

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES ET  
SCIENCES HUMAINES

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET  
ÉDUCATIVES

\*\*\*\*\*

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

\*\*\*\*\*

DÉPARTEMENT DE PHILOSOPHIE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTY OF ARTS, LETTERS  
AND SOCIALS SCIENCES

\*\*\*\*\*

POST GRADUATE SCHOOL  
FOR THE SOCIAL  
AND EDUCATIONAL  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT  
FOR HUMAN AND SOCIALS  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF PHILOSOPHY

**LA PROBLÉMATIQUE DE L'EUTHANASIE CHEZ JOCELYNE  
SAINT-ARNAUD. UNE LECTURE DES *ENJEUX ÉTHIQUES ET  
TECHNOLOGIES BIOMÉDICALES* (1999)**

Mémoire de Master en Philosophie soutenu le 05 juillet 2024

Option : Ethique et philosophie politique

Par

**M. BATMBANGA Elysée**

Titulaire d'une Licence en Philosophie

Option : Bioéthique

Matricule : 17R517

**Jury :**

**Président : Pr. MENYOMO Ernest(MC) ; Université de Yaoundé 1**

**Rapporteur : Pr. MINKOULOU Thomas (MC) ; Université Yaoundé1**

**Membre : Dr. AZABA à BOTO Lydie Christiane (CC), Université Yaoundé1**



**JUILLET 2024**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

<b>SOMMAIRE</b>
-----------------

<b>DEDICACE</b> .....	iv
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	v
<b>RÉSUMÉ</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	1
<b>PREMIÈRE PARTIE : LES RÉVOLUTIONS BIOLOGIQUES ET LES RÉVOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES</b> .....	9
CHAPITRE I : LA RÉVOLUTION BIOLOGIQUE : LES TROIS MAITRISES .....	11
CHAPITRE II : LA RÉVOLUTION THÉRAPEUTIQUE.....	23
CHAPITRE III : DE LA RÉVOLUTION GÉNÉTIQUE DU GÉNOME .....	41
<b>DEUXIÈME PARTIE : LES APPLICATIONS DE LA PRATIQUE DE L'EUTHANASIE</b> .....	49
CHAPITRE IV : L'EUTHANASIE AUTOUR DE LA PENSÉE DE JOCELYNE SAINT-ARNAUD.....	51
CHAPITRE V : LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE.....	64
CHAPITRE VI : LES TRAITEMENTS EN FIN DE VIE : ENJEUX ÉTHIQUES ET JURIDIQUES.....	77
<b>TROISIÈME PARTIE : LA CONCEPTION DE L'EUTHANASIE CHEZ JOCELYNE SAINT-ARNAUD : DIAGNOSTIQUES, ENJEUX ET PERSPECTIVES</b> .....	88
CHAPITRE VII : LIMITES DE LA CONCEPTION DE L'EUTHANASIE CHEZ JOCELYNE SAINT-ARNAUD .....	90
CHAPITRE VIII : LA CRITIQUE DE LA PRATIQUE DE L'EUTHANASIE CHEZ JOCELYNE-SAINTE ARNAUD : ENJEUX ET PERSPECTIVES .....	101
CHAPITRE IX : LA PRATIQUE CONTROVERSÉE DE L'EUTHANASIE EN AFRIQUE.....	112
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b> .....	117
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	117
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	134

*A mes parents Isaac BATMBANGA et Martine TILLA.*

## REMERCIEMENTS

v

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous voudrions témoigner toute notre gratitude.

Qu'il nous soit permis de remercier en premier lieu notre Directeur de recherche, le Professeur Thomas MINKOULOU, Chef de Département de Philosophie, Psychologie, Sociologie et Anthropologie de l'Université d'Ebolowa qui, au-delà de ses multiples occupations, a accepté de diriger ce travail, ses conseils et sa rigueur scientifique ont été bénéfiques dans l'élaboration de ce travail académique ;

Nos remerciements vont également à l'endroit de l'équipe pédagogique du Département de Philosophie de l'Université de Yaoundé 1, pour les enseignements dispensés tout au long de notre formation conventionnel ;

Nous tenons à remercier le Docteur Philippe NGUEMETA, pour les conseils et les ouvrages qu'il a bien voulu mettre à notre disposition ;

Merci au Professeur Ernest MENYOMO pour l'intérêt accordé à notre travail, et au Docteur Lydie Christiane AZAB à BOTO d'avoir rendu possible cette soutenance ;

Nous remercions chaleureusement notre camarade Eric Gaël CHUADE NGALE, pour la relecture et la mise en forme de notre travail ;

Au Directeur de l'Institut Français du Cameroun (IFC), pour la documentation et l'accès à la Bibliothèque et Médiathèque ;

A mes très chers parents Isaac BATMBANGA et Martine TILLA, pour leur amour, leur patience et leur soutien constant ;

A nos sœurs Sophie DJOUBMANGA, Mikale AYA et frères Ézéchiel LITASSOU, Martin TOKAMMA pour les encouragements et les soutiens multiformes ;

A ma fiancée Célestine FARIDA j'exprime ma profonde gratitude et ma reconnaissance pour ton écoute attentive et ton encouragement sans faille ont été des sources d'inspiration inestimables pour moi ;

A nos camarades Fabiola DJEUKAM NGATCHA, Jérôme BIRWE GOLDON et Diyao DJONRO, pour les encouragements ;

A nos amis Vincent CEFOGO, Luther BABANGUIDA, Rosaline BEBERA, Robert TCHANGDOUM et Oumarou LEVA, Jonthan MANSOU AVOKSOUMOUNA SOUKASSIA, pour leur sympathie ;

A Assane GUIRVOGO, Aboïna BANDIANG, Baïna AYOUBA, Obeth LAKAMMA et Abraham WEGUENA, pour leur générosité ;

A la famille DANAMOU, pour les soutiens multiples.

## RÉSUMÉ

Le sujet qui fait l'objet de notre préoccupation est intitulé : « La problématique de l'euthanasie chez Jocelyne Saint-Arnaud. Une lecture des *Enjeux éthiques et technologies biomédicales* (1999) », notre thématique dont le choix se justifie par l'intérêt que nous portons aux problématiques liées à la médecine contemporaine, se pose en rapport avec nos valeurs culturelles, particulièrement en Afrique, pour des raisons à la fois traditionnelles et religieuses. Il s'agit du problème de rapport de l'homme à la vie sous le prisme des technosciences biomédicales. L'euthanasie est comprise dans son sens contemporain comme l'acte médical consistant à donner la mort à un patient atteint d'une maladie grave. D'après Jocelyne Saint-Arnaud, cette pratique désigne l'acte consistant à faire mourir une personne souffrante d'une maladie incurable, dans le but d'abrèger ses souffrances. Dans ce sens, l'auteure défend la conception classique de l'éthique appliquée à la médecine. Elle donne des instruments d'analyse de qualité aux soignants pour fonder et orienter leurs prises de décisions en fin de vie. Il faut un meilleur contrôle de la douleur, par l'élaboration d'une approche globale des soins et d'une philosophie de l'accompagnement en fin de vie. Saint-Arnaud propose de ce fait, le consentement éclairé comme méthode commune à la pratique d'euthanasie. L'enjeu est l'accompagnement de la personne malade à mourir en toute dignité. Ainsi la demande d'euthanasie doit venir du patient et doit être réitérée à plusieurs reprises, notamment par le consentement éclairé ou de la volonté de sa famille biologique. C'est dans ce sens que l'auteure distingue deux types d'euthanasie : l'euthanasie directe et indirecte. La pratique d'euthanasie qui est d'ailleurs l'une des conséquences de la révolution biomédicale et biotechnologique, amène à poser les questions suivantes : En quoi consiste la thèse de Jocelyne Saint-Arnaud, qui insiste sur le sens des décisions prises en fin de vie pendant la pratique d'euthanasie directe et indirecte ? Est-ce que la souffrance exclut-elle la mort ? Si le sujet est à la fois corps et esprit alors, peut-on au-delà de la souffrance humaine vécu vivre ? En outre, est-il possible d'envisager de nos jours des applications de l'euthanasie en marge des contraintes économiques et des circonstances des malades ? En quoi les conservateurs Africains considèrent-elles l'euthanasie comme un crime légalisée ? Pour venir à bout de ce questionnement, une méthode historico-critique nous a permis de remonter dans l'Antiquité jusqu'à la période contemporaine, dans le but de cerner les enjeux des pratiques d'euthanasie bien avant Jocelyne Saint-Arnaud. Elle nous a permis ensuite de scruter les enjeux de la pensée de notre auteure, pour enfin de compte questionner sa pertinence. Nous concluons que les Africains qui connaissent un retard scientifique doivent certes promouvoir les sciences biomédicales mais retenir qu'à l'ère actuelle, la problématique de l'euthanasie se pose en rapport avec nos valeurs culturelles. L'euthanasie est principalement rejetée en Afrique pour des raisons à la fois traditionnelles et religieuses. La culture africaine n'autorise pas cette pratique et face aux maladies incurables, la médecine traditionnelle doit être privilégiée.

**Mots-clés :** Consentement éclairé, dignité, euthanasie, problématique, soin palliatif, technologies biomédicales.

## ABSTRACT

The subject which is our concern is entitled: "The problem of euthanasia in Jocelyne Saint-Arnaud. A reading of Ethical Issues and Biomedical Technologies (1999)", our theme, the choice of which is justified by the interest we have in issues linked to contemporary medicine, arises in relation to our cultural values, particularly in Africa, for both traditional and religious reasons. This concern's the problem of man's relationship to life under the prism of biomedical techno-sciences. Euthanasia is understood in its contemporary sense as the medical act consisting of killing a seriously ill patient. According to Jocelyne Saint-Arnaud, this practice refers to the act of putting to death a person suffering from an incurable illness, with the aim of shortening their suffering. In this sense, the author defends the classic conception of ethics applied to medicine. It provides quality analysis tools to caregivers to base and guide their end-of-life decision-making. We need better pain control, through the development of a global approach to care and a philosophy of end-of-life support. Saint-Arnaud therefore proposes informed consent as a common method for the practice of euthanasia. The issue is supporting the sick person to die with dignity. Thus the request for euthanasia must come from the patient and must be reiterated several times, in particular through the informed consent or the wishes of his/her biological family. It is in this sense that the author distinguishes two types of euthanasia: direct and indirect euthanasia. The practice of euthanasia, which is also one of the consequences of the biomedical and biotechnological revolution, leads us to ask the following questions: This is the thesis of Jocelyne Saint-Arnaud, who insists on the meaning of the decisions taken at the end of life during the practice of direct and indirect euthanasia; Does suffering exclude death? If the subject is both body and spirit then, can we live beyond the human suffering experienced? Furthermore, is it possible to consider applications of euthanasia today outside of economic constraints and the circumstances of patients? How do African conservatives consider euthanasia a legalized crime? To overcome this questioning, a historical-critical method allowed us to go back in Antiquity to the contemporary period, with the aim of identifying the issues surrounding euthanasia practices well before Joselyne Saint-Arnaud. It then allowed us to examine the issues surrounding our author's thinking, ultimately questioning its relevance. We conclude that Africans who are scientifically backward must certainly promote biomedical sciences but remember that in the current era, the problem of euthanasia arises in relation to our cultural values. Euthanasia is mainly rejected in Africa for both traditional and religious reasons. African culture does not authorize this practice and in the face of incurable diseases, traditional medicine must be favored.

**Key words:** Informed consent, dignity, euthanasia problematic, palliative care, biomedical technologies.

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

*Les rénovateurs ont perçu l'importance des informations apportées par la révolution médicale et biologique récentes. Ils se penchent sur le normal et le pathologique. Ils notent que les progrès de la biologie renouvellent la forme, l'abord des questions fondamentales, apportent des informations inédites, très différentes avec celles utilisées dans le passé et qui viennent s'allier aux données apportées par les études plus traditionnelles des philosophes .Jean Bernard, *De la biologie à la l'Ethique, Nouveaux Pouvoirs de la science Nouveaux Devoirs de l'homme*, Paris, Buchet/Chastel, 1990, p. 232.*

Le thème de notre recherche porte sur « La problématique de l'euthanasie chez Jocelyne Saint-Arnaud » Une lecture des *enjeux éthiques et technologies biomédicales* (1999) » Étymologiquement, le mot euthanasie vient du latin « *euthanos* » qui signifie la « bonne mort ». Dans l'Antiquité, le concept euthanasie était utilisé pour désigner la mort sans souffrance. Il était fidèle à son étymologie grec « *thanatos* », qui signifiait avoir une mort naturelle, douce et sans souffrance. Mais depuis la Modernité, l'euthanasie se définit comme une pratique qui consiste à ôter la vie à une personne malade dans le but de limiter ses souffrances. En observant les avancées techno-biomédicales, l'on se rend compte que les effets néfastes de l'euthanasie se sont accentués, mettant à mal la position de l'homme moderne dans le monde. Il nous semble, à cet effet, judicieux d'orienter notre réflexion sur la problématique de l'euthanasie, parce que cette pratique suscite désormais d'énormes interrogations.

Nous entendons par l'euthanasie le fait pour le médecin qui consiste à ôter la vie à une personne gravement souffrante. Autrement dit, il s'agit d'éliminer volontairement les souffrances d'un malade dans le but d'alléger ses souffrances et aussi, d'améliorer l'espèce humaine. D'après Noëlla Baraquin et al., la problématique est ce « *qui suscite une difficulté dont la solution est incertaine. Au sens précis, (...) c'est la façon d'articuler un ensemble de questions ou de problèmes en les référant à des concepts précisément déterminés.* »<sup>1</sup> La problématique se définit dès lors comme l'ensemble des interrogations posées autour d'un dilemme de recherche. Elle énonce le problème du sujet et un objet de préoccupation identifié. C'est dans le même ordre d'idée que Michel Beaud a pu définir la problématique comme la pierre angulaire d'une maison en construction mieux, la colonne vertébrale d'un corps humain. Selon cet auteur, la problématique « *c'est l'ensemble construit, autour d'une question principale, des hypothèses de recherche et des lignes d'analyse qui permettront de traiter le sujet choisi* »<sup>2</sup>. Les enjeux éthiques peuvent se définir comme les leviers de l'évolution des sciences et des technologies biomédicales. En d'autres termes, c'est ce qu'on peut gagner ou perdre dans l'éthique des sciences biomédicales. Appliquer à l'euthanasie, les enjeux éthiques renvoient aux bien-fondés ou aux conséquences éthiques de l'euthanasie. Étant donné que notre époque est dominée par les progrès de la technoscience biomédicale, il nous faut retrouver l'homme et orienter notre démarche éthique vers sa défense et sa production. Pour Jean Bernard, « *l'éthique est l'expression de la mesure. Elle est garante de l'harmonie qui résulte de la bonne tenue de l'âme et qui commande la juste place de toute chose (et de tout acte) dans le*

---

<sup>1</sup> Noëlla Baraquin et al., *Dictionnaire de philosophie* (1995), Deuxième édition, Paris, Armand Colin/HER, 2000, pp. 236-237.

<sup>2</sup> Michel Beaud, *L'art de thèse*, Paris, La Découverte, 1998, p. 32.

*monde.* »<sup>3</sup> Pour cela, chaque être humain est appelé à réfléchir sur un idéal éthique, qui garantit une vie harmonieuse. C'est pourquoi les enjeux de la technomédecine et de la technoscience rendent impérieux le travail de l'éthique, quand il s'agit de trouver des mesures légitimes, permettant de conjurer le danger qui menace la dignité humaine, à travers la pratique de l'euthanasie.

La pratique de l'euthanasie étant l'une des conséquences de prisme de la liberté humaine, mais la révolution thérapeutique pose alors des problèmes dont la solution est souvent incertaine. Cette révolution donne à l'homme la possibilité de lutter contre la mort ou contre les maladies incurables, comme le démontre Jean Bernard :

*Les rénovateurs ont perçu l'importance des informations apportées par la révolution médicale et biologique récentes. Ils se penchent sur le normal et le pathologique. Ils notent que les progrès de la biologie renouvellent la forme, l'abord des questions fondamentales, apportent des informations inédites, très différentes avec celles utilisées dans le passé et qui viennent s'allier aux données apportées par les études plus traditionnelles des philosophes.*<sup>4</sup>

Dans cette perspective scientifique, la biologie qui comme la médecine opère une rupture épistémologique au sein de toute connaissance envisageant la maîtrise de la nature humaine. Cette montée en puissance a eu des conséquences néfastes sur la santé humaine. Selon André Lalande la technologie se définit comme étant les « études des procédés techniques dans ce qu'ils ont de général et dans leurs rapports avec le développement de la civilisation »<sup>5</sup>. Les technologies médicales et d'autres technologies y afférentes, ambitionnent aujourd'hui de maintenir en vie une personne au stade final d'une maladie, pendant une période plus ou moins longue, elle devrait normalement mourir de façon naturelle. Faut-il donc maintenir en vie ou provoquer la mort d'un « patient conscient qui souffre, au stade final d'une maladie comme le cancer, et le patient inconscient de manière irréparable dans un coma irréversible »<sup>6</sup>, comme le soulève Hans Jonas ?

La médecine moderne est plus que jamais technique. Avec l'essor de la biologie, elle prolonge artificiellement nos vies dans des conditions que nous voulons. En effet, le problème se pose d'autant plus que la révolution des sciences dites de la vie et particulièrement la

---

<sup>3</sup> Jean Bernard, *De la biologie à la l'Ethique. Nouveaux Pouvoirs de la science Nouveaux Devoirs de l'homme*, Paris, Buchet/Chastel, 1990, p. 31.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 232.

<sup>5</sup> André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (1926), vol. 2, Paris, Quadrige/PUF, 1997, p. 1102.

<sup>6</sup> Hans Jonas, *Le droit de mourir*, trad. P. Ivernel, Paris, Payot/Rivages, 1996, p. 33.

pratique techno-biomédicale pose à l'homme plus de questions qu'elle n'en résout. Jean Bernard, père fondateur de l'éthique biomédicale en France, en contribuant à la création en 1983 du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), a mis sur pied les principes fondateurs de l'éthique de la recherche dans les sciences de la vie et de la santé à savoir : le respect de la personne humaine, le respect de la connaissance scientifique et la nécessité pour les hommes de science afin de limiter certaines conséquences désastreuses au profit des découvertes heureuses. La pratique de l'euthanasie est une conséquence de la révolution thérapeutique. Partant de l'évolution de la médecine et de ses conséquences, Jean Bernard souligne à cet effet que

*Les deux missions les plus nobles de l'homme sont probablement d'accroître la connaissance et de transmettre la connaissance. Mais voici qu'avec les progrès de la connaissance, une troisième mission apparaît, à savoir le bon usage de ces progrès de la connaissance, le devoir d'en favoriser les effets heureux, d'en limiter les effets pervers. Ainsi s'ouvrent à la réflexion des voies neuves.<sup>7</sup>*

Pour ce faire, le déploiement de la pratique biomédicale doit tenir compte de la sacralité de la dignité de la personne humaine. En effet, l'histoire de la médecine a connu quatre grands moments : la préhistoire, l'Antiquité méditerranéenne, le Moyen Age et la période moderne. De l'Antiquité jusqu'aujourd'hui, la Préoccupation de la santé de bien-être est débattue. L'histoire de la médecine et l'histoire de l'homme évoluent simultanément. L'homme est capable de penser à la fois le présent et le futur. Par ailleurs, il s'efforce de combattre la mort et de chercher les médicaments liés aux maladies chroniques. Comme le montre le philosophe médecin Jean Bernard, les révolutions biomédicales marquent un tournant décisif dans l'histoire récente des sciences du vivant.

Depuis la révolution biologique et thérapeutique, l'homme est capable de trouver des solutions aux diverses maladies. Cependant, Jean Bernard reconnaît que les pratiques biomédicales allègent les souffrances et accroissent les potentialités humaines, par les trois maîtrises qui sont : la reproduction, l'hérédité et le système nerveux. Il souligne à cet effet que :

*La révolution biologique donne à l'homme (ou est en passe de lui donner) trois maîtrises : la maîtrise de la reproduction, la maîtrise de l'hérédité et la maîtrise du système nerveux. Elle touche l'homme au plus profond. Elle concerne la société toute entière (...) la révolution thérapeutique concerne la médecine ou plus exactement l'éthique de l'application des progrès récents, au traitement, à la prévention des malades, l'éthique de la recherche clinique<sup>8</sup>.*

<sup>7</sup> Jean Bernard, *De la biologie à l'Éthique*, p. 21.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 35.

Jean Bernard présente les différentes révolutions dans le domaine médical et leur rôle dans la vie de l'homme. Ce concept est employé couramment pour désigner l'action consistant à provoquer la mort délibérément, rapidement ou lentement, sans douleur des malades qui souffrent énormément des maladies incurables. Cet acte est dénommé « meurtre par compassion ». L'euthanasie est alors formée à partir du grec et signifie « bonne mort ». Si la réalité de la mort est universellement partagée, la manière de la vivre diffère d'un peuple à un autre. « *Dans l'Antiquité, la bonne mort était celle du héros au combat, mort qui lui valait parfois d'être élevé au rang d'Immortel* »<sup>9</sup>. L'euthanasie telle qu'elle est comprise de nos jours consiste à « *accélérer la mort en faisant l'économie de mourir, car comme le disait Montaigne, "ce n'est pas la mort que je crains, c'est le mourir"* ». »<sup>10</sup>

En revanche, le mot euthanasie a été utilisé explicitement à la modernité par le philosophe britannique Francis Bacon, qui rappelle que la fonction du médecin est : « *adoucir les peines et les douleurs, non seulement lorsque cet adoucissement peut conduire à la guérison, mais aussi lorsqu'il peut servir à procurer une mort calme et douce* »<sup>11</sup>. C'est à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle que ce mot désigne désormais l'acte de provoquer intentionnellement la mort d'un malade dans le but d'abroger sa souffrance. De nos jours, le mot euthanasie est utilisé pour justifier une mort volontairement provoquée par le médecin, mais pour justifier également l'élimination des souffrances physiques et morales du malade.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, l'euthanasie connaît une nouvelle orientation et désigne une pratique par action ou par omission visant à provoquer le décès d'un individu atteint d'une maladie incurable. Bacon réintroduit ce concept et encourage les médecins à soulager le mieux possible les agonies des mourants, sans pour autant sortir du cadre d'une mort naturelle. L'euthanasie se définit de nos jours comme un « *acte de hâter ou provoquer la mort délibérément d'une personne, en vue de la délivrer des souffrances ou d'une condition de vie insupportables* »<sup>12</sup>. La question de l'euthanasie se pose à nouveau au XX<sup>ème</sup> siècle, avec l'avènement de l'anesthésie et la découverte de la morphine par la suite, l'intensité des débats a grandement varié selon les époques, les circonstances sociales et historiques, et selon les pays

---

<sup>9</sup> Dominique Folscheid, *Éthique médicale et hospitalière*, cours de DESS, Paris, Inédit, 2001-2002, p. 239.

<sup>10</sup> *Idem*.

<sup>11</sup> Francis Bacon, *Du progrès et de la promotion des savoirs*, Paris, Éditions Livre second tradition, 1991, p. 150.

<sup>12</sup> Michel Blay (dir.), *Grand Dictionnaire de la philosophie*, Paris, CNRS Editions, 2003, p. 392.

tels que la Grande-Bretagne, les États-Unis, l'Allemagne et les Pays-Bas où les discussions et les activités liées à l'euthanasie ont été les plus marquées et les mieux organisées.<sup>13</sup>

Alain Pompidou précise que depuis les années 1990, l'euthanasie est devenue l'objet d'un véritable débat social qui touche aux valeurs les plus fondamentales. Les philosophes participent largement à ces débats. Aujourd'hui, le monde médical ne peut plus prendre des décisions unilatérales pour ce qui est des grandes orientations de la médecine. Encore le pourrait-il, le médecin ne voudrait plus faire des choix qui remettent en cause notre société, sans en référer aux penseurs, aux juristes et aux autorités religieuses qui animent le sens d'une éthique à promouvoir la valeur de l'existence humaine.<sup>14</sup> Mais, un survol historique des discussions sur le statut moral et légal de l'euthanasie indique que ces préoccupations ne sont pas récentes puisqu'elles datent depuis le début de la pratique médicale. De nos jours, il est souhaitable d'utiliser le mot euthanasie que dans le sens de « mort volontairement provoquée ».

Toutefois, Jocelyne Saint-Arnaud précise que l'usage du mot « *euthanasie* » tel qu'il s'était présenté en éthique médicale depuis les années 1950. C'est ce qui l'amène à affirmer à cet effet : « *la problématique de l'euthanasie a évolué en raison de l'avènement des sciences et des technologies médicales, d'une part, mais aussi en raison des enjeux éthiques et religieux dont elle ne peut être séparée, d'autre part* »<sup>15</sup>. Selon cette auteure, le terme euthanasie, « *désigne l'acte positif de faire mourir une personne souffrant d'une maladie incurable pour abrégé ses souffrances* »<sup>16</sup>. Dans la même perspective, elle présente les différents types d'euthanasie à savoir : l'euthanasie directe et l'euthanasie indirecte. Ainsi, la problématique de l'euthanasie peut être qualifiée de volontaire, involontaire ou non volontaire, selon que l'individu n'a pas demandé et consenti de manière libre et éclairée à ce qu'on précipite sa mort. On parle de l'euthanasie volontaire lorsque la personne malade accepte que cette pratique soit exercée sur elle. On le voit, sur cette problématique liée à l'euthanasie, les opinions sont divergentes.

En choisissant ainsi ce sujet, nous voulons montrer avec Jocelyne Saint-Arnaud que le patient a le droit de choisir mettre un terme à sa vie, mais avec le concours du « médecin qualifié ». Jocelyne Saint-Arnaud pense que « *les techniques biomédicales ont mortifié notre*

---

<sup>13</sup> Ghislaine Cleret de Langavant, *Bioéthique, Méthode et complexité*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2001, pp. 195-196.

<sup>14</sup> Alain Pompidou, *L'homme de progrès et éthique biomédicale*, Paris, Payot, 1990, p. 13.

<sup>15</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, *Enjeux éthiques et technologies biomédicales*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1999, p. 147.

<sup>16</sup> *Idem.*

*relation avec la mort* »<sup>17</sup>. Dans ce sens, elle rejoint l'idéal originel des fondateurs de l'éthique appliquée à la médecine. Pour elle, les professionnels de la santé y trouveront, en effet, des instruments d'analyse de qualité pour fonder et orienter leurs prises de décisions en fin de vie. Dans le cas de l'euthanasie involontaire, le malade peut donner son avis. Mais, il peut arriver que ce dernier ne soit pas consulté. L'euthanasie non volontaire, quant à elle, concerne des malades qui sont dans l'incapacité de donner leur avis ou de décider de leur sort.

C'est ce que les patients à l'époque contemporaine sont capables d'abrèger leurs souffrances à travers la pratique de l'euthanasie. Selon Goffi Jean-Yves, « *des programmes d'euthanasie ont été développés dans le cadre des politiques eugénistes coercitives, ce qui connote la pratique de manière très négative dans l'esprit de certains, parlant, en jouant sur le mot, d'« euthanasie* »<sup>18</sup>. Ces programmes sont à la base d'un premier argument contre toute libéralisation, celui de la pente glissante ou de la pente fatale.

L'idée d'anticiper sa mort par une demande d'euthanasie qu'elle soit directe ou indirecte, pour ne pas mourir de façon problématique, suscite des nombreuses interrogations. En d'autres termes, le fait que le malade réclame la pratique de l'euthanasie pour abroger sa souffrance face à certaines maladies insupportables demeure questionnable. Si la vie humaine est sacrée, et si l'existence humaine consiste à s'autodéterminer toute liberté alors, le problème philosophique qui retient notre attention dans le cadre de ce travail est celui du rapport de l'homme à la vie sous le prisme des technosciences biomédicales. La pratique de l'euthanasie qui est d'ailleurs les conséquences de la révolution biomédicale, nous amène à poser les questions suivantes : En quoi consiste la thèse de Jocelyne Saint-Arnaud, qui insiste sur le sens des décisions prises en fin de vie pendant la pratique d'euthanasie directe et indirecte ? Est-ce que la souffrance exclut-elle la mort ? Si le sujet est à la fois corps et esprit alors, peut-on au-delà de la souffrance humaine vécu vivre ? Aussi, est-il possible d'envisager de nos jours des applications de l'euthanasie en marge des contraintes économiques et des circonstances des malades ? En quoi les conservateurs Africains considèrent-elles l'euthanasie comme un crime légalisée ?

Pour répondre à ces interrogations, nous avons opté pour une méthode historico-critique. Elle est historique parce qu'elle nous permettra de remonter aux fondements de la pratique de l'euthanasie, afin de cerner la pensée de Jocelyne Saint-Arnaud. Elle est critique, parce qu'elle nous permettra tout d'abord d'évaluer la pensée Saint-Arnaud, afin de montrer

---

<sup>17</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, « Perspectives éthiques sur la sinisation de l'expression. Mourir dans la dignité », *Frontières*, vol. 24, n° 1-2, 2011-2012, pp. 11-17.

<sup>18</sup> Goffi Jean-Yves, *Penser l'euthanasie*, Paris, PUF, 2004, p. 27.

son impact sur la société contemporaine en général, précisément la société africaine en particulier.

Pour mener à bien cette étude, nous avons adopté un plan en trois grands moments, subdivisé en neuf chapitres. La première partie porte sur les révolutions biologiques et les révolutions thérapeutiques. En effet, les trois chapitres qui composent cette partie, permettent de faire l'état de l'évolution de la science et de l'histoire de la médecine, afin de mieux comprendre la problématique de l'euthanasie. La seconde partie, quant à elle, consiste à examiner la conception arnaudsienne de l'euthanasie et ses différents types. Autrement dit, il s'agit d'analyser la pensée de Jocelyne Saint-Arnaud. Enfin, la troisième partie consiste à dégager les limites et les perspectives de conception de l'euthanasie chez Saint-Arnaud. Ce travail de recherche poursuit un double sens, à savoir : un sens théorique et un sens pratique. Elle vise également à approfondir nos connaissances sur la problématique de l'euthanasie sur le champ de la biomédecine.

**PREMIÈRE PARTIE : LES RÉVOLUTIONS BIOLOGIQUES ET  
LES RÉVOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES**

*Les sentiments peuvent changer au fil des années. Tel de mes patients, qui avaient exprimé une telle volonté par écrit à trente ans, me fut vingt ans plus tard très reconnaissant de lui avoir permis survivre, de guérir, alors qu'il était atteint d'une maladie qui semblait irrémédiable. Jean Bernard, *La bioéthique*, Paris, Flammarion, 1994, p. 33*

Cette première partie consiste à examiner les révolutions biologiques et les révolutions thérapeutiques. Au cours du siècle dernier, la mouvance et les progrès scientifiques ont renversé le paysage médical. Néanmoins, on a compris avec les moyens médicaux formidablement sophistiqués, destinés à donner la vie meilleure mieux, soutenir les fonctions vitales de la nécessité à réinterroger le sens des révolutions biologiques et thérapeutiques. Elles posent des interrogations éthiques auxquelles il n'est pas facile de répondre. Ces questionnements éthiques de sauvegarder la dignité humaine sont nécessaires. La biologie en tant que science de la vie, vient avec son courage et son esprit laïc, pour maîtriser la nature de l'homme. Les sciences biomédicales sont liées à un champ étendu des sciences de la vie ayant pour but d'appliquer directement les connaissances des lois de la vie en médecine. Ces sciences biomédicales émergent à partir de nombreuses mutations épistémologiques pour comprendre et maîtriser l'homme. La révolution thérapeutique a suscité les essais cliniques, à la fois nécessaires et immoraux. Et l'on doit souhaiter d'autres allures, c'est-à-dire celles qui s'efforcent de mettre au point les maîtres de la statistique médicale. Ces interrogations sont pernicieuses mais elles concernent les médecins et leurs patients. La révolution biologique a des impacts négatifs bien au-delà du soin des malades. Elle concerne l'homme et les sociétés humaines. Ainsi, cette première partie de notre travail consiste à ressortir les conséquences des révolutions thérapeutiques sur l'humain.

## CHAPITRE I : LA RÉVOLUTION BIOLOGIQUE : LES TROIS MAITRISES

Dans ce premier chapitre, nous voulons montrer que la révolution biologique n'a pas seulement changé le destin des patients, mais elle a donné à l'homme trois maîtrises : la reproduction, l'hérédité et la maîtrise du cerveau ou du système nerveux. La révolution biologique au-delà du traitement des maladies, a des conséquences au plan éthiques et médicales. Cette nouvelle médecine est intimement liée à la nouvelle biologie ; ces liens sont évidents dans le champ des nouvelles technologies de la reproduction et du génie génétique.

Au sens strict du terme, « *la biologie a pour objet les phénomènes spécifiques de la vie communes aux animaux et aux végétaux : la complexité des structures et des ultrastructures à tous les niveaux d'organisation, depuis le noyau cellulaire jusqu'à la cellule, l'organisme, l'individu ; la dimension historique propre au monde vivant (évolution et embryogenèse) ; l'importance de la notion d'individualité* »<sup>19</sup>. La morale médicale depuis Hippocrate, s'est penchée sur le respect de l'être humain. C'est pour cette raison que Jean Bernard précise que les deux révolutions que nous venons de vivre à savoir : la révolution thérapeutique et la révolution biologique, n'ont pas seulement changé le destin des malades mais ont donné à l'homme les trois grandes maîtrises.

D'après ce dernier, « *la révolution biologique a donné à l'homme (ou est en passe de lui donner) les trois maîtrises de la reproduction, maîtrise de l'hérédité, maîtrise du système nerveux. Elle touche l'homme au plus profond. Elle concerne la société humaine tout entière.* »<sup>20</sup> De ce fait, les trois maîtrises soulèvent les problèmes d'éthique pernicieux et cruciaux. Dans cette optique, la recherche de la meilleure vie ou de la santé de bien-être du vivant doit être celle qui recherche le bien-être de l'homme. La question de recherche du bien-être de l'homme a toujours été au centre des préoccupations de la recherche scientifique. La révolution biologique a été un mode d'existence de l'être humain car, on a compris que la science a permis à l'homme de questionner son existence et de savoir d'où nous venons, tout en restant au centre de la connaissance, dans le but de préserver sa dignité.

<sup>19</sup> Noëlla Baraquin *et. al.*, *op.cit.*, p. 36.

<sup>20</sup> Jean Bernard, *De la biologie à l'éthique*, p. 35.

## 1. Maitrise de reproduction

Par ces termes, nous voulons montrer et signifier que, avec le développement de technologie biomédicale, il existe de nos jours des techniques médicales permettant d'empêcher la grossesse ou au contraire, d'aider un couple à procréer. On peut parler de contraception, ou de procréation médicalement assistée. La diversité des méthodes liée à la maîtrise de la reproduction permet à chacun de choisir l'une de ces pratiques précitées. Ainsi, la maîtrise de la reproduction avec ses méthodes très variées s'exprime à travers les techniques de la contraception et la pratique des Procréations Médicalement Assistées (PMA). Du latin *contraceptio*, la contraception se définit comme un moyen employé pour éviter que les rapports sexuels n'aboutissent pas à une grossesse, contrairement aux anciennes méthodes de contraception qui étaient nécessairement adultérins, dans le but de prévenir la grossesse. C'est dans ce cadre que Jean Bernard souligne :

*Plus efficaces paraissent les techniques plus récentes et avant tout celle qui ont pour objet la préparation d'un vaccin contre l'hormone gonadotrophine chorionique, hormone qui lorsque se développe l'embryon, permet la persistance du corps jaune et la production de progestérone. La suppression de cette hormone par le vaccin entrainera la dégénérescence du corps jaune, la baisse de la progestérone et, par conséquent, l'interruption très précoce de la grossesse.<sup>21</sup>*

Les principales méthodes utilisées sont soit à effet contraceptif, contragestif ou cumulation des deux méthodes à savoir : la contraception et le contragestif. Selon le *Dictionnaire Larousse*, « la contraception est l'ensemble des méthodes visant à éviter, de façon réversible et temporaire ». Autrement dit, la contraception est l'ensemble des méthodes qui donnent à l'homme la maîtrise de la fécondation et permet à ce dernier de programmer et de contrôler dans le temps sa procréation. Les méthodes contraceptives permettent de choisir le moment d'avoir ou non un nouveau-né. En un mot, la contraception est un combat important réalisé par les biologistes dans la maîtrise de la reproduction. En fait, elle a permis à l'homme de programmer les naissances et de contrôler la poussée démographique.

La reproduction caractérise un ensemble des phénomènes qui permettent aux humains de se reproduire. Chez l'humain, les étapes essentielles de reproduction sont : la fécondation, nidation, la grossesse et l'accouchement. Dans le cadre de la maîtrise de la reproduction, les techniques modernes agissent essentiellement dans les premières phases à savoir la fécondation et la nidation. La fécondation consiste en la fusion d'un gamète male (spermatozoïde) et d'un

---

<sup>21</sup> *Ibid.*, p. 84.

gamète femelle (ovule) qui donnera naissance à la cellule-œuf. Quant à la nidation, c'est l'implantation de l'embryon dans la paroi de l'utérus de la femme. La nidation, qui a lieu durant les premiers jours suivant la fécondation, va en ensuite rester dans l'utérus durant tout le reste de la grossesse. Selon Jean Bernard, qu'il est permis ici de rejeter notamment en ce qui concerne la contraception que les hautes autorités religieuses ont condamné, c'est-à-dire l'avortement. Ainsi, affirme-t-il : « *la contraception ne tue personne ; l'avortement est la mort d'une personne humaine potentielle. Il est permis de souhaiter une révision de cette attitude* »<sup>22</sup>. Les progrès espérés des méthodes de vaccination contre la grossesse pourraient bien dans un avenir pas très éloigné rendre caduc les craintes. Le port de préservatif comme méthode à effet contractif est assez. On dit alors que le préservatif est un contractif.

La méthode contraceptive empêche la nidation de l'embryon. Le port du stérile est une méthode à effet contractif. « *La grossesse est certes un évènement important. Mais quand elle risque de provoquer des difficultés et au minimum de troubler la forme de vie choisie, son interruption volontaire est légitime. Cette interruption est acceptée sans grand regret* »<sup>23</sup>. Par ailleurs, la manière d'empêcher la grossesse quelques jours après la conception, la possibilité de trouver cette interruption par la seule ingestion de quelques remèdes, sans hospitalisation, sans intervention chirurgicale, sont des données très cruciales. La révolution de la biologie moléculaire a permis à l'homme avec cette technique de contrôler sa reproduction pour pouvoir mieux assumer ses responsabilités envers ses progénitures. C'est ainsi que l'homme a pu comprendre comment on peut ou non éviter une grossesse et par conséquent, la programmer et la soumettre à une planification. Elle caractérise un ensemble des phénomènes qui permettent à des individus de se reproduire. Alain Pompidou réaffirme qu'aujourd'hui,

*Le devoir de procréer est devenu un droit conduisant à une plus grande liberté de procréation grâce aux différents moyens mis à la disposition des futurs parents par de la biologie et la médecine (...). Ce qu'on appelle désormais la procréation médicalement assistée, outre qu'elle risque d'ouvrir une brèche vers le tri génétique, pose le problème des nouvelles formes de filiation et notamment celui de l'identité de l'embryon.*<sup>24</sup>

Les progrès de la science biologique et dans le domaine biomédical ont permis de mettre au point des techniques permettant de maîtriser la reproduction. Il existe à l'ère actuelle des méthodes qui permettent d'éviter la grossesse, appelées méthodes de contraception, ainsi autres méthodes permettant au contraire d'aider à la procréation, ou appelées méthodes de

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 88.

<sup>23</sup> *Ibid.*, p. 87.

<sup>24</sup> Alain Pompidou, *Souviens toi de l'homme : L'éthique, la vie*, p. 74.

procréation médicalement assistée. L'affirmation d'Axel Kahn est fondamentale lorsqu'il déclare « *la maîtrise médicale et sociale des possibilités de prévision du destin biologique des individus, actuellement en plein développement, apparaît comme plus redoutable des problèmes éthiques soulevés par les progrès en génétique* »<sup>25</sup>. Cependant, il existe aujourd'hui d'autres raisons incitant à une réglementation dans ce champ. Les raisons sont associées aux multiples inconvénients possibles des utilisations des biotechnologies, notamment des nouvelles techniques de reproduction, de diagnostic prénatal et de transplantation de tissu embryonnaires. Jocelyne Saint-Arnaud souligne à cet effet que

*Les technologies de la reproduction sont nombreuses : insémination artificielle homologue ou avec donneur, fertilisation in vitro de l'ovule humain et transfert d'embryon, cryopréservation (du sperme et de l'ovule fertilisé), sélection du sexe, gestation extérieure à l'utérus (utilisant un placenta et un utérus artificiels), clonage*<sup>26</sup>.

Il existe les couples (et individus) qui ne peuvent pas concevoir naturellement de multiples techniques, de l'assistance médicale à la procréation, telles que l'insémination artificielle, la fécondation in vitro et le transfert d'embryon, largement disponibles dans les principaux centres médicaux. La pratique de maternité de substitution ou mère-porteuse est une autre solution. En effet, l'insémination artificielle dans le couple consiste à recueillir le sperme du mari et à le faire pénétrer dans l'utérus de l'épouse pour pouvoir la féconder. Elle est conseillée par les médecins dans les cas suivants : d'abord, le sperme du mari contient trop peu de spermatozoïdes et a besoin d'être condensé en les centrifugeant. Ensuite, des difficultés physiologiques rendent difficiles l'acte sexuel. Et les soins d'une maladie risquent de rendre stérile le mari. Le classement suivant des inséminations chez l'homme peut être proposé. Il s'agit ici d'une dissociation presque caricaturale entre l'amour et la fonction de reproduction. Toujours dans la même lancée, le philosophe médecin Jean Bernard pense pour sa part que « *le donneur conjoint peut être vivant (ce qui est de loin le cas le plus habituel) ou mort et nous aurons revenir sur les questions posées lorsque le donneur n'est plus en vie. Le donneur de sperme n'étant pas le conjoint est volontaire qui s'est présenté au centre de conservation du sperme* »<sup>27</sup>.

Pour lui, l'insémination artificielle est le premier exemple de procréation médicalement assistée, d'intervention du soignant dans la procréation. Alain Pampidou souligne à cet

<sup>25</sup> Axel Kahn, *Et l'homme dans tout ça ? Plaidoyer pour un humanisme moderne*, Paris, Nil, 2000, p. 244.

<sup>26</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, *Enjeux éthiques et technologies biomédicales*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1999, p. 23.

<sup>27</sup> *Ibid.*, p. 91.

effet : « la procréation médicalement assistée fascine les médecins et les biologistes. Les femmes notamment celles de quarante ans, n'hésitent plus à faire rentrer les techniques biomédicales dans la vie du couple, comme s'il s'agissait d'améliorer ses performances physiques »<sup>28</sup>. Les progrès de la technologie et des sciences médicales soulèvent des questions éthiques nouvelles auxquelles l'éthique médicale traditionnelle ne peut répondre. La lecture de l'Association Médicale Mondiale montre que :

*La procréation médicalement assistée, la génétique, l'informatisation des données de santé, et la prolongation de la vie, toutes qui nécessitent la participation des médecins, peuvent, selon l'utilisation qui en est faite, s'avérer fort bénéfiques mais aussi fort préjudiciables pour les patients. Pour aider les médecins à décider de leur participation à ces activités, et de quelles conditions, les associations médicales doivent proposer des méthodes analytiques différentes et ne plus simplement s'en remettre aux codes d'éthique existants*<sup>29</sup>.

L'embryon est traditionnellement défini comme l'œuf issu de la rencontre de la fusion d'un spermatozoïde et d'un ovule. Mais avec le clonage, il faut revoir la définition pour définir l'embryon comme l'être humain à ses débuts. On sait qu'Aristote, ayant vu un fœtus de six jours, a déclaré que ce n'est pas un être humain. Il faut refuser les prises de positions idéologiques et tenir compte de la réalité. L'embryon ne saurait être autre chose que l'être humain en une phase de son développement et non seulement à l'apparition du cerveau ou au 12<sup>e</sup> jour à la création de l'âme selon Saint Thomas d'Aquin. En janvier 1994, l'Épiscopat français rappelait que l'embryon est un être humain « à respecter dès sa conception ». Les tests génétiques sont maintenant disponibles pour détecter l'affection pour certaines anomalies génétiques d'un embryon ou d'un fœtus et pour connaître la nature masculine ou féminine de son sexe. Les médecins doivent déterminer le moment opportun de proposer ces tests et choisir la manière appropriée d'expliquer les résultats. Toutefois, comme le souligne Jean Bernard :

*Le traitement, la correction des stérilités féminines a suscité des méthodes beaucoup plus variées, a posé des questions morales graves. Il s'agit en fait d'une véritable révolution biologique, éthique et sociale. Le don d'ovules peut corriger la stérilité ovulaire. Les ovules d'une donneuse sont prélevés chirurgicalement. Ils sont fécondés in vitro par le sperme du mari du couple stérile puis, puis devenus embryons, sont introduits dans l'utérus de son épouser. Le prêt d'utérus peut corriger la stérilité utérine. L'embryon, formé in vitro par fécondation des ovules de l'épouse stérile par le sperme de son mari, est introduit dans l'utérus d'une*

<sup>28</sup> Alain Pompidou, *op.cit.* p. 75.

<sup>29</sup> *Ibid.*, p. 23.

*autre femme qui, elle, est véritablement une mère porteuse. Elle va, pendant neuf mois porter un enfant qui ne vient pas de ses ovules.*<sup>30</sup>

L'insémination artificielle a ainsi le mérite de maîtriser la stérilité masculine et féminine et permet aux couples désespérés d'avoir des enfants. Mais ici, sans même évoquer les problèmes éthiques que cette méthode fait face, on souligne les infections des trompes mal traitées provoquées par la stérilité féminine. L'ordre des Médecins, en avril 1994, considérait l'embryon comme un être de nature humaine avec un potentiel. Mais cette définition risque de subordonner le respect dû à l'embryon au déploiement de son potentiel. Néanmoins, elle ouvre aussi la porte à des recherches sur l'embryon humain tant que son potentiel n'est pas menacé.

En effet, de nos jours, la seule méthode disponible et envisagée pour y parvenir serait la modification génétique d'un œuf fécondé, dit autrement, les embryons humains tels qu'ils sont créés lors de la fécondation *in vitro*. C'est pourquoi Axel Kahn écrit :

*Dans ces techniques d'assistance médicale à la procréation, on obtient toujours plusieurs embryons. Compte tenu des lois de la transmission des caractères génétiques, certains d'entre eux ne porteraient pas la tare, d'autres donneraient naissance à des enfants porteurs mais non atteints, d'autres enfin seraient destinés à engendrer des enfants malades. Avant tout traitement génique de ces embryons, il faudrait donc d'abord déterminer ceux qui en ont besoin, afin de ne pas intervenir sur un embryon sain*<sup>31</sup>.

Pour dire que ce diagnostic est appelé « préimplantatoire » puisqu'il précède l'implantation de l'œuf dans l'utérus maternel. Le clonage consiste à vider l'ovule de son noyau pour le remplacer par le noyau d'une cellule adulte. Autrement dit, c'est une technique qui consiste à remplacer un organe détruit, et dont la compatibilité avec le malade est garantie par la parenté génétique assurée par le clonage. L'œuf ainsi obtenu et implanté dans l'utérus va se développer pour donner un individu génétiquement identique à celui qui fournit le noyau. Au niveau génétique, ce sont de vrais jumeaux. Mais l'un est le père ou la mère de l'autre. L'enfant clone est jumeau de son père ou de sa mère. Il faut d'abord faire une distinction entre la procréation et la reproduction. Le clonage est la reproduction identique, la multiplication du même sperme. Alors que la procréation sexuée qui associe les deux sexes intègre la dimension de l'altérité (ouverture et rencontre). La procréation sexuée chez l'homme fait que l'enfant n'est ni le père ni la mère. Il est porteur d'un patrimoine génétique nouveau et non seulement une copie conforme de l'ancien. Dans le clonage n'y a-t-il pas refus du nouveau ?

---

<sup>30</sup> Jean Bernard, *op.cit.* p. 101.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 253.

D'abord, le clonage refuse à l'enfant d'avoir un père et une mère. Or, la psychologie nous apprend que la référence au père et à la mère est indispensable au bon développement psychologique et une bonne intégration sociale de l'enfant. Ensuite, il refuse une identité propre à l'enfant car il n'est que le jumeau de son clone. C'est le refus de l'altérité propre de l'enfant qui n'est qu'une copie conforme.

Il y a à craindre une instrumentation de l'enfant clone, s'il n'existe plus pour lui-même mais pour satisfaire le désir particulier de celui qui l'a cloné. L'être humain est utilisé ici comme moyen et non comme une fin. Ne faut-il voir dans le clonage qu'une nouvelle forme de l'égoïsme qui refuse l'ouverture à l'altérité ? Dans ce domaine, la femme est la seule personne capable d'un auto-clonage et la fin de l'homme est à envisager pour son auto-clonage.

Dans la même perspective, l'on peut se poser la question suivante : quelle est l'idéologie qui se cache derrière le clonage reproductif ? On peut soupçonner une version moderne de la volonté de puissance de Nietzsche. Cette volonté est à situer du côté des scientifiques qui veulent affirmer la maîtrise de la science et jouent aux limites du savoir et du pouvoir. C'est ici qu'il faut évoquer le « *principe de responsabilité* » de Hans Jonas. L'être humain n'est pas un simple objet matériel disponible entre les mains des biologistes. Il y a nécessité d'encadrer leurs recherches par une réflexion éthique face à la volonté de puissance de ceux qui veulent créer leurs clones.

Le clonage reproductif cherche à assouvir le désir de durer toujours. Autrement dit le désir métaphysique d'échapper à la mort et d'accéder à l'éternité par la multiplication de soi, échappé à la finitude inhérente à la condition humaine. Philosophiquement parlant, le clonage ne serait-il pas en fin de compte le refus de la finitude humaine ? Admettre que l'être humain pris dans son individualité est destiné à la dissolution dans la mort, est une pensée qui choque et que réprouve naturellement la raison humaine. Mais peut-on échapper à la mort ? Pourquoi le maintenir éternellement en vie ? La mort n'est-elle pas constitutive de la condition humaine ?

Le problème éthique du clonage reproductif est de compromettre la nouveauté qu'apporte la procréation par la reproduction du même ce qui ôte au clone de nouvelles potentialités. Quel que soit le désir de l'éternité qui peut habiter le clonage reproductif, il faut dire que le clonage se limite au plan biologique. On ne peut pas cloner la conscience. Si la conscience échappe au clonage, le désir d'éternité n'est pas possible par le clonage ; il faut alors passer à un autre niveau pour y accéder. Sans doute que l'éternité désirée par l'homme ne

peut lui être donnée que par la religion qui est la seule prometteuse. Les conséquences sont insupportables par des couples. Il y a dissociation entre la relation sexuelle qui doit être l'expression de l'amour ouverte à la procréation et la procréation qui est investie par la technicité médicale. Du point de vue éthique, a-t-on le droit d'imposer au couple une telle dissociation ? L'acharnement procréatif ne réduit-il pas l'enfant au rang d'un bien parental et consistant à lui faire croire qu'il y a un droit à l'enfant ?

Un grave problème éthique se pose aussi au sujet des embryons surnuméraires surtout lorsqu'un des parents vient à mourir ? Éthiquement, peut-on faire naître un enfant lorsque l'un de ses parents est décédé parfois depuis plusieurs années ? Si l'embryon est un être humain, on lui doit le même respect qu'à toute personne humaine.

## 2. Maîtrise de l'hérédité

De son étymologie, le terme hérédité vient du mot latin *hereditas* qui signifie « ce dont on hérite ». L'hérédité est une transmission des caractères héréditaires chez les vivants. D'après André Lalande, l'hérédité se définit comme « *le fait que les descendants reproduisent non seulement le type spécifique, mais aussi certains caractères individuels de leur parents, ou même d'ancêtres plus éloignés* »<sup>32</sup>. Elle vise ainsi à déterminer les modes de transmissions et à documenter les variations dans les gènes entre les individus d'une même personne. Elle vise également à réaliser l'étude de la fonction de gènes. Comme elle est la transmission des caractères d'une génération à la suivante. Sans remonter aux différentes théories de l'hérédité, on souligne ici, les expériences de Gregor Mendel commencées par certains.

Les théoriciens de l'hérédité n'ont cessé d'émerveiller et de révolutionner l'idée que l'on s'est toujours fait sur l'homme. Vers 1850, à l'époque où la génétique était moins développée que la physique ne l'était avant Newton, commencèrent les expériences de Gregor Mendel. Ainsi, Copernic qui projette au centre de l'univers le soleil plutôt que la terre, Mendel réalise une révolution similaire par l'expérience de la représentation qu'on faisait du phénomène vital. Gregor Mendel tire la conclusion suivante : « *l'hérédité dépend de l'opposition entre ce qu'il appelle les caractéristiques primaires de chaque parent. L'une de ces caractéristiques (la dominance) oblitère l'autre (la nécessité)* ». <sup>33</sup> D'après cette révolution mendélienne, le mâle n'est plus l'élément dominant de la reproduction à l'image de la terre qui

<sup>32</sup> André Lalande, *op. cit.*, p. 411.

<sup>33</sup> Gordon Rattray Taylor, *La révolution biologique : des modifications de l'homme par lui-même à la création de la vie en laboratoire*, Paris, Editions Gérard & Verviers, 1971, p. 210.

a cessé d'être au centre du monde au terme de la révolution copernicienne. C'est alors que la reproduction transmet l'information héréditaire du parent aux enfants. Selon Mendel, les êtres vivants sont constitués par une mosaïque des facteurs héréditaires indépendants, ce sont donc ces facteurs indépendants que nous appelons aujourd'hui gènes. Ainsi, l'on est capable des prévisions médicales et d'identification de la personne à partir de la grossesse.

Cependant, les notions de génétique et d'hérédité sont constituées chez chaque être humain de milliards de cellules et dans chacune d'elle se trouve un noyau. Le noyau contient toute l'information héréditaire sous forme des chromosomes. La biotechnologie, selon Jean Bernard, nous apprend qu' « *on décrit sous les noms de manipulation génétique, l'ingénierie génétique, ou mieux de génie génétique, les méthodes qui se proposent de modifier le patrimoine génétique d'un être vivant* »<sup>34</sup>. Le génie génétique est la technique par laquelle on peut isoler les gènes et en décrypter le fond informationnel. Cette technique permet de transcrire in vitro une séquence d'ADN, de découper. Un chromosome est une longue molécule d'ADN (Acide désoxyribonucléique) entouré sur elle-même. Maintenant, chaque individu possède deux copies de chacun de ses gènes. Une copie provient de sa mère et l'autre de son père. La réflexion sur la nature de la vie de l'homme intègre la prise en considération des systèmes mis en place par l'homme pour garantir la permanence de l'espèce humaine.

C'est dans cette perspective qu'Issoufou Mouchili pense que, c'est l'ADN qui structure la possibilité d'une vie humaine. « *L'ADN est l'essentiel du principe qui structure la signification de la vie* »<sup>35</sup>. En sortant de l'ignorance métaphysique, on sait désormais que : « *c'est un minuscule enroulement de fibre dont la structure est celle d'un escalier en spirale. C'est en lui que se trouve le plan directeur de tout ce que nous sommes, c'est le fils conducteur qui nous vient de l'origine de la vie* »<sup>36</sup>. Ainsi, l'essor de la biologie nous montre que, c'est dans la recherche à l'échelle des cellules qu'il faut comprendre les principes de la vie.

Il existe plusieurs formes de transmission de gènes. Parmi celles-ci, il y a des gènes qui ont une transmission récessive. C'est dans cette perspective que le type de transmission va déterminer l'expression de certaines caractéristiques de chaque individu. Afin d'alléger le texte et faciliter la compréhension, nous utilisons le gène dominant et le gène récessif pour la maîtrise. Le gène dominant est un gène qui impose ses instructions dès qu'il est présent et

---

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 127.

<sup>35</sup> Issoufou Soule Mouchili, *Qu'est-ce que l'humanisme aujourd'hui ? Vers une tentative « bio-centrique » ?*, Paris L'Harmattan, 2016, p. 52.

<sup>36</sup> Ruth Moore, cité par Mouchili, *op.cit.* p. 52.

empêche d'autres gènes d'exprimer les leurs. Il suffit d'avoir une seule copie d'un gène dominant pour que celui-ci s'exprime.

La révolution biomédicale a permis à l'homme, grâce à la médecine préventive, de comprendre qu'il doit obéir passivement aux règles imposées par son patrimoine héréditaire. Par ailleurs, cette révolution lui donne également de se rebeller contre les lois naturelles. C'est pourquoi Jean Bernard souligne : « *la maîtrise de l'hérédité a ici la valeur de modèle. Il est possible de reconnaître, très tôt pendant la vie utérine, de graves maladies héréditaires* ». <sup>37</sup> Il est possible de reconnaître que la naissance est la prédisposition à d'autres redoutables maladies. C'est dans le même ordre d'idée qu'Alain Pompidou revient en disant que, les progrès accomplissent dans le domaine de la biologie humaine et de la médecine sont en effet, source de contraintes nouvelles, car la possibilité d'isoler et de purifier les cellules humaines est une voie qui donne à l'homme la capacité de maîtriser sur tous les plans, le vivant. C'est pour cette raison que Pompidou souligne :

*A l'échelle de l'être humain, et non plus des cellules qui le constituent, les progrès de la biologie, de l'électronique et la chimie ont amélioré la maîtrise du diagnostic des malades, mais également celle des greffes d'organes et de la reproduction, et amorcé la maîtrise de l'hérédité et celle du système nerveux*.<sup>38</sup>

Dans le cas d'un malade face à un soignant qui saurait détectée la prédisposition à une maladie, il faut comprendre les mécanismes et de progrès, mais qui, néanmoins, ne pourrait encore ni éviter ni la guérir et donc le rapport entre le médecin et le malade risque d'être affecté en profondeur. Dans la même logique, de manière laconique, les corps soignants protègent les vies humaines. C'est ainsi, pour Axel Kahn « *la médecine ne peut pas tout savoir* »<sup>39</sup>. Cela signifie que le médecin saura, qu'il comprendra, mais qu'il ne pourra immuablement pas prévenir ni guérir. Cependant, les situations ou la conduite à tenir devant une prédisposition génétique n'est pas évidente.

### **3. Maîtrise du système nerveux**

Pour la maîtrise du système nerveux, il faut les progrès de savoir, les progrès de la réflexion éthique avec un devoir unique, le respect de la personne, de la dignité, de sa liberté. Le système nerveux, par définition, est un système biologique animal responsable de la

---

<sup>37</sup> *Ibid.*, p. 123.

<sup>38</sup> Alain Pompidou, *souviens-toi de l'homme, l'éthique, la vie, la mort*, Paris, Payot, 1990, p. 15.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 275.

coordination des actions avec l'environnement extérieur entre les différentes parties du corps humain. Autrefois, les humains sont dotés d'un système nerveux nommé eumetazoaires.

Pour Jean Bernard : « *des trois maîtrises étudiées ici, c'est la maîtrise du système nerveux qui est la plus importante (...). Cette maîtrise du système nerveux est à la fois la plus importante et la moins assurée. Longtemps elle a été tenue pour impossible* »<sup>40</sup>. De plus, la procréation et l'hérédité sont ce que l'homme partage avec les autres êtres survivants. Les sciences qui ont les systèmes nerveux pour l'objet, les neuro-sciences, sont en plein essor. Longtemps, elles ont été doublement assignées. Les maladies du cerveau causent fréquemment le malheur des hommes, Jean Bernard considère que :

*La connaissance améliorée de la biologie des cellules nerveuses à l'état normal et dans les maladies, la mise au point de médicaments efficaces ont déjà permis d'utiles applications. Les progrès vont continuer. Dès le début du prochain siècle le malheur des hommes, grâce à ces progrès, va diminuer*<sup>41</sup>.

Cependant, il est important de préciser que la démarche éthique est de limiter les règles d'une bonne conduite, assigner les dangers sans limiter des espérances. La médecine change le cerveau de l'homme en même temps le corrige ou le remplace. La modification du cerveau est faite par la chirurgie ou par la chimie, soit par des allures psychologiques. Les grands courants de la recherche de neurochimie contemporaine ne cessent de susciter des espoirs. Pour reprendre Jean Bernard :

*Ce sont toujours les mêmes séries chimiques que vous exploitez, les mêmes désordres mentaux que vous traitez, les crises surtout. Les grandes maladies de l'esprit sont améliorées mais ne sont pas guéries par les médicaments nouveaux. Faut-il vraiment continuer dans cette voie de la pharmacologie qui peut-être une impasse ?*<sup>42</sup>

Pour lui, les faits sont exacts avec les conclusions abusives. Les bienfaits de la techno science sont visibles dans tous les domaines de la vie de l'homme. Cela montre également que c'est à partir de la technologie que l'homme détermine le sens de sa vie. En plus, l'homme a une animalité en lui jusqu'à un certain âge. C'est pourquoi Issoufou Soule Mouchili souligne :

*Le cerveau fonctionne comme un organe plastique, car à force de l'exercer, il prend de l'en-bon-point en élargissant son spectre de perception et de conception du réel. Il devient plus efficace et capable de penser. A ce niveau, on dit qu'il y'a une*

---

<sup>40</sup> *Ibid.*, p. 139.

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 141.

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 146.

*constitution mécaniste de la nature humaine qui se structure et se performe dans l'histoire et par l'éducation*<sup>43</sup>.

De nos jours, l'on sait très bien que le cerveau procède par une activité computationnelle qui déclenche l'élaboration de la pensée. « *Le cerveau traite de l'information en créant des idées ou des sensations qui dépendent de notre manière d'être présent au monde* »<sup>44</sup>, c'est la raison pour laquelle, l'homme demeure un sujet.

De tout ce qui précède, il est important de souligner que les trois maîtrises ont permis de relever que la révolution biologique a donné à l'homme de connaître les êtres vivants. En effet, force est de constater également que ces maîtrises favorisent une intervention lucide et efficace sur les êtres vivants. L'on retient que la révolution thérapeutique et la révolution biologique n'ont pas seulement changé le destin des malades mais, elles ont donné à l'homme trois maîtrises que nous avons développé dans ce chapitre. L'on note également que l'inquiétude dans la plupart des hommes malades meurent à cause de leurs médicaments et non de leurs souffrances. Sous ce rapport, nous sommes aujourd'hui confrontés à trois types de maîtrise : la maîtrise de la procréation et de l'hérédité, la maîtrise de la maladie, la maîtrise de la mort. C'est alors grâce à la révolution biologique et la révolution thérapeutique qu'il est possible de questionner ces trois maîtrises.

---

<sup>43</sup> Issoufou Soule Mouchili, *op.cit.*, 2016, p. 68.

<sup>44</sup> *Idem.*

## CHAPITRE II : LA RÉVOLUTION THÉRAPEUTIQUE

Le présent chapitre permet de mettre en exergue l'évolution de la médecine. Cette révolution thérapeutique a donné aux médecins, le pouvoir de guérir des redoutables maladies. Comme le démontre bien Jean Bernard, la révolution thérapeutique ou classique vient changer le destin de l'homme. Pour lui, cette révolution a donné aux médecins, après des millénaires d'impuissance, le pouvoir de guérir des redoutables maladies, la tuberculose, la syphilis, les septicémies, les grandes maladies des glandes, les désordres de la chimie des humeurs, près de la moitié des cancers. Il soulève à cet effet que : « *la révolution thérapeutique concerne ou plus exactement l'éthique de l'application des progrès récents, au traitement, à la prévention des maladies, l'éthique de la recherche clinique* »<sup>45</sup>. Ainsi, cette révolution a suscité les essais médicamenteux, moralement nécessaires, nécessairement immoraux.

De ce fait, l'on doit souhaiter d'autres méthodes comme celles qui mettent en relief les maîtrises de la statistique médicale. Jean Bernard poursuit :

*L'explosion thérapeutique qui a suivi a eu trois conséquences, un bonheur, la guérison de nombreuses maladies si longtemps fatales, un désordre lié à ces succès, la prescription abusive des médicaments. Une dame de cinquante ans, vue à l'hôpital de l'institut Pasteur l'an dernier et peu malade, prenait soixante-cinq médicaments chaque jour, une nécessité d'études très rigoureuses de chaque nouveau médicament, appréciant ses vertus, ses inconvénients*<sup>46</sup>.

Les interrogations sont graves mais elles concernent beaucoup plus les médecins et leurs malades. Le progrès médical augmente notre pouvoir fondé sur le savoir. Mais, la question que l'on peut se poser est celle de savoir s'il rend tout possible. Est-il tout permis ? Il s'agit, en toute conscience, de faire prendre des risques mesurés à des personnes éclairées : aussi bien les médecins que les malades, leurs familles et leurs entourages. Il s'agit, pour cela, de tenir compte des nécessités. Préserver la liberté de la recherche médicale dans le contexte du respect qui est dû à la dignité de la personne. Éviter toute systématisation de nos comportements en refusant la banalisation des mesures issues des progrès récents de la médecine, dont nous n'avons pas encore entrevu tous les inconvénients. La maîtrise de la vie

<sup>45</sup> Jean Bernard, *op.cit.*, p. 35.

<sup>46</sup> *Ibid.*, pp. 36-37.

qui devient possible en raison des progrès de la médecine risque de conduire à des abus technologiques. On verra ici à quel point ça se passe avec les essais médicamenteux, les transplantations des greffes d'organe et l'euthanasie.

### 1. Le consentement aux soins libres et éclairés

Selon André Lalande, le consentement est par définition : « *acte de volonté par lequel on décide ou même on déclare expressément qu'on s'oppose pas à une action déterminée dont l'initiative est prise par autrui* »<sup>47</sup>. Nous définissons le consentement comme une volonté individuelle qui requiert la liberté. Il met en scène la capacité de l'individu à dire oui ou non et a pour opposer le refus. Il faut rappeler que l'information au patient et le consentement aux soins concernent véritablement l'information en médecine et ne peut se réduire à la situation d'un émetteur et d'un récepteur. Elle enveloppe deux situations herméneutiques particulières : celle du médecin et celle du malade. Le médecin est celui qui est considéré comme ayant une action de bienfaisance.

L'information ici n'est pas celle sur les choses mais une information sur quelqu'un ou sur une personne. On passe de la catégorie de l'objectivité à celle de la subjectivité. Ce qu'on dit au patient va nécessairement le modifier intimement et irréversiblement. L'information du malade va l'affecter de façon profonde et imprévisible, elle va influencer son comportement et son agir. Avant les traitements contemporains, le rôle du médecin était de panser les blessures, de soulager la douleur, d'assister les malades et les mourants. C'est la raison pour laquelle Alain Pompidou affirme : « *les nouvelles thérapeutiques, la possibilité d'intervention de l'homme sur l'homme ne doivent pas priver le malade, contre sa volonté, de vivre sa propre mort* »<sup>48</sup>.

De nos jours, son rôle est non seulement de prodiguer les soins, mais aussi de tenter de comprendre la maladie pour mieux s'opposer à ses différents stades évolutifs. Le rôle du médecin est à la fois de lutter pour la vie et pour le maintien d'un certain degré d'autonomie du patient. Il doit tenir compte de la capacité de décision du malade et de son entourage en tant que modalité d'expression de la personne. Ici, Jean Bernard relate une histoire d'un jeune, âgé de vingt-cinq ans, atteint de diabète. Pour lui, le jeune homme connaît en détail l'état de sa maladie, et le sucre des urines et du sang, l'acétone et la réserve alcaline. C'est ce qui l'amène à

---

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 177.

<sup>48</sup> *Ibid.*, p. 136.

affirmer dans la même lignée qu'« *il est tout à fait capable de comprendre les avantages, les inconvénients éventuels d'un nouveau traitement* »<sup>49</sup>.

Pour ce dernier, il faut donner un consentement libre et éclairé afin d'organiser avec la complète information des patients et leurs avis en ce qui concerne les essais récents du soin du diabète par la cyclosporine. Le consentement libre et éclairé du soin implique dans une étude doit être obtenu de sorte que celui-ci ne soit pas soumis à des pressions et qu'il reçoive une information adéquate pour pouvoir prendre une décision en tout état de cause. En matière de consentement aux soins, Claude Bernard précise que « *le médecin doit fournir au patient une information suffisante pour lui permettre de donner un consentement éclairé, mais n'a pas l'obligation de révéler tous les risques d'un traitement* »<sup>50</sup>.

Le consentement aux soins ne peut pas ignorer la dimension psychologique du malade et la relation inégalitaire entre lui et le médecin. En effet, le principe de bienfaisance peut conduire le patient à l'obéissance complaisante et aveuglée. On peut dire qu'il a consenti mais qu'est-ce qui l'amène à consentir ? Quelles sont les raisons profondes de son accord aux soins ? Nous ne pouvons pas ignorer le précieux apport de la psychanalyse qui nous dit que tout acte de la conscience doit être analysé à la lumière des nombreuses couches de l'inconscient.

Il ne faut pas assimiler le vouloir d'un malade à celui d'un être sain, c'est pourquoi Dominique Folscheid assigne : « *car c'est le vouloir d'un être déjà engagé dans une situation pathologique, à laquelle il donne sens ou non-sens, mais qui se trouve toujours déjà orienté dans une certaine direction.* »<sup>51</sup>. Le consentement s'intègre dans une existence qui donne sens ou non-sens à la maladie et perçoit les soins dans une perspective existentielle, c'est-à-dire en les intégrant dans la totalité d'une vie. Dans la mesure où la maladie touche toujours plusieurs aspects de la personne, le consentement du patient est toujours et altère par le pâtir de la maladie. Dans la même lancée, Dominique Folscheid pense,

*Qu'il ne s'agit pas d'entreprendre une action technique sur contrat mais d'intégrer le processus thérapeutique dans une existence en souffrance pour y trouver l'appui et le dynamisme d'une remédiation. C'est là que le consentement peut trouver son sens plénier de « sens produit en commun »<sup>52</sup>.*

---

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 48.

<sup>50</sup> Claire Bernard, « L'éthique de la recherche en sciences de la santé et le droit. Point de vue des tribunaux sur le consentement aux soins » in *NCBHR Communiqué CNERH*, n° 3, vol. 2, Ottawa, 1992, p. 16.

<sup>51</sup> Dominique Folscheid, Brigitte Feuillet-Le Mintier, Jean-François. Mattei, *philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, 1997, p. 254.

<sup>52</sup> *Ibid.*, p. 254.

Du fait que la maladie exerce une certaine contrainte sur le patient, le consentement à l'expérimentation clinique est entaché de suspicion. Du point de vue éthique, il n'est pas souhaitable de se servir du patient (dont la volonté est affaiblie ou affectée par la maladie) pour ce genre d'expérience. Le patient ne saurait servir d'objet d'expérimentation. En effet, Dominique Folscheid poursuit son argumentation en ce terme : « *l'expérimentation est orientée par une visée cognitive alors que les soins relèvent de la nécessité thérapeutique.* »<sup>53</sup> Entre le patient et le médecin, il ne peut pas avoir la même relation qui existe entre un sujet expérimental et le médecin.

La relation patient-médecin doit être sans discrimination de race, de culture, de sexe, de la religion etc. Le principe fondamental du médecin doit être celui de la bienfaisance et non de la malfaisance. Cependant, depuis quelques années, pour Suzanne Nootens, « *l'affirmation de l'autodétermination de la personne ainsi que la consécration de son inviolabilité dans les codes et chartes, ont remis à l'honneur l'égalité juridique des parties au contrat de soins, sans altérer l'élément de confiance qui doit présider à leurs relations* »<sup>54</sup>. Pour que le consentement du soin de recherche en milieu hospitalier soit valable en éthique, il faut qu'en plus d'être donné volontairement, doit être éclairé.

Pour ce faire, la personne malade doit recevoir toute l'information nécessaire à sa prise de décision, d'où la nécessité de préciser qui possède l'obligation d'informer. A cet égard, le consentement éclairé est l'une des notions essentielles de l'éthique médicale actuelle. Le droit du patient de prendre des décisions au sujet des soins de santé le concernant a été consacré dans le monde entier par des déclarations juridiques et éthiques. Ainsi, à bien y regarder, La Déclaration de l'Association Médicale Mondiale sur les droits du patient affirme :

*Le patient a le droit de prendre librement des décisions le concernant. Le médecin l'informer des conséquences de ses décisions. Tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode diagnostique ou thérapeutique. Il a droit à l'information nécessaire pour prendre ses décisions. Il doit pouvoir clairement comprendre l'objet d'un examen ou d'un traitement, les effets de leurs résultats et les conséquences d'un refus de consentement*<sup>55</sup>.

Pour une bonne communication entre le médecin et le patient, il faut une condition essentielle du consentement éclairé. Lorsque le paternalisme médical était encore considéré

---

<sup>53</sup> *Ibid.*, p. 253.

<sup>54</sup> Suzanne Nootens, « La relation médecin-patient et les décisions de traitement », in *R.D.U.S.*, vol. 20, 1990, pp. 375-380.

<sup>55</sup> Association Médicale Mondiale, *Manuel d'Éthique Médicale*, 3ème Edition, 2015, p. 43.

comme normal, la communication était relativement simple puisqu'elle consistait en un ordre du médecin donné au patient de se soumettre à tel ou tel traitement.

Par ailleurs, tout acte thérapeutique et toute décision ont pour seul objet d'apporter un secours efficace au malade en danger. En aucun cas, ce malade, (particulièrement le malade en état végétatif chronique), ne doit être considéré comme un sujet d'expérience. Sont formellement interdits les essais qui ne sont pas inspirés par l'espoir d'améliorer l'état de ce malade<sup>56</sup>. Les soignants doivent éviter l'acharnement thérapeutique dans le pouvoir médical, c'est pourquoi la morale recommande à partir des dix commandements en ces termes : « *tu ne tueras point* ». Ces commandements exigent les médecins pour justifier ainsi, qu'on ne pense pas tuer le corps vivant d'un être humain, ni porter atteinte à la personne qui le constitue. La morale réprime la pratique de l'euthanasie, le suicide, cependant, on ne peut pas tuer certes mais on ne doit pas aussi laisser le patient souffrir. La sagesse antique de Sénèque affirmait :

*Je ne me sauverai point par la mort de la maladie, dans la mesure où elle est curable et ne nuit pas à l'âme. Je n'aimerai point mes mains contre moi en raison de souffrance ; mourir de la sorte est une déroute. Cependant, si je me sais condamner à partir sans relâche, j'opérerai ma sortie, non en raison de la souffrance même, mais parce que j'aurai en elle un obstacle à tout ce qui est en raison de vivre. Faible et lâche, qui a pour raison de mourir la souffrance, insensé, qui vit pour souffrir<sup>57</sup>.*

Dans l'exploration du patient, le corps soignant se rassure d'un véritable acharnement afin de trouver le bon diagnostic qui lui permet de poser des indications thérapeutiques. Le médecin doit mettre toute sa compétence, sa critique, son expérience et il n'oublie jamais qu'il est en train de s'adresser à un individu raisonnable comme lui. Il doit aussi se mettre au service du patient qui lui fait confiance, et de la culture à laquelle il s'est donné pour servir la société.

Le médecin qui se trouve auprès d'un malade gravement atteint est responsable. Il affronte la redoutable épreuve de la décision. Comme on l'a bien souvent dit, toute médecine est une recherche. Le secours que l'on porte au malade présente ou est un devoir fondamental, comme le souligne Jean Bernard : « *la contribution auprès progrès de notre connaissance est aussi un devoir impérieux* »<sup>58</sup>. Le médecin recueille les informations les plus pensées y compris celles qu'apportent les ordinaires. Il discute avec d'autres médecins, consulte des spécialistes.

---

<sup>56</sup> *Ibid.*, p. 71.

<sup>57</sup> Sénèque, « Lettres à Lucilius », Paris, Robert Laffont, Lettre 58-36, 1995, p. 743.

<sup>58</sup> *Ibid.*, pp. 229-230.

S'il constate que le cas du patient est grave, il doit se faire accompagner d'un professeur de faculté avant de prendre la décision dont dépend la vie d'un Homme.

La Déclaration de l'Association Médicale Mondiale (AMM) sur les droits du patient indique le devoir du médecin en pareil cas :

*Si le patient est inconscient ou incapable d'exprimer sa volonté, le représentant légal doit, lorsqu'il le peut faire connaître son consentement éclairé. Si en l'absence du représentant légal, il y a nécessité urgente d'intervention médicale, le consentement du patient sera présumé, à moins que sur la base d'une conviction ou ferme déclaration préalable, il ne soit évident et indéniable qu'il aurait, dans pareil cas, refusé l'intervention*<sup>59</sup>.

Des problèmes surgissent lorsque les personnes qui prétendent être les représentants légaux compétents. L'on note par exemple que les différents membres d'une famille ne sont pas d'accord ou, s'ils le sont, leur décision n'est pas valable selon le médecin dans le meilleur intérêt du patient. Il en est de même de ceux dont Jean Bernard appelle « *des pseudo-volontaires* ». Or, le principe en vigueur ici, est donc la gratuité totale et non la commercialisation du corps humain car, « *le corps humain ne peut être vendu, ni loué en totalité ou en partie. Le volontaire saint souhaite se rendre service. Il ne doit en aucun cas faire commerce de son corps* »<sup>60</sup>. Le philosophe médecin Jean Bernard constate davantage que, les règles essentielles ont souvent désobéi, car le goût de l'argent a souvent été un élément de motivation du soi-disant volontaire. Toutefois, souligne l'auteur, « *si le principe de la gratuité exclut toute rémunération, il n'empêche pas une indemnisation tenant compte des diverses contraintes subites* »<sup>61</sup>.

Dans le premier cas, le médecin peut jouer un rôle de médiateur, mais si le désaccord persiste, il faudra envisager d'autres solutions, par exemple, laissé l'aîné de la famille décider ou encore recourir au vote. En cas de désaccord entre le représentant légal et le médecin, la Déclaration sur les droits du patient recommande que : « *lorsque le représentant légal ou la personne autorisée par le patient refuse un traitement qui, de l'avis du médecin, s'avère être dans le meilleur intérêt du patient, le médecin devrait contester cette décision devant une institution légale ou autre appropriée* »<sup>62</sup>. Cela veut dire que les principes et les procédures de consentement éclairé examinés dans la section précédente s'appliquent aussi bien au représentant légal qu'au patient qui décide par lui-même.

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. 48.

<sup>60</sup> Jean Bernard, *op.cit.*, p. 42.

<sup>61</sup> *Ibid.*, p. 43.

<sup>62</sup> *Idem.*

Jean Vignon Rochfeld ressort que « *le malade doit donner son consentement sans aucune contrainte ni pression du médecin* »<sup>63</sup>. Pour signifier que s'il y a vice du consentement, il ne réside ni dans la violence morale du médecin, ni dans le dol, mais bien plus dans une confiance excessive du patient dans son thérapeute, induite par la relation même que le malade avec son médecin. Cependant, il semble difficile de déterminer une limite au-delà de laquelle le médecin abuse de la confiance de son malade.

Dans la même suite logique pour Jean Bernard, le consentement libre et éclairé doit obtenir toutefois qu'il est possible, qu'il ne comporte pas d'inconvénient pour le malade. De plus, tout patient susceptible de s'engager dans un Protocole d'essai clinique doit signer un document qui garantit qu'il a reçu de la part du médecin investigateur toutes les informations nécessaires. « *Le consentement libre et éclairé doit être obtenu toutes les fois qu'il est possible, qu'il ne comporte pas d'inconvénient pour le malade* »<sup>64</sup>.

Ainsi, certains essais sont faits à l'hôpital, d'autre dans des centres privés agréés. Les initiateurs des essais doivent souscrire des assurances spécifiques. Le malade doit avoir une sécurité physique et morale pour l'obtention du consentement libre et éclairé ; c'est dans cette visée que Jean Bernard rappelle : « *lorsque l'état du malade ne permet pas d'obtenir ce consentement libre et éclairé, un comité d'éthique doit être consulté. Le médecin traitant se conformera à l'avis du comité éthique* »<sup>65</sup>. Force est de constater ici que de nombreux problèmes éthiques se posent, car la participation à un essai thérapeutique est apparue comme une atteinte à la liberté du malade qui perdait ainsi le traitement individualisé adapté à son cas particulier afin de le corriger en fonction de ses réactions. Il avertit en ces termes : « *lorsque l'état du malade ne permet pas d'obtenir ce consentement éclairé, un comité d'éthique doit être consulté. Le médecin traitant se conformera à l'avis du comité d'éthique* »<sup>66</sup>. Cela signifie que les progrès de la médecine limitent d'année en année le nombre des cas ne relevant pas du consentement éclairé. L'interdiction doit demeurer formelle et doit être également rappelée. Les essais ne doivent concerner que la maladie frappant le malade exploré. De ce fait, le patient ne doit être utilisé pour des essais portant sur d'autres maladies.

---

<sup>63</sup> Jean Vignon Rochfeld, *L'expérimentation en double aveugle sur des malades. Le droit saisi par la Biologie*, in *LGDJ*, 1996, pp. 314-318.

<sup>64</sup> *Ibid.*, p. 48.

<sup>65</sup> *Idem.*

<sup>66</sup> *Ibid.*, p. 48.

Dans la même logique qu'Axel Kahn, il s'agit là d'un texte concis, fondamental, fondateur de l'éthique médicale, mal connu du grand public. Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel en toute circonstance médicale :

*Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de capacité légale totale pour consentir : qu'elle doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelque élément de force, de fraude, de contrainte supercherie, de duperie ou d'autres formes de contrainte ou de correction (...). Avant que le sujet expérimental accepte, il faut donc le renseigner exactement sur la nature, la durée, et de l'expérience, ainsi que sur les méthodes et moyens employés, les dangers et les risques encourus, et les conséquences pour la santé ou sa personne, qui peuvent résulter de sa participation à cette expérience<sup>67</sup>.*

A cet égard, le respect de la vie est tenu par Hippocrate comme un devoir fondamental. Le médecin traitant se conforme à l'avis du comité d'éthique parce que tout son pouvoir doit être suivi par le geste de l'éthique, c'est-à-dire le cas d'un patient atteint d'une maladie grave. Il doit consulter le comité éthique pour prendre une décision sur ce malade. Il n'est pas aisé de trouver un consentement libre et explicite, c'est la raison pour laquelle lorsque l'état du patient ne permet pas de tenir, un comité d'éthique doit être interrogé et l'avis favorable d'un comité scientifique.

Les recommandations hippocratiques portant sur la compassion, le dévouement, la décence, concernent au premier chef de déontologie. Mais certains philosophes contemporains tiennent pour excessive, abusive l'émotion provoquée par les progrès de la biologie.<sup>68</sup> L'euthanasie se pratique bel et bien, et les infirmiers n'ont pas la volonté de la dénoncer dans la culture palliative et nous savons tous que l'hôpital est un lieu de trouver la santé. Mais les limites du pouvoir doivent bien veiller sur la pratique de l'euthanasie clandestine car, cette pratique est anti éthique dans le cadre de soins. Il faut garder la bonne conscience pour agir sur un dilemme clinique. C'est pourquoi Kenneth Walker recommande « *le médecin doit penser nuit et jour à son malade, au service duquel il mettra tout son pouvoir de raisonnement et tout son bon sens, il doit bien exercer son pouvoir sans toutefois dérouter de son compétence pour donner le soin adéquat au malade* »<sup>69</sup>.

Rappelons que les maladies ne viennent pas du médecin, ni des médicaments, le corps soignant peut aggraver le mal aussi comme il peut le guérir mais l'éthique s'impose à cette volonté de vouloir aggraver la souffrance du patient. Il est juste au service du malade et l'art de

---

<sup>67</sup> *Ibid.*, p. 324.

<sup>68</sup> *Ibid.*, p. 231.

<sup>69</sup> *Ibid.*, p. 121.

guérir vient de la nature et non de l'intervenant. Le médecin doit avoir l'esprit ouvert pour toute intervention parce que tout peut-être permis par la science mais cependant cela ne peut pas être possible au regard du comité d'éthique. Kenneth pense aussi que, le médecin devrait être le serviteur et non ennemi de la nature ; il ne doit pas par son influence déraisonnable, ériger des obstacles à la guérison. Le médecin peut certes exercer la liberté thérapeutique que personne ne lui discute pour la simple raison que la prescription médicale implique une démarche en trois phases : les indications thérapeutiques, donné le traitement et en le surveillant, assurer la convalescence.

Pour nous résumer à la lumière de ce qui vient d'être dit, le fil conducteur de toute réflexion sur les consentements et les décisions relatives aux traitements médicaux doit être le respect de la dignité de la personne et de son autonomie. L'expérience clinique montre qu'en fin de vie, un patient peut être vulnérable et avoir des difficultés à exprimer un avis. De plus, il y a des situations où la décision intervient parfois alors que le patient n'est plus en état d'exprimer une volonté. Toutefois, dans certains cas, le patient peut exprimer en toute autonomie le souhait légitime de ne pas prendre des décisions sur son traitement. Enfin, le protocole doit faire l'objet d'un examen par un comité d'éthique indépendant avant sa réalisation.

## 2. Les essais thérapeutiques

Les découvertes de nouvelles molécules à champs d'études thérapeutiques sont de plus en plus nombreuses. Jean Marie Thevoz :

*Toutes les pratiques médicales et biotechnologiques qui tentent apporter à l'intégrité de l'homme et à défigurer l'image de l'être humain comme de la procréation issue de l'utérus artificiel, le diagnostic prénatal, le diagnostic préimplantatoire, l'avortement, l'expérimentation médicale, le génie génétique, la thérapie génétique somatique et germinale, l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie<sup>70</sup>.*

L'expérimentation thérapeutique d'un médicament permet d'en prouver la patience et l'efficacité, de surcroit tout essai révèle des conséquences ou des effets secondaires. Concernant les essais thérapeutiques, l'article L209-9 alinéa 4 du Code de la santé publique prévoit que.

*Pour des essais thérapeutiques à effet direct ou pourra ne pas révéler à une personne le diagnostic de sa maladie. Par ailleurs, ce devoir d'obtention du*

---

<sup>70</sup> Jean Marie Thevoz, *Entre nos mains l'embryon : Recherche bioéthique*, Genève, Labor et Fides, 1990, p. 22.

*consentement est critiqué par certains médecins parce qu'il pourrait constituer un obstacle aux progrès de la médecine*<sup>71</sup>.

Cela signifie que les technologies et leurs applications diverses dénotent la maîtrise non seulement du corps humain mais de la vie humaine qui devient de plus en plus l'objet de conquête des sciences. Jean Bernard précise clairement que les essais sans thérapeutique :

*Ils doivent être peu nombreux, limités aux cas où un progrès important de la connaissance, bienfaisant pour les hommes, peut être espéré, aux cas où aucune méthode ne peut permettre ce progrès. Leur valeur scientifique doit être formellement établie (...). Ainsi deux préalables sont indispensables, l'avis favorable d'un comité scientifique, l'avis favorable d'un comité d'éthique*<sup>72</sup>.

Dans cet ordre d'idées, toute recherche qui n'aurait pas fait l'objet d'un protocole précis bien étudié et parfaitement actualisé en fonction des dernières données de la science sera refusée. Dans la même perspective, pour David Roy « *la pratique de la médecine et les connaissances qui servent à déterminer ses normes se fondent essentiellement sur l'expérimentation* »<sup>73</sup>. L'expérimentation doit être sans risque et revêtir un caractère d'innocuité. Aucun péril, aucun risque ne doit être en courus par la personne qui se prête aux essais et la mise à disposition doit être gratuite. Le Conseil de Recherches Médicales du Canada (C. R.M.C.) souligne pour sa part que « *l'expérimentation médicale sur l'être humain comprend l'expérimentation «non thérapeutique» ou «scientifique» et l'expérimentation combinée à des soins professionnels désignée par le terme " expérimentation thérapeutique »*<sup>74</sup>.

De ce fait, ils ne doivent en aucun cas être abusifs. Alain Pompidou a montré que « *l'approche scientifique des médicaments nécessite l'étude sur l'homme* »<sup>75</sup>. Pour le faire, l'expérience sur le corps humain doit être dans un contexte bien précisé scientifiquement et éthiquement. En plus, les possibilités de transplantation d'organe conduisent aux prélèvements d'organes humains. Dans le domaine médical, la transplantation est une opération chirurgicale consistant à remplacer un organe malade par un organe sain, appelé « transplant » et provenant d'un donneur. Le don d'organe est sans doute l'une des formes les plus élevées de la compassion, dans la mesure où il permet le transfert de vie. Ainsi, certaines transplantations

---

<sup>71</sup> *Idem.*

<sup>72</sup> *Ibid.*, pp. 50-51.

<sup>73</sup> David Roy, *La bioéthique : Ses fondements et ses controverses*, Canada, Éditions du Nouveau Pédagogique Inc, 1995, p. 339.

<sup>74</sup> Le Conseil de Recherches Médicales du Canada (C. R.M.C.), Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains, 20<sup>e</sup> Editions, Ottawa, Ministère des approvisionnements et Service Canada, 1987, p. 7.

<sup>75</sup> *Ibid.*, p. 179.

permettent de sauver une vie, d'autres d'éviter de lourds traitements. Cependant, il convient de faire appel ici à l'éthique de la transplantation, comme si bien estime Jean Bernard :

*Il convient de souligner la valeur du modèle de l'éthique de la transplantation pour la bioéthique tout entière. Elle permet d'aborder, de discuter les problèmes essentiels de la morale biologique et médicale, tel l'expérimentation sur l'homme, l'acharnement thérapeutique, la définition de la personne, le lucre et le désintéressement<sup>76</sup>.*

C'est dans ce sens que nous questionnons tour à tour les problèmes moraux posés du côté des prélèvements d'organe à partir d'un donneur mort d'une part, et le prélèvement d'organe à partir d'un donneur vivant d'autre part puisque le sacré de l'homme est en jeu. Mais si nous n'y prenions garde, il comporterait un risque de dépeçage commercial des cadavres. Certains sont allés jusqu'à évoquer le cannibalisme. Car, comme le souligne Jean Bernard, la mort est définie en fonction de l'état du cerveau. C'est pourquoi il affirme :

*Un des évènements les plus remarquables de notre temps a été la nécessité pour les sociétés humaines de définir la mort (...); la législation de nombreux pays définit la mort par la constatation de divers symptômes témoins de la mort du cerveau et par l'aspect plat des deux électroencéphalogrammes successifs, et requiert l'accord de plusieurs médecins<sup>77</sup>.*

Enfin, ce cas montre aussi que le prélèvement d'organe suppose que l'on soit certain du consentement préalable du donneur. Ainsi, Jean Bernard affirme en ces termes :

*Les organes prélevés à un donneur vivant sont en, l'état actuel, le rein, la moelle osseuse, le foie. Encore le recours au rein de cadavre est-il aujourd'hui, beaucoup plus fréquent que le recours au rein de donneur vivant est une amputation. Le donneur est généralement un adulte. Le prélèvement de moelle osseuse concerne un tissu qui se régénère. Le donneur est assez souvent un enfant. Le foie est aussi un organe capable de se régénérer. La transplantation à un enfant, d'une partie de foie, prélevée à l'un de ses parents, récemment tentée, a donné de bon résultat.<sup>78</sup>*

Ainsi, le risque posé par les transplantations d'organes est celui relatif à la définition de la mort. Et la plupart la définissent par la constatation de certains signes comme la mort du cerveau. Prenons par exemple le cas d'un cadavre que l'on prélève son organe pour l'implanter dans un nouveau corps vivant. De même, certaines religions refusent les prélèvements d'organes en raison de l'intangibilité du corps ou de son caractère sacré. Par conséquent, il peut faire l'objet d'un prélèvement. Toutefois, d'après Jean Bernard : « le principe même du

---

<sup>76</sup> *Ibid.*, p. 52.

<sup>77</sup> *Ibid.*, p. 53.

<sup>78</sup> *Ibid.*, p. 55.

*prélèvement a été contesté. Est-il licite de violer la mort, de découper un cadavre ? »<sup>79</sup>. Et même si c'est possible, « une fois admis, le prélèvement d'organes à un mort suppose satisfaire deux conditions : la certitude de la mort et le consentement »<sup>80</sup>.*

Cependant, l'on peut noter que, le prélèvement d'un organe chez un mort étant déjà une pratique inacceptable, si cette pratique se passe à nouveau en l'absence du consentement, c'est une violation grave. Les donneurs vivants sont mieux puisque ceux-ci acceptent eux même le don d'organe à un proche ou à un nécessiteux. La greffe d'organes, la transplantation de cellules, l'utilisation du tissu sanguin sont loin au moins dans la conscience collective. Alain Pompidou souligne que.

*Le prélèvement d'organes loin d'être perçu comme une violation du mort, est généralement accepté par la famille ou l'entourage. Il est considéré comme le moyen de maintenir en vie un malade condamné, soit comme la possibilité de maintenir en vie une partie du corps de l'être qui les a quittés<sup>81</sup>.*

Partir de cette analyse de la transplantation d'organes, le problème éthique posé est celui de prélèvement du greffon chez le donneur et la prise de greffe qui va conditionner la vie du receveur. C'est à juste titre Pompidou affirme :

*Quant au transfert d'organes ou de cellules, ils posent le problème de l'acceptation d'un tissu étranger par l'organisme malade. La découverte du système d'histocompatibilité (HLA) par Jean Dausset a permis d'identifier les groupes tissulaires et de reconnaître les tissus compatibles entre le donneur et receveur<sup>82</sup>.*

Autrement dit, les prélèvements d'organes furent démontrés par le fait qu'ils permettaient de sauver des malades pour lesquels la médecine avait épuisé toute autre ressource thérapeutique. L'attente de l'organe compatible est souvent longue et, après cette lourde intervention, les receveurs doivent prendre des médicaments à vie. Toujours dans la même optique, Jean Bernard :

*Le consentement peut avoir été donné antérieurement, soit longtemps auparavant, soit peu de temps avant la mort (futur opéré, condamné à mort). Il peut être donné par la famille de la personne qui vient de mourir. L'autorisation de prélever un organe, en l'absence de consentement ou d'accord, peut être la conséquence de consentements législatives<sup>83</sup>.*

---

<sup>79</sup> *Ibid.*, p. 52.

<sup>80</sup> *Idem*

<sup>81</sup> *Ibid.*, p. 194.

<sup>82</sup> *Idem*.

<sup>83</sup> *Idem*.

Pour prendre part à un essai thérapeutique, les malades sont davantage suivis. Seuls ceux qui le souhaitent participent à un essai thérapeutique. Le médecin doit expliquer les éventuelles méthodes et les bénéfices attendus de l'étude ou des traitements utilisés et les effets secondaires éventuels, ainsi que les examens de surveillance à réaliser. Ils peuvent revenir sur leur décision et l'étude à tout moment. La Déclaration de l'Association Médicale Mondiale sur l'avortement thérapeutique reconnaît cette diversité de vues et de convictions et conclut que « *c'est une question de conviction et de conscience personnelles qui doit être respectée* »<sup>84</sup>. Un essai thérapeutique a également pour objectif d'étudier si le nouveau traitement apporte un atout par rapport aux traitements habituellement utilisés soient meilleurs et efficaces, diminution des effets secondaires, amélioration de la qualité de vie. L'on peut conclure avec Jean Bernard :

*Tout acte thérapeutique, toute décision ont pour seul Object d'apporter un secours efficace au malade en danger. En aucun cas, ce malade, particulièrement le malade en état végétatif chronique, ne doit être considéré comme un sujet d'expérience. Sont formellement interdits les essais qui ne sont inspirés par l'espoir d'améliorer l'état de ce malade*<sup>85</sup>.

Il importe alors de rappeler que le médecin fasse tout son possible pour tester la faculté de compréhension des questions de santé et de guérison du patient et lui donner ses conseils de la meilleure façon possible. Lorsque le médecin est parvenu à communiquer au patient tous les renseignements nécessaires concernant le diagnostic, le pronostic et le choix du traitement, le patient est à même de prendre une décision éclairée sur ce qui lui est proposé. Bien que le terme « *consentement* » laisse supposer une acceptation du traitement, la notion de consentement éclairé s'applique aussi bien à un refus de traitement qu'à un choix de traitement parmi d'autres.

Les patients compétents ont le droit de refuser un traitement, quand bien même ce refus provoquerait une incapacité ou la mort. De plus, le consentement doit être éclairé. Pour ce faire, le médecin-chercheur a la responsabilité première de donner l'information au sujet. Par la suite, Alain Pampidou rappelle :

*Le malade reste une personne qui doit être respectée en tant que telle. Il ne peut être considéré comme un sujet d'expérience. Aucun essai thérapeutique n'est entrepris sur un tel malade s'il n'est pas directement lié à son état. Rien ne permet d'interrompre l'assistance respiratoire ou nutritionnelle dont il fait objet, même si cet état dure des mois ou des années. Là encore, seule l'autorisation du malade,*

---

<sup>84</sup> *Ibid.*, p. 57.

<sup>85</sup> *Ibid.*, p. 71.

*recueillie au cours d'une période de lucidité, permettrait de décider de suspendre les traitements*<sup>86</sup>.

En somme, les consentements libres et éclairés du soin aux patients visent à protéger contre les ingérences de la part des chercheurs face à sa participation à un essai thérapeutique. Le renforcement du processus de l'obtention du consentement ne s'explique que par le progrès de garanties complémentaires. Jean Bernard constate de plus que, les règles essentielles ont souvent désobéi, car le goût de l'argent a souvent été un élément de motivation du soi-disant volontaire. Néanmoins, souligne Jean Bernard, « *si le principe de la gratuité exclut toute rémunération, il n'empêche pas une indemnisation tenant compte des diverses contraintes subits* »<sup>87</sup>. Toutefois, on tient compte à la mise en place des dispositifs de contrôle, destinés à s'assurer de la réalité du consentement et à mesurer l'importance des risques à l'intensité de l'information à transmettre au sujet de recherche.

### **3. Prolongation de vie : la réanimation médicale**

La prolongation de la vie par le recours à des médicaments, des interventions de réanimation, des procédés radiologiques et des soins intensifs nécessitent une décision au moment qu'on commence ces traitements et de les arrêter lorsqu'ils ne marchent pas. C'est pourquoi Jocelyne Saint-Arnaud atteste :

*La vie ne doit pas être prolongée à tout prix et l'apport d'un soutien artificiel n'est pas absolument nécessaire dans tous les cas. La moralité de ne pas entreprendre ou de cesser l'utilisation de moyens artificiels dépend de la perception qu'en a le patient. Si le patient le perçoit comme un fardeau, c'est suffisant pour ne pas entreprendre un traitement ou le cesser*<sup>88</sup>.

Autrement dit, certaines techniques d'alimentation artificielle imposent une charge plus difficile que d'autres. Mais ce dernier peut exprimer sa volonté oralement ou par écrit dans un testament biologique ; quand le malade est dans un état inconscient ou incapable de faire savoir ses volontés, les repères éthiques peuvent fonder la décision de prolonger ou non la vie d'un patient. Le terme réanimation est employé pour la première fois en 1953 par le médecin français Jean Hamburger, pour signifier les moyens permettant d'assurer le retour à la l'homéostasie, c'est-à-dire à l'équilibre, de l'eau et des électrolytes dans l'organisme. La réanimation est aussi issue des techniques de respiration artificielle élaborées dans les années

---

<sup>86</sup> *Ibid.*, p. 123.

<sup>87</sup> *Ibid.*, p. 43.

<sup>88</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, *op.cit.*, p. 161.

1950 au Danemark, puis en France, pour renforcer la paralysie respiratoire des malades atteints de poliomyélite.

Les unités de réanimation néonatale et pédiatrique sont confrontées de plus en plus fréquemment à des situations pour lesquelles une limitation ou un arrêt des traitements est décidé. Les problèmes sont posés souvent par la réanimation néonatale. Il s'agit d'une relation entre l'enfant, les parents et le corps médical. C'est dans cet ordre d'idées que Jean Bernard poursuit son argument :

*L'histoire de trois enfants prématurés, Pierre Lucien, Simone, sont tous venus au monde prématurément après vingt-huit semaines de grossesse. Tous trois ont été l'objet d'une réanimation savante, attentive, dans un centre hospitalier de premier ordre (...). Ces trois histoires illustrent les conséquences inégalement heureuses des progrès de la réanimation des nouveau-nés prématurés<sup>89</sup>.*

Nous évoquons ici en présence la situation de la réanimation pédiatrique ou adulte. S'il n'y a pas assez d'espoir de survie ou qu'il existe des lésions, en particulier cérébrales, entraînant des séquelles sévères, d'interrompre la réanimation, et de mettre en place les soins de confort d'accompagnement, le nouveau-né va mourir. De ce fait, évoque une réflexion éthique de la réanimation d'où Marie de Hennezel le texte Avis n° 65 du CCNE :

*Quand une vie en survie a été entièrement engloutie dans le pur artifice (c'est à dire de la réanimation), sans offrir pour autant le minimum vital requis par une existence même amoindrie, l'arrêt de l'artifice n'est pas l'interruption d'une vie, mais l'interruption de la suspension artificielle de la mort<sup>90</sup>.*

Par contre, lorsque le nouveau-né a acquis une autonomie respiratoire, la constatation des lésions cérébrales qui entraîneront des handicaps sévères place les équipes de réanimation devant des choix dramatiques : faut-il permettre la survie d'un enfant porteur de graves handicaps ou provoquer la mort. Les soignants ont parfois le sentiment qu'en arrêtant les soins, ils abandonnent leur malade. Le réanimateur doit respecter également la qualité de la vie des malades qui doivent pouvoir bénéficier son aide durant leur séjour. Respecter le désir de ne plus se nourrir et ne pas traiter systématiquement les infections d'un grand vieillard qui demande à mourir, peut se faire tout en continuant les soins de confort et en l'accompagnant. C'est pourquoi Docteur Ira Byock, Président de l'Académie américaine de médecine palliative affirme « *qu'il ne s'agit pas ici de provoquer la mort, mais de la permettre, de l'éviter. La*

<sup>89</sup> *Ibid.*, pp. 167-168.

<sup>90</sup> Avis n° 65 du CCNE : *Réflexions éthiques autour de la réanimation néonatale*, cité par Marie de Hennezel dans son rapport, *Mission « Fin de vie et accompagnement »*, p. 100.

*malnutrition et l'infection sont deux façons naturelles de mourir quand on est vieux et affaibli. En laissant faire la nature, on peut rester présent et aimant »<sup>91</sup>.*

La discussion éthique au sein d'une équipe de gériatrie permet de réfléchir sur ce que l'on fait et pourquoi le faire. Il existe des divergences chez les praticiens. Si certains acceptent l'arrêt du projet thérapeutique lorsque la fonction vitale du nouveau-né dépend encore d'une assistance ventilatoire ou cardiaque, d'autres estiment qu'il est justifié « d'arrêter la vie » d'un nouveau-né encore soumis à des soins intensifs, qui respire désormais spontanément, mais les lésions cérébrales sont telles qu'elles entraîneront des handicaps très sévères.

La réanimation au sens éthique n'est pas sans risque. Les progrès de la biologie et de la médecine peuvent nous poser les problèmes éthiques auxquelles de nos jours, il n'existe pas de réponse fiable. Elle compte clairement pour le patient un risque infectieux, qu'une surveillance rigoureuse et des méthodes de prévention qui visent à diminuer parce qu'elle agit souvent aux frontières entre la vie et la mort, cette spécialité s'est intéressée à l'évolution de son activité et de ses résultats. Dans la même ligne, Jean Bernard pense que :

*Les médecins qui affrontent constamment les problèmes posés par les urgences, médecin généralistes, spécialistes des services de réanimation, savent bien la diversité des conditions rencontrés (...). Le médecin sait l'importance de la qualité des soins d'urgence, qualité fonction elle-même, des équipements du corps médical. Il faudra souvent expliquer au malade, au blessé, pourquoi, en fonction de la maladie ou des lésions, on l'adresse à tel ou tel endroit<sup>92</sup>.*

De même, qu'en cas d'urgence, le médecin n'obtient pas le consentement du patient. La biologie ne va plus se limiter à assurer la survie du vivant, elle ne se contentera plus de la compréhension de la vie à ses organes, mais s'efforce de modifier le vivant. Autrement dit, elle change son code génétique. Cette révolution qui a amené Jean Monod à affirmer la nouvelle technique : « *l'homme étendait sa domination sur l'univers surhumain et souffrait moins des dangers qu'il recelait pour lui (...) dominant désormais son environnement, l'homme n'a plus devant soi sérieux que lui-même* ». <sup>93</sup>

La manipulation génétique qui est l'une des principales avancées scientifiques du vingtième siècle, présente plusieurs lieux d'espoirs (la possibilité d'amélioration dans une situation compliqué) pour mieux connaître certaines pathologies héréditaires afin d'y remédier.

<sup>91</sup> Docteur Ira Byock, Président de *l'Académie américaine de médecine palliative*, dans *Dying well*, NewYork, River Head Books, 1997, p. 278.

<sup>92</sup> *Ibid.*, pp. 66-67.

<sup>93</sup> Jacques Monod, *Le hasard et la nécessité*, Paris, Ed du Seuil, 1970, p. 179.

Les possibilités d'application qu'elle offre dans la recherche biomédicale ne cessent d'émerveiller. C'est dans cette perspective que le génie génétique a donné à la science de nouveaux pouvoirs. La biotechnologie a permis dans le domaine de la santé publique, la production d'une série de substances à l'usage thérapeutique tel que : l'insuline, elle a stimulé la fabrication des vaccins dits « de seconde génération » tel que le vaccin contre l'hépatite virale et pour bientôt celui du sida et du paludisme, elle s'active à traiter la pathologie moléculaire.

En effet, d'importantes recherches souvent internationales, visant à mettre en regard des scores de gravité des indices d'activités thérapeutiques et de taux de survie ont permis de mieux cerner le bénéfice à attendre de la réanimation chez tel ou tel groupe de patients. Ainsi, l'on peut noter que, les décisions sont cependant prises individuellement selon la source du patient, la seule la maladie et ses probabilités de soigner. La réanimation a beaucoup suscité de nombreuses réflexions d'ordre éthique sur les limites et la finalité des soins ou la notion de l'acharnement thérapeutique. L'acharnement thérapeutique désigne une action d'un traitement médical lourd que l'on donne à un patient. L'état de santé du malade n'est donc pas amélioré et les moyens technologiques disponibles dans les hôpitaux de nos jours pour prolonger la vie aux prix de souffrances importantes pour le bénéficiaire et son entourage.

Pour Pierre André, au-delà de l'éthique médicale qui se limite à l'individu du malade, éthique du futur espère établir des règles éthiques plus ou universelles qui consistent à protéger la vie des plus vulnérables. Notre vision sur la société actuelle et future veut dépasser les axes de la révolution thérapeutique et de la biologie en intégrant un autre axe qu'est la société de notre ère. C'est ce qui amène Pierre André à affirmer : « *le champ de la pratique médicale s'étend à des domaines débordant le seul traitement de la santé de l'individu patient, et qui font intervenir, (...) des choix de société, voire des orientations politiques* »<sup>94</sup>.

Dans ce chapitre, la thèse de Jean Bernard nous a permis d'analyser la révolution thérapeutique. L'explosion thérapeutique suivie a eu trois conséquences : un bonheur, la guérison de nombreuses maladies si longtemps fatales, un désordre lié à ce succès, la prescription abusive des médicaments. De plus, l'interdiction d'utiliser des malades non concernés de cette pratique. Il s'agit d'énumérer les prouesses de la révolution biomédicale et

---

<sup>94</sup> Pierre André Taguieff, « L'espace bioéthique. Esquisse d'une problématisation » in *Respublica*, n° 21, 1999, pp. 20-59.

les problèmes centraux de la rationalisation de cette science et son impact sur l'humanité. Comme le dit Jacques Monod :

*Aussi la biologie est telle pour l'homme, la plus signifiante de toutes les sciences ; celle qui a déjà contribué, plus que toute sans doute, à la formation de la pensée moderne, profondément bouleversée et définitivement marquée dans tous les domaines : philosophique, religieux et politique, par l'avènement de la théorie de l'évolution.*<sup>95</sup>

Au vu de cette position de Jacques Monod, la biologie est pour l'homme l'arme sans laquelle on ne saurait comprendre son fondement vital. Il faut dire que les malades ne doivent être utilisés pour des essais ne concernant pas leur propre maladie. La révolution thérapeutique en a transformé foncièrement l'agir de l'être humain et a eu des répercussions sur le comportement humain tout en renversant l'échelle des valeurs de la société de nos jours. Les essais thérapeutiques ne doivent concerner que la maladie frappante du patient exploré.

Malgré tout, le droit du patient au consentement éclairé est de plus en plus largement accepté et le principal devoir du médecin est ici d'aider les patients à faire valoir ce droit. Dans certains cas, le médecin peut décider qu'un traitement est médicalement futile ou non profitable parce qu'il n'offre pas d'espoir raisonnable de guérison ou d'amélioration du patient n'en retire jamais aucun avantage. Dans d'autres cas, l'utilité et l'avantage d'un traitement ne peut être décidé qu'en fonction de l'appréciation subjective du patient de son bien-être général. Ainsi, l'on doit laisser à la mort, toute sa valeur symbolique pour chaque personne humaine.

Au demeurant, l'on peut retenir que, la révolution biologique suscitée par les *trois maîtrises* ci-dessus étudiées donne l'opportunité de remarquer que la révolution biologique a permis à l'homme de mieux connaître le vivant et de le manipuler à son gré. Cette triple maîtrise favorise une intervention précise et efficace de l'homme sur le vivant en mettant au grand jour la relation étroite qui existe entre la thérapeutique et la biologie.

---

<sup>95</sup> Jacques Monod., *op.cit.*, p. 11.

## CHAPITRE III : DE LA RÉVOLUTION GÉNÉTIQUE DU GÉNOME

Il s'agit dans cette articulation de notre travail de présenter l'étude des mécanismes moléculaires assurant la stabilité et la plasticité de la révolution génétique. Au début des années 1980, l'épanouissement du génie génétique sonne le début d'une révolution médicale. La thérapie génétique consiste à utiliser un gène sain comme médicament pour faire exprimer une protéine thérapeutique. Techniquement, le corps médical prélève des cellules : souches de la moelle des malades pour y introduire un gène fonctionnel en laboratoire avant de le réinjecter à ces malades.

Sans doute, plus qu'aucun autre champ d'étude, la génétique a été à l'origine des grandes révolutions biologiques. Avec la révolution techno biomédicale, le génie génétique a été l'outil le plus déterminant. De ce fait, Alain Pompidou pense que « *le génie génétique a conduit à l'obtention de nouveaux produits : hormones facteurs de régulation cellulaire, protéines du sang, enfin d'autres substances, telles que l'albumine ou le facteur anti hémophilique* »<sup>96</sup>. La génétique constitue une méthode d'approche essentielle pour aborder pratiquement toutes les interrogations de la biologie. Le génome est la recherche biomédicale et les progrès réalisés dans le domaine de la génétique humaine.

### 1. La thérapie génique

La thérapie génique est l'introduction d'un gène sain dans les cellules anormales qui ont permis à certains enfants très malades de fabriquer un système immunitaire et les protège contre les bactéries et les virus. Elle est également une nouvelle approche thérapeutique. Elle est donc fondée sur l'apport d'un gène grâce à un vecteur viral. Les progrès de la génétique donnent lieu à un approfondissement de la connaissance du corps, et avec l'aide des moyens techniques et à l'augmentation de notre capacité d'agir sur lui. Cette méthode thérapeutique concerne relativement la thérapie somatique. Alors, qu'est-ce qu'une thérapie somatique ?

Pour répondre à cette question posée, Jean-François Mattei pense que : « *la thérapie génétique somatique ne suscite guère d'opposition de principe .Elle consiste en effet à corriger*

---

<sup>96</sup> Alain Pompidou, *op.cit.* p. 45.

*les effets d'un gène déficient par l'apport au niveau des tissus concerné de séquences actives, via un vecteur le plus souvent vira »<sup>97</sup>.*

Cela montre que tous les essais thérapeutiques engagés par le monde, la seule guérison des enfants atteints de déficient immunitaire obtenue à l'hôpital des enfants malades de Paris a entretenu un optimisme raisonné. De ce fait, cet optimisme face à la thérapie génétique ne fut que de courte durée. Deux enfants parmi ceux ayant assistés à l'essai thérapeutique ont développé une leucémie aiguë. Axel Kahn, dans son ouvrage intitulé *Thérapie génique, l'A.D.D- médicament*, montre à cet effet :

*Cependant, pendant longtemps, cette perspective d'une microchirurgie réparatrice du gène a été irréaliste sur le plan technique, si bien que l'on avait pris l'habitude de ramener la thérapie génique à l'utilisation de l'A.D.N. Comme d'un gène médicament, selon une formule que j'ai moi-même proposée<sup>98</sup>.*

Cela veut dire que pour transférer un tel type de médicament dans toutes les cellules qui devraient être corrigées pour parvenir à la guérison des malades atteints d'affections génétiques si fort difficile et à vrai dire, encore jamais été réalisé chez l'Homme. En outre, Axel Kahn déclare :

*Enfin, le gène devient parfois la cible du traitement voire le médicament lui-même. C'est ce que l'on appelé la « thérapie génique ». Les premières indications envisagées de la thérapie génique, il ya une vingtaine d'années, étaient bien entendu les maladies génétiques ; puisqu'elles étaient dues à l'altération d'un gène, il devrait suffire, pensait-on de le réparer pour régler ce problème<sup>99</sup>.*

Dans la même logique, ce dernier pense autrement que, la thérapie génique constitue une méthode logique et alternative lorsque la maladie a pour cause une lésion génétique. Après plus de 10 ans de travaux, l'on peut dire que les perspectives qu'elle offre dépendent beaucoup de conditions. C'est la raison pour laquelle Axel Kahn affirme :

*La thérapie génique vise à être une méthode alternative de délivrance d'une protéine biologiquement active à très faible concentration. S'il suffit, pour guérir ou améliorer une personne d'implante quelques cellules génétiquement corrigées cette correction conférant à ces celles un clair avantage sélectif, alors, dans ce cas, un espoir raisonnable est permis : tout en sachant que, qui dit avantage sélectif, dit problème de sécurité<sup>100</sup>.*

<sup>97</sup> Jean-François Mattei, *Questions d'éthiques biomédicales*, Paris, Flammarion, 2008, p. 348.

<sup>98</sup> Axel Kahn, *Thérapie génique, l'A.D.N. N-médicament*, cité dans son ouvrage : *Et l'homme dans tout ça ? Plaidoyer pour un humanisme moderne*, p. 250.

<sup>99</sup> *Idem*.

<sup>100</sup> Axel Kahn, « La médecine de demain s'invente aujourd'hui », 2004, pp. 1-13.

La thérapie génique germinale est une technique qui n'est pas encore maîtrisée. Si la thérapie génique somatique n'est pas la seule à susciter des questions, la deuxième forme d'ordre germinale ne cesse de son côté de défrayer la chronique. Elle consiste à appliquer la thérapie génique à un embryon au stade précoce ou aux cellules germinales d'un adulte (ovule ou spermatozoïdes). Le gène introduit serait alors transmis à toutes les cellules du futur individu, modifiant son patrimoine génétique. C'est pourquoi Jean-François Mattei pense que :

*Cette méthode pose des problèmes éthiques, notamment parce qu'elle touche au patrimoine héréditaire de l'homme. Contrairement à la première forme dite somatique, qui consiste à corriger les effets d'un gène déficient par un vecteur viral au niveau des tissus concernés, la thérapie génique germinale consisterait à modifier le patrimoine génétique de l'embryon jusqu'à sa descendance<sup>101</sup>.*

Cependant, l'objectif de la thérapie génique est de corriger une anomalie génétique ou un changement dans l'organisme du malade par l'incorporation de gènes sélectionnés pour leur potentiel thérapeutique. Le changement vise à déclencher plusieurs types d'expérimentations des gènes. En effet, parlant des traitements des maladies génétiques nous enseigne Axel Kahn que :

*Les maladies génétiques sont traitées de différentes transplantations d'organe, administration d'une protéine manquant transfert génique : on peut espérer aussi obtenir une correction génétique, mais les espoirs que l'on avait mis dans l'accessibilité à cette microchirurgie du gène n'ont pas été confirmés<sup>102</sup>.*

Cela signifie donc que, dans la dernière période, de très nombreuses maladies génétiques ont bénéficié par différents moyens des grands progrès qui ont exigé de toute façon que l'on comprenne le mécanisme de ces maladies. Dans ce d'ordre d'idées, le philosophe Camerounais Mouchili Njimom ressort ici que, c'est la subjectivité qui guide beaucoup plus les pratiques de la sélection génétique :

*La maîtrise génétique est une des révolutions scientifiques les plus délicates à assumer au niveau même de la responsabilité des sciences de la vie sur le devenir de l'humain. Il s'agit de savoir si nos consciences peuvent délibérer sur le devenir d'un individu en se dérochant totalement de toutes formes de subjectivité<sup>103</sup>.*

A tout prendre, avec l'épanouissement de la génétique, on ne sait plus s'il existe une frontière entre la thérapie et l'amélioration. Dans le cadre des thérapies géniques effectuées sur l'embryon, il existe toujours un statut de sujet sur celui chez qui on intervient. La thérapie génique somatique ne suscite guère d'opposition de principe. A cet effet, pour Jean-François

---

<sup>101</sup> *Idem.*

<sup>102</sup> Axel Kahn, « La médecine de demain s'invente aujourd'hui », 2004. pp. 1-13.

<sup>103</sup> Mouchili Njimom, *Qu'est-ce que l'humanise aujourd'hui ?*, p. 99.

Mattei, « elle consiste donc à corriger les néfastes d'un gène déficient par rapport au niveau des tissus concernés de séquences actives, via un vecteur le plus souvent viral »<sup>104</sup>.

## 2. La thérapie cellulaire

La thérapie cellulaire consiste à changer les cellules d'un tissu avarié par de nouvelles cellules du même patient atteint. La thérapie cellulaire a pour but la transplantation de cellules saines, dans l'optique de remplacer les cellules malades du patient. Les thérapies cellulaires préviennent ou soignent les pathologies humaines par l'administration de cellules vivantes. La thérapie cellulaire a pour but de remplacer les cellules d'un tissu avarié ou transplanter au patient lors d'une greffe de la propre moelle osseuse. En ce qui concerne les biothérapies, la thérapie cellulaire consiste à traiter de cellules ou un organisme par l'apport de cellules modifiées de cellules souches dont on espère qu'elles poussaient guérir de pathologie comme (l'Alzheimer, le parkinson, le diabète, la leucémie etc.

Pour faciliter les greffes ou restauration d'organe, il faut raviver les fonctions de codage de la cellule et les orienter vers le but recherché et que les cellules organes produites soient acceptées dans l'organisme receveur. En effet, les espérances découlent relativement de la récente culture de cellules souches humaines à la fin de 1998 aux États-Unis et du codage réussi du premier mammifère adulte à partir d'une dizaine d'années au moins. Le passage du laboratoire à la médecine courante devrait prendre une dizaine d'années au moins.

Les problèmes bioéthiques sont traités dans les années, « *La thérapie cellulaire est née d'une simple* » écrit Jean François Malteï : « *lorsque des cellules sont vieilles ou par malades, pourquoi ne pas les remplacer par des cellules jeune ou normale* »<sup>105</sup>. Cela signifie que les résultats sont évidents en hématologie dans le traitement du cancer du sang contre une maladie de « croh », c'est une maladie auto-immune chronique et inflammatoire des intestins. Les thérapies cellulaires sont une nouvelle option thérapeutique pour les patients qui ont répondu de manière inadéquate ou n'ont pas répondu à au moins un traitement conventionnel. Dans cette perspective, cela représente une avancée dans le traitement de patients atteints de certaines pathologies complexes et invalidantes<sup>106</sup>. Dans la transformation de l'essence de l'agir humain nous laisse croire avec Hans Jonas :

<sup>104</sup> Jean-François Mattei, *Questions d'éthiques biomédicales*, Paris, Flammarion, 2008, p. 348.

<sup>105</sup> *Idem*.

<sup>106</sup> <https://www.inserm.fr/information-en-santé/dossiers-information/therapie-cellulaire>, page consultée le 27 mai 2023 à 22h00.

*Aujourd'hui en revanche, certains progrès de la biologie cellulaire nous font miroiter la perspective pratique de pouvoir contrecarrer les processus biochimique du vieillissement et le prolonger la durée de la vie humaine, peut-être même de l'étendre pour une durée indéterminée<sup>107</sup>.*

Pour lui, la mort n'apparaît plus comme une nécessité faisant partie de la nature du vivant, mais comme un défaut organique évitable, susceptible au moins en principe de faire l'objet d'un traitement, et pouvant être longuement différé. Pour l'indication d'une thérapie cellulaire définit le plus souvent le choix des cellules souches à utiliser. En revanche, les cellules souches embryonnaires de la rétine sont donc particulièrement adoptées à la mise au point de saignement de maladies affectant cet organe. La thérapie cellulaire peut également être réalisée avec des cellules souches qui peuvent se différencier en un nombre limité de type cellulaire. En pratique, la thérapie cellulaire commence toujours par un prélèvement. Soit chez le malade à traiter, dans le cas où les médecins utilisent des cellules souches autologues, soit chez un donneur dans le cas de cellules souches allo géniques.

### **3. Les médicaments recombinants**

Les médicaments recombinants, qui sont pour l'essentiel des protéines recombinants, sont produits par des cellules dont l'ADN a été modifié par recombinaison génétique. La technique de l'ADN recombinant ouvre la voie au génie génétique sans lequel il n'y aura aujourd'hui ni vaccination performante, ni hormone ou facteur de croissance à haute activité spécifique, ni possibilité d'identification des gènes responsables de la maladie héréditaire. « *Les techniques dites de transgénose permettent de transférer un gène dans une cellule donc il était absent et de le faire s'exprimer dans un tissu de notre choix* »<sup>108</sup>.

En effet, le gène codant pour une protéine bien précise, la recombinaison génétique a pour but d'introduire ce gène dans un organisme hétérologue (bactérie, levure, cellule de mammifère etc.), pour synthétiser la protéine recherchée, c'est-à-dire le médicament recombinant. D'après Daniel Cohen, un ancien responsable du projet de cartographie du génome humain, toutes les maladies ont un bruit de fond génétique, toute pathologie est liée à une modification ou à une erreur du processus biologique étant les protéines exprimées par des gènes correspondants. C'est pourquoi James Watson souligne aujourd'hui : « *l'ADN recombinant est la clé de voute de l'attaque menée contre le VIH, d'abord pour analyser le virus et pour combattre son cycle de vie, et maintenant pour créer des vaccins et élaborer des*

---

<sup>107</sup> Hans Jonas, *Le principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique*, Trad., J. Greisch, Paris, Cerf, 1992, p. 39.

<sup>108</sup> *Idem.*

*médicaments pour bloquer son action dans la cellule* »<sup>109</sup>. Dans la même logique, les biologistes estiment qu'il devrait être possible de mettre au point une protéine recombinante capable d'intervenir au niveau de chaque processus pathologique. A la suite de Watson, Alain Pompidou pense pour sa part que :

*La technique de l'ADN recombinant ouvrait la voie au génie génétique sans lequel il n'y, aurait aujourd'hui ni vaccination performante, ni hormone ou facteur de croissance à haute activité spécifique, ni possibilités d'identification des gènes responsables de maladies héréditaires*<sup>110</sup>.

Pour dire, ces techniques permettent de transférer un gène dans une cellule dont il était absent et le faire s'exprimer dans un tissu de notre choix. Les biologistes ont pu aussi découvrir la structure des cellules, puis pénétrer plus avant dans la composition du noyau, trouver le rôle joué par l'ADN et mettre à jour les lois de l'hérédité et les principes de codage du support génétique. À la lumière de cette analyse, la révolution génétique dans ce chapitre nous a permis de comprendre la méthode d'approche essentielle pour aborder pratiquement toutes les interrogations de la biologie.

Le génome est la recherche biomédicale et les progrès réalisés dans le domaine de la génétique humaine. Nous avons parlé également de la thérapie cellulaire qui a pour but la transplantation de cellules saines, dans l'optique de remplacer les cellules malades du patient. Au terme de ce propos dans cette première partie, nous avons fait un constat clair sur la pensée développée dans cette partie. La révolution biologique a donné à l'homme une véritable connaissance sur les trois maîtrises, maîtrise de la reproduction, maîtrise de l'hérédité, maîtrise du système nerveux. De ce fait, ces trois maîtres concernent uniquement le vivant. De manière laconique, la révolution biologique qui touche l'homme au plus profond à travers sa triple maîtrise a fait de nombreux progrès en médecine.

Elle a permis à l'homme de mieux connaître le vivant et a permis l'accord qui existe entre la thérapie et la biologie ; entre la médecine et la biologie. Tout ceci a permis à l'humanité tout entière de se défendre pour les problèmes de santé. Sans doute, cette révolution ne va pas sans conséquences comme le souligne si bien Jean Bernard sur la triple maîtrise : « *chacune de ces maîtrises pose des problèmes d'éthiques graves et importants* »<sup>111</sup>. La révolution thérapeutique, quant à elle, concerne la pratique médicale ou plus exactement

<sup>109</sup> James Watson, et al. *ADN Recombinant*, Bruxelles, Editions De Boeck Université, 1994, pp. 505-530.

<sup>110</sup> *Idem*.

<sup>111</sup> Jean Bernard, *De la biologie à l'éthique*, p. 83.

l'éthique dès l'application des progrès. Elle est scientifique, c'est ce qui est éthique. Nous retenons que tout acte thérapeutique doit être fondé sur le droit du patient au consentement éclairé. Il est de plus en plus largement accepté et le principal devoir du médecin est ici d'aider les patients à faire valoir ce droit. Dans le même temps, l'autonomie du patient reçoit partout dans le monde une reconnaissance générale de la part des médecins, ce qui signifie que le patient doit être celui qui prend la décision finale sur les questions le concernant. Il convient de signaler également que, la révolution génétique du génome techniquement, le corps médical prélève des cellules : souches de la moelle des malades pour y introduire un gène fonctionnel en laboratoire avant de le réinjecter à ces malades. La thérapie génétique consiste à utiliser un gène sain comme médicament pour faire exprimer une protéine thérapeutique. Sans doute, plus qu'aucun autre champ d'étude, la génétique a été à l'origine des grandes révolutions biologiques.

La première partie de notre travail nous a permis de retracer l'historicité des technosciences biomédicales, en mettant l'accent sur les révolutions biologiques et les révolutions thérapeutiques. Il apparaît que la biologie en tant que science de la vie vient avec son courage et son esprit laïc, pour maîtriser la nature de l'homme. Toutefois, la révolution thérapeutique a suscité les essais cliniques à la fois nécessaires et immoraux. Nous notons que la révolution biologique a des conséquences au-delà du soin des malades. Ces conséquences qui se situent au plan éthiques et médicales. Ainsi, dans le premier chapitre, nous avons relevé que la révolution biologique n'a pas seulement changé le destin des patients, mais elle a donné à l'homme les maîtrises que sont : la maîtrise de la reproduction, de l'hérédité et du cerveau ou du système nerveux. Le deuxième chapitre quant à lui nous a permis de mettre en exergue la révolution thérapeutique comme élément important, qui donne le pouvoir aux médecins de guérir les maladies incurables. Il convient de tenir compte que la maîtrise de la vie qui devient possible en raison des développements de la médecine, qui risque de conduire à des abus technologiques. L'on peut noter entre autre les essais médicamenteux, les transplantations des greffes d'organe, l'euthanasie ou le fait de prolonger artificiellement la vie. Dans le troisième chapitre, nous avons orienté notre analyse sur la révolution génétique du génome. Il ressort à juste titre que la génétique a été à l'origine des grandes révolutions biologiques. Cela se justifie par le fait que la thérapie génétique voudrait que l'on utilise un gène sain comme médicament dans le but d'exprimer une protéine thérapeutique.

## **DEUXIÈME PARTIE : LES APPLICATIONS DE LA PRATIQUE DE L'EUTHANASIE**

*La mort fait peur, plus encore du fait des progrès de la médecine moderne qui ont donné à croire qu'on pourrait la repousser indéfiniment. Le médecin est fait pour soigner, soulager, parfois guérir. On le sollicite d'adoucir la mort. Il le peut de mieux en mieux. On le demande désormais de faire mourir pour éviter la souffrance. Nicolas Aumonier et al., *L'Euthanasie*, Paris, PUF, Collection « Que sais-je », 2017, p. 7.*

Dans cette deuxième partie de notre travail, il est question pour nous de présenter la quintessence de la conception saint-arnaudienne des applications de la pratique de l'euthanasie. Il s'agit tout d'abord, d'exposer la question de l'euthanasie qui est liée aux motifs de celui qui veut mettre fin à ses jours. Dans les pays développés, les avancées de la médecine permettent de maintenir artificiellement en vie les personnes gravement malades en fin de vie. La médecine moderne qui n'a cessé de progresser et est de repousser la mort par les traitements et la chirurgie a révélé le concept d'acharnement thérapeutique. L'évolution des mentalités et la possibilité données au respect de la volonté individuelle conduisent certains patients à revendiquer le pouvoir de décider eux-mêmes du moment de leur mort. Cela signifie que le malade qui veut être euthanasié, doit se trouver dans une situation médicale sans issue et d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. En outre, Jocelyne Saint-Arnaud pense que la demande de l'euthanasie se fait par le malade ou par sa famille proche. L'on peut aussi se poser les questions suivantes : Comment s'assurer de la validité d'une-t-elle demande ? Que faire si le malade n'est pas en état d'exprimer sa volonté ? Qui peut assurer le respect des règles établies ? Comment évaluer les pressions de la famille ou des proches ou encore l'influence du médecin et des soignants ? D'après Saint-Arnaud, les applications de l'euthanasie se font par le soulagement de la douleur, de la cessation ou de l'abstention de traitement à la demande du patient, qui est apte à prendre une décision à partir d'un consensus entre l'épique soignante et les proches de sa famille. Si le patient est inapte, les applications de l'euthanasie ne seront plus considérées comme des actes d'euthanasie. Ce que le médecin doit faire avant d'intervenir sur telle situation, est qu'il doit prendre le conseil auprès de ses collègues médecins, qui considèrent l'euthanasie comme une pratique acceptable, dans le strict respect des normes établies par le comité d'éthique.

## CHAPITRE IV : L'EUTHANASIE AUTOUR DE LA PENSÉE DE JOCELYNE SAINT-ARNAUD

Selon la théorie de la loi naturelle telle qu'élaborée par Saint Thomas d'Aquin, il existe une inclination à faire le bien et à éviter le mal, la douleur étant un mal à combattre. D'après Jocelyne Saint-Arnaud, dans les années 1960, la terminologie utilisée pour désigner la problématique liée à l'euthanasie qui tourne autour de l'euthanasie directe et l'euthanasie indirecte. Le terme euthanasie pouvait désigner « *la mort douce* » ou « *bonne mort* »<sup>112</sup>. Elle est celle qui est rapide et sans douleur. Elle montre également ce que les gens craignent, c'est une mort prolongée, souffrante et vécue dans la dépendance. L'euthanasie, au sens contemporain se justifie par le fait de chercher un acte pouvant à provoquer la mort.

Selon les partisans de l'institutionnalisation des pratiques euthanasiques et de mourir dans la dignité, l'euthanasie signifie avoir accès à l'aide au suicide. Leur argument majeur repose sur le respect de l'autonomie de la personne<sup>113</sup>. Mais fort est de constater que les demandes d'euthanasie ou d'assistance au suicide surgissent à la suite d'une douleur ou d'une souffrance qui ruine le patient. Ce dernier préfère plutôt mourir que de continuer à vivre dans de telles circonstances. De plus, beaucoup de patients estiment avoir le droit de mourir afin d'être assistés. Le médecin est considéré à cet instant comme l'instrument le plus approprié pour assurer la mort ; parce qu'il a la connaissance médicale des produits permettant d'assurer la mort rapide et sans douleur. Bien plus, le médecin n'a la possibilité d'avoir accès à certains médicaments, dans le but de mettre un terme à la vie du patient. Mais, cela suscite de nombreuses interrogations car, les arguments philosophiques et éthiques viennent questionner cette pratique médicale. Le constat que fait Marie de Hennezel est tout fondé, lorsqu'elle écrit : « *je propose donc de partir des situations cliniques, celles que j'ai rencontrées personnellement ou celles que l'on m'a rapportées. On peut distinguer trois morts. La mort donnée, la mort demandée et la mort exigée* »<sup>114</sup>. Elle estime à cet effet qu'on les confie des patients en fin de vie sans les donner les moyens de les accompagner.

<sup>112</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, « Perspectives éthiques sur la sinisation de l'expression : Mourir dans la dignité », vol. 24. n° 1-2, 2012, pp. 11-17.

<sup>113</sup> *Idem.*

<sup>114</sup> Marie de Hennezel, *Nous ne sommes pas dits au revoir*, Paris, Robert Laffont, 2000, p. 39.

## 1. Euthanasie, mourir dans la dignité

Ici, il nous faut situer le sens de l'euthanasie dans son contexte car, l'évaluation de la souffrance du patient est très importante dans la pratique des bons soins palliatifs. Selon l'Association Médicale Mondiale (AMM), « *l'euthanasie consiste à exécuter sciemment et délibérément une opération clairement destinée pour mettre un terme à la vie d'une autre personne* »<sup>115</sup>. De ce fait, l'euthanasie présente les caractéristiques suivantes : le sujet est une personne capable, éclairée, atteinte d'une maladie incurable qui demande volontairement que l'on mette un terme à sa vie. C'est ce que ressort également de la promesse de campagne du candidat François Hollande dont l'habile rédaction, dans une ambiguïté calculée, pouvait convenir à tout le monde :

*Je proposerai que toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité.*<sup>116</sup>

Dans la même perspective, Jocelyne Saint-Arnaud pense que c'est « *idéalement mourir dans la dignité signifie mourir paisiblement et confortablement sans douleur physique, ni souffrance morale, et entouré des siens* »<sup>117</sup>. Autrement dit c'est mourir sans toutefois l'attirer techniquement des soins intensifs et des soins urgent qui sont conçus pour sauver et prolonger des vies. Pour elle, généralement, « *la mort dans la dignité est associée à une mort sereine et sans douleur* »<sup>118</sup>.

D'autre part, notre auteure montre que quand les soins et les techniques deviennent une lourde charge pour la personne malade, les conditions de vie peuvent devenir indignes pour la personne qui porte regard sur celle qui est diminuée physiquement et psychologiquement par la maladie. Cependant, en quoi consiste donc la dignité ? Ici, la réponse de Jocelyne Saint-Arnaud se situe dans le cadre définitionnel car, pour elle, « *la dignité ou l'indignité est dans le regard de l'Autre, de celui qui est en bonne santé, qui corridor à la vue de tous passants, ni à l'unité des soins intensifs branchés partout* »<sup>119</sup>.

---

<sup>115</sup> *Ibid.*, p. 58.

<sup>116</sup> François Hollande, cité par Jacques Ricot « Légaliser l'euthanasie ? », in *S.E.R. « Études*, vol. 7, Juillet-Août 2018, pp. 31- 42.

<sup>117</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, *op. cit.*, pp. 11-17.

<sup>118</sup> *Idem.*

<sup>119</sup> *Idem.*

Autrement dit, tout être humain mérite la considération du simple fait qu'il fait partie du genre humain.

En fait, si tout le monde s'accorde à reconnaître en l'être humain une dignité intrinsèque et inaliénable, deux conceptions s'affrontent sur l'appréciation de la dignité de la vie à savoir : la conception individuelle et la conception interpersonnelle. La conception individuelle stipule que chacun est le seul le juge de sa dignité ou de sa vie. La conception interpersonnelle quant à elle défend l'idée que nous sommes tous dépendants les uns des autres, au sein d'un tissu familial et social ; et que le sentiment de sa dignité dépend aussi du regard des autres. On peut affirmer avec Marie de Hennezel qu'il s'agit « *dans le regard de l'autre que je vois si je suis encore aimable, c'est dans la manière dont il me parle, dont il prend soin de moi, que je sens si je fais encore partie du monde des vivants.* »<sup>120</sup>

Selon la psychologue clinicienne Marie de Hennezel, « *mourir dans la dignité* »<sup>121</sup> signifie ne pas se donner délibérément la mort (euthanasie). Le faisant, Marie de Hennezel interdit l'acharnement thérapeutique sur le patient. Pour elle, en effet, une mort naturelle est digne, contrairement à la mort artificielle, qui permet de supprimer la vie des patients : Écoutons-là plutôt :

*Je voudrais une mort apaisée, dans mon lit à moi, pas à l'hôpital. Je voudrais qu'on soit autour de moi et qu'on me dise des mots d'amour, qui me donnent la force de mourir, qu'on me touche avec des gestes doux et calmes, qu'on me laisse glisser dans la mort sans me forcer à manger, si je n'en ai plus envie. Je veux sentir la vie autour de moi, les enfants bougés, les gens parlé, et si je souffre, qu'on me donne ce qu'il faut pour que je n'aie plus mal. C'est ça pour moi mourir dans la dignité*<sup>122</sup>.

Du point de vue philosophique, la demande de l'euthanasie se couvre d'un discours moral : « *mourir dans la dignité* ». Mais, il faut avoir le courage de dire que l'euthanasie demandée au médecin est un suicide assisté, soit un assassinat voilé car, l'initiative vient du médecin. Le suicide ou l'assassinat est toujours immoral du point de vue éthique. Dans les deux cas, l'humanité est traitée comme un moyen et non comme une fin en soi.

La liberté du patient ne peut pas être évoquée pour justifier le suicide masqué sous l'euthanasie car, ce n'est pas la liberté qui institue la vie, mais plutôt la vie qui institue la liberté. En d'autres termes, c'est la vie qui est la condition de possibilité de la vie et non

<sup>120</sup> Marie de Hennezel, *Nous voulons tous mourir dans la dignité*, Paris, Éditions Robert Laffont, 2013, p. 155.

<sup>121</sup> *Ibid.*, p. 14.

<sup>122</sup> *Ibid.*, p. 17.

l'inverse. La vie est aussi la condition qui explique que tout choix n'est pas lui-même objet de choix. En d'autres termes, personne ne choisit de se donner la vie et par conséquent ne devrait choisir de se l'ôter.

L'on peut constater dès à présent que les revendications portant sur le droit de mourir dans la dignité reposent sur des concepts juridiquement abstraits. La dignité de la personne humaine est une notion très diffuse, subjective. Marie De Hennezel pense qu'aider à mourir, ce n'est pas provoquer la mort ou tuer la personne humaine. Dans ce cas, ceux qui militent pour l'euthanasie font tout pour ne pas l'utiliser. La personne consciente de ce dont exprime généralement un attachement pour la vie en laissant le soin à la nature, avec l'aide de la médecine, de la prolonger jusqu'au terme inéluctable. La mort s'est progressivement privatisée, individualisée et laïcisée. Pour Marie de Hennezel, on peut accompagner un patient afin qu'il meurt dans la dignité. C'est dans cette même logique qu'elle affirme :

*Mourir dans la dignité » est devenu le cri de ralliement de ceux et celles qui s'opposent à la prolongation inutile et dégradante de la vie, mais c'est une expression qui n'a pas le même sens, sur le plan éthique, selon qu'elle désigne le droit de choisir le moment de sa mort, ou le droit de mourir tranquille, sans obstination déraisonnable, en recevant les soins de fin de vie nécessaires<sup>123</sup>.*

Pour elle, on réalise alors que « mourir dans la dignité » ne signifie pas nécessairement le souhait d'être « aidé à mourir » au moment où l'on aura choisi. La plupart du temps, l'assurance de ne peut pas être abandonnée, être soulagée de ses douleurs et surtout, ne doit pas être « prolongé », comme le démontre si bien Michela Marzano :

*Derrière une demande de mort, il y a l'expression d'une souffrance qui ne sait pas se dire autrement. Dans toute demande de ce genre, il y a une partie de doute, d'insondable, d'ambivalent, d'ambigu. (...) Chez ces personnes, le désir de vivre et le désir de mourir fluctuent constamment (...) et notamment en fonction de la qualité des soins, de l'accompagnement ou de la disponibilité des familles. C'est peut-être pourquoi Françoise Dolto disait que demander la mort et la donner, c'est une communication manquée.<sup>124</sup>*

Cela montre à suffisance que si un praticien pense ne pas pouvoir adhérer à une demande d'euthanasie, le médecin doit clairement faire part de son refus à son patient ou du moins lui expliquer ses motivations, conformément à la loi relative aux droits du patient. En effet, le médecin doit transférer le dossier à un collègue, au cas où le patient lui demande. C'est dans cette approche qu'affirme Jocelyne Saint-Arnaud : « le lieu de la décision relève

<sup>123</sup> *Ibid.*, p. 35.

<sup>124</sup> Michela Marzano, *L'éthique appliquée*, Paris, PUF, Collections « Que sais-je ? », 2010, p. 56.

*du patient sur le plan individuel et de la communauté civile sur le plan sociétal. Les décisions prises ne sont pas de l'ordre du consensus et les droits des patients sont supérieurs à ceux des médecins qui, en fait, se résument au droit de retrait »<sup>125</sup>.*

## **2. Euthanasie directe et l'euthanasie indirecte**

L'euthanasie a pour vocation d'aider les malades à mourir sans souffrance ni douleur. C'est dans ce sens que Jocelyne Saint-Arnaud présente les différents types d'euthanasie tels que : l'euthanasie directe et l'euthanasie indirecte. Ainsi, la problématique de l'euthanasie, peut être qualifiée de l'acte volontaire, involontaire ou non volontaire, selon lequel l'individu n'a pas demandé et consenti de manière libre et éclairée, à ce qu'on précipite sa mort. Jocelyne Saint-Arnaud montre à son tour que « *l'euthanasie active correspond à un souhait du malade. C'est une mort douce, provoquée et prédéterminée* »<sup>126</sup>. Face aux mourants, le médecin peut adopter trois attitudes différentes : laisser s'éteindre le malade, hâter la mort ou interrompre brutalement la vie. Toutefois, le malade peut-il régler lui-même les conditions de sa mort ? Les nouvelles thérapeutiques, la possibilité d'intervention de l'homme sur l'homme ne doivent pas priver le malade, contre sa volonté de vivre sa propre mort.<sup>127</sup>

L'euthanasie volontaire intervient lorsque la personne malade est consentante, c'est-à-dire qu'elle la demande de manière libre et éclairée. Sur la question de l'euthanasie, des nombreux penseurs ont des opinions divergentes. Comme le démontre Jocelyne Saint-Arnaud, pour appuyer la position en regard de l'euthanasie, cinq arguments sont invoqués :

*La possibilité d'erreurs médicales dans les diagnostics et pronostics , la découverte d'un nouveau médicament modifiant irréversibilité du processus de la mort , la crainte que l'acceptation de l'euthanasie n'entraîne une acceptation de l'euthanasie involontaire instaurant une nouvelle forme d'eugénisme , les délais bureaucratique dans l'évaluation de l'aptitude chez les personnes demandent d'euthanasie et finalement , l'absence de manifestation d'un réel besoin justifiant le recours à un tel acte<sup>128</sup>.*

Dans le même ordre d'idée, Saint-Arnaud démontre que la problématique de l'euthanasie pose de nombreux problèmes de cessation de traitement car, « *une euthanasie active directe, qui se vise à mettre fin à la vie humaine par une action positive, et une euthanasie, obtenue par une abstention ou une cessation de traitements qui prolongeaient la*

<sup>125</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, *op.cit.*, pp. 11-17.

<sup>126</sup> *Ibid.*, pp. 119-125.

<sup>127</sup> *Ibid.*, p. 136.

<sup>128</sup> *Ibid.*, p. 103.

vie »<sup>129</sup>. De ce fait, l'auteure montre les deux types d'euthanasie à savoir : l'euthanasie active directe et l'euthanasie active indirecte. Dans le cas de l'euthanasie involontaire, le malade est apte à consentir mais il n'y consent pas, il peut ne pas avoir été consulté. L'euthanasie non volontaire, quant à elle concerne des malades incapables à décider. C'est le même constat que fait l'Association Médicale Mondiale (AMM) :

*L'approche de la mort soulève bien d'autres problèmes éthiques pour le patient, le représentant légal et le médecin. La prolongation de la vie par le recours à des médicaments, des interventions de réanimation, des procédés radiologiques et des soins intensifs nécessite de décider du moment de commencer ces traitements et de les arrêter lorsqu'ils ne marchent pas.*<sup>130</sup>

En d'autres termes, l'on note que les prises de décision à la fin de la vie pour les patients incapables présentent des difficultés encore plus grandes. Si le patient a clairement exprimé sa volonté à l'avance par exemple, dans une directive anticipée, la décision sera plus facile, même si ces directives sont souvent très vagues et qu'elles doivent être interprétées au respect de l'état du patient. Si le patient n'a pas pu exprimer sa volonté de manière appropriée, le représentant légal doit faire valoir un autre critère pour la prise de décision du traitement, à savoir, le meilleur intérêt du patient.

Toutefois, l'euthanasie active directe consiste à l'action de faire mourir quelqu'un pour limiter ses souffrances. Elle intervient à la demande de malade. Quant à l'euthanasie active indirecte, elle consiste à hâter les processus de la mort en argumentant la dose d'analgésique. Jocelyne Saint-Arnaud nous renseigne que l'euthanasie passive comme « *l'abstention ou l'arrêt de traitements qui prolongent la vie par des techniques artificielles, à la demande du malade lui-même, ou indépendamment de sa volonté* »<sup>131</sup>. Cette pensée de Saint-Arnaud est pertinente parce que, la médecine avec sa puissance galopante, prolonge de façon artificielle nos vies et décide également du moment que le malade veut mourir. L'euthanasie est passive lorsqu'on laisse faire la nature ou plutôt la maladie, en prodiguant des soins palliatifs ou de confort pour permettre une mort naturelle aussi douce que possible. Si l'on doit arrêter un traitement, on dira que la maladie a repris son cours naturel. Ce n'est en fait rien d'autre que le refus de l'acharnement thérapeutique, qu'on appelle maintenant « obstination déraisonnable ». Elle peut prendre deux formes : l'abstention thérapeutique, lorsqu'on renonce à commencer un traitement, et le retrait thérapeutique, lorsqu'on interrompt un traitement.

---

<sup>129</sup> *Ibid.*, p. 121.

<sup>130</sup> Association Médicale Mondiale, *Manuel d'éthique médicale*, p. 61.

<sup>131</sup> *Idem.*

Selon Alain Pompidou, l'euthanasie active correspond à un souhait du malade, c'est une mort douce, provoquée et prédéterminée. Pompidou souligne qu' « à l'inverse, de l'euthanasie active anticipe la mort à la demande du mourant, en proie à un épuisement qui ne lui permet plus de supporter ses souffrances. Cette demande est de plus en plus souvent motivée par un sentiment de convenance personnelle : afin de ne plus encombrer ou de ne plus souffrir ». <sup>132</sup>

Cette assertion d'Alain Pompidou montre que l'euthanasie active anticipe deux éléments : un cercle vicieux, lié aux progrès de médecine, et un vieux fantasme. Pour lui, le cercle vicieux tient du fait que le soutien thérapeutique avant les années trente, s'est transformé en intervention thérapeutique, grâce aux antibiotiques, à la cortisone et aux progrès technologiques et biologiques. Quant à l'intervention thérapeutique, s'appliquant aux mourants, elle ouvre la voie à l'empoisonnement thérapeutique et c'est le malade qui se retrouve malheureusement au centre du drame.

Il apparaît que le recours à l'euthanasie active est devenu archaïque dans la mesure où les progrès de la médecine dotent les médecins de moyens de plus en plus efficaces pour lutter contre la douleur. La logique implacable de tels accords illustre le caractère parfois inhumain du progrès scientifique. C'est la raison pour laquelle Alain Pompidou réaffirme que « si le traitement échoue, le médecin a tous pouvoirs pour tuer le malade ». <sup>133</sup> Ce qui signifie que rien ne permet d'interrompre brutalement la cour de la vie, même dans les conditions finales. Rien ne permet à l'homme de se substituer à la part d'aléas dont est composée sa vie. L'homme ne peut et ne doit pas s'opposer au projet de la société qui organise la vie. Et même temps, rien n'autorise le médecin à s'engager dans la voie de l'acharnement thérapeutique. Dans la même logique, James Rachels démontre « qu'il n'y a aucune différence moralement pertinente entre faire mourir une personne pour abrégé ses souffrances et laisser mourir une personne sans intervenir pour la sauver » <sup>134</sup>. Pour elle, s'il existe une attitude coupable, ce serait la non-intervention puisqu'elle prolonge la souffrance et l'agonie. Cependant, elle conduit tout aussi à bien accepter qu'à rejeter les deux types d'euthanasie.

---

<sup>132</sup> Alain Pompidou, *Op.cit.*, p. 125.

<sup>133</sup> *Ibid.*, p. 130.

<sup>134</sup> James Rachels, cité par Jocelyne Saint-Arnaud, *op cit.*, p. 123.

### 3. Qui pourrait demander l'euthanasie et qui pourrait pratiquer l'euthanasie ?

D'après Jocelyne Saint-Arnaud, la démarche clinique face à une demande l'euthanasie nécessite avant tout une réflexion collective pluridisciplinaire qui s'opère en plusieurs types. En effet, la réponse à une demande d'euthanasie se construit dans le temps et ne se fait pas dans l'immédiateté avec une réponse oui ou non, qui pourrait ne pas donner la possibilité à la personne malade de changer d'avis :

*Au début des années 1970, le cas de Karen Ann Quinlan raviva tout le débat sur l'euthanasie. A cette époque, en effet, on se rendu compte combien les nouvelles techniques médicales, particulièrement les techniques de réanimation et de soins intensifs, permettaient de prolonger une vie dont les capacités étaient dextrement réduites. La question de l'euthanasie s'est donc posée de la cessation de traitement, plus particulièrement en regard de retrait du respirateur comme technique de maintien en vie.*<sup>135</sup>

Ainsi, la demande de l'euthanasie est faite habituellement par le patient atteint d'une maladie incurable pour soulager sa douleur. Pour Marie de Hennezel, Il faut entendre ici que, les demandes d'euthanasie doivent être évaluées plus profondément. L'euthanasie demandée suppose dès lors que :

*La mort demandée par un patient qui n'en peut plus et souhaite en finir, parce qu'il souffre physiquement et psychiquement c'est un appel au secours qu'il faut savoir déchiffrer. Une ultime tentative de communication. La mort exigée comme un droit par un patient qui veut mourir dignement. C'est-à-dire en pleine possession de ses moyens et maitre de lui-même*<sup>136</sup>.

Marie de Hennezel explique d'un côté que les médecins formés aux soins palliatifs et à l'accompagnement, affirment que ces demandes de l'euthanasie cachent une autre demande, celle d'être soulagée, et de recevoir l'assurance d'être respectée dans son désir de ne pas voir sa vie prolongée. Un engagement à ne pas abandonner suffit à faire disparaître la demande. De l'autre côté, les soignants non formés et isolés dans leurs pratiques ne disposent pas du savoir-être et du savoir-faire qui leur permettent d'accompagner la personne en fin de vie. A ce sujet, Nicolas Aumônier et al., mentionnent à juste titre que :

*Les demandes d'euthanasie émanent de l'entourage, de la famille, principalement, ou d'un soignant. Cette demande provient presque toujours de sujets bien portants, ou tout au moins de patients qui ne sont pas mourants. Dès que l'état de santé s'altère, dès que la maladie devient sérieuse, le discours change : le malade n'a plus qu'un souhait, être soulagé, soigné, et si possible guérir.*<sup>137</sup>

<sup>135</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, *Ibid.*, p. 121.

<sup>136</sup> *Ibid.*, p. 40.

<sup>137</sup> Nicolas Aumonier et al., *op.cit.*, p. 21.

En effet, les personnes qui demandent de l'aide pour mourir sont condamnées par l'évolution d'une maladie chronique qui peut être un cancer, une sclérose en plaque ou une leucémie par exemple. Il s'agit des maladies qui expriment le désir d'anticiper le deuil de la relation aux êtres aimés que l'on ne veut pas faire souffrir ou que l'on ne veut pas voir souffrir, car la mort est vue comme déchirement du lien avec les êtres aimés. A ce sujet, Axel Kahn déclare :

*La demande d'euthanasie formulée par des malades atteints de redoutables et pénibles affections constamment mortelles telles que la sclérose latérale amyotrophique avec sa paralysie progressive atteignant les centres de la déglutition et de respiration – dépende en une très large mesure de la qualité des soins*<sup>138</sup>.

A la suite, la demande de l'euthanasie doit être lucide et rationnelle. Pour cela, le malade peut se maintenir, malgré les suggestions qui lui sont proposées. Très souvent, cette dimension projective de la souffrance de l'entourage n'est pas prise au sérieux. En effet, les médecins et les soignants, souffrent eux aussi de leur impuissance face à la mort de leur patient, n'ont pas le recul nécessaire pour ne pas tomber dans le piège de cette demande. Pour accepter la demande, il faut davantage travailler la situation des patients. Marie de Hennezel ajoute à cet effet :

*La décision ne doit pas être prise dans l'urgence. Elle doit être prise en accord avec le malade qui la méthode choisie et son objectif auront été clairement expliqués. Cette prescription devra aussi bien expliquée à la famille. Elle doit enfin d'être prise par l'ensemble de l'équipe et faire l'objet d'une prescription écrite et précise quant aux doses et à la durées*<sup>139</sup>.

Parfois, ces médecins n'ont ni l'envie ni le temps de s'asseoir auprès d'une famille en détresse pour l'écouter ou pour l'aider à passer ce cap difficile. Jocelyne Saint-Arnaud mentionnera à juste titre :

*Les raisons sont obscures, il semblerait qu'ils ne veulent pas aider à mourir une personne consciente qui n'est pas encore en fin de vie. Cependant, ils souhaitent une décriminalisation de l'euthanasie pour ne pas avoir à faire face à des poursuites judiciaires, s'ils induisent intentionnellement la mort d'une personne à l'agonie par augmentation des doses d'antalgiques*<sup>140</sup>.

<sup>138</sup> Axel Kahn, *Raisonné et humain*. Paris, Nil, 2000, p. 54.

<sup>139</sup> Marie de Hennezel, *op.cit.*, p. 269.

<sup>140</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, « L'euthanasie : enjeux éthiques et politiques, *Philosopher* », vol. 13, 1992, pp. 93-105.

Selon Axel Kahn, c'est le patient lui-même qui demande l'euthanasie dans le but d'éviter la douleur physique et psychique. C'est dans cette logique que Henri Caillavet précise que : « *tout autre est situation de la personne qui, atteinte d'une maladie pénible mais non mortelle, craignant la déchéance, âgée, désespéré, demande à un médecin de l'aide pour en finir avec la vie* »<sup>141</sup>. Ceci se justifie par le fait qu'il existe un crucial courant de l'idée humaniste, revendiquant le droit de mourir dans la dignité, avec l'aide des médecins, si nécessaire. A partir de cet instant pour Jocelyne Saint-Arnaud,

*Parmi les critères d'accès à l'euthanasie, il ya celui d'une souffrance physique ou psychologique insupportable et impossible à soulager. La tolérance à la souffrance est très subjective et seul le patient peut en juger. Le soulagement de la souffrance "ou la douleur totale" déborde le champ de la médecine*<sup>142</sup>.

En effet, certains malades demandent parfois à ne plus être réveillés du tout, d'autres, au contraire, émergent dans un état psychique différent et souhaitent mourir conscients. C'est ce qui amène Marie de Hennezel à dire que « *certaines laissent entendre que la pratique du sommeil induit est une euthanasie camouflée, une euthanasie lente* »<sup>143</sup>. C'est-à-dire, cette pratique comporte un risque, qui est celui d'être prescrit à la légère.

Pour le Collège des médecins du Québec en 2009, le refus de traitement par le patient demeure un épineux problème éthique que rencontrent les praticiens car, il signifie que le patient a choisi de mourir et attend que les soignants l'accompagnent dans ce sens :

*Le médecin clinicien doit interpréter adéquatement la demande d'un patient qui exprime son désir de mourir. Selon certains, une telle demande cache la détresse et la solitude ou encore reflète une dépression dont les personnes en fin de vie ne sont pas exemptes. Selon d'autres, cette demande exprime le vœu raisonnable et conscient d'une personne qui ne veut pas prolonger indument sa vie, qui désire maîtriser la situation, qui ne veut plus être à la charge de quelqu'un ou qui demande que cessent la douleur et l'agonie. Quoi qu'il en soit, la demande du patient doit toujours être au cœur du débat, même si le choix social n'est pas toujours de le respecter*<sup>144</sup>.

Pour dire que les personnes en fin de vie ou atteintes d'une maladie chronique dégénérative, craignent beaucoup plus la douleur et la souffrance qui peuvent précéder la mort

<sup>141</sup> Henri Caillavet, *A cœur ouvert, combat pour la raison*, cité par Axel Kahn, *Et l'Homme dans tout ça ! Plaidoyer pour un humanisme moderne*, p. 332.

<sup>142</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, « Ouvrir la porte à des pratiques euthanasies ? Simple que les Rapports de la Société royale, du Barreau du Québec et de la commission spéciale sur le mourir dans la dignité le laissent », Éditeurs/Editors : Jason Behrman & Charles Dupras, 15 Juin 2015, pp. 1-9.

<sup>143</sup> *Ibid.*, p. 268.

<sup>144</sup> Collège des médecins du Québec 2006. *ALDO- Québec. Aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*. Montréal, Éditions du Collège des médecins du Québec, 2006, p. 136.

que la mort elle-même. Marie de Hennezel relate l'histoire de Michel Landa, atteint d'un cancer du poumon :

*Le droit de mourir dignement dans la lucidité, la tendresse, sans autres affres que celles inhérentes à la séparation et au glissement hors de cette forme de vie, ce droit devient un impératif évident dès lors que la vie peut être prolongée jusqu'au dernier délabrement et même au-delà<sup>145</sup>.*

Il y a trente ans, le « mourir dignement » réclamé par Michel Landa, c'était le droit de « se laisser glisser » dans la mort. C'est ce qui permet aujourd'hui à la loi que nous avons. À aucun moment de son texte, Landa ne revendique le geste qui tue. Mourir dignement, tel que décrit ici, est à la fois un droit et un devoir pour la société d'en assurer les conditions. Mais « mourir dans la dignité » a pris aujourd'hui un autre sens. Dans la même perspective, la pertinence morale de la distinction entre l'action et l'omission, ont permis d'évacuer la distinction périmées d'euthanasie indirecte ou euthanasie passive. C'est pourquoi Patrick Versperen mentionne :

*Désormais, les grands axes du débat actuel sont d'une part, une euthanasie active volontaire directe, appelée simplement euthanasie et réservée à l'acte de donner la mort à un malade incurable, à sa demande ou non et pour abrégé ses souffrances et d'autre part, une approche globale d'accompagnement incluant le soulagement de la douleur totale<sup>146</sup>.*

Cette alternative s'est développée surtout en France ; la mise sur pied de soins palliatifs adéquats visant à humaniser la mort. Pour bien accompagner la pratique médicale, la compétence en soins palliatifs demande bien davantage qu'une connaissance technique devient un savoir de communication entre les mourants et les médecins. Les applications de la pratique de l'euthanasie montrent également que d'autres médecins proposent l'euthanasie au malade, à partir du moment où son état de santé devient défaillant, c'est-à-dire qu'il n'arrive pas à supporter ses souffrances.

En effet, les prises de décisions relatives en fin de la vie des patients deviennent problématiques. Si le patient a clairement exprimé son vœu à l'avance par exemple, dans une directive anticipée, la décision sera plus facile, même si elles sont souvent très vagues et doivent être interprétées dans le respect de l'état actuel du patient. De même, si le patient n'a pas exprimé sa volonté de manière appropriée, le représentant légal doit faire recours à un autre critère pour la prise de décision du traitement qui vise à aider le patient.

---

<sup>145</sup> *Ibid.*, pp.18-19.

<sup>146</sup> Patrick Versperen, cité par Jocelyne Saint-Arnaud, *op.cit.*, p. 127.

Philippe Pedrot souligne à cet effet qu'« *il est des termes tellement usités que l'on ne sait plus la signification qu'il faut leur donner. Le terme de dignité est de ceux -là.* »<sup>147</sup>. Et c'est en effet un constat aujourd'hui, malgré les définitions diverses, la dignité est l'essence même de l'Homme. Elle renverrait tantôt au respect dû à la personne humaine et tantôt au respect dû à soi-même. En effet, l'euthanasie représenterait un droit du patient à demander à autrui qu'on le tue plutôt qu'un acte volontaire du tiers. Cette permission légale contreviendrait quoiqu'il en soit, à l'interdit pénal de tuer autrui. Toutefois, la frontière entre permission légale et droit de donner la mort pourrait être douteuse.

Dans ce chapitre, l'on peut retenir qu'il faut absolument distinguer les limitations et l'arrêt de traitement devenus inutiles ou refusés par le patient qui relève d'une bonne pratique médicale de l'euthanasie, qui est l'acte de provoquer délibérément la mort. Il faut également distinguer l'euthanasie de certaines pratiques de soulagement des douleurs réfractaires ou des angoisses insupportables, qui peuvent entraîner une mort non recherchée. Dans cette perspective, la base d'une approche pragmatique pour le soignant confronté à une demande d'assistance pour accélérer le décès, est l'observation ou le respect de la loi de mourir dans la dignité. Face à cet état de choses dans la problématique de la pratique de l'euthanasie, aucune société n'a véritablement trouvé une solution à ce jour pour répondre de manière significative à la demande des malades qui désirent de s'ôter la vie.

En effet, dans le processus de l'euthanasie se formule une demande d'assistance médicalisée pour mourir dans la dignité. Toutefois, les médecins sont donc confrontés à une relation thérapeutique et humaine, qui soulève un dilemme pour les traitements qu'ils donnent. Cette pratique se passe à l'hôpital et cette initiative consiste à demander l'euthanasie, qui doit parvenir du patient et cette demande doit être réitérée à plusieurs reprises consciemment et librement par le patient lui-même ainsi que par les familles les plus proches. Il faut noter que la pratique d'euthanasie intervient aussi lorsque le patient est affligé d'une souffrance par laquelle aucun traitement n'est possible pour sa santé.

Les motifs peuvent pousser les soignants à proposer la pratique d'euthanasie pour ôter la vie aux patients, certains relèvent donc de l'épuisement face à une expérience d'un malade longtemps pris en charge et qui souffre véritablement. La proposition d'une assistance de l'euthanasie pour mourir, contrairement à l'acharnement thérapeutique, s'exprime souvent à

---

<sup>147</sup> Pedrot Philippe, « La dignité de la personne humaine : principe consensuel ou valeur incantatoire ? », in *Éthique, droit et dignité de la personne*, Mélanges C.BOLZE, Economica, 1999, p. 11.

une lassitude des soignants devant les évolutions prolongées ou la répétition de certaines situations cliniques sans issues et de plus en plus complexes. C'est sans doute ce qui amène Marie de Hennezel à souligner que « *l'hôpital n'est pas le lieu pour mourir* »<sup>148</sup>. Il faut donc réfléchir aux raisons profondes et éthiques pour examiner l'euthanasie clandestine, pour la simple raison que l'hôpital se trouve dans la pratique de tuer le malade jour pour jour. De ce fait, il faut distinguer l'euthanasie réclamée par les bien-portants, comme un droit de disposer sa vie, par rapport à l'euthanasie demandée par les mourants ou leur famille en détresse, qui s'avère de plus en plus problématique.

Pour cela, le médecin doit demander des conseils d'un autre médecin, qui considère l'euthanasie comme acceptable dans un état critique du malade ou du patient. En fait, le médecin doit faire une analyse collective avec ses collègues, pour bien s'approprier de cette demande qui vient du patient, afin d'être traitée et mise en chaîne pour les soins de ce dernier. Marie de Hennezel réaffirme :

*La loi du 9 juin 1999 affirme le droit à toute personne malade dont l'état le requiert, d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement, à l'hôpital comme à son domicile. Toutefois, en pratique, de nombreux professionnels de santé sont aujourd'hui démunis devant ces situations difficiles, faute de formation au traitement de la douleur, mais aussi au dialogue et à la communication avec les patients mourants*<sup>149</sup>.

Pour cette dernière, la culture de l'accompagnement est une réflexion éthique sur la mort. Elle mérite d'être développée dans les hôpitaux et dans la société civile. Certains professionnels confrontés à des décisions de limitation et d'arrêt thérapeutiques, se retrouvent parfois isolés dans leurs pratiques.

---

<sup>148</sup> *Ibid.*, p. 44.

<sup>149</sup> Marie de Hennezel, *op.cit.*, p. 2.

## CHAPITRE V : LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Parler de problème du soulagement de la douleur n'est pas nouveau, dit Jocelyne Saint-Arnaud. Cela revient d'abord à décrypter les développements des sciences médicales et infirmières qui permettent de soulager les maladies incurables. Pour Jocelyne Saint-Arnaud, la médecine a pour but de préserver la vie, en traitant la maladie et en soulageant les souffrances du patient. Elle prend également en considération les conditions dans lesquelles se trouvera le malade, en lui donnant les soins adéquats. Il faut noter ici une fois de plus que le médecin a pour mission de soigner et non de guérir. Il doit se prononcer sur les moyens et non sur le résultat. En effet, on craint que « *le mensonge au malade devienne une manière de l'exproprier de sa mort, comme le ferait l'euthanasie* »<sup>150</sup>, comme l'affirme François Malherbe. Il existe aujourd'hui une revendication de notre société à mourir dans la dignité sans attendre les derniers ravages de la maladie. On parlera d'une mort digne :

*Nous le savons bien, affirme Malherbe François, quand un être est frappé à mort, toute parole, tout geste risque d'être le dernier. Le plus petit signe d'attention se change alors de tout de poids de la communion humaine, cette communion dont nous avons la nostalgie, et que presque toujours nous manquons.*<sup>151</sup>

Ainsi, la façon dont on meurt ne dépend pas seulement de la vie vécue. Elle dépend aussi de la manière dont on est accompagné.

### 1. La morale de soulager la douleur

Dans son ouvrage intitulé *Enjeux éthiques et technologies biomédicales*, Jocelyne Saint-Arnaud évoque trois principes fondamentaux éthiques qui sont des repères à savoir : le principe de bienfaisance, le principe de non-malfaisance et le principe du respect de l'autonomie de la personne. Le principe de bienfaisance est l'obligation de promouvoir le bien-être du patient. Le principe du respect de l'autonomie quant à elle met en évidence la règle du consentement éclairé, c'est-à-dire informé en mettant fin au paternalisme du médecin. Le principe de non-malfaisance permet au praticien de soulager le patient selon le bien fait que recommande l'éthique appliquée. A cet effet, l'intervenant ou le médecin doit pouvoir participer à l'évaluation de la douleur et suggérer des options de soins que lui recommande le devoir morale. Son expertise professionnelle, comme celle des autres

<sup>150</sup> Malherbe François, *Pour une éthique de la médecine*, Bruxelles, Éditions Ciaco-catalyses, 1990, p. 191.

<sup>151</sup> Olivier Clément, cité par Marie de Hennezel, *Mourir les yeux ouverts*, Paris, Albin Michel, 2005, p. 45.

membres de l'équipe de soin lui permet de connaître quel soin il doit administrer au patient. C'est pourquoi Jocelyne Saint-Arnaud mentionne également : « *à court ou à long terme, la douleur chronique modifie le comportement et à la limite, le malade, dominé par la douleur et la souffrance, ne se trouve plus aucun sens l'existence.* »<sup>152</sup>

En réalité, la personne malade vit avec la maladie, car celle-ci fait partie intégrante de sa vie. Le projet de loi québécois montre à cet effet que ce sont les volontés de la personne qui priment sur tout, parce que la notion de la souffrance est synonyme de la douleur. Ainsi, le fait que ce soit le patient lui-même qui évalue le caractère intolérable de la souffrance, ouvre la porte à des abus. Par exemple, le fait d'aller en hébergement peut constituer pour une personne qui est atteinte d'une maladie grave, incurable et irréversible à une douleur intolérable qui donnerait accès à l'euthanasie. C'est d'ailleurs ce que craignent les travailleurs sociaux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal rencontrés le 24 septembre 2013. De manière laconique, le mal de vivre ou la crainte d'aller en hébergement ne sont pas considérés par les médecins comme une souffrance intolérable, mais ce n'est pas le cas des membres des commissions. Aux Pays-Bas, le tribunal a tranché au sujet de la souffrance dans l'affaire Chabot en 1994 et l'affaire Brongersma de 2002 car, « *la souffrance en cause doit faire l'objet d'un diagnostic médical somatique ou psychiatrique* »<sup>153</sup>. Ces arrêts judiciaires limitent l'interprétation qu'en font les membres des Commissions aux Pays-Bas.

Les philosophes sont alors d'accord pour affirmer que la moralité de l'euthanasie repose sur la moralité du suicide. En effet, les théories éthiques condamnent l'acte de tuer une personne lorsqu'il s'agit d'un acte immoral en lui-même. L'on note également que les métaphysiques aristotéliennes et thomistes interdisent l'euthanasie ou l'acte de suicide qui va à l'encontre de la loi naturelle. Toutefois, pour Aristote et Saint Thomas d'Aquin, aucun être humain n'a pas le droit d'ôter sa vie. Dans la même logique, Emmanuel Kant ne tarde pas à réagir au respect de la vie car d'après lui, le respect de sa propre vie et celle des autres constituent une obligation morale qui ne supporte pas d'exception.

Pour le soulagement de la douleur, du point de vue bioéthique, Jean-Louis et Marie Helene Parizeau affirment que : « *les critères d'un consentement libre éclairé doivent pouvoir s'appliquer, de manière à ce que la décision prise soit consensuelle, tenant compte à la fois des avis médicaux et des volontés du patient, s'il est lucide, ou de sa famille ou de son*

---

<sup>152</sup> *Ibid.*, p. 141.

<sup>153</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, « Les dérives anticipées concernant l'application des lois ayant légalisé l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique » in *Les Cahiers francophones de soins palliatifs*, vol. 2, 2013, p. 47.

*représentant, s'il n'est pas lucide.* »<sup>154</sup> A cet effet, il convient de dire que cette démarche a l'appui d'un large consensus, s'exprime notamment dans les lignes directrices et les protocoles au Canada et aux Etats-Unis. Jocelyne Saint-Arnaud montrera également que : « *lorsque la mort est imminente et inévitable, le refus d'un traitement disproportionné, même si un tel refus hâte la mort est moralement acceptable.* »<sup>155</sup> Ce passage démontre que la mort naturelle n'est pas synonyme d'un suicide ou d'un acte d'euthanasie.

D'autre part, Saint-Arnaud admet que la pratique de l'euthanasie modifie la relation du patient-médecin et le modèle proposé est beaucoup plus moderne que traditionnel. C'est dans cette optique qu'elle estime que : « *le malade doit participer à l'évaluation de la proportionnalité des traitements* »<sup>156</sup>. Selon Marie de Hennezel, le groupe de la parole est souvent le lieu où les infirmières peuvent venir parler des tensions auxquelles elles sont soumises. Leurs patients répètent très souvent qu'ils n'en peuvent plus et qu'ils en veulent en finir. Les familles quant à elles demandent si cela va encore durer longtemps.

Plusieurs malades attendent une parole ou un geste de tendresse qui leur donne la force et l'autorisation de tirer leurs révérences. C'est le dialogue qui fait en effet du malade une personne irréductible à sa maladie. Malgré l'identité des maladies, le médecin est confronté à une personne singulière, irréductible en général et à l'identique. La parole permet de sortir le malade du statut de l'objet qui risque de le réduire aux examens et analyses, pour faire de lui un sujet partenaire des soins. Le dialogue doit éviter d'aggraver le déséquilibre initial, il ne doit pas être un cours de médecine ou la communication des informations techniques qui ne sont pas utiles au malade.

La parole doit conduire le malade à s'approprier sa maladie pour l'insérer dans son histoire personnelle dans laquelle elle prend sens. Ce qui signifie que le temps de la maladie peut être aussi le temps d'une relecture à partir duquel le patient donne sens à ses souffrances. La souffrance d'un mourant est intolérable et sollicite beaucoup plus le recours à des traitements psychologiques contre sa douleur et l'angoisse pour qu'il soit fort devant sa mort. L'éthique biomédicale nous amène donc à nous questionner. Ainsi, qu'elle doit être l'attitude des intervenants face à cette souffrance qui diminue les fonctions du patient ? A cette

---

<sup>154</sup> Jean-Louis et al., « Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical », in *Médecine - Sciences*, vol. 3, n° 1, 1987, pp. 8-12.

<sup>155</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, « Trois discours de Pie XII sur l'euthanasie », in *Laval théologique et philosophique*, n° 3, vol. 50, 1994, pp. 551-552.

<sup>156</sup> *Ibid.*, p. 58.

question, Beatrice Piccinni estime que la souffrance mentale est plus difficile que la souffrance psychologique. Écoutons-la plutôt :

*Les médecins ne prennent pas leur responsabilité face aux finis de vie. Ils savent que les infirmières ne laissent pas les malades hurler et supplier sans rien faire. Ils n'ignorent pas qu'ils accélèrent les perfusions et qu'elles augmentent les prescriptions jusqu'à la dose ultime.*<sup>157</sup>

Ainsi, en quoi le retour en équipe sur la fin de vie peut-il nous permettre d'exprimer notre ressenti, pour pouvoir prendre des dispositions pour le soulagement ? S'attacher à une profession paramédicale, pour nous c'est prendre en charge une grande responsabilité à l'échelle de la vie humaine c'est-à-dire, s'occuper véritablement du territoire fragile qui sépare le corps et l'âme ou encore la mort. Moriceau Michel fait cette mise au point :

*L'absence de réflexion globale, au niveau nature comme au niveau des établissements. Le groupe de parole permet de mettre à distance, de relativiser des émotions qui du mieux coup seront moins envahissant. Ceci peut permettre aux agents d'être plus attentifs aux attentes de leurs malades, indispensable à la cohérence des soins. Les charges informelles entre professionnel, les réunions pluridisciplinaires, les groupes de parole sont des espaces où sont mis en mots, les tensions, les émotions, mais aussi la fatigue, la colère. De telles synthèses aident à perdre du recul et à élaborer des mesures de production adaptées. La prévention du risque de divergence entre soignants est aussi assurée. Des avis contradictoires sont en effet générateurs d'angoisse tant pour les membres de équipe que les patient et les familles*<sup>158</sup>.

En dépit de sa longueur, cette affirmation de Moriceau Michel démontre clairement que les espaces de réflexion contribuent à la personnalisation du soignant et à l'améliorer de ce fait la qualité de soins dans la dimension de la clinique de la *praxis* et de l'éthique. Encore, faut-il que ces savoirs soient partagés et diffusés à l'ensemble de la profession de la santé pour prendre les décisions éthiques.

En effet, les groupes de paroles ne sont que les outils possibles, il y va de la responsabilité de chaque médecin d'améliorer la prise en charge des personnels soignants. Le soignant ou le médecin doit également connaître les techniques qui soulagent la douleur, accepter en outre de ne pas être performant à tout prix, essayer de trouver en soi les ressources, connaître ses limites et surtout les acceptés. Le travail en équipe permet donc au médecin d'être à l'écoute des malades et en même temps de collaborer avec ses collègues. On ne peut donc pas prétendre à aider une personne dans la souffrance si on n'assume pas

<sup>157</sup> Beatrice Piccinni cité par Marie de Hennzel dans, *Nous ne sommes pas dit au-revoir*, p. 82.

<sup>158</sup> Michel Moriceau, *La souffrance des soignants*, Paris, Éditions Chugai-Pharma, 2003, p. 36.

d'abord sa propre souffrance. C'est pourquoi tout intervenant, dont la vocation est de prendre soin de celui qui souffre se doit d'assumer ses propres blessures. Comme le rappelait Paracelse : « *un médecin doit exercer son art, non pas pour son propre profit, mais pour celui de son patient* »<sup>159</sup>.

## 2. La relation entre médecin et le malade

La relation entre médecin et le malade aboutit à la confrontation entre celui qui connaît et celui qui souffre. Le malade étant souffrant est privé de sa liberté : il vient vers son médecin pour chercher le soulagement de sa maladie. Pour ce faire, celui qui souffre attend des personnels soignants pour soulager sa douleur, couverte par le secret médical.

Cette relation doit être sans discrimination c'est-à-dire aucune distinction sur la base de race, culture, de la religion ou de sexe. Le principe fondamental du médecin doit être celui de la bienfaisance et non de la malfaisance. L'autre élément de relation entre médecine et malade est le respect. Ce respect se fonde sur l'observation des remarques et des règles de politesse tout au long de l'entretien, de l'accueil du patient à son raccompagnement et la tolérance vis-à-vis de la responsabilité du patient, de ses idées, de ses choix de vie. Quant à la médecine, son devoir est de mettre en garde le patient face aux dangers et aux pertes de confiance qu'il y aurait à y recourir, sans angoisse. C'est dans cette logique qu'Axel Kahn a pu affirmer :

*Un autre débat actuel concerne la nature et les limites des devoirs d'un médecin envers ses malades. Nous avons vu de quel paternalisme plus ou moins éclairé émerge la relation- malade, l'attitude du premier étant marquée par le principe de bienfaisance plus que par celui du respect de l'autonomie du second*<sup>160</sup>.

Il s'agit précisément de s'appuyant sur les données médicales sans toutefois nier la pertinence et l'importance des quatre principes classiques de la bioéthique que sont le respect de l'autonomie de la personne, la justice, la bienfaisance et la malfaisance. Ces principes ou ces règles sont un cadre d'analyse efficace du domaine de la santé à garantir le droit du patient. De ce fait, ces principes sont importants pour démontrer les innervations cliniques dans une relation médecin-malade. Ainsi, l'expérience critique du patient-médecin nous permet de considérer le patient davantage de manière active. C'est ce qui amène Isabelle Baszanger a affirmé que « *ce que le malade négocie dans l'interaction, c'est son droit à avoir*

<sup>159</sup> Paracelse, cité par Kenneth Walker, p. 121.

<sup>160</sup> *Ibid.*, p. 328.

*un point de vue différent* »<sup>161</sup>. Autrement dit, en fonction du statut du médecin qu'il a en face de lui, le malade-médecin ne renvoie pas la même image. C'est-à-dire qu'il peut parfois être soumis à une identification désagréable pouvant lui devenir nuisible.

En effet, le savoir du médecin et la douleur du patient poussent très souvent celui-ci à renoncer à sa volonté propre, à la libre disposition de lui-même et de son corps, pour s'en remettre au médecin. Le savoir du médecin place le patient en situation de dépendance et de faiblesse. Le médecin est amené à pénétrer dans l'intimité du malade. Cela commence par le fait de se présenter nu à son médecin et d'être capable de répondre à des questions qui dévoilent sa vie intime et familiale.

Une enquête qui va au-delà du patient et touche ses proches doit être encadrer éthiquement pour éviter tout abus car le patient, tel l'esclave qui « *préfère survivre comme animal plutôt que de mourir comme homme, remet sa liberté entre les mains du maître-médecin, dont il attend en retour qu'il le préserve de la mort.* »<sup>162</sup> L'instinct de la préservation de soi prime sur la défense de sa liberté. Il faut être vivant pour pouvoir défendre sa liberté. La relation entre le patient et le médecin est parfois déséquilibrée en faveur du médecin. Le médecin ne saurait profiter de cette situation pour nuire au malade. De ce fait, l'éthique soulève le dilemme des limites du pouvoir de l'intervenant et de la confiance du patient :

*Alain Pompidou ne retarde pas en ces termes, avant d'envisager ces temps forts de la relation entre le médecin et le malade, que sont l'annonce d'un diagnostic et des prescriptions thérapeutique, je voudrais présenter le malade tel qu'il apparait au celui-ci sollicite, à sa famille, ou à son plus proche entourage, la réalité d'une situation pathologique. Le profil psychologique du malade est la donnée essentielle qui doit conditionner l'attitude du médecin. Toute la difficulté est en effet, de se faire une opinion sur la volonté réelle du malade de savoir s'il est ou non condamné.*<sup>163</sup>

Le serment d'Hippocrate donne référence fondatrice de relation entre médecin-malade et de la bonne pratique médicale. Il est aussi respecté par les médecins qui s'approprient la vision morale d'Hippocrate. Pour ce dernier, la tâche du médecin consiste à utiliser son jugement pour le seul bénéfice du patient.

Le patient et le médecin sont de prémisses allant ensemble, les deux ont un lien indissociable. Le médecin a besoin de connaître le patient dans sa globalité afin de lui

<sup>161</sup> Isabelle Baszanger, « Les maladies chronique et leur ordre négocié », in *Revue française de sociologie*, 1986, vol. 27, n° 1, p. 6.

<sup>162</sup> *Ibid.*, p. 249.

<sup>163</sup> *Ibid.*, pp. 143-144.

administrer les traitements. C'est d'ailleurs par là que commence leur relation, qui ne doit pas être confondue avec la relation thérapeutique. La relation entre patient et le médecin est fondée sur la confiance. Il s'agit d'une rencontre singulière et imprévisible qui se construit autour d'un symptôme, une maladie et de la parole<sup>164</sup>.

Toutefois, le rapport entre le malade et patient est encadré par le secret médical. Il est ce qui donne au médecin de pénétrer dans l'intimité du malade. Le secret médical proscrit toute initiative qui va à l'encontre de la profession de la santé. Ainsi, le patient peut s'ouvrir et coopérer à ses soins que s'il est assuré que ce qui lui est propre et intime ne sera pas livré au public. Le secret médical interdit également au médecin de révéler ou dévoiler la maladie d'un patient. Le médecin ne peut de sa propre initiative se décharger de cette obligation. S'il le fait, il jette la suspicion sur toute la profession médicale et rompt le contrat de confiance qui existe entre le médecin et le patient. Comme le souligne Alain Pompidou : « *l'impératif du secret est le prix que doit payer le médecin pour s'autoriser ainsi à explorer une intimité que le patient n'aurait partagée avec aucun de ses proches.* »<sup>165</sup> Le médecin accompagne son patient et s'occupe des malades dans un contexte de vie menacée. Ainsi, le patient doit transcender sa propre peur pour laisser la place au médecin de l'accompagner et de le soumettre à des traitements.

Il s'ensuit que la relation médecin-malade est essentielle pour l'obtention d'un résultat de traitement optimal. Elle est fondée sur l'écoute, le respect, l'examen et la sincérité du langage. Elle vise également à établir la confiance, c'est-à-dire que le patient fera confiance à son médecin dans l'espoir de trouver un soulagement. Les panacées à ces obstacles sont à chercher dans la formation des praticiens, l'organisation des groupes de paroles et dans l'usage des technologies qui n'en dispensent en aucun cas du nécessaire vis-à-vis des médecins et pour celles qui relèvent de l'intelligence artificiel, exigent immuablement la garantie humaine de la médecine dans l'accompagnement du malade en fin de vie.

Face à cet état de chose, la problématique de l'accompagnement des familles revient souvent au fil des entretiens et semble poser le problème dans la prise en charge des personnes à la phase terminale autant que le groupe de parole est chargé d'annoncer le décès du patient. Pascale Thibault décrit cela en ces termes :

---

<sup>164</sup> Disponible sur <http://www.cgm.com>, page consultée le 07 mars 2023 à 14h42.

<sup>165</sup> *Ibid.*, p. 251.

*Au cours des formations médicales et infirmières, le soignant est principalement préparé à une relation duelle avec le patient. Cette relation prend rarement en considération la famille ou l'entourage proche du malade [...]. Le soignant considère parfois qu'il remplace l'entourage de la personne malade. La présence des familles entraîne des mortifications importantes des pratiques soignantes et médicales et engendre des problématiques nouvelles au sein des institutions hospitalières<sup>166</sup>.*

Dès lors, le rapport entre médecin et patient a été un sujet d'étude dans la mesure où il conditionne la satisfaction du patient mais aussi l'efficacité thérapeutique. Cette déclaration rime avec celle de Pascale Thibault, la plus récente version de 2005 de la Déclaration des droits du patient de l'Association Médicale Mondiale (AMM) qui stipule que :

*La relation entre les médecins, les patients et la société en général a connu ces derniers temps des changements importants. Alors que le médecin doit toujours agir selon sa conscience et dans le meilleur intérêt du patient, il importe par ailleurs de veiller à garantir au patient l'autonomie et la justice<sup>167</sup>.*

Plusieurs personnels soignants estiment aujourd'hui que les patients ont leurs propres fournisseurs de soins et que le médecin a pour rôle de les conseiller ou de les instruire. Cette vision des soins de santé qui rime avec l'automédication est loin d'être générale car, elle semble progresser et est symptomatique d'une évolution plus globale de la relation médecin-patient qui provoque des changements dans les obligations éthiques des médecins. La relation médecin-patient est la pierre angulaire de la pratique médicale et donc, de l'éthique médicale. Cette relation est généralement interprétée dans le sens que le médecin ne doit pas délaisser le patient pour lequel il s'est engagé à dispenser des soins. Le Code international d'éthique médicale de l'Association Médicale Mondiale (AMM) laisse entendre que la seule raison de mettre un terme à la relation médecin-patient est que le patient demande de consulter un collègue doté de compétences différentes :

*Le médecin devra à ses patients la plus complète loyauté devra les faire bénéficier de toutes les ressources scientifiques disponibles. Lorsqu'un examen ou traitement dépasse ses capacités, le médecin devrait consulter un confrère possédant les compétences requises ou adresser le patient à ce confrère<sup>168</sup>.*

Mais, il est judicieux de mentionner avec Marc Zaffran que « dans l'esprit de tous, la relation entre patient et médecin est simple et naturelle : l'un demande des soins, l'autre les lui prodigue. La réalité est souvent très différente. »<sup>169</sup> Ceci vient renchériser son

<sup>166</sup> Pascale Thibault revue ASP, n° 40, décembre 2009.

<sup>167</sup> Association Médicale Mondiale, *Manuel d'éthique Médicale* 3<sup>ème</sup> Edition Inc., 2015, p. 22.

<sup>168</sup> *Ibid.*, p. 40.

<sup>169</sup> Marc Zaffran, *Le patient et le médecin*, Québec, Presse de l'Université de Montréal, 2014, p. 264.

argumentaire selon lequel soigner est peut-être naturel quand il s'agit de nos proches, mais les professionnels de la santé n'ont souvent ni la formation, ni la volonté pour y apporter dans certaines conditions les solutions adéquates. Pour Marc Zaffran, le monde médical reste confronté à certaines difficultés, notamment le manque d'une culture peu propice au souci ou au respect de l'autre.

### 3. Le droit de choisir sa mort

Du point de vue moral chez Saint-Arnaud, la raison naturelle et la morale chrétienne montrent clairement que « *l'homme a le droit et le devoir, en cas de maladie grave, de prendre les soins nécessaires pour conserver la vie et la santé.* »<sup>170</sup> Le droit de choisir sa mort fait l'objet d'une analyse détaillée dans cette partie. Dans ce même contexte, le droit de choisir sa mort se passe parfaitement en harmonie avec la volonté du patient aux services des soins palliatifs : le médecin devra tout faire, pour accompagner ce mourant dans son droit. Selon les Directives médico-éthiques de l'Association Suisse des Sciences Médicales :

*Souvent, les personnes se trouvant dans la phase ultime de leur vie ont un besoin particulier d'aide et de protection. Elles nous rappellent que toute existence humaine a une fin. Le but de ces directives est de mettre en évidence les tâches, les possibilités et les limites de la prise en charge des patients en fin de vie. Les décisions relatives à la fin de la vie posent de grands défis au patient lui-même, bien sûr, mais aussi à ses proches, aux médecins et à l'équipe responsable de sa prise en charge. L'objectif principal consiste à soulager les souffrances et à offrir au patient la meilleure qualité de vie possible ainsi qu'un soutien à ses proches*<sup>171</sup>.

Le magazine « France-Soir » publie sous ce gros titre la déclaration de désobéissance civique signée par 132 personnes dont quelques personnalités connues. Ces 132 personnes déclarent avoir aidé à mourir une ou plusieurs personnes à leur demande, et peuvent le refaire si cela est nécessaire : « *nous voulons pouvoir choisir le moment de notre mort et la manière de mourir. Nous voulons mourir dans la dignité* »<sup>172</sup>. La défense véritable du droit de mourir exige une nouvelle vocation de la médecine, afin que la relation entre médecin et patients soit améliorée. Certes, l'obligation de vivre qu'on impose souvent à la personne malade, quand elle sollicite qu'on l'aide à ôter sa vie, est de l'ordre de la violation de la personne, car comme le démontre clairement Hans Jonas,

<sup>170</sup> Pie XII, « Problèmes médicaux et moraux de la "réanimation" », in *La Documentation catholique*, n° 1267, 1957, p. 1607.

<sup>171</sup> Directives médico-éthiques de l'Association Suisse des Sciences Médicales, « Prise en charge des patients en fin de vie » in *Info Kara*, n° 1, Vol. 19, 2004, pp. 17-20.

<sup>172</sup> Marie de Hennezel, *op.cit.*, p. 132.

*Aucun devoir de vivre ne peut contraindre mon droit de choisir (...) Quelles que soient les exigences du monde envers la personne, ce droit de mourir est, moralement et juridiquement, non moins inaliénable que le droit de vivre. La réalisation de l'un ou l'autre droit peut être sacrifiée à des considérations différentes selon le choix de la personne, pourvu seulement que ce soit un choix libre. Le couplage des deux droits contraintes assurent à l'un et à un devoir qu'aucun d'entre eux ne peut être tourné en un devoir absolu : ni vivre, ni mourir<sup>173</sup>.*

Selon Marie de Hennezel, peu de patients demandent l'euthanasie de manière claire, ferme et répétitive, parce qu'ils veulent maîtriser et contrôler jusqu'au bout les inconvénients de cette pratique. Ils estiment qu'il est temps pour eux de couper le fil de la vie, comme disait Sénèque. Autrement dit, ils veulent mourir avant d'être trop diminués dans leur capacité à entretenir une relation consciente avec les autres<sup>174</sup>. La manière d'envisager la dignité des derniers instants correspond d'ailleurs à ce que réclamait il y a plus de trente ans, l'écrivain Michel Landa, atteint de cancer du poumon :

*Le droit de mourir dignement dans lucidité, la tendresse, sans autres affres que celles inhérentes à la séparation et au glissement hors de cette forme de vie, ce droit devient un impératif évident dès lors que la vie peut être prolongée jusqu'au dernier délabrement-et même au-delà<sup>175</sup>.*

C'est dans cette logique qu'Alain Pompidou pense qu'il existe de nos jours une revendication de notre société à mourir dans la dignité, sans attendre les derniers ravages de la maladie. Il s'agit le plus souvent, de la révérence à une fin douce et paisible<sup>176</sup>. L'accompagnement des mourants consiste à assister celui qui va devoir s'arracher la vie. Comme pour la procréation, cette pratique se fera en secret. Mais quitter la vie, l'homme se retrouve seul, face à lui-même, sous l'emprise de la mort.

Ainsi, la maladie inguérissable peut pousser le patient à demander la pratique de l'euthanasie qui pourra le débarrasser de cette maladie, à l'aide d'un médecin ou du personnel de la santé. Il faut l'aider à mourir, à rompre les amarres qui le retiennent encore, lui montrer les dernières images de la vie auxquelles s'attache sa mémoire comme les derniers éclats du phare quand le bateau ayant quitté le port, se trouve loin en mer. Après avoir laissé le malade mourir de sa belle mort, ses proches lui ferment les yeux. Un homme s'éteint, mais la vie continue.

---

<sup>173</sup> Hans Jonas, *Le droit de mourir*, Paris, Editions Les Rivages, 1996, p. 29.

<sup>174</sup> *Ibid.*, p. 123.

<sup>175</sup> Marie de Hennezel, *op cit*, p.18.

<sup>176</sup> Alain Pompidou, *Souviens-toi de l'homme*, p. 119.

En effet, La loi Leonetti, adoptée le 22 avril 2005 à la suite des travaux d'une mission parlementaire d'information sur l'accompagnement en fin de vie, Leonetti instaure un « droit de laisser mourir », en autorisant le médecin à suspendre des soins inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que celui de maintenir artificiellement de la vie. Les décisions d'arrêt de traitements destinés à maintenir en vie un patient incurable étaient fréquentes dans les services de réanimation. L'argumentation en faveur d'un droit à la mort fait notamment valoir, dans le sillage des philosophes du VIII<sup>ème</sup> siècle, que personne n'est tenue à continuer à vivre par son gré, que chacun est libre de mettre fin à son existence si elle lui est devenue un fardeau insupportable, voire un désagrément profond. A la limite, peu importe les raisons, l'individu est le seul juge de l'opportunité de continuer à vivre<sup>177</sup>, car la mort limite ses aspirations à la liberté et la faculté de choisir.

Sur le plan psychologique, le droit de choisir sa mort, est caractérisé par l'accompagnement d'une personne malade de manière avancée. Il faut pour cela se mettre à l'écoute du mourant et de la famille, comprendre la complexité de ce qu'ils vivent. Mourir dans la dignité évoque ici la question de l'accompagnement d'un psychologue clinicien qui travaille dans le service des soins palliatifs.

Sur le plan éthique, le droit de choisir le moment de sa mort ou le droit de mourir tranquillement, en recevant les soins de fin de vie nécessaires atteste que :

*Mourir dignement, c'est mourir sans souffrance et accompagné avec respect. Mais, pour quelques-uns, cet engagement n'est pas suffisant. La dignité ne concerne plus la manière d'être soigné par les autres. Elle est alors synonyme de refus de vivre un état de dépendance ou de dégradation physique. « Mourir dignement » signifie maîtriser son destin, décider du moment de sa mort, et l'imposer aux autres<sup>178</sup>.*

Mais la liberté du malade ne peut être évoquée pour justifier la mort masquée sous l'euthanasie. En réalité, ce n'est pas la liberté qui institue la vie, mais la vie qui institue la liberté. En d'autres termes, c'est la vie qui est la condition de possibilité de la vie et non l'inverse. La vie qui est la condition de tout choix, n'est pas elle-même l'objet de choix. Personne ne choisit de se donner la vie et par conséquent ne devrait choisir de s'ôter.

Dans ce contexte des soins, la revendication se baserait avant tout sur la volonté du malade et sur le droit à un traitement pour toutes personnes qui veulent recevoir ce traitement ou cet accompagnement au profil psychologique. De cela, l'on pourrait noter que le recours

<sup>177</sup> Pascal Hintermeyer, *Choisir sa mort ?*, Vol. 32, n° 131, 2009, pp. 157-170.

<sup>178</sup> *Ibid.*, p. 38.

aux choix de sa mort en lieu et place de consensus du patient et de son médecin est possible si le principe d'éthique met nettement en lumière les insuffisances méthodologiques de la rationalité universelle de principe d'éthique. Ainsi, le mourant peut choisir sa mort au nom de la loi et en harmonie avec le code de déontologie médicale. Le médecin n'a pas le droit d'ôter la vie de son patient, si le malade lui-même ne demande pas une aide pour ôter sa vie. Dans ce cas, la famille proche du malade doit être également informée.

La loi du 4 Mars 2002 garantit le droit à une « *vie jusqu'au bout* ». Le droit de « mourir dignement » est un droit que personne ne conteste. L'esprit de la loi actuelle sur l'accès de tous aux soins palliatifs, comme celui portant sur les droits des malades, est bien de poser un cadre idéal pour que le malade soit aidé et non abandonné par le médecin au terme de sa vie. L'enjeu est de faire respecter l'exigence légitime : le fait de se soigner avec l'humanité, afin de conserver sa dignité. La Déclaration de l'Association Médicale Mondiale (AMM) sur les droits du patient démontre d'ailleurs que :

*Le patient a le droit de prendre librement des décisions le concernant. Le médecin l'informerá des conséquences de ses décisions. Tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode diagnostique ou thérapeutique. Il a droit à l'information nécessaire pour prendre ses décisions. Il doit pouvoir clairement comprendre l'objet d'un examen ou d'un traitement, les effets de leurs résultats et les conséquences d'un refus de consentement<sup>179</sup>.*

Autrement dit, une bonne communication entre le médecin et le patient est une condition essentielle du consentement éclairé. Comme le souligne Marie de Hennezel dans son ouvrage *Nous ne sommes pas dit au revoir*, on ne peut pas prétendre aider une personne en souffrance si on n'assume pas d'abord sa propre souffrance. C'est pourquoi tout soignant, dont la vocation est de prendre soin de celui qui souffre, se doit d'assumer ses propres blessures<sup>180</sup>.

L'être humain est donc appelé à mourir parce qu'il est un être faillible. Mais une question fondamentale demeure : De quelle façon aimerons-nous-mourir ? La peur de la mort est un sentiment naturel dont toutes les civilisations portent le témoignage. Mais une mort accompagnée de souffrance fait encore plus peur ; c'est sans doute une telle situation qui pousse les personnes à revendiquer le droit de mourir dans la dignité, afin de bénéficier de

---

<sup>179</sup> *Ibid.*, p. 43.

<sup>180</sup> *Ibid.*, p. 216.

meilleures conditions de mort<sup>181</sup>. Le droit de choisir la mort est l'accompagnement qui implique le partage, un engagement. Mais comment et jusqu'où ? C'est dans ce sillage qu'Agnès Reffet répond :

*On peut soigner en restant technique, mais on ne peut pas accompagner en restant technique. Si j'accepte d'accompagner, je sais que cet accompagnement m'engage autant que personne. Cela peut réveiller en moi des peurs, m'aider à réfléchir son moralité, m'aider à me faire évoluer. C'est cette rencontre de personne à personne que la maladie attend dans les soins<sup>182</sup>.*

Marie de Hennezel évoque quatre conditions pour réussir cet échange : d'abord, changer notre regard sur la mort. Ensuite, ne pas oublier que le mourant est un vivant jusqu'au bout et valoriser le temps qui reste car, faut du temps pour naître. Lorsque le malade est incapable de donner son consentement, deux cas peuvent se présenter selon qu'il a rédigé ou non un testament de vie. Il n'existe pas de loi concernant un refus anticipé de traitement, pourtant la jurisprudence reconnaît ses valeurs juridiques. Ainsi, la Cour d'appel (Chambre civile) dans sa décision. Re.T (Adulte refusal of medical treatment) rendue en 1992, indique que si le patient a fait un choix anticipé clairement établi et applicable compte tenu des circonstances dans lesquelles il se trouve, ce choix est juridiquement reconnu. Cependant un grand défi puisqu'un fossé s'est creusé depuis le XVII siècle entre la science qui produit le savoir sur les faits, et la philosophie qui étudie la moralité de l'action humaine. Jacques Chirac souligne :

*Parce qu'elle engage notre conception de la dignité humaine, la médecine palliative doit faire l'objet d'une attention particulière. Elle est appelée à se développer fortement. La collectivité a le devoir de tout mettre en œuvre pour lui donner toute sa place dans l'univers de soins.<sup>183</sup>*

De cette affirmation ressort que les soins palliatifs sont encore fragiles. Même s'ils se développent ou même s'ils sont soutenus par une politique de santé, qui a fait de « la fin de vie » une propriété publique.

---

<sup>181</sup> Henri Bandolo Kenfack, *La revendication du droit de mourir dans la dignité au nom du droit à la vie : Approche innovatrice et civilisation de la com.* EDH, chronique classée dans le droit européen des droits de l'homme. PDLF, n° 36, 2020.

<sup>182</sup> Agnès Reffet, « Être humain jusqu'au bout », Dans Infokara n° 1, vol. 18, 2003, pp. 27-28.

<sup>183</sup> Jacques Chirac « message pour le 7<sup>e</sup> Congrès national de la SFAP, Strasbourg 23 et 24 Juin 2000.

## CHAPITRE VI : LES TRAITEMENTS EN FIN DE VIE : ENJEUX ÉTHIQUES ET JURIDIQUES

Il s'agit dans ce chapitre d'explorer le processus décisionnel relatif aux soins en fin de vie chez les personnes atteintes d'une maladie incurable. D'après Jocelyne Saint-Arnaud, « *le processus décisionnel relatif aux traitements en fin de vie chez la personne inapte, et les décisions de traitement en fin de vie chez les personnes atteintes du sida nous ont permis d'explorer comment se présentent les demandes d'euthanasie et d'aide suicide.* »<sup>184</sup> Ainsi, d'autres recommandations sont faites, notamment sur le processus décisionnel global et sur certaines mesures de formation et d'éducation en matière de décisions relatives aux soins en fin de vie. Les décisions en fin de vie et sa prise en charge font depuis une vingtaine d'années l'objet d'une attention sociale croissante. Le dialogue sur l'euthanasie semble ignorer les efforts que les progrès scientifiques ont faits dans le domaine du traitement de la douleur et dans la prise en charge des personnes en fin de vie. La médecine palliative s'est donnée pour objectif principal de soulager le malade en fin de vie.

En effet, il convient de reconnaître que les soins palliatifs donnés en fin de vie prennent en compte toutes souffrances. Ils mettent aussi en œuvre les moyens nécessaires à la disposition des personnels de santé pour accompagner la vie du malade jusqu'au dernier jour. Ceci intervient quand un intervenant constate qu'il ne peut pas donner les soins palliatifs à un malade atteint d'une affection grave et incurable.

### 1. Le processus décisionnel en fin de vie

Le processus décisionnel en fin de vie est à notre sens, un lieu de consentement du patient qui est avant tout une personne inapte à décider d'un traitement, au cas où cet individu est incapable de comprendre les situations de sa santé qui sont pertinentes au regard de la décision à prendre. Cette procédure de décision est conduite entre le médecin-patient et la famille proche. Ainsi, comme le souligne le philosophe camerounais Thomas Minkoulou<sup>185</sup>, dans toute décision médicale se pose le problème des valeurs. Ce sont ces valeurs qui

<sup>184</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, *op. cit.*, p. 61.

<sup>185</sup> Thomas Minkoulou, *Science et laïcité. Contribution à une réflexion sur le projet d'une humanisation des sciences de la vie*. Thèse de Doctorat/Ph.D en Philosophie, option Logique et Epistémologie, sous la direction d'Antoine Manga Bihina, 2012, p. 234.

permettent aux soignants et même à son entourage de décider. Ces valeurs constituent également le centre de la relation médecin-patient.

La décision finale appartient au médecin qui doit la motiver et l'inscrire dans le dossier médical du malade. Sur le plan éthique, la véritable question est celle de savoir si l'on peut prendre une décision en fin de vie sans le consentement du patient. En d'autres termes, A quel moment peut-on engager ce processus décisionnel ? Selon Jocelyne Saint-Arnaud :

*Les décisions concernant les traitements de fin de vie sont éthiquement et juridiquement plus faciles à prendre quand le principal intéressé peut prendre part au processus décisionnel. En vertu du principe de l'autonomie de la personne, chaque individu rationnel est capable de juger où se trouve son meilleur intérêt quand il a reçu les informations nécessaires à sa prise de décision.*<sup>186</sup>

Dès lors, l'éthique consiste à promouvoir des valeurs humaines qui sont inhérentes à la vie de l'homme. Dans le cadre de la pratique médicale spécifiquement, l'éthique veille à ce que le praticien dirige son action et ses décisions vers des finalités qui consistent à respecter les personnes c'est-à-dire, à ne pas faire du mal, à l'être équitable et à sauver des vies entre autres.<sup>187</sup>

Dans la même perspective, le médecin à son tour doit être compétent. Sa compétence est à la fois attendue et exigée des intervenants. Par le manque de performance, nous assistons à des inconvénients graves qui peuvent entraîner la mort. La particularité de l'approche de l'Association Médicale Mondiale (AMM) en termes de conception, est de donner la priorité au patient ou sujet de recherche. Le médecin professant la déclaration de Genève fait la promesse suivante : « *je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci* »<sup>188</sup>.

De ce fait, l'intervenant doit respecter le patient, car un grand nombre de patients ne sont pas capables ou ne souhaitent pas prendre des décisions au sujet de traitements médicaux les concernant. Le médecin et la famille proche peuvent les aider afin d'envisager le soulagement de leurs maladies. Le médecin doit d'abord reconnaître l'intérêt du malade lorsqu'il prend une décision concernant son traitement. Schaerer René affirme à cet effet :

*La mort n'est pas un événement médical, mais un événement à la fois personnel et social qui n'appartient pas au médecin, mais à celui ou à celle qui le vit, ce qui souligne le devoir notamment à l'hôpital- de donner au patient toute l'intimité dont il peut avoir besoin, sans faire pour autant de ce devoir un prétexte, pour le*

<sup>186</sup> *Ibid.*, p. 98.

<sup>187</sup> *Idem.*

<sup>188</sup> Association Médicale Mondiale, *op.cit.*, p. 26.

*médecin, de suspendre ses visites. Bien évidemment, la présence de bénévoles ne doit pas non plus venir compenser le manque des soignants*<sup>189</sup>.

A cet effet, la décision relève seulement de l'autonomie de la personne qui veut être accompagnée par le personnel soignant pour l'aider à mettre fin à sa vie. Le seul critère retenu pour définir l'euthanasie comme assistance médicalisée pour mourir, c'est l'existence effective d'une demande libre. Pourtant, parallèlement, le débat sur l'euthanasie n'a cessé de s'amplifier. La volonté de maîtriser sa mort s'enracine dans une profonde méfiance. Méfiance à l'égard de la médicalisation croissante du mourir, méfiance à l'égard des pratiques clandestines d'euthanasie et méfiance à l'égard d'un corps médical et soignant que l'on sent démuné, peu formé, et mal à l'aise devant la fin de la vie. Chez Alain Pompidou :

*La décision d'avoir recours à une unité de soins palliatifs est prise par le médecin en accord avec le malade et sa famille ou son entourage. C'est une position de principe visant à éviter des abus de la part des scientifiques, mais surtout à maintenir une liberté de choix pour le malade sur les conditions de sa mort. Il apparaît nécessaire de multiplier de telles structures tout en restant conscient des écueils qu'elles représentent. Il ne faudrait pas, en effet, que les unités de soins palliatifs finissent par remplacer le manque de disponibilité de l'entourage du malade par un contrat d'assistance rendant tout pouvoir à la science biomédicale*<sup>190</sup>.

De ce qui précède, le recours à ce processus décisionnel doit faire l'objet d'une démarche bien réfléchie et du choix du malade en question. Lorsqu'une décision médicale entraîne la mort, il est impératif qu'elle soit précédée par une réflexion éthique. Article R. 4127-37, « lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin en charge du patient est tenu de respecter la volonté exprimé par celui-ci dans des directives anticipées, excepté dans le cas prévus aux II et III du présent »<sup>191</sup>

Nous relevons ici que la difficulté de toute décision de pratique médicale en fin de vie tient au problème d'assurer l'équilibre entre la sauvegarde de la vie et le droit de la personne à une fin de vie sans souffrance et dans le respect de sa valeur humaine. Les processus décisionnels s'inscrivent dans une pratique de soins palliatifs : ce qui implique la philosophie des soins et sa visée qui est le soulagement de la douleur du patient. D'après Kokou Sename Amegatsevi, « la prolongation de la vie touche à l'homme en tant qu'homme et fait surgir un

<sup>189</sup> Schaerer René, « Éthique et fin de vie », in *Revue du praticien*, 1999, pp. 1081-1085.

<sup>190</sup> *Ibid.*, p. 122.

<sup>191</sup> *Code de déontologie médicale*, p. 9.

*noyau axiologique et ontologie* »<sup>192</sup>. En d'autres termes, le prolongement de la vie impacte la vie de l'homme. Cela se justifie par le fait que la science moderne refaçonne la vie et la nature humaine. Les biotechnologies doivent respecter l'homme de façon holistique, c'est-à-dire dans son entièreté. Les révolutions biotechnologiques doivent être accompagnées par l'éthique appliquée à la médecine. L'enjeu est d'éviter la dénaturalisation, la falsification et la désontologisation de l'homme, car prolonger la vie d'une personne de façon artificielle pose des sérieux problèmes éthiques, épistémologiques et métaphysiques.

## **2. Accepter la vulnérabilité du patient en phase terminale**

Ce qui oriente les soignants vers le choix de leur profession, c'est le désir plus ou moins conscient de travailler au cœur de l'humain. La vulnérabilité du patient peut justifier en cas de besoin la mise en place des mesures de protection et sauvegarde de la personne victime. Un grave problème éthique se pose aussi au sujet de maltraitance du patient.

La vulnérabilité du patient en fin de vie s'exprime également à travers un certain gène qui se traduit par un repli sur soi, défaut même par l'agressivité du patient, dépassé par sa souffrance. Dans les sociétés contemporaines, la souffrance d'autrui fait fuir, en ce sens qu'elle est insupportable par le médecin. C'est pourquoi Alexandre Jullien affirme :

*On ne perçoit des bribes de l'angoisse par l'autre, de la douleur d'un malade, on ne pressent que la présence. Si la joie, le bonheur se partage aisément, la souffrance répugne, il faut honte et isole. S'y greffe dès lors une autre torture : être jugé incompris porter seul un poids trop lourd.*<sup>193</sup>

Ainsi, d'une part, accepter la vulnérabilité du patient en phase terminale, c'est lui donner un sens à ce qu'il vit, assurer le type d'accompagnement, prenant en compte comme avis d'ancrage le sujet et ce qu'il vit. Cette vulnérabilité se révèle aussi de notre propre souffrance et ne se limite pas seulement aux yeux posés sur la personne et surtout que certaines personnes en face de nous ne se sentent pas souvent concernées. Marie de Hennezel souligne à cet effet que : « *c'est par notre manière d'être que nous pouvons faire sentir quelqu'un qu'il est davantage que ce qu'il nous à donner voir* »<sup>194</sup>.

---

<sup>192</sup> Kokou Sename Amegatsevi, « *L'éthique du futur et le défi des technologies du vivant* », Thèse de Doctorat en Philosophie, Université Laval (Québec-Canada) 2013, p.3.

<sup>193</sup> Alexandre Jullien, *Le métier de l'homme*, Paris, Seuil, 2002, p. 46.

<sup>194</sup> Marie de Hennezel et Jean-Yves Leloup, *L'Art de mourir. Traditions religieuses et spiritualité humaniste face à la mort aujourd'hui*, Paris, Robert Laffond, 1997, p. 102.

La vie du patient ne doit en aucun cas être sacrifiée à l'autel de l'économie. On ne devrait en aucun cas mettre en danger la vie humaine pour économiser de l'argent. La vulnérabilité du malade en phase avancée doit être et utilisé ici comme moyen et non comme une fin, s'il ne vaut rien pour son entourage. Dans cette optique, il faut envisager la fin de l'homme, car il n'est pas un matériel disponible entre les mains des progrès de la médecine. Il y a nécessité pour les intervenants d'encadrer leurs recherches par une réflexion éthique face à la « volonté de puissance ». Le patient ne saurait servir d'objet d'expérimentation quel qu'en soit sa vulnérabilité.

La vulnérabilité du patient fait l'objet d'appréciations diverses par les défenseurs de cette seconde position. Certains membres de la famille estiment que la faiblesse physique et/ou morale du patient en fin de vie empêche celui-ci de trouver un autre lieu ou un autre prestataire qui jugerait favorable sa demande d'euthanasie<sup>195</sup>.

Les droits fondamentaux imposent donc un devoir de bienfaisance qui appelé à une intervention en toute situation du malade. Thibault Pascale, cadre supérieur de santé, élabore les différents symptômes d'inconforts, notamment la douleur avec une prise en charge estimée comme essentielle. C'est pourquoi il affirme : « *ce sont des symptômes récurrents lors de fin de vie et qu'ils peuvent être traité. Ainsi, des médicamenteux et non médicamenteux doivent être mis en place jusqu'à les endiguer* »<sup>196</sup>

Il ne faut pas couper le patient de ses composantes lorsqu'il est sur le point de mourir. Les principes retenus viennent confronter le Code de déontologie médicale qui réitère qu' « *en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique* ». (Article R.4127-37 Code de la santé publique)

Marie de Hennezel pense à cet effet :

*Quand cette vulnérabilité, qui est le propre de l'humain est assumée par toute une équipe, une sorte de communion se crée entre soignants et soignés qui s'épaulent réciproquement. La solitude est alors brisée. Il n'y a pas d'abandon. Quand la dimension du contact humain et du souci de l'autre existe, celui qui souffre, quels*

<sup>195</sup> Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, p. 42.

<sup>196</sup> Thibault Pascale, « Ultime soins et bien-être. L'infirmière magazine », novembre 2014, n° 354, pp. 50-51.

*que soient sa douleur, son désespoir, trouve la force de les traverser ou du moins de les porter.*<sup>197</sup>

De plus, outre la transmission d'informations d'ordre technique, la mise en récit de son expérience individuelle auprès de la personne mourante permet de livrer au groupe cette relation intime et parfois affective. Ce travail en réseau permet à chacun de se sentir plus autonome vis-à-vis des malades, en évitant de nouer avec eux des rapports trop intimes. Les soignants doivent pouvoir se sentir véritablement écoutés dans un climat de sécurité affective et partager leur vulnérabilité, sans se sentir jugés. Marie de Hennezel rappelle que dans ce cas,

*Il convient de faire une place à l'affectif, de l'accueillir, d'apprendre à travailler avec sa vulnérabilité, de ne pas se laisser envahir. C'est en travaillant avec l'empathie que l'on y arrive, pas en refoulant les émotions. Face à la mort, il n'y a qu'une seule réponse : porter ensemble cette souffrance*<sup>198</sup>.

Il n'y a aucune volonté de s'ôter la vie pour éviter la douleur. Ce cas est considéré comme un accident médical et doit être distingué du cas où le médecin décide de mettre fin à la vie d'un patient, soit de sa propre initiative soit à la demande du malade lui-même.

### **3. Bénéfice global du traitement**

Le bénéfice global d'un traitement peut se définir comme l'ensemble des soins de valeur basés sur l'objectif médical à promouvoir le bien-être du malade. Jean Levy et Jeffrey parlent du « *risque thérapeutique ou les limites de l'intervention médicale de type curatif* »<sup>199</sup>. Dans une situation de fin de vie, l'évaluation du « bénéfice global » revêt une place particulièrement importante dans l'appréciation du caractère approprié d'un traitement dont la finalité peut évoluer (passage d'une finalité curative à une finalité palliative).

En effet, dans ces situations, la prolongation de la vie ne doit pas être en soi le but exclusif de la pratique médicale, qui doit viser à soulager les souffrances. Il évalue la suite ainsi : « *la difficulté de toute décision médicale en fin de vie est de garantir le respect de l'autonomie et de la dignité de la personne et l'équilibre entre la protection de la vie et le droit de la personne d'être si possible soulagée de sa souffrance* »<sup>200</sup>.

---

<sup>197</sup> Marie de Hennezel, *Le souci de l'autre - Repenser la santé : pour une éthique du soin*, Pars, Éditions Robert Laffont, 2004, p. 179.

<sup>198</sup> Agnès Reffet, « Être humain jusqu'au bout », in Infokara, vol. 1, Vol. 18, 2003, pp. 27-28.

<sup>199</sup> Jean Levy et Jeffrey, « Les risques thérapeutique et la mort », Montréal, Éditions du Méridien, 1996, pp. 265-291.

<sup>200</sup> *Ibid.*, p. 9.

Pour Jocelyne Saint-Arnaud, le traitement qui ne procure aucun bénéfice, au sens où il n'améliore pas l'état de santé de la personne atteinte d'une maladie serait inutile même si un tel traitement atteignait localement un effet mesurable<sup>201</sup>. De ce fait, il est important de rappeler qu'on ne doit jamais forcer une personne à prendre des médicaments contre son gré et qu'on a toujours le droit de refuser une prescription (à moins que la personne ne pose un danger à la sécurité d'autrui en raison d'une maladie mentale grave).

Jocelyne Saint-Arnaud souligne que « *selon une analyse des scientifiques parus entre 1989 et 1999, un traitement peut être jugé inutile en fonction de l'effet local recherché ou en fonction du bénéfice global retiré par le malade* ». <sup>202</sup> L'arrêt de ces traitements est demandé comme aide à la mort quand les patients sont désormais jugés disproportionnés, futiles et inutiles par rapport au bénéfice que la personne peut en avoir. Selon le traité sur la *Bienséance*, le médecin doit avant tout considérer l'efficacité thérapeutique de son discours et ne pas hésiter à mentir ou à user de rhétorique en vue de soigner efficacement son patient :

*On fera toute chose avec calme, avec adresse, cachant au malade pendant qu'on agit la plupart des choses ; lui donnant avec gaieté et sérénité les encouragements qui conviennent (...) ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera ni de ce qui menace ; car plus d'un malade a été mis à toute extrémité par cette cause, c'est-à-dire par un pronostic où on lui annonçait ce qui devait arriver ou ce qui menaçait*<sup>203</sup>.

Du point de vue éthique, le risque de maintien en vie inutile est visible, car le problème majeur consiste ici à mettre l'accent sur l'influence de technique médicale qui veut déstabiliser le rôle premier de la science. Dans cette perspective, Jean Bernard montre que :

*Peut-on éviter de recourir à la loi quand, du fait de la procréation médicalement assistée [...]. Les enjeux de l'utilisation scientifique et médicale du corps humain ne sont pas moins essentiels. Leur développement dans le cadre initial qui déborde aujourd'hui la relation thérapeutique intime et discrète ouvre des pouvoirs sur l'homme qu'un état de droit ne peut laisser s'exercer comme de simples prérogatives de fait. Les pouvoirs de certains hommes, au moyen d'autres hommes et au bénéfice (établi ou humaine, ne portent pas eux-mêmes le principe de leur légitimité des divergences de leur légalité*<sup>204</sup>.

Les vertus associées à la pratique médicale du soin et de la thérapie sont : l'attention, la compassion, la sollicitude, la prévenance à l'égard du malade, la fiabilité et l'intégrité. Une

<sup>201</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, *op.cit.*, p. 50.

<sup>202</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, « Les coûts de l'acharnement thérapeutique », *Rapport du président du comité de réflexion sur les coûts socio-économique des deuils et de l'acharnement thérapeutique, conseil médical Québécois*, Janvier 1995, pp. 57-88.

<sup>203</sup> Hippocrate, *De la bienséance*, in *De l'art médical*, Paris, Le Livre de Poche, 1994, p. 16.

<sup>204</sup> *Ibid.*, p. 250.

telle éthique découle en concurrente de la morale kantienne, en se fondant sur la conviction qu'elle est plus adaptée à la pratique médicale qu'une morale du principe. La science et les technologies médicales ont maintenant le pouvoir de prolonger la vie d'une personne mourante ou comateuse. Les techniques d'amélioration artificielle font partie des traitements médicaux qui prolongent la vie et le moment où une personne comateuse ou mourante décède dépend maintenant des choix humains. Mais les praticiens savent bien que l'état de leur patient est végétatif mais ils préfèrent de donner les traitements inutiles. Thomas More et Francis Bacon, en liant euthanasie et médecine, s'opposent, peut-être sans le savoir, au *Serment d'Hippocrate*, qui stipule : « *Je ne conseillerai jamais à personne d'avoir recours au poison et j'en refuserai à ceux qui m'en demanderont* »<sup>205</sup>

La science de Descartes est capable de créer un nouvel homme mais éthiquement, qui est le père de cet homme qu'elle crée ? Pour Pierre-André Tagueff, « *le champ de la pratique médicale s'est étendu à des domaines débordants le seul traitement de la santé de l'individu-patient, et qui font intervenir [...] des choix de société, voire des orientations politiques* »<sup>206</sup>. Henri Wattiaux ira dans le même sens lorsqu'il affirme :

*L'éthique du futur veut préserver à toutes ces pratiques médicales et biotechnique qui tentent à porter atteinte à l'intégrité de l'homme et à défigurer l'image de l'être humain comme de la procréation issue de l'utérus artificiel, le diagnostic prénatal, le diagnostic préimplantatoire, l'avortement, l'expérimentation médicale, le génie génétique, la thérapie génique (somatique et germinale), l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie*<sup>207</sup>.

Le respect de la volonté des patients capables de discernement est fondamental dans l'action médicale. C'est pourquoi un traitement médical contre la volonté exprimée du patient capable de discernement est inadmissible. Pendant des décennies, l'évolution de la médecine et de la science a conduit à des avancées majeures dans le domaine de la santé, notamment sur la vie du malade en fin de vie. Il convient de souligner que l'approche de la médecine sur la santé de l'homme n'a pas immuablement revêtu la valeur d'éthique appliquée dans ce domaine. La situation qui met en péril la santé de l'homme est au service de la médecine, elle ne dispose pas les personnels formés dans ce domaine. La vie humaine est désormais en danger. C'est pourquoi cette situation reste déplorable sur la santé humaine d'où l'affirmation de Marie de Hennezel :

<sup>205</sup> Hottois Gilbert, *Les mots de la bioéthique*, Bruxelles, De Boeck Université, 1993, p. 118.

<sup>206</sup> Pierre-André Tagueff, « L'espace bioéthique. Esquisse d'une problématisation », in *Res publica*, n° 21, 1999, pp. 20-59.

<sup>207</sup> Henri Wattiaux, *Génétique et fécondité humaines*, Louvain-la-Neuve, Publication de la faculté de Théologie, 1986, p. 5.

*Les soignants non-formés et isolés dans leurs pratiques ne disposent pas du savoir être et savoir-faire qui, leurs permettraient d'accompagner la personne en fin de vie. La conspiration du silence, la poursuite de traitement inutiles est alors souvent la règle, engendrant une solitude que rien ne viendra apaiser. C'est lorsque devant des souffrances qu'on ne sait pas soulager, la tension de répondre au vœu de mort par un geste létal s'impose dans certains services<sup>208</sup>.*

La médecine est devenue inhumaine. Pour cela, *Nous voulons tous mourir dans la dignité*. Une médecine humaine est une médecine qui se préoccupe du malade avant de se préoccuper de la maladie. Or, aujourd'hui, on traite les patients davantage comme des symptômes et non comme des personnes. Ils ne sont pas écoutés. Cela va jusqu'aux véritables maltraitements en raison du paternalisme médical. Le praticien techno biomédical pour étant confronté aux dilemmes cliniques et guider la prise de décision médicale dans un contexte pluraliste. Plus les personnes sont vulnérables, cela est fréquent chez les personnes âgées ou gravement malades. Il s'agit des malades négligés sur leur lit d'hôpital, humiliés maltraités parfois. Face à la menace que représente le développement technologique pour l'avenir de l'homme, Hans Jonas soutient que « *l'homme moderne doit troquer le « principe espérance », Seul passif, pour « principe de responsabilité », trop apte à déterminer les enjeux éthiques des nouvelles formes d'agir dans les sociétés technologique moderne* »<sup>209</sup>.

Contre toute attente, il s'avère à ce point fécond de se tourner vers la philosophie morale kantienne. On peut tout d'abord remarquer que Kant lui-même fournit un argument favorable à cette attention aux cas particuliers et à des circonstances : ils ont leur place dans une éthique principiste à titre de « béquille » pour le jugement moral et permettent à ce que l'exercice du jugement et le progrès dans la pensée morale soient favorables. Kant observe en effet, l'intérêt que suscite cet exercice appliqué chez des personnes. Toute discussion théorique plonge par ailleurs dans l'ennui comme le souligne si bien Emmanuel Kant :

*Ceux qui d'ordinaire trouvent tout ce qui est subtil et profond dans les questions théoriques sec et rebutant ne tardent pas à se joindre à la conversation, quand il s'agit de déterminer la teneur morale d'une action, bonne ou mauvaise, que l'on raconte, et ils montrent, dans la recherche de tout ce qui peut diminuer ou rendre suspecte la pureté de l'intention, et par conséquent le degré de vertu de cette action, une exactitude, une profondeur, une subtilité, qu'on n'attend d'eux pour aucun objet de la spéculation<sup>210</sup>.*

<sup>208</sup> Marie de Hennezel, *Mission fin de vie et accompagnement*, Rapport, 2003, p. 31.

<sup>209</sup> Hans Jonas, cité par Raymond Massé en collaboration avec Jocelyne Saint-Arnaud dans *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativités*, parution 28 mai, 2003, p. 163.

<sup>210</sup> Emmanuel Kant, *Critique de la raison pratique*, trad. de L. Ferry et H. Wismann, édition dirigé par F. Alquié, Paris, Gallimard, Folio essais, 1985, p. 202.

Ce constat le conduit à recommander pour l'éducation des jeunes la nécessité de travailler à partir d'exemples, non pas en vue de les édifier mais d'exercer leur jugement ou les apprendre à dominer leur sensibilité, afin de respecter la loi morale.

Le point essentiel de ce chapitre est le plan statistique, qui a conduit à l'exploration des applications de l'euthanasie. Au sens éthique, les intervenants, en soins palliatifs favorisent le questionnement éthique en équipe pour aider à la prise de décision. Ils contribuent ainsi à l'autonomie, l'information de la personne malade, au consentement de soin, la responsabilité et à la solidarité des individus, comme moyen de respecter la vulnérabilité de la personne malade en le conservant la dignité humaine. Le processus décisionnel n'ignore pas la relation entre soignant-soigné. C'est ainsi que les soins palliatifs prennent toute autre ampleur, tant au niveau des besoins du patient que du rôle et de l'implication du soignant. Dans « *L'amour Ultime* », Marie De Hennezel pense qu'« accompagner le mourant, c'est-à-dire cheminer à ses côtés jusqu'au terme exige de nombreuses qualités : l'humilité, la spontanéité, la souplesse, la générosité, l'ouverture de l'autre, l'accueil des différences, la capacité de soutenir le silence »<sup>211</sup>. En raison d'une perte de leur autosuffisance, les malades en fin de vie se sentent souvent plus vulnérables et par conséquent plus dépendants des personnes qui s'occupent d'eux.

---

<sup>211</sup> Marie de Hennezel, *L'amour ultime- l'accompagnement des mourants*, Paris, Hatier, 1991, p. 13.

Il était question dans cette deuxième partie de notre travail de ressortir la thèse de Jocelyne Saint-Arnaud des applications de la pratique de l'euthanasie. Il convient de retenir que le patient a le droit de choisir à mettre un terme à sa vie mais avec le concours du « médecin qualifié ». Face à cette problématique, il ressort de notre analyse que la technologie a bafoué la dignité humaine, en donnant des soins artificiels pour le maintien de la vie. Saint-Arnaud fait ainsi la pertinence de point de vue utilitariste que celle d'un traitement simple utile et efficace, faisant en sorte que les patients qui conçoivent rarement, soient ceux qui sont à même d'en bénéficier. Toutefois, à l'appui de la thèse utilitariste, il faut noter cependant que l'intérêt individuel y rejoint l'intérêt commun. Le fait de médicamenter une personne soit en continuant à prescrire des médicaments susceptibles à causer plus de tort que du bien, (parce que la vraie science est celle qui cherche le Bien), au contraire constitue une forme d'acharnement thérapeutique. C'est aussi la mauvaise pratique médicale qui pourrait donner lieu à des poursuites judiciaires pour incompétence professionnelle. La personne reconnue dans sa complexité et même dans son droit de mourir dignement assisté ne signifie pas forcément être aidé à mourir. Mais quelle est la pertinence d'une telle médecine, au regard de multiples problèmes causés de nos jours par les progrès de technologies biomédicales ? C'est l'occasion pour nous d'évaluer dans la dernière partie de notre travail les limites et perspectives de la pensée de notre auteure.

**TROISIÈME PARTIE : LA CONCEPTION DE L'EUTHANASIE CHEZ  
JOCELYNE SAINT-ARNAUD : DIAGNOSTIQUES, ENJEUX ET  
PERSPECTIVES**

*Deux corolaires : l'être humain est une personne inaliénable, se pose alors sur les interventions sur l'homme sain, en cas de prélèvement d'organe ou d'essais concernant de nouveau médicament ; le malade est et doit rester une personne : rien ne permet ou de lui porter atteinte de l'annexer. Alain Pompidou, souviens- de l'homme, Paris, Payot, 1990, p. 31.*

L'enjeu de cette dernière partie de notre travail consiste à ressortir les limites de la pratique de l'euthanasie chez Jocelyne Saint-Arnaud, afin d'en ressortir les enjeux et perspectives. Pour meubler ce travail, il nous a semblé juste de questionner d'abord les applications de l'euthanasie qui posent la question des consentements éclairés, et qui considèrent l'euthanasie comme acte d'ôter la vie du patient atteint des maladies incurables. Ensuite, nous montrerons l'impact de l'euthanasie sur la société africaine. L'euthanasie est une question complexe à la fois philosophique, éthique, juridique et sociétale. Le mot euthanasie<sup>212</sup>, au sens étymologique du terme, désigne une « bonne mort ». La revendication d'une-t-elle mort ne devrait pas poser de problème éthique et pourtant, au cours du temps, ce mot a changé de sens. Dans cette partie, il nous convient de définir l'euthanasie selon le *Dictionnaire Médical*, comme « usage de procédés qui permettent, de donner, sans souffrances, la mort à un être humain qui la souhaite ou qu'on suppose souhaiter, tant son état est douloureux »<sup>213</sup>. Ainsi, le mot euthanasie devient problématique lorsque la pratique médicale mettant un terme à la vie se transforme à un homicide ou à un génocide.

Enfin, dans l'Afrique traditionnelle, la pratique de l'euthanasie est sujette à controverse. Pour les conservateurs africains, la pratique de l'euthanasie est considérée comme une désontologisation voire, une désubstantialisation de la nature humaine. Il s'agit d'une pratique qui porte atteinte à la dignité, aux mœurs et aux coutumes africaines. Quant à l'Association Médicale Mondiale (AMM), « l'euthanasie consiste à exécuter sciemment et délibérément une opération clairement destinée pour mettre un terme à la vie d'une autre personne »<sup>214</sup>. Quelles sont les enjeux et les perspectives de cette pratique en Afrique et au monde ?

---

<sup>212</sup> Les premières traces du mot « euthanasie » remontent à l'Antiquité. Le mot grec euthanatos est construit à partir de l'adverbe eû (bien) et du substantif thanatos (mort).

<sup>213</sup> *Dictionnaire Médical*, p. 259

<sup>214</sup> *Association Médicale Mondiale*, p. 58.

## CHAPITRE VII : LIMITES DE LA CONCEPTION DE L'EUTHANASIE CHEZ JOCELYNE SAINT-ARNAUD

Dans ce chapitre, nous voulons montrer que la nature humaine est assignée à la médecine dont certaines maladies ne sont pas guérissables, malgré le développement biomédical et les innovations en matière des traitements du patient. Le débat sur l'idée d'une pratique de l'euthanasie, pendant une certaine époque, a porté aussi bien sur sa véritable raison d'être et sa pertinence. Durant des décennies, les acteurs qui, intellectuellement, ont animé ce débat se focalisaient soit sur son essence, soit sur sa plus-value juridique, philosophique et religieuse. Cela a sans doute conduit à des querelles entre l'euthanasie demandée et l'euthanasie clandestine. C'est la raison pour laquelle nous cherchons à soumettre au tribunal de la raison les jalons des conséquences de l'euthanasie qui risquent d'augmenter les taux de mortalité dans la société, car les malades se sentent souvent rejetés ou méprisés. C'est la raison pour laquelle ils deviennent très souvent une lourde charge pour leur famille. Pascal Hintermeyer affirme à cet effet :

*Les limites de l'euthanasie, qui transparaissent dans la difficulté à fixer les critères de sa mise en œuvre dans un contexte de médicalisation de la fin de vie, se révèlent aussi dans sa relation avec le suicide. Nous avons déjà noté l'évolution de la position des autorités néerlandaises qui, après avoir fait l'expérience de l'euthanasie légale depuis 2002, proposent à présent de faciliter le recours au suicide assisté. Si la promotion de l'euthanasie peut déboucher sur celle du suicide, inversement envisager celui-ci comme un droite traîne à admettre l'euthanasie pour ceux qui se trouveraient privés de la possibilité de l'exercer.<sup>215</sup>*

Dès lors, il est surprenant de constater que le système de santé surcharge les limites et la qualité des traitements et crée une forte pression sur les malades, les poussant à choisir la mort. Pour cela, les malades abandonnés par leur famille proche pensent que l'euthanasie est la seule panacée pour eux.

### 1. Les limites du pouvoir médical et les conséquences de l'euthanasie

Les limites du pouvoir médical désignent une interdiction de donner les soins à niveau bien déterminé dans le but de ne pas atteindre à la vie du patient, c'est-à-dire qu'il est interdit de tuer. Le père fondateur de la médecine Hippocrate convient à rappeler aux médecins l'interdiction qui leur est recommandée d'atteindre humblement à la vie d'un malade en ces

<sup>215</sup> Pascal Hintermeyer, « Succès et limites de l'euthanasie. Le développement d'un militantisme de la mort » in *Études sur la mort* *Études sur la mort*, n° 150, vol. 2, 2016, pp. 53-62.

termes : « *Je ne provoquerai jamais la mort délabrement* ». Le code déontologie le fait justement à l'article 38 aliéna 2 :

*Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage .Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort<sup>216</sup>.*

Les limites du pouvoir médical interpellent les médecins et les jeunes chercheurs à se questionner également sur la justification de leur profession, en tenant compte de l'extension de leur pouvoir. Il s'agit tout d'abord, de garder à la volonté la nécessité de préserver la vie humaine, de ne pas risquer de tuer sous prétexte de soulager la souffrance physique ou mentale. Il ne faut jamais négliger ses capacités de développement qui risque de déterminer une dépression nerveuse en soignant une maladie. Hippocrate, le plus célèbre des descendants d'Asclépios recommande aux médecins de s'engager à ne pas porter atteinte à la vie de leurs patients : « *je ne donnerai pas de drogue homicide à quiconque m'en prierait* ». Le pouvoir de donner la mort est tout de même un pouvoir très dangereux pour l'exercice de la profession de médecin. C'est dans cette optique qu'en 1994, la loi Huriet-Serusclet a offert un Code, un cadre strict à l'exercice du métier de médecin<sup>217</sup>.

Ainsi, le médecin doit tenir compte de ces différentes interdictions et en même temps, il doit donner le meilleur de lui-même sans limite, dans le cadre de ses services, afin que les patients trouvent les soins de qualité. Jean Bernard mentionne à cet effet que « *ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique* »<sup>218</sup>. Autrement dit, on peut intervenir sur le corps humain que dans une condition rigoureusement scientifique. Dans le cas contraire, l'étude qui n'aura été précise ou bien étudiée en fonction de la science sera systématiquement rejetée, au regard de l'éthique appliquée à la médecine.

Dans le cadre de la pratique médicale, le médecin doit faire recours à la loi qui lui recommande de bien mener son travail, d'où l'article de code de déontologie médicale, en ses articles R.4127-17, qui stipule que : « *le médecin ne peut pratiquer un acte d'assistance médicale à la procréation que dans les cas et les conditions par la loi* ». Les intervenants ou les corps soignants assignent la souffrance en soulageant la peur du malade dans sa douleur.

<sup>216</sup> Le serment d'Hippocrate, [medical.medecin.fr/](http://medical.medecin.fr/) le serment d'hippocrate-1311.

<sup>217</sup> Article 223-8 du Code pénal « *Le fait de pratiquer ou de faire pratiquer sur une personne une recherche biomédicale sans avoir recueilli le consentement libre, éclairé et exprès de l'intéressé, des titulaires de autorité parentale ou de tuteur dans les cas prévus par les dispositions du Code de la santé publique est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. Les mêmes peines sont applicables lorsque la recherche biomédicale est pratiquée alors que le consentement a été retiré* ».

<sup>218</sup> Jean Bernard, *De la biologie à l'éthique*, p. 40.

C'est au médecin de mettre le patient en confiance et de supprimer les conflits intérieurs. Le médecin doit se maintenir, en toute âme, la possibilité de limiter et écouter la souffrance avec la famille et les proches du patient tout en respectant les limites du malade qui pose la question des conditions, des limites et de la puissance des moyens d'investigation dont il dispose pour exercer cette médecine qui permet, comme l'indique Claude Bernard, de « *conserver la santé et de guérir les malades* »<sup>219</sup>. Ce qui lui conduit au terme de sa vie pour conserver sa dignité. Dans cette analyse, il s'en tient que la chose commune à tous les hommes est la dignité. C'est dans cette même logique que Tsala Mbani relève que la dignité est « *une valeur partagée par l'ensemble de la communauté humaine* »<sup>220</sup>. Toutefois, la notion de la nature humaine a été conçue pour la première fois par le père de la philosophie Socrate dont nous avons l'impératif de reconstituer.

Le médecin ne doit pas se laisser faire par l'acharnement thérapeutique parce que cela va à l'encontre de la volonté de puissance. Le médecin ne doit non plus continuer à dénaturer la vie humaine et le désir de vivre ni menacer les dernières forces de celui qui est en fin de vie ou en phase terminale. Il ne peut pas le faire avec d'impuissance sans risque de se considérer, ne serait-ce que vis-à-vis de lui-même. Il lutte avec la force du désespoir, mais rien ne doit oublier qu'il s'adresse à une personne dont il doit préserver la dignité. Il reste maître de ses gestes thérapeutiques et les situe dans le contexte plus global d'une vie acceptable, pour le malade et pour son entourage<sup>221</sup>.

Tout acte thérapeutique et toute décision ont pour seul objectif d'apporter un secours efficace au malade en danger. En aucun cas, ce malade, particulièrement le malade en état végétatif chronique, ne doit être considéré comme un sujet d'expérience scientifique. Sont formellement interdits les essais qui ne sont pas inspirés par l'espoir d'améliorer l'état d'un malade<sup>222</sup>. Les soignants doivent éviter l'acharnement thérapeutique dans le pouvoir médical. C'est pour cela que la morale recommande à travers les dix commandements : « *tu ne tueras point* ». Ces commandements exigent aux médecins de justifier le fait qu'on ne peut pas tuer le corps vivant d'un être humaine, ni porter atteinte à la personne qui le constitue. La morale chrétienne réprime également la pratique de l'euthanasie ou le suicide. Cependant, on ne peut

---

<sup>219</sup> Claude Bernard, cité par Alain Pompidou dans *Souviens toi de l'homme*, p. 154.

<sup>220</sup> André Liboire Tsala Mbani, *Biotechnologies et nature humaine. Vers un terrorisme ontologique ?*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 169.

<sup>221</sup> *Ibid.*, p. 114.

<sup>222</sup> *Ibid.*, p. 71.

pas aussi abandonner l'être humain à sa peine. Dans la sagesse antique de Sénèque ressort ce qui suit :

*Je ne me sauverai point par la mort de la maladie, dans la mesure où elle est curable et ne nuit pas à l'âme. Je n'aimerai point mes mains contre moi en raison de souffrance ; mourir de la sorte est une déroute. Cependant, si je me sais condamner à partir sans relâche, j'opérerai ma sortie, non en raison de la souffrance même, mais parce que j'aurai en elle un obstacle à tout ce qui est en raison de vivre. Faible et lâche, qui a pour raison de mourir la souffrance, insensé, qui vit pour souffrir<sup>223</sup>.*

Dans l'exploration du patient, le corps soignant se rassure d'un véritable acharnement, afin de trouver le bon diagnostic qui lui permettra de poser des indications thérapeutiques. Le médecin doit mettre toute sa compétence, sa critique, son expérience en exergue sans jamais oublier qu'il est en train de s'adresser à un individu raisonnable comme lui. Il doit aussi se mettre au service du malade qui lui fait confiance. Enfin, il est tenu d'honorer la science qui lui permet de servir la société.

Le médecin qui se trouve auprès d'un malade gravement atteint doit prendre une décision juste. Son acte doit être éthiquement et médicalement raisonnable, car toute médecine est avant tout une recherche et une redécouverte. Le secours que l'on porte au malade présente un devoir fondamental, comme le souligne Jean Bernard : « *la contribution au progrès de notre connaissance est aussi un devoir impérieux* »<sup>224</sup>. Le médecin, lui aussi, recueille les informations les plus pensées y compris celles qu'apportent les personnes ordinaires. Il discute avec d'autres médecins, consulte des spécialistes, mais vise le moment, dans le cas grave, où il doit prendre des décisions qui visent à préserver la vie humaine.

En effet, le respect de la vie est tenu par Hippocrate comme un devoir fondamental. Les recommandations hippocratiques portant sur la compassion, le dévouement, la décence, reviennent au premier chef de déontologie médicale. Mais, certains philosophes contemporains tiennent pour excessif l'abus de l'émotion provoquée par les progrès de la biologie. Le médecin se conformera à l'avis du Comité d'Éthique Consultatif parce que tout son pouvoir doit être suivi par le geste éthique (éthique biomédicale). Autrement dit, le médecin, pour le cas d'un patient atteint d'une maladie grave, doit consulter le Comité d'Éthique pour prendre une décision sur la personne malade.

<sup>223</sup> Sénèque, « Lettres à Lucilius », Paris, Robert Laffont, 1995, Lettre 58-36, p. 743.

<sup>224</sup> Jean Bernard, pp. 229-230.

Il est très compliqué de trouver un consentement libre et explicite. C'est pourquoi lorsque l'état du patient devient de plus en plus inquiétant, un Comité d'Ethique Consultatif doit être interrogé, afin de se prononcer sur ce cas problématique. L'éthique dans ce cas précis, soulève le problème des limites du pouvoir du médecin et la confiance du malade. Avant de procéder de ces temps forts de la relation entre intervenant et le patient, le médecin doit savoir qui il est, tout en rapportant les précisions sur le secret du pouvoir médical. Le médecin doit également tenir compte des limites du malade dont il prend la charge. Pour Alain Pompidou : « *le médecin ne saurait tirer à partir d'une telle attitude de pouvoir obtenir de son malade ce qu'il souhaite et notamment pour se laisser tenter par l'acharnement thérapeutique, la vérité doit être annoncée au malade* ». <sup>225</sup>

En revanche, l'euthanasie se pratique bel et bien, et les infirmiers n'ont pas la volonté de la dénoncer dans la culture palliative. Mais les limites du pouvoir doivent veiller sur la pratique de l'euthanasie clandestine. Cependant, cette pratique est anti-éthique dans le cadre de soins. Il faut garder la bonne conscience pour agir sur un dilemme clinique. C'est pourquoi Kenneth Walker affirme que « *le médecin doit penser nuit et jour à son malade, au service duquel il mettra tout son pouvoir de raisonnement et tout son bon sens, il doit bien exercer son pouvoir sans toutefois dérouté de sa compétence pour donner le soin adéquat au malade* » <sup>226</sup>.

En effet, partant de cette pratique, l'une des conséquences appréhendées de l'euthanasie est la détérioration de la qualité des soins, et ce, à plusieurs niveaux. L'euthanasie a des inconvénients parce qu'elle viole fréquemment le serment d'Hippocrate des médecins. Enfin, elle amène les médecins à abandonner précocement les soins. Nous sommes sans ignorer que le suicide assisté est interdit par la religion et la tradition . Pour Alain Pompidou, dans son argumentaire sur l'euthanasie réitère :

*L'euthanasie ne peut pas nous faire oublier que la mort se situe dans un projet de vie qui implique un jugement de valeur fondé sur la personnalité de chacun. Cette pratique doit éviter le laxisme, l'hédonisme. Si le résultat de la mort est le même pour tous, chacun doit y parvenir par un chemin qui est propre. Le médecin est seul à pouvoir décider, en conscience, des suites à donner à la demande d'un malade condamné, d'interrompre des souffrances intolérables.* <sup>227</sup>

Rappelons que les maladies ne viennent pas du médecin ni des médicaments, mais les corps soignants peuvent aggraver le mal aussi comme ils peuvent les guérir, alors que

<sup>225</sup> Alain Pompidou, *Souviens-toi de l'homme*, p. 142.

<sup>226</sup> Kenneth Walker, *Histoire de la médecine*, p. 121.

<sup>227</sup> Alain Pompidou, *Éthique médicale et euthanasie*, p. 31.

l'éthique s'impose à cette volonté de vouloir aggraver la souffrance du patient. Il est juste au service du malade et l'art de guérir vient de la nature et non de l'intervenant. Le médecin doit avoir l'esprit ouvert pour toute intervention parce que tout peut être permis par la science cependant, cela ne peut pas être possible au regard du Comité d'Éthique. Kenneth pense aussi que le médecin devrait être le serviteur et non l'ennemi de la nature ; il ne doit pas, par son influence déraisonnable, ériger des obstacles à la guérison.

## 2. En fin de vie et déontologie médicale

Le code de déontologie médicale, « est un ensemble de disposition législative réglementant l'exercice de la médecine »<sup>228</sup>. Autrement dit, c'est l'ensemble de règles en termes de devoirs et d'obligations à respecter la pratique professionnelle. La déontologie concerne la recherche de règles fondamentales pouvant servir de base à des décisions morales. On peut citer par exemple le célèbre dicton : « *traiter chacun comme égal* », selon le Code de Déontologie Médicale (CDM), édition juin 2022 qui stipule :

*La déontologie médicale concerne le médecin qui exerce une profession au sens strict du terme, qui suppose une certaine autonomie de pratique et de régulation à laquelle les lois françaises donnent depuis près de deux siècles un monopole dans le domaine de la santé. Elle sert de référence aux instances juridictionnelles de l'Ordre des médecins, mais d'abord de guide aux médecins dans leur pratique quotidienne, au service des patients*<sup>229</sup>.

Ainsi, le Code de Déontologie Médicale se présente comme l'interface entre la morale et l'éthique. Toutefois, la déontologie médicale, bien qu'elle soit fortement développée, voudrait que le médecin fasse tout ce qui est à son pouvoir pour « *soulager les souffrances* » de la personne malade. C'est d'ailleurs l'une des obligations rappelées par le Serment d'Hippocrate. Cependant, la principale question reste lancinante : Comment le médecin fait-il la lecture de cette obligation ? L'évènement le plus marquant dans l'histoire de la déontologie médicale au XX<sup>e</sup> siècle est l'apparition des documents ayant une visée internationale après la Deuxième Guerre mondiale. Au cours de cette période, toute profession défendrait une valeur particulière. Mais les intervenants défendraient la santé même avant que ces valeurs ne soient énoncées dans les prières.

L'article 4124-6 du Code de déontologie a prévu des sanctions lorsqu'un médecin porte atteinte volontairement à la vie d'un patient. Le Conseil National de l'Ordre des

---

<sup>228</sup> Wikipédia médical.

<sup>229</sup> *Code de déontologie médicale et ses commentaires*, édition juin 2021, p. 8.

Médecins prononcera une sanction cumulable à la sanction pénale que le médecin serait amené à subir devant les juridictions pénales<sup>230</sup>.

L'Article L. 1110-5-3. Issu de la loi du 2 février 2016 stipule :

*Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Et ajoute que le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie<sup>231</sup>.*

C'est donc un véritable accompagnement vers la fin de vie qui peut être effectué par le médecin envers son malade. Favoriser et améliorer le bien-être des personnes au travail, c'est donner la possibilité aux médecins de se réaliser pleinement dans l'exercice de leur travail. Selon l'article 16, alinéa 3 du Code civil :

*Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir<sup>232</sup>.*

Cela signifie que le recueil du consentement avant toute intervention médicale est un principe d'ordre public. Sylvius introduit le système plus que jamais actuel du « tour » quotidien du médecin. Il décrit ce système de la manière suivante :

*J'ai conduit mes étudiants par la main, les initiant à la pratique médicale, me servant d'une méthode inconnue à Leyde, de même d'ailleurs, sans doute, qui consiste à les conduire tous les jours à visiter les hôpitaux. Je leur ai exposé sur place les symptômes de la maladie ; je leur ai fait entendre les plaintes des maladies ; je leur ai demandé de me donner leur avis à propos des causes et des traitements rationnels de chaque cas particulier, et leurs raisons pour avoir cet avis. Ils ont pu voir les heureux résultats du traitement, quand Dieu a confié à nos soins la guérison d'une maladie. En outre, ils ont assisté à l'autopsie du corps, lorsque le patient a payé l'inévitable tribut à la mort<sup>233</sup>.*

Pour dire qu'on ne saurait donner une meilleure description de la méthode clinique d'enseignement en médecine. Pour une pratique médicale, il convient aux praticiens et aux médecins de prendre l'initiative à la question de la dignité humaine comme une fin aux soins palliatifs. Pour les soignants, notre action devrait viser la survie de l'humanité pour les

<sup>230</sup> Penneau Jean, *La responsabilité du médecin*, Paris, Editions Connaissances du droit, 3<sup>ème</sup> éditions revue et augmentée, 2004, p. 103

<sup>231</sup> Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

<sup>232</sup> Code civil, Article 16, Alinéa 3, Modifié par la Loi n° 2004-800 du 6 août 2004, Article 9, JORF-7, août 2004.

<sup>233</sup> Sylvius, cité par Kenneth Walker dans *Histoire de la Médecine*, pp. 161-162.

générations. C'est pourquoi Emmanuel Kant affirme : « *agis de façon que les effets de ton action soient compatibles, avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre [...] ou : ne compromets pas les conditions pour la survie indéfinie de l'humanité sur terre* »<sup>234</sup>. De ce passage découle la question suivante : S'il faudrait tuer, qu'advient-il si cela me soit posé par tout le monde ? Nous dirons tout simplement non car, tout y va de la préservation de l'humanité, qui devrait être notre effort commun. La déontologie médicale a toujours voulu que le bien du patient soit le premier souci du médecin. Longtemps, le domaine de santé a fonctionné selon l'idée que le seul besoin du patient était qu'on prenne soin de lui. Pour atteindre ce but, les professionnels de la santé n'avaient qu'à prêter attention aux besoins physiques et émotifs de leurs patients, sans toutefois les consulter sur les décisions qui devaient être prises touchant leur santé.

En quelque sorte, ils demandent de soumettre l'assistance médicalisée pour mourir à des critères objectifs de décision, critères situés soit à l'intérieur d'un cadre déontologique prédéfini, soit à l'intérieur d'un cadre légal déterminé, comme en témoigne ci-après la revendication du Collège des Médecins du Québec :

*Comme les patients, les médecins veulent des changements qui favorisent la recherche commune, en fin de vie, des soins les plus appropriés possibles. Le statut qui rend évidemment cette recherche difficile, voire impossible. Pour toutes sortes de raisons, on entretient dans notre société - et les médecins n'y échappent pas - un véritable déni, non seulement face à l'euthanasie, mais face à la mort. L'état actuel du droit au Canada y est sûrement pour beaucoup. Dans un contexte où tout acte visant à écourter la vie est considéré comme un meurtre passible de sanctions criminel, il est en effet assez difficile d'avoir une discussion franche et ouverte sur tous les soins qui seraient appropriés en fin de vie*<sup>235</sup>.

On s'aperçoit donc que, quand une demande d'assistance médicalisée pour mourir dans la dignité est formulée dans le contexte des soins de fin de vie, le monde des soignants se trouve confronté à des conflits de valeurs, car cette demande constitue un véritable danger au plan éthique et déontologique.

### **3. Repenser la fin de vie à partir de la bioéthique**

Dans son historique, le terme bioéthique est formé à partir de deux mots grecs *bios* et *ethos*, qui veut dire éthique de la vie. Ce terme semble soulever les problèmes éthiques posés par la biologie et la médecine. Selon l'Encyclopédie, la bioéthique c'est une étude

<sup>234</sup> Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Flammarion, 1994, p. 436.

<sup>235</sup> Collège Des Médecins Du Québec, *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie*. Document de réflexion adopté par le Conseil d'administration le 16 Octobre 2009, p. 3.

systematique de la conduite humaine dans le cadre des sciences de la vie et de la santé, examinée à la lumière des valeurs et des principes moraux. La bioéthique a pour vocation de sauvegarder la dignité humaine. Le principal manque est la mise entre parenthèse des préoccupations d'ordre éthique. Elle s'intéresse aux répercussions de la science médicale sur la vie humaine. A la question de savoir : Que dois-je faire pour que la vie humaine continue d'exister sur terre ? Cette question doit servir de guide de la réflexion éthique. Le problème posé ici est la valeur de la bioéthique dans la vie actuelle au sein de la pratique médicale. Pour Jocelyne Saint-Arnaud, « *la bioéthique est née des problèmes moraux causés par l'avancement des sciences et des technologies biomédicales dans toutes les sphères de la vie humaine* »<sup>236</sup>.

La bioéthique peut avoir comme ancêtre de serment d'Hippocrate. Il s'agit de ce médecin grec du V<sup>ème</sup> siècle avant Jésus, le premier à penser que la pratique de la médecine se doit de suivre une certaine déontologie. La médecine touchant plus directement à la vie doit être encadrée par une éthique qui lui soit appropriée. Le savoir du médecin ne doit jamais lui servir pour nuire à son malade, mais tout ce qu'il fait doit concourir au bien-être du patient. C'est ainsi qu'Hippocrate émet quelques principes à appliquer par tout médecin.

Il est probable que le serment d'Hippocrate ait servi de base à la naissance de la bioéthique au sens restreint du terme, c'est-à-dire comme éthique appliquée à la médecine. Pour Lucien Sève, la bioéthique s'occupe « *des seuls problèmes nés de la recherche dans les sciences de la vie et de la santé, et des pratiques qui en résultent.* »<sup>237</sup> La bioéthique reste alors l'éthique et demeure une tâche philosophique. La bioéthique touche l'homme au plus profond de lui-même et comme la société tout entière. C'est pourquoi Jean Bernard affirme :

*Qui fait reposer la bioéthique sur trois (3) principes essentiels : le respect de la liberté et de la dignité de la personne humaine, le respect de la connaissance et du monde scientifique : Tout ce qui est scientifique n'est nécessairement éthique mais ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique ; et la limitation de la soif du pouvoir de l'homme et du goût du lucre : Le corps humain ne peut être ni vendu ni loué, ni en totalité, ni en partie*<sup>238</sup>.

Le champ de la bioéthique s'est considérablement étendu. S'il couvre de nos jours les questions d'éthique médicale, son originalité est d'aller au-delà de la déontologie propre aux diverses pratiques professionnelles concernées. La bioéthique étudie les problèmes d'éthique (problèmes moraux) liés à la recherche en biologie ou en médecine en générale et à leur

<sup>236</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, *Enjeux éthiques et technologies biomédicales*, p. 14.

<sup>237</sup> Lucien Sève, *Pour une critique de la raison bioéthique*, Paris, Odile Jacob, 1994, p. 12.

<sup>238</sup> Jean Bernard, cité par Alain Pompidou dans, *Souviens toi de l'homme*, p. 212.

application. Elle veille au respect de la vie dans la pratique médicale, de la personne humaine et insiste aux progrès des technosciences biomédicales. En effet, la bioéthique se distingue de la déontologie médicale classique, car cette dernière renvoie à un code éthique fondé par les médecins pour les médecins. Alors que la bioéthique, au contraire, fait intervenir une pluralité d'acteurs et disciplines, outre les médecins, biologistes et généticiens, philosophes, juristes, sociologues et théologiens, comme le pense Jocelyne Saint-Arnaud :

*La bioéthique, entendue au sens aussi large, est en mesure de savoir et la pratique des sciences de la vie (sous tous ses aspects) ce, à partir d'une perspective tout à fait nouvelle, celle des problèmes éthiques créés par l'avancement du savoir et des technologies biomédicales<sup>239</sup>.*

L'authenticité de la bioéthique aujourd'hui distingue deux orientations médicales que nous avons l'une, davantage descriptive, qui s'appuie sur la philosophie morale, l'autre découlant de consentement visant à éclairer les choix éthiques et les valeurs présumées par ceux-ci en écartant les arguments. Cependant, celle du consentement est perspective et cherche les normes morales qui sont applicables aux sciences du vivant y compris la médecine. Elle propose certaines règles et certaines postures face à l'éventuel dilemme. La philosophie se penche depuis quelques décennies avec un intérêt croissant sur les enjeux éthiques des pratiques thérapeutiques et de la recherche biomédicale.

En général, cet intérêt est justifié par un discours qui insiste sur le caractère inédit des possibilités offertes par ces pratiques et cette recherche du corps de l'homme et aux choix à faire en matière de vie, de santé, de mort. Dans le même d'ordre d'idées, la bioéthique, en tant que domaine non réservé aux médecins, s'est développée dans les années 1960 en conjonction avec les années de progrès scientifique. Elle est née aux États-Unis dans les années 1960 qui ont vu émerger dans des revendications de la personne, conduisant à des changements de la société contemporaine à savoir : la dépénalisation de l'euthanasie, du suicide et de l'avortement. L'enjeu de la bioéthique n'est plus ni obligation ni devoir, ni valeur en soi, mais la satisfaction des intérêts des êtres humains.

La bioéthique va de pair avec deux autres fondamentaux : la bienfaisance et la justice. Elle est là pour défendre le principe de respect de la personne, afin d'en comprendre le sens, les possibilités, mais aussi les limites de recherche biomédicale. L'action normative dans le domaine bioéthique est une nécessité partout dans le monde, souvent exprimée par les scientifiques et les praticiens eux-mêmes. La pertinence de la bioéthique veille au respect de

---

<sup>239</sup> *Ibid.*, p. 29.

la personne humaine. David Roy dans *L'éthique de la pratique clinique*<sup>240</sup> explique qu'il n'existe pas des normes préétablies pour la solution des cas en litige. Il est d'avis que les normes doivent être élaborées par induction à partir de chacun des litigieux, chaque cas comportant en lui-même sa propre solution. Dans cette perspective, c'est le malade qui est la norme, autrement dit ce qui doit être pris en considération de façon prioritaire.

La pratique médicale doit conduire avant tout à l'interrogation du risque et du bénéfice pour le malade, d'essais thérapeutiques destinés à améliorer la condition sanitaire en générale et non seulement à traiter la maladie. C'est la raison pour laquelle Alain Pompidou affirme :

*Les considérations éthiques conduisent à s'opposer à tout essai qui n'est pas scientifique par une personne éclairée et financièrement désintéressée, qui n'apporte pas les résultats supérieurs aux inconvénients qu'il compte ou qui ne remette pas en cause la liberté du malade*<sup>241</sup>.

Ainsi, ce chapitre a permis de cerner les limites de la conception de l'euthanasie. L'enjeu est de limiter la pratique de l'euthanasie et empêcher également l'acharnement thérapeutique dans le traitement des malades en fin de vie.

---

<sup>240</sup> David Roy, « L'éthique de la pratique clinique », in *L'Union médicale du Canada*, vol. 177, n° 1, 1988, pp. 120-123.

<sup>241</sup> *Ibid.*, p. 191.

## CHAPITRE VIII : LA CRITIQUE DE LA PRATIQUE DE L'EUTHANASIE CHEZ JOCELYNE-SAINT ARNAUD : ENJEUX ET PERSPECTIVES

Dans ce chapitre, il est question de montrer que les progrès dans la préservation et le prolongement de la vie ont connu des développements décisifs ; ce qui nous permet de poser la question des limites aux pratiques de l'euthanasie et du maintien de la vie. Bien évidemment, nous considérons l'euthanasie comme une violation potentielle des droits des patients vulnérables. De nos jours, il faut déployer plus de moyens pour la dissémination et l'application des principes éthiques déjà établis, afin de nous guider dans l'utilisation des technologies disponibles. L'éthique biomédicale donne l'espoir à l'être humain de prendre conscience de sa situation clinique et de montrer des orientations fiables sur cette médecine moderne (la culture palliative) et de limiter le pouvoir médical sur l'homme, sans négliger sa spécificité. Dans ce contexte, l'éthique est la seule méthode susceptible de protéger et défendre l'homme contre les risques de pouvoir médical.

L'euthanasie est devenue de plus en plus sujet controversé pour autant que la population vieillisse et les avancées médicales et scientifiques continuent de transformer et de prolonger la vie des patients. Raison pour laquelle, Marie de Hennezel exprime son inquiétude de la manière suivante : « *je suis opposée à l'euthanasie clandestine, pratiquée à l'insu du malade. Elle est le signe d'un échec, d'une incompétence et d'une incapacité à dialoguer. On ne sait pas supprimer la maladie alors on supprime le mourant* »<sup>242</sup>. Cela montre à quel point cette auteure est radicalement opposée à l'euthanasie non demandée par une personne qui n'a pas souhaité mourir dans la dignité.

### 1. Au plan épistémologique et biologique

Face aux défis de la médecine moderne, il faut admettre avec Claude Lepen que :

*La « personne malade » n'est ni ignorante, ni aussi dénuée de raison que le suppose le modèle tutélaire et qu'elle le sera dans l'avenir. Cela tient pour une part à son meilleur niveau d'information, mais aussi à la transformation même de la notion de « maladie » ; que cette personne malade exprime, individuellement ou*

---

<sup>242</sup> Marie de Hennezel, *Nous ne sommes pas dits au revoir*, p. 316.

*collectivement, ses préférences sous des formes qui peuvent apparaître par rapport au modèle tutélaire comme peu significatives, voire aberrantes*<sup>243</sup>.

Les traitements inutiles ne servent à rien et ne garantissent pas la préoccupation éthique du fait que la médecine fasse ces traitements sans tenir compte du bénéfice global retiré pour ce dernier<sup>244</sup>. Face à la pratique médicale dans le processus de l'acharnement thérapeutique, Yvon Kennis affirme que : « *l'attitude des médecins qui utilisent systématiquement tous les moyens médicaux pour garder en vie une personne [...] au stade terminal, sans réel esprit d'améliorer son état.* »<sup>245</sup>

Mais face à cette position radicale et conservatrice de Kennis, les médecins ne doivent pas s'engager dans le traitement inutile d'un malade. Jocelyne Saint-Arnaud montre pour sa part que « *le médecin décidera donc en fonction du patient et ne peut porter de tels jugements, sa compétence, entant que médecin est niée* »<sup>246</sup>. La vie humaine ne doit donc en aucun cas être sacrifiée à l'autel de l'économie. Ce qui revient à dire qu'on ne devrait en aucun cas mettre en danger la vie humaine pour des intérêts économiques ou financiers, comme le démontre si bien Alain Pompidou :

*Le progrès des sciences biomédicales rendant tout possible et donc tout autorisé, conduit à la transgression non seulement de valeurs tabous mais également de valeurs essentielles inhérentes à notre vie et à notre personne. Je pense, en particulier, à la possibilité pour l'homme de programmer sa mort par l'euthanasie active, mais également à l'interruption de grossesse en cas de sexe non désiré, ou plus grave encore à la procréation en vie du prélèvement d'organe destiné l'un ses propres enfants condamné par une maladie rénale*<sup>247</sup> :

La volonté de mourir se trouve aussi compliqué que l'humanité. Dans le Phédon lors d'un dialogue avec Cébés, Socrate parle de mort, il s'agit de la mort non physique mais moralement consentie. C'est la raison pour laquelle Platon voulait savoir s'il s'agit de « *la séparation de l'âme et du corps, de manière que le corps demeure seul d'un côté et l'âme seule de l'autre ?* »<sup>248</sup>. Toujours dans le Phédon, Socrate affirme parfois que : « *il soit*

---

<sup>243</sup> Claude Lepen, « Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », in *Revue économique*, Vol 60, n° 2, 2009, pp. 257-271.

<sup>244</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>245</sup> Yvon Kennis, *Acharnement thérapeutique*, dans G. Hottos et M. H. Parizeaux (dir), les mots de la bioéthique. Un vocabulaire encyclopédique, Bruxelles, De Boeck Université, collections, « sciences Éthiques sociétés », 1993, p. 19.

<sup>246</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, *op.cit.*, p. 53.

<sup>247</sup> Alain Pompidou, *op cit.*, p. 30.

<sup>248</sup> Platon, *Phédon ou de l'âme*, Paris, Editions Librairie ch. Delagrave, 1875, pp. 15-20.

*préférable d'être mort que de vivre. Mais il ne faut pas se donner la mort, l'envoi d'un signe du demiurge (...)»<sup>249</sup>.*

C'est bien à Platon que nous attribuerons la notion « demiurge » qu'il définit comme le dieu organisateur qui créa le monde à partir de la matière préexistante. Socrate commence, comme à son habitude, le récit en affirmant : « *le suicide est mauvais, car un vrai philosophe doit attendre la mort et non la provoquer* »<sup>250</sup>. La vie humaine est donc sacrée et c'est pourquoi André Comte-Sponville écrit : « *attention, amis médecins, au paternalisme : vous êtes en charge de la santé de vos patients, mais non de leur bonheur, mais non de leur sérénité* »<sup>251</sup>. Le corps mort a droit à la dignité tout comme le corps vivant. Cette responsabilité commande aux vivants de bien tenir compte de leur dignité.

Toutefois, Martin Heidegger met en évidence la conception de l'existence humaine comme étant intrinsèquement liée à la réalité de la mort, dès les premiers instants de la vie. Il souligne la profondeur métaphysique de la naissance et de la mort comme des aspects indissociables de l'existence humaine.

La conception de l'euthanasie au plan métaphysique soulève des questions éthiques et philosophiques profonds. Selon une perspective à travers le prisme de la dignité humaine, de la liberté individuelle et de la nature de la vie et de la mort.

L'on peut assister un malade en phase terminale sans lui donner la mort. Comme l'expérience le montre, chez Marie de Hennezel des équipes courageuses, certes trop rares, montrent tous les jours que c'est possible. On peut terminer ses jours en l'éteignant doucement, tranquillement, soulagé de ses douleurs entourés des siens, dans un climat de paix et de tendresse. C'est la raison pour laquelle elle souligne : « *une mort humaine et dignement est possible sans recourir à l'euthanasie* ». Il faut que les Français le sachent. Encore faut-il savoir pratiquer ces soins de fin de vie qu'on appelle les « *soins palliatifs* » ?<sup>252</sup>

En effet, l'engagement technique des soignants qui se manifeste au niveau du corps souffrant, doit en réalité avoir comme finalité le maintien de la vie qui habite le corps. Les soins deviennent alors une revendication du sens de la vie. Pour mieux cerner cela, écoutons ces propos de Philippe Svandra :

---

<sup>249</sup> Platon, *op.cit.*, p. 10.

<sup>250</sup> Platon, *op.cit.*, pp. 6-7.

<sup>251</sup> André Comte-Sponville, *Petit Traité de grandes vertus*, Paris, PUF, 1995, p. 391.

<sup>252</sup> Marie de Hennezel, *Propositions pour une vie digne jusqu'au bout*, pp. 2-3.

*Le soin revient donc à nous lier les uns aux autres, à se faire du souci autrui et par conséquent traiter l'autre avec sollicitude. Ainsi, l'engagement soignant ; comme tentative de réponse à la souffrance et à la vulnérabilité humaine, ne relève d'une réflexion rationnelle, ni d'un sentiment affectif particulier mais de l'expression de notre humanité. Le soigne se traduit par cette expérience de reconnaissance qui permet de passer de la dissymétrie à la réciprocité.*<sup>253</sup>

De même, Hans Jonas dans son livre intitulé *Principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique* a pu démontrer les quatre maximes qui doivent régir désormais l'action humaine dans le domaine des technosciences. C'est pourquoi il écrit : « *notre thèse est que les nouveaux types et les nouvelles dimensions de l'agir réclament une éthique de la prévision et de la responsabilité.* »<sup>254</sup> Cette nouvelle éthique doit faire de la peur son élément fondamental. C'est ce qu'il appelle « l'heuristique de la peur. » Il s'agit de réfléchir aux conséquences de mon action d'aujourd'hui sur les générations futures.

L'évolution scientifique et technologique en médecine risque de pousser les chercheurs à dépasser les limites éthiques de la médecine. L'évolution scientifique risque de se servir de l'homme comme moyen pour une fin scientifique. Face à tel risque, il faudrait réaffirmer le principe philosophique émis par Emmanuel Kant : « *agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen* »<sup>255</sup>. Ce principe interdit qu'une personne soit utilisée comme un cobaye pour faire avancer la recherche scientifique. En d'autres termes, tous ce qui est pratiqué dans les laboratoires doit aider à soigner le malade et non le contraire. Ce n'est pas le même problème quand on expérimente un nouveau médicament sur un malade comme dernier recours pour tenter de le soigner.

## **2. Au plan politique**

Dans la médecine contemporaine, l'exigence de guérir semble en effet ne pas concorder avec la considération de la personne malade. Céline Levefe pense à ce sujet que l'histoire de la médecine moderne se caractérise par un désintérêt voire le mépris de la médecine vis-à-vis du corps souffrant lors du traitement. Parlant de son efficacité, la médecine moderne dissocie de façon progressive la maladie avec le malade. C'est dans cette logique que les personnes souffrantes sont les plus souvent considérées comme des objets sans vie ou sans valeur intrinsèque. Suite à la reconfiguration des buts de la médecine, Mathieu Noury

<sup>253</sup> Philippe Svandra , « Le soin comme langage », in *Revue de soins*, n° 773, 2013, pp. 24.

<sup>254</sup> Hans Jonas, *Principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*, trad. J. Greisch, Paris, Champs/ Flammarion, 2001, p. 51.

<sup>255</sup> Emmanuel Kant, *Fondement de la métaphysique des mœurs*, p. 105

explique de son côté que les idées véhiculées par la modernité voulaient tout simplement faire du sujet humain le point ou le rond central de toute démarche scientifique.

A cet effet, la médecine scientifique issue de cette modernité bafoue complètement ce principe. L'exclusion du patient dans les nouvelles pratiques médicales s'inscrit en fait dans une logique extra médicale. Écoutons Michel Foucault plutôt :

*Avec le capitalisme, l'on est passé d'une médecine collective à une médecine privée, mais [...] c'est justement le contraire qui s'est produit ; le capitalisme qui se développe à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle et au début du XIX<sup>e</sup> siècle a d'abord socialisé un premier objet, le corps, en fonction de la force productive, de la force de travail. Le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie mais aussi dans le corps et avec le corps. Pour la société capitaliste, c'est le bio-politique qui importait avant tout, le biologique, le somatique, le corporel. Le corps est une réalité bio-politique ; la médecine est une stratégie bio-politique<sup>256</sup>.*

De ce fait, la gestion de la santé devient une priorité politique, ce qui pose les problèmes au plan de la pratique soignante. En effet, arrimer les droits de la personne malade à la volonté des gouvernants qui veulent exercer un contrôle systématique sur l'humain semble problématique. Pour cela, les sciences biomédicales s'autodéterminent par leur pouvoir intrinsèque, indépendamment de l'éthique. En réalité, ceci démontre le caractère laïque et déterminé de la science et en particulier des sciences du vivant. L'homme de science, de par son pouvoir et sa conscience autonome reste externe à l'éthique. Cette autonomie de la science fait parfois peur et à ce point, l'on a peur des progrès scientifiques et on les traite parfois d'irrationnel, comme le souligne le philosophe camerounais Oumarou Mazadou :

*Ainsi, le pouvoir ou la science doit avoir une finalité interne qui consiste aux questionnements permanents pour chaque niveau de savoir. Ainsi, faut-il savoir que la science a une finalité externe, puisqu'elle progresse en modifiant le rythme et le mode de vie de l'homme (...) La connaissance est l'affirmation de la responsabilité d'une conscience humaine qui se déploie par elle-même pour s'autodéterminer comme inventrice du réel et du monde<sup>257</sup>.*

Dans la pratique de l'euthanasie, la responsabilité n'est pas du reste de ce que nous relevons à travers la question de mourir dans la dignité ou la conservation du statut humain d'un patient en fin de vie. C'est pour cette raison qu'une politique valorisée et cohérente de la formation des professionnels de santé et de leur soutien psychologique doit être de mise. La transformation de cette dernière nous amène relativement à un changement de l'essence de la

<sup>256</sup> Michel Foucault, « Naissance de la médecine sociale », in *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, 2001, p. 209.

<sup>257</sup> Oumarou Mazadou (dir.), *Modernité politique, modernité scientifique, interrogations épistémologiques et axiologiques*, Yaoundé, Editions Afrédit africaine, 2017, p. 32.

politique, qui pourrait se faire signifier par l'adaptation d'une responsabilité que prône Hans Jonas. Pour ce dernier, les politiques doivent s'approprier de la préservation de la dignité humaine. Cela permet de préserver la génération présente que future, qui est menacée par la dynamique technoscientifique. C'est pourquoi Jonas écrit :

*La prévoyance de l'homme politique consiste donc dans la sagesse et dans la mesure qu'il consacre au présent. Ce présent n'est pas là en vue d'un avenir différent mais dans le cas le plus favorable, il fait ses preuves dans un avenir semblable au présent<sup>258</sup>.*

Cela montre que l'éthique de la responsabilité doit prendre en compte l'avenir du lendemain de l'espèce humaine. Dans la même logique, la dynamique technoscientifique dont les conséquences mettent à mal le devenir et la dignité de l'homme doit correspondre à une morale proportionnelle à cette dernière, qui constitue de nos jours un défi majeur.

En effet, les politiques de la santé doivent fixer collectivement des caps pour donner à chacun les moyens de se soigner et de rester en bon état de santé le plus longtemps possible. De son côté, l'État doit fixer les limites au vœu humain concernant la pratique de l'euthanasie, du clonage et la manipulation de la nature humaine. Il doit également tailler une politique éducative dans le champ des interventions biotechnologiques éclairés, en abrogeant les lois et surtout celles susceptibles de remodeler l'homme de manière irréversible. C'est à ce titre que François Dagonet affirme :

*Il appartient à l'État-le gardien de l'intérêt général-de fixer les nouvelles frontières que le vouloir humain ne doit, sous quelque prétexte, excéder. Ainsi, c'est au nom de l'intérêt général que le clonage reproductif devrait être interdit. Ici encore, les hommes-ceux du droit et de l'Université-doivent délimiter de façon univoque le champ des interventions licites, en excluant celles qui reste susceptibles de transformer l'humain de façon irréversible.<sup>259</sup>*

Fort de ce qui précède, l'État ou la politique de la santé doit user des grands moyens pour régulariser les pratiques biomédicales et préserver les humains de leurs conséquences. La rigueur scientifique doit contrôler les sciences et en même temps, il doit veiller au respect de l'autonomie de la personne malade.

L'enjeu au cœur de cette dynamique est d'envisager une juxtaposition politique entre la technique et le respect de l'humanité de la personne. Il faut donc redéfinir une politique de la santé qui prend en compte les aspects subjectifs de la personne souffrante. Pour Corine Pelluchon, il s'agit de « *procurer à ces patients dépendants et particulièrement vulnérables*

<sup>258</sup> Hans Jonas, *op. cit.*, p. 35.

<sup>259</sup> François Dagonet, (Préface), *Vers la fin de l'homme ?*, Paris, Éditions de Boeck, 2006, p. 379.

un certain bien-être et s'opposant à la maltraitance qui consiste à les considérer comme des objets dont la vie n'a plus aucun sens ni aucune valeur, ou même à décider systématiquement à leur place »<sup>260</sup>. Cela montre à suffisance que les concepts de l'autre, du visage et de la responsabilité sont essentiels dans une entreprise soignante. Quant à Francis Fukuyama :

*Face au défi que pose ce genre de technologie, où le bien et le mal sont intimement mêlés, il me semble qu'il n'y aurait qu'une seule réponse possible : les pays doivent réguler politiquement le développement et l'utilisation de la technologie, en mettant sur pied des institutions qui discrimineront les progrès techniques qui favorisent la prospérité de l'humanité et ceux qui font peser des menaces sur la dignité et le bien-être de l'homme.*<sup>261</sup>

Ainsi, au-delà de la question éthique, on enregistre également des conséquences politiques majeures puisque, comme on l'a vu, la thèse fukuyamienne de « *la fin de l'histoire* » repose sur une conception relativement stable de la nature humaine. L'impact des technosciences sur l'homme et sur la démocratie, constitue de ce fait le cœur de son « bioconservatisme ».

### **3. Au plan économique et juridique**

La pratique de l'euthanasie serait motivée par la quête alarmante des intérêts économiques. En effet, la médecine moderne repose d'une part entre les mains des oligarques qui font preuve d'une instrumentation financière tout azimut : ce que le bioéthicien camerounais André Liboire Tsala Mbani appelle « éconofascisme », pour désigner une médecine prise en otage par des intérêts économique-idéologiques<sup>262</sup>. De plus, la pratique médicale semble inquiétante sur le plan économique dans le sens où les soins inutiles en faveur du malade mourant préoccupent désormais les familles. Le fait de prolonger la vie entraîne facilement la pauvreté au sein des familles.

Cependant, l'euthanasie sociale a pris une forte ampleur au XX<sup>ème</sup> siècle pour des raisons économiques. Déjà, Hippocrate recommandait pour comprendre l'origine des maladies, étudier l'environnement climatique, géographique et physique ; puis, examiner attentivement le comportement des individus, leur façon de boire, de manger. C'était pour mieux examiner la situation familiale, afin que les praticiens jettent un regard éthique sur le patient en commun accord avec la famille proche. Malgré ces raisons, il n'est pas évident de

<sup>260</sup> Corine Pelluchon, « Levinas et l'éthique médicale », in *Cahiers d'Études Levinasiennes*, n° 9, 2010, pp. 239-240.

<sup>261</sup> Francis Fukuyama, *La fin de l'homme. Les conséquences de la révolution biotechnique*, p. 317.

<sup>262</sup> André Liboire Tsala Mbani, *Les défis de la bioéthique à l'ère éconofasciste. Décryptage d'une prise en otage par les intérêts économique-idéologiques*, Paris, L'Harmattan, 2009, p. 67.

donner des traitements négatifs sans ruiner l'économique de ce patient ou de sa famille. Jean Bernard montre que dans ce cas, « *l'éthique doit souvent confronter et si possible, concilier deux devoirs, la protection de la collectivité, la protection, le respect de chaque personne* »<sup>263</sup>. Cela veut dire que le praticien doit suivre la conduite de l'éthique tout en se souciant de la liberté légale du patient comme la sienne car, respecter la personne malade est un devoir fondamental.

Dans la pratique médicale, les volontés des familles sont plus suivies par l'équipe de soins que les indications que le malade aurait écrites dans les directives anticipées ou des indications provenant de l'équipe de soins. Il est primordial d'établir la condition du succès de l'intervention ; mais aussi, d'examiner les objectifs à poursuivre pour éviter que la famille tombe dans une situation non irréparable. Par ailleurs, la famille peut décider de consulter l'équipe de soins pour mettre fin à la vie de leur patient, sans toutefois demander l'avis du mourant. Le traitement de l'impossible pose les dilemmes éthiques et économiques parce que, le médecin défend la vie du patient et limite la souffrance en soulageant ses vœux. Cela s'explique à travers ce passage d'Alain Pompidou :

*Le médecin est comme la vestale, il maintient le plus petit souffle de vie dans le corps qui se livre à la mort (...) Destiné à maintenir en vie, par tous les moyens, un malade condamné à brève échéance, l'acharnement thérapeutique est trop souvent la conséquence d'une volonté de puissance sur la mort et d'un désir de connaître les réactions d'un corps vivant pris comme instrument de pouvoir.*<sup>264</sup>

Le personnel médical et soignant dans les soins intensifs se compare à des gladiateurs qui se battent contre la maladie. Lorsque l'échec des soignants à visée curative est reconnu, le rôle de la médecine est d'être humanitaire. C'est dans ce cas que certains proposent la pratique de l'euthanasie comme l'une des solutions médicales pour une personne qui est en phase terminale, c'est-à-dire vers la mort mais, qui doit être profondément respectée.

Au plan économique, l'euthanasie représente alors l'espoir pour la famille de sortir de leur misère parce qu'elle est fondamentalement un geste social et la société autorise un professionnel à mettre fin à la vie d'une personne souffrante pour son bien. Pour Gallahan Daniel, autoriser un tel geste, c'est non seulement changer la nature de la profession médicale, mais aussi élargir les raisons pour lesquelles il est acceptable de mettre quelqu'un à mort, car

---

<sup>263</sup> Jean Bernard, *De la biologie à l'éthique*, p. 182.

<sup>264</sup> *Ibid.*, p. 112.

: « toutes les sociétés civilisées ont développé des lois de manière à réduire les occasions pour lesquelles une personne est autorisée en tuer autre »<sup>265</sup>, affirme-t-il.

Au plan juridique, si la loi encadre la fin de vie, il reste à savoir si pratique de l'euthanasie dans le code pénal est adoptée. Certains progressistes défendent l'adoption de ce projet parce que l'euthanasie permettra de mettre fin à la souffrance d'un malade qui perdure, d'économiser l'argent et libérer l'entourage pour s'occuper d'autres travaux. D'autres encore évoquent des raisons d'ordre juridique, au nom du droit de l'homme, le malade qui souffre des années peut demander de mettre fin à sa vie. Suite à sa demande, personne ne peut lui refuser, surtout que plusieurs constitutions au monde ont proclamé les droits et libertés fondamentales de la personne.

De même, la loi autorise, avec l'accord du patient en connaissance de cause, l'emploi des substances réduisant la douleur même si elles ont pour effet de perdre la vie. L'idée est celle de l'intentionnalité : tant que le commencement recherché est de soulager la souffrance et non d'abrégier la vie, il ne serait pas d'euthanasier même si on a l'attitude de parler de l'euthanasie passive à ce sujet : « la loi permet l'arrêt des soins, l'acharnement thérapeutique, multiplier l'acte médical lourd pour prolonger la vie lorsqu'il n'y a d'espoir de rémission est interdit, et il semble que la loi permette l'arrêt de la nutrition ».<sup>266</sup>

Dans les pays développés, les avancées de la médecine permettent de maintenir artificiellement en vie, parfois pendant de longues années, des personnes plongées dans un coma profond et inversible. Par ailleurs, l'évolution des mentalités et la priorité donnée au respect de la volonté individuelle conduisent certains à revendiquer le droit, de pouvoir décider eux-mêmes du moment de leur mort. En cas de refus de soins par le patient ou d'arrêt de soins par le médecin, ce dernier les jugeant inutiles. Et si la demande venait à décider, il ne pourrait être poursuivi pour homicide involontaire car, dans une telle situation, l'élément moral et l'élément matériel n'existent pas.<sup>267</sup> Autrement dit, il n'y a pas eu la volonté de faire mourir le patient ni même d'acte positif ayant entraîné sa mort.

Pour chacun des sept pays couverts par l'étude à savoir l'Allemagne, l'Angleterre, le Pays de Galles, le Danemark, les Pays-Bas, la Suisse, Australie et les États-Unis, on s'est approprié d'abord les règles juridiques qui régissent directement ou non, les différentes

<sup>265</sup> Daniel Gallahan, *Can we return death to disease? Hasting center-A spécial supplément*, no 19, janvier-février, 1993, p. 104.

<sup>266</sup> Loi n° 2005 - « 370 du 22 avril 2005, *Relative aux droits des malades et à la fin de vie*, avril 2005.

<sup>267</sup> Valérie Malabat, *Droit pénal spécial*, Dalloz, Paris, Hypercours Dalloz, 7<sup>e</sup> éditions, 2015, p. 43.

formes d'euthanasie puis, on va analyser les principaux éléments de la pratique, ainsi que l'état actuel du débat.<sup>268</sup> La Loi fondamentale protège à la fois le droit absolu à la vie et le droit d'autodétermination. L'article 1, alinéa 1, selon lequel : « *la dignité de l'homme est intangible* », interdit toute discrimination et apporte la même protection à la vie des mourants qu'à celle des biens-portants. Par conséquent, un mourant peut, sur la base de ce don, refuser un traitement médical qui prolongerait sa vie. Il faut abandonner ce que la société donne à la médecine pour lutter contre la mort du patient. Cela est relativement contradictoire avec la vocation et la pratique médicale car, interdire de tuer est la seule thèse qui s'oppose à l'euthanasie. Dans le processus de comprendre la dignité humaine au sens juridique, nous ne pouvons pas utiliser l'organisme de l'homme comme une machine et les pratiques artificielle des matériels pour maintenir la vie. Nous convenons donc avec Jacques Monod que :

*Les êtres vivants sont de machine mais il faut faire l'usage de la technologie en faveur de l'homme, la loi juridique recommande de respecter la valeur humaine de pratique médicale en prouvant que la science doit appliquer sa nouvelle théorie universelle, et doit être développée par la réalité de l'éthique appliquée aux règles juridiques. L'homme est le stade suprême auquel l'évolution soit parvenue, mais sans l'avoir cherché ou prévu.*<sup>269</sup>

Dans la même perspective de donner un sens juridique à la nature de l'homme, il ne faut pas faire sortir l'âme du corps car, l'homme ne fonctionne pas comme la machine. Ainsi, pour que les intervenants posent leurs mains sur un malade, ils doivent consulter la loi juridique pour mieux exercer leur devoir, afin de ne pas tomber dans le piège de dénaturer la valeur de l'homme dans la culture palliative. La loi médicale doit viser un fondement universel et établir la légitimité sur le fait que toute société doit prendre conscience du bien et du mal. Raymond Masse défend à cet effet la nécessité de s'appuyer sur :

*Des « valeurs phares », solidarité, bien faisant respect et de l'autonomie et d'asseoir l'éthique sur la reconnaissance d'un « principisme » c'est-à-dire sur le recours à des principes généraux (le devoir de soulager la souffrance, de respecter la dignité de la personne, d'être sensibles aux différences culturelles et de ne pas exploiter les personnes vulnérables.*<sup>270</sup>

Le rapport entre droit humain et santé est au centre de l'éthique médicale. C'est à travers l'éthique que le droit du patient est respecté dans le but de garantir la culture palliative et l'exigence de justice qui, tout de même, devrait être présentée dans toute éthique, pour éclairer davantage un soin universel, au lieu de se focalisée sur le mépris de la dignité

<sup>268</sup> [www.Senat.fr/ig](http://www.Senat.fr/ig), page consultée le 08 avril 2023.

<sup>269</sup> Jacques Monod, *Le hasard et la nécessité*, Paris, Seuil, 1970, p. 40.

<sup>270</sup> Raymond, cité par Boris Bonnet dans *L'éthique médicale dans les pays en développement*, p. 12.

humaine. Incidemment, il faut rappeler ici que l'éthique se questionne des conditions auxquelles le malade se soumet, et pas des motifs qui ont déterminé cette décision en lui. La culture palliative qui est strictement destinée à soulager la vie, doit être encadrée par l'éthique. Pour ce faire, la connaissance de l'intervenant ne doit jamais servir pour nuire à son patient. Plutôt, elle doit rester au service du bien-être du patient.

Les résolutions des problématiques de l'euthanasie au plan juridique sont au cœur même de l'éthique clinique. Comme le souligne Paul Ricœur, chez le juste, « *appliquer une norme à un cas particulier est une opération extraordinairement complexe qui implique un style d'interprétation irréductible à la mécanique du syllogisme pratique* »<sup>271</sup>. Il s'agit véritablement d'un travail de sagesse. C'est pourquoi Kenneth Walker réaffirme :

*Dans l'Ancien Testament, le médecin apparaît à peine, car la maladie était considérée comme une expression de la colère divine, pour le traitement de laquelle, le patient devait s'adresser aux prêtres. Ceux-ci enseignaient que ceux qui vivaient selon la loi de Moïse demeureraient sains de corps : « je ne t'infligerai aucune de ces plaies dont j'ai accablé l'Égypte, car je suis l'Éternel qui te guéris ! » (Exode XV.26)*<sup>272</sup>.

En effet, du point de vue juridique, l'intervenant ou le médecin doit considérer d'abord le meilleur intérêt du patient au moment où il prend une décision en matière de traitement, dans une phase avancée où le malade est atteint d'une maladie incurable nécessitant les comités d'éthique et juridiques, dans le but de trouver la solution au problème posé en faveur du mourant et en commun accord avec la famille proche, afin d'évaluer la situation qui se présente.

---

<sup>271</sup> Paul Ricœur, *Le Juste*, Paris, Editions Esprit, 2001, p. 217.

<sup>272</sup> Kenneth Walker, *Histoire de la médecine*, Paris, Editions Gérard & Verviers, 1962, p. 22.

## CHAPITRE IX : LA PRATIQUE CONTROVERSÉE DE L'EUTHANASIE EN AFRIQUE

Ce dernier chapitre vise à explorer, dans la culture africaine, la pratique de l'euthanasie qui consiste à soulager les souffrances physiques et psychologiques des malades en phase terminale. La problématique de l'euthanasie se pose en Afrique noire en rapport avec ses valeurs culturelles. Il est question de faire une analyse approfondie mais non exhaustive de l'état de la pratique de l'euthanasie en Afrique. La problématique de l'euthanasie, qui s'ajoute dans une réflexion sur la fin de vie, a suscité des débats contradictoires. Dans la plupart des traditions africaines, la pratique de l'euthanasie cause de nombreux problèmes.

La bonne mort, c'est avant tout mourir en toute dignité. Dans ce cas, le patient a le temps de dire au revoir aux siens ; il a le temps de les bénir et de se réconcilier avec eux si nécessaire. Dans le contexte africain, la pratique de l'euthanasie n'est pas encore développée et acceptée. Autrement dit, en Afrique tout comme dans certains pays au monde, la pratique de l'euthanasie est rejetée de façon catégorique. Bien évidemment en Afrique, l'euthanasie est controversée et devient à juste titre problématique dans la plupart des pays (Cameroun, Tchad, Burkina Faso...). L'euthanasie est principalement rejetée en Afrique pour des raisons à la fois traditionnelles et religieuses. En effet, certains estiment que seul Dieu est l'auteur de la vie par conséquent, il est le seul qui décide de notre vie ou de notre mort. D'autres de leur côté, pensent que la pratique de l'euthanasie est une atteinte à la tradition ancestrale africaine.

### **1. L'Afrique traditionnelle face à la pratique de l'euthanasie**

Dans la Culture africaine, l'homme est une créature divine. La vie de ce dernier est donc sacrée ; elle échappe à l'homme lui-même, elle est au-dessus de lui et de la société à laquelle il vit. Dans cette logique, l'homme ne peut être approprié par un autre homme, moins encore par sa famille, son médecin, ni par aucune institution, quelle qu'en soit la raison, même dans l'importance de la personne concernée. La vie humaine est sacrée, parce que c'est un don du Maître de l'Univers. L'Africain ne reconnaît pas la pratique de l'euthanasie dans sa culture traditionnelle. Toutefois, à l'époque, le fait de se donner la mort existe dans nos sociétés, lorsque l'homme se trouve dans une situation compliquée. Cela le conduit très souvent au suicide. Mais cette pratique est condamnée par nos traditions. Ainsi, nous pensons qu'on ne peut pas détacher l'homme de sa culture.

Mais à l'ère actuelle, la pratique de l'euthanasie en Afrique suscite des débats à l'élan religieux, médical et juridique. Comme le démontrent si bien Dimngar Alndingangar et Dieudonné Vaidjike, « *l'amélioration de la race devrait s'effectuer grâce au respect des règles de conduite du bon chrétien. C'est ainsi que la religion chrétienne s'oppose radicalement à l'eugénisme* »<sup>273</sup> L'eugénisme est une philosophie sociale qui vise à améliorer la qualité de la population. Autrement dit, la religion chrétienne s'oppose radicalement à l'eugénisme. L'eugénisme est cette attitude philosophique ou la théorie qui préconise une amélioration du patrimoine génétique humain<sup>274</sup>. L'eugénisme implique des pratiques visant à restreindre la reproduction de personnes considérées comme ayant des traits indésirables, tout en encourageant la reproduction de considérées comme ayant traits souhaitables. Son objectif est d'améliorer l'espèce humaine en contrôlant la reproduction. Cependant, l'eugénisme soulève des interrogations éthiques importantes en raison de ses implications sur la liberté individuelle, la discrimination et la valeur de chaque être humain.

En effet, face aux maladies incurables, les Africains ont développé leur propre médecine traditionnelle. C'est cette médecine qui pouvait s'appeler la phytothérapie ou la thérapeutique africaine. Cette médecine est fondée sur les vertus thérapeutiques des plantes pour répondre aux maladies graves. Ancienne soit-elle, la médecine était historiquement pratiquée par tous les peuples africains.

Eu égard de ce passage, il convient de dire que la forêt en Afrique constitue les lieux de traitement des maladies à la phase terminale. Toutefois, le rôle sacré de la forêt joue un rôle capital dans les soins à telle enseigne que les arbres, les marchés et les traitements sont liés. Parlant de certaines maladies, prenons le cas de la pandémie de la Covid-19 l'Afrique, a montré au monde entier qu'elle pouvait soigner ses populations avec les traitements traditionnels et non conventionnels. L'artemesia, une plante utilisée à Madagascar pour soigner les malades du Corona virus, a également fait ses preuves. D'autres malades admis aux soins intensifs, ont trouvé des morts pendant la période de Corona Virus dû au manque des soins palliatifs. Le philosophe et épistémologue camerounais Philippe Nguemeta fait cette précision :

---

<sup>273</sup> Dimngar Alndingangar et Dieudonné Vaidjike, « l'euthanasie au regard de la culture africaine », in *Djiboul*, Université de N'Djamena, Tchad, Décembre 2022, n° 004, Vol. 2, pp. 456-469.

<sup>274</sup> André Liboire Tsala Mbani, « Les gènes déterminent-ils notre destin ? », in *Intel'Actuel*, Revue des Lettres et Sciences Humaines. Une publication du Centre d'Etude de Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université de Dschang, n° 12, 2013, p. 154.

*Nous n'avons pas beaucoup avancé pour comprendre pourquoi l'Afrique évolue de manière différente. Au Cameroun, très peu de personnes ont dû être hospitalisées. Peu sont mortes. Le taux d'occupation des lits Covid est de 1%. Le confinement a été peu respecté et aujourd'hui, tout le monde va à la messe ou participent à des rassemblements sportifs sans porter de masques. Quelque chose a protégé la population. Quoi précisément ? Je ne sais pas.*<sup>275</sup>

L'épistémologue camerounais Philippe Nguemeta met ainsi à nu l'industrie pharmaceutique moderne défendue par les familles oligarchiques à la tête des cartels industriels américains et européens. Dans le même ordre d'idées, la meilleure prise en charge du Covid-19 par l'Afrique a provoqué à son avis, une sorte de crise des paradigmes de la médecine moderne à révéler au monde entier les insuffisances des traitements par ordonnance médicale.

Cependant, dans le cadre de l'accompagnement en fin de vie, il s'agit de témoigner de la dignité des personnes. Cette question se pose dans une certaine tension qu'il ne faut pas ignorer. De plus, il est important de souligner l'insistance avec laquelle, une certaine confusion risque de se produire par le fait que se développe le débat sur la pratique controversée de l'euthanasie. Peut-être l'on n'en parle pas encore, mais comme le Cameroun est un pays ouvert dans un bout de temps, on en parlera un jour. C'est la raison pour laquelle, le philosophe camerounais Basile Ngonu pense qu'il faut qu'on se prépare aux soins de l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie<sup>276</sup>.

## **2. La problématique de l'euthanasie en Afrique**

Dans cette section, nous voulons montrer que la pratique de l'euthanasie est sujette à controverse en Afrique. Autrement dit, les Africains ont leurs cultures qui sont différentes de celle de l'Occident. Il y a donc choc de cultures parce qu'il ne faut pas perdre de vue que la pratique de l'euthanasie est étrange à la culture africaine. En effet, cette pratique a été développée en Europe et aux États-Unis est sur le point d'être emporté en Afrique avec le soutien des progrès des sciences biomédicales. La volonté de faire appel à ses propres valeurs traditionnelles sans pour autant mettre entre parenthèse les valeurs morales, politiques, esthétiques et médicinales des autres repose sur le principe selon lequel « *la formation d'une*

---

<sup>275</sup> Philippe Nguemeta, « Les pratiques médicales à l'épreuve de la pandémie à Corona virus : regards croisés entre médecine scientifique et médecine traditionnelle africaine » in *Le monde face à la laïcité et au covid 19. Quelles leçons pour l'Afrique*, sous la direction de Jean Bertrand Amougou, Paris, L'Harmattan, 2021, p. 203.

<sup>276</sup> Café éthique soins à la personne âgée, 20 septembre 2023, tenu à l'Hôpital Central de Yaoundé/Salle Laurence Vergne, 16h-18h.

*culture ou d'une tradition passe nécessairement par le dialogue et s'effectue en interaction avec son environnement régional et international »<sup>277</sup>.*

Cependant, la pratique de l'euthanasie devient de plus en plus politisée. Les partisans évoquent le droit à la dignité pour justifier le droit de mourir. Pour cela, l'assistance médicale doit être accordée à toute personne malade qui demande de mourir dans la dignité. Dès lors, force est de constater que l'on ne doit pas se cacher derrière une prétendue compassion pour justifier et approuver la mort d'un malade. De toutes les merveilles du monde, la vie humaine est la plus grande ; sa conservation est un impératif catégorique et ne doit aucunement faire l'objet d'un jeu d'humeur. D'après Robert Badinter, « *l'intervention d'un acteur qui met fin à la vie du patient est un meurtre qui doit être puni, car le droit à la vie est « le premier des droits de l'homme »*<sup>278</sup>. Pour renchérir ses propos, nous pensons que l'on ne doit pas ôter la vie humaine car, elle est sacrée. De plus, la vie humaine dépend est tributaire de sa culture. Il serait plutôt judicieux de dire que l'homme ne peut être approprié par un autre homme, moins encore par sa famille, son médecin, ni par aucune institution, quelle qu'en soit la raison. Ainsi, le Code pénal camerounais en son Article 132 bis –Torture, loi n° 97/ 009 du janvier 1997, stipule que : « *est puni d'un emprisonnement à vie, celui qui, par la torture, cause involontairement la mort d'autrui.* »<sup>279</sup> L'Article 302 du Code pénal tchadien de 2017 stipule que :

*L'homicide commis volontairement est qualifié de meurtre. Le coupable de meurtre sera puni d'un emprisonnement de quinze à trente ans. Le meurtre emportera l'emprisonnement à vie lorsqu'il : a) aura précédé, accompagné ou suivi un autre crime ;b) aura eu pour objet soit de préparer, faciliter ou exécuter un délit, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité des auteurs ou complices de ce délit*<sup>280</sup>.

On constate dès lors que les pratiques africaines de mettre fin à la vie sont répandues dans la quasi-totalité des sociétés traditionnelles. Toutefois, d'autres pratiques d'abrèger la vie telles que l'ensorcellement, le mauvais sort ou la sorcellerie existent dans les traditions africaines. L'inviolabilité du droit à la vie est ici remise en cause. C'est en prenant en compte ces aspects que l'on privilégie les coutumes traditionnelles. De ce point de vue, la vie humaine est sacrée. C'est la raison pour laquelle l'on doit considérer que dans les coutumes traditionnelles africaines, comme dans le christianisme, le fait de bien mourir exclut

<sup>277</sup> Jean-François Bayart, *L'illusion identitaire*, Paris, Fayard, 1996, p. 69.

<sup>278</sup> Robert Badinter, « Rapport de la mission d'évaluation de la loi », n° 2005-370, 2005. (En ligne), le 22 janvier 2021, p. 570.

<sup>279</sup> Code Pénal au Cameroun, Loi n° 67/LF/1 du 12 Juin 1967 Instituant Le Code Pénal.

<sup>280</sup> Code Pénal du Tchad, Loi n° 001/PR/ 2017 du 8 mai 2017, p. 76.

l'euthanasie ainsi que le suicide assisté. A partir de cet instant, la considération pour le droit à la vie et le respect de la dignité humaine induit le devoir d'assister le patient en phase terminale sans homicide. Par homicide, nous entendons le fait de donner la mort à une personne. Le médecin qui pratique donc l'euthanasie est considéré comme un « assassin », un « criminel » ou ce que nous appelons « meurtrier professionnel ».

### **3. La pratique de l'euthanasie en Afrique : une désacralisation humaine ?**

Dans cette partie, il est question pour nous de montrer les conséquences de l'euthanasie en Afrique. L'Afrique est un continent traditionnel par ailleurs, la pratique de l'euthanasie est fortement déconseillée dans ce continent noir. Une autre conséquence de l'euthanasie en Afrique c'est qu'elle est considérée comme une pratique diabolique et machiavélique ; qui s'attaque à la tradition ancestrale. Selon Joe Messerli, il s'agit d'une pratique qui donne la possibilité aux médecins de jouer avec Dieu, Être Suprême, Créateur de l'Univers.

En réalité, dans le cadre de l'euthanasie, la relation entre patient-médecin risque d'être affectée. Toutefois, l'on peut imaginer qu'en Afrique, un malade se méfie de son médecin, face au pouvoir de celui-ci de donner la mort. L'euthanasie a également un effet catastrophique sur la qualité des soins. En effet, la réduction de la qualité des soins découle naturellement de la déviation du cadre éthique traditionnel en droite ligne avec la violation du serment d'Hippocrate. C'est dans cette optique que la psychologue clinicienne Marie de Hennezel rejette catégoriquement la pratique de l'euthanasie clandestine pratiquée à l'insu du patient. Selon elle, cette pratique est synonyme de l'échec, d'une incompetence et d'une incapacité à dialoguer.

L'Afrique est un continent très pauvre en matière des technologies biomédicales qui ne lui permet nullement pas d'équiper ses hôpitaux pour les soins en fin de vie. Mais cela pose un véritable problème en Afrique si cette pratique de l'euthanasie se passe dans ce continent. Nous en déduisons que la problématique de l'euthanasie en Afrique est contraire à la philosophie et à la spiritualité dite africaine de l'existence de l'homme sur terre et de sa destinée. C'est la raison pour laquelle nous pensons que celui qui contribue de telle manière que ce soit à l'abréviation d'une vie humaine est un « criminel ». En Afrique, ce dernier subira le châtement de ses ancêtres. Il risque également la prison et l'on note que sa libération nécessite les moyens de payer son amande. La pratique de l'euthanasie en Afrique a également un effet tragique direct sur la qualité des soins parce que les hôpitaux nous aident à

trouver la santé non pour mourir. On parle à cet instant des soins palliatifs. A titre d'exemple, il existe un besoin énorme de revoir les médecins formé au soin d'accompagnement, afin de prévenir le risque d'effets secondaires.

Ainsi, partant des constats soulevés précédemment, la pratique de l'euthanasie n'est pas reconnue par les traditions africaines. Nous avons les pénuries de médecins bien former aux soins palliatifs et certains ne connaissent pas accompagner les personnes âgées qui sont atteint des maladies grave telle que le cancer et le SIDA. Mais l'évidence montre clairement que ceux-ci ne savent pas supporter leurs souffrances et tuent parfois les patients à petit feu. Cela est aussi l'une de conséquence de la mauvaise pratique médicale qu'on doit absolument dénoncer. De ce fait, la médecine traditionnelle africaine tout comme la médecine moderne vise un même but : celui de guérir et de rendre l'homme meilleur.

Au regard de ce qui précède, il convient de noter dans ce dernier chapitre que la pratique de l'euthanasie éloigne la médecine de son devoir universel d'humanité de soins. Mais dans certaines circonstances de la vie, les médecins jugent utiles de mettre fin à la vie d'un malade incurable ou d'un mourant. Dans l'islam tout comme dans le christianisme, l'être humain doit sauvegarder la vie. Qu'il s'agit de se donner la mort ou de priver l'autre de la vie, la mort est impérativement sanctionné.

Dans cette dernière partie de notre travail, cette modeste réflexion s'est proposé de présenter les limites et perspectives de la conception de l'euthanasie. Nous dirons que la proposition récente d'inclure l'euthanasie dans les modèles de soins arrive à une époque de l'histoire où la médecine, plus qu'à tout autre moment, possède les moyens de soulager la souffrance. Toutefois, l'on peut noter aussi que selon le principe d'autonomie dicté par la loi, le malade ou le représentant de ce dernier peut refuser tout traitement qu'il juge inapproprié. Sans l'appui d'un cadre éthique et juridique, la pratique de l'euthanasie est interdite. Il en ressort que la nature humaine est assignée à la médecine dont certaines maladies ne sont pas guérissables malgré le développement biomédical et innovation en matière de traitement. Les moyens officiels que déploient les gouvernements pour répondre aux problèmes de santé en Afrique restent un défi à relever sur les données et la philosophie de la médecine contemporaine. L'on peut retenir qu'en Afrique, la pratique de l'euthanasie est expulsée dans la plupart des pays tels que le Tchad, Burkina Faso, Cameroun. L'euthanasie est pratiquée en Occident pendant des décennies, elle est également soutenue par quelques doctrines philosophiques, idéologies et politiques des temps modernes et contemporains. Toutefois, elle reste l'une des préoccupations de la bioéthique.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

*Face aux défis que pose ce genre de technologie, ou le bien et le mal sont intimement liés, [...] il n'y a qu'une seule réponse possible : les pays doivent réguler politiquement le développement et l'utilisation de la technologie... Francis Fukuyama, *La fin de l'homme. Les conséquences de la révolution biotechnique*, Paris, Gallimard, 2002, p. 274.*

Nous voilà parvenu au terme de notre travail sur la problématique de l'euthanasie chez Jocelyne Saint-Arnaud. Nous espérons avoir mis en valeur, à la fois l'audace et la profonde cohérence de la pensée de cette auteure dans les *Enjeux éthiques et technologies biomédicales* (1999). Dès lors il était question d'examiner le problème du rapport de l'homme à la vie sous le prisme des technosciences biomédicales. Pour parvenir à cela, nous avons adopté un plan tripartite, en nous servant de la méthode historico-critique, qui nous a permis de mieux cerner les contours de notre thématique. Notre travail a donc été subdivisé en trois grandes parties.

Dans la première partie, nous avons retracé l'historique de la pratique médicale que nous avons intitulé « les révolutions biologiques et thérapeutiques ». Il s'agissait précisément de justifier, « une réflexion dont le but principal restera de limiter la souffrance » en aidant les hommes à résoudre les contradictions entre la morale et les progrès de la médecine selon Jean Bernard. Pour lui, depuis les révolutions thérapeutiques et biologiques, l'homme a la maîtrise de la procréation, de l'hérédité et du cerveau. Il s'agit de trois maîtrises qui démontrent que l'homme peut changer l'homme. A ce niveau, il en ressort aussi bien que les devoirs de la science correspondent aux nouveaux devoirs de l'homme. Ainsi, depuis les temps les plus reculés, comme le pense si bien Luc Ferry : « *la médecine reposait sur une idée simple, un modèle bien éprouvé : « réparer » dans le vivant ce qui « abimé » par la maladie* »<sup>281</sup>. Autrement dit, la médecine moderne dans son évolution soigne les maladies incurables de nos jours. Pour le penseur français, il s'agit tout simplement de réparer et d'améliorer les conditions de l'homme. Dans les années 1970, les patients sauvés de la mort grâce aux avancées technologiques en matière de réanimation n'ont plus eu qu'une vie végétarienne. La médecine moderne a fait de grands progrès au XX<sup>e</sup> siècle dans plusieurs domaines comme celui de l'épidémiologie, la chirurgie, le traitement des infections, la réanimation et les soins intensifs.

La deuxième partie de notre travail avait pour objectif d'examiner la thèse de Jocelyne Saint-Arnaud sur la pratique de l'euthanasie. Il était question de mettre en évidence l'analyse faite autour de la vision de notre auteure dont le concept d'euthanasie relève de la question de « vivre et de mourir dans la dignité ». On aura retenu que l'euthanasie est perçue chez Jocelyne Saint-Arnaud comme la seule façon d'aider à mourir. Pour l'auteure, on cherchera à respecter les grands principes éthiques, par exemple : « *ne pas s'acharner,*

---

<sup>281</sup> Luc Ferry, *La révolution transhumaniste. Comment les technomédecines vont bouleverser nos vies*, Paris, Plon, 2016, p. 1.

*prendre soin de façon continue, ne pas tuer, respecter le cheminement du patient* »<sup>282</sup>. Face aux peurs légitimes de nos contemporains, aux défis de l'hétérogénéité des pratiques médicales, nous avons besoin de repères éthiques. C'est ici le rôle des philosophes à nous aider de penser librement sur la décision médicale enfin de vie. C'est dans cette optique que Marie de Hennezel se pose la question suivante : Comment empêcher les médecins de voler notre mort ? Mieux, comment éviter, lorsque nous serons vulnérables et fragiles, d'être considérés comme des rebuts inutiles à la communauté des hommes ? Il s'agit donc d'un débat sur la fin de vie, qui a pour enjeux de promouvoir un humanisme responsable. Marie de Hennezel souligne également que les intervenants n'ont pas la capacité de supporter la souffrance de leur patient en phase terminale. C'est pour cela qu'accompagner une personne en fin de vie n'est pas facile pour les médecins, car les mourants sont parfois abandonnés sans soutien.

Dans la troisième partie, nous avons ressorti les limites, les enjeux et les perspectives de la conception de l'euthanasie chez Jocelyne Saint-Arnaud. Pour venir à bout de ce travail, il nous a semblé juste de questionner d'abord la problématique de l'euthanasie que cette auteure pose comme une mort douce et sans souffrance, et qui est synonyme de mourir dans la dignité. Après avoir analysé cela, nous avons constaté que notre auteure, après avoir questionner certaines stratégies de l'accompagnement enfin de vie impropres, a montré que la solution à la problématique de la pratique de l'euthanasie passe par l'éthique dont la fin est la conservation de vie et de mourir sans perdre sa dignité. Mais les corps soignants ne sont pas formés dans les soins palliatifs pour accompagner les patients. Marie de Hennezel dira à juste titre :

*Parler sereinement n'est possible qu'après avoir appris à composer avec le sentiment d'impuissance. Le danger peut être d'abrégé la vie pour maîtriser la situation. Il reste beaucoup à faire dans le monde soignant pour arriver à cette sérénité et éviter certains abus de pouvoir souvent liés à une de formation éthique. C'est la grande différence entre la pitié et la compassion*<sup>283</sup>.

Pour elle, il ne s'agit pas de nier la dégradation physique du malade, mais il ne faut non plus réduire le concerné à ce sordide que nous voyons dans les pratiques médicales. La véritable compassion consiste donc à rester auprès de la personne malade. Mais dans le soulagement de la douleur, les progrès sont moins évidents. Pendant des années, on a cru

<sup>282</sup> Marie de Hennezel « Vers une mort solidaire », 2005, pp. 10-11.

<sup>283</sup> Marie de Hennezel, cité par, Agnès Reffet, « Être humain jusqu'au bout », in *Inforkara*, n° 1, Vol. 18, 2003, pp. 27-28.

qu'en supprimant la maladie, on pouvait également supprimer la douleur que subit la personne malade.

Enfin, nous sommes arrivé au postulat selon lequel, malgré les efforts notables des progrès des technosciences biomédicales, beaucoup de personnes meurent encore dans des souffrances non soulagées, dans la solitude et dans l'abandon ; parce que les soignants n'arrivent pas à supporter les souffrances de certains patients. Plusieurs raisons concourent à cet état de chose : les médecins et les soignants ne sont pas suffisamment formés au traitement de la douleur du dialogue et la communication avec les personnes en souffrance faisant face à leur mort. Nous notons également que cette incompetence technique et humaine renforce davantage leur soutien d'échec et d'impuissance face à la personne que l'on ne peut plus guérir. En effet, cela conduit à des tentatives de maîtrise qui ne tiennent aucun compte des besoins réels des personnes thérapeutiques ou décident d'abréger la vie. La pensée de pouvoir maîtriser sa fin de vie, en demandant la mort, est alors une pensée qui fait du bien.

Quant à l'Église, sa condamnation de la pratique de l'euthanasie reste sans appel : pour elle, l'euthanasie ou suicide est un homicide et contrevient au sixième commandement : « Tu ne tueras pas (même pas toi-même) ». Enfin, l'accueil et le soutien des familles sont souvent inexistantes. Les proches ne peuvent donc pas assurer leur rôle d'accompagnement. Pour finir, le chemin à suivre est le suivant : face à la mort, la société ne doit pas se décharger de sa responsabilité : cela passe par une prise de conscience et par une éducation collective bien tailler à l'accompagnement de l'humain jusqu'à la fin, telle est notre maxime.

De ce fait, il convient de retenir que chez Jocelyne Saint-Arnaud, « *il existe une obligation morale à soulager la douleur, quelle que soit la théorie éthique à laquelle on se réfère. Les théories éthiques favorisent toutes le soulagement de la douleur* »<sup>284</sup>. Pour elle, il y a trois théories éthiques qui peuvent être invoquées relativement au soulagement de la douleur. A l'encontre des théories classiques, les théories contemporaines de la vertu ne se fondent pas sur une conception transcendante et universelle du Bien. Elles se fondent plutôt sur le bien commun qui se définit par rapport à une tradition morale commune. En réalité, nous avons besoin de la bonne vie et la bonne mort quand l'heure viendra. Mais, il nous faudra faire confiance à autrui dans l'espoir de « bien » mourir. Autrement dit, nous avons besoin des spécialistes du domaine pour mourir dans la dignité. Il est vrai que dans la pratique de l'euthanasie, l'aide d'euthanasie ne fonctionne normalement que si la grande majorité des

---

<sup>284</sup> Jocelyne Saint-Arnaud, « De l'approche biomédicale à l'art du soin : réflexions éthiques sur le soulagement de la douleur », vol. 17, n° 2, printemps 2005, pp. 34- 41.

citoyens la reconnaît ou l'accepte. Nous avons beaucoup appris que la pratique de l'euthanasie est sujette à controverse. Face à cette problématique, il ressort de notre analyse est destinée aux personnes atteintes d'une maladie incurable qui n'arrivent plus à supporter leurs souffrances.

A tout apprendre, les règles émises pour contrôler les pratiques d'euthanasie ne sont pas suivies dans les soins intensifs. Dans ce cas, les comités d'éthiques doivent veiller sur ce qui peut s'opposer à l'application des normes parce que les critères qui reviennent des personnes devenues inaptes peuvent accéder à l'euthanasie si le médecin a estimé qu'elles ont pu évaluer raisonnablement leur situation et à la condition d'avoir rédigé une demande écrite à l'aide d'euthanasie. Elle estime également que le respect des personnes est aussi confronté aux deux autres principes de la Bioéthique que sont : la bienfaisance et la justice. Ces principes contribuent à conserver la vie du patient, afin de lui administrer un soin juste et équitable

Nous notons que dans la pratique de l'euthanasie, la règle du consentement libre et éclairé, tire son origine des principes du respect de la personne. Le consentement libre et éclairé, tel que fondé sur le principe de respect de la personne, reconnaît que toute personne est un être libre et capable de faire ses propres choix. Ce principe vient d'Emmanuel Kant, et nous stipule que le respect d'autrui ou de la personne humaine est absolu. Parvenir de façon durable à ce que la politique de la santé maintienne son cap, il faudrait que l'État veille sur les formations des structures sanitaires. Il est donc important de dire que la pratique de l'euthanasie sollicite des médecins bien formés pour accompagner les malades en fin de vie. En d'autres termes, les médecins doivent veiller au strict respect de la loi et du bien-être des patients, en conformité avec la justice et de l'équité dans les soins. Mieux, il doit y avoir une sorte de justice sociale<sup>285</sup> dans la pratique de l'euthanasie, pour l'humanisation des soins.

L'enjeu est de respecter scrupuleusement l'ontologie et la dignité humaine. Parlant de la dignité humaine, il reste à noter qu'aucune pratique biomédicale ne devrait l'hypothéquer ou l'aliéner. Nous plaidons en faveur d'une mort physiquement et « psychiquement intègre ».

---

<sup>285</sup> Eric Gaël Chuadé Ngalé, « Démocratie et justice sociale chez Friedrich Hayek. Une lecture du *Droit, législation et liberté* », Mémoire de Master en Philosophie, option Ethique et Philosophie Politique, sous la direction de Philippe Nguemeta, Université de Yaoundé I, 2023, p. 159.

Il s'agit d'une « *lourde et belle responsabilité que celle d'aider ceux qui terminent leur vie à mourir vivant* »<sup>286</sup>, souligne Marie de Hennezel.

---

<sup>286</sup> Marie de Hennezel, « Le temps du mourir », in Claudine Attias-Donfut et al., (dir.), dans *Penser le temps pour lire la vieillesse*, Paris, PUF, collections « Fondation Eisai », 2006, p. 156.

## BIBLIOGRAPHIE

*L'avenir est largement ouvert. Il dépend de nous, de nous tous. Il dépend de ce que nous et bien d'autres encore faisons et entreprendrons ; aujourd'hui, demain et après-demain. Et ce que nous faisons et entreprendrons dépend à son tour de notre pensée ; et de nos désirs, de nos espoirs, de nos craintes.* Karl Raimund Popper, *Toute vie est résolution de problèmes. Réflexions sur l'histoire et la politique* (1994), vol. 2, trad. Claude Duverney, Paris, Actes Sud, 1998, p. 111.

## A- OUVRAGES DE JOCELYNE SAINT-ARNAUD

- SAINT-ARNAUD Jocelyne, *La réanimation cardio-respiratoire au Québec. Statistiques, protocoles et repères éthiques*, Montréal, Fides, 1990.
- SAINT-ARNAUD Jocelyne, *Enjeux éthiques et technologies biomédicales*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1999.
- SAINT-ARNAUD Jocelyne, *Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 2003.
- SAINT-ARNAUD Jocelyne, *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*, Québec, Gaëtan Morin, 2008.
- SAINT-ARNAUD Jocelyne, *Les enjeux éthiques de la limite des ressources en santé*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2016.
- SAINT-ARNAUD Jocelyne, *Pour une éthique intégrée dans les pratiques infirmières*, Montréal, Chenelière éducation, 2019.
- SAINT-ARNAUD Jocelyne, *Repères éthiques pour les professions de la santé*, Montréal, Liber, 2019.

## B- ARTICLES DE JOCELYNE SAINT-ARNAUD

- SAINT-ARNAUD Jocelyne, « L'euthanasie : enjeux éthiques et politiques », in *Philosopher*, vol. 13, 1992, pp. 65-78.
- SAINT-ARNAUD Jocelyne, « Trois discours de Pie XII sur l'euthanasie », in *Laval théologique et philosophique*, vol. 50 n° 3, 1994, pp. 551-552.
- SAINT-ARNAUD Jocelyne, « Les coûts de l'acharnement thérapeutique », *Rapport du président du comité de réflexion sur les coûts socio-économique des deuils et de l'acharnement thérapeutique, conseil médical Québécois*, janvier 1995, pp. 57-88.
- SAINT-ARNAUD Jocelyne, « De l'approche biomédicale à l'art du soin : réflexions éthiques sur le soulagement de la douleur », vol. 17, n° 2, 2005, pp. 34-41.
- SAINT-ARNAUD Jocelyne, « Perspectives éthiques sur la sinisation de l'expression. Mourir dans la dignité », *Frontières*, vol. 24, n° 1-2, 2011-2012, pp. 108-124.
- SAINT-ARNAUD Jocelyne, « Les dérives anticipées concernant l'application des lois ayant légalisé l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique », in *Les Cahiers francophones de soins palliatifs*, 2013, Vol. 2, n° 42-56, p. 47-66.

- SAINT-ARNAUD Jocelyne, « Ouvrir la porte à des pratiques euthanasies ? Simple que les Rapports de la Société royale, du Barreau du Québec et de la commission spéciale sur le mourir dans la dignité le laissent », Paris, Jason Behrman & Charles Dupras Editeurs, 2015, pp. 1-9.

### C- OUVRAGES GENERAUX

BACON, Francis, *Du progrès et de la promotion des savoirs*, Paris, Éditions Livre second tradition, 1991.

BAYART, Jean-François, *L'illusion identitaire*, Paris, Fayard, 1996.

BEAUD, Michel, *L'art de thèse*, Paris, La Découverte, 1998.

BERNARD, Jean, *De la biologie à la l'Éthique. Nouveaux Pouvoirs de la science Nouveaux Devoirs de l'homme*, Paris, Buchet/Chastel, 1990.

CAILLAVET, Henri, *A cœur ouvert. Combat pour la raison*, Paris, Arléa/Corlet, 1994.

CLEMENT, Olivier, *Mourir les yeux ouverts*, Paris, Albin Michel, 2005.

COMTE-SPONVILLE, André, *Petit Traité de grandes vertus*, Paris, PUF, 1995.

DAGOGNET, François, (Préface), *Vers la fin de l'homme ?*, Paris, Éditions de Boeck, 2006.

HENNEZEL, Marie et LELOUP Jean-Yves, *L'Art de mourir. Traditions religieuses et spiritualité humaniste face à la mort aujourd'hui*, Paris, Robert Laffont, 1997.

- HENNEZEL, Marie, *L'amour ultime- l'accompagnement des mourants*, Paris, Hatier, 1991.

- HENNEZEL, Marie, *Nous ne sommes pas dits au revoir*, Paris, Robert Laffont, 2000.

- HENNEZEL, Marie, *Mission fin de vie et accompagnement*, Paris, Rapport, 2003.

- HENNEZEL, Marie, *Le souci de l'autre - Repenser la santé : pour une éthique du soin* Paris, Editions Robert Laffont, 2004.

- HENNEZEL, Marie, *Nous voulons tous mourir dans la dignité*, Paris, Éditions Robert Laffont, 2013.

LANGAVANT, Ghislaine Cleret, *Bioéthique, Méthode et complexité*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2001.

FERRY, Luc, *La révolution transhumaniste. Comment les technomédecines vont bouleverser nos vies*, Paris, Plon, 2016.

FOLSCHEID, Dominique et al., *philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, « Collections Thémis », 1997.

- *Éthique médicale et hospitalière*, cours de DESS, Paris, Inédit, 2001-2002.

FUKUYAMA, Francis, *La fin de l'homme. Les conséquences de la révolution biotechnique*, Paris, Gallimard, 2004.

GOFFI, Jean-Yves, *Penser l'euthanasie*, Paris, PUF, 2004.

HIPPOCRATE, *De la bienséance*, in *De l'art médical*, Paris, Le Livre de Poche, 1994.

HOTTOIS, Gilbert, *Les mots de la bioéthique*, Bruxelles, De Boeck Université, 1993.

ISSOUFOU SOULE, Mouchili Njimon, *Qu'est-ce que l'humanisme aujourd'hui ? Vers une tentative « bio-centrique » ?*, Paris, L'Harmattan, 2016.

JONAS, Hans, *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*, trad., J. Greisch, Paris, Cerf, 1992.

- JONAS, Hans, *Le droit de mourir*, Paris, Editions Les Rivages, 1996.

- JONAS, Hans, *Le droit de mourir*, trad. P. Ivernel, Paris, Payot/Rivages, 1996.

- JONAS, Hans, *Principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*, trad. J. Greisch, Paris, Champs/Flammarion, 2001.

JULLIEN, Alexandre, *Le métier de l'homme*, Paris, Seuil, 2002.

KAHN, Axel, *Et l'homme dans tout ça ?*, Paris, NIL, 2000.

- KAHN, Axel, *Raisonné et humain*, Paris, NIL éditions, 2000.

KANT, Emmanuel, *Critique de la raison pratique*, trad. L. Ferry et H. Wismann, édition dirigée par F. Alquié, Paris, Gallimard/Folio essais, 1985.

- KANT, Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Flammarion, 1994.

LEVY Jean et JEFFREY, *Les risque thérapeutique et la mort*, Montréal, Méridien, 1996.

MALABAT, Valérie, *Droit pénal spécial*, Paris, Hypercours Dalloz, 7<sup>e</sup> éditions, 2015.

- MALHERBE, François, *Pour une éthique de la médecine*, Bruxelles, Ciaco-catalyses, 1990.
- MARZANO, Michaela, *L'éthique appliquée*, Paris, PUF, Collections « Que sais-je ? », 2010.
- MASSE, Raymond et SAINT-ARNAUD, Jocelyne, *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativités*, parution 28 mai, 2003.
- MATTEI, Jean-François, *Questions d'éthiques biomédicales*, Paris, Flammarion, 2008.
- MAZADOU, Oumarou (dir), *Modernité politique, modernité scientifique, interrogations épistémologiques et axiologiques*, Yaoundé, Editions Afrédit africaine, 2017.
- MONOD, Jacques, *Le hasard et la nécessité*, Paris, Seuil, 1970.
- MORICEAU, Michel, *La souffrance des soignants*, Paris, Éditions Chugai-Pharma, 2003.
- PENNEAU, Jean, *La responsabilité du médecin*, Paris, Editions Connaissances du droit, 3<sup>ème</sup> éditions revue et augmentée, 2004.
- PLATON, *Phédon ou de l'âme*, Paris, Editions Librairie ch. Delagrave, 1875.
- POMPIDOU, Alain, *L'homme de progrès et éthique biomédicale*, Paris, Payot, 1990.
- POMPIDOU, Alain, *Souviens-toi de l'homme. L'éthique, la vie, la mort*, Paris, Payot, 1990.
- POPPER, Karl Raimund, *Toute vie est résolution de problèmes. Réflexions sur l'histoire et la politique* (1994), vol. 2, trad. Claude Duverney, Paris, Actes Sud, 1998.
- RATTRAY TAYLOR, Gordon, *La révolution biologique : des modifications de l'homme par lui-même à la création de la vie en laboratoire*, Paris, Editions Gérard & Verviers, 1971.
- RICCEUR, Paul, *Le Juste*, Paris, Editions Esprit, 2001.
- ROCHFELD, Jean Vignon, *L'expérimentation en double aveugle sur des malades. Le droit saisi par la Biologie*, Paris, Edition LGDJ, 1996.
- ROY, David, *La bioéthique : Ses fondements et ses controverses*, Canada, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc, 1995.
- SEVE, Lucien, *Pour une critique de la raison bioéthique*, Paris, Odile Jacob, 1994.

THEOVOZ, Jean Marie, *Entre nos mains l'embryon : Recherche bioéthique*, Genève, Editions Labor et Fides, 1990.

TSALA MBANI, André Liboire, *Biotechnologies et nature humaine. Vers un terrorisme ontologique ?*, Paris, L'Harmattan, 2007.

- TSALA MBANI, André Liboire, *Les défis de la bioéthique à l'ère éconofasciste. Décryptage d'une prise en otage par les intérêts économique-idéologiques*, Paris, L'Harmattan, 2009.

WALKER, Kenneth, *Histoire de la médecine*, Paris, Editions Gérard & Verviers, 1962.

WATSON, James, et al. *ADN Recombinant*, Bruxelles, Editions De Boeck Université, 1994.

WATTIAUX, Henri, *Génétique et fécondité humaines*, Louvain-la-Neuve, Publication de la faculté de Théologie, 1986.

ZAFFRAN, Marc, *Le patient et le médecin*, Québec, Presse de l'Université de Montréal, 2014.

#### **D- ARTICLES ET REVUES**

ALNDINGANGAR, Dimngar et VAIDJIKE, Dieudonné, « L'euthanasie au regard de la culture africaine », in *Djiboul*, Université de N'Djamena, Tchad, Décembre 2022, n° 04, vol. 2, pp. 456-469.

BADINTER, Robert, « Rapport de la mission d'évaluation de la loi », n° 370, 2005. (En ligne), le 22 janvier 2021, pp. 570-584.

BASZANGER, Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », in *Revue française de sociologie*, 1986, vol. 27, n° 1, pp. 6-19.

BERNARD, Claire, « L'éthique de la recherche en sciences de la santé et le droit. Point de vue des tribunaux sur le consentement aux soins », vol. 3, n° 2, NCBHR Communiqué CNERH, Ottawa, 1992, pp. 46-61.

DE HENNEZEL, Marie, « Être humain jusqu'au bout », in *inforkara*, n° 1, Vol. 18, 2003, pp. 27-38.

- DE HENNEZEL, Marie, « Vers une mort solidaire », 2005, pp. 10-18.

- DE HENNEZEL, Marie, « Le temps du mourir », in Claudine Attias-Donfut et al., (dir.), dans *Penser le temps pour lire la vieillesse*, Paris, PUF, collections « Fondation Eisai », 2006, pp. 151-157.

FOUCAULT, Michel, « Naissance de la médecine sociale », in *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, 2001, pp. 209-223.

GALLAHAN, Daniel, *Can we return death to disease? Hasting center-A spécial supplément*, no 19, janvier-février, 1993, pp. 104-116.

HINTERMEYE, Pascal, « Choisir sa mort ? », vol. 32, n° 131, 2009, pp. 157-170.

HINTERMEYE, Pascal, « Succès et limites de l'euthanasie. Le développement d'un militantisme de la mort » in *Études sur la mort Études sur la mort*, n° 150, 2016, pp. 53-62.

JEAN-LOUIS et al., « Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical », in *Médecine -Sciences*, vol. 3, n° 1, 1987, pp. 8-12.

LEPEN, Claude, « Patient » ou « personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », in *Revue économique*, vol. 60, n° 2, 2009, pp. 257-271.

MINKOULOU ,Thomas, « Descartes et la science moderne. Comprendre l'épistémologie moderne, ses révolutions et ses problèmes », in Oumarou Mazadou (dir.), dans *Modernité politique, modernité scientifique. Interrogations épistémologiques et axiologiques*, Yaoundé, Afrédit, 2017, pp. 69-89.

NGUEMETA, Philippe, « Les pratiques médicales à l'épreuve de la pandémie à Corona virus : regards croisés entre médecine scientifique et médecine traditionnelle africaine » in *Le monde face à la laïcité et au covid 19. Quelles leçons pour l'Afrique*, sous la direction de Jean Bertrand Amougou, Paris, L'Harmattan, 2021, pp. 201-219.

NOOTENS, Suzanne, « La relation médecin-patient et les décisions de traitement », in *R.D.U.S.*, vol. 20, 1990, pp. 65-78.

PASCALE Thibault « Ultime soins et bien-être », n° 354, 2014, pp. 50-51.

PEDROT, Philippe, « La dignité de la personne humaine : principe consensuel ou valeur incantatoire ? », in *Éthique, droit et dignité de la personne*, in *Mélanges C.BOLZE, Economica*, 1999, pp. 11-26.

PELLUCHON, Corine, « Levinas et l'éthique médicale », in *Cahiers d'Études Levinasiennes*, n° 9, 2010, pp. 239-248.

PIE XII, « Problèmes médicaux et moraux de la 'réanimation' », in *La Documentation catholique*, vol. LIV, n° 1267, 1957, pp. 1607-1623.

REFFET, Agnès, « Être humain jusqu'au bout », in *Infokara*, Vol. 18, 2003, pp. 27-28.

RICOT, Jacques, « Légaliser l'euthanasie ? », in *S.E.R.*, vol. 7, 2018, pp. 31- 42.

ROY, David, « L'éthique de la pratique clinique », in *L'Union médicale du Canada*, vol. 177, n° 1, 1988, pp. 120-123.

SCHAERER, René, « Éthique et fin de vie », in *Revue du praticien*, 1999, pp. 202-218.

SVANDRA, Philippe, « Le soin comme langage », in *Revue de soins*, n° 773, 2013, pp. 24-38.

TAGUEFF, Pierre-André, « L'espace bioéthique. Esquisse d'une problématisation », in *Res Publica*, n° 21, 1999, pp. 20-59.

- « L'espace bioéthique. Esquisse d'une problématisation » in *Res publica*, n° 21, 1999, pp. 55-74.

TSALA MBANI, André Liboire, « Les gènes déterminent-ils notre destin ? », in *Intel'Actuel*, Revue des Lettres et Sciences Humaines. Une publication du Centre d'Etude de Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université de Dschang, n° 12, 2013, pp. 153-164.

YVON, Kennis, *Acharnement thérapeutique*, dans G. Hottois et M. H. Parizeaux (dir), les mots de la bioéthique. Un vocabulaire encyclopédique, Bruxelles, De Boeck Université, collections, « sciences Éthiques sociétés, 1993, pp. 114-129.

## **E- MEMOIRES ET THESES**

AMEGATSEVI, Kokou Sename, « L'éthique du futur et le défi des technologies du vivant », Thèse de Doctorat en Philosophie, Université Laval (Québec-Canada), 2013.

CHUADE NGALE, Eric Gaël, « Démocratie et justice sociale chez Friedrich Hayek. Une lecture du *Droit, législation et liberté* », Mémoire de Master en Philosophie, option Ethique et

Philosophie Politique, sous la direction de Philippe Nguemeta, Université de Yaoundé 1, 2023.

MINKOULOU, Thomas, « Science et laïcité. Contribution à une réflexion sur le projet d'une humanisation des sciences de la vie ». Thèse de Doctorat/Ph.D en Philosophie, option Logique et Epistémologie, sous la direction d'Antoine Manga Bihina, Université de Yaoundé 1, 2012.

NGA MVONDO ATANGANA, Antoinette, « Révolution des technosciences biomédicales et la question de la nature humaine. Réflexion philosophique autour du transhumanisme », Thèse de Doctorat/PhD en Philosophie, option Logique et Epistémologie, sous la direction d'Alice Salomé Ngah Ateba, Université de Yaoundé 1, 2023.

## **F- USUELS**

BARAQUIN, Noëlla et al., *Dictionnaire de philosophie* (1995), Deuxième édition, Paris, Armand Colin/HER, 2000.

BLAY, Michel (dir.), *Grand Dictionnaire de la philosophie*, Paris, CNRS Editions, 2003.

JACOB, André (dir.), *L'encyclopédie philosophique*, Paris, PUF, 1992.

LALANDE, André, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (1926), vol. 2, Paris, Quadrige/PUF, 1997.

REY, Alain, *Le grand Robert de la langue française*, Paris, Dictionnaires de Robert, 2001.

## **G- DOCUMENTS & OUTILS**

Académie Américaine de Médecine Palliative, in *Dying well*, NewYork, River Head Books Editor, 1997.

Association Médicale Mondiale, *Manuel d'éthique Médicale* 3<sup>ème</sup> Edition Inc., 2015.

Avis n° 65 du CCNE : *Réflexions éthiques autour de la réanimation néonatale*, dans son rapport, *Mission « Fin de vie et accompagnement »*, Octobre 2003.

Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

Café éthique, « soins à la personne âgée », 20 septembre 2023, tenu à l'Hôpital Central de Yaoundé/Salle Laurence Vergne, entre 16h et 18h.

CHIRAC Jacques, « Message pour le 7<sup>e</sup> Congrès national de la SFAP », Strasbourg 23 et 24 Juin 2000.

Code civil, Article 16, Alinéa 3, Modifié par la Loi n° 2004-800 du 6 août 2004, Article 9, JORF-7, août 2004.

*Code de déontologie médicale et ses commentaires*, édition juin 2021.

Code Pénal au Cameroun, Loi n° 67/LF/1 du 12 Juin 1967, Instituant le Code Pénal.

Code Pénal du Tchad, Loi n° 001/PR/ 2017 du 8 mai 2017.

Collège des médecins du Québec 2006, *ALDO- Québec. Aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*, Montréal, Éditions du Collège des médecins du Québec, 2006.

Collège Des Médecins Du Québec, *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie*. Document de réflexion adopté par le Conseil d'administration le 16 Octobre 2009.

Conseil de Recherches Médicales du Canada (CRMC), Lignes directrice concernant la recherche sur des sujets humains, 20<sup>e</sup> éditions, Ottawa, Ministère des approvisionnements et Service Canada, 1987.

*La revendication du droit de mourir dans la dignité au nom du droit à la vie : Approche innovatrice et civilisation de la communication*, EDH, chronique classée dans le droit européen des droits de l'homme, PDLF, 2020 chron, n° 36.

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Loi n° 2005 - « 370 du 22 avril 2005, *Relative aux droits des malades et à la fin de vie*, Avril 2005.

SENEQUE, « Lettres à Lucilius », Lettre 58-36, Paris, Robert Laffront, 1995.

**H- WEBOGRAPHIE**

<https://www.inserm.fr/information-en-santé/dossiers-information/therapie-cellulaire>, page consultée le 27 mai 2023 à 22h00.

<http://www.cgm.com>, page consultée le 07 mars 2023 à 14h42.

<https://www.conseil>, page consultée le 23 juillet 2023 à 15h40.

[www.Senat.fr](http://www.Senat.fr),lg, page consultée le 08 avril 2023.

<b>TABLE DES MATIERES</b>
---------------------------

<b>SOMMAIRE</b> .....	i
<b>DEDICACE</b> .....	iv
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	v
<b>RÉSUMÉ</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	1
<b>PREMIÈRE PARTIE : LES RÉVOLUTIONS BIOLOGIQUES ET LES RÉVOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES</b> .....	9
<b>CHAPITRE I : LA RÉVOLUTION BIOLOGIQUE : LES TROIS MAITRISES</b> .....	11
1. Maîtrise de reproduction .....	12
2. Maîtrise de l'hérédité .....	18
3. Maîtrise du système nerveux.....	20
<b>CHAPITRE II : LA RÉVOLUTION THÉRAPEUTIQUE</b> .....	23
1. Le consentement aux soins libres et éclairés.....	24
2. Les essais thérapeutiques .....	31
3. Prolongation de vie : la réanimation médicale.....	36
<b>CHAPITRE III : DE LA RÉVOLUTION GÉNÉTIQUE DU GÉNOME</b> .....	41
1. La thérapie génétique .....	41
2. La thérapie cellulaire.....	44
3. Les médicaments recombinants .....	45
<b>DEUXIÈME PARTIE : LES APPLICATIONS DE LA PRATIQUE DE L'EUTHANASIE</b> .....	49
<b>CHAPITRE IV : L'EUTHANASIE AUTOUR DE LA PENSÉE DE JOCELYNE SAINT-ARNAUD</b> .....	51
1. Euthanasie, mourir dans la dignité .....	52
2. Euthanasie directe et l'euthanasie indirecte .....	55
3. Qui pourrait demander l'euthanasie et qui pourrait pratiquer l'euthanasie ?.....	58
<b>CHAPITRE V : LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE</b> .....	64
1. La morale de soulager la douleur .....	64
2. La relation entre médecin et le malade.....	68
3. Le droit de choisir sa mort.....	72
<b>CHAPITRE VI : LES TRAITEMENTS EN FIN DE VIE : ENJEUX ÉTHIQUES ET JURIDIQUES</b> .....	77
1. Le processus décisionnel en fin de vie .....	77

2. Accepter la vulnérabilité du patient en phase terminale .....	80
3. Bénéfice global du traitement .....	82
<b>TROISIÈME PARTIE : LA CONCEPTION DE L'EUTHANASIE CHEZ JOCELYNE SAINT-ARNAUD : DIAGNOSTIQUES, ENJEUX ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>88</b>
<b>CHAPITRE VII : LIMITES DE LA CONCEPTION DE L'EUTHANASIE CHEZ JOCELYNE SAINT-ARNAUD .....</b>	<b>90</b>
1. Les limites du pouvoir médical et les conséquences de l'euthanasie.....	90
2. En fin de vie et déontologie médicale .....	95
3. Repenser la fin de vie à partir de la bioéthique .....	97
<b>CHAPITRE VIII : LA CRITIQUE DE LA PRATIQUE DE L'EUTHANASIE CHEZ JOCELYNE-SAINTE ARNAUD : ENJEUX ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>101</b>
1. Au plan épistémologique et biologique.....	101
2. Au plan politique .....	104
3. Au plan économique et juridique .....	107
<b>CHAPITRE IX : LA PRATIQUE CONTROVERSÉE DE L'EUTHANASIE EN AFRIQUE .....</b>	<b>112</b>
1. L'Afrique traditionnelle face à la pratique de l'euthanasie .....	112
2. La problématique de l'euthanasie en Afrique .....	114
3. La pratique de l'euthanasie en Afrique : une désacralisation humaine ?.....	116
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>117</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>117</b>