

Dr James S. Spiegel, Éthique chrétienne, Session 14, Euthanasie et suicide assisté par un médecin

© 2024 Jim Spiegel et Ted Hildebrandt

Il s'agit du Dr James Spiegel dans son enseignement sur l'éthique chrétienne. Il s'agit de la séance 14, Euthanasie et suicide assisté par un médecin.

Bon, le prochain sujet dont nous allons discuter concerne les soins en phase terminale, l'euthanasie et le suicide assisté par un médecin.

Quand est-il opportun, le cas échéant, de hâter la mort d'une personne dans son propre intérêt ? Commençons par quelques définitions de base. L'une d'elles est l'arrêt des soins d'assistance respiratoire. Il s'agit de permettre à une personne de mourir en retirant ou en refusant un traitement médical.

Le suicide assisté par un médecin consiste pour un professionnel de la santé, c'est-à-dire un médecin, à expliquer à une personne comment mettre fin à ses jours par une injection létale. On parle ensuite d'euthanasie, qui signifie littéralement une mort facile. Dans ce cas, un médecin prend des mesures directes pour hâter la mort d'un patient. C'est ce qu'on appelle également l'euthanasie.

Alors, quand est-il approprié d'aider quelqu'un à mourir ou de hâter directement sa mort par injection létale ? Voici un peu de contexte juridique. Je me souviens de l'affaire Karen Ann Quinlan de 1975, quand j'étais petite, qui a fait la une des journaux au milieu des années 70 pendant des mois, voire des années. Dans cette affaire, le tribunal a statué que les intérêts du patient primaient sur l'intégrité professionnelle des professionnels de la santé.

Il y a eu un conflit sur la question de savoir si cette femme, Karen Ann Quinlan, devait être maintenue en vie même si des membres de sa famille souhaitaient qu'elle meure. Puis, dans l'affaire Cruz Ann en 1990, la cour a statué qu'un patient avait le droit de refuser un traitement médical vital, y compris de la nourriture et de l'eau. Dans les affaires Washington contre Clucksburg et Vacco contre Quill en 1997, la cour a statué qu'il n'existait aucun droit constitutionnel à mourir.

Dans ce cas précis, la Cour n'a pas déclaré illégal le suicide assisté par un médecin. Elle a toutefois laissé aux États le soin de décider. Depuis ces affaires, neuf États américains ont légalisé le suicide assisté par un médecin, soit la Californie, l'Oregon, le Vermont, le Montana, le Colorado, Hawaï, Washington, le Maine et le New Jersey, ainsi que le District de Columbia.

Au cours des dernières années, nous avons constaté une augmentation significative du nombre d'Américains favorables à la légalisation du suicide assisté par un

médecin. Selon un sondage Gallup de 2017, environ les trois quarts des Américains sont favorables à la légalisation du suicide assisté par un médecin. Voici quelques distinctions importantes.

Ces mesures sont souvent invoquées ou appliquées dans le cadre de diverses interventions en soins de fin de vie. L'une d'elles est la distinction entre les moyens ordinaires et extraordinaires. Par moyens ordinaires, nous entendons un traitement qui offre des avantages raisonnables ou importants sans imposer de fardeau excessif au patient ou de charge financière.

Nous parlons ici d'antibiotiques, de transfusions sanguines et de sondes d'alimentation. Ce sont des moyens ordinaires. Au moins aujourd'hui, dans l'histoire de la technologie médicale, ces choses changent parce que ce qui est extraordinaire ou exotique devient au fil du temps routinier et ordinaire.

Aujourd'hui, les transfusions sanguines et les sondes d'alimentation, par exemple, sont considérées comme ordinaires, alors qu'elles étaient autrefois extraordinaires. Mais aujourd'hui, les moyens extraordinaires incluent des choses comme les transplantations d'organes ou les respirateurs. Peut-être que les respirateurs deviennent ordinaires.

Mais dans ce cas, il s'agit d'un avantage relativement faible ou d'une charge excessive. Dans le cas des transplantations d'organes, les avantages sont certes importants, mais cela crée certainement une charge financière importante.

C'est extrêmement coûteux. Une autre distinction est celle qui existe entre le refus d'administrer un traitement qui pourrait sauver des vies et son arrêt. Il s'agit de la distinction entre le fait de s'abstenir d'administrer un traitement particulier et le fait d'arrêter ou de cesser un traitement déjà commencé.

Il y a ensuite une distinction entre tuer et laisser mourir. Il s'agit de la distinction entre provoquer activement la mort d'une personne et permettre à la maladie, à la blessure ou au cours naturel de la nature de tuer la personne. Ce sont toutes des distinctions importantes que nous allons noter de temps à autre tout au long de cette discussion.

Lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant les soins de fin de vie, cela est extrêmement important, non seulement d'un point de vue moral, mais aussi d'un point de vue juridique. Et nous pouvons distinguer les différentes possibilités ou scénarios, du meilleur au pire des cas, en commençant par ce que l'on appelle les directives juridiques anticipées.

Il s'agit du scénario idéal, dans lequel il n'y a pas de complications juridiques importantes, comme dans le cas d'un testament biologique. Il s'agit d'un document

juridique dans lequel le patient énonce à l'avance ses souhaits concernant les soins de fin de vie. Si je me trouve dans une situation où je ne peux pas prendre la décision moi-même, voici ce que je veux faire.

La personne peut stipuler, selon un éventail de possibilités, les efforts qu'elle souhaite déployer pour préserver sa vie. On peut donc avoir recours à des directives anticipées. Une autre option juridique est ce qu'on appelle la procuration durable, par laquelle le patient désigne une personne qui prendra les décisions relatives aux soins de fin de vie à sa place, que ce soit son médecin traitant, son conjoint ou un autre membre de la famille.

Voilà donc les scénarios les plus optimistes. Ensuite, il y a les directives anticipées verbales, qui sont un peu problématiques, ou qui peuvent l'être d'un point de vue juridique. Dans ce cas, le patient fait connaître ses souhaits de manière informelle à ses amis ou à sa famille.

Sur cette base, les professionnels de santé peuvent prendre la décision, ou du moins s'en inspirer pour décider de la suite à donner au patient. Et enfin, si aucune de ces options n'a été envisagée et que nous ne savons pas ce que le patient a déclaré ou ce qu'il aurait souhaité, il faut alors recourir à un jugement par procuration, où une personne est désignée pour prendre la décision au nom du patient. Voilà donc les différentes possibilités en termes de décisions relatives aux soins de fin de vie.

Je recommande toujours à chacun de rédiger un testament de vie ou au moins de créer une procuration durable. Dans tous les cas, surtout à l'âge adulte, et surtout à un âge avancé, il est important d'avoir un document écrit stipulant comment on souhaite être traité dans une situation de soins en phase terminale. Vous pouvez épargner à votre famille et à vos proches beaucoup de difficultés et de stress.

Maintenant, permettez-moi de parler brièvement de certains éléments de base de l'anatomie cérébrale, qui entrent un peu en jeu dans notre discussion ici. Ainsi, les trois divisions anatomiques générales du cerveau comprennent le cerveau. C'est ce qu'on appelle aussi le cerveau supérieur.

C'est la partie du cerveau qui contrôle la conscience, la cognition, la pensée, les souvenirs, les sentiments et les perceptions. Ensuite, le cervelet contrôle la coordination, les mouvements du corps, la posture, l'équilibre, etc. Ensuite, la partie inférieure du cerveau, le tronc cérébral, est ce qui gouverne ce que nous appelons les fonctions végétatives, la respiration, la fréquence cardiaque et les cycles de sommeil.

Lorsqu'il s'agit de définir la mort, ces distinctions anatomiques entrent en jeu. Ainsi, il existe des définitions de la mort qui s'appliquent à l'ensemble du cerveau, où le critère de la mort est l'arrêt complet de la fonction de l'ensemble du cerveau. C'est ce qui est nécessaire pour la mort.

Le cerveau tout entier doit cesser de fonctionner. Alors que dans les définitions de la mort du cerveau supérieur, il s'agit simplement de l'arrêt de la fonction du cerveau, du cortex cérébral, qui suffit à provoquer la mort. Il existe des définitions non cérébrales qui ont été utilisées tout au long de l'histoire, mais du moins dans la culture occidentale, elles ne sont pas autant utilisées ou appliquées.

Les définitions non cérébrales comprennent la mort en termes de fonctions corporelles externes au cerveau, comme la respiration et la circulation sanguine, ou en termes d'événement métaphysique, le plus important étant l'idée de l'âme ou de l'esprit quittant le corps. Maintenant, on peut combiner un concept non cérébral comme la réalité métaphysique de l'âme quittant le corps avec l'une des autres définitions du cerveau, soit le cerveau entier, soit le cerveau supérieur. Et donc, lorsqu'il s'agit de faire la distinction entre la mort cérébrale et ce qu'on appelle un état végétatif persistant, ou EVP, vous pouvez voir comment ces définitions de la mort entrent en jeu.

La mort cérébrale se produit lorsque le cerveau entier cesse de fonctionner, ce qui est indiqué par un électroencéphalogramme plat. Mais un état végétatif persistant se produit lorsque le cerveau supérieur cesse de fonctionner, mais que la fonction du tronc cérébral demeure. Une personne respire toujours, son cœur bat toujours et le flux sanguin est toujours présent, mais il n'y a plus de conscience, plus de perception et plus de réflexion.

Et c'est là que les choses deviennent très compliquées du point de vue des soins de fin de vie car, dans de nombreux cas, il est très difficile de savoir si la personne peut sortir de cet état comateux. Il y a des gens qui sont restés en état de coma pendant des années et des années, notamment Karen Ann Quinlan, le cas que j'ai mentionné plus tôt. Je pense qu'elle avait fait une sorte d'overdose de drogue.

La question était de savoir si on devait lui retirer sa sonde d'alimentation ou si on lui retirait un respirateur. Je crois que c'est ce qui s'est passé. Et finalement, après de nombreuses querelles juridiques, ils ont décidé de le faire.

Ils pensaient qu'elle allait mourir, mais elle a continué à respirer par elle-même pendant huit ou neuf ans, je crois, mais elle est restée dans le coma. Il y a des gens qui sont restés dans le coma pendant 15 ans. Le plus long que j'aie entendu dire est même de 19 ans. Cette personne a vécu en Europe de l'Est, je crois en Pologne, pendant près de 20 ans.

Et c'était il y a environ 15 ans, quand il est sorti du coma. On pensait que c'était impossible, qu'il était dans un état végétatif permanent, et que sa femme était vraiment irrationnelle dans son espoir qu'il revienne à lui.

Eh bien, il l'a fait. Et il s'est avéré qu'il était en très bonne forme cognitive. Et donc, la dernière fois que j'ai eu de ses nouvelles, vous savez, peu de temps après, quelques mois après son réveil, ils passaient la majeure partie de leurs journées à discuter.

Et elle lui racontait les 20 dernières années de son histoire, tout ce qu'il avait manqué pendant son sommeil. Donc, on ne sait pas. Et selon l'étendue des dommages au cerveau d'une personne, les médecins peuvent être sûrs que, vous savez, une personne, si elle reprend conscience, n'aura pas beaucoup, voire pas du tout, de capacités cognitives.

Mais dans de nombreux cas, on ne sait pas si la personne va se réveiller du coma, et même les médecins les plus informés et les plus expérimentés peuvent se tromper dans leur pronostic. C'est donc une source de controverses et de difficultés lorsqu'il s'agit de ces cas terminaux ou apparemment de cas nécessitant des soins terminaux.

Voyons maintenant quelques arguments, avantages et inconvénients, en matière d'euthanasie. Et plus précisément ce qu'on appelait autrefois l'euthanasie active, par opposition à l'euthanasie passive. C'était une distinction que les éthiciens médicaux faisaient souvent lors des discussions sur ces questions.

Mais l'euthanasie passive consiste à interrompre ou à retirer les moyens de maintien des fonctions vitales. La façon dont la discussion s'est déroulée a permis de reconnaître qu'il ne s'agit pas vraiment d'euthanasie. Pour qu'une euthanasie soit une véritable euthanasie, elle doit être active, c'est-à-dire qu'on fait quelque chose pour hâter la mort de la personne.

En général, l'euthanasie est considérée comme une euthanasie active. Mais parfois, il est utile de l'appeler euthanasie active pour être clair, afin de bien faire comprendre que nous parlons d'une situation dans laquelle quelque chose est fait activement pour hâter la mort d'une personne. James Rachels a écrit un article classique, qui est aujourd'hui devenu un classique, il y a de nombreuses années, défendant l'euthanasie, ou l'euthanasie active.

Il soutient qu'une fois qu'il est décidé qu'un patient doit mourir, tuer le patient peut être une mesure moralement appropriée ou préférable, car cela accélère la mort de la personne alors que nous savons que la mort est inévitable. Il donne donc des exemples où tuer la personne semble préférable à la laisser mourir, comme par exemple une personne atteinte d'un cancer en phase terminale, un cancer du pancréas de stade 5. J'ai connu des gens, j'ai eu des collègues qui sont morts d'un cancer du pancréas, qui est l'une des formes de cancer les plus graves et les plus agressives.

Je ne connais personne qui s'en soit remis. Je suis sûr que cela est arrivé dans certains cas si le cancer a été détecté suffisamment tôt. Mais dans tous les cas que

j'ai connus, la personne est décédée et, vers la fin, dans de nombreux cas de cancer, la souffrance est atroce.

Et vous savez que la personne va partir, ce n'est qu'une question de temps. Peut-être savons-nous que cela va prendre des jours ou même des heures. Pourquoi laisser la personne souffrir dans l'agonie alors que vous savez qu'elle va partir très bientôt, voilà le problème.

Alors, n'est-il pas plus humain de hâter la mort de la personne ? Il y a cette vieille phrase : je crois qu'il y a eu un film avec ce titre : Ils tuent des chevaux, n'est-ce pas ? Nous le faisons par compassion et par compassion envers un animal, alors pourquoi pas quand il s'agit d'autres êtres humains ? Rachel utilise donc une expérience de pensée, une illustration, pour renforcer son argument ici. Entre Smith et Jones, il y a deux personnes dans chaque cas. Ils ont un neveu dont ils sont susceptibles de recevoir un héritage important si ce petit enfant meurt. Et Smith garde son neveu lorsqu'il entend son neveu tomber dans la baignoire, se cogner la tête, tomber face contre terre dans l'eau ; et il sait que si son neveu se noie, il va recevoir un énorme héritage.

Alors que l'enfant commence à sortir de l'eau, Smith lui maintient la tête vers le bas et le noie. Maintenant, Jones, lui, se retrouve dans la même situation. Son neveu tombe également, se cogne la tête dans la baignoire et tombe la tête la première dans l'eau.

Dans ce cas, Jones a la main levée au-dessus de la tête de son neveu de telle sorte que si l'enfant commence à reprendre ses esprits, il sera prêt à pousser sa tête vers le bas, mais l'enfant ne reprend jamais ses esprits et se noie sans aucune intervention de Jones. La question est donc de savoir qui a fait quelque chose de pire ? Et Rachel soutient qu'ils ont tous les deux fait quelque chose d'aussi grave. Jones n'a pas fait mieux simplement parce qu'il n'a pas gardé la tête de son neveu sous l'eau ou ne l'a pas touché de quelque façon que ce soit.

Il n'a rien fait activement pour tuer son neveu, mais c'était tout aussi mal parce qu'il s'assurait quand même que son neveu meure. Il y a donc une sorte de parité en termes d'évaluation morale ici entre deux situations qui sont identiques, sauf que dans un cas, il y a une activité en cours, et dans l'autre, c'est passif. Donc, si tuer et laisser mourir sont moralement équivalents dans ce cas du côté du mal, alors pourquoi ne seraient-ils pas équivalents moralement du côté du bien quand on tue ou on laisse mourir pour une bonne raison ? C'est ainsi que James Rachel essaie de gonfler nos intuitions ici concernant l'assurance active et passive qu'une personne en situation de soins terminaux décède.

Mais pourquoi avons-nous tendance à penser que tuer est pire que laisser mourir ? Il reconnaît que c'est une attitude générale. Nous avons tendance à considérer que

tuer activement est pire que laisser quelqu'un mourir. Sa réponse est que cela se fait généralement de manière moins responsable.

Quand on entend parler de personnes tuées, c'est presque toujours dans un contexte où le meurtre est répréhensible et constitue un meurtre. Mais ici, nous parlons de contextes où le meurtre serait moralement acceptable et où l'intention est bonne. C'est pour le bien de la personne qui meurt.

Ce n'est pas contre leur volonté, contrairement à ce qui se passe généralement lorsque l'on entend parler de personnes tuées dans les médias. Il faut donc que nos attitudes s'adaptent au contexte, aux intentions et aux objectifs en jeu. Dans de nombreux cas, il faut être en phase avec la volonté de la personne mourante ou en phase terminale.

Si c'est ce qu'ils veulent et que leur existence sera soumise à d'atroces souffrances si leur mort n'est pas hâtée, nous devons considérer cette situation avec plus de sympathie, selon Rachel et d'autres défenseurs de l'euthanasie. Il étaye donc son argumentation par quelques autres arguments. Il s'agit simplement d'arguments généraux que Rachel et d'autres ont utilisés pour défendre l'euthanasie.

L'euthanasie est une mesure qui consiste à hâter activement la mort d'une personne pour son propre bien. Il existe un argument utilitariste selon lequel l'euthanasie entraîne un plus grand bonheur et moins de douleur en général. Dans de nombreux cas, encore une fois, il s'agit d'une mesure de miséricorde à prendre en termes de maximisation du plaisir et de minimisation de la douleur pour la personne mourante.

Et pour les amis et les membres de la famille qui ne veulent pas voir leurs proches soulagés de la douleur, surtout de la douleur et de l'agonie atroces. Il y a ensuite l'argument de la règle d'or. Si vous vous demandez, si vous étiez dans un état terminal, qu'il était certain ou presque certain que vous alliez mourir et que vous vous tordiez de douleur, ne préféreriez-vous pas être tué ? Parfois, dans des conversations informelles, les gens posent cette question.

Préféreriez-vous mourir comme ceci ou comme cela ? Si vous pouviez contrôler votre destin, de quelle façon préféreriez-vous mourir ? Et la réponse universelle est : « Je voudrais quelque chose de très rapide et aussi indolore que possible. » Donc, si c'est une indication de préférence personnelle, alors lorsque nous appliquons la règle d'or aux personnes en phase terminale, cela n'implique-t-il pas que, dans certains cas, l'euthanasie soit appropriée ? Rachel répond ensuite à l'argument sur la possibilité de guérison. Nous ne savons tout simplement pas avec certitude, dans de très nombreux cas, si une personne peut guérir.

Et puis, après tout, un diagnostic peut être erroné. Les médecins sont faillibles. Ils font des pronostics et même des diagnostics qui ne sont parfois pas exacts.

Cela ne veut-il pas dire qu'il serait plus sage de tenter de maintenir la personne en vie aussi longtemps que possible ? Rachel répond donc que même si les médecins se trompent parfois, ils ne savent pas forcément quand un cas est désespéré. Il faut examiner chaque cas au cas par cas. Et si les médecins disent que plusieurs médecins qui s'occupent d'un patient particulier sont convaincus qu'aucune guérison n'est possible, alors il serait moralement approprié d'envisager l'euthanasie, selon Rachel.

Du côté négatif, on peut avancer un certain nombre d'arguments pour défendre l'idée que l'euthanasie est toujours une erreur. Il y a de nombreuses années, un article a été écrit sous un pseudonyme, J. Gay Williams, par un éthicien médical du nom de Ronald Munson, qui défend une opinion qui, personnellement, se rapproche davantage de celle de Rachel. Mais lorsqu'il a préparé cette anthologie, je crois que c'était une anthologie sur l'éthique médicale, il n'a pas trouvé d'article approprié défendant la position anti-euthanasie, alors il en a écrit un lui-même, et il a ensuite choisi d'utiliser ce pseudonyme probablement parce qu'il ne voulait pas être identifié à des arguments contre l'euthanasie.

C'est intéressant. J'ai vu beaucoup d'arguments et d'articles très bien rédigés par des gens comme Leon Kass qui sont contre l'euthanasie, mais celui-ci est l'article le plus connu, et il a été publié dans des anthologies des dizaines, voire des dizaines de fois. J'ai utilisé de nombreux textes sur l'éthique dans mes cours d'éthique au fil des décennies, et cet article de Gay Williams et cet article de Munson figurent dans chacun d'eux.

Mais c'est succinct, et il communique clairement ses arguments et, pour la plupart, avec une certaine force. Mais selon Munson, nous l'appellerons par le pseudonyme de Gay Williams, l'euthanasie est mauvaise, elle est intrinsèquement mauvaise et mauvaise du point de vue de l'intérêt personnel et des effets pratiques. Ainsi, choisir de ne pas administrer un traitement salvateur, note-t-il, même à un patient mourant qui est en train d'être tué ou qui meurt à cause d'une blessure ou d'une maladie, ce n'est pas de l'euthanasie parce que c'est la blessure ou la maladie qui tue la personne.

Il confirme donc ce que j'ai dit plus tôt, à savoir que l'euthanasie ne nécessite pas de distinction entre actif et passif. Nous parlons de l'accélération active de la mort de la personne. Nous avons donc d'abord un argument tiré de la nature. Il dit que chaque être humain a une inclination naturelle à continuer de vivre, et que notre corps est structuré pour notre survie.

C'est fondamentalement l'argument du droit naturel, dont nous avons déjà parlé. Selon la théorie du droit naturel, la notion de telos, ou de plan de conception particulier, est évidente dans tout ce que nous voyons dans la nature, y compris notre propre corps, qui est structuré pour la survie, et les divers organes qui

fonctionnent en nous, et tout ce qu'ils font, leurs fonctions, préserver nos vies, tout ce qui nous concerne, anatomiquement, physiologiquement, démontre cette tendance à continuer à vivre. Et l'euthanasie fait violence à cela, et elle contredit ce telos qui est si évident dans tout être vivant, y compris les êtres humains.

L'euthanasie porte atteinte à cet objectif naturel de survie. Comme il le dit, elle est contraire à la nature et à notre dignité. Il y a aussi un argument fondé sur l'intérêt personnel, qui concerne le fait que l'euthanasie élimine toute possibilité de guérison. C'est une décision permanente, et il n'y a pas de retour en arrière possible.

C'est pour cette raison que l'euthanasie peut aller à l'encontre de nos propres intérêts. Si un diagnostic erroné a été posé, si un nouveau traitement peut être mis au point pendant que la personne est en vie, ou si une guérison spontanée peut se produire, ou même un miracle de Dieu, alors en précipitant la mort de la personne, nous l'empêchons de vivre pendant des mois ou des années. Ce genre de chose se pose dans le contexte de la peine de mort, dont nous parlerons plus loin, comme argument contre la peine de mort.

Il est toujours possible que dans un cas donné, la décision ait été erronée, qu'il s'agisse en fait d'une personne innocente, et les personnes opposées à la peine de mort invoquent souvent ce motif pour ne pas appliquer la peine capitale. Ici, une logique similaire est en jeu. Il est toujours possible que le diagnostic ou le pronostic soit erroné.

Alors, pourquoi ne pas prendre une décision qui soit dans l'intérêt supérieur de la personne, en préservant au moins la possibilité qu'elle puisse vivre encore, même pendant de nombreuses années ? Un troisième argument est un argument d'ordre pratique qui renvoie à l'impact que la pratique généralisée de l'euthanasie pourrait avoir sur la communauté médicale. L'idée est que la pratique courante consistant à hâter la mort des patients pour leur propre bien ou pour les sortir de leur souffrance pourrait affaiblir l'engagement des professionnels de la santé à sauver des vies.

Ils savent que c'est toujours une option. Ils voient une personne souffrir intensément. Cela semble sans espoir.

Donc, si cette option est toujours disponible, ils pourraient y avoir recours, pas seulement de manière routinière, mais dans des situations où cela n'est pas vraiment justifié et où la personne a beaucoup plus de chances de survie qu'ils ne le pensent. On craint donc que les professionnels de la santé ne travaillent pas aussi dur pour soigner les patients gravement malades, ce qui pourrait avoir un effet délétère sur le secteur de la santé en général.

Donc, J. Gay Williams s'inquiète d'une sorte de pente glissante causale ici, et il travaille sur le concept de suicide assisté par un médecin dans cette pente causale.

Du suicide, si nous approuvons cela, au suicide, qui est moins controversé que ces cas de suicide assisté par un médecin et d'euthanasie, parce que dans le cas du suicide, c'est simplement la personne qui se fait elle-même le coup. Mais à partir de là, si nous approuvons cela, cela nous rendra plus susceptibles d'approuver le suicide assisté par un médecin et de déléguer à d'autres le soin de le faire pour nous-mêmes ou de nous demander de nous auto-euthanasier.

L'étape suivante consiste à ce que d'autres personnes le fassent pour le patient, en accord avec le désir ou le choix du patient lui-même ou en cohérence avec celui-ci. De là, on peut arriver à l'euthanasie involontaire, où le choix ou la préférence du patient est inconnu, ou peut-être même contraire à ses souhaits. Si c'est pour son propre bien, alors quelle importance a sa propre préférence ? Et de là, enfin, à un devoir de mourir, pas seulement l'option ou l'acceptabilité morale de l'euthanasie, mais le devoir d'une personne de mourir, où l'on craint que cela devienne si répandu et commun dans notre culture, que les personnes d'un certain âge, qui représentent un fardeau financier particulier pour une famille, puissent être considérées comme des mangeurs inutiles, comme le disaient les nazis.

Grand-mère, grand-père, il est vraiment temps pour vous de partir. Vous avez vécu longtemps et vous êtes un fardeau pour nous. Non pas que cela soit dit un jour, mais le principe est le suivant : faites-vous une faveur et laissez-nous prendre cette route.

Vous avez l'obligation morale d'y aller. C'est ce qui vous inquiète. Disons-le clairement, mais c'est une préoccupation générale que de nombreux spécialistes opposés à l'euthanasie ont relevée.

En réponse à cela, nous allons passer à la Bible et à l'euthanasie. En réponse à cela, quelqu'un comme James Rachels dirait que si nous procédons avec soin et si nous sommes sensibles à ce genre de préoccupations, nous pouvons éviter de nous engager sur cette pente glissante et maintenir le respect des désirs et des souhaits des personnes. Si nous gardons l'accent sur l'autonomie de la personne qui est en train de mourir, nous n'aurons pas à nous inquiéter des cas d'euthanasie involontaire allant à l'encontre des souhaits de la personne, et encore moins du devoir de mourir.

Voici quelques arguments assez courants contre l'euthanasie. Bon, la Bible et l'euthanasie. Examinons quelques arguments pour et contre l'euthanasie.

Certains soutiennent qu'il est moralement significatif que la Bible prône le soulagement des souffrances et la miséricorde, que c'est un fait qui crée une présomption en faveur de la hâte de la mort d'une personne, qu'il existe une souffrance extrême, que faire preuve de miséricorde envers les gens et essayer de soulager la douleur ne fait que répondre à une norme biblique générale. De plus, la mort dans les Écritures est considérée comme souhaitable. Un psaume dit : « Précieuse aux yeux de l'Éternel est la mort de ses saints. »

Et Paul dit dans Philippiens 1 : « Pour moi, vivre c'est Christ, et mourir m'est un gain. » Ces passages bibliques créent-ils donc aussi une présomption en faveur de l'euthanasie ou du suicide assisté dans certains cas ? Troisièmement, on fait parfois valoir que le sixième commandement interdisant de tuer n'est pas absolu. Il autorise des exceptions.

Nous savons, du moins la plupart le diraient, qu'il existe une exception à cette règle : tuer en état de légitime défense, du moins d'un point de vue biblique, c'est la peine capitale, qui était largement pratiquée à l'époque de l'Ancien Testament dans l'ancien Israël. C'était un ordre du même Dieu qui avait dit : « Tu ne tueras pas. » Il avait dit : « Tuez ceux qui tuent. »

Il faut appliquer la peine de mort aux meurtriers, aux violeurs, etc., et il faut aussi appliquer la guerre juste. Dans de nombreux cas, Israël a reçu l'ordre de tuer des groupes entiers de personnes. Dieu ordonne de nombreux meurtres dans l'Ancien Testament.

Il est donc clair que le commandement de ne pas tuer dans le Décalogue est qualifié de « juste ». La question n'est donc pas simplement de tuer ou de ne pas tuer, mais de savoir quand est-il approprié de tuer ? Le défenseur de l'euthanasie peut donc arguer qu'il s'agit là d'une autre de ces exceptions.

De la même manière qu'il peut être acceptable de tuer en cas de légitime défense, de guerre juste ou de peine capitale, il peut être acceptable de tuer et de hâter la mort d'une personne qui souffre atrocement dans un cas terminal. Ce sont des arguments bibliques qui sont parfois avancés pour défendre l'euthanasie. En ce qui concerne les arguments contre l'euthanasie, le principe le plus central invoqué ici est le caractère sacré de la vie, l'idée que la vie humaine est sacrée, que nous sommes créés par Dieu et à son image, et que Dieu est celui qui nous a donné la vie.

Il nous a dotés de la vie. Il soutient notre vie et il préserve notre vie. Nous sommes la propriété de Dieu.

Nous ne sommes pas propriétaires de nous-mêmes. C'est ce que dit Paul. L'idée est donc que nous ne pouvons pas renoncer à notre droit à la vie.

Nous parlons du droit à la vie. Dieu vous a donné ce droit à la vie, mais vous n'avez pas le droit de le négliger, car vous êtes la propriété de Dieu. Vous êtes la propriété de Dieu.

Cet argument a été avancé par Socrate dans un dialogue de Platon, selon lequel le suicide est une offense à Dieu. Par extension, Socrate, je suis sûr qu'il dirait que l'euthanasie, je suppose qu'il dirait cela, ou le suicide assisté par un médecin, parce

que vous détruisez la propriété de Dieu. Mais au moins l'idée de base est présente chez Socrate. Si ce n'est pas chez Platon, qui était en fait un partisan de l'infanticide dans certains cas.

Il y aurait donc un certain désaccord sur ce point, à supposer que Socrate et Platon soient en désaccord. Deuxièmement, l'élimination intentionnelle d'une vie humaine innocente est interdite par les Écritures. On fait valoir qu'à moins que des exceptions explicites ne soient prévues dans les Écritures, il s'agit d'une interdiction qui doit être respectée.

La Bible ne reconnaît aucune exception dans le cas de l'euthanasie. En revanche, les autres exceptions que j'ai mentionnées en matière de guerre juste et de légitime défense, ou encore la peine capitale, sont explicitement mentionnées. Les Écritures ne prévoient pas ce genre d'exceptions en ce qui concerne les cas où une personne souffre d'une maladie mortelle ou d'une blessure grave mettant sa vie en danger.

Enfin, il faut souligner que la souffrance a une valeur. C'est ce que soulignent de nombreux passages des Écritures. Dans le premier chapitre de Jacques, dans 1 Pierre et ailleurs, nous devons garder cela à l'esprit.

La souffrance a une valeur pour la construction du caractère et offre aux autres la possibilité de reconforter la personne qui souffre, ainsi que pour la perspective biblique générale sur la vie, la mort et l'au-delà. L'idée est que la mort n'est pas naturelle.

C'est un ennemi à vaincre, une chose à combattre et à laquelle il faut résister. C'est ce que soulignent de nombreux passages des Écritures.

Il y a ce vieux poème de Dylan Thomas : « Ne va pas doucement dans cette belle nuit. Rage, rage contre la mort de la lumière. » Le poème continue en disant que nous devons résister à la mort.

Dylan Thomas était bouleversé par la mort de son père et par le fait qu'il ne résistait pas et ne se battait pas pour rester en vie. Cela a causé beaucoup de détresse chez Dylan Thomas car il voulait que son père vive. C'est une chose naturelle d'essayer de rester en vie.

Beaucoup de gens parlent de la mort dans la dignité. Ceux qui utilisent cette expression ont tendance à l'utiliser dans le camp des partisans de l'euthanasie. D'une certaine manière, la chose la plus digne à faire est de succomber volontairement à la mort.

L'argument peut également être avancé de l'autre côté. Se battre, c'est cela qui est digne. C'est l'essence même de cet argument.

Il faut résister et lutter contre la mort. C'est un ennemi auquel il faut résister. C'était le cas de mon propre père.

Il a été euthanasié. Il souffrait d'emphysème. Il a personnellement souhaité être euthanasié à un moment donné.

Il m'a dit d'appeler Jack Kevorkian, le médecin de la mort, pour qu'il puisse utiliser sa machine à suicide sur mon père. Son emphysème était compliqué par une pneumonie. C'était en 1997.

Ma famille était quelque peu divisée. Il avait été ramené à la maison et placé en soins palliatifs, en attendant que mon père meure. J'avais passé suffisamment de temps dans le milieu médical, cinq ans à travailler pour un vétérinaire.

J'étais de ce genre de technicien. J'ai également travaillé pendant quelques années comme commis d'assurance pour des pneumologues. J'ai passé beaucoup de temps dans les hôpitaux et j'ai vu des gens à différents stades de leur maladie.

Beaucoup d'entre eux se rétablissaient de façon inattendue. Je savais qu'il était possible pour un patient dont la situation semblait désespérée de se rétablir. Je pensais que cela pourrait arriver avec mon père.

Il avait été renvoyé chez lui. Il était sous morphine juste pour calmer la douleur. La plupart des membres de ma famille avaient pratiquement abandonné tout espoir de le voir mourir dans un avenir proche.

Je me suis demandé en particulier si nous pouvions l'aider à mieux manger. Il ne mangeait rien à l'hôpital. Il avait perdu beaucoup de poids.

Je pensais qu'il avait besoin de reprendre des forces. Je lui ai dit : « Je te donnerai tout ce que tu veux. Tout ce que tu veux manger, je te l'apporterai. »

Nous devons te rendre plus fort, et tu as une chance ici. J'ai commencé à lui administrer des aliments et à lui administrer de la morphine, ce qui calmait suffisamment la douleur pour qu'il puisse retrouver l'appétit. Ma mère et un de mes frères se sont assis avec moi et m'ont dit : tu sais, tu te mens à toi-même.

Ton père va mourir. Il n'y a aucune chance qu'il se rétablisse. J'ai dit, eh bien, j'ai déjà vu ça se produire. Ils ont dit, non, ton père est en train de mourir. Ils ont été catégoriques avec moi. J'ai dit, laisse-moi faire ça. Il a faim. Je vais continuer à le nourrir. Que s'est-il passé ? Eh bien, il est devenu de plus en plus fort et il s'est rétabli. Il a vécu encore quatre ans. Entre-temps, sa foi a vraiment grandi. Il lisait les Évangiles.

C'était quelque chose d'étonnant à voir, juste cette sorte d'émergence spirituelle lente. Ces années ont été précieuses. Ma mère et mon frère ont admis plus tard : « Eh bien, tu avais raison, Jim. »

Nous pensions qu'il n'y avait aucune chance. Ses médecins pensaient qu'il n'y avait aucune chance. Franchement, je pensais qu'il y avait très peu de chances.

Mais sur cette possibilité de 1%, j'ai agi pour essayer de rendre cette possibilité aussi forte que possible. Grâce à la providence de Dieu, mon père s'est ressaisi et a vécu quatre années de plus. Comme je l'ai mentionné, cela a été très important pour lui spirituellement.

On ne sait jamais. Il peut sembler espérer contre tout espoir. Il peut même sembler insensé d'espérer cela.

Mais Dieu peut faire des choses extraordinaires. Dans ce cas, la clé était la transformation. En fait, à ce jour, chaque fois que j'entends ce mot, je l'associe à quelque chose de bien.

Parce que c'était essentiel pour contenir la douleur et maintenir l'appétit de mon père afin qu'il puisse manger et devenir plus fort, je ne me souviens pas qu'il ait eu de sérieux symptômes de sevrage. Je ne sais pas à quel point il était accro, s'il l'était.

Mais l'usage de stupéfiants, même si nous vivons à une époque où notre pays est confronté à un problème important de dépendance aux opiacés, peut être une grande bénédiction pour les personnes souffrant de douleurs atroces – en utilisant des opiacés, des narcotiques puissants, pour réduire la douleur. Mais qu'en est-il d'une situation où l'usage de stupéfiants peut en fait accélérer la mort ? Voici une autre situation personnelle dans laquelle je me suis retrouvé.

Un an ou deux avant que mon père ne tombe gravement malade, en 1997, la tante de ma mère était en train de mourir. Elle avait environ 91 ou 92 ans. Elle était en plein agonie et ses reins commençaient à cesser de fonctionner.

C'est vraiment le cas si vous savez que la personne est sur le point de mourir. Le médecin a demandé à ma mère s'il fallait donner à ma tante des narcotiques assez puissants qui accéléreraient sa mort. Ma mère n'a pas su vraiment répondre car elle ne savait pas ce qui était le mieux dans ce cas, alors elle m'a adressé au médecin, qui m'a demandé si nous pouvions le faire. Nous avons juste besoin de votre permission.

Nous avons demandé parce que cela accélérerait sa mort. J'ai demandé de combien ? Il a répondu, je ne sais pas, 8, 10, 12 heures. Alors j'ai réfléchi et j'ai dit, vas-y.

C'est ce qu'ils ont fait, et ma grand-tante est décédée plus tard dans la journée. Quand on m'a posé cette question, j'ai appliqué ce qu'on appelle le principe du double effet, qui a une longue histoire dans l'éthique chrétienne, en particulier dans le droit naturel, dans la tradition catholique romaine, et qui est utile pour prendre des décisions dans des situations où une ligne de conduite particulière peut avoir des effets bons et mauvais ou mauvais. Quand, si jamais, est-il acceptable d'adopter une telle ligne de conduite, sachant que les résultats seront mitigés en termes de bien et de mal ? Et c'était certainement le cas ici avec ma grand-tante.

Selon le principe du double effet, de telles actions ne sont justifiées que si elles remplissent certaines conditions. Ainsi, dans le premier cas, le mal ne doit pas être le moyen de produire un effet bon. Deuxièmement, le mal ne peut pas être directement intentionnel.

Troisièmement, il doit y avoir une raison proportionnée pour accomplir l'acte malgré ses conséquences néfastes. Les avantages prévisibles doivent donc être au moins aussi importants que les préjudices prévisibles. C'est le principe du double effet.

Appliqué à ma grand-tante, le fait de lui administrer ces puissants narcotiques, qui accéléreraient sa mort, répond à la première condition : le mal ne doit pas être le moyen de produire le bon effet. Le bon effet est que sa douleur est réduite. Le mal est qu'elle meure plus rapidement, mais ce n'est pas le moyen de produire le bon effet.

Le moyen est le narcotique lui-même. Le fait qu'elle meure un peu plus tôt est une conséquence co-induite. Deuxièmement, ce n'est pas directement voulu.

Le but de lui donner ces narcotiques était de supprimer la douleur ou de la réduire considérablement. Ce n'était pas... Le but n'était pas de la tuer ou de la tuer plus rapidement. Ce n'était donc pas directement prévu.

Troisièmement, il y avait une raison proportionnée pour administrer des narcotiques à la patiente : cela réduirait considérablement sa douleur. Et nous ne parlons ici que de quelques heures. Nous ne parlons pas de lui ôter la vie ou d'accélérer sa mort des mois ou des années avant la date à laquelle elle serait morte.

Et comme elle était à peine consciente de toute façon, qu'elle gémissait et se tordait juste là, dans la mesure où elle était consciente, ce n'était que pure expérience de douleur. Le fait d'accélérer sa mort de quelques heures est très clairement compensé par le bienfait de la sortir de la douleur. C'est donc un jugement que j'ai porté sur la base du principe du double effet.

Certains pourraient contester ce principe. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'un principe très utile qui s'applique à de nombreux cas de soins en phase terminale ainsi qu'à

d'autres contextes. En fait, lorsque nous parlerons du bien-être et des droits des animaux dans une conférence distincte, nous verrons comment le principe du double effet est utile dans ce contexte.

Voilà qui conclut notre discussion sur l'euthanasie et le suicide assisté par un médecin.

Nous sommes ici avec le Dr James Spiegel dans son enseignement sur l'éthique chrétienne. Il s'agit de la séance 14, Euthanasie et suicide assisté par un médecin.