

2101 2101

La valeur
de la vie humaine
et
l'intégrité
de la personne

BERNARD BAERTSCHI

1995

314 p.



Presses Universitaires de France

ISBN: 2-13-046902-7

CHAPITRE 3

La vie humaine et la vie personnelle

Parmi les valeurs que nous visons et qui sont l'objet de préférences se trouve la vie humaine ; or, s'il ne s'agit pas en morale de déduire des directives rigides à partir de normes catégoriques, ni de calculer les conséquences abstraction faite de l'intégrité des acteurs, mais de se diriger à la lumière d'intentions droites, il faut encore savoir discerner judicieusement. Nous devons donc maintenant nous demander quelle est la valeur de la vie humaine, quelle place elle occupe dans la hiérarchie des biens et comment elle se conjugue avec le souci-de-soi. Nous le ferons en posant la question de savoir si elle doit être considérée comme sacrée, et donc comme intangible.

I. LES VALEURS-DE-PERSONNE ET LES VALEURS-DU-VIVANT

Le caractère sacré de la vie

Dans la tradition judéo-chrétienne qui est la nôtre, le caractère sacré de la vie est souvent défendu, généralement en référence au commandement bien connu du *Décalogue* : « Tu ne tueras pas ! » Le cas de Karen Quinlan aux États-Unis, qui fit les titres de la presse et donna une grande impulsion au développement de la bioéthique, illustre bien cette affirmation, ainsi que les difficultés qui y sont liées.

Au mois d'avril 1975, alors qu'elle était âgée de vingt et un ans, Karen fêtait l'anniversaire d'un ami dans un bar ; après avoir avalé quelques boissons alcoolisées, elle se sentit mal ; elle fut alors ramenée à la maison, et peu après sa respiration cessa. Ranimée par un policier, elle ne reprit pourtant pas conscience et fut conduite à l'hôpital, où l'on constata des lésions cérébrales irréversibles, si graves que son état fut considéré comme végétatif. Après plusieurs mois de doute et de réflexion, ses parents, avec l'accord du prêtre de leur paroisse, demandèrent que le respirateur artificiel fût débranché. Le médecin soignant de l'hôpital refusa : Karen n'était pas cliniquement morte et devait en conséquence être soignée comme toute autre personne, ainsi que l'exigeaient les lois. L'affaire fut alors portée devant les tribunaux, qui tranchèrent, après bien des vicissitudes, en faveur des parents : le 22 mai 1976, le respirateur fut débranché, mais Karen se mit à respirer spontanément ; elle vécut inconsciente pendant plus de dix ans encore, et fut déclarée morte le 13 juin 1986¹.

Cette tragique affaire pose plusieurs 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 que le caractère sacré de la vie innocente interdisait. 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 possibles².

1. Cf. Pence, *Classic Cases in Medical Ethics*, chap. 1.

2. Cf. *Ibid.*, p. 11, 13. Relevons que la position du théologien n'est pas ici représentative de celle de son Église qui, dans le domaine des soins, distingue les moyens ordinaires, obligatoires, des moyens extraordinaires, non obligatoires ; cf. sur ce point Pie XII, « Problèmes religieux et moraux de la réanimation », p. 368, *infra* p. 269-270, et la prise de position de Mgr Casey : « En reconnaissant que l'appareil destiné à soutenir la vie de la jeune fille ne fait que la maintenir dans un état végétatif sans lui apporter un espoir quelconque de guérison, la Cour a placé cet appareil dans la catégorie des moyens extraordinaires pour prolonger la vie » (« Le cas de Karen Quinlan », p. 387).

De telles situations mettent bien entendu le caractère sacré de la vie en question. D'abord dans sa littéralité : une fois le feu des passions apaisé, on peut se demander si 'sacré' est un adjectif bien choisi, 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 humaine¹.

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 voulons dire de la vie, lorsque, un peu légèrement d'un point de vue théologique, nous la déclarons sacrée. Il faudrait alors plutôt s'exprimer ainsi : la vie humaine est tellement importante que, lorsqu'elle peut être protégée, elle doit l'être, quelles que soient les circonstances. Ici, des problèmes tels que ceux de l'avortement et, comme on l'a vu mentionné avec le cas de Karen Quinlan, de l'euthanasie se présentent naturellement. On dira alors, si l'on pense que la vie est « sacrée », qu'il faut toujours prohiber l'avortement, sauf peut-être lorsque le fœtus met une autre vie en danger, celle de la mère ; on dira encore que l'euthanasie, sous toutes ses formes, est immorale, car la valeur de la vie humaine l'emporte sur n'importe quelle autre.

Cette thèse est-elle correcte ? Pour le savoir, demandons-nous en quel sens la vie a de la valeur ou, ce qui revient au même ici, quelle est cette vie qui a tant de valeur.

Le paradoxe de l'existence

L'euthanasie, c'est la *bonne mort* ; il y a donc de mauvaises morts. Cela signale immédiatement que, lorsque la mort survient, elle ne met pas fin à la vie tout court, mais à une vie d'une certaine qualité. ||

1. *Entre nos mains l'embryon*, p. 245.

Quand nous parlons d'existence et de vie, c'est donc bien plus que nous entendons ; ainsi, par exemple, si 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 le support que, tout bien pesé, il considère encore comme dignes d'être préservées ; une telle plainte contre la vie est donc essentiellement rhétorique¹. Plus profondément – souvenons-nous de ce que disait Jean Dausset –, vivre, c'est vivre dignement, et le droit à la vie n'est pas simplement un droit à l'existence, mais à une vie digne, que le souci de l'intégrité peut habiter. Bref, la vie qui doit être préservée, c'est celle de l'homme moral, celle de la *personne*.

On voit encore avec une clarté particulière que la vie tout court n'est pas ce qui importe si l'on suit ce raisonnement utilitariste proposé par Derek Parfit qui aboutit à ce que Klemens Kappel et Peter Sandøe nomment « la conclusion peu séduisante »². Acceptons pour les besoins de l'argumentation le principe suivant : « Si les autres choses sont égales, le meilleur résultat d'un processus est celui dans lequel il y aura la plus grande quantité de ce qui rend la vie heureuse », et imaginons que je puisse choisir entre plusieurs futurs pour ma vie, *A, B, C, ..., Z* ; dans *B*, la longueur de vie qui m'est réservée est le double de celle que j'aurai en *A*, mais la satisfaction qui y est attachée est diminuée d'un tiers ; bref, l'augmentation de ma durée de vie est accompagnée d'une diminution de sa qualité, mais, comme cette diminution est inférieure à une demie, la quantité totale de bonheur reste plus grande en *B* qu'en *A*, et donc la vie future *B* est meilleure que la vie future *A*. Cela n'est pas forcément gênant : beaucoup d'entre nous choisiraient volontiers une légère diminution de leur bien-être si cela permettait d'augmenter leur longévité. Cela se gâte, toutefois, si l'on poursuit sur cette pente et qu'on imagine les

1. Philippa Foot a tendance à prendre de telles remarques trop au sérieux, même si elles contiennent ce grain de vérité que le tout est plus que ses parties : « Si la vie est un bien seulement en tant qu'elle est condition de choses bonnes, pourquoi n'est-elle pas un mal quand elle apporte de mauvaises choses ? Et comment peut-elle être un bien même lorsqu'elle apporte plus de mal que de bien ? » (« Euthanasia », p. 13.)

2. « The unattractive conclusion » (« QUALYs, Age and Fairness », p. 300). Parfit parle de « conclusion répugnante », mais c'est dans un contexte un peu différent, car ici, le terme 'répugnant' serait sans doute trop fort.

vies futures C, D, \dots, Z , où chaque fois la longévité croît et la qualité de vie diminue, mais où la diminution de celle-ci est plus que compensée par l'accroissement de celle-là ; en Z , on aura donc une durée de vie immense dont la qualité sera proche du plus petit minimum acceptable. Parfit appelle A « le siècle de ravissement » et Z « la morne éternité ». La conclusion peu séduisante est alors de prétendre que la morne éternité vaut mieux que le siècle de ravissement, ce qui doit s'imposer si l'on estime que la vie est « sacrée » ; or, qui ne penserait qu'il y a là une erreur manifeste et palpable¹ ? C'est là ce que Gregory Pence a nommé « le paradoxe de l'existence »².

Disons donc que, en fonction de sa qualité présente ou prévisible, toute vie n'est pas bonne à créer ou à préserver : il y a des vies qui ne valent pas ou plus la peine d'être vécues. Bref, ceux qui veulent la conserver à tout prix, ou qui estiment que sa valeur fait toujours pencher la balance de son côté, se trompent.

La vie biologique et la vie personnelle

Mais alors que vaut la vie ? Pour le déterminer, complétons cette espèce d'arbre de Porphyre que nous avons esquissé : sous la vie morale, il y a la vie tout court, qui dans notre esprit est aussi une vie humaine ; il y a donc encore, plus bas, la vie non humaine, puis, tout en bas, la simple existence. Or nous nous rendons compte tout de suite 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 intrinsèque*, et qu'elles s'incarnent dans un bien qui en reçoit son prix, acquérant par elles, en fin de compte, une valeur totale supérieure à ce que ferait leur simple somme. Au premier niveau, la pure existence, ce qui distingue son sujet du néant, n'a pas ou peu de valeur : elle n'est pas, disent les kantien, un prédicat ou une perfection ; le

1. Cf. Parfit, « Overpopulation and the Quality of Life », p. 160.

2. Cf. *Classic Cases in Medical Ethics*, p. 79 : « Il s'agit du paradoxe qu'il ne semble jamais être pire de vivre avec une qualité de vie basse que de ne pas exister du tout. »

vivant est plus que l'inanimé, l'animal que le végétal et l'humain personnel que l'animal¹.

Pour notre propos, les deux branches de l'arbre éthique de Porphyre, les deux niveaux hiérarchiques qui nous intéressent, sont ceux de la vie tout court, c'est-à-dire de la vie humaine biologique et de la vie personnelle². Or, elles peuvent entrer en conflit ; on admettra donc qu'il existe des situations où la préservation de la première entrave la poursuite de la seconde, plus précisément, où cette préservation donne une valeur fortement négative à la vie morale, lieu de l'identité et de l'intégrité, bref, où la mort est préférable. Dans ces situations, la vie biologique peut être sacrifiée, doit l'être même : l'action ressortit au domaine de l'obligatoire, et non seulement du licite, ce que toutes les traditions qui ont leurs martyrs et leurs héros tragiques reconnaissent. On comprend alors que le Conseil pontifical romain rappelle : « La vie dans le temps est une valeur primordiale mais non absolue et il faut, en conséquence, discerner les limites de l'obligation de se maintenir en vie »³, que le Conseil permanent de l'épiscopat français affirme : « 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 »⁴, et qu'un rabbin ait dit que, parfois, l'homme doit préférer la mort à « l'avilissement de l'image de Dieu qu'il porte en lui »⁵. Ainsi la mort ne peut être le mal absolu, même si, comme le dit Tom Regan, elle est « le mal ultime », car il existe des situations pires que la mort⁶, particulièrement lorsque la conservation de l'intégrité morale n'est plus possible. La vie

1. Comme le dit Engelhardt : « Toutes choses égales, les plantes paraissent être moins valorisées que les animaux inférieurs, les animaux inférieurs moins que les animaux supérieurs (comme les primates non humains), les êtres humains étant généralement considérés comme ayant la plus haute valeur » (« *Medicine and the Concept of Person* », p. 169). Toutefois, pour cet auteur, il ne s'agit pas de valeurs intrinsèques, mais relationnelles.

2. Dans le même ordre d'idées, James Rachels parle de vie au sens biologique et de vie au sens biographique ; cf. Goffi, « Le diagnostic prénatal et la valeur de la vie », p. 107.

3. « Quelques questions d'éthique relatives aux grands malades et aux mourants », p. 427.

4. « Note sur l'euthanasie », p. 393.

5. Sirat, « Thérapie génique et religions », p. 7 c.

6. Cf. Regan, *The Case for Animal Rights*, p. 100 : « La mort est le mal ultime (*ultimate harm*) parce que c'est la perte ultime – la perte de la vie elle-même. Ce peut ne pas être le pire des maux (*the worst harm*). »

biologique perd alors toute valeur, ne pouvant plus être la vie de cet être moral que je suis¹.

Deux domaines de valeurs bien différentes doivent donc être distingués ; nous les nommerons, en suivant Max Scheler, valeurs-de-personne (valeur_p) et valeurs-du-vivant (valeur_v)² : l'être humain en effet a valeur ou est un bien en tant qu'il est une personne, d'une part, et en tant qu'il est un vivant de l'autre. Ainsi la vie humaine se déploie essentiellement sur deux plans hiérarchiquement ordonnés, et si le personnel est porteur de valeurs plus hautes que le biologique, cela souligne aussi que le biologique possède une valeur intrinsèque et ne ressortit pas au simple domaine des choses, tellement que, contrairement à ce que prétend Singer, une vie sans expériences conscientes n'est pas, en elle-même, dénuée de toute valeur³ ; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle n'a pas de valeur *pour l'être* qui la vit, mais c'est là un énoncé tautologique. Les vies non personnelles comptent donc aussi, si bien que, par exemple, un avortement même précoce n'est pas un acte éthiquement insignifiant, puisqu'il représente la mort d'un être vivant, et même souvent d'un être vivant doué de sensibilité.

Ainsi, lorsqu'on veut évaluer la valeur de la vie, celle d'une vie ou d'un reste de vie, on déterminera sa qualité en faisant pour ainsi dire la liste de toutes les propriétés porteuses de valeurs_p et de valeurs_v, dont elle est le support ; c'est que, sauf pour les fanatiques, ce qui rend la vie un objet de prix comprend bien des éléments. D'autant que cette collection de propriétés n'a pas une structure très serrée, en ce sens que, selon les situations, c'est tantôt l'une, tantôt une autre, isolée ou en groupe, qui occupe une position éminente ; c'est pourquoi, comme le dit Aristote à propos du bonheur :

Souvent le même homme change d'avis à son sujet : malade, il place le bonheur dans la santé, et pauvre, dans la richesse ; à d'autres moments,

1. Sidney Callahan rapporte des paroles de Jeanne d'Arc et de Natan Charansky, prisonnier du KGB, qui montrent que « ces personnes, en tant qu'agents moraux conscients, craignaient apparemment plus la perte de leur intégrité morale que celle de leur vie » (*In Good Conscience*, p. 37).

2. Cf. *Le formalisme en éthique*, p. 121.

3. Cf. *Practical Ethics*, p. 92 : « La vie d'un être qui n'a pas d'expériences conscientes est dénuée de valeur intrinsèque. »

quand on a conscience de sa propre ignorance, on admire ceux qui tiennent des discours élevés et dépassant notre portée¹.

Et si 'qualité de vie' est d'abord un concept personnel, largement dépendant de l'image que l'on a de soi-même, il est aussi un concept historique et social, se modifiant selon les époques et les lieux ; par exemple, la qualité de vie d'un handicapé est fonction des ressources médicales et sociales qui lui sont accessibles². D'où un bilan – et non une somme –, respectant la force de chaque propriété pertinente, dont le résultat est ce qu'on appelle *qualité de vie*, déterminant elle-même la *valeur* de la vie qui a cette qualité.

A une approche en termes de *sainteté de la vie* biologique, il faut donc en préférer une en termes de *qualité de vie*, et à Ramsey qui l'a contesté en considérant que cela viole le principe d'égalité de toute vie humaine, on doit répondre que ce dernier principe n'est pas à recommander, car, comme le relèvent Beauchamp et Childress :

Il paraît impossible de déterminer ce qui est susceptible de bénéficier à un patient sans présupposer quelque standard de qualité de vie [...] Toute tentative de faire de la vie – considérée comme un ensemble de processus biologiques – quelque chose d'inconditionnellement bon en soi est du "vitalisme", qui doit être rejeté en faveur d'une conception où la vie est seulement conditionnellement bonne. Le maintien de la vie biologique ne doit donc pas être considéré automatiquement comme un bienfait pour la personne³.

Ainsi, il est faux que toute vie humaine non comateuse et non immédiatement condamnée vaille mieux que la non-existence, comme il a été parfois affirmé⁴.

1. *Éthique à Nicomaque*, 1095 a 23-26.

2. Cf. Moskop & Saldanha, « The Baby Doe Rule : Still a Threat », p. 288 b.

3. *Principles of Biomedical Ethics*, p. 157. Cf. encore Goffi, « Le diagnostic prénatal et la valeur de la vie », p. 105 : « Si l'abstention thérapeutique se justifie, cela signifie que toutes les vies n'ont pas la même valeur, puisqu'on n'accorde pas les mêmes soins à toutes. »

4. Cf. Moskop & Saldanha, art. cité, p. 286 a.

II. L'EUTHANASIE

Dire que c'est la qualité de vie qui compte et laisser entendre qu'une vie dont la valeur est très basse justifie qu'il y soit mis fin ne laisse toutefois pas d'inquiéter, surtout si on pense à l'euthanasie. Nous devons donc pousser plus avant notre enquête sur la valeur de la vie. A cet effet, nous partirons de la question suivante : parmi les valeurs_v et les valeurs_p, en jeu lorsqu'une euthanasie est envisagée, quelles sont celles qui priment ?

La qualité et la quantité

Fréquemment, la situation est présentée comme contrastant d'une part la vie biologique tout court et sa durée ou quantité – des valeurs_v – et d'autre part la douleur, la souffrance, l'absence d'autonomie... – des valeurs_v et des valeurs_p –. On oppose donc la qualité de vie à la simple présence de la vie et à sa quantité, et on pose cette question : l'augmentation de la quantité est-elle souhaitable 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 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 actions implique l'illicéité 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 : 'avoir un avenir' est porteur d'une valeur qui entre comme un élément important dans l'évaluation de la qualité de vie. Il y a là une restriction injustifiée de sens qui, à l'instar d'autres de même nature, a rendu l'expression 'qualité de vie' assez

glissante moralement et délicate à utiliser, tellement que certains auteurs s'en méfient encore : dans le contexte médical par exemple, on la réduit parfois à l'absence de douleur insupportable, ce qui entraîne la conséquence inadmissible que la qualité d'une vie rendue inconsciente par des sédatifs est satisfaisante, voire bonne ; ou bien on oublie son caractère personnel et la liberté du sujet est ignorée, la conception de la qualité de vie de l'institution ou du médecin étant alors imposée au malade¹ ; plus dramatiquement enfin, dans un contexte eugéniste, l'autorité politique s'estime habilitée à dire quelles sont les personnes qui méritent de vivre ou non, au nom de sa propre conception dogmatique de ce que doit être la vie heureuse.

Pour éviter ces dérives, il faut prendre la qualité de vie dans toute son ampleur, et surtout avec toutes les valeurs_p qu'elle comprend. 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 se cumulant, donneront toujours plus ; d'où la tentation, pour compenser, d'affirmer le caractère sacré de la vie tout court. Rappelons ce que disait Platon : « N'allons pas mettre à part, toute seule, une petite portion en face de plusieurs grandes »². En outre, et cela est pour nous décisif, les valeurs qui composent la qualité de vie ne se comparent pas ainsi sur la base d'un unique étalon et ne gardent pas non plus toujours la même place dans la hiérarchie, puisqu'une même douleur peut rendre la vie insupportable ou non, selon la personne et la situation.

Cette approche globale est encore requise par le fait que les valeurs_v de la vie biologique et de sa quantité ne sont pas de simples valeurs_v, mais acquièrent une dimension personnelle, l'essentiel de leur prix venant des valeurs_p dont elles permettent l'exercice, la poursuite ou l'éclosion : pour l'homme, en plus de sa valeur intrinsèque, la vie biologique a celle d'une condition nécessaire à la quête de toute autre valeur. Ainsi, continuer de vivre n'est pas la simple

1. Cf. T. T. Vanto, *HCR*, 22/4, 1992, p. 41 : « "Qualité de vie" est fondamentalement l'objet d'un jugement personnel, et le danger existe toujours de projeter sa propre conception de ce qu'est une qualité de vie acceptable sur un patient incompetent en prétendant servir au mieux les intérêts de ce dernier. »

2. *Le Politique*, 262 a.

perpétuation de processus organiques, et si le vivre d'une personne est pratiquement réduit à sa valeur biologique, empêchant tout souci-de-soi digne de ce nom, elle peut très bien juger que ce n'est pas suffisant pour elle en tant que personne, que c'est une qualité de vie indigne d'un être moral et libre, parce que, quel que soit le résultat du calcul plaisir/souffrance, le souci de l'intégrité personnelle et éthique ne peut plus vraiment s'y exprimer.

On conclura qu'il est permis de mettre fin à une vie dont la valeur est très basse, et donc que l'euthanasie ne saurait être condamnée. Comme cette dernière est apparentée au suicide, même s'il existe entre eux une différence causale, l'agent dernier étant là le médecin, ici le patient lui-même, on ajoutera que l'acte de mettre fin à ses jours est licite aux mêmes conditions et donc que l'argument bien connu de Kant n'est pas recevable. Il est d'ailleurs facile de voir pourquoi : il repose sur une confusion ; en effet, le philosophe de Königsberg arguë que celui qui envisage de se suicider se trouve dans la situation suivante :

Voici sa maxime : par amour de moi-même, je pose en principe d'abrégé ma vie, si en la prolongeant j'ai plus de maux à en craindre que de satisfactions à en espérer. La question est donc seulement de savoir si ce principe de l'amour de soi peut devenir une loi universelle de la nature. Mais alors on voit bientôt qu'une nature dont ce serait la loi de détruire la vie même, juste par le sentiment dont la fonction spéciale est de pousser au développement de la vie, serait en contradiction avec elle-même, et ainsi ne subsisterait pas comme nature¹.

Mais il n'est pas toujours vrai qu'il s'agit de mettre fin à ses jours par amour *sensible* de soi : c'est, sauf cas pathologique, souvent le respect pour la personne dans son intégrité, le souci-de-soi, que le suicide, comme l'euthanasie, ont pour fonction de sauvegarder ; dès lors, si la vie est détruite, ce n'est en aucun cas « par le sentiment dont la fonction spéciale est de pousser au développement de la vie », mais au nom de valeurs, primordiales, de même niveau et de même nature que celles que Socrate avait en vain essayé de faire discerner à ses juges lorsqu'il leur avait dit : « Une vie sans examen ne vaut pas la peine

1. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, p. 96.

d'être vécue »¹. On le voit bien encore lorsqu'on prend connaissance des motifs de ceux qui envisagent l'euthanasie pour eux-mêmes, à quoi s'ajoute encore un souci des autres : ne pas imposer à son entourage un fardeau trop lourd, ce qui est bien compréhensible, puisque l'intégrité se rapporte à une conception de la vie heureuse qui inclut toujours des relations à autrui dont le bonheur importe aussi².

Pourtant, l'Église catholique romaine (CR), qui nie que la vie soit sacrée et défend une forme d'aristotélisme, s'oppose à l'euthanasie : « 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 »³. Est-ce à dire qu'elle rejette toute conception fondée sur la qualité de vie personnelle ? Non, mais c'est que, ce qui compte avant tout pour elle, c'est la propriété relationnelle que la vie a d'avoir été créée par Dieu, c'est-à-dire un élément qui, pour un chrétien, fait éminemment partie de la qualité de vie et lui donne une valeur telle que sa destruction directe n'est *de facto* jamais justifiée⁴. L'argument n'est toutefois pas décisif, même d'un point de vue religieux, car, avec des prémisses identiques, d'autres Églises chrétiennes en arrivent à des conclusions opposées, puisque le synode de l'Église réformée des Pays-Bas pense que le respect de la personne et de la qualité de sa vie peut autoriser une euthanasie⁵.

Les variétés de l'euthanasie

Au-delà du principe, il nous faut encore préciser, car on distingue plusieurs formes d'euthanasie. Couramment, on le fait ainsi, selon deux points de vue :

1. *Apologie de Socrate*, 38 a.

2. Cf. Courtas, « L'intervention de l'individu dans la fin de sa vie ». Ce passage de Kass met bien en lumière les connexions entre le souci-de-soi et celui des autres : « I would confess a strong temptation to remove myself from life to spare my children the anguish of years of attending my demented self and the horrible likelihood that they will come, hatefully to themselves, to resent my continued existence » (« *Is There a Right to Die?* », p. 37 b).

3. Conférence épiscopale allemande, « La vie de l'homme et l'euthanasie », p. 385.

4. Les chrétiens opposés à l'euthanasie s'appuient généralement sur ce passage : « Nul autre avec moi n'est Dieu ! C'est moi qui fais mourir et qui fais vivre » (Deutéronome, 32. 39).

5. Cf. De Wachter, « Euthanasia in the Netherlands », p. 27 c.

(I) Par rapport au patient, l'euthanasie *volontaire*, demandée par le malade, l'euthanasie *non volontaire*, lorsqu'il est dans l'incapacité de donner son accord et l'euthanasie *involontaire*, contre sa volonté¹.

Ainsi, on ne peut parler d'euthanasie en ce sens que si la possibilité d'un accord a, au moins idéalement, été prise en considération.

(II) Par rapport à l'action ou à l'agent, l'euthanasie est *passive* ou *active*. La première consiste à laisser la nature faire ; ce n'est souvent rien d'autre que le refus de l'acharnement thérapeutique. Dans la seconde, quelque chose est fait qui va hâter la mort ; mais ici 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 mort².

Combinons maintenant ces deux points de vue. Nous obtenons neuf variétés d'euthanasie, qu'il nous faut évaluer en termes de respect de la valeur de la vie.

1/ L'euthanasie volontaire passive : le patient refuse qu'on continue à le soigner. S'il est atteint d'une maladie incurable et à un stade terminal, on ne voit pas quelle objection formuler.

2/ L'euthanasie volontaire active indirecte : le malade demande qu'on lui administre un traitement qui diminue ses souffrances, mais qui va hâter sa fin. Il n'y a rien à objecter si aucun moyen plus adapté n'existe, puisque cela va dans le sens de la qualité de vie du malade.

3/ L'euthanasie volontaire active directe : le malade demande qu'on mette fin à ses jours, car la vie lui est devenue insupportable. Ici encore, la considération de la qualité de vie peut très bien l'appuyer si c'est la seule solution qui respecte la vie personnelle du patient³.

4, 5, 6/ L'euthanasie non volontaire : le patient n'est plus à même de décider. S'il a laissé des instructions ou a délégué explicitement son pouvoir de décision à un proche, nous sommes ramenés aux cas

1. Cf. Brock, « Voluntary Active Euthanasia », p. 10-11 ; 'involontaire' est une transcription de l'anglais 'involuntary', c'est pourquoi nous écrivons 'in volontaire'.

2. 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.

3. Ce qui ne paraît pas souvent être le cas, puisque, aux Pays-Bas, les médecins rejettent deux tiers des demandes d'euthanasie faites explicitement par les patients ; cf. Van Delden et al., *The Rummelink Study. Two Years Later*, p. 26 b.

1, 2, et 3 (respectivement, 7, 8, et 9). Sinon, l'évaluation de sa qualité de vie permet de réaliser cette euthanasie aux mêmes conditions que lorsqu'il s'agit d'imposer un traitement à un patient incompétent. Nous examinerons ces conditions dans le chapitre suivant, mais nous pouvons déjà indiquer une direction sur deux exemples. Dans les cas de refus obstiné de poursuite d'un traitement (cas 4), vu que les patients concernés sont en fin de vie, leur décision doit être respectée, comme une ultime manifestation de leur identité personnelle, et il en va de même lors de refus de toute alimentation dans le syndrome de glissement. Lors d'intervention directe (cas 6), comme l'enjeu est de taille – il s'agit de la vie du malade –, on placera très haut la barre et ne considérera comme envisageables que les cas où les patients sont soit irréversiblement inconscients, soit affligés d'atroces souffrances et totalement incapables de comprendre quoi que ce soit.

Le même principe du respect de la qualité de vie peut, notons-le aussi, être invoqué pour justifier un avortement eugénique : la destruction de fœtus dont la malformation ferait d'eux, plus tard, des humains handicapés dans la poursuite d'une vie personnelle se réfère alors au respect dû aux personnes.

7, 8/ L'euthanasie *involontaire* passive : on suspend un traitement jugé inutile contre les vœux d'un malade compétent. Même si sa qualité de vie est très basse, cela semble peu justifiable, car il paraît bien qu'il faille respecter ses volontés. La situation peut cependant se compliquer, soit lorsque le patient exige ou a exigé par avance des traitements considérés par le médecin comme futiles, soit si les ressources médicales sont limitées, car alors se pose une question de justice dans l'allocation des soins, question dont nous nous occuperons plus loin. L'euthanasie *involontaire* active indirecte est redevable des mêmes principes.

9/ L'euthanasie *involontaire* active directe : abstraction faite des questions de justice, elle apparaît toujours injustifiable ; c'est un homicide pur et simple, même si l'acte est motivé par l'incapacité de l'agent à supporter la vision des souffrances du malade.

Un élément nouveau se dégage de ce survol. Jusqu'ici, nous avons dit qu'il s'agit de viser les valeurs les plus élevées dans une intention droite et que ces valeurs sont celles que la notion de 'qualité de vie'

recouvre. D'où la crainte que, lorsque cette qualité est inférieure à ce qu'une personne peut légitimement attendre, il soit moralement licite voire obligatoire de provoquer sa mort. Mais c'est oublier la distinction du 'volontaire', du 'non-volontaire' et de l'*involontaire*, qui a manifestement une pertinence morale décisive, si bien que l'accord de la personne concernée est indispensable lorsqu'il est possible. En l'ignorant, nous nous rendrions coupable de la simplification que nous dénonçons, à savoir une restriction indue du sens de 'qualité de vie', oubliant que la capacité de décider en fait éminemment partie.

Cette importance du consentement – ou de la demande volontaire du patient –, qu'il soit réel ou conjecturé en cas d'inconscience, souligne encore une fois le primat de la vie personnelle, jusque dans l'évaluation de la valeur de sa vie, la simple vie humaine biologique et sa quantité étant des valeurs bien inférieures. Bref, l'euthanasie apparaît comme un moyen ultime et définitif de satisfaire la finalité de l'entreprise morale : réaliser la vie heureuse, ou du moins empêcher qu'elle ne devienne radicalement malheureuse et au pire infrapersonnelle.

Le pluralisme axiologique

Il est crucial de respecter le choix des personnes, y compris celui de leur mort. C'est ce qui ressort de notre condamnation de l'euthanasie *involontaire*. Mais est-ce là vraiment le résultat d'un discernement éclairé plutôt que d'un aveuglant préjugé produit par une société libérale ? Heureusement, il n'y a pas d'inquiétudes à entretenir sur ce point, comme on va le voir.

Souvenons-nous du jugement de l'Esprit saint : Jim aurait pu agir autrement qu'il ne l'a fait, sans que cela change la valeur morale de son action. Il s'ensuit – conséquence que, jusqu'ici, nous avons laissée implicite – qu'il est faux qu'il existe une hiérarchie *unique* des biens ou des valeurs, à quoi l'intention de l'agent doit se conformer si elle veut être droite et non seulement bonne. Aristote déjà l'avait souligné, bien que nombre de ceux qui se réclament de lui ne l'aient pas vu, lorsqu'il affirmait que certaines qualités ne sont pas commensurables :

Si le fait d'être d'une taille donnée est un motif de supériorité, la taille en général entrera aussi en compétition avec la richesse et la qualité d'homme libre. Il en résulte que si tel homme l'emporte par la taille plus que tel autre ne l'emporte en vertu, même si d'une façon générale la vertu confère une supériorité plus grande que la taille, toutes choses seront commensurables entre elles : car si telle quantité déterminée est meilleure que telle autre quantité, il est clair que telle autre lui sera égale. Mais toute commensurabilité de ce genre est impossible¹.

Le Stagirite n'a pas développé ce point, mais, de nos jours, nous disposons d'arguments décisifs pour montrer que lui et l'Esprit saint ont raison : il existe de multiples organisations structurées de l'ensemble des biens que nous poursuivons et donc une pluralité de conceptions admissibles de la vie heureuse.

On le sait, ce qui compte, pour un eudémoniste, c'est de percevoir dans une situation les biens ou les valeurs qui sont en jeu, ainsi que leurs rapports hiérarchiques, c'est-à-dire de faire preuve de *discernement* : le bien est l'objet du désir, ce qui implique qu'il soit perçu (discerné) comme tel. En général, cela comprend un acte de *préférence*, ainsi que l'a bien vu Scheler : « Le fait qu'une valeur est supérieure nous est donné dans un acte de préférence »². Ce qui structure la hiérarchie de valeurs est donc la relation de préférence, ou plutôt de préférabilité : *A* est axiologiquement plus élevé que *B* s'il lui est préférable, et alors la valeur absolue sera celle qui est préférable à toutes, à la lumière de laquelle les autres seront hiérarchisées de manière unique. Toutefois, contrairement aux apparences, il est impossible qu'il en soit ainsi, car on sait depuis Condorcet, et on ne peut l'ignorer depuis que Kenneth Arrow l'a rappelé et développé en détail, que *la relation de préférabilité n'est pas transitive* : si *A* est préférable à *B* et que *B* est préférable à *C*, il ne s'ensuit pas que *A* soit préférable à *C*, car il existe des situations où *C* sera préférable à *A*, si bien que dans ce cas *A*, *B* et *C* seront tour à tour axiologiquement supérieurs aux autres, ce qui est bien différent d'une situation où ils

1. *Politique*, 1283 a 4-9. Scheler ne l'a pas vu, puisqu'il dit : « Les morales sont à cette éthique éternelle [...] » (*L'homme du ressentiment*, p. 65) et, aujourd'hui, MacIntyre ; cf. Larmore, *Patterns of Moral Complexity*, p. 22. La position d'Aristote n'est toutefois pas limpide sur cette question ; cf. Larmore, « Pluralism and Reasonable Disagreement », § 4.

2. *Le formalisme en éthique*, p. 50.

seraient équivalents. Autrement dit, il existe plusieurs valeurs suprêmes et/ou les valeurs subordonnées ne s'ordonnent pas linéairement ; d'où plusieurs conceptions admissibles de la vie heureuse.

On objectera que l'argument est invalide en ce que la transitivité n'est rompue que lorsque les critères de préférabilité, qui sont en général des fins ultérieures visées, changent : *A* est préférable à *B* sous le point de vue *X* (ou : si *X* est visé), *B* à *C* sous le point de vue *Y* et *C* à *A* sous le point de vue *Z*, alors que si l'on se limite à *X*, à *Y* ou à *Z* la transitivité opère, car le nier reviendrait à soutenir l'existence d'une contradiction pure et simple. Ainsi, le paradoxe s'évanouit si l'on restreint le cas à un seul point de vue. Certes, mais ce que nous soutenons, c'est que cette restriction est contraire aux faits : un individu n'a pas toujours, lorsqu'il choisit, un seul point de vue, une seule fin despotique, dernière ou subordonnée. La non-transitivité opère donc aussi au niveau des points de vue (fins), dès que l'on veut les hiérarchiser pour montrer que c'est par exemple *X* plutôt que *Y* ou *Z* qui est préférable, absolument ou relativement à telle situation. Par conséquent, Anne Fagot-Largeault a raison : « Nul n'a de hiérarchie absolue »¹, ce que Nozick exprime ainsi : « Pour chaque personne [...] il existe un large éventail de genres de vie fort différents qui apparaissent comme les meilleurs [...] et aucun genre de vie de cet éventail n'est objectivement meilleur qu'un autre »². Pensons en effet à la pluralité des rôles que, chacun, nous tenons successivement, voire simultanément : médecin, citoyen, parent..., et aux différentes valorisations qu'ils commandent.

Mais ce paradoxe a encore une autre face, car la non-transitivité opère aussi entre les individus ; comme le formule van Parijs, « des préférences individuelles parfaitement transitives peuvent, lorsqu'on les agrège, engendrer des préférences collectives qui ne le sont pas »³. Pluralité d'individus ou de points de vue (fins), la parité est exacte. Il en résulte que « les méthodes infailliblement décisives ne sont pas équitables [entre les individus ou les points de vue], les méthodes

1. « La réflexion philosophique en bioéthique », p. 19.

2. *Anarchie, État et utopie*, p. 378.

3. *Qu'est-ce qu'une société juste ?*, p. 39. Cf. encore Arrow, *Social Choice and Individual Values*, p. 3, chap. 5, § 3. Arrow en conclut que la présupposition de la transitivité rend la démocratie et les mécanismes du marché non rationnels (p. 59).

équitables n'étant pas décisives »¹. D'où la possibilité de conflits insolubles si l'on veut éviter toute dictature², celle d'une idée fixe ou d'un philosophe-roi platonicien. C'est pourquoi de nombreux auteurs considèrent que la non-transitivité est catastrophique pour une morale qui veut énoncer des principes de décision et on comprend ce constat de Sen, disant que « cette méthode – l'admission de jugements "incohérents" – n'est guère appréciée des économistes, ni d'ailleurs de la plupart des philosophes »³. Nous estimons au contraire qu'il ne sert à rien de se masquer la réalité et qu'il faut simplement prendre acte de cette propriété de nos préférences qui explique que, justement, il existe de profonds et authentiques conflits de valeurs, générateurs de dilemmes moraux, pour lesquels aucune décision qui soit la *seule* meilleure n'est possible ; et sur ce point l'eudémonisme se sépare tant du déontologisme que de l'utilitarisme. Cela ne veut d'ailleurs pas dire qu'aucune décision raisonnable ne peut être prise et qu'il faut se comporter comme l'âne de Buridan, car décider se suffit de relations moins fortes que la transitivité⁴. Bref, il y a là un fait moral aussi incontournable que fondamental, qui interdit de parler simplement d'appréhensions axiologiques divergentes, toutes fautives ou incohérentes sauf une. C'est pourquoi on n'est pas étonné que la discussion soit si importante en éthique, tant pour décider intersubjectivement que pour prendre conscience de ses propres valorisations⁵.

On conclura que les biens se hiérarchisent de manière multiple et que le *pluralisme axiologique* s'impose, qui implique à son tour le *pluralisme moral*, aussi bien à l'intérieur d'une conception de la vie heureuse – l'Esprit saint – qu'entre plusieurs d'entre elles – le Père et

1. Fagot-Largeault, *L'homme bio-éthique*, p. 56.

2. Cf. Sen, *Collective Choice and Social Welfare*, p. 43-44.

3. *Éthique et économie*, p. 62/66 ; « incohérents » au sens d'opposé à la rationalité conçue comme « a one-dimensional ordering of all possible alternatives » (Arrow, *op. cit.*, p. 21). Arrow aussi recule : « Laisser tomber ce postulat [de rationalité] a des conséquences si radicales qu'il paraît préférable d'explorer les conséquences de son maintien » (*op. cit.*, p. 60 n.).

4. Telle que l'acyclicité ; cf. Sen, *Collective Choice and Social Welfare*, p. 15-16, 48, notamment : « Arrow's impossibility theorem is precisely a result of demanding social orderings as opposed to choice functions. »

5. C'est qu'une même situation morale sera décrite différemment par plusieurs personnes ; cf. Elliott, « Where Ethics Comes from and What to Do about It », p. 28 b : « L'une des découvertes les plus intéressantes et les plus troublantes que l'on peut faire dans un débat portant sur un cas d'éthique médicale, c'est d'observer comment nos propres intuitions morales changent au fur et à mesure que chacun donne son point de vue. »

le Fils¹. Et s'il est en général patent surtout dans ce dernier cas, c'est simplement que l'unité psychologique est plus forte que l'unité sociale, et qu'un individu fait habituellement plus d'effort qu'un groupe pour unifier sa conception de la vie heureuse, à quoi il parvient forcément en grande partie, peu à peu : pour Jim, son action s'est sans doute imposée à lui, étant donné le type d'homme vertueux qu'il était et sa conception du bien ; mais il aurait pu en aller différemment, pour lui, ou pour quelqu'un d'autre qui aurait été à sa place, sans que la valeur de l'acte ne soit changée. Ainsi, le coût moral de la non-transitivité est bien moindre qu'on ne veut souvent le faire croire².

Bref, il faut ajouter un nouveau principe à l'eudémonisme :

Principe de pluralisme. — Il n'existe pas de conception de la vie heureuse qui soit la meilleure³.

Bref, des conduites variées peuvent être *droites* dans la même situation et la vertu comporte des différences : il y a plusieurs manières d'être vertueux, et une comparaison avec les vertus prônées par Aristote montrerait combien notre vision de l'homme moral a changé depuis les Grecs. Par conséquent, Habermas a tort de penser que le pluralisme implique l'abandon de l'aristotélisme au profit d'un déontologisme⁴ ; par contre, cela vaut contre l'utilitarisme, puisqu'une maximisation n'est pas possible lorsqu'une comparaison ne l'est pas. Cela dit, on comprend maintenant pourquoi le caractère volontaire ou non de l'euthanasie est fondamental : comme il existe une pluralité de

1. Cf. Larmore, *op. cit.*, p. XII-XIII : « Le pluralisme ne concerne pas les désaccords à propos des idéaux, mais l'accord sur l'égalité et indépendante valeur de différents idéaux. » Il faut bien entendu distinguer le pluralisme du relativisme ; cf. Weber, *Essais sur la théorie de la science*, p. 428 et Kekes, « Pluralism and the Value of Life », § 1.

2. Précisons encore que nous considérons les cas d'incomplétude (aucune valeur ne s'impose) et de surcomplétude (plusieurs valeurs s'imposent) comme des cas particuliers de non-transitivité pour ne pas compliquer notre propos. Dans le même esprit, nous n'avons pas tenu compte de la relation de préférence faible et de celle d'indifférence (cf. Sen, *Collective Choice and Social Welfare*, p. 9).

3. Cf. Elliott, art. cité, p. 35 a : « Il n'y a peut-être pas de vie qui soit la meilleure, mais seulement des vies meilleures ou pires » (nous pouvons supprimer « peut-être »). Quant à savoir si la non-transitivité du préférable est ontologique ou seulement épistémologique, c'est-à-dire si la réalité est telle que ses propriétés axiologiques ne sont pas ordonnées linéairement, ou si notre esprit est tel qu'il ne peut les ordonner ainsi, notre réalisme nous dispense de l'examiner : le caractère relationnel des valeurs dissout en un certain sens la question, sans pouvoir remettre en cause l'affirmation du pluralisme.

4. Cf. *De l'éthique de la discussion*, p. 82.

conceptions moralement justes de la vie heureuse, c'est en premier lieu à la personne concernée de décider ce qui est bon pour elle, c'est-à-dire d'exercer ce qu'on appelle son autonomie ou son autodétermination, et non à une tierce personne, quelle qu'elle soit.

III. LA CAUSALITÉ ET LA MORALITÉ

C'est donc la qualité de vie personnelle qui compte, dans toute son ampleur. Mais est-ce la *seule* chose qui compte ? L'histoire de Jim nous a appris à nous méfier d'une approche qui ne considère que le bénéficiaire d'une conduite, car *qui agit* importe aussi. Or, pour certains, le type d'arguments que nous avons développé est justement déficient sur ce point, car il fait abstraction du *point de vue* de l'agent, c'est-à-dire du médecin, d'où l'oblitération de différences morales importantes entre certaines variétés d'euthanasie.

L'omission et la commission

Une vie humaine est détruite dans l'euthanasie active, mais non dans la passive ; la chaîne causale est donc différente dans les deux cas : une fois, c'est le médecin qui agit, alors que l'autre fois il laisse faire la nature. La question est alors de savoir, comme le remarque Jean-Yves Goffi, si cette différence causale fait ou non une différence morale¹. L'Église CR le croit, car, quand elle dit que l'euthanasie est illicite, c'est seulement à l'euthanasie active directe qu'elle pense. A-t-elle raison ?

On a tendance à le croire, et à subsumer la situation sous les concepts de commission et d'omission ou de tuer et de laisser mourir ; 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

1. « Le diagnostic prénatal et la valeur de la vie », p. 102 : « Ces attitudes factuellement différentes sont-elles différentes éthiquement ? »

tuer »¹. Comment, en effet, le nier ? A moins que nos intuitions morales sur la différence entre omettre et commettre ne soient pas fiables ? C'est ce que pensent d'autres 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 identique². Dans le même esprit, Louis Pascal va jusqu'à contester la différence entre omettre et commettre : la seule chose qui compte, c'est que le processus engagé soit précédé d'un choix, et que celui-ci réalise le meilleur³. Peter Singer encore est de cet avis, et il l'appuie en donnant l'exemple suivant : imaginons 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 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 conduite serait-elle différente si le médecin avait décidé, au vu et su des mêmes raisons, de débrancher lui-même ? On ne voit pas pourquoi⁴. Il faudrait donc conclure que la distinction entre omettre et commettre n'a ici pas de pertinence morale, et donc 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 nous conforterait, et pourtant c'est à tort. En effet, elle repose sur des principes que nous avons rejetés sans équivoque, ceux de l'utilitarisme, auxquels, par contre, Singer souscrit expressément, on le sait⁵. Or, il n'en va plus du tout de même dès que l'on donne un poids moral à l'intention de l'agent, 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

1. « Réflexions sur la notion de qualité de la vie », p. 148.

2. Cf. « It Makes no Difference Whether or not I Do it », p. 140.

3. Cf. « Judgement Day », p. 115 : « Les péchés d'omission sont aussi graves que ceux de commission : en réalité, l'omission n'existe pas. Il faut toujours choisir ; il est impossible de ne pas choisir. »

4. Cf. *Practical Ethics*, p. 151.

5. Cf. « Can Bioethics be both Rigorous and Practical ? », p. 128 : « Une approche conséquentialiste ne se réfugiera pas dans la distinction entre les actes et les omissions [...] En lieu et place, elle se concentrera sur les conséquences des actes (et des omissions) ». Il soutenait déjà la même thèse dans *Practical Ethics*, p. 150, en ajoutant que par contre, pour un déontologue, la distinction valait.

« du point de vue d'une morale de l'intention ». Et comme nous soutenons, on le sait, que l'agent doit viser intentionnellement la réalisation des valeurs les plus élevées dans la situation où l'action s'inscrit et que nous rejetons la doctrine de la responsabilité négative, il semble bien que nous ne puissions évacuer l'objection.

Nous devons donc distinguer éthiquement l'omission de la commission; d'ailleurs, n'avons-nous pas dit, lorsque nous critiquions l'utilitarisme, qu'il y avait là une différence morale? Certes, mais en fait ce n'est pas le cas ici, et une évaluation morale différente des variétés d'euthanasie n'est pas motivée, car leur valeur n'est pas sensible au caractère actif ou passif de ce qui est fait, *dans la mesure* où c'est chaque fois la qualité de la vie du patient et son autodétermination quand c'est possible, qui sont l'*objet* de l'intention de l'agent; c'est-à-dire lorsque son intention est non seulement bonne, mais encore droite. 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 cela, il faut débrancher un respirateur, entraînant la mort immédiate du patient¹? On est heureux que cette indécision n'influence pas l'appréciation morale de la situation.

Mais alors pourquoi avons-nous cru un moment le contraire? Parce que nous nous sommes laissé induire en erreur par l'affirmation d'Anne Fagot-Largeault qui masque le fait que « vouloir tuer » repose sur une intention mauvaise, contrairement à « consentir à la mort »; mais si cela avait été « laisser mourir sans soins »? Autrement dit, et de manière plus décisive, la distinction morale entre commettre et omettre est relative et subordonnée à la nature de l'intention, c'est-à-dire aux valeurs *visées*, ce qui est bien normal, puisque c'est du point de vue de l'agent qu'elle s'articule. En conséquence, si cette intention est à la fois bienveillante et respectueuse, peu importe qu'elle se

1. Cf. Beauchamp & Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, p. 147 : « Jusqu'à présent, personne n'a réussi à formuler cette distinction de façon à ce que l'actif et le passif tombent clairement dans deux classes différentes », et ils précisent : « L'interruption (*withdrawing*) peut parfois être une omission, comme ne pas recharger les batteries d'un respirateur » (p. 149). Pour cette distinction en général, voir McMahan, « Killing, Letting Die, and Withdrawing Aid », p. 266-267.

réalise activement ou en laissant faire : la différence causale ne fait pas de différence morale¹.

Il n'en va pas différemment lorsque la conduite est mauvaise : si la plupart des crimes sont de commission, il en existe aussi d'omission, comme le montrent ces deux situations imaginées par Judith Thomson :

(I) Frank hait sa femme et veut sa mort. Il met un produit chimique de nettoyage dans son café, ce qui cause sa mort

et :

(II) Georges 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 Georges possède l'antidote à ce produit, mais il ne le lui donne pas ; il ne sauve pas sa vie, et elle meurt².

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 – ce qui exclut notamment que le deuxième cas soit une négligence, volontaire ou non, comme lorsqu'un malade atteint du sida n'avertit pas son partenaire –, l'évaluation des deux conduites ne variera pas. On le voit encore lorsque l'on tient compte qu'il existe un troisième type de conduites, celles qui sont commises par procuration ou, comme le dit Neuberger, que l'on « amène »³ ; imaginons alors la situation suivante :

(III) Jean 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 Jean sera évaluée tout comme celle de Frank et de Georges, mais cela n'aura pas d'abord à voir avec la chaîne causale des événements, car si, après coup, Jean se repent et tâche vainement de téléphoner à la femme de chambre pour qu'elle ne verse pas le poison, son acte sera jugé moins sévèrement, nonobstant l'identité de

1. Dans le cas des actions *non intentionnelles* par contre, négligentes ou non – par exemple lorsqu'un automobiliste cause la mort d'un piéton –, la structure causale joue un rôle moral, car c'est le résultat bon ou mauvais qui compte en premier lieu.

2. *Rights, Restitution, and Risks*, p. 31. James Rachels propose un exemple analogue in « Active and Passive Euthanasia », p. 32.

3. Cf. Neuberger, « L'intention définit-elle l'action ? », 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). »

la chaîne causale amenant la mort de sa femme : la seule différence pertinente aura été au niveau de son intention, des valeurs qu'il visait.

La place centrale de l'intention permet encore de comprendre pourquoi, lorsque l'action envisagée est particulièrement horrible – torturer un enfant pour faire parler ses parents –, la différence causale paraît faire une différence morale ; c'est tout simplement que, dans ces cas, l'intention d'agir ne peut jamais être droite, que l'agent le sait, et donc que seule la non-intervention est éthiquement envisageable pour quelqu'un qui a le souci de son intégrité morale. Cela vaut aussi pour les situations moins graves, comme celle où Jim se trouve : ce qui compte chaque fois, c'est l'intention en rapport avec l'intégrité, d'où la possibilité d'un refus de se laisser entraîner dans une action projetée par un autre et que l'on réproouve.

On conclura qu'il existe effectivement des cas où il est manifestement meilleur de tuer que de laisser mourir : en premier lieu ceux où un patient compétent le demande, en second lieu quand, totalement incapable de décider et sans avenir, il souffre intensément. 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 existant¹, en oubliant que ce qui existe ne vaut que s'il est un bien, que s'il est porteur d'une valeur positive, désirable. Mais il est important de se rappeler que les raisons avancées ici pour le justifier n'ont rien à voir avec celles qu'un utilitariste invoquerait ; en effet, pour ce dernier on le sait, l'intention n'est pas une partie propre de l'action, mais un élément extérieur, ce que Singer souligne expressément lorsqu'il dit que la différence qu'elle peut faire entre tuer et laisser mourir est extrinsèque².

1. Cf. *Rights, Restitution, and Risks*, p. 84.

2. Cf. *Practical Ethics*, p. 164 : « Il n'y a aucune différence intrinsèque entre tuer et laisser mourir. Il s'agit de différences extrinsèques » ; l'intention est mentionnée plus haut, p. 162.

Bébé Doe

Parfois, il vaut mieux tuer que de laisser mourir, venons-nous de dire. On le voit encore dans une affaire célèbre, celle de 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. Ses parents 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 leur retirer 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 États-Unis avait été saisie du dossier.

A la suite de cette affaire, le Département de la santé publique envoya une lettre aux hôpitaux bénéficiant de subsides fédéraux, leur rappelant que :

Il est illégal [...] de refuser à un nouveau-né handicapé une assistance nutritionnelle ou un traitement médical ou chirurgical nécessaire pour sa survie, si : 1/ le refus est basé sur le fait que le nouveau-né est handicapé, et 2/ son handicap n'est pas une contre-indication au traitement ou à l'assistance nutritionnelle.

Le Secrétaire du Département, Richard Schweiker, ajoutait que, « en rappelant ces directives, [...] nous réaffirmons le ferme engagement du peuple américain et de ses lois en faveur de la protection de la vie humaine »¹.

Selon les principes éthiques que nous avons mis en lumière, les raisons du législateur américain ne sont pas valables ; en effet, il est faux que toute vie *humaine* doive être ainsi protégée. Peut-être aurait-il fallu soigner bébé Doe, mais ce n'aurait pu être que pour d'autres

1. Cf. Beauchamp & Childress, *op. cit.*, p. 423.

raisons, par exemple les mêmes qui interdiraient l'avortement tardif d'un bébé handicapé ; on peut notamment penser au fait que la qualité de vie personnelle d'un être humain trisomique est généralement plutôt élevée, même si elle n'est pas optimale¹. Toutefois, ce n'est pas ce point qui nous intéresse ici, mais si ce qui a été fait une fois que la décision de ne pas soigner a été prise était justifié.

Ce n'est pas le cas. En effet, la bonne question à poser est la suivante : si un bébé naît avec une malformation qui entraîne, naturellement ou par décision humaine, peu importe ici, une mort très pénible dans les jours qui suivent, ne vaut-il pas mieux le tuer²? La bienfaisance – plutôt que la pitié ou la compassion – le dicte manifestement, et une intention droite s'y conformera : comme le relève James Rachels, dans de tels cas, tout autre procédé s'apparenterait à de la cruauté³.

Les actions à double effet

Faire compter l'intention comme nous le proposons 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'arbitraire⁴.

1. Cf. Goffi, « Le diagnostic prénatal et la valeur de la vie », p. 105 : « Les arguments destinés à justifier l'abstention thérapeutique envers un nouveau-né justifieraient tout aussi bien l'interruption thérapeutique de grossesse. » Notons encore que ce qui rend certains cas particulièrement difficiles, comme la *spina bifida*, est que, ainsi que le relève Pence : « Certains nouveau-nés ne meurent pas si on ne les soigne pas. Pour eux, l'absence de traitement leur cause un tort » (*Classic Cases in Medical Ethics*, p. 139).

2. Cf. Pence, *op. cit.*, p. 149 : « Un point important ici est de savoir s'il ne serait pas mieux (*more compassionate*) de tuer simplement ces nouveau-nés, plutôt que de les laisser mourir lentement », et Gustafson, « The John Hopkins Case », 1973, p. 275 a.

3. Cf. « Active and Passive Euthanasia », p. 30 : « Une fois qu'il a été décidé de ne pas prolonger son agonie, une euthanasie active est réellement préférable à une euthanasie passive ».

4. Art. cité, p. 104. Cf. Buekens, « Essayer, réussir, échouer », 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. »

Le médecin mal intentionné prétendra ne pas avoir le dessein de tuer un 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, la situation n'est pas toujours aussi simple, surtout si l'on prend conscience de l'obscurité dans laquelle se trouvent souvent nos motivations, parfois même de leur fausse clarté, mises en évidence par la psychanalyse. C'est pourquoi l'Église CR, dont la morale fait aussi compter l'intention, a senti le besoin d'édicter des règles complémentaires ; or celles-ci condamnent certaines formes d'euthanasie. Examinons-les donc.

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 ou de l'autodétermination – l'effet bon. Quelles sont-elles ?

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 permis¹.

La seconde condition est justement celle que nous avons estimée insuffisante et en besoin d'être complétée par d'autres. La première est dans le même cas : une action peut être décrite de manière

1. Baumann, « L'avortement », p. 36. Cf. encore Pie XII, *Dictionnaire de théologie catholique* : « Est volontaire en soi, ou directement, ce que la volonté se propose immédiatement et expressément soit comme une fin, soit comme un moyen. Est volontaire dans la cause, ou indirectement, ce qu'on se propose de réaliser ni comme fin, ni comme moyen, mais qu'on prévoit comme devant résulter d'une action directement voulue et qui en conséquence est en quelque manière imputable à cette action » ; et Nagel, « War and Massacre », p. 58 ; trad. in *Questions mortelles*, p. 77 : « En bref, le principe dit que l'on est parfois autorisé en connaissance de cause à provoquer ou à permettre à titre d'effet secondaire de ses actions quelque chose qu'il ne serait absolument pas permis de provoquer ou d'autoriser délibérément comme fin ou comme moyen. »

multiple vu sa complexité ; ainsi l'action du médecin mal intentionné 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. Plus positivement, le pluralisme des conceptions de la vie heureuse implique en général une multiplicité de descriptions acceptables, comme on s'en rend compte dès que l'on demande à plusieurs personnes vertueuses de décrire une même action. La quatrième condition permet d'éviter les abus qu'autoriserait l'application des trois critères précédents, mais n'a pas d'application pour notre propos, puisqu'elle ne permet que d'exclure des cas *abusifs* 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 premier il en est la cause. Certes, son application requiert que l'on se soit mis d'accord sur la description de la structure causale de l'action, mais cela n'est pas trop ardu si on le tente sincèrement, car les relations causales efficaces n'ont qu'une seule direction : un effet ne peut pas produire sa cause, et s'il reste encore possible de multiplier les chaînons intermédiaires, il devient vite difficile de le faire de manière plausible.

Ces règles pour les actions à double effet – appelées aussi « du volontaire indirect » – permettent donc l'euthanasie passive et active indirecte, mais prohibent l'euthanasie active directe ; 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 seconde est une action parfaitement licite, pourvu que l'intention ne soit nullement de hâter la fin du patient !¹

Ces règles ont même une portée bien plus vaste, puisqu'elles autorisent encore une femme enceinte à entreprendre un traitement

1. « L'euthanasie », p. 70.

médical qui a pour effet *secondaire* de tuer le fœtus, par exemple en cas de cancer de l'utérus, mais non pas d'avorter *pour* sauver sa vie, et qu'elles permettent d'approuver le Père dans sa condamnation de Jim. Tout cela, et c'est l'important, sur la base d'une propriété intrinsèque et objective des actions, leur structure causale. Ces règles 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. C'est que, pour l'Église CR, il n'est pas vraiment pertinent, puisque le malade n'a qu'un pouvoir très limité sur sa propre vie ; en effet, tout consentement, demande ou refus doit être « conforme au droit naturel »¹, qui oblige même un athée à « admettre que le droit de disposer de sa propre vie est en contradiction avec une échelle de valeurs fondée sur le respect inconditionnel de la vie »². C'est là un argument bien mal formulé du point de vue même de l'Église CR, puisqu'elle rejette une telle inconditionnalité, on le sait. Mais, cela constaté, il n'en reste pas moins que les règles du volontaire indirect gardent toute leur force, et il paraît bien que la limitation de l'euthanasie qu'elles commandent s'accorde avec notre discernement moral qui nous interdit de tuer directement un innocent, quelles qu'en soient les conséquences, et même à sa demande : si elle n'est ni sacrée ni un absolu, la vie humaine *innocente* reste quelque chose de pratiquement intangible. Bref, comme le souligne Dan Brock : « Si tuer délibérément une personne innocente est mal, l'euthanasie [directe] sera presque toujours interdite »³.

Et pourtant, nous pensons que c'est une erreur de le croire : certes, *en principe*, une vie humaine innocente est intangible, mais cela n'est vrai que *prima facie*, comme disent certains auteurs⁴, car, si ce qui décide toujours en dernier recours, c'est l'ensemble des valeurs en jeu dans une situation et leur hiérarchisation ; alors le statut innocent ou non de la vie n'est qu'un élément à considérer parmi beaucoup d'autres. Et lorsqu'il est question d'euthanasie, il apparaît même comme tout à fait hors de propos : c'est la qualité de vie avec l'auto-

1. Pie XII, « Problèmes moraux de la psychopharmacologie », p. 266.

2. Conférence épiscopale allemande, « La vie de l'homme et l'euthanasie », p. 382.

3. « Voluntary Active Euthanasia », p. 12 c.

4. Par exemple Mackie, « Can there be a Right-based Moral Theory ? », p. 177. L'expression est de W. D. Ross ; cf. Frankena, *Ethics*, p. 26.

détermination qui comptent en premier lieu et qui doivent être visées par l'agent. La structure causale de l'action n'a dans ce cas pas plus de pertinence morale que dans la question de l'omission : peu importe lequel, de l'effet bon et de l'effet mauvais, cause l'autre.

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'aucune valeur plus éminente que celle qui est visée n'est négligée – liées par exemple aux intérêts de tiers –, rien ne l'interdit : ce n'est pas un mal *moral*. C'est pourquoi, s'il s'agit de sacrifier un animal (effet mauvais) pour sauver une vie humaine (effet bon), on n'alléguera pas ces règles. On conclura que la structure de l'intention n'épouse pas celle, causale, des actions, et tout ce qu'on peut dire si l'on veut conserver quelque chose de ces règles, c'est qu'elles indiquent que l'intention doit porter prioritairement sur l'effet bon, que celui-ci soit directement causé ou non¹. Et cela est plutôt bienvenu, car le caractère holistique des situations dans lesquelles nous nous trouvons fait 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 : l'intention porte en fait sur la *totalité* de l'action et de ses effets, même si c'est de manière différenciée. Comme le montre bien l'exemple de l'animal, on veut « le sacrifier pour *sauver* » et non pas « le sacrifier » et « sauver »².

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

1. Cf. Beauchamp & Childress, *op. cit.*, p. 133, et Foot, « Morality, Action and Outcome », p. 25 : « Il y a des circonstances où il est moralement permis de causer quelque chose *sans* le viser, bien qu'il ne soit pas moralement permis de le viser. »

2. Cf. Beauchamp & Childress, *op. cit.*, p. 130 : « Une question délicate pour la théorie du double effet est de savoir si les effets non voulus d'actions elles-mêmes planifiées sont des effets visés (*intended effects*) », et Mackie, *Ethics, Inventing Right and Wrong*, p. 166 : « Il paraît absurde de dire que je ne dois pas utiliser la vie de quelqu'un – par exemple pour sauver de nombreuses autres vies –, mais cependant que je peux utiliser comme moyen quelque chose qui, je le sais, provoquera inévitablement sa mort. Insister sur des distinctions aussi artificielles est non seulement peu sérieux, mais aussi moralement corrupteur. »

demandée par un patient lucide était effectuée par un médecin malveillant, ayant l'intention de tuer, elle ne deviendrait pas répréhensible pour autant : le respect de l'autodétermination étant assuré, elle ne serait pas immorale tout court, mais seulement en ce qui concerne l'action du médecin.

La vocation du médecin

L'euthanasie, dans toutes ses variétés est donc moralement licite tant qu'elle respecte l'organisation des valeurs qui constituent la qualité de vie, au sens large de ce terme. Ainsi, sur le plan éthique, on ne peut qu'approuver le jugement rendu par la Cour d'appel de Californie dans le procès qui, en 1986, opposait Élisabeth Bouvia à la Cour suprême du même État, jugement fondé sur la qualité de vie très basse de la requérante pour autoriser une euthanasie volontaire – âgée de vingt huit ans, elle était tétraplégique de naissance –, considérant 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 une situation inhumaine¹. 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. On comprend encore que les Pays-Bas autorisent l'euthanasie active directe aux trois conditions qu'elle soit volontaire, que le patient souffre de manière

1. Cf. California Court of Appeals, Second District, 16 avril 1986, B&W, p. 260 b-261 a : « 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 ? [...] 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. 262 b.

insupportable et que le médecin traitant ait l'accord d'un collègue¹ : autodétermination, bienfaisance et prudence obligent. Il n'est pas étonnant que cette dernière soit un élément important de tout ensemble législatif sur ces questions, car les abus sont toujours possibles et les modalités d'application réservent forcément des difficultés et des mauvaises surprises, surtout lorsque le médecin soignant connaît mal le patient, ainsi que c'est souvent le cas dans les hôpitaux. Cela explique aussi l'insistance mise sur l'aspect volontaire, car il subsiste forcément une gêne devant l'euthanasie, surtout directe, de personnes incapables de donner un accord, même si leur qualité de vie est dramatiquement basse, gêne qu'on peut formuler par la question implicite suivante, à laquelle il ne peut y avoir de réponse : « L'auraient-elles vraiment voulu ? » Cela toutefois n'établit pas que cette forme d'euthanasie soit immorale, mais simplement que sa légalisation poserait des problèmes particulièrement aigus.

L'euthanasie est donc licite, car il lui arrive d'être un bien, tant du point de vue du malade que de celui de l'agent. Qui sera cependant cet agent, autorisé à la pratiquer ? Au vu de la médicalisation de la mort que l'on observe dans notre société, et qui, par bien des aspects, est à l'origine des problèmes que nous examinons actuellement², il paraît à la fois judicieux et prudent de réserver au médecin son monopole, ce que, d'ailleurs, nous avons implicitement admis jusqu'ici. Il y a toutefois un obstacle dès qu'il est question d'euthanasie directe, 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 conditions³.

1. Cf. De Wachter, art. cité, p. 23 b. 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. ten Have & Welie, « Euthanasia : Normal Medical Practice ? » et Keown, « On Regulating Death », p. 34 a, 42 b, qui se fondent sur Van der Maas et al., *Medical Decisions Concerning the End of Life*.

2. Cf. Callahan, « Pursuing a Peaceful Death », p. 35 b : « Il est juste de dire que les difformités que nous relevons actuellement dans le processus de la mort sont souvent *uniquement* le fruit des interventions médicales humaines. » Cet auteur, toutefois, est opposé à l'euthanasie directe ; cf. « When Self-Determination Runs Amok ».

3. « Euthanasie ? », p. 71. Même idée in Beauchamp & Childress, *op. cit.*, p. 144.

En effet, le médecin a pour tâche de soigner les malades, non de les tuer quand cela devient impossible ; ce qu'il faut donc viser en lieu et place de l'euthanasie, ce sont des soins palliatifs de bonne qualité, seuls conformes à la déontologie médicale, c'est-à-dire à la préservation de l'intégrité du médecin. Toutefois, s'il est vrai que l'euthanasie ne doit pas être le recours de ceux qui fuient leur responsabilité d'assistance, et qu'un entourage affectueux, tant familial que médical, est souvent ce qu'il faudrait promouvoir¹, il n'en reste pas moins que de tels soins ne sauraient soulager toute souffrance et restaurer à tout coup une dignité menacée. En outre, on peut se demander si cette réticence de la part des médecins n'est pas plus psychologique que morale, si bien qu'ils devraient plutôt accepter de reconsidérer leur position, s'ils veulent vraiment être au service des malades.

Ce raisonnement méconnaît cependant le fait que l'appartenance à une tradition modèle toute prise de décision, et donc a un impact sur l'autodétermination de celui qui choisit ; ainsi, s'il est vrai, comme le dit encore le même auteur, que « cette autonomie est reconnue aujourd'hui comme étant à la base des principes éthiques des soins de santé », cela a aussi 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 »². 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, si l'on veut faire droit aux exigences du respect des personnes et ne pas en rester à la simple défense des libertés négatives, deux pistes sont possibles : soit on permet à d'autres de pratiquer l'euthanasie, comme les proches du mourant ou un « bourreau » spécialement dévolu à cette tâche, soit on entreprend de modifier la fonction du médecin et l'image qui s'y attache, ce qui

1. Cf. Kass, « Is There a Right to Die ? », p. 42 b : « La vieillesse et la mort ont été exclues du giron familial et confiées à des institutions subventionnées par l'État. Ce n'est plus le prêtre, mais le médecin (en vérité, l'infirmière) qui préside à la fin de la vie, dans un environnement stérile qui ne tient aucun compte de notre finitude. »

2. « L'autonomie du patient et du médecin en situation de réanimation ou de soins terminaux », p. 74.

paraît d'autant plus réalisable que quelque chose d'analogue a déjà eu lieu dans la question de l'avortement : l'attitude qui y prévaut implique que la préservation de toute vie n'est pas une priorité absolue. 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 moralement¹ ?

Plus profondément, nous pensons que ces résistances viennent du fait que les médecins ne sont pas persuadés de la moralité de l'euthanasie active, directe surtout, et donc qu'ils perçoivent leur situation un peu comme celle de Jim ; dès lors, pour beaucoup, mieux vaut laisser faire la nature plutôt que d'agir en risquant son intégrité ou, du moins, en supportant tout le coût moral. On comprend alors pourquoi les médecins craignent tant que l'euthanasie directe soit rendue obligatoire dans certains cas : vouloir imposer une action à quelqu'un comme étant de son devoir, s'il n'est pas possible de l'en convaincre, est forcément perçu comme une atteinte à son intégrité morale, ce qui, par contre, n'a pas lieu dans le cas de l'euthanasie passive – et c'est là une différence morale bien plus pertinente que l'appel à la causalité. Si, par contre, l'euthanasie venait à être considérée comme l'avortement, donc comme une action licite dans certaines circonstances, ces réticences disparaîtraient, l'image de la fonction de l'institution médicale se modifierait sans grande résistance, et avec elle celle de la vocation du médecin, quitte à introduire ici aussi une « clause de conscience » à l'intention de ceux qui continueraient à voir une incompatibilité entre l'euthanasie et les valeurs qui définissent l'institution médicale. Cette modification paraît d'ailleurs déjà poindre, comme l'atteste le cas du Dr Nigel Cox, condamné en septembre 1992 à un an de prison avec sursis pour tentative de meurtre – *tentative* seulement, car, le corps de la patiente ayant été incinéré, la cause de la mort n'a pu être établie avec certitude – ; en effet, cette sentence n'a été suivie d'aucune suspension

1. Il est vrai que les gynécologues tendent à concevoir le fœtus comme une partie de la mère : ils « considèrent le fœtus et la femme enceinte comme une unité à prendre en considération ensemble » (Novaes, *Biomédecine et devenir de la personne*, p. 18) où le pôle dominant – le patient – est la mère. Mais cela paraît difficile à justifier et semble actuellement changer : « Le patient a toujours été la femme, mais plus on en apprend sur le fœtus, plus on en arrive à l'idée qu'on a deux patients » (Fellous, « Echographie, fœtus, personne », p. 195).

du droit d'exercer et nombreuses ont été les critiques dirigées contre le jury et le juge. C'est que, si son acte était effectivement illégal, il paraît difficile de ne pas l'approuver moralement au vu de la situation et de prétendre que la continuation du traitement – une euthanasie active indirecte – aurait été mieux appropriée :

Pendant de longues années, le docteur Cox avait traité Lilianne Boyes pour une grave arthrite rhumatoïdale, qu'elle avait supportée avec courage. En août 1991, elle est admise une fois encore à l'hôpital à cause d'une rechute sévère accompagnée de fortes douleurs. Le traitement entrepris se révèle toutefois inefficace pour contrôler les symptômes et elle développe une série de complications, dont des ulcères et des abcès sur les bras et les jambes, des fractures vertébrales, ainsi qu'une profonde plaie au rectum. Lilianne Boyes demande peu après que l'on cesse tout soin, hormis ceux contre la douleur. Mais comme les fortes doses d'opiacés utilisées ne la soulagent pas et que ses douleurs sont devenues si intenses que, chaque fois qu'on la touche, elle hurle comme un animal blessé, elle demande au docteur Cox de mettre un terme à ses jours. D'abord, il refuse, mais après des demandes répétées et face à une détresse si intense, il lui injecte une solution de chlorure de potassium, et elle meurt¹.

Par ailleurs, on se rappellera 1/ que la médecine a parfois changé abruptement d'avis sur sa mission, puisque, dans les années 60, l'Ordre français des médecins affirmait de façon péremptoire qu'elle interdisait aux médecins de prescrire la pilule anticonceptionnelle, et 2/ que la fonction du médecin n'est pas de préserver la vie *humaine* tout court, car, comme le dit Engelhardt, le médecin ne s'occupe pas de collections de cellules humaines, mais de personnes² ; cela, certes, a toujours été le cas, mais c'est seulement depuis que les soins ont fait les progrès que l'on sait que de telles remarques prennent subitement toute leur importance, car pendant des siècles, il a été *de facto* inutile de préciser que, si la vie biologique est un objet de prix, c'est d'abord dans la mesure où elle est le support de la vie personnelle.

1. HCR, 1993/2, p. 2 c.

2. Cf. « Medecine and the Concept of Person », p. 173 : « Après tout, la médecine n'est pas seulement une entreprise de préservation de la vie humaine – si c'était le cas, la médecine confondrait les cultures de cellules humaines et les patients, qui sont des personnes. »

Ce que nous avons dit permet-il aussi de rassurer ceux qui craignent les conséquences d'une autorisation légale de l'euthanasie directe, 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 pourrait déboucher sur l'eugénisme¹ ? On reconnaît là un argument conséquentialiste du type de la pente savonneuse. Sans entrer en profondeur dans son examen² 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 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. On n'est donc pas étonné que certaines personnes gravement malades « déclarent qu'elles pourraient encore trouver quelque intérêt à la vie si elles possédaient les moyens de se supprimer ou l'assurance d'y être aidées. Mais l'angoisse qu'elles éprouvent à l'idée d'une aggravation de leur état, sans moyens d'agir, brise tout projet d'avenir »³. 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 physique. En cette matière, un seul fléchissement pourrait entraîner une avalanche d'actes inhumains⁴.

'Inhumain' n'a pas le même sens pour l'Église CR que pour les juges californiens, mais c'est bien à ces derniers qu'il faut donner

1. Cf. Foot, « Euthanasia », p. 27 : « Permettre l'euthanasie active volontaire pourrait modifier la scène sociale de manière très néfaste. Actuellement, les gens s'attendent en général à ce qu'on s'occupe d'eux s'ils sont vieux ou malades. C'est l'une des bonnes choses sur lesquelles nous pouvons compter, mais que nous pourrions perdre, pour nous retrouver fort mal lotis », et Beauchamp & Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, p. 141.

2. Qui, d'ailleurs, lui serait défavorable; cf. Mauron, « L'argument de la "pente savonneuse" et le statut des limites en bioéthique ».

3. Courtas, « L'intervention de l'individu dans la fin de sa vie », p. 326.

4. « Note sur l'euthanasie », p. 392.

raison ; respecter la vie, ce n'est pas l'infliger, comme on le voit parfois reprocher aux médecins :

Le respect de la vie (ne rien faire ni donner pour provoquer la mort) et la tentative de sauver la vie dérivent vers ce qui est désigné comme « infliger la vie », faire survivre contre leur gré des individus, au mépris du respect de leur personne¹.

1. Courtas, art. cité, p. 343-344.