Document généré le 12 oct. 2024 04:44

Laval théologique et philosophique

Trois discours de Pie XII et le débat sur l'euthanasie

Jocelyne Saint-Arnaud

Volume 50, numéro 3, octobre 1994

Problèmes d'éthique contemporaine

URI : https://id.erudit.org/iderudit/400870ar
DOI : https://doi.org/10.7202/400870ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Faculté de philosophie, Université Laval

ISSN

0023-9054 (imprimé)
1703-8804 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Saint-Arnaud, J. (1994). Trois discours de Pie XII et le débat sur l'euthanasie. *Laval théologique et philosophique*, *50*(3), 545–553. https://doi.org/10.7202/400870ar

Tous droits réservés © Laval théologique et philosophique, Université Laval, 1994

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Laval théologique et philosophique, 50, 3 (octobre 1994)

TROIS DISCOURS DE PIE XII ET LE DÉBAT SUR L'EUTHANASIE*

Jocelyne SAINT-ARNAUD

RÉSUMÉ : Trois discours de Pie XII portant sur le soulagement de la douleur et la cessation de traitement sont analysés dans le but d'examiner la pensée de Pie XII sur ce que Joseph Fletcher a nommé euthanasies directe et indirecte, terminologie qui est à l'origine de la distinction entre euthanasies active et passive. Il est démontré que non seulement Pie XII n'identifie pas le soulagement de la douleur et la cessation de traitement à des actes d'euthanasie, ne serait-elle qu'indirecte ou passive, mais encore que de tels actes sont moralement bons, même s'ils accélèrent le processus de la mort, pour autant qu'ils respectent certaines conditions énoncées sous le principe du double effet. Dans cette perspective, le caractère passif ou actif de l'action n'est pas pertinent pour juger de la moralité de l'acte.

Le cas Sue Rodriguez[1], l'enquête auprès des médecins de l'Ouest canadien[2] et certains résultats d'enquête auprès de la population canadienne[3] ont ravivé le débat sur la question de l'euthanasie au Canada. Tous ceux qui s'intéressent à cette question suivent de près ce qui se passe en Hollande où une pratique d'euthanasie active s'est instaurée. Plusieurs auteurs, parmi lesquels des philosophes, des théologiens et des juristes, se sont prononcés en faveur de l'euthanasie et, de façon générale, leur argu-

---

* Cet article reprend le texte, revu et corrigé, de la conférence prononcée le 23 avril 1994 au congrès de l'*American Academy of Religion* à l'UQAM.

1. Rodriguez c. Colombie Britannique, C.S.Can.23476, 1993-09-03, Jug. nº 93-1670. Madame Rodriguez atteinte de la maladie de Lou Gherig demandait à la cour d'invalider l'article 241 du Code criminel pénalisant l'aide au suicide. Sa requête a été rejetée.

2. Voir Douglas T. KINSELLA et Marja J. VERHOEF, « Alberta Euthanasia Survey : 1- Physician's Opinions about Morality and Legalization of Active Euthanasia » et « Alberta Euthanasia Survey : 2- Physician's Opinions about Morality and Legalization of Active Euthanasia as a Medical Act and the Reporting of such practice », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 148, nº 11 (juin 1993), p. 1921-1926 et p. 1929-1933. Dans ces articles, on peut lire que 44% des 1391 médecins qui ont répondu à la question disent qu'il est correct (*right*) de pratiquer l'euthanasie dans certains cas, 51% des 1384 médecins pensent que la loi devrait être changée et 74% des 1340 optent pour la médicalisation de la pratique si elle était légalisée.

3. Selon *La Presse* du 7 avril 1994, les 3/4 des Canadiens sont d'avis que l'euthanasie ou l'aide médicale au suicide devrait être légalisée.

mentation se résume de la manière suivante : si l'euthanasie passive, c'est-à-dire la cessation ou la non-initiation de traitement entraînant la mort de la personne, est moralement permise, l'euthanasie active doit l'être aussi. Les écrits du philosophe James Rachels, particulièrement *The End of Life*, ont pour but de démontrer le bien-fondé de cette position. En fait, ce qu'il démontre clairement, c'est que la moralité d'un acte ne se fonde en aucune façon sur son caractère actif ou passif.

Mon but dans cette communication n'est pas tant de discuter cette position que d'en rechercher l'origine et d'examiner comment la pensée de Pie XII dont se réclament certains tenants de l'euthanasie peut prêter le flanc à une telle interprétation. Les deux auteurs visés sont Glanville Williams[4], juriste anglais, et Joseph Fletcher[5], théologien protestant américain. Ils furent les premiers défenseurs de l'euthanasie active dans le débat contemporain.

I. DEUX TENANTS DE L'EUTHANASIE ACTIVE

Militant en faveur de la légalisation de l'euthanasie, durant les années 50, le juriste Glanville Williams[6] soutient qu'il est non fondé de dire qu'un médecin qui donne une *surdose* de narcotique en ayant en tête le but de mettre un terme à la vie de son patient est coupable d'une faute, tandis qu'un médecin qui donne la même *surdose*[7] dans les mêmes circonstances pour soulager la douleur n'est coupable d'aucune faute. En droit, écrit-il[8], il n'y a pas de différence entre désirer ou vouloir une conséquence comme découlant d'une conduite et persister dans une conduite en sachant que la conséquence s'ensuivra inévitablement tout en n'étant pas voulue. Quand un résultat est entrevu de façon certaine, selon Williams, c'est la même chose que s'il était désiré ou voulu. Du fait qu'il n'y a pas de différence légalement reconnue entre ces deux actes, il conclut qu'il n'y a pas de différence morale entre les deux.

Le théologien protestant Joseph Fletcher est connu pour sa théorie de l'éthique situationnelle en fonction de laquelle ce sont les circonstances de l'action qui sont déterminantes dans l'interprétation des principes moraux. Dans cette éthique où les règles ne sont pas absolues, c'est le principe de l'amour du prochain (*agapè*) qui garantit la moralité des actes, mais chacun est libre d'interpréter les exigences de ce principe à la lumière de sa conscience et des circonstances particulières à chaque acte.

---

4. *The Sanctity of Life and Criminal Law*, New York, Knopf, 1957, cité dans Ruth O. RUSSELL, *Freedom to Die : Moral and Legal Aspects of Euthanasia*, New York, Human Press, 1975, 1977, p. 126.
5. Joseph FLETCHER, *Moral Responsibility : Situation Ethics at Work*, Philadelphia, The Westminster Press, s.d., p. 148-149. Le chapitre de ce livre intitulé « Euthanasia and Anti-Dysthanasia », p. 141-160, contient deux essais : « The Patient's Right to Die » paru dans *Harper Magazine* en octobre 1960 et « Death and Medical Initiative » paru dans *Folia Medica* (Tufts University), vol. VIII (janvier-mars 1962), p. 30-35, repris dans *The Christian Scholar* (automne 1963).
6. Glanville WILLIAMS, cité dans Ruth O. RUSSEL, *op. cit.*, p. 126.
7. Son affirmation est cohérente si, dans les deux cas, il s'agit de surdoses. Si dans le deuxième cas, il s'agissait d'un dosage conforme à la pratique médicale admise, la remarque ne saurait être juste. Et dans un tel cas, le résultat ne serait pas entrevu de façon certaine.
8. Glanville WILLIAMS, cité dans Ruth O. RUSSEL, *op. cit.*, p. 126.

Dans cette optique, l'amour du prochain peut être interprété dans le sens d'aider quelqu'un à mettre fin à ses jours.

Dans « The Patient's Right to Die[9] », J. Fletcher distingue une euthahasie directe et une euthanasie indirecte sur la base des moyens utilisés. Il n'insiste pas sur l'intention ou les buts visés par l'action, puisque, dans tous les cas, ils doivent viser la mort de la personne pour que l'action en cause puisse recevoir l'appellation d'euthanasie. Ainsi, l'euthanasie directe ou meurtre par compassion est effectuée par une action délibérée, tandis que l'euthanasie indirecte s'effectue de trois manières :

— par l'administration d'un médicament contre la douleur qui entraîne la mort (augmenter la dose de morphine)[10] ;
— par la cessation de traitements qui prolongeraient la vie (débrancher le respirateur) ;
— par la non-initiation de traitement (ne pas réanimer)[11].

Ainsi trouve-t-on chez Fletcher la terminologie d'euthanasie directe et indirecte qui est à l'origine de la distinction entre euthanasie passive et euthanasie active[12]. Cette distinction étant faite, Fletcher critique, à la suite de Glanville Williams, les enseignants, catholiques romains et autres, qui considèrent qu'il existe une différence morale entre décider de mettre délibérément fin à une vie en faisant quelque chose et décider de mettre délibérément fin à une vie en ne faisant rien[13].

II. TROIS DISCOURS DE PIE XII

Nous n'avons pas les moyens de vérifier ici les allégations de J. Fletcher en regard de l'ensemble des enseignants catholiques. Nous nous référerons plutôt à trois discours de Pie XII prononcés en 1957 et 1958 sur les questions de la cessation et de la non-initiation de traitements, d'une part, et sur la question du soulagement de la douleur, d'autre part. Ces discours sont les suivants:

— « Problèmes religieux et moraux de la "réanimation" », Discours prononcé le 24 novembre 1957[14] ;
— « Problèmes religieux et moraux de l'analgésie », Discours prononcé le 27 février 1957[15] ;

9. J. FLETCHER, *op. cit.*, p. 147.

10. Joseph Fletcher pense comme les gens de son époque que l'augmentation de la consommation de morphine entraîne une dépression des centres respiratoires causant la mort. À ce sujet, voir « Euthanasia », *Moral and Medicine*, Princeton, Princeton University Press, 1954, p. 203-204. Plusieurs auteurs croient que non seulement l'usage de la morphine ne raccourcit pas la vie, mais qu'un bon dosage pourrait même la prolonger. Voir M. BOISVERT, « Soins palliatifs », *Précis de gériatrie*, R. Arcand et R. Hébert, éds, St-Hyacinthe, Edisem ; Paris, Maloine, 1987, p. 607 ; P. VERSPIEREN, « L'euthanasie », *Études*, tome 346, 1976, p. 297 ; R.G. TWYCROSS, « Euthanasia : A Physician's Viewpoint », *Journal of Medical Ethics*, n° 8, 1982, p. 86-95.

11. J. FLETCHER, *op. cit.*, p. 147.

12. Voir Joseph FLETCHER, « Ethics and Euthanasia », *Your Death Warrant : The Implicaions of Euthanasia*, London, Chapman, 1971 qui est reproduit dans *Death, Dying and Euthanasia*, D.J. Horan and D. Mall, éds, Frederich (Maryland), Aletheia Books, University Publications of America Inc., 1980, p. 293-404.

13. J. FLETCHER, *Moral Responsibility : Situation Ethics at Work*, p. 149.

14. *La Documentation catholique*, n° 1267 (1957).

15. *La Documentation catholique*, n° 1247 (1957).

— « Problèmes moraux de la pharmacologie », Discours prononcé le 28 septembre 1958[16].

1. *La cessation et la non-initiation de traitement*

Les questions posées au pape Pie XII par le Dr Bruno Haid, chef de la section d'anesthésie à la clinique d'Innsbruck en 1957, sont toujours pertinentes en regard des questions actuelles de non-intervention et de cessation de traitement :

> D'abord a-t-on le droit, ou même l'obligation, d'utiliser les appareils modernes de respiration artificielle dans tous les cas, même dans ceux qui, au jugement du médecin, sont considérés comme complètement désespérés ?
>
> En second lieu, a-t-on le droit ou l'obligation d'enlever l'appareil respiratoire, quand, après plusieurs jours, l'état d'inconscience profonde ne s'améliore pas, tandis que, si on l'enlève, la circulation s'arrêtera en quelques minutes ? Que faut-il faire, dans ce cas, si la famille du patient, qui a reçu les derniers sacrements, pousse le médecin à enlever l'appareil ? [...]
>
> Troisièmement, un patient plongé dans l'inconscience par paralysie centrale, mais dont la vie, c'est-à-dire la circulation sanguine — se maintient grâce à la respiration artificielle et chez lequel aucune amélioration n'intervient après plusieurs jours, doit-il être considéré comme mort *de facto*, ou même *de jure* ? Ne faut-il pas attendre, pour le considérer comme mort, que la circulation sanguine s'arrête en dépit de la respiration artificielle[17] ?

Les deux premières de ces questions sont pertinentes pour notre propos. Et la réponse de Pie XII nous éclaire sur la moralité de la non-initiation et de la cessation de traitement en matière de réanimation. Pour en discuter, il se base sur la distinction entre moyens ordinaires et moyens extraordinaires. Il existe, selon lui, un droit et un devoir en cas de maladie grave de recevoir ou de donner les soins nécessaires pour conserver la vie et la santé. Mais ce devoir et ce droit n'obligent qu'à l'utilisation de moyens ordinaires dépendamment des circonstances de personnes, de lieux, d'époques, de cultures. Il s'agit de moyens qui n'imposent pas une charge trop lourde pour le malade et sa famille[18].

Les devoirs du médecin sont corrélatifs à ceux de son patient ; « en général, il ne peut agir que si le patient l'y autorise explicitement ou implicitement[19] ». On se croirait dans un traité de bioéthique avant l'heure. De même que le patient n'est pas tenu de recourir à la réanimation, la famille peut juger que la réanimation constitue une trop lourde charge pour elle et demander l'interruption des manœuvres. Le médecin est justifié d'y obtempérer. Dans ces circonstances,

16. *La Documentation catholique*, nº 1287 (1958).

17. « Problèmes religieux et moraux de la "réanimation" », p. 1607.

18. Voir à ce sujet Gerald KELLY, « The Duty to Preserve Life », *Theological Studies*, vol. 12 (1951), p. 550. Pour lui, les moyens ordinaires sont constitués par tous les remèdes, traitements et opérations qui offrent un espoir raisonnable de bénéfice pour le patient et qui peuvent être obtenus et utilisés sans dépenses, souffrances et inconvénients excessifs. Les moyens extraordinaires sont constitués par tous les remèdes, traitements et opérations qui ne peuvent être obtenus ou utilisés sans dépenses, souffrances et inconvénients excessifs ou qui, s'ils étaient utilisés, n'offriraient pas un espoir raisonnable de bénéfice pour le patient.

19. « Problèmes religieux et moraux de la "réanimation" », p. 1609.

> il n'y a aucune disposition *directe* de la vie du patient ni euthanasie, ce qui ne serait jamais licite ; même quand elle entraîne la cessation de la circulation sanguine, l'interruption des tentatives de réanimation n'est jamais qu'*indirectement* cause de la cessation de la vie et il faut appliquer dans ce cas le principe du double effet et celui du *voluntarium in causa*[20].

Il est donc clair ici que, dans l'esprit de Pie XII, la cessation de traitement extraordinaire, insistant sur le fardeau imposé au patient et/ou à sa famille, n'est pas synonyme d'euthanasie et n'est pas moralement condamnable. Les principes auxquels on doit se référer sont ceux du double effet et du volontaire dans la cause. Nous y reviendrons.

2. *Le soulagement de la douleur*

Par ailleurs,

> d'aucuns invoquent [...] l'exemple du Christ refusant le vin mêlé de myrrhe qu'on lui offrit, pour prétendre que l'usage des narcotiques ou des calmants n'est point conforme à l'idéal de la perfection et de l'héroïsme chrétien[21].

S'il est juste de dire que refuser les analgésiques peut être un signe d'héroïsme chrétien, explique le pape, « il serait erroné de prétendre que la douleur est une condition indispensable de cet héroïsme[22] ». Le soulagement de la douleur n'est pas un acte mauvais en lui-même et le médecin, en utilisant ses techniques à cette fin, participe de l'œuvre divine[23].

Non seulement le soulagement de la douleur est-il conforme à l'esprit de l'Évangile, mais encore nul n'est tenu à l'ascétisme et les souffrances aggravent dans bien des cas « 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[24]. » Les fins spirituelles poursuivies peuvent donc, dans certains cas, être mieux servies par un soulagement adéquat de la douleur.

Ceci étant dit, au niveau moral, certaines conditions touchant la conscience du malade et la conscience professionnelle du médecin doivent être remplies. L'analgésie est moralement permise « si des indications médicales nettes la suggèrent, 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 (enfin) que le patient y consente[25] ». On se réfère à la conscience professionnelle du médecin pour ce qui concerne les indications médicales à soulager la douleur, le dosage conformément à la pratique médicale admise et, finalement, l'évaluation des résultats. Pour ce qui concerne le malade, c'est à lui

20. *Ibid.* Nous soulignons.
21. « Problèmes moraux de la pharmacologie », p. 1233.
22. *Ibid.*
23. « Problèmes religieux et moraux de l'analgésie », p. 331.
24. *Ibid.*, p. 338.
25. *Ibid.*, p. 339.

de décider s'il accepte ou non l'analgésie et l'argumentation élaborée au niveau de l'usage ou non de la réanimation pourrait être reprise ici.

Une grande place est donc faite à la conscience personnelle et à la raison droite du malade et du médecin. Ainsi, avec l'aide des recommandations papales, « la conscience morale du médecin doit lui faire discerner les abus[26] ». Par ailleurs, les malades ont le droit d'accepter ou de refuser un traitement extraordinaire comme la réanimation. Ils peuvent aussi accepter ou refuser un soulagement adéquat de la douleur. Le consentement du malade n'est cependant jamais une excuse pour les abus compte tenu du respect dû à tout être humain.

Le soulagement de la douleur est acceptable d'un point de vue moral et religieux. Cependant, l'utilisation des analgésiques est-elle permise au point de supprimer la conscience ou de hâter la mort ? Autrement dit, doit-on assigner des limites au soulagement de la douleur ? Pour répondre à cette question, Pie XII se réfère aux motifs et aux conséquences intentionnelles de ces actes. Des actes qui viseraient *directement* à supprimer la conscience ou à provoquer la mort à court ou à long terme, seraient clairement immoraux ou intrinsèquement mauvais. La suppression de la conscience va à l'encontre de la loi naturelle : « il faut considérer que l'action raisonnable et libre ordonnée à une fin constitue la caractéristique de l'être humain[27] ». La suppression volontaire de la vie (ou euthanasie) à l'aide des analgésiques n'est jamais licite. Là-dessus Pie XII s'appuie à nouveau sur la loi naturelle : « l'homme n'est pas maître et possesseur mais seulement usufruitier de son corps et de son existence[28] ». Cet argument se fonde en dernier ressort sur la Révélation au sens où Dieu a créé l'univers y compris l'être humain, et de ce fait, il peut seul en disposer. L'être humain disposerait directement de son corps quand il « veut l'abrégement de la vie comme fin ou comme moyen[29] ». Un tel acte n'est jamais permis et constitue une limite infranchissable au droit de l'homme à disposer de lui-même.

Il ne doit donc exister aucun lien causal entre l'abrégement de la vie et la narcose ni à titre de fin qui serait posée comme telle au niveau de l'intention ou de la volonté humaine, ni à titre de moyen qui serait posé par la nature des choses ; dans ce dernier cas, la mort servirait de moyen pour soulager la douleur[30].

---

26. « Problèmes moraux de la pharmacologie », p. 1234.
27. « Problèmes religieux et moraux de l'analgésie », p. 335.
28. *Ibid.*, p. 339.
29. *Ibid.*
30. J. BENNETT (« Morality and Consequences », *The Tanner Lectures in Human Value*, vol. III, S.M. McMurrin, éd., Salt Lake City, University of Utah Press, 1981) veut démontrer qu'il n'y a pas de différence entre une injection létale de strychnine et une injection létale de morphine, sauf dans l'intention du praticien. Dans les deux cas, le médecin répond à une demande du patient pour soulager sa douleur ; dans les deux cas, la mort est entrevue, soit comme moyen pour soulager la douleur (strychnine), soit comme conséquence du soulagement de la douleur (morphine) ; dans les deux cas, le patient et le médecin sont préparés à mettre fin aux souffrances au prix d'une diminution du temps de vie. Indépendamment des intentions, la différence ne résiderait que dans la séquence temporelle, la mort précédant la fin des souffrances ou la fin des souffrances précédant la mort. Selon Bennett, il serait difficile de baser une différence dans la moralité des actes sur cette mince distinction.

Plus particulièrement, si l'administration des analgésiques entraîne deux effets, le soulagement de la douleur et la suppression de la conscience ou l'abrégement de la vie, elle est licite moyennant certaines conditions. Nous les formulons de la façon suivante en nous inspirant du discours sur les « Problèmes religieux et moraux de l'analgésie[31] » :

— Il doit y avoir une proportionnalité raisonnable entre la cause, soit l'*intensité* de la douleur, et le moyen pour y remédier, soit la *quantité* d'analgésique nécessaire.
— Les avantages en termes de soulagement de la douleur doivent être supérieurs aux désavantages en termes d'abrégement de la vie ; autrement dit, la qualité de vie gagnée par cette intervention doit compenser pour la quantité de jours ou d'heures ainsi abrégés.
— La limite nécessaire pour obtenir un soulagement adéquat ne doit pas être dépassée.
— Et finalement, d'autres moyens comportant moins d'effets nocifs ne doivent pas être disponibles.

3. *Principe du double effet*

Dans cette analyse qui structure de façon systématique l'enseignement du pape dans ces trois discours, en matière de cessation ou de non-initiation de traitement et de soulagement de la douleur, nous retrouvons toutes les conditions nécessaires pour satisfaire au principe du double effet, tel qu'il est formulé actuellement. Selon cette formulation, un acte à double effet est moralement bon,

— si l'acte même qui a donné lieu à l'effet mauvais est bon ou tout au moins indifférent ;
— si l'agent vise directement l'effet bon de l'acte, tolérant seulement l'effet mauvais ;
— si l'effet bon n'est pas obtenu par l'effet mauvais ;
— s'il existe une raison *proportionnellement* sérieuse pour justifier l'apparition de l'effet mauvais[32].

Bien que l'on retrouve des exemples d'actes à double effet reconnus comme moralement acceptables dans l'Ancien Testament[33], le principe aurait été formulé au XVIIe siècle par Jean de St-Thomas dans un ouvrage intitulé *De bonitate et malitia actuum humanorum*. Il a été discuté entre autre par Thomas de Vio Cajetan (1468-1534), Louis Molina (1536-1600), Thomas Sanchez (1550-1610) et Dominigo de Santa

31. « Problèmes religieux et moraux de l'analgésie », p. 340.

32. William E. MAY, « Double Effect », *Encyclopedia of Bioethics*, W.T. Reich, éd., New York, The Free Press, 1978, tome I, p. 316 ; Joseph T. MANGAN, « An Historical Analysis of the Principle of Double Effect », *Theological Studies*, vol. 10 (1949), p. 43 ; Gerald KELLY, *Medico-Moral Problems*, Part I, St-Louis (Missouri), The Catholic Hospital Association of United States and Canada, 1949, p. 12-13 et *Medico-Moral Problems*, Part V, St-Louis (Missouri), The Catholic Medical Association, 1954, p. 4-5 ; Charles E. CURRAN, « The principle of Double Effect », *On-Going Revision ; Studies in Moral Theology*, Notre-Dame (Indiana), Fides Publishers, 1975, p. 173-174 et *Politics, Medicine, and Christian Ethics*, Philadelphia, Fortress Press, 1973, p. 122 et suiv. ; J. GHOOS, « L'acte à double effet : Étude de théologie positive », *Ephemerides Theologicae Lovaniensis*, vol. 27 (1951), p. 30-52. La formulation actuelle du principe est apparue d'abord chez Joannes P. GURY, dans *Compendium Theologiae Moralis*, Luguni, 1850, Ratisbonae, 1874, t. 1, « De actibus humanis », c, 2, n. 6-9, cité dans J. MANGAN, *op. cit.*, p. 60.

33. J. MANGAN, *op. cit.*, p. 41. Il cite le chapitre VI du livre V des Maccabées, où Eleazar, pendant la guerre contre un roi ennemi, éventre l'éléphant qui porte le roi tout en sachant qu'il ne survivra pas.

Teresa (1600-1654). Cependant, il serait originaire soit des écrits de Thomas d'Aquin sur le meurtre en légitime défense (*Summa theologiae* II-II, 64, 7)[34] ou encore d'un essai de conciliation[35], chez les auteurs mentionnés, entre l'effet volontaire indirect[36] et l'effet volontaire dans ses causes[37], le premier faisant référence à un effet dû à un défaut ou à un manque d'action et le deuxième faisant référence à un effet non voulu pour lui-même mais pour sa cause.

Il est intéressant de voir que, dans l'une ou l'autre interprétation des origines se trouvent les enjeux soulevés par la justification de l'euthanasie indirecte selon la terminologie de Joseph Fletcher. Il faut remarquer que jamais Pie XII n'emploie le terme euthanasie pour désigner l'acte à double effet. La première condition à respecter pour qu'un tel acte soit moralement acceptable, c'est qu'il soit intrinsèquement bon ou à tout le moins indifférent. Ce ne peut être un acte mauvais, c'est-à-dire un acte qui irait à l'encontre de quelque loi que ce soit. Or dans l'acte d'euthanasie, il s'agit d'abréger la vie d'une personne innocente, ce qui va à l'encontre de la volonté divine connue par la loi naturelle et réaffirmée dans le Décalogue. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'interdit de tuer repose ultimement sur une vérité révélée de la Genèse, à savoir que Dieu est le créateur de l'univers, c'est Lui qui donne la vie et Lui seul qui peut la retirer.

Pourtant l'Église a reconnu certaines exceptions à la règle de ne pas tuer, notamment dans des circonstances d'une guerre juste, d'une légitime défense et d'une élimination de l'embryon à la suite d'une grossesse ectopique[38]. Dans tous ces cas, l'acte de tuer est moralement acceptable et le principe du double effet n'est pas étranger à la justification apportée[39]. Cependant, dans tous ces exemples, il existe une raison *proportionnée* pour enfreindre la règle. En effet, dans tous ces cas, c'est la *survie* qui justifie la transgression de la règle. Or jusqu'à maintenant, la compassion n'est pas apparue comme une raison suffisante pour abréger la vie.

*

* *

En conclusion, la question débattue par Pie XII en regard de la cessation ou de la non-initiation de traitement et du soulagement de la douleur, n'est pas fondée sur une catégorisation des actes qui serait fonction des moyens utilisés pour abréger la

34. Joseph T. MANGAN, *op. cit.*, p. 41-61.

35. J. GHOOS, *op. cit.*, p. 30-52.

36. Thomas D'AQUIN, *Summa Theologiae*, I-II, 6, 3.

37. *Ibid.*, 77, 7.

38. Pour une étude détaillée du principe du double effet, tel qu'appliqué à ces différents cas, lire A. Regina HALL, *The Morality of Mercifully Actuated Death. A Critical Theological Analysis of the Development of the Catholic Teaching and Implications of the Debate for Moral Methodology*, A Dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School, Marquette University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Philosophy in Religious Studies, Milwaukee (Wisconsin), August 1980, p. 168-192.

39. La justification de ce principe a été bien critiqué, notamment parce qu'il pouvait justifier l'utilisation d'armes aussi puissantes que la bombe atomique. Cependant, de tels actes ne satisfont pas à toutes les conditions qui en feraient des actes à double effet moralement acceptables, notamment pour ce qui concerne la proportionnalité des moyens.

vie. Ce sont plutôt les intentions ou les fins poursuivies qui y sont analysées pour autant que l'acte en cause est licite, ce qui n'est pas le cas de l'acte euthanasique. Quant aux actes moralement justifiés par le principe du double effet, ils ne sont pas considérés comme des actes euthanasiques. Il est regrettable qu'une interprétation erronée des discours de Pie XII ait donné appui à une catégorisation de l'euthanasie en directe et indirecte. Cette catégorisation est tributaire de l'approche de J. Fletcher qui n'a toujours considéré que les moyens et non les fins poursuivies.

Ce qui est inacceptable, ce n'est pas tant l'existence de la catégorisation comme telle, que la signification morale qui, sous l'influence de G. Williams et J. Fletcher, lui a été assignée. En effet, on a considéré que les actes d'euthanasie directe étaient moralement mauvais parce qu'ils étaient dus à une intervention directe, alors que des actes d'euthanasie indirecte étaient bons parce qu'ils étaient le fruit, soit d'une action différée, soit d'une absence d'action. Mais la pensée du magistère en cette matière est beaucoup plus complexe et les conditions nécessaires à l'établissement de la moralité de l'acte à double effet indiquent qu'il y a là plus qu'une différence de moyens, y inclus le caractère passif ou actif de l'action qui tient de la manière de faire plus que du but poursuivi.

La distinction introduite par Joseph Fletcher entre euthanasies directe et indirecte et, par la suite, entre euthanasie active et passive, a non seulement semé beaucoup de confusion dans le débat sur l'euthanasie, elle a centré la discussion sur les moyens utilisés plutôt que sur les fins poursuivies et a laissé croire que la catégorisation des actes euthanasiques a une signification normative, alors que sa valeur ne saurait être que descriptive.