

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Zeitschrift:</b> | Curaviva : revue spécialisée  |
| <b>Herausgeber:</b> | Curaviva - Association des homes et institutions sociales suisses   |
| <b>Band:</b>        | 3 (2011)  |
| <b>Heft:</b>        | 4: Vie et mort en EMS : accompagner jusqu'au dernier souffle  |
| <br><b>Artikel:</b> | <br>La conception de la mort, entre prolongement et interruption de la vie : humaniser la mort: un défi pour le monde médico-social |
| <b>Autor:</b>       | Rüegger, Heinz  |
| <b>DOI:</b>         | <a href="https://doi.org/10.5169/seals-813868">https://doi.org/10.5169/seals-813868</a>   |

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 30.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## La conception de la mort, entre prolongement et interruption de la vie

# Humaniser la mort : un défi pour le monde médico-social

Autrefois, la mort s'inscrivait dans une destinée que l'on n'avait pas choisie, à laquelle on n'échappait pas. De nos jours, la mort relève le plus souvent d'une décision, et s'accompagne aussi de nouvelles contraintes. Mais ce qui importe, c'est de renouer avec une culture humaine de la mort.

Heinz Rüegger

La mort n'est pas simplement un processus biologique qui obéit toujours aux mêmes règles. La mort est largement influencée par la culture et son appréhension évolue au fil de l'histoire. Trois évolutions ont ainsi marqué la mort au cours de ces dernières décennies: la longévité, qui a relégué la mort à un phénomène du très grand âge ; la médicalisation, qui a placé la mort dans le domaine de compétence de la médecine ; et la capacité de choisir, qui a fait de la mort l'objet de décisions d'êtres humains autonomes.

Par le passé, le risque de mourir existait à tous les âges de la vie. Il était particulièrement élevé chez les jeunes enfants et chez les femmes qui accouchaient. L'historien et démographe Arthur E. Imhof a travaillé sur l'évolution en Europe, depuis les années 1920, de la durée moyenne de vie «sûre» à laquelle on peut s'attendre. Aujourd'hui, on admet généralement que l'on peut vivre jusqu'à 80 ans avant que la mort nous rattrape. Sous nos latitudes, l'espérance de vie a ainsi gagné une trentaine d'années au cours du dernier siècle, faisant de la mort l'apanage du très grand âge et de son lourd tribut.

### Médicalisation croissante

Puis la mort s'est médicalisée. Autrefois, les individus mourraient généralement chez eux,

**L'espérance de vie a gagné une trentaine d'années au cours du dernier siècle.**

dans un lieu qui leur était familier, entourés de celles et ceux qui avaient partagé leur vie. Les seuls «spécialistes» de la mort étaient alors les hommes d'église. Aujourd'hui, la plupart des personnes meurent dans un environnement médicalisé, sous la surveillance de soignants et dans des institutions spécialisées – hôpital ou établissement médico-social. A cette médicalisation, professionnalisation et institutionnalisation de la mort s'ajoute un catalogue des interventions techniques possibles qui ne cesse de s'enrichir pour empêcher la mort et prolonger la vie.

Dans ce contexte, le médecin Frank Nager a admirablement bien décrit l'apparition des tensions entre, d'une part, la médecine de pointe telle que pratiquée dans les hôpitaux modernes, et d'autre part, la mission d'accompagnement de fin de vie qu'assument justement les institutions et les professionnels, conformément à une répartition des tâches dictée par l'évolution sociale. La médecine œuvre avant tout au service de l'allongement de la durée de vie et lutte contre la mort. La médecine palliative, pour sa part, défend l'idée qu'un accompagnement de fin de vie de qualité fait aussi partie des principales tâches de la médecine.

### Du destin au pouvoir de décision

Enfin, il s'agit d'évoquer ici un troisième mouvement décisif autour de la mort. Alors que par le passé la mort s'inscrivait dans le cours d'une destinée inconnue à laquelle il fallait se soumettre, la médecine offre maintenant de nombreuses possibilités d'intervention pour lutter contre la mort et prolonger

la vie. De nos jours, on ne succombe généralement plus de mort «naturelle» ou «sans raison». De récentes études se sont intéressées au décès de personnes qui étaient alors sous assistance médicale ; il ressort que, dans 51% des cas, la mort relève d'une décision qui avait été prise de laisser mourir la personne.

&gt;&gt;



Autrefois, la mort s'inscrivait dans le cours d'une destinée inconnue, à laquelle il fallait se soumettre.

Photo: Maria Schmid

L'ancienne formule consacrée des avis mortuaires, selon laquelle il aurait plu au Seigneur tout puissant de rappeler à lui l'être cher, semble désormais un peu courte. Aujourd'hui, c'est au défunt lui-même, au médecin qui a prodigué les soins et si possible aux proches que la décision de laisser mourir a plu.

Le fait que la mort puisse résulter d'un processus de décision ouvre une perspective tout à fait nouvelle. Durant des siècles en effet, hormis le meurtre et l'homicide, seul un acte délibéré pouvait conduire à la mort : le suicide. Et encore : l'acte était moralement et juridiquement condamné, soumis aux tabous et aux sanctions de toutes sortes dans l'empêcher le plus possible. Aujourd'hui, pouvoir mourir relève le plus souvent d'une décision humaine.

#### La mort sous contrôle

Depuis plusieurs décennies, l'idée s'est largement répandue dans la culture occidentale que seule une mort choisie et sous le contrôle d'un être autonome pouvait être considérée comme véritablement digne. L'éthicien américain Joseph Fletcher traduit cette idée en ces termes : «Comme le contrôle des naissances, le contrôle de la mort est une question de dignité humaine. Sans de tels contrôles, les individus ne sont que des marionnettes.» Pour sa part, l'éthicien et psychologue italien Sandro Spinsanti la formule ainsi : notre défi est de prendre notre mort en mains, même si nous ne voulons pas nous suicider, mais simplement espérer mourir de mort naturelle.

Et c'est effectivement ainsi que cela se passe dans notre système de santé actuel, que cela nous plaise ou non. Fondamentalement, il appartient à tout être humain, au nom de sa dignité, d'organiser sa fin de vie au plus près de sa conception d'une belle mort ; ce n'est pas aux autres de décider quand, où ni comment

---

#### Le fait que la mort puisse résulter d'une décision ouvre une perspective tout à fait nouvelle.

---

quelqu'un doit finir sa vie. C'est là un postulat moderne de l'autonomie des patients que personne ne songerait plus aujourd'hui à remettre en question.

#### Au plus vite et sans douleurs

Toutefois, derrière les nombreuses conceptions d'une «mort digne» pointe un nouveau

danger, celui justement de définir ce qu'est une belle mort ou une mort digne (par exemple mourir rapidement sans douleurs, sans longue agonie, en étant lucide, en possession de ses facultés sociales et physiques, sans être dépendant des soins d'autrui...) et d'engager la responsabilité du mourant vis-à-vis de ses proches et de la société afin qu'il meure réellement «dans la dignité». En Allemagne, des voix critiques n'ont pas hésité à s'élever pour parler de décès prématuré par «convention sociale».

Les mourants ont donc cette ultime obligation de mourir bien et «dignement», pour reprendre la formulation tout aussi critique de la psychothérapeute et psycho-oncologue Monika Renz. Ce qui était attendu comme la délivrance d'une vie librement choisie jusqu'au bout, devient une nouvelle contrainte sociale qui dépasse les individus, en l'occurrence les mourants, et leur dénie toute dignité au cas où ils n'auraient pas réussi une «belle» mort.

#### Partir aussi proprement que possible ?

Cette subtile pression sociale a son revers : il n'est pas exclu en effet que des personnes se sentent contraintes de mettre fin à leurs jours prématurément, volontairement, avant d'endurer de grandes souffrances et d'être une charge pour les autres ; un décès par «convention sociale», en quelque sorte, en faisant appel à l'assistance au suicide. L'idée serait donc de prolonger la vie et d'en

---

#### Accepter et vivre sa mort comme un élément essentiel qui fait partie de la vie.

---



**«Le principal défi réside dans le développement d'une culture humaine de la mort.»**

Heinz Rüegger, éthicien

Photo: mäd

profiter aussi longtemps que possible, mais de l'abréger rapidement, volontairement et proprement dès que surviennent les premières difficultés. Si c'est là une approche humaine et bienveillante de la mort, permettez-moi d'en douter.

#### Une culture humaniste de la mort

Pour notre société et pour les institutions qui sont quotidiennement confrontées à la mort – ainsi les hôpitaux et les établissements médico-sociaux – le principal défi réside bien plutôt dans le développement, en théorie et dans la pratique, d'une culture humaine de la mort. Dans cette optique, cinq aspects sont particulièrement importants :

■ Le discours sur une mort soi-disant digne ne doit pas contraindre des individus à adopter l'idée d'une mort belle, idéale et contrôlée, pas plus qu'il ne peut permettre ensuite de qualifier leur mort d'indigne parce qu'elle n'aurait pas été conforme à cette représentation idéale. Ainsi que le souligne encore Monika Renz, «la mort n'est ni bonne ni mauvaise ; elle est».

■ Il faut considérer que «mourir dans la dignité» fait partie de la mission des soins et de l'accompagnement en fin de vie. Dans ce sens, les soins palliatifs de qualité accordent une place centrale à la dignité dans la prise en charge des personnes en fin de vie, en allégeant leurs souffrances physiques, psychiques et morales et en respectant leur volonté actuelle – ou en clarifiant soigneusement leur volonté présumée en cas d'incapacité de

discernement – au même titre qu'une directive de soins contrainte.

■ Tout doit être mis en œuvre afin que les individus puissent accepter leur mort et la vivre comme un événement essentiel qui fait partie de la vie, et n'envisagent le recours à l'assistance au suicide qu'en cas d'absolue nécessité. Cela veut dire aussi qu'on doit leur permettre de mourir lorsqu'il est temps et dans des conditions acceptables et respectueuses.

■ Une culture telle que la nôtre, fortement marquée par l'idéal d'indépendance et d'autonomie, doit réapprendre la valeur et la signification du pathos, de la dimension existentielle qui permet d'accepter, d'endurer et d'accueillir ce qui arrive. Accepter sa mort malgré la souffrance et s'en remettre à l'aide d'autrui peut aussi être l'expression d'une dignité humaine et d'une grande maturité.

■ Enfin, en tant que bénéficiaires d'un système de santé moderne, nous devons nous interroger à temps sur la fin de vie, pour nous-mêmes et par égard pour nos proches, et aborder les questions qui l'entourent, notamment celles du renoncement ou de l'arrêt d'un traitement (euthanasie passive). Nous y arriverons d'autant mieux si nous développons un nouvel «ars moriendi», c'est-à-dire un art des derniers instants qui renoue avec une conception occidentale ancienne selon laquelle la vie, tout comme la mort, est un art, et que l'une ne va pas sans l'autre. ●

**L'auteur:** Heinz Rüegger est collaborateur scientifique auprès de l'Institut de Neumünster, dans le canton de Zurich. Ses domaines de compétence sont l'éthique, la gérontologie et la théologie. Il est également aumônier dans un établissement médico-social zurichois. Cet article est tiré d'un exposé que l'auteur a tenu à Prague, le 30 septembre dernier, lors du 12e Congrès de l'E.D.E. (Association européenne des directeurs des structures d'accueil et de services aux personnes âgées) sur «Les grands tabous dans l'accompagnement des personnes âgées». Enfin, Heinz Rüegger est l'auteur de divers ouvrages, dont «Das eigene Sterben. Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst».

Texte traduit et adapté de l'allemand.

Announce

## PERMED JOBS

Au service des placements fixes et temporaires

Votre partenaire dans le secteur de la santé depuis 1985

Permed concentre la plus longue expérience de recrutement de personnel du secteur médical et paramédical de Suisse. Nous avons les compétences pour vous décharger des tâches de recrutement et de gestion de personnel.

**Vous y trouverez des postes intéressants, ou les collaborateurs recherchés.**

Nous serons ravis de faire votre connaissance ! Prenez contact avec nous.



Genf | 022 332 25 35  
Lausanne | 021 321 12 60  
Bâle | 061 263 23 90  
Berne | 031 326 06 06  
Lucerne | 041 240 44 44  
Zoug | 041 726 07 26  
Zurich | 044 254 54 54

[www.permed.ch](http://www.permed.ch)



 **perméd**