

Zeitschrift: Revue de Théologie et de Philosophie
Herausgeber: Revue de Théologie et de Philosophie
Band: 43 (1993)
Heft: 4

Artikel: La vie humaine est-elle sacrée? : Euthanasie et assistance au suicide
Autor: Baertschi, Bernard
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-381509>

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: 12.01.2026

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

LA VIE HUMAINE EST-ELLE SACRÉE? EUTHANASIE ET ASSISTANCE AU SUICIDE*

BERNARD BAERTSCHI

Résumé

De nombreuses personnes estiment que la vie humaine est sacrée, et donc que sa destruction intentionnelle n'est jamais justifiée. A partir d'une réflexion sur la notion de 'qualité de vie', nous tentons de montrer que l'affirmation de ce caractère sacré ne se justifie pas et qu'il faut changer notre appréciation de la valeur de la vie. Il en résulte que, dans certains cas, lorsque la qualité de vie est trop basse, la destruction directe et intentionnelle d'une vie humaine, que ce soit la sienne ou celle d'autrui, est permise. Cette conclusion est ensuite appliquée aux diverses variétés d'euthanasie et à l'assistance au suicide.

1. Introduction: le cas de Karen Quinlan

Actuellement, parmi les auteurs qui se réclament de la tradition judéo-chrétienne, nombreux sont ceux qui affirment le caractère sacré de la vie humaine, généralement en référence au commandement bien connu du Décalogue: «Tu ne tueras pas!» Par ailleurs, dans l'optique de la défense des droits de l'homme, le prix Nobel Jean Dausset a récemment proposé d'ajouter le droit à la vie à la *Déclaration universelle des Droits de l'Homme*, en précisant qu'il inclut une «protection contre toute utilisation des connaissances allant à l'encontre de la dignité ou de l'existence même de l'homme»¹. Il y a là une convergence qui dénote une préoccupation caractéristique de notre époque, dont il paraît bien difficile de ne pas reconnaître la valeur et l'importance. Pourtant, à y regarder de plus près, des interrogations se font jour, comme on le voit bien à partir d'un cas qui fit les titres de la presse aux Etats-Unis, celui de Karen Quinlan, car il met

* Une version antérieure de ce texte a fait l'objet d'une conférence, prononcée devant la Société romande de philosophie, le 2 décembre 1992 à Lausanne et le 13 janvier 1993 à Genève.

¹ «Les Droits de l'Homme face aux progrès des connaissances», *Journal International de Bioéthique*, 1991/1, p. 24.

bien en lumière les dilemmes moraux que l'affirmation du caractère sacré de la vie humaine suscite.

Au mois d'avril 1975, alors qu'elle est âgée de 21 ans, Karen Quinlan fête l'anniversaire d'un ami dans un bar; après avoir avalé quelques boissons alcoolisées, elle se sent mal; elle est ramenée à la maison et peu après, sa respiration cesse. Ranimée par un policier, elle ne reprend pourtant pas conscience et est conduite à l'hôpital, où l'on constate des lésions cérébrales irréversibles, si graves que son état est considéré comme végétatif. Après plusieurs mois de doute et de réflexion, ses parents, avec l'accord du prêtre de leur paroisse, demandent que le respirateur artificiel soit débranché. Le médecin soignant de l'hôpital refuse: Karen n'est pas cliniquement morte, et doit en conséquence être soignée comme toute autre personne, ainsi que l'exigent les lois. L'affaire est alors portée devant les tribunaux, qui tranchent après bien des vicissitudes en faveur des parents: le 22 mai 1976, le respirateur est débranché, mais Karen se met à respirer spontanément; elle vivra inconsciente pendant plus de dix ans encore, et sera déclarée morte le 13 juin 1986².

Cette tragique affaire pose quantité de problèmes éthiques; celui qui nous retiendra concerne, nous l'avons dit, le caractère sacré de la vie: selon les critères de la mort en vigueur, Karen Quinlan, bien qu'inconsciente et réduite, comme on dit parfois, à l'état de «légume», était vivante dans son coma; débrancher le respirateur pouvait donc la tuer, ce qui contredisait le caractère sacré, par conséquent l'intangibilité de la vie innocente³. La bataille légale qui fit rage autour de cette affaire le montre bien: le procureur général du New Jersey affirma que laisser Karen mourir serait ouvrir la porte à l'euthanasie, un avocat parla de sentence de mort et un théologien catholique critiqua les Quinlan en précisant que le droit à la mort n'existe pas, que l'amour de la vie, même si celle-ci est réduite à une ruine, oblige à une protection utilisant tous les moyens possibles⁴.

De telles situations contredisent-elles le caractère sacré de la vie? En tout cas, elles le mettent en question. D'abord dans sa littéralité: une fois le feu des passions apaisé, on peut se demander si «sacré» est l'adjectif

² Cf. G. PENCE, *Classic Cases in Medical Ethics*, New York, McGraw-Hill, 1990, ch. 1.

³ Si nous ajoutons «innocente», c'est pour ne pas entrer dans une discussion de la peine de mort ou de la légitime défense.

⁴ Cf. G. PENCE, *op. cit.*, p. 11 & 13. Relevons que la position de ce théologien n'est pas ici représentative de celle de son Eglise, qui distingue les moyens ordinaires (obligatoires) des moyens extraordinaires (non obligatoires); cf. sur ce point PIE XII, «Problèmes religieux et moraux de la réanimation», 1957, in P. VERSPIEREN (éd.), *Biologie, médecine et éthique*, Paris, Le Centurion, 1987, p. 368.

qui convient, et on voit vite que ce n'est pas le cas, comme le fait remarquer Jean-Marie Thévoz:

«Dans la tradition biblique, la vie est digne de protection, mais cette protection passe par un autre chemin que le sacré. [C'est] dans les textes de loi, le décalogue et les développements et explications deutéronomistes de la loi que l'on trouve les affirmations du respect dû à la vie humaine»⁵.

Il faut en effet être précis, et le théologien nous rappelle justement que l'adjectif «sacré» ne doit pas être utilisé hors de propos; notamment, il ne s'applique pas à tout ce qui possède une valeur éminente simplement parce qu'il a cette valeur, ce que, bien sûr, nous affirmons de la vie, lorsque, un peu légèrement d'un point de vue théologique, nous la déclarons sacrée. Ce qu'il faut dire, si l'on veut être précis, c'est que la vie humaine est très importante, sans être pourtant un absolu; c'est pourquoi, comme le relève encore Thévoz, «si la vie humaine ne doit pas être détruite, elle ne peut pas toujours être protégée»⁶. Certes; mais au-delà et à travers le pouvoir pointe la question du devoir: le problème que pose la tragique histoire de Karen Quinlan, c'est de savoir si la vie *doit* être protégée, lorsqu'elle peut l'être, quelles que soient les circonstances; ici, comme on l'a vu mentionné, le problème de l'euthanasie se présente naturellement.

2. La valeur de la vie

L'euthanasie, c'est la *bonne mort*; il y a donc de mauvaises morts. Cela signale immédiatement que, lorsqu'il est question de vie dans ce contexte, il ne s'agit pas de la simple existence: la mort ne met pas fin à la vie tout court, mais à une vie d'une certaine qualité, celle-ci conférant justement à celle-là une *dignité*: vivre, c'est vivre dignement, et le droit à la vie n'est pas simplement un droit à l'existence, mais à la vie digne – souvenons-nous de Dausset parlant de «la dignité ou de l'existence même de l'homme» –. Bref, lorsque nous parlons d'existence et de vie, c'est bien plus que nous entendons. C'est pourquoi, quand quelqu'un dit que sa vie est un fardeau, qu'elle contient plus de maux que de biens, mais que pourtant il l'aime, ce qu'il aime, ce n'est pas la vie tout court, mais la vie et les propriétés dont elle est encore le support et que, tout bien réfléchi, il considère encore comme dignes d'être préservées; une telle plainte contre la vie n'est donc qu'une façon de parler⁷.

⁵ *Entre nos mains l'embryon*, Genève, Labor et Fides, 1990, p. 245.

⁶ *Op. cit.*, p. 247.

⁷ Philippa Foot a tendance à prendre de telles remarques trop au sérieux: «If life is a good only because it is the condition of good things why is it not equally an evil when it brings bad things? And how can it be a good even when it brings

On voit bien que la vie tout court n'est pas ce qui importe si l'on suit ce raisonnement proposé par Derek Parfit qui aboutit à ce qu'il nomme «la conclusion répugnante». Acceptons pour les besoins de l'argumentation le principe suivant: «Si les autres choses sont égales, le meilleur résultat d'une action est celui dans lequel il y aura la plus grande quantité de ce qui rend la vie heureuse»⁸. Imaginons maintenant deux états du monde, *A* et *B*; dans *B*, la population est le double de *A*, et la vie est heureuse d'un tiers en moins: l'augmentation de population est accompagnée d'une diminution de la qualité de la vie des individus, mais comme cette diminution est inférieure à une demie, la quantité totale de bonheur est plus grande en *B* qu'en *A*, et donc l'état du monde *B* est meilleur que l'état du monde *A*. Cela n'est pas forcément gênant: beaucoup d'entre nous acceptent une légère diminution de leur bien-être pour augmenter celui de moins favorisés qu'eux; c'est notamment ce que réalisent les impôts et les œuvres d'entraide. Cela se gâte, toutefois, si l'on poursuit sur cette pente et qu'on imagine des états du monde *C*, *D*,..., *Z*, où chaque fois la population croît et le niveau de vie diminue, mais où la diminution de celui-ci est plus que compensée par l'accroissement de celle-là; en *Z*, on aura une population immense dont la qualité de la vie sera proche du plus petit minimum vital. D'où la conclusion répugnante:

«Pour toute population possible composée d'au moins 10 milliards d'individus, ayant chacun une haute qualité de vie, il doit y avoir une population imaginable bien plus grande dont l'existence, si les autres choses sont égales, est meilleure, même si ses membres ont des vies qui valent à peine d'être vécues»⁹.

Si maintenant l'on considère que toute vie humaine a un caractère sacré et vaut la peine d'être vécue, on en arrivera à une conclusion encore plus répugnante que peu importe la qualité de telles vies, et qu'il vaut mieux mettre au monde une myriade d'enfants dont la plupart mourront de faim dans leurs premières années, que de conserver «égoïstement» les biens existants pour soi-même.

Comme cet argument est encore applicable à la vie d'un individu qui a le choix entre plusieurs futurs, ainsi que le souligne Parfit¹⁰, nous sommes

more evil than good?» («Euthanasia», 1977, in J. NARVESON (ed.), *Moral Issues*, Toronto, OUP, 1983, p. 13).

⁸ Cf. D. PARFIT, *Reasons and Persons*, Oxford, OUP, 1984, p. 387.

⁹ *Op. cit.*, p. 388. Relevons que cela n'empêche pas que Smart a raison de penser que s'il existait deux mondes, l'un d'un million d'habitants et l'autre de deux millions, chaque individu ayant la même quantité de bonheur – c'est-à-dire que le bonheur moyen serait le même dans les deux mondes, mais que le bonheur total serait le double dans le second – il préférerait le second (cf. J. SMART & B. WILLIAMS, *Utilitarianism for and against*, Cambridge, CUP, 1973, p. 27-28).

¹⁰ Cf. «Overpopulation and the Quality of Life», 1986, in P. SINGER (ed.) *Applied Ethics*, Oxford, OUP, 1986, p. 160-161.

amené à affirmer que ceux qui veulent préserver à tout prix la vie se trompent, car il y a des vies qui ne valent pas ou plus la peine d'être vécues. Mais alors, que vaut la vie? Pour le savoir, nous allons édifier une sorte d'arbre de Porphyre: sous la vie humaine digne, il y a la vie simplement humaine; il y a donc encore, plus bas, la vie non humaine, puis, tout en bas, la pure existence. Or nous nous rendons compte immédiatement que nos valorisations suivent la même échelle, et que plus une vie est riche, plus elle a de valeur; *ce sont donc ses qualités ou propriétés qui comptent, en tant qu'elles sont porteuses de valeur*¹¹. Au premier niveau, la pure existence, ce qui distingue son sujet du néant, n'en a pas ou peu: elle n'est pas, disent les kantien, un prédicat ou une perfection; le vivant est ensuite plus que l'inanimé, l'animal que le végétal et l'humain que l'animal. Dès lors, il apparaît clairement qu'il peut exister des situations où la préservation de la vie humaine tout court ne serait plus compatible avec la poursuite d'une vie digne, où donc la préservation de la première donnerait une valeur fortement négative à la seconde. Et dans de telles situations, qui pourrait nier que la vie humaine puisse être sacrifiée? Toutes les traditions qui ont leurs martyrs et leurs héros tragiques le reconnaissent, même si c'est dans d'autres contextes¹².

Ainsi, lorsque l'on veut évaluer la valeur de la vie, celle d'une vie, ou d'un reste de vie, il faut faire pour ainsi dire la liste de toutes les propriétés porteuses de valeur dont elle est le support, propriétés qui se groupent selon des niveaux hiérarchiques, et faire un bilan dont le résultat est ce qu'on appelle «qualité de vie». Celle-ci ne recouvre donc pas une seule propriété, mais toute une collection, dont la structure hiérarchique n'est d'ailleurs pas très serrée, en ce sens que, selon les situations, c'est tantôt une propriété, tantôt une autre qui occupe une situation éminente: ce qui rend la vie un objet de prix comprend, sauf pour les fanatiques, bien des éléments. «Qualité de vie» est par conséquent un concept comparatif, puisqu'il comprend une évaluation et une hiérarchisation respective de ses composants et «qu'il se prête éminemment à une formulation en termes de plus ou de moins»¹³; il est aussi un concept historique et social, changeant de contenu selon les époques et les lieux; par exemple, notre qualité de vie

¹¹ Comme le dit Engelhardt: «All else being equal, plants seem to be valued less than lower animals, lower animals less than higher animals (such as primates other than humans), and humans are usually held to have the highest value» («Medicine and the Concept of Person», in M. F. GOODMAN, *What Is a Person*, Clifton N. J., Humana Press, 1988, p. 169).

¹² Sidney Callahan rapporte des paroles de Jeanne d'Arc et de Natan Sharansky, prisonnier du KGB, qui montrent bien que «these persons, as conscious moral agents, appear to fear the loss of their inner moral integrity more than their lives» (*In Good Conscience*, San Francisco, Harper, 1991, p. 37).

¹³ J.-Y. GOFFI, «Le diagnostic prénatal et la valeur de la vie», in *Studia Philosophica*, vol. 50, 1991, p. 107.

est fonction des ressources médicales et sociales qui nous sont accessibles¹⁴.

Pour les questions de l'euthanasie et de l'assistance au suicide, nous voyons que les deux branches de l'arbre éthique de Porphyre, les deux niveaux hiérarchiques qui nous intéressent, sont ceux de la vie simplement humaine et de la vie humaine digne. Cette terminologie n'est d'ailleurs pas très judicieuse, car les deux expressions contiennent le terme 'humain', qui ressortit au domaine de la *biologie*, alors que ce qui importe lorsqu'il est question de dignité, c'est d'abord la liberté et la rationalité, bref, les propriétés qui font de leur possesseur ce qu'on appelle une *personne*. Or, comme le relève Engelhardt, il n'y a pas équivalence entre la classe des hommes et celle des personnes:

«Ainsi que les textes sur les anges, les dieux et les déesses l'indiquent, pour ne rien dire des spéculations de la science-fiction concernant des êtres rationnels et conscients de soi sur d'autres planètes, toutes les personnes ne sont pas nécessairement des êtres humains. L'archange Gabriel apparaissant à Mahomet dans le désert et E.T. traversant une ville américaine du XX^e siècle sont des exemples d'êtres qui sont des personnes, bien qu'ils ne soient clairement pas humains [...] D'un autre côté, tous les humains ne sont pas des personnes. Tous les humains ne sont pas conscients de soi, rationnels et capables de concevoir la possibilité d'être loués ou blâmés. Les fœtus, les nouveau-nés, les handicapés mentaux profonds et les comateux végétatifs sont des exemples d'humains qui ne sont pas des personnes¹⁵.

Pour notre propos, peu importe la liste avancée ici des êtres humains qui ne sont pas des personnes, peu importe encore qu'on ne puisse conclure de l'humain au personnel, et donc que Karen Quinlan, lors de son hospitalisation n'ait peut-être plus été une personne; l'important, c'est que la non-équivalence entre l'humain biologique et le personnel implique la distinction de deux domaines de valeurs bien différentes, que nous nommerons en suivant Max Scheler: valeurs-de-personne (valeur_p) et valeurs-du-vivant (valeur_v)¹⁶. Ainsi nous avons deux plans hiérarchiquement ordonnés: le personnel est porteur de valeurs plus hautes que le biologique, ce qui, notons-le en passant, implique, contrairement à ce qu'affirment certains

¹⁴ Ce qui est vrai pour tout homme l'est encore plus pour les handicapés: «Whether life will be of value for a handicapped infant obviously depends to some extent on what resources are available to help the infant develop his or her potentialities and meet future crises» (J. MOSKOP & R. SALDANHA, «The Baby Doe Rule: Still a Threat», 1986, in BEAUCHAMP WALTERS, *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont California, Wadsworth P. C., 1989, p. 288b).

¹⁵ *The Foundations of Bioethics*, Oxford, OUP, 1986, p. 107. Dans le même ordre d'idées, James Rachels parle de vie au sens biologique et de vie au sens biographique; cf. J.-Y. GOFFI, *art. cit.*, p. 107.

¹⁶ Cf. *Le formalisme en éthique*, Paris, Gallimard, 1955, p. 121.

kantiens comme Engelhardt, que le biologique possède une valeur intrinsèque et ne ressortit pas au simple domaine des choses.

Parmi ces deux groupes de valeurs, quelles sont celles qui sont en jeu dans les questions qui nous occupent? Fréquemment, la situation est présentée comme celle d'un contraste entre d'une part la vie biologique tout court et sa durée ou *quantité* – des valeurs_v –, et d'autre part sa *qualité*, mesurée par la douleur, la souffrance, l'absence d'autonomie,... – des valeurs_v et des valeurs_p –; on pose alors cette question: l'augmentation de la quantité est-elle soutenable lorsque la qualité diminue? Comme cette question est la converse de celle qui se pose lorsqu'une action thérapeutique est entreprise qui permet d'augmenter la qualité de la vie, mais au prix d'un raccourcissement de la vie, ainsi que c'est le cas lors d'usage important de sédatifs puissants, on pose encore celle de savoir si la licéité morale de l'une des action implique celle de l'autre ou non.

Nous pensons que c'est là une mauvaise manière de procéder et que l'opposition sur laquelle elle s'appuie est artificielle. En effet «qualité de vie» y est employé en un sens trop restreint, puisque, loin de désigner l'ensemble de *toutes* les propriétés qui donnent un prix à la vie, elle exclut la vie biologique et sa quantité; or un corps en bonne santé et une espérance de vie importante ouvrent des perspectives, permettent des projets, qu'une santé déficiente ou la certitude d'une fin prochaine excluent. On observe d'ailleurs très fréquemment des restrictions injustifiées de sens sur ce point: dans le contexte médical par exemple, on réduit parfois la qualité de vie à l'absence de douleur insupportable, ce qui entraîne la conséquence discutable que celle d'une vie rendue inconsciente par des sédatifs est satisfaisante ou bonne.

Il faut donc prendre la qualité de vie dans toute son ampleur, notamment avec toutes ses valeurs_p. D'autant que la mauvaise méthode que nous venons d'esquisser biaise la question: la quantité n'a aucune chance contre la qualité, puisque cette dernière comprend une multiplicité de propriétés qui, en s'additionnant, donneront toujours plus. Comme disait déjà Platon, dans un autre domaine, celui de la définition, «n'allons pas mettre à part, toute seule, une petite portion en face de plusieurs grandes»¹⁷. En outre, et cela seul est pour nous décisif, nous estimons que les valeurs qui composent la qualité de vie ne sont pas additionnables, qu'elles ne gardent pas toujours la même place dans la hiérarchie – une même douleur peut rendre la vie insupportable ou non, selon la personne et la situation –, que tantôt l'une, tantôt une autre, seule ou en groupe, saille. C'est pourquoi seule une approche tenant compte de toutes les propriétés pertinentes peut convenir, d'autant que les valeurs_v de la vie biologique et de sa quantité ne sont pas de simples valeurs_v, comme l'est la vie d'un animal ou d'une plante, mais

¹⁷ *Le Politique*, 262b-263a, éd. Belles-Lettres, p. 9-10.

accèdent à ce qui vaut pour une personne en tant que telle, puisqu'elles sont conditions de l'exercice de tout ce qui constitue la qualité de vie, les valeurs_p y compris. Plus particulièrement, pour une personne, l'essentiel de leur valeur vient des valeurs_p dont elles permettent l'exercice, la poursuite ou l'éclosion: continuer de vivre n'est pas la simple continuation d'un rien ou la perpétuation de processus organiques, et si le vivre n'a plus qu'une valeur biologique, on peut très bien juger que ce n'est pas suffisant pour une personne en tant que personne, que c'est une qualité de vie indigne d'un être raisonnable et libre¹⁸.

Dès lors, si l'on pose la question de savoir si une vie dont la valeur est très basse justifie qu'il y soit mis fin, il n'est pas difficile d'y donner une réponse de principe, et dans la mesure où l'euthanasie et le suicide – qui, on le dira, ne se distinguent que par l'identité de l'agent qui œuvre – consistent à terminer une vie dont la qualité est au-dessous de ce qu'une personne peut légitimement en attendre, on ne voit pas au nom de quoi on pourrait estimer injustifiés de tels actes.

Au-delà du principe, cependant, subsistent encore bien des interrogations; nous allons les examiner en commençant par distinguer les différentes variétés de l'euthanasie.

3. Les variétés de l'euthanasie

Selon deux points de vue couramment adoptés, on distingue:

(i) Par rapport à l'action ou à l'agent, l'euthanasie *passive* et *active*: la première consiste à laisser la nature faire, ce n'est en général rien d'autre que le refus de l'acharnement thérapeutique; dans la seconde, quelque chose est fait qui va hâter la mort. Mais ici encore, une distinction s'impose: l'euthanasie active peut être *directe* ou *indirecte*; elle est indirecte lorsqu'un médicament est administré qui a pour effet secondaire de précipiter la fin du patient, et elle est directe lorsque l'intervention a pour effet premier de causer la mort. Comme le dit l'abbé Bernard Tissier de Mallerais, en commentant un cas:

«Cet exemple a l'avantage d'illustrer la différence entre l'euthanasie directe (le «cocktail lytique» est employé pour donner la mort) et l'euthanasie indirecte (l'analgésique est pris pour calmer les souffrances du malade, mais l'on sait que cela va accélérer la mort). La première n'est qu'un meurtre ou un suicide, la

¹⁸ On pourra dire que, dans ce cas, il s'agit souvent de la prolongation, non de la vie, mais de l'agonie; cf. A. L. BOWLES, «Commentary», *Hastings Center Report*, vol. 22/4, novembre-décembre 1992, p. 28: «It is important to distinguish between prolonging life and prolonging dying [...] Merely sustaining biological function would really only prolong Mrs. R's dying».

seconde est une action parfaitement licite, pourvu que l'intention ne soit nullement de hâter la fin du patient!»¹⁹

Le jugement moral qui accompagne ce commentaire localise le cas le plus délicat: l'euthanasie active directe.

(ii) Par rapport au patient, l'euthanasie *volontaire*, demandée par le malade, l'euthanasie *non volontaire*, lorsque le patient est dans l'incapacité de donner son accord et l'euthanasie *involontaire*, contre la volonté du malade²⁰.

La distinction de ces deux points de vue met en lumière l'importance de deux facteurs cruciaux: la bienfaisance de l'agent et l'autodétermination du patient. En effet, par rapport à l'action et à l'acteur, ce qui compte, c'est qu'un certain bien soit réalisé ou à tout le moins un mal empêché: même lorsque la mort est directement voulue, c'est pour faire cesser une situation devenue intolérable ou jugée comme telle, la qualité de vie du malade étant devenue si basse qu'il est demandé au médecin d'intervenir par un acte de bienfaisance. Par rapport au patient, ce qui compte, c'est son choix ou, à défaut, les conditions qui le rendent impossible ou non respectable. Examinons maintenant, en référence à ces deux facteurs, les neuf cas possibles qui résultent de la combinaison de ces variétés:

1. L'euthanasie volontaire passive: le malade refuse qu'on continue à le soigner; s'il est atteint d'une maladie incurable et à un stade terminal, personne n'élèvera d'objection, car son droit de décider est entier et il n'a plus rien à attendre de la vie: la bienfaisance est satisfaite effectivement à condition que l'on ne s'acharne pas.

2. L'euthanasie volontaire active indirecte: le malade demande qu'on lui administre des médicaments qui diminuent ses souffrances, mais qui vont hâter sa fin. Ici aussi, la bienfaisance le recommande, si aucun moyen plus doux n'existe.

3. L'euthanasie volontaire active directe: le malade demande qu'on mette fin à ses jours, car la vie lui est devenue insupportable. Il exerce là son autodétermination et la bienfaisance l'appuie encore, tout comme dans l'assistance au suicide, où seul l'agent diffère: ici le patient, là le médecin.

¹⁹ «L'euthanasie», *Fideliter*, n° 47, sept.-oct. 1985. Certains auteurs qualifient de 'passive' l'euthanasie active indirecte. Nous pensons que cela n'est pas judicieux, car la structure causale de ces épisodes en est obscurcie.

²⁰ Cf. D. BROCK, «Voluntary Active Euthanasia», *Hastings Center Report*, vol. 22/2, mars-avril 1992, p. 10-11: «[...] *voluntary euthanasia* – that is, with the case in which a clearly competent patient makes a fully voluntary and persistent request for aid in dying. *Involuntary euthanasia*, in which a competent patient explicitly refuses or opposes receiving euthanasia, and *nonvoluntary euthanasia*, in which a patient is incompetent and unable to express his or her wishes about euthanasia».

Dès lors, ce cas n'est pas plus difficile que le précédent du point de vue moral.

4. 5. 6. L'euthanasie non volontaire: le choix du patient n'est plus possible; s'il n'a pas laissé d'instructions ou s'il n'a pas délégué explicitement son autodétermination à un proche, la bienfaisance permet de réaliser cette euthanasie pour les raisons mentionnées sous 1. 2. et 3. Pour ne pas compliquer notre propos, nous ferons comme si l'euthanasie non volontaire pouvait toujours être ramenée au cas de l'euthanasie volontaire, par une procédure de délégation²¹.

7. L'euthanasie involontaire passive: on suspend un traitement jugé inutile contre les vœux du malade. L'autodétermination s'y oppose, mais non la bienfaisance, à quoi peut encore s'ajouter une raison de justice dans l'allocation des soins, si les ressources médicales sont limitées.

8. L'euthanasie involontaire active indirecte: l'autodétermination la proscriit et la bienfaisance est ici douteuse; en effet, il semble bien que ce soit au malade de décider quand ses souffrances deviennent pour lui suffisamment intolérables pour qu'il choisisse de préférer leur atténuation à la quantité de vie qui lui reste.

9. L'euthanasie involontaire active directe: pour l'autodétermination et la bienfaisance, ce cas se ramène au précédent. En outre, c'est un meurtre.

Ce survol nous confirme que la qualité de vie joue bien un rôle central, et donc que la vie biologique et sa quantité ne sont jamais des critères déterminants. Mais il montre aussi qu'elle n'est pas seule en jeu: tant la condamnation spontanée qui accompagne l'euthanasie involontaire active, que l'importance de la question de la délégation dans les cas d'euthanasie non volontaire, indiquent que *la véritable bienfaisance doit respecter l'autodétermination*, celle-ci étant comprise non pas comme un élément de la qualité de vie, bien que la capacité de l'exercer en soit un, mais comme une caractéristique qui fait de celui qui la possède un sujet moral et qui le constitue comme première autorité pour juger de la valeur de sa vie. Un kantien parlerait ici de 'liberté transcendante' et ajouterait, comme le relève Anne Fagot-Largeault, qu'elle n'est jamais négociable²², étant, si l'on peut dire, à la source de toute négociation. Bref, la vie qui a dignité, qu'il faut respecter et sauvegarder avant tout, c'est celle qui est le support

²¹ Cf. sur ce sujet A. M. CAPRON, «Substituting our Judgment», *Hastings Center Report*, vol. 22/2, mars-avril 1992, p. 58-59.

²² Cf. «Réflexions sur la notion de qualité de la vie», in *Archives de Philosophie du Droit*, t. 36, 1991, p. 145: «C'est cette liberté (transcendante) de l'individu qui n'est pas négociable, ce n'est pas sa vie au sens empirique».

de cette liberté; quand ce n'est plus possible, ce peut être un acte ultime d'autodétermination que de s'en défaire.

Cela signifie que ceux qui considèrent l'expression «qualité de vie» comme moralement assez glissante et s'en méfient ont tort: à défaut du respect de l'autodétermination, elle peut certes légitimer bien des abus, jusqu'au point où, en contexte eugéniste, l'autorité politique prétendra être habilitée à dire quelles sont les personnes qui méritent de vivre. Mais compte bien tenu de cette autodétermination, ce danger n'existe plus et ne peut servir d'objection contre les formes d'euthanasie (non) volontaires et l'assistance au suicide.

L'Eglise catholique pourtant condamne l'euthanasie active directe et le suicide, on l'a vu: «L'euthanasie, même motivée par une pitié mal comprise, est l'expression d'une conception purement terrestre de la vie et un refus de croire qu'elle est fondée et ancrée en Dieu»²³. Certes, mais ce n'est pas en tant que cette tradition valoriserait la vie tout court, sinon, elle se tromperait tout simplement sur sa propre thèse: ce qui compte pour elle, c'est la propriété relationnelle que la vie a d'avoir été créée par Dieu et avec elle la personne, c'est-à-dire un élément qui, pour un chrétien, est éminemment partie de la qualité de vie et lui donne une valeur telle que sa destruction n'est *de facto* jamais justifiée. C'est pourquoi (i) le Conseil permanent de l'épiscopat français a pu dire: «La technique thérapeutique doit respecter non pas «la vie» sans plus, mais la personne humaine tout entière, avec tout ce qu'elle est et selon sa dignité»²⁴, (ii) la bienfaisance ici est interprétée comme de la pitié mal comprise – car on ne peut bien faire quand on agit mal –, (iii) l'autodétermination est «oubliée», celle de la personne ne pouvant valoir contre un décret divin. Mais ce décret ne paraît pas transparent à tous les théologiens, puisque le synode de l'Eglise réformée des Pays-Bas pense que la qualité de vie doit prévaloir sur sa quantité²⁵.

Notre conclusion se heurte cependant à deux objections. Pour certains auteurs, étant centrée sur l'autodétermination et le bien du patient, elle ne tient pas suffisamment compte du *point de vue* de l'agent; pour d'autres, elle réalise un bien *par le moyen d'un mal illicite*. Examinons-les.

²³ CONFÉRENCE ÉPISCOPALE ALLEMANDE, «La vie de l'homme et l'euthanasie», 1975, in P. VERSPIEREN, *op. cit.*, p. 385. Cf. *Deutéronome*, 32.39: «Nul autre avec moi n'est Dieu! C'est moi qui fais mourir et qui fais vivre».

²⁴ «Note sur l'euthanasie», 1976, in P. VERSPIEREN, *op. cit.*, p. 393.

²⁵ Cf. M. DE WACHTER, «Euthanasia in the Netherlands», *Hastings Center Report*, vol. 22/2, mars-avril 1992, p. 27c: «The synod concluded that quality of life is more important than length of life».

4. Première objection: l'omission et la commission

«La vie humaine, disait Thévoz, ne doit pas être détruite»; or elle l'est dans l'euthanasie active, mais non dans la passive. Dans les deux cas, la chaîne causale est différente: dans l'un, c'est le médecin qui agit, alors que dans l'autre il laisse faire la nature. De ce point de vue, on trouve aussi une différence entre l'euthanasie et l'assistance au suicide, puisqu'ici, c'est le patient qui agit en définitive. La question est alors de savoir, comme le remarque Jean-Yves Goffi, si cette différence causale fait ou non une différence morale: «Ces attitudes factuellement différentes sont-elles différentes éthiquement?»²⁶.

On a tendance à le penser, et à subsumer la situation sous les concepts de *commission* et d'*omission*; c'est que, comme dit Anne Fagot-Largeault: «Il y a [...] toute la différence du monde entre consentir à la mort d'autrui et vouloir le tuer»²⁷. Comment, en effet, le nier? Mais alors, notre évaluation de l'euthanasie ne serait pas correcte, et il nous faudrait la reconsidérer. A moins que nos intuitions morales sur la différence entre omettre et commettre ne soient pas fiables? C'est ce que pensent plusieurs auteurs: pour Jonathan Glover, si je prévois que quelque chose de mauvais – ou de bon – va arriver, le fait que ce soit moi qui le cause ou que je laisse un autre agir n'a pas d'importance morale; dans les deux cas, le résultat est éthiquement le même²⁸. Dans le même esprit, Louis Pascal va jusqu'à contester la différence entre omettre et commettre: dans les deux cas, ce qui compte, c'est que le processus engagé est précédé d'un choix, et que celui-ci vise le meilleur²⁹. Peter Singer encore est de cet avis, et il l'appuie en donnant l'exemple suivant: imaginez la victime hospitalisée d'un accident de la route en état de coma végétatif irréversible et dont le respirateur artificiel se débranche accidentellement; le médecin de garde, considérant

²⁶ *Art. cit.*, p. 102. Cette question est précédée du passage suivant: «Certainement il y a une différence factuelle entre commettre et omettre, qui ne sont pas le même genre d'actions. En tuant [...] on initie une série causale dont on est l'auteur si on se place du point de vue des gestes effectués, et le responsable si l'on se place du point de vue de l'imputation éventuelle. En s'abstenant d'empêcher la mort, on laisse se poursuivre un processus causal dont on n'est pas l'auteur physique et, donc, sans doute pas non plus le responsable. Mais est-ce vraiment le cas?»

²⁷ *Art. cit.*, p. 148.

²⁸ Cf. J. GLOVER, «It Makes no Difference Whether or not I Do it», 1975, in SINGER, *Applied Ethics*, p. 140: «I have [not] made a worse moral choice if something bad foreseeably comes about as the result of my deliberate act than I have if something equally bad foreseeably comes about as the result of my deliberate omission».

²⁹ Cf. L. PASCAL, «Judgement Day», 1980, in SINGER, *op. cit.*, p. 115: «The sins of omission are as serious as those of commission: there is really no such thing as omission. There are always choices to be made; it is impossible not to choose».

la qualité de vie du patient et la charge qu'il représente pour sa famille décide de ne pas intervenir; l'évaluation morale de cette «action» serait-elle différente si le médecin avait décidé, au vu et su des mêmes raisons, de débrancher lui-même? On ne voit pas pourquoi³⁰. Nous pouvons donc conclure que la distinction entre omettre et commettre n'a pas de pertinence morale, et qu'elle ne peut être alléguée pour distinguer les différentes variétés d'euthanasie, sinon au point de vue de la causalité, du moins à celui de l'éthique.

C'est là une conclusion qui pourrait nous conforter, et pourtant ce serait à tort. En effet, elle n'est pas valable tout court, mais seulement pour une morale qui juge que la valeur d'une action réside entièrement dans ses conséquences, pour le conséquentialisme donc. C'est d'ailleurs ce que souligne expressément Peter Singer, qui souscrit à une telle approche³¹. Mais il n'en va plus du tout de même dès que l'on donne un poids moral à l'intention, ce qui était justement le propos d'Anne Fagot-Largeault, qui signalait que la distinction en question n'était pas prise dans un sens absolu, mais «du point de vue d'une morale de l'intention». Plus généralement, nous devons dire qu'il en va ainsi pour toute morale qui estime que l'intention compte dans l'évaluation morale; or c'est bien notre cas, puisque, selon nous, afin qu'une action soit bonne, celui qui l'effectue doit viser intentionnellement la réalisation des valeurs les plus élevées dans la situation où elle s'inscrit³² et que, plus particulièrement dans les questions qui nous occupent, nous avons insisté tant sur la bienfaisance comme volonté de réaliser le bien du malade, de favoriser son bien-être, que sur la volonté de respecter l'autodétermination du patient.

Il faut donc distinguer éthiquement l'omission de la commission; certes, mais cela n'entraîne pas une évaluation morale différente des variétés d'euthanasie, *dans la mesure où c'est chaque fois la qualité de la vie du patient et le respect de son autodétermination quand c'est possible, qui sont les objets de l'intention de l'agent*. Or cela a un avantage non négligeable, étant donné qu'il est parfois difficile de caractériser une situation comme de commission ou d'omission, c'est-à-dire une euthanasie comme active ou passive: ne pas continuer un traitement est passif, mais que dire si, pour

³⁰ Cf. P. SINGER, *Practical Ethics*, Cambridge, CUP, 1979, p. 151.

³¹ Cf. «Can Bioethics be both Rigorous and Practical?» in *Réseaux*, n° 53-54, 1987-1988, p. 128: «A consequentialist approach to these issues will not take refuge in the distinction between acts and omissions [...] Instead it will focus on the consequences of acts (and omissions)». Il soutenait déjà la même thèse dans *Practical Ethics*, p. 150, en ajoutant que par contre, pour un déontologiste, la distinction avait une signification.

³² Nous avons développé cette thèse dans «Le devoir est-il constitutif de la moralité?», *Conférences et débats du Cercle d'études philosophiques d'Annecy*, 1991/2.

cela, il faut débrancher un respirateur, entraînant la mort immédiate du patient?³³ On est heureux que cette indécision n'influence pas l'appréciation morale de la situation. Autrement dit, et de manière plus décisive, la distinction morale entre commettre et omettre est entièrement relative et subordonnée à la nature de l'intention, et si celle-ci est à la fois bienveillante et respectueuse de l'autodétermination du patient, peu importe qu'elle se réalise activement ou en laissant faire. Bref, la valeur morale de l'«action» n'est pas sensible à la variété des cas d'euthanasie.

C'est pourquoi si la plupart des crimes sont de commission, il peut en exister d'omission, comme le montrent ces deux situations imaginées par Judith Thomson: «Frank hait sa femme et veut sa mort. Il met un produit chimique de nettoyage dans son café, ce qui cause sa mort» et «George hait sa femme et veut sa mort. Elle met un produit chimique de nettoyage dans son café, en croyant que c'est de la crème. Il se trouve que George possède l'antidote à ce produit, mais il ne le lui donne pas; il ne sauve pas sa vie, et elle meurt»³⁴. Dans la mesure où le verbe 'veut' a la même valeur dans les deux cas, c'est-à-dire où l'intention est la même, l'évaluation des deux «actes» ne variera pas. On le voit encore lorsque l'on tient compte qu'il existe un troisième type d'«actions», celles qui sont commises par procuration ou, comme le dit Neuberg, que l'on «amène»³⁵; imaginons alors la situation suivante: «John hait sa femme et veut sa mort. Il paye la femme de chambre pour qu'elle mette un produit chimique de nettoyage dans son café, ce qui cause sa mort.» L'action de John sera évaluée tout comme celle de Frank et de George, mais cela n'aura pas d'abord à voir avec la chaîne causale des événements, car si, après coup, John se repent et tente vainement de téléphoner à la femme de chambre pour qu'elle ne verse pas le poison, son action sera jugée moins sévèrement, nonobstant l'identité de la chaîne causale amenant la mort de sa femme: la seule différence pertinente aura été au niveau de son intention.

On ne sera donc pas étonné qu'il existe des cas où il est manifestement meilleur de tuer que de laisser mourir: justement ceux où un patient compétent le demande. Mais ils ne sont pas les seuls. Rappelons le cas de

³³ Cf. T. BEAUCHAMP & J. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, 3^e éd., Oxford, OUP, 1989, p. 147: «No one has, as yet, succeeded in clearly formulating this distinction so as the active and the passive fall neatly into two different classes».

³⁴ «Rights and Deaths», in *Rights, Restitution, and Risks*, Harvard University Press, 1986, p. 31. James Rachels propose un exemple analogue in «Active and Passive Euthanasia», 1975, in SINGER (ed.), *op. cit.*, p. 32.

³⁵ Cf. M. NEUBERG, «L'Intention définit-elle l'action?», *Revue de théologie et de philosophie*, 1992/III, p. 223: «Il y a les choses qu'on fait (intentionnellement ou non), celles qu'on laisse arriver (intentionnellement ou non) et celles qu'on amène (intentionnellement ou non)».

«bébé Doe»: cet enfant était né affligé d'un syndrome de Down et d'une fistule entre la trachée et l'œsophage, qui empêchait l'ingestion normale de tout aliment. Les parents du nouveau-né furent informés qu'une opération chirurgicale destinée à corriger la fistule avait une grande chance de réussite; par contre, si on ne l'entreprenait pas, le bébé mourrait soit de faim, soit d'une pneumonie due aux sécrétions de l'estomac parvenant dans les poumons. Les parents, qui avaient déjà deux enfants en bonne santé, choisirent de refuser au nouveau-né toute nourriture et tout traitement, et de laisser la nature suivre son cours. Une action en justice pour retirer aux parents la garde de l'enfant fut alors entreprise par le Ministère public, afin de permettre l'intervention chirurgicale, action qui fut rejetée par le tribunal, puis par la Cour suprême de l'Indiana. Bébé Doe mourut à l'âge de six jours, alors que la Cour suprême des Etats-Unis avait été saisie du dossier.

La question générale qu'on peut poser à partir de ce cas est la suivante: si un bébé naît avec une malformation qui entraîne à coup sûr une mort très pénible dans les jours qui suivent, ne vaut-il pas mieux le tuer³⁶? La bienfaisance – plutôt que la pitié – le requiert: comme le relève James Rachels, dans de tels cas et dans tous ceux où il est décidé d'interrompre un traitement palliatif, l'euthanasie non volontaire active directe est préférable à toute autre, qui s'apparenterait à de la cruauté³⁷. Le nier par simple respect de la vie serait erroné et reviendrait à soutenir soit le caractère sacré de la vie biologique, soit ce que Judith Thomson a appelé un «principe d'inertie morale», stipulant qu'il y aurait un devoir de ne pas intervenir par rapport à un état de choses existant simplement parce qu'il est existant³⁸. Dès que l'évaluation morale d'une situation débouche sur la conclusion qu'une vie ne vaut plus la peine d'être vécue, dans la mesure où l'autodétermination des personnes concernées n'est pas violée et qu'aucun droit moral n'est bafoué, le choix des moyens se résume au plus adapté, c'est-à-dire au meilleur disponible; le reste n'a aucune pertinence éthique.

³⁶ Cf. G. PENCE, *op. cit.*, p. 149: «An important moral issue here is to whether it would be more compassionate to simply mercy kill imperiled newborns than to just let them die slowly». Cf. encore J. GUSTAFSON, «The John Hopkins Case», 1973, in BEAUCHAMP & WALTERS, *op. cit.*, p. 275a: «The child was put in a side room and, over an 11-day period, allowed to starve to death [...] Both doctors and nursing staff were firmly convinced that it was "clearly illegal" to hasten the child's death by the use of medication».

³⁷ Cf. *Art. cit.*, p. 30: «If one simply withholds treatment, it may take the patient longer to die, and so he may suffer more than he would if more direct action were taken and a lethal injection given. This fact provides strong reason for thinking that, once the initial decision not to prolong his agony has been made, active euthanasia is actually preferable to passive euthanasia, rather than the reverse».

³⁸ Cf. J. THOMSON, «Killing, Letting Die, and the Trolley Problem», in *Rights, Restitution, and Risks*, p. 84.

5. *Seconde objection: les actions à double effet*

Faire compter l'intention soulève cependant une autre objection, bien connue, celle de sa direction, comme le relève justement Goffi:

«On [risque de glisser] vers une problématique de la direction de l'intention, qui consiste à donner une description de la fin de son action en termes d'objets permis, et dont les *Provinciales* de Pascal ont montré tout l'arbitraire»³⁹.

Un médecin malveillant prétendra ne pas avoir l'intention de tuer le patient dont il veut se débarrasser, mais de terminer une vie que les souffrances ont vidée de tout sens personnel et rendue insupportable. Et s'il est légitime dans ce cas de parler pour le moins d'hypocrisie, le caractère holistique des situations dans lesquelles nous nous trouvons fait que notre intention se partage souvent et qu'il est difficile de dire que nous n'avons aucun dessein de faire ce que nous savons être une conséquence inévitable de notre action. Ajoutons à cela l'obscurité dans laquelle se trouvent souvent nos motivations, il est clair que nous ne pouvons pas échapper à la problématique de la direction de l'intention. C'est pourquoi l'Eglise catholique, dont la morale fait aussi compter l'intention, a senti le besoin d'édicter des règles complémentaires; or celles-ci paraissent bien condamner certaines formes d'euthanasie. Voyons si elles peuvent convenir.

Ces règles concernent les actions à double effet, l'un bon et l'autre mauvais, ce qui est bien la situation de l'euthanasie, puisque la mort – l'effet mauvais – est produite concurremment avec un souci de la qualité de vie – l'effet bon –. Quelles sont ces règles?

- «1. L'action doit être en elle-même bonne ou indifférente.
2. L'intention de l'agent doit être bonne: en particulier, elle ne doit pas porter sur l'effet mauvais.
3. L'effet bon ne doit pas venir de l'effet mauvais; ou, ce qui revient au même, l'effet mauvais ne doit pas être un moyen pour obtenir l'effet bon (ne faisons pas le mal pour qu'il en advienne un bien).
4. Enfin il faut une raison grave, c'est-à-dire proportionnée, pour agir ainsi: qu'il n'y ait pas d'autre mode d'obtenir l'effet bon, et que l'effet bon soit supérieur ou au moins d'égale importance à l'effet mauvais qui est permis»⁴⁰.

³⁹ *Art. cit.*, p. 104. Cf. F. BUEKENS, «Essayer, réussir, échouer», *Revue de théologie et de philosophie*, 1992/III, p. 232: «La construction "X avait l'intention de –" crée un contexte intensionnel. La substitution des termes coréférentiels ne préserve pas la valeur de vérité de l'énoncé».

⁴⁰ G. BAUMANN, «L'avortement», *Fideliter*, n° 47, septembre-octobre 1985, p. 36. Cf. TH. NAGEL, «War and massacre», in S. SCHEFFLER (ed.), *Consequentialism and its Critics*, Oxford, OUP, 1988, p. 58: «Briefly, the principle states that one is sometimes permitted knowingly to bring about or permit as a side-effect of one's action something which it would be absolutely impermissible to bring about or permit deliberately as an end or as a means».

La seconde condition est justement celle que nous avons estimée insuffisante. La première est dans le même cas : une action peut être décrite de manière multiple vu son caractère holistique, et même si elle comprend une chaîne causale unidirectionnelle, il est toujours loisible de multiplier les causes intermédiaires ; ainsi l'action du médecin malveillant sera décrite non pas comme celle de tuer un patient, mais comme celle de faire cesser des souffrances, ce qu'on sait, par ailleurs, ne pouvoir être réalisé que par sa mort. La quatrième condition permet d'éviter les abus qu'autoriserait l'application des trois critères précédents, mais n'est pas pertinente pour notre propos, puisqu'elle n'autorise pas une discrimination des divers cas d'euthanasie. Reste donc la troisième qui, effectivement, marque des différences ; elle permet par exemple de déclarer licite l'administration de médicaments qui hâtent la mort, mais non de tuer pour faire cesser des souffrances, puisque dans le premier cas l'effet mauvais n'est qu'une conséquence de l'effet bon, alors que dans le second il en est la cause. Certes, son application requiert que l'on se soit mis d'accord sur la description à donner à l'action, mais cela n'est pas trop difficile si on le tente sincèrement, car les relations causales efficientes n'ont qu'une direction : un effet ne peut produire sa cause.

Ces règles pour les actions à double effet permettent donc l'euthanasie passive et active indirecte, mais prohibent l'euthanasie active directe ainsi que l'aide au suicide, et ce sur la base d'une propriété intrinsèque, leur structure causale ; on comprend alors les motivations du jugement porté par l'abbé Tissier de Mallerais que nous avons cité plus haut. Elles ne sont par contre pas sensibles à la distinction entre volontaire, non volontaire et involontaire, puisqu'elles ne concernent pas le point de vue du patient, si bien qu'il faudrait encore leur adjoindre une condition pour exclure l'euthanasie involontaire, mentionnant le respect de l'autodétermination du malade. Cela admis, on avouera volontiers qu'une telle limitation de l'euthanasie est en accord avec nos intuitions morales qui nous interdisent de tuer directement un innocent, quelles qu'en soient les conséquences, et même à sa demande : si elle n'est pas sacrée, la vie humaine *innocente* reste un absolu intangible⁴¹.

Nous pensons pourtant qu'une telle conclusion n'est pas valide et qu'elle cherche appui dans des intuitions qui sont en partie erronées et en partie non pertinentes. En effet, s'il est vrai que, *en principe*, une vie humaine innocente est un tel absolu, cela n'est vrai que *prima facie*, comme disent certains auteurs⁴² : déjà les règles du volontaire indirect

⁴¹ Cf. D. BROCK, «Voluntary Active Euthanasia», in *Hastings Center Report*, vol 22/2, mars-avril 1992, p. 12c : «If the deliberate killing of an innocent person is wrong, euthanasia would be nearly always impermissible».

⁴² Par exemple J. MACKIE, «Can there be a Right-based Moral Theory?» in

permettent en cas de guerre de bombarder un pont stratégique même si des enfants y jouent⁴³. Il en résulte que, si ce qui compte toujours en dernier recours est l'ensemble des valeurs en jeu dans une situation et leur hiérarchisation, la place qu'y occupe la valeur de la vie innocente n'est qu'un élément à considérer parmi beaucoup d'autres. On s'aperçoit alors rapidement que, lorsqu'il est question d'euthanasie, la prise en compte du caractère *innocent* de la vie est tout à fait hors de propos: c'est la bienfaisance et l'autodétermination qui comptent en premier lieu et qui doivent être visées par l'agent.

Dès lors, privée de l'appui de ces intuitions, la conclusion tirée des règles pour les actions à double effet laisse apparaître une faiblesse que nous connaissons déjà, celle de faire dépendre la valeur de l'action de sa structure causale. Certes, il arrive que la distinction de la cause et de l'effet soit moralement pertinente, mais c'est toujours en tant que *subordonnée* à l'intention, car, comme le dit Philippa Foot:

«Il existe des situations dans lesquels il est moralement licite de causer quelque chose sans le viser intentionnellement, alors qu'il ne serait pas moralement licite de le viser intentionnellement, même si l'équilibre des bienfaits et des torts était la même dans les deux cas»⁴⁴.

Dès lors, nous devons dire que peu importe lequel, de l'effet bon et de l'effet mauvais, cause l'autre, tant que la qualité de la vie dans sa totalité reste la fin visée et qu'aucun droit n'est violé. Il n'est donc pas toujours vrai qu'il ne faut pas faire le mal pour qu'il en advienne un bien: lorsque le bien est éminent, que le mal est le seul moyen de l'obtenir et qu'il ne bafoue aucune valeur plus éminente que celle qui est visée, rien ne l'interdit; il n'est alors même sans doute pas correct de le qualifier de 'mal', en tout cas de mal *moral*.

Mais alors, comment éviter la problématique de la direction de l'intention si des critères objectifs font défaut? Tout simplement en l'affrontant et en considérant la redescription des fins d'une «action en termes d'objets permis» comme une tentative de justification à évaluer. Par ailleurs, il faut se rappeler que l'intention de l'agent n'est pas le tout de la situation morale: si, par exemple, une euthanasie demandée par un patient compétent était effectuée par un médecin malveillant, ayant l'intention de tuer, elle ne deviendrait pas illicite pour cela; le non-respect de l'autodétermination du

J. WALDRON (ed.) *Theories of Rights*, Oxford, OUP, 1984, p. 177. L'expression est de W. D. ROSS; cf. W. FRANKENA, *Ethics*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1973, p. 26.

⁴³ Cf. G. BAUMANN, *loc. cit.*.

⁴⁴ «Morality, Action and Outcome», in T. HONDERICH (ed.) *Morality and Objectivity*, London, RKP, 1985, p. 25.

malade la rendrait immorale non pas dans sa totalité, mais seulement en ce qui concerne l'action du médecin.

6. Conclusion: la prudence et la fonction du médecin

L'euthanasie dans toutes ses variétés, ainsi que l'assistance au suicide, sont donc bien moralement licites, *tant qu'elles respectent à la fois l'organisation des valeurs qui constitue la qualité de vie et l'autodétermination du patient*. Il semble d'ailleurs que l'opinion publique de nos pays occidentaux se dirige de ce côté: en 1986, au procès qui opposait Elisabeth Bouvia à la Cour suprême de Californie, la Cour d'appel du même Etat a fondé son jugement sur la qualité de vie très basse de la requérante pour autoriser une euthanasie volontaire – âgée de 28 ans, elle était tétraplégique de naissance –, considérant même qu'il était incongru, sinon monstrueux d'obliger un patient à continuer de vivre grabataire pendant des années, en complète dépendance du personnel soignant pour tous ses besoins vitaux. L'un des juges a même ajouté que si seule l'euthanasie passive était légitime, la plaignante n'aurait d'autre choix que de se laisser mourir de faim, ce qui serait lui imposer quelque chose d'inhumain⁴⁵. C'est que, on l'a vu, la quantité de vie n'est qu'un élément entrant dans l'appréciation de la qualité de vie, une valeur parmi d'autres, et de loin pas la plus importante. Ainsi, les Pays-Bas encore sont sur la bonne voie lorsqu'ils autorisent l'euthanasie aux trois conditions qu'elle soit volontaire, que le patient souffre de manière insupportable et que le médecin traitant ait l'accord d'un collègue⁴⁶: autodétermination, bienfaisance et prudence obligent; de même que l'Allemagne

⁴⁵ Cf. CALIFORNIA COURT OF APPEALS, SECOND DISTRICT, 16 avril 1986, in BEAUCHAMP & WALTERS, *op. cit.*, p. 260b-261a: «In Elizabeth Bouvia's view, the quality of her life has been diminished to the point of hopelessness, uselessness, unenjoyability and frustration. She, as the patient, lying helplessly in bed, unable to care for herself, may consider her existence meaningless [...] Who shall say what the minimum amount of available life must be? Does it matter if it be 15 to 20 years, 15 to 20 months, or 15 to 20 days, if such life has been physically destroyed and its quality, dignity and purpose gone? [...] We do not believe it is in the policy of this State that all and every life must be preserved against the will of the sufferer. It is incongruous, if not monstrous, for medical practice to assert their right to preserve a life that someone else must live, or, more accurately, endure, for "15 to 20 years". We cannot conceive it to be the policy of this State to inflict such an ordeal upon anyone», et p. 262b: «The fact that she is forced to suffer the ordeal of self-starvation to achieve her objective is in itself inhumane».

⁴⁶ Cf. M. DE WACHTER, *art. cit.*, p. 23b. En 1990, sur 130 000 décès aux Pays-Bas, on a dénombré 49 000 cas de décision médicale de continuer ou non le traitement et 20 000 cas d'euthanasie; cf. H. TEN HAVE & J. WELIE, «Euthanasia: Normal Medical Practice?» et J. KEOWN, «On Regulating Death», *Hastings Center Report*, vol. 22/2, mars-avril 1992, p. 34a-42b.

dans sa législation sur l'assistance au suicide⁴⁷. Il n'est pas étonnant que la prudence soit un élément important de tout ensemble législatif sur ces questions, car les abus sont toujours possibles et les modalités d'application réservent forcément difficultés et mauvaises surprises; mais cela n'est pas une raison pour condamner toute l'entreprise et, comme on dit, jeter le bébé avec l'eau du bain, ce qui serait, du point de vue moral, bien plus grave.

Même une prudence éclairée ne permettra pas d'échapper aux cas-limites et aux dilemmes, surtout lorsque le patient est inconscient ou incompetent, mais des guides pour la décision sont préférables au vide qui ne saurait être d'aucune aide. Les principes que nous avons mis en lumière permettent déjà par exemple de récuser les raisons qui interdisent aux Etats-Unis de ne pas soigner un nouveau-né atteint du syndrome de Down et d'une malformation létale curable par la chirurgie; en effet, contrairement à ce que pense le législateur américain, il est faux que toute vie non comateuse et non immédiatement condamnée vaille mieux que la non-existence⁴⁸; peut-être faut-il soigner ces enfants, mais ce n'est en tous cas pas pour les raisons alléguées, car si la quantité de vie n'est déjà pas un argument décisif, le simple fait de vivre l'est encore moins.

L'euthanasie et l'assistance au suicide sont donc non seulement licites, mais encore recommandables, tant du point de vue du malade que de celui de l'agent. Mais qui sera cet agent? Au vu de la médicalisation de la mort qui a cours dans notre société, il paraît à la fois judicieux et prudent d'en réserver au médecin le monopole, ce que, d'ailleurs, nous avons implicitement admis jusqu'ici. Il y a cependant un obstacle dès qu'il est question d'euthanasie directe et d'assistance au suicide, lié à la fonction traditionnelle du médecin, comme le souligne, avec d'autres, Bernard Courvoisier:

«Le fait de tuer un malade est incompatible avec la vocation du médecin (et de tous les professionnels de la santé) qui est de prévenir et de soigner les maladies individuelles et collectives et de préserver la vie aussi longtemps que possible, dans les meilleures conditions»⁴⁹.

⁴⁷ Cf. M. BATTIN, «Assisted Suicide: Can we Learn from Germany?», *Hastings Center Report*, vol. 22/2, mars-avril 1992.

⁴⁸ Cf. J. MOSKOP & R. SALDANHA, *art. cit.*, p. 286a: «The policy assumes, in other words, that noncomatose, nonterminal life is always preferable to nonexistence: it expressly prohibits consideration of the future quality of life of the infant».

⁴⁹ «Euthanasie?», *Rapport annuel de l'Académie suisse des Sciences médicales*, 1991, p. 71. Cf. encore BEAUCHAMP & CHILDRESS, *op. cit.*, p. 144: «There are, nevertheless, serious objections to building into medical practice an explicit exception that licence physicians to kill their patients in order to relieve uncontrollable pain and suffering» et BROCK, *art. cit.*, p. 16b: «Permitting physicians to perform euthanasia, it is said, would be incompatible with their fundamental moral and professional commitment as healers to care for patients and to protect life».

En effet, le médecin a pour tâche de soigner les malades, non de les tuer quand cela devient impossible; ce qu'il faudrait donc viser en lieu et place de l'euthanasie, ce serait des soins palliatifs de bonne qualité, seuls conformes à la déontologie du médecin. Toutefois, on peut se demander si ce n'est pas là une difficulté plus psychologique que morale, en outre un des ingrédients de la crise actuelle de la médecine qui doit apprendre à respecter l'autodétermination des patients, et non seulement à agir au nom d'une bienfaisance trop souvent mal comprise. Ainsi, le médecin devrait plutôt accepter de reconsidérer sa fonction, s'il veut vraiment être au service du malade.

Ce raisonnement méconnaît cependant le fait que l'appartenance à une tradition modèle toute prise de décision, et met l'autodétermination de celui qui choisit en situation. Ainsi, s'il est vrai, comme le dit encore le même auteur, que l'«autonomie est reconnue aujourd'hui comme étant à la base des principes éthiques des soins de santé», cela a encore pour conséquence que «le médecin est, lui aussi, une personne; on ne saurait donc exiger de lui qu'il agisse contrairement à l'idée qu'il se fait de son éthique professionnelle, qui comprend d'autres principes fondamentaux, comme celui de la bienfaisance et celui du respect de la vie, de sa préservation et/ou de sa restauration»⁵⁰. Les vertus comportent des différences, et celle de bienfaisance n'a pas tout à fait le même contenu pour un malade et pour un médecin. A partir de là, deux voies sont possibles: soit on permet à d'autres personnes de pratiquer l'euthanasie, soit on entreprend tout de même de modifier la fonction du médecin et l'image qui s'y attache. L'attitude qui prévaut dans la question de l'avortement, impliquant que la préservation de toute vie n'est pas une priorité absolue, montre déjà que cette image n'est pas immuable; certes, dans ce cas, le patient n'est pas celui qui est tué, mais la mère; est-ce toutefois vraiment une différence qui doit compter moralement?

Plus profondément, nous pensons que la résistance des médecins vient du fait qu'ils ne sont pas persuadés de la licéité morale de l'euthanasie active, directe surtout. Si, par contre, elle venait à être considérée comme une action licite et légale dans certaines circonstances, l'image de la fonction de l'institution médicale pourrait se modifier, et avec elle celle de la vocation du médecin.

Cela, toutefois, n'aura lieu que si l'on bloque le passage du licite à l'obligatoire. En effet, si le bien oblige, il s'ensuivra que l'euthanasie, ainsi que le suicide et son assistance, seront requis, lorsque la prolongation de la vie entrera en conflit avec des valeurs plus hautes ou lorsque la qualité de vie subira un effondrement, à cause par exemple de douleurs rendant la

⁵⁰ «L'autonomie du patient et du médecin en situation de réanimation ou de soins terminaux», *Rapport annuel de l'ASSM*, 1991, p. 74.

poursuite de toute valeur_p impossible. Les utilitaristes le pensent, ainsi que Peter Singer le dit explicitement contre Judith Thomson⁵¹, et bien des déontologistes avec eux; Hume déjà le laissait entendre, en approuvant, lorsqu'il notait que, dans certains cas, le suicide s'accordait avec notre devoir envers nous-même⁵². Pourtant, il n'y a aucune raison de suivre ces auteurs: beaucoup de choses sont bonnes sans qu'il soit requis de les poursuivre, et c'est pour ne pas le voir que nombre de moralistes encourent le reproche de fanatisme moral⁵³.

Ce que nous avons dit permet-il encore de rassurer ceux qui craignent les conséquences d'une autorisation légale de l'euthanasie, arguant notamment qu'elle risquerait de mettre en péril le respect pour la vie, la confiance dans les médecins, l'attente légitime de soins adéquats pour les personnes âgées et qu'elle pourrait déboucher sur l'eugénisme?⁵⁴ On reconnaît là un argument conséquentialiste du type de la pente savonneuse. Sans entrer en profondeur dans son examen et sans nous prononcer sur la nécessité ou non que la loi suive la morale sur ce point, nous ferons remarquer simplement que l'interdiction de l'euthanasie aurait des conséquences non moins dommageables: savoir qu'en devenant vieux ou qu'en cas d'état végétatif chronique on sera condamné sans rémission à des années d'une vie dégradante pour une personne morale autonome n'est pas de nature à assurer le respect des valeurs qu'on estime importantes et à établir un contact confiant avec son médecin, au contraire. Il est en tout cas complètement arbitraire et démesuré de prétendre, à l'instar du Conseil permanent de l'épiscopat français:

«A partir du moment où une société ne se fixe plus comme objectif premier d'accueillir et de faire vivre toutes les personnes, et chacune d'elles, cette société s'achemine vers une politique plus ou moins cachée d'élimination

⁵¹ Cf. *Practical Ethics*, p. 115: «Thomson does not accept that we are always obliged to take the best course of action, all things considered».

⁵² Cf. D. HUME, «On Suicide», in SINGER (ed), *op. cit.*, p. 26: «That suicide may often be consistent with interest and with our duty to ourselves, no one can question, who allows that age, sickness, or misfortune may render life a burden, and make it worse even than annihilation». Cf. aussi ENGELHARDT, *The Foundations of Bioethics*, p. 314: «When the individual to be killed is in severe pain, beneficence-based arguments may indeed make it morally laudatory if not obligatory to hasten death».

⁵³ Cf. B. WILLIAMS, *Ethics and the Limits of Philosophy*, Fontana Press, 1985, p. 182: «If obligation is allowed to structure ethical thought, there are several natural ways in which it can come to dominate life altogether».

⁵⁴ Cf. PH. FOOT, *Euthanasia*, p. 27: «The possibility of active voluntary euthanasia might change the social scene in ways that would be very bad. As things are, people do, by and large, expect to be looked after if they are old or ill. This is one of the good things that we have, but we might lose it, and be much worse off without it» et BEAUCHAMP & CHILDRESS, *op. cit.*, p. 141.

physique. En cette matière, un seul fléchissement pourrait entraîner une avalanche d'actes inhumains»⁵⁵.

«Inhumain» n'a pas le même sens pour ces évêques que pour les juges californiens, mais si nous en croyons les arguments développés ici, c'est à ces derniers qu'il faut donner raison⁵⁶.

⁵⁵ «Note sur l'euthanasie», 1976, in P. VERSPIEREN (éd.), *op. cit.*, p. 392.

⁵⁶ Pour la question des conséquences d'une légalisation de l'euthanasie, cf. D. BROCK, *art. cit.*, p. 14 sq. et D. CALLAHAN, *art. cit.*, p. 52 sq.