement nécessaire si le suicide assisté, tel que nous l'avons décrit, devait se généraliser considérablement.

Du point de vue des Églises, ce qui vient en premier lieu c'est la question de savoir pourquoi on exige cette légalisation. Pour cela, il faut distinguer entre l'action d'assistance au suicide elle-même et la façon de procéder, comment elle est organisée, planifiée, accompagnée, contrôlée et accomplie. Le suicide assisté ne constitue pas un droit dont quelqu'un pourrait se prévaloir. Mais une société doit exiger que le mode de fonctionnement des organisations d'aide au suicide soit transparent et se déroule selon des normes et des règles universellement reconnues dans la société, que des institutions adéquates puissent les contrôler et les sanctionner. À cet égard, il faut disposer de règlements juridiques clairs qui ne nécessitent cependant pas qu'on ait une loi spéciale pour le suicide assisté.

On peut opposer à ce genre de loi la crainte de voir un certain nivellement des controverses et des conflits moraux et éthiques comme conséquence de la légalisation. Le suicide assisté serait alors une possibilité ou une prestation de service comme une autre, réglée par la loi. En même temps, les partisans de la légalisation doivent partir de l'hypothèse selon laquelle les questions complexes et existentielles de la fin de vie peuvent se régler et se décider de façon formelle par le droit. Cela correspond à une tendance des sociétés individualistes consistant à déléguer à la loi les questions litigieuses du domaine sociopolitique. Ainsi, en cas de doute, la controverse se voit transférée du débat public à la salle du tribunal. Mais, à la vérité, est-ce là le meilleur endroit pour décider du désir de mourir d'une personne très malade ou de quelqu'un qui est désespéré de vivre ? Un tribunal est-il en mesure de traiter ces questions de manière appropriée ? Dans une société consciente de ses responsabilités, on doit répondre à ces deux questions par la négative. Cette société ne saurait abandonner à des arrêts de tribunal les défis posés par la relation avec ses membres mourants, car il n'est aucune législation et aucun tribunal qui soient en mesure d'assumer ces tâches.

Mais, du point de vue de l'Église, la question des conséquences pour la société pèse encore plus lourd :

- Que deviendra l'image du médecin dans la société si, dans les lignes directrices médicales et éthiques, l'assistance au suicide est explicitement considérée comme activité médicale ?
- Que deviendra l'attitude de la société face à la maladie, à la mort et à la souffrance si le suicide assisté est légalisé sous forme de paragraphes légaux ?
- Que deviendront nos idées sur la vie et sur sa protection face à la réalité et à la pratique du suicide assisté et de l'euthanasie ?
- Que deviendra la solidarité de la société avec les personnes âgées, malades, faibles, souffrantes, désespérées et mourantes, si la possibilité du suicide assisté devient une procédure clairement réglée sur le plan juridique ?

Notre société se transforme sans cesse. Cette dynamique engendre la sécurité dans la mesure où elle se fonde sur des bases familières et partagées par tous. Le courage de penser autrement et de chercher des voies nouvelles s'appuie sur la confiance envers les règles qui ont fait leurs preuves. C'est ainsi que les réflexions à propos d'une extension du suicide assisté reposent sur les certitudes d'une société dans laquelle la vie de l'individu constitue le bien le plus digne d'être protégé. Il y a là un reflet de la tradition chrétienne de notre société et de ses convictions fondamentales. Fait également partie de ces fondements l'obligation commune de soins réciproques et de responsabilité substitutive.

En ce qui concerne l'euthanasie et le suicide assisté, ces obligations se conforment au principe « dans le doute, prendre parti pour la vie ». Quiconque se trouve dans une situation où il ou elle n'est plus à même de prendre une décision sur soi et sur sa vie peut s'en remettre à la valeur de ce principe. On ne peut supporter sa propre impuissance que si l'on reste confiant et assuré que cette impuissance va être assumée par d'autres, de façon substitutive. Cette certitude sera-t-elle encore valable dans une société où les limites de la protection de la vie auront été déplacées parce que le doute sur le désir de mourir est lui-même mis en doute ? À quelle protection, à quelle solidarité, à quelle intervention substitutive vont pouvoir se fier des personnes psychologiquement malades, désorientées ou démentes si, dans leur état de trouble et d'errance, on devait les prendre au mot ? Et quelle compréhension de soi va pouvoir transmettre une société à ses membres âgés, fragiles, très malades, handicapés, dans le besoin et mourants, si elle n'est plus prête à porter solidairement les charges de la vie ? Dans un environnement social qui n'est plus disposé à partager ces charges de la vie de façon naturelle, celles et ceux dont la vie est devenue une charge auront inévitablement le sentiment de n'être plus qu'un poids. C'est la crainte d'être une charge pour les autres qui vient en premier lieu, aujourd'hui, chez beaucoup de personnes désireuses de mourir. Il faut s'opposer énergiquement à tout climat dans la société qui favoriserait ce type de pensée, car, de façon subliminale, cela suggère le devoir moral ou même l'incitation au suicide.

Le contact, dans la société, avec des mourants ou des personnes désireuses de mourir soulève des questions diverses et considérables. Il n'y a pas de

réponse simple, globale ou universellement valable à ces questions. Mais en aucun cas la réponse d'une société ne saurait consister à ne pas (à ne plus) se les poser.

7. Bibliographie

Baumann-Hölzle, Ruth et al: *Hilfe beim Sterben – nicht Hilfe zum Sterben!* Positionspapier zum Thema Sterbehilfe. Dialog Ethik, Zürich, 2005.

Luther, Henning: *Tod und Praxis*. Die Toten als Herausforderung kirchlichen Handelns. Eine Rede, in: «Zeitschrift für Theologie und Kirche» 88/1991, p. 407–426.

Luther, Henning: *Die Lügen der Tröster. Das Beunruhigende des Glaubens als Herausforderung für die Seelsorge*, in: «Transparent-Extra» 62/2001, p. 2–11.

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK): *Beihilfe zum Suizid*. Stellungnahme Nr. 9/2005, Bern 2005.

NEK: *Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe*. Stellungnahme Nr. 13/2006, Bern 2006.

Peter, Hans-Balz / Möсли, Pascal (Hg.): *Suizid...? Aus dem Schatten eines Tabus*, Zürich 2003.

Rehmann-Sutter, Christoph et al. (Hg.): *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin*, Bern 2006.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): *Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen*, Basel 2004.

SAMW: *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen*, Basel 2004.

SAMW: *Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen*, Basel 2006.

Schweizer Bischofskonferenz (SBK): *Die Würde des sterbenden Menschen. Pastoral Schreiben der Schweizer Bischöfe zur Frage der Sterbehilfe und der Sterbebegleitung*, Einsiedeln 2002.

Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (SEK): *Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen*. Vernehmlassungsantwort des Rates SEK an die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Bern 2006.

SEK: *Leben auf der Grenze. Entscheidungen am Lebensende aus theologisch-ethischer Perspektive*, SEK Studie 1, Bern i. Ersch. (dort weiterführende Literatur).

SEK: *Selbstbestimmt leben – und Sterben? Zur aktuellen Debatte um «Dignitas» in Deutschland*. Stellungnahme des Rates des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes, Bern 2005.

Zürcher Kirchenrat: *Nein zur aktiven Sterbehilfe*, in: «Annex: Sterbehilfe» 38/2000, p. 3–12.

Thèses récapitulatives

1. L'être humain tel que Dieu le veut

- La vie humaine – y compris dans le mourir – est une vie voulue de Dieu.
- La foi chrétienne, dans des situations de désespoir, d'échec, de défaillance, de découragement, se sait portée par la promesse de la vie nouvelle après la mort.
- L'intention de la cure d'âme chrétienne c'est d'être le prochain des personnes qui meurent ou qui souhaitent mourir.
- La cure d'âme chrétienne trouve sa source dans le respect de chaque personne et dans le fait de voir en elle une créature aimée et voulue de Dieu. Elle accompagne les êtres humains dans la dernière étape de leur vie. Sa tâche ne consiste pas à juger, à critiquer ou à légitimer leurs décisions.

2. Donner aux mourants leur dignité

- Il n'est aucun jugement théorique et fondé sur des principes qui vaille face au caractère insupportable de la douleur, de la souffrance et du désespoir.
- Une décision de conscience personnelle doit être respectée et reconnue, indépendamment de notre propre approbation.
- L'euthanasie doit, dans la mesure du possible, être guidée par la volonté du patient.
- Les questions relatives à l'euthanasie doivent trouver des réponses autres que médicales. Les processus de prise de décision au chevet des malades et des mourants doivent prendre en compte l'ensemble de la situation dans laquelle se trouve le mourant.

3. Garantie de la liberté de conscience

- Il faut bien réaliser la très grande responsabilité qui est celle des médecins lors des prises de décisions en fin de vie, il convient donc de les protéger (juridiquement) et de leur apporter un soutien (formation, conseils éthiques et psychologiques, accompagnement spirituel, supervision et processus institutionnalisés de prise de décision interdisciplinaire).
- Nul ne doit être contraint d'accomplir des actes d'assistance au suicide.

4. Protection juridique de toutes les personnes concernées

- Les testaments de vie des patients doivent bénéficier d'une protection juridique et avoir force obligatoire.
- Toute personne a droit aux soins palliatifs.
- Le suicide assisté ne constitue pas un droit juridique. Il convient de conserver les réglementations légales actuelles.
- La pratique de l'assistance au suicide organisée nécessite que l'on dispose de règlements bien spécifiés (sur le plan juridique et dans le domaine de l'éthique sociale), qui garantissent le caractère approprié, la transparence et la prudence du processus, la protection de la dignité et des droits de la personne et qui permettent le contrôle.

5. Contre l'instrumentalisation sociale des mourants et des personnes désireuses de mourir

- Le suicide assisté et l'euthanasie ne doivent pas constituer une solution sans alternative.
- L'assistance au suicide et l'euthanasie ne sont pas des instruments de la politique (sociale ou de santé) (pour la réduction des coûts).