Prendre soin jusqu'au bout de la vie

Quelle place pour les soins palliatifs aujourd'hui ?

Samedi 17 octobre 2026
Maison des Associations des Costes Rouges, Onet-le-Château

1. Une soirée qui a dépassé les attentes

Organisée par le Conseil de la santé du Doyenné du pays ruthénois, la conférence consacrée aux soins palliatifs et à la fin de vie a rencontré un véritable succès.
Près d'une centaine de personnes étaient présentes, une participation supérieure aux attentes des organisateurs, témoignant de l'intérêt suscité par ces questions à la fois médicales, humaines, éthiques et spirituelles.
Trois intervenants ont apporté des éclairages complémentaires :

- **Le docteur Xavier Deplanque**, gériatre et oncologue à Lille, pour l'approche médicale et médico-légale.
- **Vincent Grégoire-Delory**, philosophe à Toulouse, pour la réflexion sur la dignité humaine et la relation à autrui.
- **Le frère Damien Duprat**, dominicain à Montpellier, pour l'approche théologique et morale chrétienne.

La rencontre s'est déroulée dans un contexte de débat national sur l'accompagnement de la fin de vie et l'aide à mourir.
L'intérêt de cette soirée résidait précisément dans la volonté de dépasser les oppositions simplistes, en prenant le temps de comprendre les réalités médicales, de clarifier les notions philosophiques et de réfléchir aux convictions chrétiennes.
Une question a traversé l'ensemble des interventions : **comment accompagner une personne jusqu'au terme de son existence, sans jamais perdre de vue sa dignité ?**



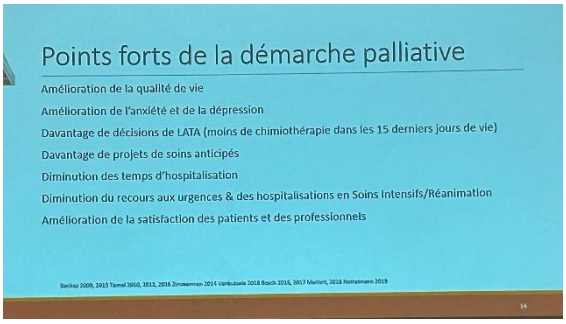


2. L'approche médicale : soigner autrement lorsque guérir n'est plus possible

Les soins palliatifs, des soins actifs

Le docteur Xavier Deplanque a rappelé que les soins palliatifs ne doivent pas être confondus avec un abandon des traitements ou une simple attente de la mort.
Ils constituent une démarche médicale active et globale, visant à soulager les douleurs physiques, les souffrances psychologiques, les difficultés sociales et les besoins spirituels des personnes atteintes de maladies graves.
Ils concernent également les proches, souvent confrontés à des situations éprouvantes.
La démarche palliative peut être engagée bien avant les derniers jours de vie, parallèlement aux traitements curatifs. Elle devient progressivement prioritaire lorsque la guérison n'est plus envisageable.
L'objectif est alors de préserver la meilleure qualité de vie possible, en respectant les souhaits du malade et en évitant les interventions médicales disproportionnées.





Le cadre législatif français

Le médecin a retracé les principales étapes de la législation française.
La loi Kouchner de 2002 a renforcé les droits des patients, notamment leur information et leur consentement aux soins, ainsi que la possibilité de refuser un traitement.
La loi Leonetti de 2005 a posé des principes essentiels concernant le refus de l'obstination déraisonnable et les décisions médicales de fin de vie.
La loi Claeys-Leonetti de 2016 a renforcé la portée des directives anticipées et précisé les conditions d'accès à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.
Ces dispositions reposent sur une distinction essentielle : la médecine n'a pas pour mission de prolonger la vie à n'importe quel prix, mais elle ne doit jamais abandonner le malade.

Sédation profonde et euthanasie : une distinction fondamentale

Une partie importante de l'intervention concernait la différence entre la sédation profonde et continue jusqu'au décès et l'euthanasie.
La sédation profonde et continue consiste, dans des circonstances strictement encadrées, à altérer profondément la conscience d'un patient pour éviter une souffrance réfractaire ou insupportable dans les situations prévues par la loi.
Son objectif est le soulagement.
L'euthanasie consiste, au contraire, à provoquer intentionnellement la mort d'une personne.
Cette distinction ne repose pas uniquement sur les médicaments employés, mais également sur l'intention poursuivie, les modalités de l'acte et son résultat recherché.
Soulager une personne au risque d'un effet secondaire non voulu n'est pas la même chose que provoquer délibérément sa mort.
Cette différence constitue un point de rencontre important entre l'éthique médicale et la réflexion morale chrétienne.

Les décisions difficiles au chevet du malade

Plusieurs situations concrètes ont également été évoquées.
En toute fin de vie, la poursuite de certains traitements peut devenir disproportionnée. Il en va parfois de même de la nutrition ou de l'hydratation artificielles, qui sont considérées comme des traitements médicaux.
Dans certaines circonstances, leur maintien peut entraîner davantage d'inconfort que de bénéfices.
Leur limitation ou leur arrêt ne signifie cependant jamais la suppression des soins de confort, de l'hygiène, des soins de bouche ou de l'accompagnement humain.
Les décisions médicales doivent respecter la volonté du patient et les procédures prévues par la loi. Lorsqu'il ne peut plus exprimer sa volonté, les directives anticipées, la personne de confiance et les proches jouent un rôle important. Les décisions concernées doivent suivre la procédure collégiale applicable.
L'enseignement principal de cette première intervention peut se résumer ainsi :

Il arrive un moment où l'on ne peut plus guérir,
mais il n'arrive jamais un moment où l'on ne peut plus prendre soin.

3. L'approche philosophique : qu'est-ce qui fonde la dignité humaine ?

L'intervention de Vincent Grégoire-Delory a constitué une réflexion de fond sur une notion omniprésente dans les débats de fin de vie : la dignité.
Tout le monde affirme vouloir respecter la dignité humaine, mais chacun ne donne pas nécessairement le même sens à cette expression.



La dignité fonctionnelle

Une première conception rattache la dignité aux capacités de la personne : autonomie, conscience, maîtrise de son corps, indépendance ou possibilité de prendre des décisions.
Dans cette perspective, la dégradation de l'état de santé peut conduire une personne à considérer qu'elle a perdu sa dignité.
Cette approche comporte un risque : faire dépendre la valeur humaine de critères variables, parfois subjectifs, ou de l'appréciation de la société.
Si la dignité dépend de l'autonomie, que devient celle d'une personne atteinte de démence avancée, lourdement handicapée ou incapable de communiquer ?
Cette question révèle les limites d'une conception exclusivement fonctionnelle de la dignité.

La dignité ontologique

Le philosophe a opposé à cette conception celle de la dignité ontologique.
Le terme *ontologique* renvoie à l'être lui-même.
Dans cette perspective, la dignité appartient à la personne du seul fait de son humanité.
Elle ne dépend ni de son état de santé, ni de ses performances intellectuelles, ni de son utilité sociale.

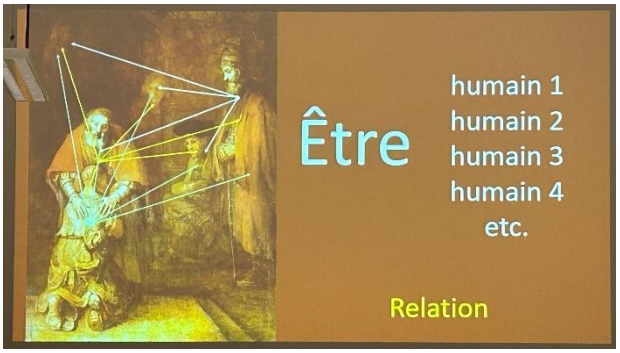
Elle est universelle, intrinsèque et inaliénable.

On ne devient pas moins digne parce que l'on devient dépendant.

Une personne âgée, malade ou inconsciente conserve intégralement sa dignité, même lorsqu'elle ne peut plus l'exprimer ou la défendre elle-même.
Cette conception rejoint profondément l'anthropologie chrétienne, selon laquelle tout être humain possède une valeur qui ne dépend d'aucune condition extérieure.

L'être humain est un être de relation







Vincent Grégoire-Delory a également développé une réflexion sur l'ontologie relationnelle.
L'être humain ne se construit pas comme un individu totalement isolé et autonome.
Dès sa naissance, il dépend d'autrui. Il apprend, grandit, se développe et construit son identité dans ses relations.
Cette interdépendance n'est pas une faiblesse accidentelle de notre condition. Elle fait partie de notre humanité.
La maladie et la vieillesse rendent simplement plus visible cette réalité.
Lorsqu'une personne perd son autonomie, elle ne cesse pas d'être un être de relation. Au contraire, elle a particulièrement besoin que les autres continuent à la reconnaître comme une personne.

Une visite, un regard, une parole ou une présence silencieuse peuvent alors avoir une valeur considérable.

La fraternité, au-delà du droit

Le philosophe a rapproché cette réflexion des valeurs républicaines : liberté, égalité et fraternité.
La liberté et l'égalité bénéficient de protections juridiques.
La fraternité, quant à elle, ne peut être entièrement imposée par la loi. Elle suppose un engagement personnel, une volonté d'aller vers l'autre et de reconnaître sa vulnérabilité.
Cette distinction prend tout son sens dans l'accompagnement de la fin de vie.
Il ne suffit pas d'affirmer juridiquement qu'une personne possède une dignité. Encore faut-il lui permettre de faire l'expérience concrète de cette reconnaissance.

La fraternité devient ainsi la traduction concrète de la dignité humaine.

Le temps, la finitude et l'éternité

Enfin, la réflexion philosophique s'est élargie à notre rapport au temps.
L'homme vit dans une temporalité limitée. Il connaît sa naissance et sait que son existence terrestre aura une fin.
Cette conscience de la finitude soulève inévitablement des interrogations sur le sens de la vie, la mort et l'éternité.

La distinction entre un univers qui pourrait être éternel et un univers créé renvoie également à une question métaphysique : celle de l'origine et du fondement de l'existence.

Dans la perspective chrétienne, la création ne signifie pas seulement que Dieu serait intervenu à un premier instant du temps, mais que toute réalité dépend fondamentalement de Lui.
Cette ouverture permet de comprendre que la question de la fin de vie dépasse largement la seule médecine. *(*)*
Elle interroge notre conception même de l'existence humaine.

(*) (NDLR) : Saint Thomas d'Aquin distinguait déjà au XIIIe siècle la création de l'univers et son commencement dans le temps. Dans la Somme théologique (I, q. 46, a. 2), il explique que la raison seule ne permet pas de démontrer que le monde a nécessairement commencé à exister. Même si l'univers était éternel dans le passé, il pourrait néanmoins dépendre entièrement de Dieu pour son existence. La foi chrétienne affirme que le monde a été créé et qu'il a eu un commencement ; la philosophie, quant à elle, distingue la question de son origine temporelle de celle de sa dépendance envers le Créateur.
La nuance fondamentale : saint Thomas ne soutient pas que l'univers est éternel. Il affirme que son commencement temporel est connu par la foi et non démontré par la seule raison.
Et c'est justement ce qui rend sa pensée si intéressante aujourd'hui : même si un modèle cosmologique proposait un univers sans commencement, cela ne suffirait pas à réfuter l'existence de Dieu.
C'est une belle illustration de la manière dont saint Thomas distingue les domaines de la foi, de la philosophie et de la connaissance de la nature.

Saint Thomas explique que la raison philosophique ne suffit pas à démontrer que l'univers a nécessairement eu un commencement temporel. Somme théologique, I, q. 46, articles 1 et 2

Dans la réponse à la première objection du même article, Thomas reprend une comparaison de saint Augustin.
Imaginons un pied posé dans la poussière depuis toujours. Son empreinte aurait elle aussi toujours existé. Pourtant, l'empreinte dépendrait bien du pied qui en est la cause.
De la même manière, un univers qui aurait toujours existé pourrait néanmoins dépendre entièrement de Dieu pour son existence.
Cela ne signifie pas que saint Thomas affirme l'éternité de l'univers. Il explique seulement que la création n'implique pas nécessairement, du point de vue philosophique, un commencement dans le temps.

4. L'approche théologique : souffrance, mort et espérance chrétienne

L'intervention du frère Damien Duprat a approfondi plusieurs questions centrales de la foi chrétienne.
Elle a notamment interrogé notre manière contemporaine d'envisager la mort et la souffrance.



La mort est-elle nécessairement une délivrance ?

Une idée revient fréquemment dans les débats sur la fin de vie : provoquer la mort permettrait de mettre immédiatement fin à toute souffrance.
Du point de vue médical, la mort met effectivement un terme à l'expérience corporelle de la douleur.
Mais affirmer qu'elle constitue une délivrance totale et définitive de la personne suppose une conception particulière de ce qu'est la mort.
Pour la foi chrétienne, la mort n'est pas un anéantissement de l'existence personnelle.
Elle marque l'entrée dans une autre dimension de notre destinée, celle de la rencontre avec Dieu.
La réflexion théologique rappelle ainsi que la médecine peut décrire les processus biologiques de la mort, mais ne peut à elle seule répondre à toutes les questions métaphysiques concernant l'au-delà.

Le jugement et le purgatoire

Le frère Damien a évoqué l'enseignement chrétien sur le jugement particulier.
La tradition catholique affirme que chaque personne, au terme de sa vie terrestre, se présente devant Dieu.
Cette rencontre n'est pas seulement envisagée sous l'angle d'un jugement extérieur, mais aussi comme la manifestation de la vérité de notre existence devant l'amour et la justice de Dieu.
Le purgatoire a également été abordé.
Dans l'enseignement catholique, il correspond à la purification ultime de ceux qui meurent dans la grâce et l'amitié de Dieu, mais ont encore besoin d'être purifiés avant d'entrer pleinement dans sa présence.
Il ne s'agit pas d'une seconde chance après la mort, ni nécessairement d'un lieu ou d'une durée mesurable selon notre temps terrestre.
Cette perspective rappelle que la mort ne saurait être réduite à une simple opération technique mettant fin à une souffrance.
Pour le chrétien, elle possède une portée spirituelle et éternelle.

Le Livre de Job : la souffrance n'est pas une punition automatique

Le frère Damien est également revenu sur l'un des grands mystères de l'existence : pourquoi souffrons-nous ?
Le Livre de Job constitue un éclairage essentiel.
Job est un homme juste, pourtant frappé par des épreuves terribles. Ses amis cherchent à expliquer sa souffrance en supposant qu'il aurait nécessairement commis une faute.
Mais le récit biblique conteste précisément cette logique.

La souffrance ne peut être considérée systématiquement comme la conséquence directe d'un péché personnel.
Cette affirmation est particulièrement importante dans l'accompagnement des malades.
Il serait profondément injuste et contraire à l'esprit de l'Évangile de laisser entendre à une personne souffrante qu'elle serait responsable de son malheur.
Le mystère de la souffrance ne reçoit pas de réponse intellectuelle simple.

Le Christ ne supprime pas le mystère de la souffrance : il le traverse

Dans sa lettre apostolique *Salvifici Doloris*, publiée en 1984, saint Jean-Paul II a développé une réflexion sur le sens chrétien de la souffrance humaine.

Le Christ n'est pas venu expliquer la souffrance de l'extérieur.
Il a lui-même connu l'angoisse, l'abandon, la douleur et la mort.
Par sa Passion, il rejoint l'humanité jusque dans ses expériences les plus douloureuses.

La foi chrétienne ouvre ainsi la possibilité de vivre une souffrance, lorsqu'elle ne peut être évitée, en union avec celle du Christ.
Cette démarche peut devenir un chemin d'offrande, de confiance et d'amour.
Mais il faut souligner une distinction essentielle : **le christianisme ne demande jamais de rechercher la souffrance pour elle-même.**
La souffrance demeure un mal qu'il faut chercher à soulager.
Lui donner éventuellement un sens spirituel ne signifie ni la glorifier ni renoncer aux moyens médicaux permettant de l'apaiser.

Le principe moral du double effet

Le frère Damien a également abordé un principe important de la théologie morale : le double effet.
Ce principe, développé dans la tradition thomiste et précisé notamment par Pie XII, permet de distinguer les conséquences voulues d'un acte de ses conséquences secondaires non recherchées.
Ainsi, administrer un traitement antalgique puissant pour soulager une douleur insupportable peut être moralement légitime, même si ce traitement comporte un risque secondaire d'abréger la vie.
Encore faut-il que le traitement soit proportionné, que l'acte soit moralement acceptable et que la mort ne soit ni recherchée comme objectif ni utilisée comme moyen pour obtenir le soulagement.
L'intention première doit être de soulager la personne.
Cette distinction permet de comprendre pourquoi l'Église reconnaît pleinement la légitimité des traitements contre la douleur, tout en refusant l'euthanasie.
Elle ne s'oppose donc pas à la médecine palliative, mais encourage au contraire le développement de soins adaptés à la souffrance des malades.

Maîtriser sa mort ou consentir à sa finitude ?

Une dernière réflexion théologique concernait notre désir de maîtrise.
Les progrès techniques permettent aujourd'hui d'intervenir sur de nombreux aspects de notre existence.
Cette capacité peut conduire à vouloir également maîtriser entièrement les circonstances et le moment de notre mort.
La perspective chrétienne invite à une autre attitude : reconnaître notre finitude et apprendre à nous remettre entre les mains de Dieu.
Cet abandon ne signifie ni passivité ni résignation devant la souffrance.
Il suppose au contraire de recevoir les soins nécessaires, de rechercher le soulagement et d'accepter l'aide des autres, tout en reconnaissant que notre existence ne se réduit pas à ce que nous pouvons contrôler.

5. Les questions pratiques : accompagner la personne dans toutes ses dimensions

Au-delà des réflexions théoriques, les interventions et les échanges ont souligné l'importance de l'accompagnement concret.

La place des proches

La maladie grave bouleverse non seulement la vie du patient, mais également celle de son entourage.
Les familles sont confrontées à des décisions difficiles, à la fatigue, à la peur de la séparation et parfois à un sentiment d'impuissance.
L'accompagnement palliatif doit donc prendre en compte l'ensemble de cette réalité humaine.
La présence des proches ne remplace pas les soins médicaux, mais elle contribue profondément au bien-être de la personne malade.

Le rôle des bénévoles

Les bénévoles formés à l'accompagnement des personnes malades ou en fin de vie jouent un rôle précieux.
Ils ne sont pas là pour prendre des décisions médicales ou apporter systématiquement des réponses.
Ils offrent avant tout une présence, une disponibilité et une écoute.
Dans certaines situations, cette présence permet au malade de ne pas se sentir réduit à sa pathologie.
Elle rappelle qu'il demeure une personne avec une histoire, des liens, des souvenirs et des aspirations.

La dimension spirituelle

La fin de vie fait souvent émerger des interrogations qui dépassent les questions médicales.
Quel sens donner à son existence ? Comment vivre la séparation ? Que reste-t-il à transmettre ? Comment trouver la paix ?
Ces questions concernent les croyants comme les non-croyants.
Pour les chrétiens, l'accompagnement peut prendre la forme de la prière, de la visite fraternelle, de la communion eucharistique ou du sacrement des malades.
Le respect des convictions et des souhaits du patient demeure naturellement essentiel.

Le sacrement des malades

Il a été rappelé que le sacrement des malades ne doit pas être confondu avec une célébration exclusivement réservée aux derniers instants.
Il peut être reçu par une personne sérieusement atteinte par la maladie ou fragilisée par la vieillesse.
Il manifeste la proximité du Christ et de l'Église auprès de celui qui traverse l'épreuve.
Il peut apporter force, paix, courage et réconfort spirituel.
Ce rappel est important, car de nombreuses familles hésitent encore à demander ce sacrement, par crainte qu'il soit annonciateur d'une mort imminente.
Une meilleure information sur ce point pourrait contribuer à rendre ce soutien spirituel plus accessible.

6. L'éclairage des papes Pie XII et Léon XIV sur la fin de vie

Pie XII : soulager la souffrance sans provoquer la mort

Au cours de son intervention, le frère Damien Duprat a notamment évoqué l'enseignement du pape Pie XII, et plus particulièrement son discours du 24 février 1957 consacré aux questions morales liées à l'analgésie.

Dès cette époque, Pie XII abordait une question toujours au cœur des débats actuels : est-il moralement acceptable d'administrer à un malade des traitements puissants contre la douleur, même lorsqu'ils risquent d'abréger indirectement sa vie ?

S'appuyant sur le principe moral du double effet, il expliquait qu'un tel traitement pouvait être légitime, dès lors que l'intention était de soulager la souffrance et non de provoquer la mort, et que les autres conditions morales étaient respectées.

Il rappelait également que **le chrétien n'est pas tenu de supporter toutes les souffrances physiques pour imiter le Christ**. Soulager la douleur est donc pleinement compatible avec la foi chrétienne.

Cet enseignement, formulé il y a près de 70 ans, montre que l'Église distingue depuis longtemps le soulagement médical de la souffrance de l'acte visant intentionnellement à donner la mort.

Référence : Pie XII, discours du 24 février 1957, « Réponses à trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie ».

Léon XIV : une dignité humaine qui ne disparaît jamais

La conclusion de la soirée a également été marquée par une référence au pape Léon XIV, à l'occasion de sa visite à Lourdes.

Un intervenant a rappelé une parole qui l'avait personnellement touché, rapportée dans l'enregistrement sous cette formulation :

« Une personne est digne du fait qu'elle existe et qu'elle est faite pour l'éternité. »

Cette affirmation rejoint profondément les réflexions développées tout au long de la soirée.

Le médecin rappelle que la personne doit toujours bénéficier de soins adaptés, même lorsque la guérison n'est plus possible.

Le philosophe souligne que sa dignité ne dépend ni de son autonomie, ni de ses capacités physiques ou intellectuelles.

Le théologien rappelle enfin que, dans la foi chrétienne, la destinée humaine ne s'arrête pas aux limites de l'existence terrestre, mais s'ouvre sur l'éternité.

Ainsi, de Pie XII à Léon XIV, deux enseignements se rejoignent : **soulager la souffrance sans provoquer intentionnellement la mort, et reconnaître en chaque personne une dignité inaliénable, jusqu'au dernier instant de sa vie.**

Ces deux perspectives résument l'esprit de cette rencontre : ne jamais réduire une personne à sa maladie, à sa dépendance ou à sa souffrance, mais continuer à la soigner, à l'accompagner et à l'aimer

7. Quels enseignements pour notre communauté paroissiale ?

Au-delà de son intérêt intellectuel, cette conférence invite à réfléchir à notre manière d'accompagner les personnes fragilisées au sein de nos communautés chrétiennes.

Plusieurs pistes mériteraient d'être approfondies.

Mieux faire connaître les soins palliatifs. De nombreuses personnes les associent encore uniquement aux derniers jours de vie. Une information accessible pourrait contribuer à dissiper certaines inquiétudes et à mieux comprendre leur rôle.

Encourager la visite des personnes malades et isolées. La présence fraternelle constitue une forme concrète de la charité chrétienne, particulièrement auprès de ceux qui ne peuvent plus participer à la vie paroissiale.

Mieux faire connaître le sacrement des malades. Il pourrait être utile de rappeler régulièrement sa signification et les circonstances dans lesquelles il peut être demandé.

Soutenir les familles et les aidants. Ceux qui accompagnent un proche malade ou dépendant ont eux aussi besoin d'écoute, de présence et parfois de relais.

Poursuivre le dialogue sur la fin de vie. Le succès de cette conférence montre qu'il existe une attente réelle. D'autres rencontres pourraient permettre d'approfondir certaines questions, dans un esprit d'écoute et de respect.

Ces propositions ne constituent pas des décisions prises lors de la conférence, mais des prolongements pastoraux possibles pour notre paroisse.

8. Conclusion générale

Cette conférence a permis de prendre la mesure de la complexité des questions de fin de vie. La médecine apporte les moyens de soulager la souffrance et de préserver le confort du malade. La philosophie nous rappelle que la dignité humaine ne dépend ni de l'autonomie ni de l'état de santé.

La foi chrétienne apporte une perspective supplémentaire, fondée sur la valeur de toute vie humaine, la présence du Christ dans la souffrance et l'espérance de la Résurrection.

Mais ces trois regards ne prennent pleinement leur sens que lorsqu'ils se traduisent dans l'accompagnement concret des personnes.

La question n'est donc pas seulement de savoir comment une vie se termine, mais aussi comment nous choisissons d'être présents auprès de celui ou celle qui arrive au terme de son existence.

Prendre soin jusqu'au bout, ce n'est pas vouloir prolonger la vie à tout prix. C'est refuser que la fragilité, la dépendance ou la proximité de la mort conduisent à l'abandon d'une personne.

Le succès de cette soirée, avec une centaine de participants, témoigne d'un véritable besoin de réflexion, de dialogue et d'accompagnement. Pour notre paroisse, elle constitue également un encouragement à poursuivre notre mission de proximité auprès des personnes malades, âgées et isolées.

Car, comme le rappelle le Christ dans l'Évangile :

« J'étais malade, et vous m'avez visité. » (Mt 25, 36)

9. Annexe

https://www.vatican.va/content/pius-xii/fr/speeches/1957/documents/hf_p-xii_spe_19570224_anestesiologia.html

DISCOURS DU PAPE PIE XII
EN RÉPONSE À TROIS QUESTIONS RELIGIEUSES ET MORALES
CONCERNANT L'ANALGÉSIE*
Salle Royale - Dimanche 24 février 1957

TROIS QUESTIONS RELIGIEUSES ET MORALES CONCERNANT L'ANALGÉSIE

Le IX[e] Congrès National de la « Società Italiana di Anestesiologia », qui s'est tenu à Rome du 15 au 17 octobre 1956, Nous a posé, par l'intermédiaire du Président du Comité organisateur, le Professeur Piero Mazzoni, trois questions, qui portent sur les implications religieuses et morales de l'analgésie au regard de la loi naturelle, et surtout de la doctrine chrétienne contenue dans l'Évangile et proposée par l'Église.

Ces questions, d'un intérêt incontestable, ne manquent pas de soulever chez les hommes d'aujourd'hui des réactions intellectuelles et affectives ; chez les chrétiens en particulier se manifestent à cet égard des tendances fort divergentes. Les uns approuvent sans réserve la pratique de l'analgésie ; d'autres seraient enclins à la rejeter sans nuances, parce qu'elle contredirait l'idéal de l'héroïsme chrétien ; d'autres encore, sans rien sacrifier de cet idéal, sont prêts à adopter une position de compromis. C'est pourquoi on Nous demande d'exprimer Notre pensée au sujet des points suivants :

1. Existe-t-il une obligation morale générale de refuser l'analgésie et d'accepter la douleur physique par esprit de foi ?

2. La privation de la conscience et de l'usage des facultés supérieures provoquée par les narcotiques est-elle compatible avec l'esprit de l'Évangile ?

3. L'emploi de narcotiques est-il licite pour des mourants ou des malades en péril de mort, à supposer qu'il existe pour cela une indication clinique ? Peut-on les utiliser même si l'atténuation de la douleur s'accompagne probablement d'un abrégement de la vie ?

NATURE, ORIGINE ET DÉVELOPPEMENT DE L'ANESTHÉSIE

L'avènement de la chirurgie moderne fut marqué au milieu du siècle dernier par deux faits décisifs, l'introduction de l'antisepsie par Lister, après que Pasteur eut prouvé le rôle des germes dans le déclenchement des infections, et la découverte d'une méthode efficace d'anesthésie. Avant qu'Horace Wells eut songé à utiliser le protoxyde d'azote pour endormir les patients, les chirurgiens étaient obligés de travailler rapidement, sommairement, sur un homme qui se débattait en proie à d'atroces souffrances. La pratique de l'anesthésie générale allait révolutionner cet état de choses et permettre des interventions longues, délicates, et parfois d'une audace étonnante ; elle assurait en effet tant au praticien qu'au patient les conditions primordiales de calme, de tranquillité et le « silence musculaire » indispensable à la précision et à la sécurité de tout acte chirurgical. Mais elle imposait en même temps une surveillance attentive sur les activités physiologiques essentielles de l'organisme. L'anesthésique en effet envahit les cellules et réduit leur métabolisme, il supprime les réflexes de défense et ralentit la vie du sujet déjà compromise plus ou moins gravement par la maladie et par le traumatisme opératoire. Pleinement absorbé par son travail, le chirurgien devait en outre tenir compte à chaque instant des conditions générales de son patient : responsabilité lourde surtout en cas d'opérations particulièrement graves. Aussi a-t-on vu depuis quelques années se développer une

nouvelle spécialisation médicale, celle d'anesthésiste, appelée à jouer un rôle croissant dans l'organisation hospitalière moderne.

RÔLE DE L'ANESTHÉSISTE

Rôle souvent effacé, presque inconnu du grand public, moins brillant que celui du chirurgien, mais essentiel lui aussi. C'est entre ses mains, en effet, que le malade confie sa vie, pour qu'il lui fasse traverser avec la plus grande sécurité possible le moment pénible de l'intervention chirurgicale. L'anesthésiste doit d'abord préparer le patient, médicalement et psychologiquement. Il s'informe avec soin des particularités de chaque cas, afin de prévoir les difficultés éventuelles, que causerait la faiblesse de tel ou tel organe ; il inspire confiance au malade, sollicite sa collaboration, lui donne une médication destinée à le calmer et à préparer l'organisme. C'est lui qui, suivant la nature et la durée de l'opération, choisit l'anesthésique le mieux adapté et le moyen de l'administrer. Mais surtout, au cours de l' intervention, il lui incombe de surveiller étroitement l'état du patient ; il reste, pour ainsi dire, à l'affût des symptômes les plus légers, pour savoir exactement le degré atteint par l'anesthésie et suivre les réactions nerveuses, le rythme de la respiration et la pression sanguine, afin de prévenir toute complication possible, spasmes laryngés, convulsions, troubles cardiaques ou respiratoires.

Quand l'opération se termine, commence la partie la plus délicate de son travail : aider le patient à reprendre ses sens, éviter les incidents, tels que l'obstruction des voies respiratoires et les manifestations de choc, administrer des liquides physiologiques. L'anesthésiste doit donc unir à la connaissance parfaite des techniques de son art, de grandes qualités de sympathie, de compréhension, de dévoûment, non seulement en vue de favoriser toutes les dispositions psychologiques utiles au bon état du malade, mais aussi par un sentiment de vraie et profonde charité humaine et chrétienne.

VARIÉTÉ ET PROGRÈS DES ANESTHÉSIQUES

Pour accomplir sa tâche, il dispose aujourd'hui d'une gamme très riche de produits, dont les uns sont connus depuis longtemps et ont subi avec succès l'épreuve de l'expérience, tandis que d'autres, fruit de recherches récentes, apportent leur contribution particulière à la solution de ce problème ardu : supprimer la douleur sans provoquer de dommage à l'organisme. Le protoxyde d'azote, dont Horace Wells ne parvint pas à faire reconnaître les mérites, lors de l'expérience réalisée à l'Hôpital de Boston en 1845, conserve toujours une place honorable parmi les agents couramment en usage dans l'anesthésie générale. Avec l'éther, déjà utilisé par Crawford Long en 1842, Thomas Morton expérimentait en 1846, dans le même hôpital, mais avec plus de bonheur que son collègue Wells. Deux ans plus tard, le chirurgien écossais James Simpson prouvait l'efficacité du chloroforme ; mais ce sera le londonien John Snow qui contribuera le plus à en propager l'emploi. Une fois passée la période initiale d'enthousiasme, les défauts de ces trois premiers anesthésiques se révélèrent clairement ; mais il fallut attendre la fin du siècle pour qu'apparaisse un nouveau produit, le chlorure d'éthyle, insuffisant d'ailleurs lorsqu'on désire une narcose prolongée. En 1924, Luckhardt et Carter découvraient l'éthylène, le premier gaz anesthésique qui soit le résultat d'une recherche systématique de laboratoire, et, cinq ans après, entrait en usage le cyclopropane, dû aux travaux de Henderson, Lucas et Brown. son action rapide et profonde exige de qui l'utilise une connaissance parfaite de la méthode à circuit fermé.

Si l'anesthésie par inhalation possède une suprématie bien établie, elle affronte depuis un quart de siècle la concurrence croissante de la narcose intraveineuse. Plusieurs essais tentés auparavant avec l'hydrate de chloral, la morphine, l'éther, l'alcool éthylique, ne donnèrent que des résultats peu encourageants, et parfois même désastreux. Mais à partir de 1925, les composés barbituriques entrent dans l'expérimentation clinique et s'affirment nettement, après que l'évipan eut démontré les avantages incontestables de ce type d'anesthésiques. Avec eux, on évite les inconvénients de la méthode par voie respiratoire, l'impression désagréable de suffocation, les dangers de la période d'induction, la nausée au réveil et les lésions organiques.

Le pentothal sodique, introduit en 1934 par Lundy, assura le succès définitif et la diffusion la plus large de ce mode d'anesthésie. Désormais les barbituriques seront utilisés, soit seuls pour des interventions de brève durée, soit en « anesthésie combinée » avec l'éther et le cyclopropane, dont ils abrègent la période d'induction et permettent de réduire la dose et les inconvénients ; parfois on les utilise comme agent principal et l'on compense leurs défauts pharmacologiques par l'usage du protoxyde d'azote et de l'oxygène.

LA CHIRURGIE CARDIAQUE

La chirurgie cardiaque, qui enregistre depuis quelques années des progrès spectaculaires, pose à l'anesthésiste des problèmes particulièrement ardus. Elle suppose en effet, comme condition générale, la possibilité d'interrompre la circulation du sang pendant un temps plus ou moins long. De plus, comme elle intéresse un organe extrêmement sensible, et dont l'intégrité fonctionnelle est souvent sérieusement compromise, l'anesthésiste doit éviter tout ce qui alourdirait le travail du cœur. Dans le cas de sténose mitrale, par exemple, il préviendra les réactions psychiques et neurovégétatives du sujet par une médication préalable sédative. Il évitera la tachycardie, grâce à une préanesthésie profonde avec un faible bloc parasympathique ; au moment de la commissurotomie, il réduira par une oxygénation abondante le péril d'anoxie et surveillera étroitement le pouls et les courants d'action cardiaque.

Mais, pour être menées à bien, d'autres interventions requièrent la possibilité pour le chirurgien de travailler sur un cœur exsangue et d'interrompre la circulation bien au delà des trois minutes qui, normalement, marquent l'apparition de lésions irréversibles du cerveau et des fibres cardiaques. Pour remédier à l'un des défauts congénitaux les plus fréquents, la persistance du trou de Botal, on utilisa dès 1948 la technique chirurgicale dite « à ciel couvert », qui présentait les risques évidents de toute manœuvre faite à l'aveugle. Maintenant deux méthodes nouvelles, l'hypothermie et l'emploi du cœur artificiel permettent d'opérer sous vision directe, et ouvrent ainsi dans ce domaine de brillantes perspectives. On a constaté, en effet, que l'hypothermie s'accompagne d'une diminution de la consommation d'oxygène et de la production d'anhydride carbonique proportionnelle à l'abaissement de la température du corps. En pratique, on ne descendra pas en dessous de 25 degrés, afin de ne pas altérer la contractibilité du muscle cardiaque, et surtout pour ne pas augmenter l'excitabilité de la fibre myocardique et le danger de déterminer une fibrillation ventriculaire difficilement réversible. La méthode d'hypothermie permet de provoquer un arrêt de la circulation, qui dure de huit à dix minutes sans détruire les cellules nerveuses du cerveau. Cette durée peut encore être allongée par l'utilisation de machines cardio-pulmonaires, qui prélèvent le sang veineux, le purifient, lui apportent de l'oxygène et le renvoient dans l'organisme. Le fonctionnement de ces appareils exige des opérateurs un entraînement soigné et s'accompagne de contrôles multiples et minutieux. L'anesthésiste remplit alors une tâche plus lourde, plus complexe et dont l'exécution parfaite est une condition indispensable du succès. Mais les résultats déjà acquis permettent d'espérer pour l'avenir une large extension de ces nouvelles méthodes.

Il est normal que, devant les ressources si variées, qu'offre la médecine moderne pour éviter la douleur, et le désir si naturel d'en tirer tout le parti possible, des questions de conscience surgissent. Vous avez bien voulu Nous en proposer quelques unes, qui vous intéressent particulièrement. Mais avant d'y répondre, Nous voudrions faire observer brièvement que d'autres problèmes moraux réclament aussi l'attention de l'anesthésiste ; surtout celui de sa responsabilité à l'égard de la vie et de la santé du malade ; car celles-ci parfois ne dépendent pas moins de lui que du chirurgien. À ce propos, Nous avons déjà relevé à plusieurs reprises, et notamment dans le discours du 30 septembre 1954 à la huitième Assemblée de l'Association Médicale Mondiale, que l'homme ne peut être pour le médecin un simple objet d'expériences, sur lequel on essaierait les méthodes et pratiques médicales nouvelles (cf. *Discours et Messages-radio* vol. XVI pag. 170 ss.).

Nous passons maintenant à l'examen des questions proposées.

SUR L'OBLIGATION MORALE GÉNÉRALE DE SUPPORTER LA DOULEUR PHYSIQUE

Vous demandiez donc en premier lieu, s'il y a une obligation morale générale de supporter la douleur physique. Pour répondre avec plus d'exactitude à votre question, Nous y distinguerons plusieurs aspects. Et d'abord, il est évident qu'en certains cas, l'acceptation de la douleur physique comporte une obligation grave. Ainsi toutes les fois qu'un homme est placé devant l'alternative inéluctable de supporter une souffrance ou de transgresser une devoir moral par action ou par omission, il est tenu en conscience d'accepter la souffrance. Les « martyrs » ne pouvaient éviter les tortures ni la mort, sans renier leur foi ou sans échapper à l'obligation grave de la confesser à un moment donné. Mais il n'est pas nécessaire de remonter jusqu'aux « martyrs » : on trouve à l'époque actuelle des exemples magnifiques de chrétiens qui, des semaines, des mois et des années durant, supportent la douleur et la violence physique, afin de rester fidèles à Dieu et à leur conscience.

L'ACCEPTATION LIBRE ET LA RECHERCHE DE LA DOULEUR

Votre question toutefois ne se réfère pas à cette situation ; elle envisage plutôt l'acceptation libre et la recherche de la douleur à cause de son sens et de sa finalité propre. Pour en citer tout de suite un exemple concret, rappelons l'allocution que Nous avons prononcée le 8 janvier 1956 à propos des nouvelles méthodes d'accouchement sans douleur (*Discours et Messages-radio* vol. XVII pag. 465 ss.). On demandait alors si, en vertu du texte de l'Écriture : « Tu enfanteras dans la douleur » (*Gen*. 3, 16), la mère était obligée d'accepter toutes les souffrances et de refuser l'analgésie par des moyens naturels ou artificiels. Nous avons répondu qu'il n'existait aucune obligation de ce genre. L'homme conserve, même après la chute, le droit de dominer les forces de la nature, de les utiliser à son service, et donc de mettre à profit toutes les ressources qu'elle lui offre pour éviter ou supprimer la douleur physique. Mais Nous avons ajouté que, pour le chrétien, celle-ci ne constitue pas un fait purement négatif, qu'elle est associée au contraire à des valeurs religieuses et morales élevées, et peut donc être voulue et cherchée, même s'il n'existe pour cela aucune obligation morale dans tel ou tel cas particulier. Et Nous continuions : « La vie et la souffrance du Seigneur, les douleurs que tant de grands hommes ont supportées et même cherchées, grâce auxquelles ils ont mûri, grandi jusqu'aux sommets de l'héroïsme chrétien, les exemples quotidiens d'acceptation résignée de la croix, que Nous avons sous les yeux, tout cela révèle la signification de la souffrance, de l'acceptation patiente de la douleur dans l'économie actuelle du salut, pendant le temps de cette vie terrestre » (*ib*. pag. 478).

SUR LE DEVOIR DE RENONCEMENT ET DE PURIFICATION INTÉRIEURE

En outre le chrétien est tenu de mortifier sa chair et de travailler à se purifier intérieurement, parce qu'il n'est pas possible, à la longue, d'éviter le péché et de s'acquitter fidèlement de tous ses devoirs, si l'on refuse cet effort de purification et de mortification. Dans la mesure où la maîtrise de soi et des tendances déréglées est impossible à conquérir sans l'aide de la clou leur physique, celle-ci devient donc une nécessité et il faut l'accepter ; mais pour autant qu'elle n'est pas requise à cette on ne peut affirmer qu'il existe à ce sujet un devoir strict. Le chrétien n'est donc jamais obligé de la vouloir pour elle-même : il la considère comme un moyen plus ou moins adapté, suivant les circonstances, au but qu'il poursuit.

SUR L'INVITATION À UNE PLUS HAUTE PERFECTION

Au lieu de considérer le point de vue de l'obligation stricte, on peut aussi envisager celui des exigences posées par la foi chrétienne, l'invitation à une perfection plus grande, qui ne s'impose pas sous peine de péché. Le chrétien est-il tenu d'accepter la douleur physique pour ne pas se mettre en contradiction avec l'idéal que lui propose sa foi ? La refuser n'implique-t-il pas un manque d'esprit de foi ? S'il est incontestable que le chrétien éprouve le désir d'accepter et même de rechercher la douleur physique pour mieux participer à la passion du Christ, renoncer au monde et aux satisfactions sensibles et mortifier sa chair, il importe toutefois d'interpréter correctement cette tendance. Ceux qui la manifestent extérieurement ne possèdent pas nécessairement l'héroïsme chrétien véritable ; mais il serait aussi erroné d'affirmer que ceux, qui

ne la manifestent pas, en sont dépourvus. Cet héroïsme peut en effet se traduire de bien d'autres manières. Lorsqu'un chrétien, jour après jour, du matin au soir, s'acquitte de tous les devoirs que lui imposent son état, sa profession, les commandements de Dieu et des hommes, lorsqu'il prie avec recueillement, travaille de toutes ses forces, résiste aux passions mauvaises, manifeste au prochain la charité et le dévouement qu'il lui doit, supporte virilement, sans murmurer. tout ce que Dieu lui envoie ; sa vie est toujours sous le signe de la Croix du Christ, que la souffrance physique y soit présente ou non, qu'il la supporte ou l'évite par des moyens, licites. Même si l'on ne considère que les obligations lui incombant sous peine de péché, un homme ne peut vivre ni accomplir son travail quotidien en chrétien, sans être constamment prêt au sacrifice et, pour ainsi dire, sans se sacrifier continuellement L'acceptation de la douleur physique n'est qu'une manière, parmi beaucoup d'autres, de signifier ce qui constitue l'essentiel la volonté d'aimer Dieu et de le servir en toutes choses. C'est dans la perfection de cette disposition volontaire que consiste avant tout la qualité de la vie chrétienne et son héroïsme.

MOTIFS QUI PERMETTENT D'ÉVITER LA DOULEUR PHYSIQUE

Quels sont les motifs qui permettent dans les cas d'espèce d'éviter la douleur physique sans entrer en conflit avec une obligation grave ou avec l'idéal de la vie chrétienne ? On pourrait en énumérer un grand nombre ; mais, malgré leur diversité, ils se ramènent finalement au fait qu'à la longue, la douleur empêche l'obtention de biens et d'intérêts supérieurs. Il peut se faire qu'elle soit préférable pour telle personne déterminée et dans telle situation concrète ; mais en général, les dommages qu'elle provoque forcent les hommes à se défendre contre elle ; sans doute ne la fera-t-on jamais disparaître complètement de l'humanité ; mais on peut contenir en de plus étroites limites ses effets nocifs. Ainsi, comme on maîtrise une force naturelle pour en tirer parti, le chrétien utilise la souffrance comme un stimulant dans son effort d'ascension spirituelle et de purification, afin de mieux s'acquitter de ses devoirs et de mieux répondre à l'appel d'une plus haute perfection ; c'est à chacun d'adopter les solutions convenant à son cas personnel, selon les aptitudes ou dispositions susdites, dans la mesure où — sans empêcher d'autres intérêts et d'autres biens supérieurs — elles sont un moyen de progrès dans la vie intérieure, de plus parfaite purification, d'accomplissement plus fidèle du devoir, de plus grande promptitude à suivre les impulsions divines. Pour s'assurer que tel est bien le cas, on consultera les règles de la prudence chrétienne et les avis d'un directeur de conscience expérimenté.

CONCLUSIONS ET RÉPONSES À LA PREMIÈRE QUESTION

Vous tirerez aisément de ces réponses des orientations utiles pour votre action pratique.

I. Les principes fondamentaux de l'anesthésiologie, comme science et comme art, et la fin qu'elle poursuit, ne soulèvent pas d'objection. Elle combat des forces qui, à bien des égards, produisent des effets nuisibles et entravent un plus grand bien.

2. Le médecin, qui en accepte les méthodes, n'entre en contradiction ni avec l'ordre moral naturel, ni avec d'idéal spécifiquement chrétien. Il cherche, selon l'ordre du Créateur (cf. *Gen*. 1, 28), à soumettre la douleur au pouvoir de l'homme, et utilise pour cela les acquisitions de la science et de la technique selon les principes que Nous avons énoncés et qui guideront ses décisions dans les cas particuliers.

3. Le patient désireux d'éviter ou de calmer la douleur peut sans inquiétude de conscience, utiliser les moyens trouvés par la science et qui, en eux-mêmes, ne sont pas immoraux. Des circonstances particulières peuvent imposer une autre ligne de conduite, mais le devoir de renoncement et de purification intérieure, qui incombe aux chrétiens, n'est pas un obstacle à l'emploi de l'anesthésie, parce qu'on peut le remplir d'une autre manière. La même règle s'applique aussi aux exigences surérogatoires de l'idéal chrétien.

II

SUR LA NARCOSE ET LA PRIVATION TOTALE OU PARTIELLE DE LA CONSCIENCE DE SOI

Votre deuxième question concernait la narcose et la privation totale ou partielle de la conscience de soi au regard de la morale chrétienne. Vous l'énonciez ainsi : « L'abolition complète de la sensibilité sous toutes ses formes (anesthésie générale), ou la diminution plus ou moins grande de la sensibilité douloureuse (hypo- et analgésie), s'accompagnent toujours respectivement de la disparition ou de la diminution de la conscience et des facultés intellectuelles les plus élevées (mémoire, processus d'association, facultés critiques etc.) : ces phénomènes qui rentrent dans le cadre habituel de la narcose chirurgicale et de l'analgésie pré- et post-opératoire sont-ils compatibles avec l'esprit de l'Évangile ? ».

L'Évangile rapporte qu'immédiatement avant la crucifixion, on offrit au Seigneur du vin mêlé de fiel, sans doute pour atténuer ses souffrances. Après l'avoir goûté, il ne voulut pas le boire (cf. *Matth*. 27, 34), parce qu'il voulait souffrir en pleine conscience, accomplissant ainsi ce qu'il avait dit à Pierre lors de l'arrestation : « Ne boirai-je pas le calice que mon Père m'a préparé ? » (*Io*. 18, 11). Calice si amer, que Jésus avait supplié dans l'angoisse de son âme : « Père, écarte ce calice de moi ! Mais que ta volonté se fasse et non la mienne ! » (cf. *Matth*. S. 39 ; *Luc*. 22, 42-44). L'attitude du Christ envers sa passion, telle que la révèlent ce récit et d'autres passages de l'Évangile (cf. *Luc*. 12, 50), permet-elle au chrétien d'accepter la narcose totale ou partielle ?

Puisque vous considérez la question sous deux aspects, Nous examinerons successivement la suppression de la douleur, et la diminution ou la suppression totale de la conscience et de l'usage des facultés supérieures.

DISPARITION DE LA DOULEUR

La disparition de la douleur dépend, comme vous le dites, soit de la suppression de la sensibilité générale (anesthésie générale), soit d'un abaissement plus ou moins marqué de la capacité de souffrir (hypo- et analgésie). Nous avons déjà dit l'essentiel sur l'aspect moral de la suppression de la douleur ; il importe peu, au regard du jugement religieux et moral, qu'elle soit causée par une narcose ou par d'autres moyens : dans les limites indiquées elle ne soulève pas d'objection et reste compatible avec l'esprit de l'Évangile. D'autre part il ne faut pas nier ni sous-estimer le fait que l'acceptation volontaire (obligatoire ou non) de la douleur physique, même à l'occasion d'interventions chirurgicales, puisse manifester un héroïsme élevé et témoigne souvent en réalité d'une imitation héroïque de la passion du Christ. Toutefois cela ne signifie pas qu'elle en soit un élément indispensable ; dans les interventions importantes surtout, il n'est pas rare que l'anesthésie s'impose pour d'autres motifs et le chirurgien ou le patient ne pourraient s'en passer sans manquer à la prudence chrétienne. Il en va de même de l'analgésie pré- et post-opératoire.

SUPPRESSION OU DIMINUTION DE LA CONSCIENCE ET DE L'USAGE DES FACULTÉS SUPÉRIEURES

Vous parlez ensuite de la diminution ou de la suppression de la conscience, de l'usage des facultés supérieures, comme de phénomènes accompagnant la perte de la sensibilité. D'habitude, ce que vous voulez obtenir c'est précisément cette perte de sensibilité ; mais souvent il est impossible de la provoquer sans produire en même temps l'inconscience totale ou partielle. Hors du domaine chirurgical, cette relation est souvent inversée, non seulement en médecine, mais aussi en psychologie et dans les enquêtes criminelles. On prétend ici déterminer une baisse de la conscience et, par là, des facultés supérieures, de manière paralyser les mécanismes psychiques de contrôle, que l'homme utilise constamment pour se maîtriser et se conduire ; il s'abandonne alors sans résistance au jeu des associations d'idées, des sentiments et impulsions volitives. Les dangers d'une telle situation sont évidents ; il peut même arriver qu'on libère ainsi des poussées instinctives immorales. Ces manifestations du second stade de la narcose sont bien connues, et actuellement on s'efforce de les empêcher par l'administration préalable de narcotiques. L'arrêt des dispositifs de contrôle s'avère particulièrement dangereux quand il provoque la révélation des secrets de la vie privée, personnelle ou familiale, et de la vie sociale. Il ne suffit pas que le chirurgien et tous ses aides soient tenus non seulement au secret naturel (*secretum naturale*), mais aussi au secret professionnel (*secretum officiale, secretum*

commissum) à l'égard de tout ce qui passe dans la salle d'opération. Il y a certains secrets, qui ne doivent être révélés à personne, même pas, comme le dit une formule technique : « *uni viro prudenti et silentii tenaci* ». Nous l'avons déjà souligné dans Notre allocution du 13 avril 1953 sur la psychologie clinique et la psychanalyse (*Discours et Messages-radio*, vol. XV, pag. 73). Aussi ne peut-on qu'approuver l'utilisation de narcotiques dans la médication pré-opératoire, afin d'éviter ces inconvénients.

Notons d'abord que dans le sommeil, la nature elle-même interrompt plus ou moins complètement l'activité intellectuelle Si, dans un sommeil pas trop profond, l'usage de la raison (« usus rationis ») n'est pas entièrement aboli, et que l'individu puisse encore jouir de ses facultés supérieures — ce que St Thomas d'Aquin avait déjà noté (*S. Th*. p. T q. 84 a. 8) —, le sommeil exclut cependant le « *dominium rationis* ». le pouvoir en vertu duquel la raison commande librement l'activité humaine. Il ne s'ensuit pas, si l'homme s'abandonne au sommeil, qu'il agisse contre l'ordre moral en se privant de la conscience et de la maîtrise de soi par l'usage des facultés supérieures. Mais il est certain aussi qu'il peut y avoir des cas (et il s'en présente souvent,), dans lesquels l'homme ne peut s'abandonner au sommeil, mais doit rester en possession de ses facultés supérieures, pour s'acquitter d'un devoir moral qui lui incombe. Parfois, sans y être tenu par un devoir strict, l'homme renonce au sommeil pour rendre des services non obligatoires ou pour s'imposer un renoncement en vue d'intérêts moraux supérieurs. La suppression de la conscience par le sommeil naturel n'offre donc en soi nulle difficulté ; cependant il est illicite de l'accepter, quand elle entrave l'accomplissement d'un devoir moral. Le renoncement au sommeil naturel peut être en outre dans l'ordre moral expression et mise en acte d'une tendance non obligatoire vers la perfection morale.

DE L'HYPNOSE

Mais la conscience de soi peut aussi être altérée par des moyens artificiels. Qu'on obtienne ce résultat par l'administration de narcotiques ou par l'hypnose (qu'on peut appeler un analgésique psychique), cela ne comporte aucune différence essentielle au point de vue moral. L'hypnose cependant, même considérée uniquement en elle-même, est soumise à certaines règles. Qu'il Nous soit permis à ce propos de rappeler la brève allusion à l'usage médical de l'hypnose que Nous avons faite au début de l'Allocution du 8 janvier 1956 sur l'accouchement naturel indolore (cfr. *Discours et Messages-radio*, vol. XVII, pag. 467).

Dans la question qui Nous occupe à présent, il s'agit d'une hypnose pratiquée par le médecin, au service d'une fin clinique, en observant les précautions que la science et l'éthique médicales requièrent tant du médecin qui l'emploie que du patient qui s'y soumet. À cette utilisation déterminée de l'hypnose s'applique le jugement moral que Nous allons formuler sur la suppression de la conscience.

Mais Nous ne voulons pas que l'on étende purement et simplement à l'hypnose en général ce que Nous disons de l'hypnose au service du médecin. Celle-ci en effet, en tant qu'objet de recherche scientifique, ne peut être étudiée par n'importe qui, mais seulement par un savant sérieux, dans les limites morales valables pour toute activité scientifique. Ce n'est pas le cas d'un cercle quelconque de laïcs ou d'ecclésiastiques, qui s'en occuperaient comme d'un sujet intéressant, à titre de pure expérience, ou même par simple passe-temps.

SUR LA LICÉITÉ DE LA SUPPRESSION ET DE LA DIMINUTION DE LA CONSCIENCE

Pour apprécier la licéité de la suppression et de la diminution de la conscience, il faut considérer que l'action raisonnable et librement ordonnée à une fin constitue la caractéristique de l'être humain. L'individu ne pourra, par exemple, accomplir son travail quotidien, s'il reste plongé constamment dans un état crépusculaire. De plus, il est tenu de conformer toutes ses actions aux exigences de l'ordre moral. Étant donné que les dynamismes naturels et les instincts aveugles sont impuissants assurer par eux-mêmes une activité ordonnée, l'usage de la raison et des facultés supérieures s'avère indispensable, tant pour percevoir les normes précises de

l'obligation, que pour les appliquer aux cas particuliers. De là découle l'obligation morale de ne pas se priver de cette conscience de soi sans vraie nécessité.

Il s'ensuit qu'on ne peut troubler la conscience ou la supprimer dans le seul but de se procurer des sensations agréables, en s'adonnant à l'ivresse et en absorbant des poisons destinés à procurer cet état, même si l'on recherche uniquement une certaine euphorie. Au delà d'une dose déterminée, ces poisons causent un trouble plus ou moins marqué de la conscience et même son obscurcissement complet. Les faits démontrent que l'abus des stupéfiants conduit à l'oubli total des exigences les plus fondamentales de la vie personnelle et familiale. Ce n'est donc pas sans raison que les pouvoirs publics interviennent pour régler la vente et l'usage de ces drogues, afin d'éviter à la société de graves dommages physiques et moraux.

La chirurgie se trouve-t-elle dans la nécessité pratique de provoquer une diminution et même une suppression totale de la conscience par la narcose ? Au point de vue technique, la réponse à cette question relève de votre compétence. Au point de vue moral, les principes formulés précédemment en réponse à votre première question s'appliquent pour l'essentiel aussi bien à la narcose qu'à la suppression de la douleur. Ce qui compte en effet pour le chirurgien en tout premier lieu, c'est la suppression de la sensation douloureuse, non celle de la conscience. Quand celle-ci reste éveillée, les sensations douloureuses violentes provoquent aisément des réactions souvent involontaires et réflexes, capables d'entraîner des complications indésirables et d'aboutir même au collapsus cardiaque mortel. Préserver l'équilibre psychique et organique, éviter qu'il ne soit violemment ébranlé, constitue pour le chirurgien comme pour le patient un objectif important, que seule la narcose permet d'obtenir. Il est à peine nécessaire de faire remarquer que, s'il fallait s'attendre à ce que d'autres interviennent d'une manière immorale pendant que le malade est inconscient, la narcose susciterait des difficultés graves, qui imposeraient des mesures adéquates.

LES ENSEIGNEMENTS DE L'ÉVANGILE

A ces règles de morale naturelle, l'Évangile ajoute-t-il des précisions et des exigences supplémentaires ? Si Jésus-Christ au Calvaire a refusé le vin mêlé de fiel, parce qu'il voulait en pleine conscience boire jusqu'à la lie le calice que le Père lui présentait, il s'ensuit que l'homme doit accepter et boire le calice de douleur toutes les fois que Dieu le désire. Mais il ne faudrait pas croire que Dieu le désire toutes les fois que se présente une souffrance à supporter, qu'elles qu'en soient les causes et les circonstances. Les paroles de l'Évangile et le comportement de Jésus n'indiquent pas que Dieu veuille cela de tous les hommes et à tout moment, et l'Église ne leur a nullement donné cette interprétation. Mais les faits et gestes du Seigneur gardent une signification profonde pour tous les hommes. Innombrables sont en ce monde ceux qu'oppriment des souffrances (maladies, accidents, guerres, fléaux naturels), dont ils ne peuvent adoucir l'amertume. L'exemple du Christ sur le Golgotha, son refus d'adoucir ses douleurs, leur sont une source de consolation et de force. D'ailleurs, le Seigneur a averti les siens que ce calice les attend tous. Les Apôtres, et après eux les martyrs par milliers, en ont témoigné et continuent à en témoigner glorieusement jusqu'à ce jour. Souvent toutefois l'acceptation de la souffrance sans adoucissement ne représente aucune obligation et ne répond pas à une norme de perfection. Le cas se présente régulièrement, quand existent pour cela des motifs sérieux et que circonstances n'imposent pas le contraire. On peut alors éviter la douleur, sans se mettre aucunement en contradiction avec la doctrine de l'Évangile.

CONCLUSION ET RÉPONSE À LA DEUXIÈME QUESTION

La conclusion des développements précédents peut donc se formuler ainsi : dans les limites indiquées et si l'on observe les conditions requises, la narcose entraînant une diminution ou une suppression de la conscience est permise par la morale naturelle et compatible avec l'esprit de l'Évangile.

III

SUR L'EMPLOI D'ANALGÉSIQUES CHEZ LES MOURANTS...

Nous reste à examiner votre troisième question : « L'emploi d'analgésiques, dont l'usage émousse toujours la conscience, est-il permis en général, et pendant la période post-opératoire en particulier, même chez les moribonds et les patients en péril de mort, quand on a pour cela une indication clinique ? Est-il permis même en certains cas (porteurs de cancers inopérables, de maladies inguérissables), où l'atténuation de la douleur intolérable s'effectue probablement aux dépens de la durée de la vie, qui en est abrégée ? ».

Cette troisième question n'est au fond qu'une application des deux premières au cas spécial des mourants et à l'effet particulier d'un abrégement de la vie.

Que des mourants aient plus que d'autres l'obligation morale naturelle ou chrétienne d'accepter la douleur ou de refuser son adoucissement, cela ne ressort ni de la nature des choses ni des sources de la révélation. Mais comme, selon l'esprit de l'Évangile, la souffrance contribue à l'expiation des péchés personnel, et à l'acquisition de plus amples mérites, ceux dont la vie est en péril ont certes un motif spécial de l'accepter, car, avec la mort toute proche, cette possibilité de gagner de nouveaux mérites risque de disparaître bientôt. Mais ce motif intéresse directement le malade, non le médecin qui pratique l'analgésie, à supposer que le malade y donne son accord ou même l'ait demandé expressément. Il serait évidemment illicite de pratiquer l'anesthésie contre la volonté expresse du mourant (quand il est « *sui iuris* »).

Quelques précisions s'avèrent ici opportunes, car il n'est pas rare qu'on présente ce motif d'une manière incorrecte. On tente parfois de prouver que les malades et les moribonds sont obligés de supporter des douleurs physiques pour acquérir plus de mérites, en se basant sur l'invitation à la perfection, que le Seigneur adresse à tous : « *Estote ergo vos per fecti, sicut et Pater vester cœlestis perfectifs est* » (*Matth*. 5, 48) ou sur les paroles de l'Apôtre : « *Haec est voluntas Dei, sanctificatio vestra* » (*1 Thess*. 4, 3). Parfois on avance un principe de raison, selon lequel aucune indifférence ne serait permise à l'égard de l'obtention (même graduelle et progressive) de la fin dernière, vers laquelle l'homme tend ; ou le précepte de l'amour de soi bien ordonné, qui imposerait de chercher les biens éternels dans la mesure où les circonstances de la vie quotidienne permettent de les atteindre ; ou même le premier et plus grand commandement, celui de l'amour de Dieu par-dessus tout, qui ne laisserait aucun choix dans la mise à profit des occasions concrètes offertes par la Providence. Or la croissance de l'amour de Dieu et de l'abandon à sa volonté ne procède pas des souffrances-mêmes que l'on accepte, mais de l'intention volontaire soutenue par la grâce ; cette intention, chez beaucoup de moribonds, peut s'affermir et devenir plus vive, si l'on atténue leurs souffrances, parce que celles-ci aggravent l'état de faiblesse et d'épuisement physique, entravent l'élan de l'âme et minent les forces morales, au lieu de les soutenir. Par contre la suppression de la douleur procure une détente organique et psychique, facilite la prière et rend possible un don de soi plus généreux. Si des mourants consentent à la souffrance, comme moyen d'expiation et source de mérites pour progresser dans l'amour de Dieu et l'abandon à sa volonté, qu'on ne leur impose pas d'anesthésie ; on les aidera plutôt à suivre leur voie propre. Dans le cas contraire, il ne serait pas opportun de suggérer aux mourants les considérations ascétiques énoncées plus haut, et l'on se souviendra qu'au lieu de contribuer à l'expiation et au mérite, la douleur peut aussi fournir l'occasion de nouvelles fautes.

Ajoutons quelques mots sur la suppression de la conscience de soi chez les mourants, dans la mesure où elle n'est pas motivée par la douleur. Puisque le Seigneur a voulu subir la mort en pleine conscience, le chrétien désire l'imiter en cela aussi L'Église d'ailleurs donne aux prêtres et aux fidèles un « *Ordo commendationis animae* », une série de prières, qui doivent aider les mourants à quitter cette terre et à entrer dans l'éternité. Mais si ces prières conservent leur valeur et leur sens, même quand on les prononce près d'un malade inconscient, elles apportent normalement à qui peut y participer lumière, consolation et force. Ainsi l'Église laisse-t-elle entendre qu'il ne faut pas, sans raisons graves, priver le mourant de la conscience de soi. Quand la nature le fait, les hommes doivent l'accepter ; mais ils ne le feront pas de leur propre initiative,

à moins d'avoir pour cela de sérieux motifs. C'est d'ailleurs le vœu des intéressés eux-mêmes, lorsqu'ils ont la foi ; ils souhaitent la présence des d'un ami, d'un prêtre, pour les aider à bien mourir. Ils veulent garder la possibilité de prendre leurs dispositions ultimes, de dire une dernière prière, un dernier mot aux assistants. Les en frustrer, répugne au sentiment chrétien, et même simplement humain. L'anesthésie employée à l'approche de la mort, dans le seul but d'éviter au malade une fin consciente, serait non plus une acquisition remarquable de la thérapeutique moderne, mais une pratique vraiment regrettable.

Votre question se posait plutôt dans l'hypothèse d'une indication clinique sérieuse (par exemple, douleurs violentes, états maladifs de dépression et d'angoisse). Le mourant ne peut permettre et encore moins demander au médecin qu'il lui procure l'inconscience, si par là il se met hors d'état de satisfaire à des devoirs moraux graves, par exemple, de régler des affaires importantes, de faire son testament, de se confesser. Nous avons déjà dit que le motif de l'acquisition de plus grands mérites ne suffit pas en soi à rendre illicite l'usage de narcotiques. Pour juger de cette licéité, il faut aussi se demander si la narcose sera relativement brève (pour la nuit ou pour quelques heures) ou prolongée(avec ou sans interruption) et considérer si l'usage des facultés supérieures reviendra à certains moments, pour quelques minutes au moins ou pour quelques heures, et rendra au mourant la possibilité de faire ce que son devoir lui impose p. ex. de se réconcilier avec Dieu. Par ailleurs, un médecin consciencieux, même s'il n'est pas chrétien, ne cédera jamais aux pressions de qui voudrait, contre le gré du mourant, lui faire perdre sa lucidité, afin de l'empêcher de prendre certaines décisions.

Lorsqu'en dépit des obligations qui lui incombent, le mourant demande la narcose pour laquelle il existe des motifs sérieux, un médecin consciencieux ne s'y prêtera pas, surtout s'il est chrétien, sans l'avoir invité par lui-même ou mieux encore par l'intermédiaire d'autrui, à remplir auparavant ses devoirs. Si le malade s'y refuse obstinément et persiste à demander la narcose, le médecin peut y consentir sans se rendre coupable de collaboration formelle à la faute commise. Celle-ci, en effet, ne dépend pas de la narcose, mais de la volonté immorale du patient ; qu'on lui procure ou non l'analgésie, son comportement sera identique : il n'accomplira pas son devoir. Si la possibilité d'un repentir n'est pas exclue, on n'en possède toutefois aucune probabilité sérieuse ; et même qui sait s'il ne s'endurcira pas dans le mal ?

Mais si le mourant a rempli tous ses devoirs et reçu les derniers sacrements, si des indications médicales nettes suggèrent l'anesthésie, si l'on ne dépasse pas dans la fixation des doses la quantité permise, si l'on a mesuré soigneusement l'intensité et la durée de celle-ci et que le patient y consente, rien alors ne s'y oppose : l'anesthésie est moralement permise.

... ET CHEZ LES MALADES INOPÉRABLES OU INGUÉRISSABLES

Faudrait-il y renoncer, si l'action même du narcotique abrégeait la durée de la vie ? D'abord toute forme d'euthanasie directe, c'est-à-dire l'administration de narcotique afin de provoquer ou de hâter la mort, est illicite, parce qu'on prétend alors disposer directement de la vie. C'est un des principes fondamentaux de la morale naturelle et chrétienne, que l'homme n'est pas maître et possesseur, mais seulement usufruitier de son corps et de son existence. On prétend à un droit de disposition directe, toutes les fois que l'on veut l'abrègement de la vie comme fin ou comme moyen. Dans l'hypothèse que vous envisagez il s'agit uniquement d'éviter au patient des douleurs insupportables, par exemple, en cas de cancers inopérables ou de maladie, inguérissables.

Si entre la narcose et l'abrègement de la vie n'existe aucun lien causal direct, posé par la volonté des intéressés ou par nature des choses (ce qui serait le cas, si la suppression de la douleur ne pouvait être obtenue que par l'abrègement de la vie), et si au contraire l'administration de narcotiques entraîne par elle-même deux effets distincts, d'une part le soulagement des douleurs, et d'autre part l'abrègement de la vie, elle est licite ; encore faut-il voir s'il y a entre ces deux effets une proportion raisonnable, et si les avantages de l'un compensent les inconvénients de l'autre. Il importe aussi d'abord de se demander si l'état actuel de la science ne permet pas

d'obtenir le même résultat, en employant d'autres moyens, puis de ne pas dépasser, dans l'utilisation du narcotique, les limites de ce qui est pratiquement nécessaire.

CONCLUSION ET RÉPONSE À LA TROISIÈME QUESTION

En résumé, vous Nous demandez : « La suppression de la douleur et de la conscience par le moyen des narcotiques (lorsqu'elle est réclamée par une indication médicale), est-elle permise par la religion et la morale au médecin et au patient (même à l'approche de la mort et si l'on prévoit que l'emploi des narcotiques abrègera la vie) ? ». Il faudra répondre : « S'il n'existe pas d'autres moyens et si, dans les circonstances données, cela n'empêche pas l'accomplissement d'autres devoirs religieux et moraux : Oui ».

Comme Nous l'avons déjà expliqué, l'idéal de l'héroïsme chrétien n'impose pas, au moins d'une manière générale, le refus d'une narcose justifiée par ailleurs, pas même à l'approche de la mort ; tout dépend des circonstances concrètes. La résolution plus parfaite et plus héroïque peut se trouver aussi bien dans l'acceptation que dans le refus.

EXHORTATION FINALE

Nous osons espérer que ces considérations sur l'analgésie, envisagée du point de vue moral et religieux, vous aideront à vous acquitter de vos devoirs professionnels avec un sens encore plus aigu de vos responsabilités. Vous désirez rester entièrement fidèles aux exigences de votre foi chrétienne et y conformer en tout votre activité. Mais bien loin de concevoir ces exigences comme des restrictions, ou des entraves à votre liberté et à votre initiative, voyez-y plutôt l'appel à une vie infiniment plus haute et plus belle, qui ne se peut conquérir sans efforts ni renoncements, mais dont la plénitude et la joie sont déjà sensibles ici-bas pour qui sait entrer en communion avec la personne du Christ vivant dans son Église, l'animant de son Esprit, répandant en tous ses membres son amour rédempteur qui seul triomphera définitivement de la souffrance et de la mort.

Afin que le Seigneur vous comble de ses dons, Nous l'implorons pour vous-mêmes, pour vos familles et vos collaborateurs et, de tout cœur, Nous vous accordons Notre paternelle Bénédiction Apostolique.

---

* *Discours et Messages-radio de S. S. Pie XII*, XVIII,
Dix-huitième année de Pontificat, 2 mars 1956 - 1er mars 1957, pp. 779 - 799
Typographie Polyglotte Vaticane

Copyright © Dicastère pour la Communication