

Mise au point / Clarification

Fin de vie, euthanasie, complexité

M. WOLF¹, C. HERVÉ²

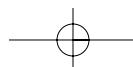
RÉSUMÉ

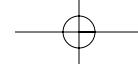
Les problématiques posées par la fin de vie et notamment la controverse entre le recours aux soins palliatifs et à l'euthanasie ne peuvent continuer à être soumises à la société sous la forme d'éthiques de conviction qui n'intègreraient pas les différentes réalités des pratiques sociales, dont celle des professionnels soignants. Les arguments qui conditionnent les appréciations que l'on peut en faire sont souvent dépendants de situations cliniques complexes. Aussi s'avèrent nécessaires deux mouvements, l'un de déconstruction de la réalité ou de décomposition en niveaux ou sphères différentes, l'autre de réflexion éthique. En effet, la pensée peut alors prendre appui des spécificités de ces différents niveaux, ce qui permet alors d'alimenter une analyse éthique critique à partir des tensions développées par leurs différentes présences.

Il s'agit de s'inspirer d'un raisonnement basé sur une autre logique que la logique aristotélicienne, logique qui admet notamment que deux éléments contraires, voire opposés puissent coexister en un même temps et en un même lieu. C'est le principe de tiers inclus.

A partir de ce dernier, les tensions déployées par les différents niveaux de réalité considérés peuvent permettre d'envisager particulièrement le recours par le praticien à une exception d'euthanasie. Une telle approche argumentative permet de bénéficier, seulement ensuite, de créations de pensées qui peuvent être indépendantes des idéologies. Ainsi pourront être discernées les différentes actions possibles de celles qui parmi elles soient faisables. Ainsi peut s'évaluer éthiquement une action.

-
1. Service de réanimation médicale polyvalente, CHR d'Orléans, Hôpital de La Source, 45100 ORLÉANS (France)
manuel.wolf@chr-orleans.fr
 2. Université Paris Descartes, Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique ; INSERM,
 45, rue des Saints-Pères, 75005 PARIS (France)
christian.herve@univ-paris5.fr





Un débat éthique, multidisciplinaire – auquel est convié tout citoyen dans une modalité démocratique de ces confrontations de réalités différentes – vise à ce que chacun forme ses propres opinions qui peuvent être dépendantes des situations précises. C'est également dans des décisions qui prennent en compte une « écologie » de l'action que des actions (notamment l'exception d'euthanasie) pourront être régulées par une visée morale ou une éthique particulière à la société de manière à ce que les valeurs de personne humaine, de dignité et de liberté puissent éviter certaines actions des soignants pouvant être qualifiées de dérives.

Mots-clés : Bioéthique, Soins palliatifs, Euthanasie, Complexité, Ethique clinique.

SUMMARY

End of Life, Euthanasia, Complexity

The problems posed by the end-of-life and in particular the controversy between the recourse to palliative care and euthanasia cannot continue to be subjected to society in the form of ethics of conviction which would not integrate various realities of social practices, including those experienced by healthcare professionals. The arguments which condition the assessment that one can make are often dependent on complex clinical situations. Two movements also prove to be necessary, the first being the deconstruction of reality or decomposition into levels or different spheres, the second being ethical reflection. Indeed, thought can then lean towards supporting of specificities of these various levels, which then makes it possible to feed an ethical critical analysis starting from the tensions developed by their various presences. It is a question of taking as a starting point a reasoning based on another logic than the aristotelician one, logic which admits in particular that two contrary elements, even opposite, can coexist at the same time and in the same place. It is the rule of thirds included.

From this last point, the tensions deployed by the various levels of reality considered can make it possible particularly to consider the recourse by the expert to an exception of euthanasia. Such an argumentative approach makes it possible to profit, only then, of creations of thoughts which can be independent of the ideologies. Thus, the various possible actions could be distinguished from those which among them would be feasible.

An multidisciplinary ethical debate – to which any citizen in a democratic model of these confrontations of different realities is invited – aims that each one may built his own opinions which can be dependent on precise situations. It is also in decisions which take into account an ecology of the action that actions (in particular exception of euthanasia) could be controlled by moral targeting or an ethics particular to society so that the values of anyone humane, of dignity and of freedom can avoid that certain actions by healthcare professionals be qualified adrift.

Key-words: Bioethics, Palliative cares, Euthanasia, Complexity, Clinical ethics.

La confusion induite par la mise en scène médiatique de la mort de Chantal Sébire, au mois de mars dernier, nous offre l'occasion de nous interroger sur nos méthodes de réflexion face aux problèmes éthiques complexes. Cette démarche épistémologique nous semble en effet essentielle, dès lors que des positions idéologiques semblent contradictoires et inconciliables. Tel est le cas des soins palliatifs et de l'euthanasie.

I. PENSÉE CLASSIQUE ET PENSÉE COMPLEXE

Comment réfléchissons-nous ? Le plus souvent selon des modèles de pensée – des paradigmes – et selon des règles de logique classique. Malheureusement, ces paradigmes et cette logique sont mal adaptés aux situations contemporaines complexes.

Le cadre de pensée occidental contemporain nous vient de Descartes. Il mêle étroitement disjonction et réduction en un grand principe de simplification. Pour Edgar Morin [7], cette disjonction (entre le sujet laissé au philosophe et l'objet laissé au scientifique) et cette réduction (du plus compliqué au plus simple) ont certes permis à la connaissance scientifique de progresser rapidement, mais au prix d'une absence de réflexion des scientifiques sur les conséquences humaines de leurs recherches. Parallèlement, les philosophes se sont eux-mêmes coupés des méthodes de la pensée scientifiques, se privant ainsi d'une capacité d'évaluation de leurs théories.

D'autres cadres de pensée complètent le paradigme de simplification : système politique ou économique, idéologie religieuse, etc. Chacun influence à divers degrés nos modes de réflexion.

La logique classique, aristotélicienne, comporte trois axiomes principaux : identité, non-contradiction et tiers exclu. Ce dernier implique que deux propositions antagonistes ne peuvent être vraies simultanément.

Or, tant le paradigme cartésien que l'axiome du tiers exclu ont rapidement montré leurs limites au début du vingtième siècle : une première fois, lorsque les physiciens quantiques ont découvert que la recherche de la partie la plus simple de la matière aboutissait à la découverte d'une réalité d'autant plus complexe – la double nature ondulatoire et corpusculaire – qu'elle impliquait de facto la reconnaissance d'un axiome de tiers inclus ; une seconde fois, lorsque le mathémati-

cien Kurt Gödel a édicté son double théorème d'inconsistance (« il se peut que dans certains cas, on puisse démontrer une chose et son contraire ») et d'incomplétude (« il existe des vérités mathématiques qu'il est impossible de démontrer ») [8].

Nous ne pouvons donc plus, au XXI^e siècle, réfléchir efficacement aux problèmes éthiques en nous référant au seul paradigme cartésien de disjonction-réduction et en suivant les axiomes de la logique classique. La complexité des sujets abordés exige au contraire une démarche épistémologique novatrice. Celle-ci passe, le cas échéant, par l'utilisation d'une logique non-aristotélicienne admettant un axiome de tiers inclus (« deux propositions contradictoires peuvent être vraies en même temps ») [9], tel que suggéré par le théorème de Gödel. Elle reconnaît en outre un nouveau statut de la réalité : non plus une réalité « réelle », simple, dogmatique, seule vérité admise, mais une réalité construite [11] sur plusieurs niveaux non plus disjoints, mais reliés de manière récursive les uns avec les autres. Cette boucle récursive est le reflet d'une relation de causalité qui n'est plus linéaire (une cause donne un effet), mais circulaire (une cause donne un effet qui rétroagit sur la cause qui redonne un effet, etc.). Cette rupture épistémologique est à la base de la pensée complexe développée depuis trente ans par Edgar Morin dans sa « Méthode » [7], en réaction au paradigme de simplification cartésien. Toutefois, ces outils de la pensée complexe doivent être utilisés à bon escient : nul besoin de s'appuyer sur la logique du tiers inclus pour traiter en ambulatoire un patient actif atteint d'une simple angine ! A l'opposé, aider un patient suicidant à « construire » une réalité différente de celle qui le fait souffrir est un exemple de l'apport des concepts la pensée complexe en psychiatrie. Dans la même optique, certaines problématiques éthiques peuvent être analysées et résolues sans passer par ces nouvelles méthodes tandis que d'autres nécessitent au contraire d'y recourir. C'est ce que nous allons étudier maintenant.

II. ANALYSE CLASSIQUE : QUELQUES EXEMPLES

II.1. La fin de vie

La fin de vie peut être abordée de manière multidisciplinaire non complexe : les travaux d'Edouard Ferrand, de Frédéric Pochard, Marc Grassin, Isabelle Fauriel, Bruno Raynard (www.ethique.inserm.fr) ont

montré, en reprenant cette méthode, la nécessité d'un encadrement de la prise en charge de la fin de vie. Parallèlement, de nombreux débats – dans les instances ordinaires, dans les sociétés savantes ou dans le monde associatif – ont permis une véritable évaluation éthique des pratiques. Principaux critères : l'information et le consentement, le témoignage de la personne de confiance, les directives anticipées, la collégialité des décisions. En outre, les témoignages de professionnels ou de familles confrontés à ces situations dramatiques ont conduit le législateur à inscrire dans le Code de la santé publique la loi sur la lutte contre la douleur, celle promouvant les soins palliatifs et celle permettant aux patients de refuser un traitement. En 2003 enfin, l'affaire Humbert a conclu (provisoirement) le mouvement en entraînant la promulgation, deux ans plus tard, de la loi Léonetti sur l'accompagnement de la fin de vie.

II.2. Euthanasie et autonomie

Le lien entre la liberté du choix de sa mort et l'autonomie du sujet peut lui aussi être analysé selon un mode multidisciplinaire classique. Il faut toutefois se méfier de la signification du mot « autonomie ». Ce principe philosophique et sa traduction juridique comportent en effet deux lectures, selon que l'on se place dans le monde anglo-saxon ou dans les pays influencés par les Lumières [10].

Dans le premier cas, l'autonomie est le résultat d'une tradition politique très ancienne, datant du XIII^e siècle, de protection de l'individu contre les abus du pouvoir royal anglais. La valeur politique première des britanniques, partagée par les pays de *common law*, en particulier les USA, est la liberté individuelle. Ici, le judiciaire (défense de l'individu contre autrui et contre l'Etat) l'emporte sur le législatif et l'exécutif. Dans ce contexte, l'autonomie du sujet se conçoit comme la liberté individuelle d'avoir des préférences singulières. Les conditions de réalisation de celles-ci se gèrent par la négociation avec les autres individus, sans intervention d'une quelconque autorité souveraine (Loi ou Etat). La vision du bien commun n'est pas unique mais résulte momentanément d'ajustements successifs. Chaque individu détermine lui-même ce qu'est le bien pour lui. L'autonomie est donc une autodétermination et les conflits entre personnes autonomes se règlent par voie contractuelle et jurisprudentielle. Dans ce cadre, la relation médicale met en jeu un patient qui, pleinement informé par un méde-

cin qui est son égal dans une relation de prestataire de service, est responsable des décisions thérapeutiques qui le concernent.

En France et dans les pays de Droit romain, à l'opposé, le concept d'autonomie découle d'une tradition politique et philosophique plus récente, puisque datant des *Lumières* : Rousseau (*Du contrat social* – 1762) et Kant (*Fondements de la métaphysique des mœurs* – 1785). L'autonomie y apparaît comme la faculté de se donner à soi-même la Loi de son action, sans la recevoir d'un autre, par exemple un souverain de droit divin. L'autonomie situe l'origine de la norme morale dans l'homme lui-même. Mais cette autonomie ne peut produire que des lois, ce qui implique l'universalité : en produisant ses propres lois, l'homme se libère des lois divines ou des lois de la nature, mais en se soumettant à la contrainte de sa raison législatrice universalisante. Ainsi, pour Rousseau, l'autonomie implique une soumission de la volonté particulière de l'individu, avec ses désirs et ses intérêts, à la volonté générale, qui exprime les intérêts de la communauté tout entière. Par conséquent, un être autonome ne peut vouloir rationnellement ce qui n'est pas universalisable. Pour Kant, le suicide n'est pas universalisable : si chaque être humain voulait se donner la mort, cela entraînerait en effet la fin de l'humanité. L'autonomie du suicidant n'est donc qu'apparente. Cette conception philosophique de l'autonomie s'inscrit dans un contexte historique marqué par une vision particulière de l'Etat, très éloignée des anglo-saxons. L'Etat français est issu du droit romain écrit, codifié, administratif, et de la laïcisation politique du catholicisme. Il est fondé sur l'idée d'un pouvoir politique centralisateur et protecteur. L'Etat protège les citoyens d'une autonomie qui dériverait vers une liberté arbitraire et auto-destructrice ou vers une soumission inconsciente à des déterminismes psychologiques et sociaux auxquels le sujet se plierait à son insu en croyant qu'il s'autodétermine.

Il apparaît alors que l'autonomie de la personne qui se suicide ou qui réclame un suicide assisté médicalement prend sa source dans la tradition politique et philosophique anglo-saxonne et non dans les préceptes des Lumières.

II.3. Mourir dans la dignité. À qui la mort appartient-elle ?

L'emploi du mot « dignité » est le résultat d'une confusion de sens [6]. Ce terme philosophique se rap-

porte à la valeur intrinsèque de tout être humain, au fait qu'il est une fin en soi et non un objet qui peut être acheté ou échangé. La dignité de l'être humain ne peut pas être altérée par la mort, que cette dernière soit sereine ou atroce. Dans l'expression « mourir dans la dignité », il s'agit en fait de « mourir dignement », ce qui signifie « confortablement », « calmement », « sans souffrance ou déchéance », etc. Il faut donc prendre garde au vocabulaire employé : lorsque les mots perdent leur sens ou que le langage s'affaiblit, l'éthique de la discussion risque de céder sa place à de simples rapports de force.

Le choix du suicide assisté serait, pour ses défenseurs, une manière de rester « propriétaire » de sa mort. Cette question peut elle-aussi être abordée de manière non complexe. Il s'agit en effet d'un problème de sémantique : on ne peut pas dire « je meurs » (sauf au théâtre ou à l'opéra !) dans la mesure où la mort met fin à l'action de vivre et à la temporalité du sujet. On peut certes « vivre » son agonie, si celle-ci laisse intacte la conscience de l'agonisant. Le « mourir », comme la naissance, nécessite au contraire le récit d'une tierce personne pour être décrit. La mort est non-sens et privatrice de sens pour le mourant. Elle ne peut donc lui appartenir.

II.4. Naturalité de la mort

A l'arrière plan du débat sur l'euthanasie et les soins palliatifs, il y a le rapport que chacun entretient avec la mort. Depuis Homo Sapiens, la mort est liée à l'arrêt cardiaque, au dernier souffle et à la « cadavérisation » du corps. La naturalité de la mort consiste dans son inévitabilité [5]. Avec les progrès de la médecine, cette inévitabilité n'a pas disparu. Par contre, l'heure de la mort a reculé et chacun être humain cherche à la contrôler, voire à la faire disparaître des faits comme des discours. La vieillesse, la maladie sont bannies de la vie sociale. Le corps ne saurait mourir. Il faut au contraire qu'il soit performant pour répondre aux besoins d'une société humaine tournée vers le productivisme et la consommation. Si, malgré tout, la mort survient, cela doit être hors de la vue de la communauté : à l'hôpital le plus souvent.

Parallèlement, la définition de la mort a changé. Là encore, la médecine a pris le pas sur l'anthropologie. Focalisé sur l'arrêt cardiaque, le diagnostic de la mort s'est recentré, depuis les années soixante, sur le cerveau (mort encéphalique), permettant le développement des pratiques de transplantation d'organes, mais

brouillant dans le même temps l'image que chacun peut avoir de son corps et de sa fin : on peut être déclaré mort en ayant le cœur qui bat ; on peut voir son corps transformé en réserve d'organes utilisables pour autrui. La finitude qui nous angoisse tant devient alors une possibilité de prolonger la vie d'autrui. Ce corps que nous ne maîtrisons plus est potentiellement la source de la survie d'une tierce personne. Dans ce contexte, l'euthanasie comme les soins palliatifs peuvent être simplement compris eux-aussi, comme une volonté de maîtriser la mort : par le choix de l'heure pour l'euthanasie, par le contrôle de la douleur et de l'angoisse pour les soins palliatifs. Mais cette interprétation simple ne permet pas de résoudre l'antagonisme généré par ces deux pratiques.

III. FIN DE VIE, EUTHANASIE ET PENSÉE COMPLEXE

III.1. Un exemple de tiers inclus : l'exception d'euthanasie

Selon la pensée classique, deux propositions contradictoires ne peuvent être vraies en même temps. Dans certaines situations, cette logique de tiers exclu pose problème : lorsque des personnes dont la souffrance physique et psychique échappe à des soins palliatifs bien conduits, ou quand des patients refusent, comme Chantal Sébire, la prise en charge palliative spécialisée. L'euthanasie, quelles que soient ses modalités techniques, peut alors apparaître comme une réponse. Or, l'acte d'euthanasie est juridiquement un meurtre et celui qui le commet est passible des Assises. Ce dilemme éthique a été parfaitement perçu par le Comité Consultatif National d'Ethique, dans son rapport du 20 janvier 2000 [3]. Nous voudrions montrer ici que la réponse du CCNE constitue un exemple de tiers inclus.

Saisi de la question de l'euthanasie, le comité observait à l'époque qu'une application stricte de la loi amenait à qualifier l'euthanasie d'homicide volontaire, d'assassinat ou de non assistance à personne en danger. Il concluait sa réflexion en renonçant « à considérer comme un droit dont on pourrait se prévaloir la possibilité d'exiger d'un tiers qu'il mette fin à une vie ». « La valeur de l'interdit du meurtre demeure fondatrice, de même que l'appel à tout mettre en œuvre pour améliorer la qualité de vie des individus » ajoutait le CCNE, pour avancer en outre que « ce qui ne saurait

être accepté au plan des principes et de la raison discursive pouvait, le cas échéant, l'être au nom de la solidarité humaine et de la compassion ». Le CCNE se prononçait alors pour une « exception d'euthanasie ». Il préconisait de ne pas modifier le code pénal et de continuer à soumettre les actes d'euthanasie à l'autorité judiciaire, à charge pour cette dernière de leur réservier un examen particulier permettant d'apprécier les circonstances exceptionnelles et les conditions ayant abouti à l'arrêt de la vie.

Il y a donc bien une proposition (l'euthanasie – acte « technique ») qui entre logiquement en contradiction avec une seconde (le meurtre – interdit moral ayant une traduction juridique), dans une relation de tiers exclu. Or, comme nous l'avons écrit, ce tiers exclu n'est pas opératoire dans certaines situations exceptionnelles de la pratique médicale. La proposition *d'exception d'euthanasie* du CCNE représente alors le tiers inclus qui permet de lever cette contradiction logique en laissant à l'appréciation du magistrat la qualification juridique de l'acte mettant fin à la vie.

Par ailleurs, on perçoit que l'euthanasie (acte technique) et sa correspondance morale et juridique (le meurtre), occupent chacune un niveau de réalité différent. La relation entre ces deux niveaux est de type « causalité linéaire ». Son résultat est forcément une condamnation pénale du responsable technique de l'acte d'euthanasie. En introduisant un tiers inclus (l'*exception d'euthanasie*) entre ces deux niveaux de réalité, on crée une relation de causalité circulaire, puisque la nature juridique de l'acte peut potentiellement être changée : de meurtre, elle passe à l'état d'acte médical non répréhensible. Récursivement, l'euthanasie change aussi de nature et devient moralement et juridiquement possible, à condition que le magistrat instruisant le dossier ne décide du contraire. Dans ce cas, la boucle récursive persiste et l'euthanasie redevient un meurtre.

III.2. Soins palliatifs ou euthanasie ? Soins palliatifs et euthanasie ?

Lorsqu'on se fonde sur le paradigme de simplification, tout sépare les soins palliatifs de l'euthanasie.

Sur un plan philosophique, l'euthanasie est liée au principe d'autonomie, dans son acception individualiste anglo-saxonne. En ce sens, elle est le reflet du fonctionnement des sociétés occidentales, maté-

rialistes, productivistes, tournées vers la consommation et le profit individuel. Dans ces sociétés du *zapping*, les corps mourants doivent vite disparaître, à charge pour les soignants d'appuyer sur la télé-commande. A l'opposé, les soins palliatifs se réfèrent à la morale du bien. Cette philosophie de la bienfaisance est celle des soignants depuis Aristote et Hippocrate, puis avec Lévinas et Jonas. Elle justifie qu'il faille faire le bien aux patients et les éloigner du mal et de l'injustice. Mais cette philosophie comporte un risque : asymétrique par nature, la relation intersubjective bienfaisante peut devenir paternaliste. Avec elle, les soins peuvent dériver vers l'acharnement thérapeutique.

Sur un plan juridique, l'euthanasie est définie comme un meurtre, nous l'avons vu plus haut, alors que les soins palliatifs font partie des atteintes au corps autorisées par le Droit, en raison de leur finalité médicale.

Il existe pourtant des situations médicales où cette disjonction entre soins palliatifs et euthanasie est plus floue : lorsque les soins d'accompagnement de la fin de vie ne suffisent pas à calmer la souffrance – physique ou psychique – nous savons que l'augmentation des doses d'antalgiques morphiniques ou d'anxiolytiques entraîne, à un moment ou à un autre, une apnée fatale. On se voile alors la face ou l'on joue sur les mots en parlant, soit d'effets secondaires indésirables des traitements palliatifs, ce qui permet d'éviter d'évoquer l'euthanasie, soit d'euthanasie passive, ce qui serait plus acceptable moralement qu'une euthanasie active.

Le recours à la pensée complexe permet de sortir de cette impasse. Il existe en effet, dans cette situation précise, un lien de type tiers inclus entre euthanasie et soins palliatifs : c'est le traitement lui-même, antalgique par son action principale, mortel par ses effets secondaires. Dès lors, la disjonction entre euthanasie et soins palliatifs disparaît. La boucle récursive est elle-même envisageable si l'on considère que l'euthanasie acquiert, dans cette situation précise, un caractère bienfaisant de solidarité inter-humaine et non plus autonomiste individualiste.

III.3. Euthanasie et écologie de l'action

Dans la pensée complexe, l'écologie de l'action indique que toute action, quelle que soit sa nature, échappe de plus en plus à la volonté de son auteur à mesure qu'elle entre dans le jeu des inter-rétro-actions

du milieu où elle intervient. Les effets de l'action dépendent non seulement des intentions de l'acteur, mais aussi des conditions propres au milieu où elle se déroule. Ainsi l'action risque non seulement l'échec, mais aussi le détournement ou la perversion de son sens. L'histoire de l'humanité foisonne d'exemples de ces effets « boomerang » de l'écologie de l'action et ce, dans tous les domaines : politique, militaire, économique, sociologique, etc. Parmi les plus récents, retenons l'envahissement par une « super puissance » d'un pays dirigé par un dictateur, dans le but d'éradiquer le terrorisme et aboutissant au renforcement de celui-ci. Souvenons-nous de cette dissolution d'un parlement pour renforcer une majorité présidentielle, entraînant *in fine* l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement opposé au président. Songeons enfin à tous ces héritiers d'un marché financier totalement libre et qui appellent les banques centrales régulatrices à leur secours lorsque le marché s'effondre. Dans chaque cas, la même vision manichéenne et la même ignorance de la complexité du réel aboutissent au résultat inverse de celui recherché. L'écologie de l'action nous invite alors non seulement à nous défaire de ce manichéisme, mais aussi à concevoir « les risques énormes de l'action » [1].

Projeter une loi sur l'euthanasie, même exceptionnelle, implique de réfléchir sur ces mêmes « risques énormes ». La pratique (l'action) médicale n'échappe pas aux inter-rétro-actions du milieu social dans lequel elle s'exerce. La relation médecin – malade s'inscrit en effet dans un système complexe qui comporte des mécanismes d'éducation à la vie en société (socialisation) et d'apprentissage de normes, de valeurs et de règles sociales (éducation proprement dite). Des relations d'autorité et de pouvoir existent dans ce système, permettant de définir deux modèles – collégial ou dominant – autour desquels s'articule la relation de soins [4]. Cet équilibre entre modèle collégial et modèle dominant est lui-même modulé par les rapports entre science et pouvoir : la science est en effet grandement influencée par les idéologies qui représentent, au-delà d'un système d'idées, l'ensemble des valeurs dont la promotion est faite par des forces politiques dominantes données. Les scientifiques – et les médecins parmi eux – adoptent le plus souvent une idéologie proche de l'idéologie politique dominante, permettant ainsi la perpétuation des pouvoirs en place. Dans ce contexte, quand une minorité est accusée par le groupe dominant de représenter une menace pour sa propre survie, ou lorsqu'une société décide que certains de ses membres sont des parasites, les scientifiques risquent de passer à l'acte, ou de cautionner

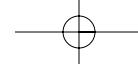
ce passage à l'acte sur les personnes appartenant à cette minorité [12].

Ici encore, l'histoire contemporaine abonde dans ce sens : médecins nazis torturant les déportés, ces mêmes médecins ayant signé dix ans plus tôt une charte éthique sur le consentement ; scandales à répétition de la recherche médicale américaine [2], malgré le Code de Nuremberg ; stérilisation forcée de 60 000 suédoises, pour des raisons eugénistes, de 1936 à 1976 ; scandale du sang contaminé, en France. La liste est longue des actes médicaux qui, sous l'influence sociale, politique ou économique du moment, ont violé les règles élémentaires de l'éthique. A travers ces exemples, ce n'est plus l'acte médical qui manque son but, comme dans une écologie « classique » de l'action, mais sa nature qui change radicalement : de bienfaisant et tourné vers le plus faible, le métier de soignant devient alors malfaisant, au service d'intérêts politiques et économiques inhumains et puissants.

Dès lors, il faut se méfier d'une légalisation, même « exceptionnelle » de l'acte d'euthanasie. D'intention humaniste, l'exception d'euthanasie pourrait en effet se transformer en une redoutable et radicale arme d'exclusion si les soubresauts des sociétés humaines le permettaient. Aux soignants de rester vigilants sur leur rôle social et la finalité de leurs actes.

IV. CONCLUSION

Tiers inclus, niveaux de réalité, causalité circulaire, récursivité, écologie de l'action : derrière ce vocabulaire de la pensée complexe se cache une nouvelle façon de voir et de vivre notre monde. Appliquée au débat sur la fin de vie, la pensée complexe nous permet d'adopter une position ouverte, non dogmatique, tournée vers une éthique de responsabilité et non de conviction. Au terme de cet exposé, notre opinion rejoint partiellement, en les explicitant, les conclusions du rapport du CCNE du 20 janvier 2000. L'exception d'euthanasie, parce que sa base épistémologique est celle de la complexité, apparaît comme la moins mauvaise réponse aux limites de la prise en charge palliative des patients en fin de vie. Toutefois, le principe d'écologie de l'action nous pousse à la plus extrême prudence quant à son éventuelle mise en œuvre. Enfin, l'euthanasie, en tant que telle, doit rester un acte transgressif étranger à la pratique des soignants. ■



V. RÉFÉRENCES

- [1] ARENDT H. – *Condition de l'homme moderne*. Calmann-Levy, 1961.
- [2] BEECHER H.K. – Ethics and clinical research. *N Engl J Med*, 1966, 274, 1354-1360.
- [3] Cahiers du Comité Consultatif National d'Ethique : Avis n° 63. Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie. 27 janvier 2000. www.ccne-ethique.fr
- [4] FREIDSON E. – *Professional dominance : the social structure of medical care*. Atherton ed., New York, 1970.
- [5] GRAND E., HERVE C., MOUTEL G. – *Les éléments du corps humain, la personne et la médecine*. L'Harmattan, 2005.
- [6] MARMET T. – *Ethique et fin de vie*. Eres, 1997.
- [7] MORIN E. – *La méthode*. 6 tomes, Le Seuil, 1977-2004.
- [8] NAGEL E., NEWMANN J.R., GIRARD J.Y. – *Le théorème de Gödel*. Le Seuil, 1989.
- [9] NICOLESCU B. – *La transdisciplinarité. Manifeste*. Editions du Rocher, 1996.
- [10] RAMEIX S. – *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Ellipses, 1996.
- [11] WATZLAWICK P. – *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*. Le Seuil, 1988.
- [12] WEISSTUB D. – L'éthique de la recherche après Nuremberg. Regard historique sur le droit et l'éthique de la recherche médicale et biologique en Amérique du Nord. In *Ethique de la recherche et éthique clinique*. Christian HERVÉ (Ed.). L'Harmattan, Paris, 1998.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2008 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1483-4

Printed in France

