

CHARTRE des PERSONNELS de la SANTÉ

CONSEIL PONTIFICAL POUR LA PASTORALE DES SERVICES DE LA SANTE

1995

Sigles et abréviations utilisées :

AAS	Acta Apostolicae Sedis
CE	Catéchisme de l'Église Catholique
<i>Insegnamenti</i>	<i>Enseignements de Jean-Paul II</i>
<i>OssRom</i>	<i>L'Osservatore Romano</i>
Cons. Pont. 'Cor Unum'	Conseil Pontifical 'Cor Unum'
SCongrDotFede	Sacrée Congrégation pour la Doctrine de la Foi
SCongrCultoDiv	Sacrée Congrégation pour le Culte Divin.

TABLE des MATIÈRES de l'OUVRAGE

Présentation

Introduction : Ministres de la vie

I - LA PROCRÉATION

La manipulation génétique

La régulation de la fertilité

La procréation artificielle

II - LA VIE

Origine et naissance de la vie

Le prix de la vie : unité de corps et d'esprit

Indisponibilité et inviolabilité de la vie

Le droit à la vie

La prévention

La maladie

Le diagnostic

Le diagnostic prénatal

Traitement et réadaptation

Analgésie et anesthésie

Le consentement informé du patient

Recherche et expérimentation

Don d'organes et transplantation

Les dépendances : drogue, alcoolisme, tabagisme, psycholeptiques

Psychologie et psychothérapie

Assistance pastorale et sacrement de l'Onction des Malades

III - LA MORT

Les malades en phase terminale

Mourir avec dignité

L'usage des analgésiques chez les malades en phase terminale

La vérité au mourant

Le moment de la mort

L'assistance spirituelle du mourant

La suppression de la vie

L'avortement

L'euthanasie

PRÉSENTATION

Fruit d'une longue attente et d'une préparation multidisciplinaire, et sur l'initiative du Conseil Pontifical pour la Pastorale des Services de la Santé, voici, c'est maintenant chose faite, la publication de la Charte des Personnels de la Santé.

Au plan humain, rien n'est le fruit au hasard, les coïncidences chronologiques, elles-mêmes, sont susceptibles d'assumer un caractère symbolique. Ce document tant attendu, en effet, vient au jour, quelques mois après l'institution (11 février 1994), par le Saint-Père Jean-Paul II, de l'Académie Pontificale pour la Vie, comme un idéal, une œuvre qui, en vertu de ses fins statutaires, est étroitement associée aux tâches du Dicastère pour la Pastorale des Services de la Santé.

Il ne nous reste qu'à nous féliciter, que la Congrégation pour la Doctrine de la Foi ait approuvé et confirmé intégralement, en temps voulu, le texte de la Charte qui lui avait été soumis ; raison de plus pour reconnaître son entière validité et son autorité, mais aussi, ceci est une confirmation concrète de l'efficacité de la coopération interdicastérielle, souhaitée expressément par le Motu proprio institutionnel du Conseil Pontifical pour la Pastorale des Services de la Santé.

Nombreux sont les motifs qui invitent à connaître, diffuser et appliquer les directives contenues dans ce code déontologique des personnels de santé. Sa publication comble une lacune, perçue non seulement par l'Église, mais aussi par ceux que concerne son engagement primaire en faveur de la promotion et de la défense de la vie.

Les progrès extraordinaires de la science et de la technique dans l'immense domaine de la santé ont fait de la bioéthique, ou éthique de la vie, une discipline autonome. Ceci explique pourquoi, surtout à partir de Pie XII, le magistère de l'Église est intervenu avec une attention croissante, une fermeté cohérente et par des directives toujours plus explicites sur tous les problèmes complexes posés par le rapport indissociable entre la médecine et la morale. Aucun de ces problèmes ne doit être considéré comme un terrain neutre au regard de l'éthique hippocratique et de la morale chrétienne. D'où, l'exigence, scrupuleusement respectée par la Charte des Personnels de la Santé, d'offrir une synthèse organique et exhaustive de la position de l'Église, en tout ce qui concerne, dans le domaine de la santé, les déclarations sur la valeur première et absolue de la vie : de toute la vie et de la vie de tout être humain.

Ceci dit, après une introduction sur le profil et sur les obligations essentielles des professionnels de la santé, ou mieux des « ministres de la vie », la Charte groupe ses directives autour du triple thème de la procréation, de la vie et de la mort. Et, pour éviter, comme cela est fréquent, qu'une interprétation contradictoire ne prévale sur la valeur objective du contenu, on a préféré presque toujours, dans la rédaction du document, emprunter la parole aux interventions des Souverains Pontifes ou à des textes autorisés publiés par des Dicastères de la Curie Romaine. Interventions, qui démontrent en toute évidence, comment la position de l'Église sur des problèmes fondamentaux de la bioéthique — sans revenir sur les limites infranchissables de la promotion et de la défense de la vie — est hautement constructive et ouverte au véritable progrès de la science et de la technique, lorsque ce dernier est uni à celui de la civilisation.

Au début de la Charte, il est dit que l'activité du professionnel de la santé est une « forme de témoignage chrétien ».

En toute humilité, mais aussi en toute fierté, nous pouvons donc retenir que cette Charte des Personnels de la Santé s'inscrit dans la ligne de la « nouvelle évangélisation » qui, par son service envers la vie, surtout auprès des personnes souffrantes, trouve sa forme la plus élevée à la suite du ministère du Christ.

Je souhaite que cet instrument de travail devienne partie intégrante de la formation initiale et permanente des personnels de la santé, afin que leur témoignage soit une manifestation de l'Église qui, dans la défense de la vie, ouvre son cœur et ses bras aux hommes, afin de leur révéler à tous le message du Christ.

Card. FIORENZO ANGELINI

Président du Conseil Pontifical pour les Services de la Santé

INTRODUCTION

MINISTRES DE LA VIE

Au service de la vie

1. L'activité des professionnels de la santé a valeur inestimable de *service envers la vie*. Elle est l'expression d'un engagement profondément humain et chrétien, assumé et exercé, non seulement sous forme d'activité technique, mais de dévouement et d'amour envers le prochain. Elle est « une forme de témoignage chrétien ».¹

La vie est un bien primaire et fondamental de la personne humaine. Prendre soin de la vie c'est accomplir, d'abord, une œuvre authentiquement humaine en faveur de la sauvegarde de la vie physique.

Présence vigilante et attentive

C'est en faveur de la vie physique, que les professionnels de la santé exercent leur propre activité ainsi que les bénévoles : médecins, pharmaciens, infirmiers/ères, aumôniers d'hôpitaux, religieux, religieuses et agents d'administration, et bénévoles de la souffrance, engagés à divers titres dans la prophylaxie, le traitement et la réhabilitation de la santé humaine. Leur *présence vigilante et attentive aux côtés des malades* est une modalité primaire et emblématique de « cette prise en charge ». Elle manifeste la valeur humaine et inestimable de l'activité du médecin et de l'infirmière.

Relation interpersonnelle confiante et authentique

2. L'activité médico-sanitaire est fondée sur une relation interpersonnelle, de nature particulière. Elle est la rencontre entre une « confiance » et une « conscience ».² La « confiance » de l'homme atteint par la souffrance et la maladie, donc, dans le besoin, qui s'en remet à la « conscience » d'un autre capable de l'assumer et de venir à sa rencontre pour l'assister, le soigner, le guérir. Cet « autre », c'est le professionnel de la santé.³

Attitude de sympathie

Pour lui, « le malade n'est jamais réduit au seul cas clinique » — il n'est pas un individu anonyme auquel on applique les résultats de ses propres connaissances — « mais toujours "un homme malade" envers lequel « on doit adopter une attitude authentique de "sympathie" au sens étymologique du terme ».⁴

Il y faut de l'amour, avec beaucoup de disponibilité, d'attention, de compréhension, de partage, de bienveillance, de patience, de dialogue. La « compétence scientifique et professionnelle » ne suffit pas, elle exige aussi « une participation personnelle aux situations concrètes de chaque patient ».⁵

Vision intégrale du malade

3. Sauvegarder, faire recouvrer et améliorer l'état de santé, c'est servir la vie dans sa totalité. En effet « Maladie et souffrance sont des phénomènes qui, scrutés à fond, posent toujours des interrogations qui vont au-delà de la médecine elle-même pour atteindre l'essence de la condition humaine en ce monde. On comprend donc facilement l'importance que revêt, dans les services socio-sanitaires, la présence d'un personnel de santé qui soit guidé par une vision intégralement humaine de la maladie et sache donc, être en proximité étroite avec le malade qui souffre ».⁶

C'est pourquoi le professionnel de la santé, lorsqu'il est vraiment animé d'esprit chrétien, en arrive facilement à découvrir l'exigence de la dimension missionnaire propre à sa profession : en elle, en effet : « s'implique toute son humanité car il lui est demandé un dévouement total ».⁷

Dévouement entier du professionnel de la santé

Parler de mission c'est parler de *vocation* :⁸ c'est-à-dire d'une réponse à un appel transcendant qui se concrétise dans le visage souffrant et implorant du patient remis à nos soins. Aussi : « prendre soin d'un malade avec amour, c'est s'acquitter d'une mission divine, la seule qui soit capable de motiver et de soutenir l'engagement le plus désintéressé, le plus disponible et le plus fidèle possible et de lui conférer une valeur sacerdotale ».⁹

Le professionnel de la santé est le *bon samaritain* de la parabole qui s'arrête auprès de l'homme blessé, et se fait son « prochain » dans la charité (cf. *Le 10,29-37*).¹⁰

Collaboration ministérielle à l'amour de Dieu

4. L'activité médico-sanitaire devient un instrument au service de l'amour sans bornes de Dieu envers l'homme souffrant ; ainsi qu'une œuvre d'amour envers Dieu, par les soins affectueux qui sont prodigués à l'homme. Pour le chrétien, c'est la continuation en actes de la charité thérapeutique du Christ, « lui qui a passé en faisant le bien et en les guérissant tous » (Ac 10, 38).¹² C'est aussi la charité qui s'adresse au Christ : car c'est lui le malade — « j'étais malade » — sous les traits du frère qui souffre ; c'est pourquoi il considère comme rendus à lui — « c'est à moi que vous l'avez fait » — les soins charitables prodigués à nos frères (cf. Mt 25, 31-40).¹²

Complémentarité entre la profession, la vocation et la mission

Profession, vocation et mission se rejoignent et, dans une vision chrétienne de la vie et de la santé, s'intègrent réciproquement. Dans cette lumière, l'activité médico-sanitaire, au titre de « service de la vie » et de « ministère thérapeutique »,¹³ acquiert un sens nouveau et plus élevé. *Ministre de la vie*,¹⁴ le professionnel de la santé est ministre de ce Dieu qui dans l'Écriture est présenté comme « ami de la vie » (Sg 11, 26).¹⁵ Servir la vie c'est servir Dieu en l'homme : c'est être « collaborateur de Dieu en redonnant la santé au corps malade »¹⁶ et c'est louer et rendre gloire à Dieu dans l'accueil aimant de la vie surtout lorsqu'elle est faible et malade.¹⁷

Participation à l'œuvre pastorale de l'Église

5. L'Église, qui considère « le service envers les malades comme partie intégrale de sa mission »¹⁸ l'assume comme un temps de son ministère.¹⁹ « L'Église ... a toujours considéré la médecine comme une aide importante dans l'accomplissement de sa mission rédemptrice envers l'homme ». En effet, « on ne peut servir l'esprit de l'homme totalement sans se mettre au service de son unité psychophysique. L'Église sait bien que le mal physique aliène l'esprit, de même que le mal de l'esprit asservit le corps ».²⁰ C'est ainsi, que le *ministère thérapeutique* des professionnels de la santé est une participation à l'action pastorale²¹ et évangélisatrice²² de l'Église. Le service envers la vie devient ministère de salut, c'est-à-dire, annonce qui actualise l'amour rédempteur du Christ. « Médecins, pharmaciens, infirmiers et infirmières, le personnel de la santé dans son ensemble ainsi que les bénévoles sont appelés à être une image vivante du Christ et de son Église dans leur amour envers les malades et les souffrants »²³ témoins de l'« évangile de la vie ».²⁴

Compétence technique et professionnelle

6. Le service envers la vie n'est authentique, que dans la *fidélité à la loi morale* qui, de manière exigeante, en exprime la valeur et les devoirs. Au-delà de la compétence technique et professionnelle, le professionnel de la santé a des responsabilités éthiques. « La norme éthique, fondée sur le respect de la dignité de la personne et des droits des malades, doit éclairer et discipliner aussi bien la phase de la recherche que celle de l'application des résultats obtenus par ses soins ».²⁵ Dans la fidélité à la norme morale, le professionnel de la santé vit sa fidélité envers l'homme et sa valeur, dont la norme est la garantie, et envers Dieu et sa sagesse, dont la norme est l'expression.

Responsabilité éthique

Il puise les directives de son comportement dans ce domaine particulier de l'éthique normative que l'on appelle aujourd'hui, la bioéthique. En ce domaine, guidé par une attention vigilante et prévenante, le magistère de l'Église s'est prononcé, à propos des interrogations et des conflits soulevés par le progrès biomédical et par un *ethos* culturel fluctuant. Ce magistère bioéthique constitue pour les professionnels de santé, catholiques ou non, une source de principes et de normes de comportement qui en éclaire la conscience et l'oriente — spécialement dans la complexité des possibilités biotechnologiques actuelles — vers des choix toujours respectueux de la vie et de sa dignité.

Formation professionnelle éthique-religieuse

7. Les progrès continuels de la médecine requièrent de la part des personnels de la santé une sérieuse *préparation et une formation continue*, en vue de maintenir, moyennant l'étude personnelle, la compétence voulue, et le prestige professionnel indispensable.

Il faut soigner particulièrement, et une solide « formation éthico-religieuse des professionnels de la santé »,²⁶ susceptible de « promouvoir chez eux le culte des valeurs humaines et chrétiennes, et l'affinement de leur conscience morale ». Il faut « faire croître en eux une foi authentique et un sens authentique de la morale, dans la recherche sincère d'une relation spirituelle avec Dieu, fondement de bonté et de vérité de tout idéal religieux ».²⁷

« Que tous les professionnels de la santé soient formés en matière morale et en bioéthique ».²⁸ Dans ce but,

les responsables de la formation devront s'inquiéter de l'institution de chaires de bioéthique et de cours en la matière.

Constitution de comités éthiques

8. Les personnels de santé, les médecins en particulier, ne doivent pas être laissés à eux-mêmes et chargés de responsabilités insoutenables, en présence de cas cliniques toujours plus complexes et problématiques, devenus tels, en raison des possibilités biotechnologiques dont dispose la médecine aujourd'hui — et dont la plupart sont encore en phase expérimentale — ainsi qu'en raison de l'importance socio-sanitaire de certaines questions.

Afin d'en faciliter les choix et de veiller sur ces choix, il faut favoriser dans les centres hospitaliers importants, la constitution de *comités éthiques*. En leur sein, la compétence et l'évaluation médicale se mesurent et s'intègrent à d'autres présences auprès du malade, en vue de la sauvegarde de la dignité de ce dernier et de la responsabilité médicale elle-même.²

Milieu : santé et organismes de santé

9. Le champ d'action des personnels de la santé est constitué, en général, de tout ce que recouvrent les termes et les concepts de *santé* et de « *santé publique* ».

Le terme et le concept de santé concernent tout ce qui regarde la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation, pour l'équilibre et le bien-être physique, psychique et spirituel optimum de la personne. Le terme et le concept de « santé publique » concernent, au contraire, tout ce qui regarde la politique, la législation, la programmation et les structures sanitaires.³⁰

Le concept intégral de santé rejaillit directement sur celui de la santé publique. En effet, les institutions sont très importantes et indispensables ; toutefois, « aucune institution ne peut, par elle-même, remplacer le cœur humain, la compassion humaine, l'amour humain, l'initiative humaine, lorsqu'il s'agit d'aller à la rencontre de la souffrance d'autrui ».³¹

Humanisation de la médecine

La rencontre et la synthèse des exigences et des devoirs suscités par les concepts de santé et de santé publique constituent dans la pratique, le fondement et la voie de l'*humanisation* de la médecine. Cette humanisation doit être pratiquée soit au plan individuel-professionnel : dans le rapport médecin-patient ; soit au plan sociopolitique : pour défendre au sein des structures institutionnelles et technologiques, les intérêts humano-chrétiens dans la société et les infrastructures institutionnelles et technologiques. Le premier aspect, cela va sans dire, mais en lien avec le second, pour une humanisation qui, au-delà du devoir d'amour-charité, « répond à un devoir de justice ».³²

Garantie de la fidélité à l'éthique

10. La présente *charte* veut garantir la *fidélité éthique des professionnels de la santé* : les choix et les comportements où prend corps le service envers la vie.

Cette fidélité s'inscrit dans le sillage de l'existence humaine : la procréation, la vie, la mort, comme points de référence pour une réflexion éthico-pastorale.

I LA PROCRÉATION

Valeur et dignité de la procréation humaine

11. La procréation humaine représente une très grande valeur et une grande dignité, car elle communique la vie à un nouvel être humain, c'est-à-dire à une nouvelle personne. En vertu de leur amour réciproque les époux, compte tenu des conditions nécessaires pour appeler à l'existence ce nouvel être humain, deviennent non seulement des parents, mais aussi et surtout des collaborateurs de Dieu dans la transmission de la vie. C'est de cet amour unitif et procréateur que prend naissance le service envers la vie. Les professionnels de la santé accomplissent leur service lorsqu'ils viennent en aide aux époux en vue d'une procréation responsable, lorsqu'ils en favorisent les conditions, en écartent les difficultés, et les protègent contre une technicité envahissante et indigne de la procréation humaine.

La manipulation génétique

Perspective de la connaissance génétique

12. La connaissance toujours plus étendue du patrimoine génétique (génome) humain, l'individualisation et l'inventaire en acte des gènes, avec la possibilité de les transférer, de les modifier, de les substituer, ouvre des perspectives inédites à la médecine et en même temps pose de nouveaux et délicats problèmes éthiques.

Distinction éthique : interventions curatives et interventions lésionnelles

Dans l'évaluation morale, il faut distinguer la manipulation strictement *thérapeutique*, qui a pour objectif le traitement de la maladie due à des anomalies géniques ou chromosomiques (traitement génique), de la manipulation *altérante* du patrimoine génétique humain. L'intervention curative, appelée « chirurgie génétique », « sera considérée d'une manière générale souhaitable, pourvu qu'elle tende à la promotion véritable du bien-être personnel de l'homme, sans léser son intégrité ou détériorer ses conditions de vie ».³³

Non aux interventions de manipulation lésionnelles

13. Au contraire, des interventions qui ne tendraient pas uniquement à soigner mais qui viseraient à la « production d'êtres humains sélectionnés selon le sexe ou selon d'autres caractéristiques fixées à l'avance », lesquelles devraient altérer le patrimoine génique de l'individu et de l'espèce humaine « sont contraires à la dignité individuelle de l'être humain, à son intégrité et à son identité. On ne peut donc en aucune façon les justifier, en vue d'éventuelles conséquences bénéfiques pour l'humanité future » :³⁴ « aucune utilité sociale ou scientifique et aucune motivation idéologique susceptibles de donner lieu à une intervention sur le génome humain qui ne soit thérapeutique, c'est-à-dire qui en soi, ne vise au développement naturel de l'être humain ».³⁵

Oui aux manipulations de cellules somatiques pour des fins curatives

14. Quoi qu'il en soit, ce genre d'intervention ne « doit être préjudiciable en rien à l'origine de la vie humaine, c'est-à-dire à l'union non seulement biologique mais aussi spirituelle des parents, unis par les liens du mariage ».³⁶

Les estimations éthiques négatives, indiquées ci-dessus, se réfèrent à toute manipulation génétique qui regarde les embryons. Ceci ne soulève, au contraire, aucune question morale, non seulement quant à la manipulation de cellules somatiques humaines à fin thérapeutique ni à la manipulation de cellules animales et végétales pour des fins pharmaceutiques.

La régulation de la fécondité

Procréation et collaboration responsable avec Dieu

15. « Dès lors, un amour conjugal vrai et bien compris, comme toute la structure de la vie familiale qui en découle, tendent, sans sous-estimer pour autant les autres fins du mariage, à rendre les époux disponibles pour coopérer courageusement à l'amour du Créateur et du Sauveur qui, par eux, veut sans cesse agrandir et enrichir sa propre famille ».³⁷

« La paternité responsable s'exerce soit par la détermination réfléchie et généreuse de faire grandir une famille nombreuse, soit par la décision, prise pour de graves motifs et dans le respect de la loi morale,

d'éviter temporairement ou même pour un temps indéterminé une nouvelle naissance ».³⁸ En ce second cas, se pose le problème de la régulation de la fertilité.

Critères d'évaluation morale

16. Dans l'évaluation des comportements par rapport à cette régulation, « la moralité du comportement ne dépend donc pas de la seule sincérité de l'intention et de la seule appréciation des motifs ; elle doit être déterminée par des critères objectifs, tirés de la nature même de la personne et de ses actes ».³⁹ Il s'agit de la dignité de l'homme et de la femme et de leur rapport le plus intime. Le respect de cette dignité décide de la vérité de l'amour conjugal.

Quant à l'acte conjugal, il exprime « ce lien indissoluble entre les deux significations de l'acte conjugal : union et procréation ».⁴⁰ En effet, les actes par lesquels les époux réalisent pleinement leur union et l'intensifient sont les *actes mêmes* qui engendrent la vie et vice versa.⁴¹

Significations sponsales et parentales

L'amour qui assume le « langage du corps », dans son expression est en même temps unitif et procréateur : « il comporte clairement, tout à la fois "un sens sponsal" et parental ».⁴² Cette connexion est intrinsèque à l'acte conjugal : « l'homme ne peut la rompre de sa propre initiative » sans renier la dignité de sa propre personne et « la vérité intérieure de l'amour conjugal ».⁴³

Distinction éthique entre les méthodes naturelles et les moyens artificiels

17. Alors qu'il est licite, pour de graves motifs, de profiter des connaissances de la fertilité de la femme, et de renoncer à l'usage du mariage dans les périodes de fécondité, il est par contre illicite de recourir aux méthodes contraceptives.⁴⁴

Les méthodes naturelles impliquent un acte conjugal qui, d'une part, ne donne pas lieu à une nouvelle vie et, d'autre part, demeure intrinsèquement, destiné à la vie.⁴⁵

Les moyens artificiels contredisent « la nature de l'homme comme celle de la femme et la nature de leur rapport le plus intime ».⁴⁶ Ici l'union sexuelle est scindée de la procréation : l'acte est contrefait dans son ouverture naturelle à la vie.

Ceci arrive par « toute action qui, soit en prévision de l'acte conjugal, soit dans son déroulement, soit dans le développement de ses conséquences naturelles, se proposerait comme but ou comme moyen de rendre impossible la procréation ».⁴⁷

Différence anthropologique entre méthodes et moyens

18. C'est ainsi qu'apparaît « la différence anthropologique et en même temps morale, entre la contraception et le recours aux rythmes périodiques ».⁴⁸

« Il ne s'agit pas d'une distinction au simple niveau des techniques ou des méthodes, dans lesquelles l'élément décisif serait constitué par le caractère "artificiel" ou "naturel" du procédé ».⁴⁹ C'est une différence qui « implique deux conceptions de la personne et de la sexualité humaine irréductibles l'une à l'autre ».⁵⁰ Il faut alors reconnaître et motiver « la différence » : « la raison ultime de chaque méthode naturelle ne se réduit pas à sa seule efficacité ou à sa crédibilité biologique mais à sa cohérence avec la vision chrétienne de la sexualité, expression de l'amour conjugal ».⁵¹

Signification unitive et procréatrice des méthodes

19. Plus qu'à des instructions quant à l'usage, les méthodes naturelles répondent à la signification attribuée à l'amour conjugal, qui oriente et détermine le vécu du couple : « Le choix des rythmes naturels comporte l'acceptation du temps de la personne, ici du cycle féminin, et aussi l'acceptation du dialogue, du respect réciproque, de la responsabilité commune, de la maîtrise de soi... Dans ce contexte... la communion conjugale est enrichie par les valeurs de tendresse et d'affectivité qui constituent la nature profonde de la sexualité humaine, jusque dans sa dimension physique ».⁵²

Apport pour favoriser cette conception humaine et chrétienne

20. Les professionnels de la santé contribueront, selon les possibilités qui leur sont offertes, à favoriser cette conception humaine et chrétienne de la sexualité. Ils rendront accessibles aux conjoints, et avant tout aux jeunes, les connaissances nécessaires en vue d'un comportement responsable et respectueux de la dignité particulière de la sexualité humaine.⁵³

Voilà pourquoi l'Église fait appel aussi à leur « responsabilité » pour « aider efficacement les conjoints à vivre leur amour dans le respect de la structure et des finalités de l'acte conjugal qui l'exprime ».⁵⁴

La procréation artificielle

Originalité de la procréation humaine

21. L'application à l'homme de biotechnologies s'inspirant de la fécondation des animaux, a rendu possible diverses interventions sur la procréation humaine et soulevé de graves questions de licéité morale.

Le critère éthique d'appréciation est ici marqué par l'originalité de la procréation humaine qui « dérive de l'originalité même de la personne humaine ». ⁵⁵ « La transmission de la vie humaine est confiée par la nature à un acte personnel et conscient, et comme tel soumis aux lois très sages de Dieu, lois inviolables et immuables que tous doivent reconnaître et observer ». ⁵⁶ Cet acte personnel est *l'union intime des époux, qui en se donnant totalement l'un à l'autre, réciproquement, donnent la vie*. C'est un acte unique et indivisible, à la fois, unitif et procréateur, conjugal et parental. ⁵⁷

Cet acte — l'expression du don réciproque qui, selon la parole de l'Écriture, effectue l'union « en une seule chair » ⁵⁸ — est la source de la vie.

Don de Dieu et fruit de l'amour conjugal

22. L'homme n'a pas la liberté de méconnaître et de ne pas observer les significations et les valeurs intrinsèques de la vie humaine dès sa source. « C'est pourquoi on ne peut user les moyens et suivre les lois qui peuvent être licites dans la transmission de la vie des plantes et des animaux ». ⁵⁹ La dignité de la personne humaine exige qu'elle vienne à l'existence comme don de Dieu et fruit de l'acte conjugal, propre et spécifique de l'amour unitif et procréateur des époux, acte qui par sa nature même est irremplaçable.

Assister, ne jamais substituer l'acte conjugal

Tout moyen et toute intervention médicale, au sein de la procréation, doit recouvrer une fonction d'assistance mais jamais de substitution de l'acte conjugal. En effet, « le médecin est au service des personnes et de la procréation humaine : il n'a pas la faculté d'en disposer ni d'en décider. L'intervention médicale est respectueuse de la dignité des personnes quand elle vise à aider l'acte conjugal... Au contraire, il arrive parfois, que l'intervention médicale se substitue à l'acte conjugal... en ce cas, l'acte médical n'est pas, comme il le devrait, au service de l'union conjugale, mais il s'approprie la fonction procréatrice et ainsi contrevient à la dignité et aux droits inaliénables des époux et de l'enfant à naître ». ⁶⁰

Procréation assistée au sein du mariage

23. « On ne proscrie pas nécessairement l'emploi de certains moyens artificiels destinés uniquement soit à faciliter l'acte naturel, soit à faire atteindre sa fin à l'acte naturel normalement accompli ». ⁶¹ C'est le cas de *l'insémination artificielle homologue*, c'est-à-dire, au sein du mariage avec le sperme du conjoint, quand il est obtenu au moyen d'un acte conjugal normal.

Non à la FIVETE homologue

24. *La FIVETE (Fécondation In Vitro Et Transfert de l'Embryon) homologue* est illicite, parce que la conception ne résulte pas de l'accomplissement de l'acte conjugal — « le fruit de l'acte conjugal spécifique de l'amour entre les époux » ⁶² — mais en dehors : *in vitro*, par l'œuvre de techniciens qui en déterminent les conditions et en décident la réalisation. ⁶³ Elle ne correspond pas à la logique du « don » qui caractérise la procréation humaine, mais de la « production » et du « pouvoir » qui est propre aux objets et aux effets. Ici, l'enfant ne naît pas comme un « don » d'amour, mais comme un « produit » de laboratoire. ⁶⁴

« En soi » la FIVETE « met en acte la dissociation de gestes destinés à la fécondation humaine par l'acte conjugal, "acte" inséparablement corporel et spirituel ». La fécondation est effectuée hors du corps des conjoints. Elle n'est « ni de fait, ni par vouloir explicite, obtenue comme l'expression et le fruit d'un acte spécifique de l'union conjugale » mais comme le résultat d'une intervention technique. ⁶⁵

Différence entre désir de l'enfant et droit à l'enfant

25. Le désir de l'enfant, aussi sincère et aussi intense soit-il, de la part des conjoints, ne légitime pas le recours à des techniques contraires à la vérité de la procréation humaine et à la dignité du nouvel être humain."

Le désir de l'enfant n'est à l'origine d'aucun droit à l'enfant. Ce dernier est une personne, avec la dignité de « sujet ». En tant que tel, il ne peut être voulu comme « objet » de droit. L'enfant est plutôt sujet de droit : c'est un droit pour l'enfant d'être conçu dans le respect total de son être, de sa personne. ⁶⁷

Facteurs d'aggravation de la fécondation in vitro

26. Outre ces raisons, intrinsèques à la dignité de la personne et à sa conception, qui rendent moralement inadmissible la FIVETE homologue, s'ajoutent d'autres *circonstances et conséquences* relatives à la manière

dont elle est pratiquée aujourd'hui.

Celle-ci, en effet, est obtenue au prix de nombreuses pertes d'embryons, qui sont des avortements provoqués. Elle peut comporter aussi la congélation, ce qui signifie la suspension de la vie des embryons dits « surnuméraires » et souvent aussi leur destruction.⁶⁸

L'insémination « post mortem » est inacceptable, c'est-à-dire, avec du sperme du conjoint décédé, déposé par ce dernier lorsqu'il était encore en vie.

Il s'agit de facteurs d'aggravation d'un procédé technique, *déjà en soi*, moralement illicite et qui le demeure même en leur absence.⁶⁹

La négativité éthique de la FIVETE hétérologue

27. Les techniques hétérologues sont « grevées » de la « négativité éthique » d'une conception dissociée du mariage. Le recours aux gamètes de personnes étrangères aux époux s'oppose à l'unité du mariage et à la fidélité des époux et lèse le droit de l'enfant d'être conçu et mis au monde dans le mariage et par le mariage. Ces techniques, en effet, « constituent une offense à la vocation commune des époux appelés à la paternité et à la maternité ; elle prive objectivement la fécondité conjugale de son unité et de son intégrité ; — à devenir père et mère uniquement l'un par l'autre — elle opère et manifeste une rupture entre la parenté génétique, parenté "gestationnelle" et responsabilité éducative. Cette altération se répercute dans la famille et dans la société.⁷⁰

Un motif ultérieur d'illégitimité est la chosification et la sélection eugénique des gamètes.

Non à la fécondation de célibataires ou de personnes vivant en cohabitation

28. Pour ces motifs mêmes, aggravés par l'absence de lien matrimonial, la fécondation artificielle d'une célibataire et d'une femme non mariée est moralement inacceptable.⁷¹

Non à la maternité de substitution

29. Est également contraire à la dignité de la femme, à l'unité du mariage et à la dignité de la procréation de la personne humaine, la maternité « de substitution ».

Implanter dans l'utérus d'une femme, un embryon qui lui est génétiquement étranger, ou même la féconder uniquement avec l'engagement de confier l'enfant à naître à la personne qui a commissionné ou stipulé la gestation, signifie dissocier la gestation de la maternité, en la réduisant à une incubation, irrespectueuse de la dignité et du droit de l'enfant d'être « conçu, porté dans le sein, mis au monde et éduqué par ses propres parents ».⁷²

Accueil de la vie comme don de Dieu

30. L'appréciation d'absence de licéité morale concerne clairement les modalités d'obtention de la fécondation humaine et non le fruit de ces techniques, lequel est toujours un être humain qui doit être accueilli comme un don de la bonté de Dieu et éduqué avec amour.

Processus ultérieurs en opposition avec la dignité de l'embryon

31. Les techniques de fécondation artificielle peuvent ouvrir la voie, aujourd'hui, à des tentatives ou des projets de fécondation entre gamètes humains et animaux, de gestation d'embryons humains dans des utérus animaux ou artificiels, de reproduction asexuée d'êtres humains par fixations gémellaires, clonage, parthénogenèse.

Ces manipulations sont contraires à la dignité humaine de l'embryon et à la procréation, c'est pourquoi elles sont à réprover.⁷⁴

Manifestation du respect dû à l'originalité de la procréation humaine

32. Un remède ordonné au bien intégral de la personne ne peut faire abstraction des principes éthiques qui président à la procréation humaine.

D'où, le « pressant appel » aux médecins et aux chercheurs afin qu'ils donnent « un témoignage exemplaire du respect dû à l'embryon humain et à la dignité de la procréation ».⁷⁵

Servir l'intégrité et le bien-être psychophysique de la personne

33. Le service médical de la vie accompagne la personne tout au long de son existence terrestre. Il se fait protection, promotion et traitement de la santé, c'est-à-dire de l'intégrité et du bien-être psychophysique de la personne en qui la vie « prend corps ».⁷⁶

Ce service trouve son fondement dans la dignité de la personne humaine et dans son droit à la vie, et se

traduit non seulement par les techniques de prophylaxie, de traitement et de réadaptation mais aussi par une promotion de la santé globale de l'homme.

De la conception à la mort naturelle

34. Cette responsabilité engage le professionnel de la santé au service de la vie dès « son point de départ jusqu'à son terme naturel », c'est-à-dire, « du moment de la conception jusqu'à la mort ».⁷⁷

II LA VIE

Origine et naissance à la vie

Début d'un nouvel être humain

35. « A partir du moment où l'ovule est fécondé s'inaugure une nouvelle vie qui n'est, ni celle du père ni celle de la mère, mais celle d'un nouvel être humain qui se développe pour son propre compte. Il ne deviendra jamais humain s'il ne l'est dès cet instant... Dès la fécondation, initie l'aventure d'une vie humaine, dont toutes et chacune de ses grandes capacités, exigent du temps pour s'organiser et pour se préparer à agir ».⁷⁸

Nature personnelle du zygote

Les récentes acquisitions de la biologie humaine confirment, s'il en était besoin que « dans le zygote dérivant de la fécondation s'est déjà constituée l'identité biologique d'un nouvel individu humain ».⁷⁹ Individualité qui est propre à un être autonome, intrinsèquement déterminé, et qui s'autoréalise de manière continue et progressive.

L'individualité biologique, et donc la nature personnelle du zygote est telle, dès la conception. Il est donc erroné et hors de propos de parler de pré-embryon, si par là on entend un stade ou une condition de vie préhumaine de l'être humain conçu.⁸⁰

Sollicitude envers le processus de la vie à naître

36. La vie prénatale est une vie pleinement humaine en chacune des phases de son développement. Les professionnels de la santé lui doivent donc le même respect, la même protection et les mêmes soins qu'à toute personne humaine.

C'est particulièrement aux gynécologues et aux sages-femmes que « revient de veiller avec sollicitude sur le merveilleux et mystérieux processus de la procréation qui s'accomplit dans le sein maternel, en vue d'en suivre le développement normal et d'en favoriser l'heureuse issue par la venue au monde du nouveau-né ».⁸¹

Passage de la gestation à l'autonomie physiologique

37. La *naissance* d'un enfant marque un temps important et significatif du développement initié à l'instant de la conception. Il ne s'agit pas d'un « bond » de qualité ou d'un nouveau départ, mais d'une étape, sans solution de continuité, du processus même. L'accouchement est le passage de la gestation maternelle à l'autonomie physiologique de la vie.

A sa naissance l'enfant est en mesure de vivre indépendant de sa mère physiologiquement et d'entrer en relation nouvelle avec le monde extérieur.

Il peut arriver, dans le cas d'accouchement prématuré, que cette indépendance ne soit pas immédiatement acquise en totalité. Dans ce cas, les professionnels de santé ont l'obligation d'assister le nouveau-né, en lui offrant toutes les conditions possibles adéquates pour la recouvrer.

Baptême en danger de mort

Pourtant, si en dépit de toutes les tentatives, la vie de l'enfant donne de sérieuses craintes, les professionnels de santé doivent pourvoir au baptême de l'enfant dans les conditions prévues par l'Église. Dans l'impossibilité de trouver un ministre ordinaire du sacrement — un prêtre ou un diacre — c'est au professionnel de la santé qu'est accordée la faculté de le conférer.⁸²

Le prix de la vie : unité de corps et d'âme

La dignité singulière de l'être humain

38. Le respect, la protection et les soins dus *en toute justice* à la vie humaine, découlent de sa singulière dignité. « Au sein de la création tout entière, elle représente une valeur unique ». L'être humain, en effet, est la « seule créature que Dieu ait voulu pour elle-même ».⁸³ Tout est créé pour l'homme. Seul, l'homme créé à l'image et à la ressemblance de Dieu » (cf. *Gen 1, 26-27*), n'est pas finalisé à quelqu'un d'autre, et ne peut l'être, mais à Dieu seul, aux yeux de qui, il est. Seul, l'homme est une *personne* : il a la *dignité de sujet et valeur de fin* ».⁸⁴

Vie corporelle et vie spirituelle

39. La vie humaine est, en même temps, et de manière irréductible, corporelle et spirituelle. « En vertu de son union substantielle avec une âme spirituelle, le corps humain ne peut pas être considéré seulement comme un ensemble de tissus, d'organes et de fonctions, il ne peut être évalué de la même manière que le corps des animaux, mais il est partie constitutive de la personne qui se manifeste et s'exprime à travers lui ». ⁸⁵ « Toute personne humaine, dans sa singularité unique, n'est pas constituée uniquement par l'esprit mais aussi par le corps, de telle sorte que dans le corps et par le corps on atteint la personne elle-même dans sa réalité concrète ». ⁸⁶

Unité profonde des différentes dimensions de l'être humain

40. Toute intervention sur le corps humain « n'atteint pas seulement les tissus, les organes et leurs fonctions, mais implique aussi à différents niveaux la personne elle-même ». ⁸⁷

L'activité sanitaire ne doit jamais perdre de vue « l'unité profonde de l'être humain, dans l'interaction évidente de toutes ses fonctions corporelles, mais aussi dans l'unité de ses dimensions corporelle, affective, intellectuelle et spirituelle ». On ne peut isoler « le problème technique, posé par le traitement d'une maladie déterminée, de l'attention qui doit être accordée à la personne du malade en toutes ses dimensions. Il est bon de le rappeler, au moment où la science médicale tend à la spécialisation de chaque discipline ». ⁸⁸

Le corps comme révélation de la personne

41. Révélation de la personne, ⁸⁹ le corps, dans sa conformation et dans sa dynamique biologique, est *fondement et source d'exigence morale*. Ce qui existe et ce qui arrive biologiquement n'est pas indifférent. Au contraire, cela a une importance éthique : l'indicatif-impératif de l'agir. ⁹⁰

On ne peut faire abstraction du corps et ériger la psyché comme critère et source de moralité : la sensibilité et le désir subjectifs ne peuvent dominer et négliger les déterminations objectives corporelles. La tendance à faire prévaloir les secondes sur les premières est à l'origine de l'empire actuel de la psychologie sur l'éthique et le droit, qui déduit, à partir des désirs individuels (et des possibilités techniques), la licéité des comportements et des interventions sur la vie.

Attention à la vérité corporelle (page 15)

Le professionnel de la santé ne peut faire abstraction de la vérité corporelle de la personne et se prêter à satisfaire des désirs, exprimés de manière subjective, ou codifiés légalement et qui soient contraires à la vérité objective de la vie.

Indisponibilité et inviolabilité de la vie

Appartenance du corps à Dieu

42. « L'invocabilité de la personne, reflet de l'invocabilité absolue de Dieu lui-même, trouve sa première et fondamentale expression dans l'invocabilité de la vie humaine ». ⁹¹

Offense à la dignité de la personne

Le corps participe, de manière indivisible avec l'esprit, à la dignité propre de la valeur humaine de la personne : corps-sujet et non *corps-objet*, et en tant que tel, indisponible et inviolable. ⁹² On ne peut disposer du corps comme d'un objet qui nous appartiendrait. On ne peut en faire une contrefaçon, comme s'il s'agissait d'une chose ou d'un instrument, dont on serait le propriétaire et le maître absolu.

Chaque intervention abusive sur le corps est une offense à la dignité de la personne et donc à Dieu qui en est le Seigneur absolu et unique : « L'homme n'est pas maître de sa propre vie, il la reçoit en usufruit ; il n'en est pas le propriétaire, mais l'administrateur, car Dieu seul est Seigneur de la vie ». ⁹³

Caractère sacré de la vie

43. L'appartenance à Dieu, et non à l'homme, de la vie ⁹⁴ confère à cette dernière ce caractère sacré ⁹⁵ qui suscite une attitude de profond respect : « une conséquence directe de l'origine divine de la vie fait qu'elle est indisponible, intouchable c'est-à-dire sacrée ». ⁹⁶

Elle est indisponible et intangible parce que sacrée : elle est « sacrée par nature, et toute intelligence droite est capable de la reconnaître, même en faisant abstraction de toute croyance religieuse ». ⁹⁷

L'activité médico-sanitaire est avant tout un service de vigilance et de protection envers ce caractère sacré : une profession en faveur de la défense de la valeur non-instrumentale de ce bien « en soi », qu'est la vie humaine ⁹⁸ — sans relativité à un autre bien ou à autrui, mais seulement à Dieu.

44. Ceci doit être affirmé avec une certaine vigueur et accepté avec une conscience vigilante à une époque de développement envahissant des technologies biomédicales, alors que va croissant le risque de

manipulation abusive de la vie humaine. Les techniques en soi ne sont pas mises en discussion, mais leur prétendue neutralité éthique. Tout ce qui est techniquement faisable ne peut être retenu moralement admissible.

Possibilité technique et licéité éthique

Les possibilités techniques doivent se mesurer sur la licéité éthique, qui en détermine la compatibilité humaine, c'est-à-dire, leur emploi effectif en faveur de la protection et du respect de la dignité de la personne humaine.⁹⁹

La science alliée de la sagesse

45. La science et la technique « ne peuvent à elles seules, indiquer le sens de l'existence et du progrès humain. Étant ordonnées à l'homme dont elles tirent origine et accroissement, c'est dans la personne et ses valeurs morales qu'elles trouvent l'indication de leur finalité et la conscience de leurs limites ».¹⁰⁰

C'est la raison pour laquelle la science doit s'allier à la sagesse. La science et la technique sont outrancières, elles déplacent jour après jour plus avant leurs frontières. La sagesse et la conscience leur tracent les limites infranchissables de l'humain.¹⁰¹

Le droit à la vie

La seigneurie divine et le droit à la vie

46. La seigneurie divine sur la vie est le fondement et la garantie du droit à la vie, droit qui n'est pas pour autant, un pouvoir sur la vie.¹⁰² C'est plutôt le *droit de vivre en toute dignité humaine*¹⁰³ avec la garantie et la protection de ce bien fondamental, originel et inaliénable, lequel est le fondement de la condition de tout autre « bien-droit » de la personne.¹⁰⁴

« Le sujet de ce droit c'est l'être humain, à tout moment de son développement, depuis sa conception jusqu'à sa mort naturelle ; et en toutes les situations, en santé ou en maladie, en état de perfection physique ou de handicap, de richesse ou de misère ».¹⁰⁵

Droit et non pas pouvoir du patient

47. Le droit à la vie interpelle le professionnel de la santé à partir d'une double perspective. Avant tout, il ne s'attribue pas, quant à la vie, dont il doit prendre soin, un droit-pouvoir que ne possède ni le patient, ni lui-même, et qui ne peut lui être conféré par le malade lui-même. 106

Le droit du patient n'est ni un droit de propriété ni un droit absolu, il est en lien avec les finalités établies par la nature et limité par elles.¹⁰⁷

Ici — quant aux limites mêmes du droit du sujet à disposer de sa propre vie — « se dresse la frontière morale de l'action du médecin qui agit avec le consentement de son patient ».¹⁰⁸

Devoir de tutelle de santé

48. En second lieu, le professionnel de la santé se porte activement garant de ce droit : « finalité intrinsèque » de sa profession, qui n'est que « l'affirmation du droit de l'homme à sa propre vie et à sa dignité ».¹⁰⁹ Il l'exerce, en assumant sa responsabilité relative à la protection prophylactique et thérapeutique de la santé,¹¹⁰ dans les milieux spécifiques, avec les moyens adéquats, et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes et du milieu vital.¹¹¹

Subordination des droits syndicaux

49. Le droit fondamental et primaire de tout homme à la vie, en particulier le droit à la protection de la santé subordonne les droits syndicaux des personnels de santé.

Ceci implique que toute revendication juste, de la part des professionnels de la santé, doit être en faveur de la sauvegarde du droit du malade et des soins requis par son état, en fonction même du caractère indispensable de ces derniers. Aussi, en cas de grève, doivent être assurés — même au moyen de mesures légales expresses — les services médicaux hospitaliers essentiels, exigés en vue de la sauvegarde de la santé.

La prévention

Primauté de la prévention

50. La sauvegarde de la santé engage le professionnel de la santé avant tout dans le domaine de la prévention.

Prévenir vaut mieux que guérir, soit pour éviter à la personne les inconvénients et la souffrance de la maladie, soit pour épargner à la société les coûts, économiques ou autres, du traitement.

Prévention et compétence essentielle

51. La *prévention proprement sanitaire*, qui consiste en l'administration de médicaments particuliers, en la vaccination, en examens de dépistage pour s'assurer de certaines prédispositions, en la prescription de comportements et habitudes de vie visant à éviter l'apparition, la diffusion ou l'aggravation de maladies, relève essentiellement de la compétence du personnel de santé. Elle peut s'adresser à tous les membres d'une société, à des tranches de classes sociales, ou aux individus.

Prévention et compétence prophylactique

52. Il y a aussi une *prévention sanitaire au sens large*, où l'action du professionnel de la santé n'est que l'une des composantes de l'engagement prophylactique mis en œuvre par la société. C'est la prévention à exercer envers les maladies dites sociales, telles que la toxicomanie, l'alcoolisme, le tabagisme, le Sida ; envers les difficultés de certaines tranches sociales d'individus comme les adolescents, les handicapés, les personnes âgées ; envers les risques de santé en relation avec les conditions et les modes actuels de vie, provoqués par l'alimentation, le milieu environnant, le travail, le sport, la circulation urbaine, l'utilisation des moyens de transport, et les appareils électrodomestiques.

Action concomitante de la société

Dans ces cas l'intervention préventive est le remède prioritaire, et le plus efficace, sinon l'unique possible. Elle exige une mise en œuvre convergente de toutes les forces opérationnelles de la société. Prévenir, ici, est davantage qu'un acte médico-sanitaire, il s'agit d'influencer la culture par le recouvrement des valeurs enfouies, d'en promouvoir l'éducation par la diffusion d'un concept plus sobre et plus solidaire de la vie, par l'information sur les facteurs de risque, par la formation du sens politique pour une législation de tutelle. La possibilité effective et efficace de la prévention est liée non seulement et avant tout aux techniques mises en œuvre mais aux motivations qui l'étayent, à leur concrétisation et à leur diffusion culturelle.

La maladie

Malaise général de la personne

53. Tout en participant à la valeur transcendante de la personne, la vie corporelle reflète, par sa nature, la précarité de la condition humaine. Celle-ci se manifeste spécialement par la maladie et la souffrance, vécues comme un mal par la personne dans sa totalité. « La maladie et la souffrance, en effet, ne sont pas des expériences qui concernent uniquement le substrat physique de l'homme, mais l'homme dans sa totalité et dans son unité somatique-spirituelle ». ¹¹²

Comportement adéquat du professionnel de la santé

La maladie ne se réduit pas à un élément clinique, médicalement circonscrit. Elle représente toujours la condition d'un homme, le malade. En vertu de cette *vision intégralement humaine* de la maladie les professionnels de la santé devront s'en rapporter au patient. Ils ont le devoir de posséder la compétence technique professionnelle, et en même temps, de disposer d'une conscience des valeurs qui donnent un sens à la maladie et à leur activité, afin que la rencontre de chaque cas clinique particulier se transforme en une rencontre humaine.

Participation à l'efficacité salvifique

54. Le chrétien, en vertu de sa foi, sait que la maladie et la souffrance sont une participation à l'efficacité salvifique de la croix du Rédempteur. « La rédemption du Christ et sa grâce salvifique atteignent tout l'homme dans sa condition humaine et donc y compris la maladie, la souffrance et la mort ». ¹¹³ Vécue en étroite union avec les souffrances de Jésus », la maladie et la souffrance assument « une fécondité spirituelle extraordinaire ». Si bien que le malade peut dire avec l'Apôtre : « je complète en ma chair ce qui manque aux épreuves du Christ pour son Corps qui est l'Église » (Col 1, 24). ¹¹⁴

Triple attitude salutaire

Grâce à ce sens chrétien renouvelé, le malade est appelé à adopter envers la maladie une triple attitude salutaire : la prise de « conscience » de sa réalité, « sans la minimiser ni l'exagérer », l'« *acceptation* » « non dans la résignation plus ou moins aveugle », mais dans la conscience sereine que « le Seigneur peut et veut tirer le bien du mal » ; l'« *ablation* », « par amour du Seigneur et des frères ». ¹¹⁵

Assistance de santé à la famille

55. En la personne du malade, quoi qu'il en soit, sa *famille* est toujours atteinte. L'aide aux membres de la

famille et leur coopération avec les professionnels de santé sont de précieuses composantes de l'assistance sanitaire.

Le professionnel de la santé est invité, soit individuellement, soit à travers les formes associatives d'appartenance, tout en prodiguant ses soins au malade, à penser aux membres de sa famille, en leur apportant son concours en vue de les éclairer, de les conseiller, de les orienter et de les soutenir.¹¹⁶

Le diagnostic

Diagnostic et pronostic dans une vision humaine et chrétienne de la maladie

56. Le professionnel de la santé, guidé par cette vision intégralement humaine et proprement chrétienne de la maladie, essaie avant tout de la déceler et de l'analyser chez le malade : il en pose le *diagnostic* et le *pronostic* correspondant.

La condition de tout traitement est l'identification préalable et exacte de la pathologie dans ses symptômes et son étiologie.

Demandes et angoisse du patient

57. Dans cette tâche, le professionnel de la santé aura à cœur les demandes et les anxiétés du patient et se gardera d'un double écueil, celui de l'abandon et celui de « l'acharnement » diagnostique.

Dans le premier cas, le patient est contraint d'errer d'un spécialiste ou d'un service sanitaire à l'autre, sans pouvoir trouver le médecin ou le centre de diagnostic adéquat et disposé à prendre en charge sa maladie. L'extrême spécialisation et parcellarisation des compétences et des services cliniques, tout en étant une garantie de la compétence professionnelle, a des répercussions dommageables sur le malade quand l'organisation sanitaire du territoire ne permet pas une approche attentive et globale de son mal.

Équilibre entre abandon et acharnement thérapeutique

Dans le second cas, au contraire, on s'obstine à trouver une maladie à tout prix. On peut être amené par paresse, par profit, ou par protagonisme, à diagnostiquer, en dépit de tout, une pathologie et à médicaliser des problèmes qui ne sont pas d'ordre médico-sanitaire. Dans ce cas, la personne n'est nullement aidée dans la perception exacte de son propre mal, on l'égaré sur elle-même et sur ses propres responsabilités.

Caractère thérapeutique du diagnostic

58. Ces excès étant exclus, le diagnostic entrepris dans le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne, surtout en ce qui concerne l'usage de techniques instrumentales envahissantes, en général, ne pose pas de problème d'ordre éthique. En soi, il est ordonné au traitement, c'est un acte au bénéfice de la santé.

Toutefois, le diagnostic prédictif peut poser des problèmes particuliers par ses répercussions possibles au plan psychologique et les discriminations auxquelles il peut donner lieu dans le diagnostic prénatal. Il s'agit, quant à ce dernier, d'une possibilité nouvelle en soi, de développement notoire, et qui mérite des considérations à part.

Le diagnostic prénatal

Problèmes éthiques du diagnostic prénatal

59. La connaissance toujours plus étendue de la vie intra-utérine et le développement des instruments pour y accéder, anticipent aujourd'hui, les possibilités de diagnostic concernant la vie prénatale, et permettent ainsi des interventions thérapeutiques toujours plus opportunes et plus efficaces.

Le diagnostic prénatal reflète la qualité morale de toute intervention diagnostique. En même temps, pourtant, il présente des problèmes éthiques particuliers, liés au risque diagnostique et aux finalités selon lesquelles il peut être demandé et pratiqué.

Evaluation du facteur risque

60. Le facteur *risque* concerne la vie et l'intégrité physique de l'enfant conçu et, en partie, celles de sa mère, en ce qui concerne les différentes techniques diagnostiques et le taux de risque présenté par chacune d'entre elles.

C'est pourquoi, « il faut apprécier attentivement les conséquences négatives éventuelles que peut entraîner l'utilisation d'une technique d'investigation déterminée » et « éviter le recours à des procédés diagnostiques qui ne donnent pas de garanties suffisantes sur l'honnêteté de leurs finalités et sur leur innocuité substantielle ». Et s'il faut affronter un coefficient de risque, le recours au diagnostic devra présenter des indications raisonnables qu'il faudra apprécier au siège de la consultation diagnostique.¹¹⁷

Diagnostic licite : risques proportionnés (p. 20)

En conséquence « ce diagnostic est licite si les méthodes utilisées, avec le consentement des parents convenablement informés, sauvegardent la vie et l'intégrité de l'embryon et de la mère, sans leur faire encourir des risques disproportionnés ».¹¹⁸

Diagnostic en contradiction avec la loi morale

61. Les finalités selon lesquelles le diagnostic prénatal peut être demandé et pratiqué, doivent être toujours au bénéfice de l'enfant et de sa mère, car elles visent à permettre les interventions thérapeutiques, et à rassurer et tranquilliser les mères enceintes angoissées par le doute de malformations fœtales et tentées de recourir à l'avortement, et prévoir, en cas d'issue néfaste, l'accueil de la vie marquée d'un handicap.

Connexion entre le diagnostic prénatal et l'avortement

Le diagnostic prénatal « est gravement en opposition avec la loi morale quand il prévoit, en fonction des résultats, l'éventualité de provoquer un avortement : un diagnostic attestant l'existence d'une malformation ou d'une maladie héréditaire ne doit pas être l'équivalent d'une sentence de mort ».¹¹⁹

Est également illicite, toute directive ou programme des autorités civiles et sanitaires, ou d'organisations scientifiques, qui favorise la connexion directe entre le diagnostic prénatal et l'avortement. Le spécialiste qui, dans la conduite du diagnostic et la communication de l'issue, contribuerait volontairement à établir ou favoriser la relation entre le diagnostic prénatal et l'avortement, serait responsable d'une collaboration illicite.¹²⁰

Traitement et réadaptation

Réalisation d'interventions curatives et complémentaires

62. Après le diagnostic viennent le *traitement* et la *réadaptation* : c'est la mise en œuvre des traitements et des soins qui favorisent la guérison et la réintégration individuelle et sociale du patient.

Le traitement est un acte essentiellement médical, visant à lutter contre la maladie dans ses causes, ses manifestations et ses complications. La réadaptation, au contraire, est un ensemble de mesures médicales, psychothérapeutiques, de kinésithérapie, et d'entraînement fonctionnel, visant à rétablir ou améliorer l'efficacité psychophysique des sujets diminués sous diverses formes dans leurs capacités d'intégration, de relation et d'efficacité au travail.

Bien-être intégral de la personne

Traitement et réadaptation « ont pour objectif non seulement le bien et la santé du corps, mais la personne en tant que telle, qui dans son corps est frappée par le mal ».¹²¹ Tout traitement visant au bien-être intégral de la personne ne se contente pas du succès clinique, mais englobe l'œuvre de réadaptation comme une *restitution de l'individu à lui-même*, au moyen de la réactivation et de la restitution de ses fonctions physiques diminuées par la maladie.

Devoir de soigner et de se faire soigner

63. Au malade, sont dûs tous les traitements possibles dont sa santé peut bénéficier.¹²² La responsabilité de prendre soin de sa propre santé impose à chacun « le devoir de se soigner et de se faire soigner ». En conséquence « ceux qui sont chargés de soigner les malades doivent s'en acquitter avec diligence et leur procurer les remèdes qu'ils jugeront nécessaires ou utiles ».¹²³ Non seulement, ceux qui ont pour objectif une guérison possible, mais aussi ceux qui calment la douleur ou apportent le soulagement à une situation sans espoir de guérison.

Soins proportionnés et soins disproportionnés

64. Le professionnel de la santé qui se trouve dans l'impossibilité de guérir ne doit jamais renoncer à soigner.¹²⁴ Il est tenu de pratiquer tous les traitements « proportionnés ». Il n'est pas obligé, au contraire, de recourir aux traitements « disproportionnés ».

Par rapport à la condition d'un malade, il faut retenir comme ordinaires, les traitements où existe un rapport de *juste proportion* entre les moyens employés et la fin poursuivie. Là, où on ne tient pas compte de cette « proportion », les traitements sont considérés comme extraordinaires.

Critères de vérification

En vue de vérifier et d'établir la validité ou non de ce rapport de proportion dans une situation déterminée, il faut « apprécier attentivement les moyens par la comparaison des types de thérapeutique, le degré de difficultés et de risque comporté, les dépenses nécessaires et les possibilités d'application, ainsi que le

résultat que l'on peut en attendre, compte tenu de l'état du malade et de ses forces physiques et morales ».¹²⁵

Précisions quant au principe de proportionnalité

65. Le principe de *proportionnalité dans les soins*, énoncé ici, peut être précisé et appliqué ainsi :

— « En l'absence d'autre remède, il est licite de recourir avec le consentement du malade, aux moyens mis à disposition par la médecine de pointe, même s'ils en sont encore au stade expérimental et ne sont exempts d'un certain risque ».

Licéité d'interruption des soins

— « Il est licite d'interrompre l'application de tels moyens, lorsque les résultats déçoivent les espérances attendues » car il n'y a plus de proportion entre « l'investissement des instruments et du personnel » et « les résultats prévisibles » ou parce que « les techniques mises en œuvre imposent au patient des souffrances ou des inconvénients plus grands que les bénéfices que l'on peut en retirer ».

Le refus n'équivaut pas au suicide

« Il est toujours licite, de se contenter des moyens normaux que peut offrir la médecine. On ne peut donc imposer, à qui que ce soit, l'obligation de recourir à un type de traitement qui, bien qu'en usage, ne serait cependant pas exempt de dangers ou trop onéreux ». Ce refus « n'équivaut pas au suicide ». Il signifierait plutôt « ou la simple acceptation de la condition humaine ou le désir d'éviter la mise en œuvre d'un dispositif médical disproportionné aux résultats que l'on pourrait espérer, ou encore la volonté de ne pas imposer des frais trop élevés à la famille et à la collectivité ».¹²⁶

Manipulation thérapeutique de l'organisme

66. Pour le recouvrement de la santé du patient, peuvent s'avérer nécessaires, en l'absence d'autres remèdes, des interventions qui comportent la modification, la mutilation ou l'ablation d'organes.

Principe de totalité

La manipulation thérapeutique de l'organisme est légitimée ici par le *principe de totalité*,¹²⁷ défini comme principe de *thérapeutique*, en vertu duquel « tout organe particulier est subordonné à l'ensemble du corps et doit lui être soumis en cas de conflit. En conséquence, celui qui a reçu l'usage de tout son organisme a le droit de sacrifier un organe particulier, si son maintien ou son fonctionnement cause au tout un tort notable, qu'il est impossible d'éviter autrement ».¹²⁸

Disposition légitime de la vie physique

67. La vie physique, d'une part, exprime la personne et en assume la valeur, au point de ne pouvoir en disposer comme d'une chose, par ailleurs, elle n'épuise pas la valeur de la personne et n'en représente pas le meilleur bien.¹²⁹

C'est pourquoi, on peut légitimement disposer d'une partie de soi-même en vue du bien-être de la personne. De même que l'on peut la sacrifier ou la risquer pour un bien supérieur « tel que la gloire de Dieu, le salut des âmes ou le service envers les frères ». « La vie corporelle est un bien fondamental, condition, ici-bas, de tous les autres ; mais il y a des valeurs plus hautes pour lesquelles il peut être légitime ou même nécessaire de s'exposer au danger de la perdre ».¹³¹

Analgésie et anesthésie

Double aspect de la douleur

68. La douleur, d'une part, a en soi une fonction thérapeutique, car elle « facilite la confluence de la réaction physique et psychique de l'homme à l'attaque du mal »,¹³² et d'autre part, elle fait appel à la médecine par un traitement de calmants ou de suppression de la douleur.

Signification pénitentielle et salvifique

69. Pour le chrétien, la douleur a un autre sens, pénitentiel et salvifique. « Elle est, en effet, une participation à la passion du Christ et l'union au sacrifice rédempteur, qu'il a offert en hommage à la volonté du Père. Nous ne devons donc pas nous étonner si certains chrétiens désirent faire un usage modéré des analgésiques par l'acceptation volontaire au moins d'une partie de leurs souffrances, en vue de s'associer ainsi de manière consciente aux souffrances du Christ ».¹³³

Humanisation de la douleur

L'acceptation chrétiennement motivée et corroborée de la douleur, n'induisent pas à admettre que toute souffrance et toute douleur doivent être supportées envers et contre tout et que l'on ne puisse intervenir pour les soulager.¹³⁴ Au contraire, ceci peut déjà apparaître comme une voie de l'humanisation de la douleur. Cette même charité chrétienne exige des professionnels de la santé le soulagement de la souffrance physique.

Licéité et devoir de recourir à l'anesthésie et à l'analgésie

70. « A la longue, la douleur s'oppose à l'obtention de biens et d'intérêts supérieurs ».¹³⁵ Elle peut avoir des effets nocifs sur l'intégrité psychophysique de la personne. Une souffrance trop intense peut diminuer ou empêcher la maîtrise de l'esprit. C'est pourquoi, il est légitime, au-delà du seuil de tolérance, et c'est même un devoir pour le professionnel de la santé de prévenir, lénifier et éliminer la douleur. Est également, moralement conforme et opportun, l'engagement du chercheur qui tend à « soumettre la douleur au pouvoir de l'homme ».¹³⁶

L'anesthésie comme l'analgésie, « en intervenant directement sur l'élément le plus agressif et le plus bouleversant de la souffrance, restitue l'homme à lui-même, en lui offrant une expérience plus humaine de la souffrance ».¹³⁷

Licéité de la diminution et de la suppression des facultés supérieures

71. Parfois l'emploi de médicaments et de techniques analgésiques et anesthésiques, comportent la suppression ou la diminution de la conscience et de l'usage des facultés supérieures. Dans la mesure, où de telles interventions ne visent pas directement la perte de la conscience et de la liberté mais de la sensibilité à la douleur, et sont contenues dans les limites du seul besoin clinique, elles doivent être retenues éthiquement légitimes.¹³⁸

Le consentement informé du patient

Intervention du médecin par le dialogue

72. Lorsqu'il est appelé à intervenir médicalement sur un malade, le professionnel de la santé doit être en possession de son consentement exprès ou tacite.

Il ne jouit, en effet, « vis à vis de son patient d'aucun droit séparé ou indépendant. En général, il ne peut agir que si son patient l'autorise explicitement ou implicitement (directement ou indirectement) ».¹³⁹ Sans cette autorisation, il s'attribuerait un pouvoir arbitraire.¹⁴⁰

Par ailleurs, le rapport de santé est une relation humaine : dialogale et non objectale. Le patient « n'est pas un individu anonyme » sujet d'application de connaissances médicales, mais « une personne responsable, qui doit être appelée à une participation active dans l'amélioration de sa santé et jusqu'à la guérison complète. Il doit être mis en mesure de pouvoir choisir personnellement et non de subir les décisions et les choix d'autrui ».¹⁴¹

Droit au consentement informé

Pour que le choix soit opéré en toute conscience et liberté, il faut donner au malade une perception exacte de son mal et des possibilités thérapeutiques, ainsi que les risques encourus, les difficultés et les conséquences comportées.¹⁴² C'est-à-dire, qu'il faut demander au patient un *consentement informé*.

Distinction à propos de la présomption du consentement

73. Quant à la *présomption de consentement*, il faut faire une distinction entre le patient en mesure de comprendre et de vouloir et celui qui ne l'est pas.

Chez le premier on ne peut présumer le consentement : il doit être déterminé et explicite.

Principe de confiance au plan thérapeutique

Chez le second, au contraire, le professionnel de la santé peut, et dans des situations extrêmes, doit, présumer le consentement pour les interventions thérapeutiques, qu'en science et conscience, il estime devoir pratiquer. En cas d'absence momentanée de conscience et de volonté du malade, en vertu du *principe de confiance thérapeutique*, c'est-à-dire, de la confiance originaires par laquelle le patient s'est remis entre ses mains. En cas d'absence permanente de connaissance et de volonté, en vertu du *principe de responsabilité dans les soins de santé*, qui oblige le professionnel de la santé à prendre en charge la santé du patient.

Implication de la parenté

74. Quant aux parents, il faut les informer sur les traitements ordinaires et les impliquer dans les décisions

concernant les traitements extraordinaires et optionnels.

Recherche et expérimentation

Progrès scientifique et recherche expérimentale (p. 25)

75. Un acte thérapeutique en mesure d'intervenir toujours plus efficacement au bénéfice de la santé, par le fait même, est ouvert à l'investigation de nouvelles possibilités. Celles-ci sont le résultat d'une activité constante et progressive de la recherche et de l'expérimentation, qui réussit ainsi à mettre au point de nouvelles acquisitions sanitaires.

Procéder par voie de recherche et d'expérimentation est la loi de toute science appliquée : le progrès scientifique lui est structurellement connexe. Les sciences biomédicales et leur développement n'échappent pas à cette loi. Cependant, leur activité concerne un champ particulier d'application et d'observation qui est celui de la vie de la personne humaine.

Attentions dues à la dignité de la vie humaine

Cette dernière, en raison de sa singulière dignité, se présente à la recherche et à l'expérimentation clinique avec les précautions dues à un être qui a valeur de sujet et non d'objet. Aussi, on ne peut accorder aux sciences médicales la liberté d'investigation dont jouissent les sciences appliquées aux choses. « La norme éthique, fondée sur le respect de la dignité de la personne, doit éclairer et discipliner aussi bien la phase de la recherche que celle de l'application des résultats obtenus par son concours ». 143

Immoralité de la recherche opposée au vrai bien de la personne

76. Au cours de la phase de la *recherche*, la norme éthique exige d'être orientée « vers la promotion du bien-être humain ». ¹⁴⁴ Immorale, serait toute recherche contraire au vrai bien de la personne. Y investir des énergies et des ressources contredirait la finalité humaine de la science et de son progrès. ¹⁴⁵

Au cours de la phase *d'expérimentation*, c'est-à-dire, de la vérification sur l'homme des résultats d'une recherche, le bien de la personne, protégé par la norme éthique, exige le respect de conditions préalables connexes essentiellement au consentement et au risque.

Consentement en toute connaissance et liberté

77. Avant tout, *le consentement du patient*. Celui-ci « doit être informé quant à l'expérimentation, quant à son objectif et à ses risques éventuels, de façon à pouvoir donner ou refuser son consentement en pleine connaissance et liberté. Le médecin, en effet, ne possède sur le patient, que les droits que le patient lui-même lui confère ». ¹⁴⁶

Ce consentement peut être présumé quand il est au bénéfice du patient lui-même, et s'il s'agit d'expérimentation thérapeutique.

Facteur de risque et danger correspondant

78. En second lieu, *le facteur risque*. En soi, toute expérimentation comporte des risques. En vertu de ce principe « on ne peut exiger que tout danger et tout risque soient exclus. Ceci dépasserait les possibilités humaines, paralyserait toute recherche scientifique sérieuse, et tournerait très souvent au détriment du patient. Il y a cependant, un degré de danger que la morale ne peut permettre ». ¹⁴⁷

Critères spécifiques

Un sujet humain, en effet, ne peut être exposé au risque de la même manière qu'un être infrahumain. C'est un seuil, au-delà duquel, le risque devient humainement inacceptable. Ce seuil est délimité par le bien inviolable de la personne, qui défend de « mettre en danger, sa vie, son équilibre, sa santé ou d'aggraver son mal ». ¹⁴⁸

Documentation riche et garanties sûres

79. L'expérimentation ne peut être initiée et généralisée sans que soient prises toutes les précautions qui garantissent l'innocuité de l'intervention et l'atténuation du risque. La phase préclinique de base, vérifiée scrupuleusement, doit fournir la documentation la plus vaste et les garanties pharmaco-toxicologiques les plus sûres et la sécurité opératoire ». ¹⁴⁹

En vue de l'acquisition de ces assurances, si elles sont utiles et nécessaires, l'*expérimentation* de nouveaux médicaments ou de nouvelles techniques doit être pratiquée *sur les animaux* avant de s'adresser à l'homme. « Il est certain que l'animal est au service de l'homme et peut donc être objet d'expérimentation, cependant, il doit être traité comme une créature de Dieu, destinée ainsi à coopérer au bien de l'homme, mais non pas à

ses abus ». ¹⁵⁰ Il s'ensuit que chaque expérimentation doit « s'effectuer dans le respect de l'animal, sans lui infliger de souffrances inutiles ». ¹⁵¹

Principe du risque proportionné

Ces garanties obtenues, au cours de la phase clinique, l'expérimentation sur l'homme doit répondre au principe du *risque proportionné*, c'est-à-dire, de la proportion voulue entre les avantages et les risques prévisibles. Il faut, ici, distinguer entre l'expérimentation effectuée sur une personne malade, pour des fins thérapeutiques, et sur une personne en santé, pour des fins scientifiques et humanitaires.

Critères relatifs à la personne du malade

80. Au cours de l'*expérimentation sur la personne malade*, la proportion voulue est atteinte par la confrontation entre les conditions du malade et les effets prévisibles des médicaments ou des moyens en expérimentation. Cependant, un taux de risque qui peut s'avérer proportionné pour un malade donné ne le sera pas pour un autre.

Licéité du recours à des moyens non encore exempts de risque

Demeure valable le principe — énoncé ci-dessus — selon lequel « en l'absence d'autres remèdes, il est licite de recourir, avec le consentement du malade, aux moyens dont dispose la médecine de pointe, même s'ils en sont encore au stade expérimental et ne sont pas exempts d'un certain risque. En les acceptant, le malade peut donner l'exemple de la générosité en faveur du bien de l'humanité ». ¹⁵² Est toujours de mise, cependant, « un grand respect du patient dans l'application de nouveaux traitements encore en expérimentation... lorsque ces derniers présentent encore un taux élevé de risque ». ¹⁵³

« Dans les cas désespérés, quand le malade est perdu, si l'on n'intervient pas et qu'il existe un médicament, un moyen, une opération qui, sans exclure tout danger, gardent encore une certaine possibilité de succès, un esprit droit et réfléchi admet sans plus, que le médecin puisse, avec l'accord explicite ou tacite du patient, procéder à l'application de ce traitement ». 154

Expérimentation sur personne en santé et principe de solidarité

81. L'*expérimentation clinique* peut s'effectuer sur une personne en bonne santé, qui s'offre volontairement « pour contribuer par son initiative au progrès de la médecine, et ainsi, au bien de la communauté ». En ce cas, « étant sauve la propre intégrité substantielle, le patient peut légitimement assumer un certain taux de risque ». ¹⁵⁵

Ceci est légitimé par la solidarité humaine et chrétienne qui informe la démarche : « Donner quelque chose de soi-même, dans les limites fixées par la norme morale, peut constituer un témoignage de charité hautement méritoire et une occasion de croissance spirituelle significative au point de pouvoir compenser le risque d'une éventuelle diminution physique non substantielle ». ¹⁵⁶

De toute manière, il faut toujours interrompre l'expérimentation lorsque les résultats risquent de décevoir les espoirs que l'on en attendait.

Expérimentation sur embryons et fœtus humains

82. Étant donné la dignité de personne humaine qui revient à l'individu humain, dans sa phase prénatale, la *recherche et l'expérimentation sur les embryons et les fœtus humains* sont assujetties aux normes éthiques valables pour l'enfant déjà né et pour tout être humain.

En particulier, la *recherche*, c'est-à-dire, l'observation d'un phénomène donné, au cours de la grossesse, n'est autorisée que « s'il y a la certitude morale de ne causer aucun dommage ni à la vie ni à l'intégrité de l'enfant à naître et de sa mère, et à condition que les parents aient donné pour l'intervention sur l'embryon leur consentement libre et informé ». ¹⁵⁷

Critères uniquement thérapeutiques

L'*expérimentation*, au contraire, n'est possible que dans des objectifs purement thérapeutiques, en l'absence de tout autre traitement possible. « Aucune finalité, même noble en soi, comme la prévision d'une utilité pour la science, pour d'autres êtres humains ou pour la société, ne peut en quelque manière justifier l'expérimentation sur des embryons ou des fœtus humains vivants, viables ou non, dans le sein maternel ou en dehors. Le consentement informé, normalement requis pour l'expérimentation clinique, ne peut être concédé par les parents qui ne peuvent disposer ni de l'intégrité physique ni de la vie de l'enfant à naître... L'utilisation de l'embryon humain ou d'un foetus comme objet ou instrument d'expérimentation représente un délit à l'égard de leur dignité d'êtres humains ». « Est tout à fait contraire à la dignité humaine » et d'une manière toute spéciale « la pratique qui consiste à maintenir en vie des embryons humains *in vivo* ou *in vitro*,

à des fins expérimentales ou commerciales ».¹⁵⁸

Donation et transplantations d'organes

Valeur morale du don et de la greffe d'organe

83. Le progrès et la diffusion de la médecine et de la chirurgie des transplantations consent aujourd'hui le traitement et la guérison de nombreux malades qui, dans un passé récent, n'avaient plus qu'à attendre la mort, ou au mieux, une existence souffrante et limitée.¹⁵⁹

Ce « service envers la vie »,¹⁶⁰ qu'assument ainsi la donation et la transplantation d'organes, en définit la valeur morale et en légitime la pratique médicale, dans le respect dépendant de certaines conditions, relatives essentiellement au donateur et aux organes donnés et greffés. Toute transplantation d'organe ou de tissu humain comporte un explant qui altère en quelque sorte l'intégrité corporelle du donneur.

Greffe sur la personne elle-même

84. Les *auto-transplantations*, qui exigent que le prélèvement du greffon et la réimplantation se fassent sur la même personne, sont légitimés par le principe de totalité, en vertu duquel il est permis de disposer d'une partie pour le bien intégral de l'organisme.

Transplantations de personne à personne

85. Les *homo-transplantations*, dans lesquelles l'organe est prélevé sur un sujet de la même espèce que le receveur, sont légitimées par le principe de solidarité qui unit les êtres humains et par la charité qui invite au don envers les frères souffrants.¹⁶¹

Précision sur le principe de solidarité

« Avec l'avènement de la transplantation d'organes, dont le début furent les transfusions sanguines, l'homme a découvert le moyen de faire le don d'une partie de soi-même, de son sang, de son propre corps, afin que d'autres puissent continuer à vivre. Grâce à la science, à la formation professionnelle et au dévouement des médecins et du personnel soignant, apparaissent de nouveaux et merveilleux défis. Défi d'aimer notre prochain de manière nouvelle ; en termes évangéliques, défi d'aimer 'jusqu'à la fin' (Jn 13, 1), même dans des limites à ne pas dépasser, limites posées par la nature humaine elle-même ».¹⁶²

Le prélèvement d'organes dans les homo-transplantations peut venir d'un donneur en vie, ou d'un cadavre.

Critères de licéité sur le don d'organe de la part d'une personne en vie

86. Dans le premier cas, le prélèvement est légitime, à condition qu'il s'agisse d'organes dont le prélèvement n'implique pas une diminution grave et irréparable pour le donneur. « Une personne ne peut donner que ce dont elle peut se passer sans courir un sérieux danger pour sa propre vie ou son identité personnelle, et selon un motif juste et proportionné ».¹⁶³

Critères de licéité pour la donation à partir de cadavres

87. Dans le second cas, nous ne sommes plus en présence d'un vivant mais d'un cadavre. On lui doit toujours le respect comme à un cadavre humain, mais il n'a plus la dignité de sujet et la valeur de fin d'une personne vivante, « Le cadavre n'est plus, au sens propre du terme, un sujet de droit, car il est privé de la personnalité qui, seule, peut être sujet de droit ». Cependant « le destiner à des fins utiles, moralement irrépréhensibles et même élevées » est une décision « qu'il ne faut pas condamner mais justifier positivement ».¹⁶⁴

Certitude à la suite du diagnostic (p. 29)

Mais, il faut avoir la certitude d'être en présence d'un cadavre, pour éviter que la mort ne soit provoquée ou simplement hâtée par le prélèvement d'organe. Le prélèvement d'organes sur un cadavre est légitime à la suite du diagnostic de mort certaine du donneur. D'où le devoir de « prendre des mesures afin que le cadavre ne soit considéré et traité comme tel, avant que la mort n'ait été dûment constatée ».¹⁶⁵

Pour qu'une personne soit considérée comme un cadavre, il suffit de s'assurer de la mort cérébrale du donateur, laquelle consiste dans « la cessation irréversible de toute fonction cérébrale ». Quand la mort cérébrale totale est constatée avec certitude, c'est-à-dire, après les vérifications d'usage, il est licite de procéder au prélèvement d'organes, et de prolonger artificiellement les fonctions organiques pour conserver en vie les organes en vue de leur transplantation.¹⁶⁶

Organes à exclure

88. Éthiquement, tous les organes ne sont pas susceptibles de faire l'objet d'un don. De la transplantation

sont exclus l'encéphale et les gonades qui assurent l'identité respectivement individuelle et procréatrice de la personne. Il s'agit d'organes où prend corps spécifiquement le caractère unique inconfusable de la personne, que la médecine est tenue de protéger.

Greffes à partir d'espèces différentes du receveur

89. Il existe aussi des *transplantations hétérologues*, dans lesquelles l'organe prélevé est emprunté à un sujet d'espèce différente du receveur. « On ne peut dire que toute greffe de tissu (biologiquement possible) entre deux individus d'espèce différente soit moralement condamnable, mais il est non moins vrai que toute transplantation hétérologue biologiquement possible ne soit interdite ou ne puisse soulever d'objections. On doit distinguer selon les cas et considérer le tissu et l'organe qu'il s'agit de greffer. La transplantation de glandes sexuelles animales sur l'homme est à rejeter comme immorale ; au contraire la greffe de cornée d'un organisme non humain à un organisme humain ne soulèverait aucune difficulté si elle était biologiquement possible et indiquée ».¹⁶⁷

Immoralité pour certains organes

Parmi les transplantations hétérologues il faut ajouter la greffe d'organes artificiels, dont la licéité est conditionnée par le bénéfice effectif de la personne et par le respect de sa dignité.

Caractère oblatif du don

90. L'intervention médicale dans les transplantations « est inséparable de l'acte humain de don ».¹⁶⁸ Vivante ou morte, la personne sur laquelle on effectue le prélèvement doit pouvoir être reconnue comme un *donneur*, c'est à dire comme quelqu'un qui *a consenti librement* au prélèvement.

La transplantation suppose une décision antérieure, libre et consciente de la part du donneur ou de quiconque le représente légitimement, habituellement de sa parenté la plus proche. « C'est la décision d'offrir, sans aucune récompense, une partie du corps de quelqu'un pour la santé et le bien-être d'une autre personne. En ce sens, l'acte médical de la transplantation permet l'acte d'oblation du donneur, comme don sincère de soi qui exprime l'appel essentiel à l'amour et à la communion ».¹⁶⁹

Vocation à l'amour au-delà de la mort

La possibilité permise par le progrès biomédical, de « projeter au-delà de la mort leur vocation à l'amour » devrait inviter les personnes à « offrir, lorsqu'elles sont en vie, une partie de leur propre corps, offrande qui ne deviendra effective qu'après leur mort ». C'est « un acte de grand amour, l'amour qui consiste à donner sa vie pour les autres ».¹⁷⁰

Caractère médiateur de l'intervention médicale

91. S'inscrivant dans cette « économie » oblatif de l'amour, l'acte médical même de la transplantation, et même la simple transfusion de sang, « n'est pas une intervention comme une autre ». Il ne peut « être séparé de l'acte d'oblation du donneur, de l'amour qui donne la vie ».¹⁷¹

Ici le professionnel de la santé « devient médiateur de quelque chose de particulièrement significatif, le don de soi accompli par une personne — même après la mort — afin qu'un autre puisse vivre ».¹⁷²

Les dépendances

Escalade du phénomène de la dépendance

92. La dépendance, sous l'angle médico-sanitaire, est une condition d'accoutumance à une substance ou à un produit — comme médicament, alcool, stupéfiants, tabac — dont l'individu subit le besoin incoercible et dont la privation peut engendrer des troubles psychophysiques.

Le phénomène des dépendances, dans notre société, connaît une escalade croissante, préoccupante et dramatique sous certains aspects. Il est à mettre en relation, pour une part, avec la crise des valeurs et du sens de la vie, dont souffre notre société et la culture actuelle,¹⁷³ et d'autre part, avec le stress et les frustrations engendrées par l'efficacité, l'activisme et par la forte compétitivité anonyme des interactions sociales.

Pertinence sanitaire

Il est hors de doute que les maux causés par les dépendances et leur traitement ne relèvent pas de la pertinence exclusive de la médecine. A cette dernière, quoi qu'il en soit, revient une approche préventive et une thérapeutique spécifique.

Drogue

Causes de la toxicomanie

93. La *drogue* ou *toxicomanie* est presque toujours la conséquence d'une évasion déplorable de ses propres responsabilités, d'une contestation a priori de la structure sociale que l'on refuse sans propositions productives de réformes raisonnables, d'une expression de masochisme motivée par la carence des valeurs. Celui qui se drogue, ou ne comprend pas, ou a perdu le sens et la valeur de la vie, et la met en danger, au point de la perdre ; bien des cas de morts par *overdose* sont des suicides voulus. Le drogué acquiert une structure mentale nihiliste, préférant superficiellement le *néant* de la mort au *tout* de la vie.

Evaluation éthique de l'usage des drogues

94. D'un point de vue moral « se droguer est toujours illicite, parce que c'est renoncer de manière injustifiée et irrationnelle, à penser, à vouloir et à agir en personnes libres ».¹⁷⁴

Voie de récupération

L'appréciation du caractère illicite de la drogue n'est pas un jugement de condamnation du drogué. Ce dernier vit sa condition comme un « pesant esclavage » dont il a besoin d'être libéré.¹⁷⁵ La voie de la récupération ne peut être celle de la culpabilisation éthique ni celle de la répression légale, mais repose plutôt sur la réhabilitation qui, sans occulter les fautes éventuelles du drogué, en favorise la libération et la réintégration.

Restitution de la joie de vivre

95. La désintoxication du drogué va au-delà du traitement médical. D'ailleurs, les médicaments ici, ne servent à rien ou à peu de chose. La désintoxication est une intervention intégralement humaine, qui a pour objectif de « donner un sens plénier et définitif à l'existence »¹⁷⁶ et de restituer ainsi au drogué « la confiance en soi et une salubre estime de lui-même » qui lui fassent retrouver la joie de vivre.¹⁷⁷

Dans l'œuvre de récupération du toxicomane, l'important est « de faire effort pour connaître le sujet et comprendre son monde intérieur afin de l'amener à la découverte ou à la redécouverte de sa propre dignité d'homme, de l'aider à faire revivre et grandir, comme sujet actif, ses ressources personnelles que la drogue avait enfouies, en favorisant la réactivation confiante des mécanismes de sa volonté pour l'orienter vers de sûrs et nobles idéaux ».¹⁷⁸

Se droguer est contraire à la vie

96. La drogue est contre la vie. « On ne peut parler de la "liberté de se droguer" ni du "droit à la drogue", car l'être humain n'a pas le droit de se nuire à lui-même, il ne peut ni ne doit jamais abdiquer sa dignité personnelle qui lui vient de Dieu »¹⁷⁹ et encore bien moins il n'a le droit de faire payer son propre choix à autrui.

Alcoolisme

Evaluation éthique de l'alcoolisme

97. A la différence de la drogue, l'alcool n'est pas illégitime en soi « son usage modéré ne contrevient pas aux interdictions morales ».¹⁸⁰ Dans des limites raisonnables, le vin est un aliment.

« L'abus seul en est condamnable ».¹⁸¹ L'alcoolisme, qui crée la dépendance, obnubile la conscience, et en phase chronique, cause de graves dommages à l'organisme et à l'esprit.

Œuvre de récupération intégrale

98. L'alcoolique est un malade en demande de traitements médicaux et de soutien au plan de la solidarité et de la psychothérapie. A son égard, doivent être mises en œuvre des méthodes de réadaptation intégralement humaines ».¹⁸²

Tabagisme

Evaluation éthique du tabagisme

99. Il en est de même pour le tabac, dont le caractère illicite éthique, ne concerne pas l'usage en soi, mais l'abus. Aujourd'hui, on sait que l'excès de tabac est nocif à la santé et crée une dépendance : ce qui amène à réduire toujours davantage le seuil de cet abus.

Le tabac pose un problème de dissuasion et de prévention, qu'il faut résoudre surtout par l'éducation sanitaire et par l'information, même de type publicitaire.

Psycholéptiques

Usage des psycholéptiques

100. Les psycholeptiques constituent une catégorie spéciale de médicaments visant à éliminer l'agitation, les délires, les hallucinations ou à libérer de l'anxiété et de la dépression.¹⁸³

Critères de grande prudence

101. Pour prévenir, contenir et dépasser le risque de la dépendance et de l'accoutumance, les psycholeptiques sont administrés sous contrôle médical. « Le recours à des substances psychotropes pour calmer, même sur indication médicale, dans des cas bien déterminés de souffrances physiques ou psychiques, doit s'en tenir à des critères de grande prudence, pour éviter des formes dangereuses d'accoutumance et de dépendance ».¹⁸⁴

« Le devoir des autorités sanitaires, des médecins, des responsables des centres de recherche, est de s'employer à réduire au minimum ces risques au moyen de mesures adaptées en matière de prévention et d'information ». 185

Licéité éthique

102. Administrés en vertu de finalités thérapeutiques et du respect dû à la personne, les psycholeptiques sont éthiquement légitimes. Les conditions générales de caractère licite sont valables également pour l'intervention curative.

Respect de la capacité de décision du malade mental

En particulier, il faut demander le consentement, informé et respecté, du droit au refus de traitements, compte tenu des capacités de décision du malade mental. De même qu'il faut respecter le principe de proportionnalité thérapeutique dans le choix et l'administration de ces médicaments, basé sur une étiologie attentive des symptômes ou des raisons qui amènent un sujet à demander le médicament.¹⁸⁶

Illicéité de l'usage non thérapeutique

103. Moralement illicites, l'usage non thérapeutique et l'abus de psycholeptiques visant à potentialiser des prestations normales ou à procurer une sérénité artificielle et euphorique. De cette manière, les psycholeptiques sont employés au même titre que n'importe quelle substance stupéfiante, de telle sorte que les appréciations éthiques, formulées précédemment au sujet de la drogue, trouvent ici leur application.

Psychologie et psychothérapie

Composante psychologique de la pathologie du corps

104. Désormais il a été démontré, que dans la plupart des pathologies du corps se rencontre une composante psychologique au plan des causes comme au plan de la répercussion. C'est le rôle de la *médecine psychosomatique* qui soutient la valeur thérapeutique du rapport médecin-patient.¹⁸⁷

Le professionnel de la santé doit soigner ses rapports avec le patient afin que ses qualités humaines donnent plus de poids à son sens professionnel et que sa compétence soit plus efficace grâce à sa compréhension du malade.

L'approche du malade toute d'amour et d'humanité, sollicitée par une vision intégralement humaine de la maladie et confirmée par la foi,¹⁸⁸ s'inscrit dans l'efficacité thérapeutique du rapport médecin-malade.

Chemin psychothérapique ou libérateur et promotion

105. On peut aborder et traiter certains malaises et certaines maladies d'ordre psychique au moyen de la *psychothérapie*. Cette technique embrasse une variété de méthodes qui permettent à un individu d'aider son semblable à obtenir la guérison ou au moins une amélioration de son état.

La psychothérapie est essentiellement un *processus de croissance*, c'est-à-dire, une voie de libération des problèmes de l'enfance, ou si l'on veut, du passé, et une voie de promotion de l'individu dans l'acquisition de son identité, de son rôle et de ses responsabilités en vue de les assumer.

Critères de licéité éthique

106. A titre d'intervention thérapeutique, la psychothérapie est moralement acceptable.¹⁸⁹ Dans le respect de la personne du patient, bien entendu, à l'intériorité duquel elle a accès.

Ce respect exige du psychothérapeute qu'il ne viole pas l'intimité d'autrui sans son consentement et qu'il œuvre dans les limites de ce consentement. « De même qu'il est illicite de s'approprier le bien d'autrui ou d'attenter à son intégrité corporelle sans son consentement, ainsi il n'est pas permis de pénétrer contre sa volonté dans son monde intérieur, quelles que soient les techniques et les méthodes utilisées ».¹⁹⁰

Inviolabilité du monde intérieur

Ce même respect oblige à ne pas influencer et à ne pas forcer la volonté du patient. « Le psychologue, désireux du seul bien du patient, se montrera d'autant plus attentif à respecter les limites fixées à son action par la morale, qu'il tient entre ses mains, pour ainsi dire, les facultés psychiques d'un être, sa capacité d'agir librement et de réaliser les valeurs les plus hautes que sa destinée personnelle et sa vocation sociale comportent. 191

Exigence d'un sens éthique élevé

107. Au point de vue moral, les psychothérapies à privilégier sont la logopédie et le *counselling*. Cependant, toutes sont acceptables si elles sont exercées par des psychothérapeutes animés d'un sens éthique élevé.

Assistance pastorale et sacrement de l'Onction des Malades

Droit du malade et devoir de l'Église

108. L'*assistance pastorale* consiste en l'assistance spirituelle et religieuse des malades. Elle est un droit fondamental du malade et un devoir de l'Église (cf. *Mt* 10, 8 ; *Lc* 9, 2 ; 10, 9). Ne pas l'assurer, la rendre discrétionnaire, ne pas la favoriser ou y mettre obstacle, constitue une violation de ce droit et une infidélité à ce devoir.

Devoir essentiel et spécifique de la pastorale de la santé

Elle est un devoir essentiel et spécifique, mais non exclusif de l'équipe de pastorale de la santé. Pour une interaction nécessaire entre la dimension physique, psychique et spirituelle de la personne et par l'obligation de témoigner sa propre foi, tout professionnel de la santé est tenu de créer les conditions voulues, afin que l'assistance religieuse soit assurée, à toute personne qui en fait la demande ou expresse ou implicite. 192

Favoriser et accueillir l'assistance spirituelle

109. L'assistance religieuse comporte, au sein des structures sanitaires, l'existence d'espaces et de moyens adéquats pour l'exercer.

Le professionnel de la santé doit faire preuve d'une entière disponibilité pour favoriser et accueillir la demande d'assistance religieuse de la part du malade.

Là où cette assistance, pour des raisons occasionnelles ou générales, ne peut être exercée par un membre de l'équipe de pastorale, c'est le professionnel de la santé qui, dans les limites permises et possibles, devra s'en acquitter directement, dans le respect de la liberté et de la croyance religieuse du patient, bien conscient qu'en accomplissant cette tâche, il ne déroge pas à ses devoirs d'assistance de santé proprement dite.

Revivre la miséricorde de Dieu en Jésus-Christ

110. L'assistance religieuse des malades s'inscrit dans le cadre plus vaste de la pastorale de la santé, c'est-à-dire, de la présence et de l'action de l'Église, destinée à porter la parole et la grâce du Seigneur à ceux qui souffrent et à ceux qui en ont la responsabilité.

Évangéliser la maladie et célébrer les sacrements

Dans le ministère de tous ceux — prêtres, religieux et laïcs — qui, individuellement ou communautairement s'adonnent au soin pastoral des malades, revit la miséricorde de Dieu qui, en Jésus-Christ, s'est penché sur la souffrance humaine, et ainsi s'accomplit de manière singulière et privilégiée, l'œuvre d'évangélisation, de sanctification et de charité confiée par le Seigneur à son Église.¹⁹³

Témoigner la force thérapeutique de la charité

C'est dire, que l'assistance pastorale des malades revêt tout son sens dans la catéchèse, dans la liturgie et dans l'exercice de la charité. Il s'agit, respectivement, d'*évangéliser* la maladie, en aidant le malade à découvrir le sens rédempteur de la souffrance vécue en communion avec le Christ ; de *célébrer* les sacrements comme signes efficaces de la grâce créatrice et vivifiante de Dieu ; de *témoigner* par la « diakonia » (le service) et la « koïnonia » (la communion), la force thérapeutique de la charité.

Proximité de Dieu par l'Onction des malades

111. Par l'assistance pastorale l'amour de Dieu, plein de vérité et de grâce, se fait proche des malades au moyen d'un sacrement propre et particulier : *l'Onction des Malades*.¹⁹⁴

Effets spécifiques du sacrement

Administré à tout chrétien qui verse dans des conditions de vie précaires, ce sacrement est un remède pour le corps et pour l'esprit ; un soulagement et une force pour le malade dans l'intégralité de son être corporel-

spirituel ; une lumière qui éclaire le mystère de la souffrance et de la mort et une espérance qui ouvre le présent de l'homme au futur de Dieu. « Il vient en aide à tout l'homme pour son salut, le revigore par la confiance en Dieu et lui obtient des forces neuves contre les tentations du malin et l'anxiété de la mort ».¹⁹⁵

Catéchèse préparatoire opportune

En vertu de l'efficacité de sa grâce envers le malade, l'Onction des Malades « n'est pas le sacrement de ceux-là seuls qui sont en fin de vie ». C'est pour cela que « le temps opportun pour le recevoir, est déjà, sans aucun doute, celui de la maladie et de la vieillesse, quand le fidèle commence à être en danger de mort ».¹⁹⁶

Comme tout sacrement, l'Onction des Malades doit être précédée par une catéchèse adéquate, afin de faire du bénéficiaire, le malade, un sujet conscient et responsable envers la grâce du sacrement et non un objet inconscient d'un rite de mort imminente ».¹⁹⁷

112. Le ministre même de l'Onction des Malades, c'est le prêtre seul, lequel pourvoit à la conférer « aux fidèles dont l'état de santé est sérieusement compromis par la vieillesse ou par la maladie ». Pour apprécier la gravité du mal, « un jugement prudent ou probable » est suffisant.

Ministres de l'Onction

La célébration de l'Onction des Malades communautaire peut aider à dépasser les préjugés négatifs contre le sacrement et à en valoriser le sens ainsi que sa signification de solidarité ecclésiale.

Répétition de l'Onction

L'Onction des Malades peut être réitérée, lorsque le malade, guéri de la maladie à l'occasion de laquelle il l'a reçue, tombe de nouveau malade, ou si au cours d'une même maladie son état s'aggrave.

Les personnes susceptibles de recevoir l'Onction

Le sacrement peut être administré avant une intervention chirurgicale, lorsqu'elle est nécessitée par un « mal dangereux ».

Aux vieillards, on peut administrer l'Onction des Malades « quand leurs forces s'affaiblissent considérablement, même en l'absence de maladie grave ».

Si l'occasion s'en présente, elle peut être conférée aussi aux enfants « pourvu qu'ils aient atteint un usage suffisant de la raison ».

Dans le cas de malades en état d'inconscience ou privés de l'usage de la raison, on la confère « si l'on estime qu'eux-mêmes, en possession de leurs facultés, en tant que croyants, en auraient fait la demande, au moins implicitement ».

« A un patient, déjà mort, on ne peut administrer le sacrement ».¹⁹⁸

« Dans le doute, lorsque le malade a atteint l'usage de la raison, s'il est gravement malade ou s'il vient de mourir, le sacrement doit être administré ».¹⁹⁹

Signification propre du Viatique

113. L'Eucharistie, aussi, comme *Viatique*, recouvre un sens et une efficacité propre pour le malade. « Le Viatique du corps et du sang du Christ fortifie le fidèle et le munit du gage de la résurrection, selon la parole du Seigneur : "Qui mange ma chair et boit mon sang a la vie éternelle, et moi, je le ressusciterai au dernier jour" » (Jn 6, 54).²⁰⁰

L'Eucharistie est pour le malade le viatique de vie et d'espérance. « La communion en Viatique est, en effet, un signe spécial de la participation au mystère célébré dans le sacrifice de la Messe, le mystère de la mort du Seigneur et de son passage au Père ».²⁰¹

Obligation de demander et de recevoir le Viatique

C'est donc une obligation pour le chrétien de demander et de recevoir le Viatique et c'est un devoir pastoral pour l'Église de le lui administrer.²⁰²

Le Ministre du Viatique, c'est le prêtre. A son défaut, le diacre ou un ministre extraordinaire de l'Eucharistie.²⁰³

III LA MORT

Assistance jusqu'au terme naturel

114. Pour le professionnel de la santé, servir la vie c'est l'assister jusqu'à son déclin naturel.

La vie est entre les mains de Dieu. Il en est le Seigneur, Lui seul en dicte l'instant final. Tout fidèle serviteur veille sur l'accomplissement de la volonté de Dieu en la vie de tout homme confié à ses soins. Il ne se considère pas l'arbitre de la mort, ni l'arbitre de la vie de qui que ce soit.

Les malades en phase terminale

Le professionnel de la santé et les malades en phase terminale

115. Quand l'état de santé se détériore de manière irréversible et mortelle, l'homme entre dans la phase terminale de son existence terrestre. Sa vie devient particulièrement et progressivement plus difficile et plus précaire. Au mal et à la souffrance physique s'ajoute le drame psychologique et spirituel du détachement que la mort entraîne et comporte.

Le malade en phase terminale est une personne en demande d'accompagnement humain et chrétien ; les médecins et les infirmières sont appelés à lui apporter leur contribution qualifiée et inaliénable.

Il s'agit de mettre en œuvre une assistance sanitaire, particulière au mourant, car dans sa mort l'homme doit être en mesure de se reconnaître vivant et de le vouloir. « Plus que jamais, à l'article de la mort et dans la mort elle-même, il convient de célébrer et d'exalter la vie. Celle-ci doit être pleinement respectée, protégée et assistée, même chez ceux qui en vivent la conclusion naturelle... L'attitude devant le malade en phase terminale est souvent la pierre de touche du sens de la justice et de la charité, de la noblesse d'âme, de la responsabilité et de la capacité des professionnels de la santé, à commencer par les médecins ».²⁰⁴

Dernier moment de la vie humaine

116. La mort appartient à la vie comme son ultime phase. On doit donc la soigner comme tout autre moment de la vie. Elle interpelle la responsabilité thérapeutique du professionnel de la santé au même titre, et dans la même mesure, que tout autre événement de la vie humaine.

Mourir en famille (p. 38)

Le mourant, ne quitte pas le lieu d'hospitalisation en tant que « condamné », sans espoir de guérison ; il ne peut être abandonné à sa solitude et à celle de sa famille, mais doit être confié aux soins d'autres médecins et infirmières. Ces derniers, en s'intégrant et en intervenant par l'assistance d'aumôniers, d'assistants sociaux, de bénévoles, des parents et des amis, permettent au mourant d'accepter sa mort et de la vivre.²⁰⁵ Aider une personne à mourir c'est l'aider à vivre avec intensité l'ultime expérience de sa vie. Lorsque cela est possible, et que l'intéressé l'agrée, il faut lui donner la possibilité de finir ses jours en famille avec une assistance sanitaire adéquate.

Soins palliatifs et symptomatiques

117. On doit procurer au malade en phase terminale les traitements médicaux susceptibles d'alléger le côté pénible de la mort. C'est dans cette perspective que rentrent les soins palliatifs ou symptomatiques.

Présence humaine et chrétienne du professionnel de la santé

Les premiers soins consistent en une « présence affectueuse » auprès du mourant.²⁰⁶ C'est une présence spécifiquement médico-sanitaire, laquelle, sans lui faire illusion, lui donne conscience d'être en vie, d'être une personne parmi les autres, bénéficiaire, comme tout être dans le besoin, et en demande d'attention et de prévenance. Cette présence attentive et prévenante, inspire confiance et espérance chez le malade et le réconcilie avec la mort.²⁰⁷ C'est un apport unique que les infirmières et les médecins, par leur comportement humain et chrétien, avant même leur compétence, doivent et sont en mesure d'accorder au mourant, afin qu'au refus succède l'acceptation, et que l'espérance prévale sur l'angoisse.

On soustrait ainsi la mort humaine au « phénomène de la médicalisation » qui impose à la phase terminale de la vie « de se dérouler dans des milieux surpeuplés et bruyants, sous le contrôle d'un personnel médico-sanitaire préoccupé davantage de l'aspect biophysique de la maladie ». Tout ceci « est perçu de manière croissante comme peu respectueux du contexte humain de la personne souffrante ».²⁰⁸

La foi, source de sérénité et de paix

118. « Devant le mystère de la mort, on reste impuissant ; les certitudes humaines chancellent. Mais c'est

justement devant cet échec que la foi chrétienne... se présente comme une source de sérénité et de paix... Ce qui semblait dépourvu de sens acquiert signification et valeur ».

Espérance de la vie éternelle

Quand un tel « échec » a lieu dans la vie d'une personne, en cette heure décisive de son existence, *le témoignage de foi et d'espérance en Jésus-Christ* du professionnel de la santé a un rôle déterminant. En effet, il ouvre de nouveaux horizons de résurrection et de vie, à celui qui voit se fermer les perspectives de l'existence terrestre.

« Au-delà de tous les réconforts humains, personne ne peut ignorer l'aide considérable apportée aux mourants et à leurs familles par la foi en Dieu et l'espérance en une vie éternelle ». ²¹⁰ Être une présence de foi et d'espérance représente pour les médecins et les infirmières la plus haute forme d'humanisation de la mort. Ceci va au-delà du soulagement d'une souffrance. C'est s'employer par ses propres soins à « faciliter au malade la venue de Dieu ». ²¹¹

Mourir avec dignité

Sauvegarder la dignité du mourant (p. 39)

119. Le droit de vivre se précise chez le malade en phase terminale comme un « droit de mourir en toute sérénité, dans la dignité humaine et chrétienne ». ²¹²

Ceci ne veut pas dire le pouvoir de se donner ou de se faire donner la mort, mais de vivre humainement et chrétiennement sa mort et de ne pas la fuir « à tout prix ». Ce droit a fini par arriver à la conscience claire de l'homme d'aujourd'hui pour le protéger, au moment de la mort contre « une technicité qui risque de devenir abusive ». ²¹³

Non à l'acharnement thérapeutique

La médecine actuelle dispose, en effet, de moyens susceptibles de retarder artificiellement la mort, sans que le patient n'en retire un bénéfice réel. Il est simplement maintenu en vie ou on réussit seulement à prolonger sa vie, au prix de nouvelles et pénibles souffrances. Il s'agit ici de « l'acharnement thérapeutique », qui consiste dans « l'usage de moyens particulièrement épuisants et pénibles pour le malade, qui le condamnent, en fait, à une agonie prolongée artificiellement ». ²¹⁴

Ceci est contraire à la dignité du mourant et au devoir moral de l'acceptation de la mort et de la poursuite ultime de son cours. « La mort est un fait inévitable de la vie humaine » : ²¹⁵ on ne peut la retarder inutilement, en la fuyant par tous les moyens. ²¹⁶

Principe de la proportionnalité des soins

120. Conscient de n'être « ni le maître de la vie, ni le maître de la mort » le professionnel de la santé, dans l'évaluation des moyens « doit faire les choix opportuns, c'est-à-dire, s'en rapporter au patient, et agir en fonction de ses conditions réelles ». ²¹⁷

C'est ici que s'applique le principe — énoncé précédemment — de la « *proportionnalité dans les soins* » qui se précise ainsi : « Dans l'imminence d'une mort inévitable, en dépit de tous les moyens utilisés, il est licite, en conscience, de prendre la décision de renoncer aux traitements qui procureraient uniquement une prolongation précaire et pénible de la vie, sans toutefois interrompre les traitements habituels dus aux malades en des cas semblables. C'est pourquoi, le médecin n'a aucune raison d'être angoissé comme s'il n'avait pas prêté assistance à une personne en danger ».

Non à la suspension de l'alimentation et de l'hydratation exigées

L'alimentation et l'hydratation, même artificielles, rentrent dans les cures normales toujours dues au malade quand elles ne sont pas dangereuses pour lui ; leur suspension induite pourrait revêtir la signification d'une véritable euthanasie.

Soins respectueux envers la vie et envers la mort

121. Il ne s'agit pas pour le médecin et ses collaborateurs de décider de la vie ou de la mort d'un individu. Il s'agit simplement d'être médecin, c'est-à-dire, de s'interroger et de décider en science et conscience, du traitement respectueux de la vie et de la mort du malade qui lui est confié. Cette responsabilité n'exige pas toujours et à tout prix, de recourir à tout moyen. Elle peut même demander d'y renoncer, en vue d'une acceptation sereine et chrétienne de la mort inhérente à la vie. Elle peut encore signifier le respect de la volonté du malade qui refuse l'utilisation de ces moyens. ²¹⁹

L'usage des analgésiques chez les malades en phase terminale

Médicaments humanisants

122. Parmi les traitements à procurer au malade en phase terminale il faut ajouter l'administration d'analgésiques. Ils favorisent une évolution moins dramatique, et concourent à l'humanisation et à l'acceptation de la mort.²²⁰

Ceci, pourtant, ne constitue pas une norme générale de comportement.²²¹ On ne peut, en effet, imposer à tous un « comportement héroïque »²²² Par ailleurs, bien des fois, « la douleur diminue la force morale » de la personne :²²³ les souffrances « aggravent son état de faiblesse et d'épuisement physique, s'opposent à l'élan de l'âme et usent ses forces morales au lieu de les soutenir. Au contraire, la suppression de la douleur procure une relaxation de l'organisme et du psychisme, qui facilite la prière et rend possible un don plus généreux de soi-même ». ²²⁴

Comportement de prudence humaine et chrétienne

« La prudence humaine et chrétienne suggère chez la plupart des malades l'usage des médicaments visant à calmer ou supprimer la douleur, même au prix d'une certaine torpeur et d'une moindre lucidité. Quant à ceux qui ne sont pas capables de s'exprimer, on pourra raisonnablement présumer qu'ils désireraient prendre ces calmants et on les leur administrera selon les conseils du médecin ». ²²⁵ L'usage des analgésiques chez les mourants, cependant, n'est pas exempt de difficultés.

Risque d'anticiper la mort

123. Avant tout, leur utilisation peut avoir pour effet, outre le soulagement de la douleur, également l'*anticipation de la mort*.

Quand « des raisons proportionnées » l'exigent « il est permis d'utiliser avec modération des narcotiques qui soulageront les souffrances, mais qui entraîneront aussi une mort plus rapide ». ²²⁶ Dans ce cas, « la mort n'est voulue ou recherchée en aucune manière, bien qu'on en encoure le risque pour une cause raisonnable : on entend simplement calmer la douleur de manière efficace, par l'usage, à cet effet, des analgésiques dont la médecine dispose ». ²²⁷

Non à la suppression de la conscience chez le mourant

124. En outre, existe l'éventualité de provoquer au moyen des analgésiques, *la suppression de la conscience* chez le mourant. Cet emploi mérite une considération particulière. ²²⁸

« Il ne faut pas, sans des raisons graves, priver le mourant de sa conscience ». ²²⁹ Parfois, le recours systématique aux narcotiques qui réduisent le malade à l'inconscience cache un désir, souvent inconscient, chez les professionnels de la santé, de ne pas maintenir une relation avec le mourant. De sorte que l'on ne cherche pas tant à soulager la souffrance du malade, mais plutôt les inconvénients résultant de son état. On prive le mourant de la possibilité de « vivre sa propre mort », en le plongeant dans une inconscience indigne d'un être humain. ²³⁰ C'est la raison pour laquelle, l'administration des narcotiques dans le seul objectif d'éviter au mourant une fin consciente est une « pratique vraiment déplorable ». ²³¹

Quand l'anesthésie est licite

Bien différente, l'indication clinique, sérieuse et motivée, en faveur de l'utilisation d'analgésiques suppressifs de la conscience, dans le cas de douleurs violentes et insupportables. Ici, l'anesthésie peut être considérée comme licite, mais à des conditions préalables : si le mourant a satisfait ou pourra encore accomplir ses devoirs moraux, familiaux et religieux. ²³²

La vérité due au mourant

Faire connaître la vérité

125. La vérité sur le diagnostic et le pronostic à révéler au mourant, et plus généralement, à ceux qui sont atteints d'un mal incurable, pose un problème de communication.

Responsabilité de l'accomplissement de certains devoirs

La perspective de la mort en complique et en dramatise la notification, mais ne dispense pas de la *véracité*. La communication entre le mourant et ses assistants ne peut s'en tenir à la fiction. Celle-ci ne constitue jamais une possibilité humaine pour le mourant et ne contribue pas à l'humanisation de la mort.

Il existe un *droit pour la personne d'être informée sur son propre état de vie*. Ce droit ne disparaît pas en présence d'un diagnostic et d'un pronostic de maladie qui entraîne la mort, mais il comporte des motivations ultérieures.

En effet, à cette information correspondent d'importantes responsabilités auxquelles on ne peut se soustraire. Il y a des responsabilités liées aux traitements qui doivent être exécutés avec le consentement

informé du patient.

L'approche de la mort comporte la responsabilité d'accomplir des tâches précises concernant les rapports avec la famille, la mise en ordre d'éventuelles questions professionnelles, la résolution de différends avec des tierces personnes. Pour un croyant, l'approche de la mort exige qu'il soit dans la condition voulue pour poser certains actes en toute conscience, surtout celui de sa réconciliation avec Dieu par le sacrement de la Pénitence.

La mort : moment essentiel de la vie

On ne peut abandonner à l'inconscience une personne à l'« heure » décisive de sa vie, en la soustrayant à elle-même et à ses ultimes et plus importantes décisions. « La mort représente un moment trop essentiel pour en éviter la perspective ».²³³

Discernement et tact humain

126. Le devoir de la vérité au malade en phase terminale exige du personnel soignant *discernement et tact humain*.

Il ne peut consister en une communication détachée et indifférente du diagnostic de la maladie et de son pronostic. La vérité ne doit pas être sous-entendue mais ne doit pas non plus, être notifiée dans sa froide et nue réalité. Elle doit être dite en s'ajustant sur la longueur d'onde de l'amour et de la charité, en invitant tous ceux qui assistent le malade à quelque titre à y adhérer en pleine harmonie.

Rapport de confiance dans la vérité et la charité

Il s'agit d'établir avec le malade une relation de confiance, d'accueil et de dialogue qui sait trouver les moments et les paroles ; lors d'une conversation qui sait discerner et respecter les temps du malade et s'y adapter. C'est adopter un langage qui sait accueillir les demandes et aussi les susciter pour les orienter progressivement vers la connaissance de son état. Celui qui veut être présent au malade et sensible à son sort, sait trouver les paroles et les réponses qui permettent de communiquer en vérité et en charité : « en faisant la vérité dans la charité » (*Ep 4, 15*).

Relation solidaire avec le malade

127. « Chaque cas singulier a ses exigences en fonction de la sensibilité et des capacités de chacun, de la relation avec le malade et de l'état de ce dernier ; en prévision de ses réactions éventuelles (rébellion, dépression, résignation, etc..) ; on se préparera à l'aborder dans le calme et avec tact ».²³⁴ L'important n'est pas dans l'exactitude des paroles, mais dans la relation solidaire avec le malade. Il ne s'agit pas seulement de transmettre des données cliniques mais de communiquer des valeurs.

Relation de partage et de communion

Dans cette relation, la perspective de la mort n'est plus inéluctable, elle perd de son pouvoir angoissant, le patient ne se sent pas abandonné et condamné à la mort. La vérité qui lui est ainsi communiquée ne le ferme pas à l'espérance, elle lui fait prendre conscience d'être en vie, dans une *relation de partage et de communion*. Il n'est pas seul avec son mal : il se sent compris en vérité, réconcilié avec lui-même et avec autrui. Sa vie, en dépit de tout, a un sens, et se déploie sur un horizon de valeurs authentiques qui transcendent la mort,

Le moment de la mort

Dissociation des éléments de l'organisme

128. L'emploi de techniques de réanimation et le besoin en organes vitaux pour la chirurgie de transplantation posent, de manière nouvelle, aujourd'hui, le problème du diagnostic de l'état de mort.

La mort est regardée et éprouvée par l'homme comme une décomposition, une dissolution, une rupture.²³⁵ « Elle survient quand le principe spirituel qui préside à l'unité de l'individu ne peut plus exercer ses fonctions sur l'organisme et dans l'organisme dont les éléments abandonnés à eux-mêmes, se dissocient. Certes, cette destruction n'atteint pas l'être humain tout entier. La foi chrétienne — elle n'est pas la seule — affirme la persistance, au-delà de la mort, du principe spirituel de l'homme ». La foi entretient chez le chrétien l'espérance de « retrouver son intégrité personnelle transfigurée et définitivement possédée en Christ (cf. 1 *Cor 15,22*) ».²³⁶

Rupture douloureuse mais pleine d'espérance

Cette foi riche d'espérance n'exclut pas que « la mort soit une rupture douloureuse ». Mais, « l'instant de cette rupture n'est pas directement perceptible et le problème consiste à en identifier les signes ».²³⁷ La

constatation et l'interprétation de ces signes n'est pas de la pertinence de la foi et de la morale mais de la science médicale : « c'est au médecin que revient.. de donner une définition claire et précise de la mort et de l'instant de la mort ». ²³⁸ « Les scientifiques, les analystes et les érudits doivent poursuivre leurs recherches et leurs études pour déterminer de la manière la plus exacte l'instant précis de la mort et son signe irrécusable ». ²³⁹

Cette détermination acquise, c'est à sa lumière que se résolvent les questions et les conflits suscités par les nouvelles technologies et par les nouvelles possibilités thérapeutiques. La morale, en effet, ne peut pas ne pas reconnaître la détermination biomédicale comme un critère décisif.

Définition biomédicale de la mort

129. En entrant au cœur de cette détermination l'Académie Pontificale des Sciences a donné une contribution autorisée. Avant tout, à la *définition biomédicale de la mort* : « une personne est morte quand elle a subi une perte irréversible de chaque capacité d'intégration et de coordination des fonctions physiques et mentales du corps ».

En second lieu, à la précision du moment de la mort « la mort survient quand : a) les fonctions spontanées du cœur et de la respiration ont cessé définitivement, ou bien b) si est constatée la cessation irréversible de chacune des fonctions cérébrales ». En réalité, « la mort cérébrale est le vrai critère de la mort, puisque l'arrêt définitif des fonctions cardiorespiratoires entraîne très rapidement la mort cérébrale ». ²⁴⁰

La foi et la morale font leurs ces conclusions de la science. Elles exigent, cependant, de la part des professionnels de la santé, un emploi plus précis des différentes méthodes cliniques et instrumentales en vue d'un diagnostic sûr de la mort, afin de ne pas déclarer qu'une personne est morte et de la traiter comme telle alors qu'elle ne l'est pas.

L'assistance religieuse du mourant

Evangéliser la mort

130. La *crise*, que l'approche de la mort comporte, invite le chrétien et l'Église à se faire porteurs de la lumière de vérité, que seule la foi peut donner sur le mystère de la mort.

La mort est un événement qui introduit dans la vie de Dieu, sur lequel la révélation seule peut prononcer une parole de vérité. Cette vérité est annoncée au mourant, dans la foi. L'annonce « pleine de grâce et de vérité » (*Jn I*, 14) de l'Évangile accompagne le chrétien dès le début de la vie jusqu'à son trépas. La dernière parole de l'Évangile c'est la parole de vie qui vainc la mort et ouvre la mort humaine à l'espérance la plus grande.

Modes d'évangélisation

131. Il faut donc *évangéliser la mort* : annoncer la mort au mourant. C'est un devoir pastoral de la communauté ecclésiale et de chacun de ses membres, en fonction de la responsabilité de chacun. Une tâche particulière incombe à l'aumônier de santé, appelé de manière toute particulière à veiller à la pastorale des mourants dans le milieu plus vaste de celui des malades.

Pour lui, cette tâche requiert, non seulement son engagement personnel auprès des mourants confiés à ses soins, mais aussi la promotion de la pastorale au plan de l'organisation des services religieux, la formation et la sensibilisation des professionnels de la santé, et l'implication de la famille et des amis.

L'annonce de l'Évangile au mourant trouve dans l'exercice de la charité, la prière et les sacrements, des modes d'expression à réaliser et à privilégier.

Amour de Dieu dans le prochain

132. La *charité* exprime cette présence de don et d'accueil qui crée une communion effective avec le mourant, communion faite d'attention, de compréhension, de prévenances, de patience, de partage, de gratuité.

La charité voit en lui, comme en aucun autre, le visage du Christ souffrant et mourant qui l'invite à l'amour. La charité envers le mourant — ce « pauvre » qui est en train de renoncer à tous les biens de ce monde — est une expression privilégiée de l'amour de Dieu dans le prochain (cf. *Mt 25*, 31-40).

L'aimer en toute charité chrétienne c'est l'aider à reconnaître la mystérieuse présence de Dieu à ses côtés et la lui rendre vivante : dans la charité du frère transparaît l'amour du Père.

Communion avec Dieu dans la communion des saints

133. La charité ouvre le mourant à la prière, c'est-à-dire, à la communion avec Dieu. En elle, il est relié à Dieu comme au Père qui accueille ses enfants revenant à Lui.

Favoriser la prière chez le mourant et prier avec lui c'est l'ouvrir aux horizons de la vie en Dieu. C'est donc,

en même temps, entrer dans cette « communion des saints » où se nouent sur un mode nouveau tous les liens que la mort semble rompre irrémédiablement.

Présence sacramentelle salvifique du Christ

134. Le moment privilégié de la prière avec le mourant c'est la célébration des sacrements : les signes, pleins de grâce, de la présence salvifique de Dieu.

Le sacrement de l'*Onction des Malades*, par lequel l'Esprit Saint parachève chez le chrétien l'assimilation au Christ, initiée au Baptême, le rend, par dessus tout, participant définitivement de la victoire pascale sur le mal et sur la mort.

Le *Viatique*, c'est l'aliment eucharistique, le pain de la communion avec le Christ, qui donne au mourant la force d'aborder l'étape ultime et décisive du chemin de la vie.

La *Pénitence*, c'est le sacrement de la réconciliation : en paix avec Dieu, le mourant est en paix avec lui-même et avec son prochain.

Foi pénétrée de charité

135. Dans cette *foi* remplie de *charité*, l'impuissance devant le mystère de la mort n'est pas subie comme angoissante et paralysante. Le chrétien trouve l'*espérance* et en elle la possibilité, en dépit de tout, de vivre sa mort et non de la subir.

La suppression de la vie

Droit inviolable à la vie

136. L'inviolabilité de la vie humaine signifie et implique enfin le caractère illicite de tout acte directement suppressif. « L'inviolabilité du droit à la vie de l'être humain innocent « de la conception à la mort » est un signe et une exigence de l'inviolabilité même de la personne, à laquelle le Créateur a fait le don de la vie ». ²⁴¹ Dieu lui-même « se dresse en défenseur de chaque vie innocente » : « Je demanderai compte de la vie de l'homme à l'homme, et à chacun de celle de son frère » (*Gen* 9, 5 ; *Mt* 19, 18 ; *Rom* 13, 9). Son commandement est catégorique : « Tu ne tueras pas » (*Ex* 23, 7) ; « Tu ne feras pas mourir l'innocent et le juste, parce que moi je n'absous pas le coupable » (*Ex* 23, 7). ²⁴²

Droit exclusif de Dieu

137. C'est pourquoi « personne ne peut attenter à la vie d'un homme innocent sans s'opposer à l'amour que Dieu a pour lui, sans violer un droit fondamental, inaliénable et auquel il est impossible de renoncer ». ²⁴³

Non catégorique à toute autorité (p. 46)

Ce droit arrive à l'homme *immédiatement* de Dieu (non par d'autres : parents, société, autorité humaine). « Aussi, aucun homme, aucune autorité humaine, aucune science, aucune "indication" médicale, eugénique, sociale, économique, morale, ne peut exhiber ou donner un titre juridique valide pour une disposition délibérée relative à une vie humaine innocente, c'est-à-dire, une disposition qui viserait à sa destruction, soit dans son objectif, soit au titre de moyen en vue d'un autre but qui, en soi, ne serait, peut-être, en rien illicite ». ²⁴⁴

En particulier « rien et personne ne peut autoriser le meurtre d'un être humain innocent, fœtus ou embryon, enfant ou adulte, vieillard, malade, incurable ou agonisant. Personne, par ailleurs, ne peut demander ce geste homicide pour soi-même ou pour un autre confié à sa responsabilité, ni ne peut y consentir, explicitement ou implicitement. Aucune autorité ne peut légitimement l'imposer ni le permettre. Il s'agit, en effet, d'une violation de la loi divine, d'une offense à la dignité de la personne humaine, d'un crime contre la vie, d'un attentat contre l'humanité ». ²⁴⁵

Droit de sauvegarder la vie

138. « Ministres de la vie et jamais instruments de mort », ²⁴⁶ aux professionnels de la santé « incombe le devoir de protéger la vie, de veiller afin qu'elle évolue et se développe au cours de toute son existence, dans le respect du dessein tracé par le Créateur ». ²⁴⁷

Vigilance particulière

Ce ministère vigilant de sauvegarde de la vie humaine réproche l'*homicide* comme un acte moralement grave, en contradiction avec la mission médicale, et s'oppose à la mort volontaire, le *suicide*, comme « inacceptable » dissuadant quiconque en serait tenté. ²⁴⁸

Parmi les modalités de suppression de la vie, homicide ou suicide, il y en a deux — l'avortement et l'euthanasie — envers lesquelles le ministère doit être extrêmement vigilant et en un certain sens

prophétique, en raison du contexte culturel et législatif trop souvent insensible, sinon favorable à leur diffusion.

L'avortement

Non à la culture abortive

139. L'inviolabilité de la personne humaine à partir du moment de la conception, interdit l'*avortement* en tant que suppression de la vie prénatale. C'est une « violation directe du droit fondamental de l'être humain »,²⁴⁹ et il constitue « un délit abominable ».²⁵⁰

Gravité de l'indifférence éthique et de la mentalité abortive

Il faut s'en référer explicitement à la suppression abortive de la vie et à sa gravité morale, en raison de la facilité avec laquelle on recourt aujourd'hui à cette pratique homicide et en raison de l'indifférence éthique à son encontre, induite par une culture hédonistique et utilitariste, issue d'un matérialisme théorique et pratique, qui a engendré une véritable mentalité favorable à l'avortement.

L'élimination de la vie de l'enfant à naître indésirable, est devenue une mentalité trop répandue, financée par le denier public et facilitée par des lois permissives et garanties.²⁵¹ Tout ceci entraîne fatalement bien des personnes à ne plus éprouver aucune responsabilité envers la vie à naître et à banaliser une faute grave.²⁵²

Contre toute action suppressive de la vie (p. 47)

140. L'Église, comme tout homme qui aime la vie, ne peut s'accoutumer à cette mentalité et fait entendre sa voix en faveur de la vie, en particulier quand elle est faible et méconnue, comme la vie embryonnaire et fœtale.

Elle rappelle les professionnels de la santé à leur *fidélité professionnelle*, qui ne tolère aucune action en vue de la suppression de la vie, malgré « le risque d'incompréhensions, de malentendus, et même de graves discriminations » que cette cohérence peut comporter.²⁵³ La *fidélité médico-sanitaire* ne légitime en rien toute intervention chirurgicale ou pharmaceutique, qui vise à interrompre la grossesse en l'une ou l'autre de ses phases.

Évaluation des cas limites

141. Il est vrai aussi, qu'en certains cas, en refusant l'avortement, on porte préjudice à des biens importants qu'il est normal de vouloir sauvegarder. C'est le cas de la santé de la mère, de la charge d'un enfant en plus, d'une grave malformation fœtale, d'une grossesse dont l'origine est le viol.

On ne peut méconnaître ou minimiser ces difficultés et les raisons qui les sous-tendent. On doit pourtant affirmer aussi qu'aucune d'elles ne peut octroyer objectivement le droit de disposer de la vie d'autrui, même en sa phase initiale. « La vie, en fait, est un bien trop fondamental pour être mis en comparaison avec certains inconvénients même graves ».²⁵⁴

Fidélité professionnelle

142. L'illégitimité éthique, comme acte intrinsèquement condamnable, concerne toute forme d'avortement direct. L'usage de médicaments ou de moyens qui empêchent la nidation de l'embryon fécondé ou qui en provoquent le détachement précoce est une manœuvre abortive. Le médecin qui consciemment prescrit ce médicaments ou applique ces moyens coopère à l'avortement.

Quand l'avortement s'ensuit, comme conséquence prévue, mais non convenue et non voulue, simplement tolérée, d'un acte thérapeutique inévitable pour la santé de la mère, celui-ci est moralement légitime. L'avortement est la conséquence indirecte d'un acte en soi non abortif.²⁵⁵

Droit-devoir de l'objection de conscience

143. En présence d'une législation favorable à l'avortement, le professionnel de la santé « doit opposer un refus civil mais ferme ».²⁵⁶ « L'homme ne peut jamais obéir à une loi intrinsèquement immorale et c'est le cas d'une loi qui admettrait de manière générale, la licéité de l'avortement ».²⁵⁷

C'est dire que les médecins et les infirmières sont obligés de soulever l'*objection de conscience*. Le bien premier et fondamental de la vie fait de cette obligation un devoir moral grave à tout professionnel de santé, invité par la loi à pratiquer l'avortement ou à coopérer de manière proche à la manœuvre abortive directe.

Suprématie de la loi de Dieu

La conscience du bien inviolable de la vie et de la loi de Dieu qui la protège, précède toute loi positive humaine. Si cette dernière la contredit, la conscience affirme son droit primaire et le primat de la loi de Dieu : « Il vaut mieux obéir à Dieu plutôt qu'aux hommes » (Ac 5,29).

Rectitude et force de la vérité (p. 48)

« Suivre sa propre conscience dans l'obéissance à la loi de Dieu n'est pas toujours une voie facile. Ceci peut comporter des sacrifices et des difficultés, dont il n'est pas licite de méconnaître le poids ; il faut parfois de l'héroïsme pour demeurer fidèle à ses exigences. Toutefois, il est nécessaire de proclamer clairement que la voie du développement authentique de la personne humaine passe par cette constante fidélité à la conscience maintenue dans la rectitude et la vérité ».²⁵⁸

Dénonciation d'injustice légale

144. Au-delà du signe de fidélité professionnelle, l'objection de conscience du professionnel de la santé, authentiquement motivée, a la haute signification de *dénonciation sociale d'une injustice légale* perpétrée contre la vie innocente et sans défense.

Péché, excommunication et Évangile de la vie

145. La gravité du péché d'avortement et la facilité avec lequel on l'accomplit, sous le couvert de la loi et de la mentalité courante, amènent l'Église à prescrire la peine de l'*excommunication* envers le chrétien qui le provoque : « Celui qui procure l'avortement, et en obtient l'effet, encourt l'excommunication *latae sententiae* ».²⁵⁹

Témoignage décisif et crédible

L'excommunication a une signification essentiellement préventive et pédagogique. C'est un rappel énergique de l'Église visant à secouer l'insensibilité des consciences, à dissuader d'accomplir un acte absolument incompatible avec les exigences de l'Évangile et à susciter la fidélité sans réserve envers la vie. On ne peut être en communion ecclésiale et par l'avortement manquer au respect dû à l'évangile de la vie.

La protection et l'accueil de la vie naissante, sa valeur transcendante par rapport à tout autre bien, est un témoignage décisif et crédible que le chrétien doit donner envers et contre tout.

Obligations envers les fœtus avortés

146. Envers les fœtus avortés les professionnels de la santé ont des obligations particulières.

Le fœtus avorté, s'il est encore vivant, dans les limites du possible doit être baptisé.²⁶⁰

Au fœtus avorté et déjà mort, on doit le respect dû à un cadavre humain. Ceci implique que l'on ne peut se défaire de lui comme d'un rebut quelconque. Dans les limites du possible on doit lui accorder une sépulture adéquate.

De même que le fœtus ne peut devenir l'objet d'expérimentation et de transplantation d'organe, si l'avortement a été volontaire. Ce serait une manipulation indigne de la vie humaine.

L'euthanasie

Terrain de culture de l'euthanasie

147. Une mentalité toujours moins encline à reconnaître la vie comme une valeur en soi, en rapport avec Dieu seul, indépendante de son mode d'être au monde ; une conception de la qualité de la vie en termes d'efficacité et de jouissance psychophysique, incapable de donner un sens à la souffrance et au handicap, qu'il faut éviter à tout prix, et par tous les moyens ; une vision de la mort comme fin absurde d'une vie dont on veut encore jouir, ou comme une libération d'une existence considérée désormais privée de sens ; tout ceci — au sein d'une culture qui fait abstraction de Dieu, rend l'homme seul responsable de soi, face à lui-même et aux lois de la société libéralement établies — est le terrain de culture de l'euthanasie. Où ces convictions se diffusent « peut apparaître logique et "humain" de mettre fin "doucement" à sa propre vie ou à la vie d'autrui, si cette vie ne réserve que des souffrances et des infirmités graves ».²⁶¹

Non à la mentalité d'euthanasie (p. 49)

« Mais ceci est en réalité, absurde et inhumain »²⁶² *L'euthanasie est un acte homicide, que personne finalement ne peut légitimer.* Par euthanasie, on entend « l'action ou l'omission qui, par sa nature ou dans ses intentions, procure la mort dans le but d'éliminer toute douleur. L'euthanasie se situe donc au niveau des intentions et des méthodes employées ».²⁶³

L'euthanasie, geste homicide

La pitié, suscitée par la douleur et par la souffrance des malades en phase terminale, des enfants anormaux, des malades mentaux, des vieillards, des personnes atteintes de maux incurables, n'autorise aucune euthanasie directe, active ou passive. Ici, il ne s'agit pas d'aide apportée au malade, mais de meurtre

délibéré d'un homme.

Non au droit présumé à l'euthanasie

148. Le personnel médical et paramédical — fidèle à son devoir d'« être toujours au service de la vie et de l'assister jusqu'à la fin »²⁶⁴ — ne peut se prêter à aucune pratique d'euthanasie, même pas sur requête de l'intéressé, et encore moins de ses proches. En effet, aucun droit n'est accordé, à personne, quant à l'euthanasie, parce que aucun droit n'est donné qui permette de disposer arbitrairement de sa propre vie. Aucun professionnel de la santé ne peut donc se faire le tuteur exécutif d'un droit inexistant.

Oui à la mort dans la dignité

Tout autre, le cas déjà mentionné, du droit de mourir en toute dignité humaine et chrétienne. C'est un droit réel et légitime, que le professionnel de la santé est appelé à sauvegarder, en soignant le mourant et en acceptant la fin naturelle de la vie. Il existe une différence radicale entre « donner la mort » et « accepter la mort » ; le premier est un acte qui supprime la vie, le second est son acceptation jusqu'à la mort.

Assistance et présence affectueuses

149. « Les gémissements des malades gravement atteints, qui parfois invoquent la mort, ne doivent pas être perçus comme l'expression d'une volonté expresse d'euthanasie ; ce sont, en effet, presque toujours, des demandes angoissées d'aide et d'affection. Outre les soins médicaux, ce dont le malade a besoin c'est d'affection, de chaleur humaine, et surnaturelle, que doivent leur prodiguer tous ceux qui lui sont proches, parents et enfants, médecins et infirmières ».²⁶⁵

Le malade qui se sait entouré d'une présence affectueuse, humaine et chrétienne, ne tombe pas dans la dépression et dans l'angoisse comme celui qui au contraire, se sentant abandonné à son destin de souffrance et de mort, demande d'en finir avec la vie. C'est pourquoi, l'*euthanasie est une défaite* pour qui la théorise, la décide et la pratique. L'euthanasie est tout autre qu'une démarche de pitié envers le malade, c'est un acte individuel et social, d'auto-commisération et la fuite d'une situation considérée comme insupportable.

La médecine est uniquement en faveur de la vie

150. L'euthanasie *bouleverse le rapport médecin-patient*. De la part du patient, qui s'en rapporte au médecin comme à celui qui peut lui assurer la mort. Du côté du médecin, puisqu'il n'est plus l'absolu garant de la vie : le malade doit redouter de sa part son arrêt de mort. Le rapport médecin-patient est une relation de fidélité de vie qui doit subsister.

L'euthanasie est un « crime » auquel les professionnels de la santé, toujours garants de la vie et de la vie seule, ne peuvent coopérer en aucune façon.²⁶⁶

Pour la science médicale, elle marque « un temps de régression et d'abdication, ainsi qu'une offense à la dignité du mourant et à sa personne ».²⁶⁷ Son apparition, comme « dernier assaut de la mort après l'avortement » doit être entendu comme un « appel dramatique » à une *fidélité effective et sans réserve envers la vie*.²⁶⁸

INDEX ANALYTIQUE PAR MATIÈRE *

* Le renvoi correspond au numéro de l'article de la Charte.

Abandon

— du malade, 57

Acharnement

— diagnostique, 57

— thérapeutique, 57, 119

Alcoolisme, 97

Analgésie, 68-71

— licéité et nécessité de recours à, 70

— et *maladies terminales* (v. 122)

Anesthésie

— licéité et nécessité de recours à, 70

— licéité de l'affaiblissement et de la suppression des facultés supérieures, 71, cf. Conscience

Assistance sanitaire.

v. *Médecine, Traitement*

Assistance spirituelle

— du mourant, 130, 135. v. *Cure pastorale*

Avortement

— définition, 139

— et diagnostic prénatal, 61

— l'Église, 140, 145

— évaluation éthique, 141

Baptême, en danger de mort, 37

Bioéthique

— devoir de la connaître, 7

— chaire de, 7

Cœur

— sensibilité à l'égard du malade, v. 9

v. *Transplantation*

Comités éthiques., 8

Compétence technique-professionnelle, 6

Confiance (de la part du malade), 2

Confiance thérapeutique, 73

Conscience

— du médecin, 2

— diminution de la conscience et médicaments, 71

— suppression de la, 124

v. *Anesthésie, objection de conscience*

Consentement

— information du patient, 7, 77

— présomption de, 73

Corps

— révélation de la personne, 41

— appartenance à Dieu, 42

— disposition légitime de la vie physique, 67

Counselling, 107

Cure pastorale, 108-113

Dépendance, 92

v. *Drogue, Alcoolisme, Tabagisme, Neuroleptiques*

Diagnostic

— prénatal, 59-61 (licéité, 60 ; en opposition à la loi morale, 61)

— caractère thérapeutique du, 58

Don d'organes

— valeur morale, 83 et oblativité, 90-91

- de personne en vie, 86
- de cadavre, 87 (v. *Mort*)
- organes exclus de la transplantation, 88
- organes hétérologues, 89

Douleur

- double aspect de la, 68
- sens pénitentiel et salvifique, 69

Drogue

- se droguer est contraire à la vie, v. 96 v. *Toxicomanie*

Embryons

- dignité, 31, 32
- expérimentation sur, 82

Embryon (transfert), 24

Enfant

- sujet de droit dès la conception, 25

Etre humain

- dignité, 38 ; v. vie

Euthanasie

- terrain de culture, 147
- mentalité, 147
- est un homicide, 147.

v. *Acharnement thérapeutique*

Évangélisation

- de la maladie, 110

Famille

- assistance sanitaire, 55

Famille du malade, 116

- implication, 74

Fécondation artificielle, 21-34 ; v. *Fivete*, *Procréation artificielle*

Fertilité

- régulation responsable de la, 15-16

Fidélité éthique, 10

Fivete (Fertilisation in vitro avec transfert d'embryon), 24

Fœtus humains, 82

- devoirs envers les foetus humains avortés, 146

Gynécologue

- devoirs, 36 ; v. *Obstétrique*

Humanisation

- de la médecine, 10
- de la douleur, v. 69

Individualité biologique, 35

Insémination artificielle

- homologue, 23, 24-26
- hétérologue, 24-27 ; v. *Procréation*

Logothérapie, 107

Malade

- vision intégrale, 3
- anxiété du, 57
- phase terminale, 115
- famille du, 74. v. *Maladie*

Maladie

- définition et nature, 53
- conscience, acceptation, oblation, 54
- sens transcendant, 54

Manipulation génétique, 12-14

- thérapeutique, 12, 66
- par altération, 12-13
- permise, 14

Maternité substitutive, 29**Médecine**

- uniquement pour la vie, v. 150
- psychosomatique, 104

Méthodes artificielles, 17, 19**Méthodes naturelles, 17****Mort**

- mort naturelle, 34
- définition biomédicale, 129
- vérification, 87
- sens, 116, 117, 118
- mourir dignement, 119, 121, 148
- évangélisation de la mort, 130

Naissance, 37**Objection de conscience**

- droit-devoir, 143

Obstétrique

- devoirs, 36

Onction des Malades

- nature et fin du sacrement, 111, 134
- catéchèse préparatoire, 111
- ministre, 112
- réitération, 112
- destinataires, 112

Organes, v. *Donation d'organes***Overdose, v. *Drogue*****Palliatifs (soins), 117****Pastorale des Malades, v. *cure pastorale*****Patient, v. *Malade*****Prévention, 50-52**

- primat
- et compétence essentielle, 51
- et compétence prophylactique, 52

Procréation humaine

- valeur et dignité, 11
- artificielle, 21-34 ; v. *fécondation artificielle, Fivete, Insémination artificielle*

Professionnel de la santé

- définition, 1
- activité et milieu, 2, 9
- dévouement total, 3
- collaboration au service de l'amour de Dieu, 4
- lien entre profession, vocation et mission, 4
- participation à l'oeuvre pastorale de l'Église, 5
- compétence, 6
- formation professionnelle, éthique, religieuse, 7
- et malades en phase terminale, 115
- et mourants, 117

Pronostic, 56**Proportionnalité**

- principe de, 65
- des traitements, 120

Psycholeptiques

- catégories, 100
- licéité éthique, 102
- usage illicite, 103

Psychosomatique, médecine, 104**Psychothérapie**

- critères de licéité, 106

Réadaptation, 62-67

- de la toxicomanie, v. 94-95
- de l'alcoolisme, v. 98
- du tabagisme, v. 99

Recherche et expérimentation, 75-82

- morale, 78, 80
- immorale, 76
- facteur risque, 78-79
- et principe de solidarité, 81

Responsabilité éthique, 6**Sagesse**

- alliée de la science, 45

Santé

- définition, 9
- droit à sa protection, 49

Santé publique

- définition, 9

Suicide, cf. 65 ; v. *Euthanasie*

Sympathie, 2**Symptomatiques, traitements, 117****Syndicats, droits**

- subordonnés au droit à la vie et à la santé, 49

Tabagisme, 99**Technique**

- possibilités techniques et licéité éthique, 44

Terminale (phase), v. *Malades*

Totalité (principe de), 66

Toxicomanie

- causes, 93
- évaluation éthique, 94
- récupération, 94

Traitement

- obligation, 63
 - proportionné et disproportionné, 64 ;
- v. *Acharnement thérapeutique*

Transplantations d'organes

- autoplastie, 83
- homo-transplantations, 85
- hétérologues, 89
- évaluation morale, 83 ; v. *Donation d'organes*

Vérité

- au malade et au mourant, 125-127

Viatique

- signification, 113, 134
- devoir de le demander et de le recevoir, 113

Vie

- droit fondamental et primaire à la, 46-49
- de la conception à son terme naturel, 34
- vie prénatale, 36
- vie physique, 67 ; unité psychosomatique, 38
- corporelle et spirituelle, 39
- son caractère sacré, 43, 44
- indisponible et inviolable, 42, 136
- devoir de la sauvegarder, 138
- don de Dieu, 11, 30 ; elle appartient à Dieu, 43, 46, 114, 137
- Évangile de la, 145

Zygote

- nature personnelle, 35

TABLE DES MATIÈRES

Présentation

Introduction : Ministres de la vie

I LA PROCRÉATION

La manipulation génétique
La régulation de la fertilité
La procréation artificielle

II LA VIE

Origine et naissance de la vie
Le prix de la vie : unité de corps et d'esprit
Indisponibilité et inviolabilité de la vie
Le droit à la vie
La prévention
La maladie
Le diagnostic
Le diagnostic prénatal
Traitement et réadaptation
Analgésie et anesthésie
Le consentement informé du patient
Recherche et expérimentation
Don d'organes et transplantation
Les dépendances : drogue, alcoolisme, tabagisme, psychotropes
Psychologie et psychothérapie
Assistance pastorale et sacrement de l'Onction des Malades

III LA MORT

Les malades en phase terminale
Mourir avec dignité
L'usage des analgésiques chez les malades en phase terminale
La vérité au mourant
Le moment de la mort
L'assistance spirituelle du mourant
La suppression de la vie
L'avortement
L'euthanasie

NOTES

¹ Jean-Paul II, *Au cours de la visite au « Mercy Maternity Hospital » de Melbourne*, 28 nov. 1986, in *Insegnamenti* IX/2 (1986) 1734, n. 5. « La vie et la santé physique sont des biens précieux confiés par Dieu. Nous avons à en prendre soin raisonnablement en tenant compte des nécessités d'autrui et du bien commun » (CEC 2288).

² *Aux participants à deux Congrès de médecine et de chirurgie*, 27 oct. 1980, in *Insegnamenti* ĪH/2, p. 1010, n. 6.

³ « Dans l'exercice de votre profession, vous avez toujours à traiter avec la personne humaine, qui remet son corps entre vos mains, en se fiant à votre compétence au-delà de votre sollicitude et de votre dévouement. Vous avez à traiter avec la mystérieuse et grande réalité de la vie d'un être humain, avec sa souffrance et son espérance » : Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès de Chirurgie*, 19 fév. 1987 m. *Insegnamenti*, XI/1 (1987) 374, n. 2.

⁴ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès médical sur le traitement des tumeurs*, 25 fév. 1982 in *Insegnamenti* V/71, 698. Cf. aussi Jean-Paul II : « Chacun de vous ne peut se contenter d'être médecin d'un organe ou d'un appareil, mais doit prendre en charge la personne tout entière », *Au Congrès mondial des Médecins catholiques*, 3 oct. 1982, in *Insegnamenti* V/3, pp. 673-674, n. 4.

⁵ Cf. Jean-Paul II, *Au Congrès des Médecins catholiques italiens*, Oss Rom 18 oct. 1988.

⁶ Jean-Paul II, Motu proprio « *Dolentium hominum* », 11 févr. 1985, in *Insegnamenti* Vin/1, p. 474, n. 2. « Le soin de la santé des citoyens requiert l'aide de la société pour obtenir les conditions d'existence qui permettent de grandir et d'atteindre à la maturité : nourriture et vêtement, habitat, soins de santé, enseignement de base, emploi, assistance sociale » (CEC 2288).

⁷ Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès médical sur le traitement des tumeurs*, 25 févr. 1982, in *Insegnamenti* V/1, p. 698, n. 4. Cf. *Aux participants à un Congrès scientifique*, 21 mai 1982, in *Insegnamenti*, V/2, p. 1792, n. 5.

⁸ « Comme je l'ai répété plusieurs fois au cours de mes rencontres avec les personnels de santé, votre profession correspond à une vocation qui vous engage envers cette noble mission du service de l'homme dans le vaste monde complexe et mystérieux de la souffrance » (Jean-Paul II, *Aux représentants des médecins catholiques italiens*, 4 mars 1989, in *Insegnamenti* XII/1, p. 480, n. 2).

⁹ Jean-Paul II, *A l'Association des Médecins Catholiques Italiens*, 28 déc. 1978, in *Insegnamenti* I, p. 436. « Vous connaissez l'étroite relation, l'analogie, la réciprocité qui existe entre la mission du prêtre, d'une part et celle de l'agent de santé, d'autre part : tous se dévouent, à des titres différents, au salut de l'homme, au soin de sa santé, à sa libération du mal, de la souffrance et de la mort, à la promotion de sa vie, de son bien-être, de son bonheur » : (Jean-Paul II, *Discours à l'occasion du 120ème anniversaire de la fondation de l'hôpital « Bambin Gesù »*, 18 mars 1989, in *Insegnamenti* XII/1, 605-608, n. 2).

¹⁰ Cf. Jean-Paul II, Lett. apost. *Salvifici doloris*, in *Insegnamenti*, Vu/1, 353-358, nn. 28-30 ; *A un groupe international de scientifiques*, 27 avr. 1984, in *Insegnamenti* W/1, 1133-1135, n. 2 ; *Aux Organisations sanitaires catholiques des États-Unis*, 14 sept. 1987, in *Insegnamenti* X/3 (1987) 506.

¹¹ « Le rapport personnalisé de dialogue et de confiance qui s'instaure entre vous-même et votre patient, exige de vous une grande humanité et qui trouve son accomplissement pour le croyant, dans la richesse de la charité chrétienne. C'est cette vertu divine qui enrichit votre action et donne à vos gestes, même au plus simple, la puissance d'un acte accompli dans une communion intérieure avec le Christ » : Jean-Paul II, *A l'Association des Médecins dentistes*, 14 déc. 1984, in *Insegnamenti* VI/2, 1592-1594, n. 4. « Vous apportez dans la chambre du malade et surtout à la table d'opération quelque chose de la charité de Dieu, de l'amour et de la tendresse du Christ, le grand Médecin de l'âme et du corps » : Jean-Paul II, *A l'hôpital « Fatebenefra-telli »*, 5 avril 1981, in *Insegnamenti* IV/1, p. 895, n. 3.

¹² Cf. Jean-Paul II, *A l'école d'infirmières hospitalières « Armida Barelli »*, 27 mai 1989, in *Insegnamenti* XT/1, p. 1364, n. 3. « Quel stimulant à la souhaitable 'personnalisation' de la médecine peut venir de la charité chrétienne, qui fait découvrir dans les traits de chaque malade, le visage adorable du mystérieux et grand Patient, qui continue à souffrir en ceux sur qui se penche, sage et prévenante, votre profession ! » (Jean-Paul II, *Aux participants à deux Congrès de médecine et de chirurgie*, 27 oct. 1980, in *Insegnamenti* ID/2, p. 1010, n. 7).

¹³ Cf. Jean-Paul II, *A l'Association des Médecins Catholiques Italiens*, 28 déc. 1978, in *Insegnamenti* I, 437-438.

¹⁴ Cf. Jean-Paul II, *Au personnel de l'hôpital « Fatebenefratelli »*, 5 avr. 1981, in *Insegnamenti* IV/1, p. 895, n. 3.

¹⁵ Jean-Paul II, *A l'Association des Médecins Catholiques Italiens*, 28 déc. 1978, in *Insegnamenti* I, p. 437.

¹⁶ Jean-Paul II, *A la Fédération Italienne des Personnels techniques d'Orthopédie*, 19 nov. 1979, in *Insegnamenti* 11/2, p. 1207, n. 4 ; cf. *Aux participants à un Congrès scientifique*, 21 mai 1982, in *Insegnamenti* V/2, p. 1792, n. 5.

¹⁷ « Votre œuvre... peut se transformer en un acte religieux » (Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès de Chirurgie*, 19 févr. 1987, in *Insegnamenti* XI/1 (1987) p. 375, n. 3 ; cf. Paul VI, *Insegnamenti di Paolo VI*, vol I, 1963, p. 141).

¹⁸ Jean-Paul II, Motu proprio « *Dolentium hominum* », 11 févr. 1985, in *Insegnamenti* VIII/1 (1985) p. 475.

¹⁹ « Toute préoccupation pour la maladie et la souffrance fait partie de la vie et de la mission de l'Église » (Jean-Paul II, *Aux organisations sanitaires catholiques des États-Unis d'Amérique*, 14 sept. 1987, in *Insegnamenti* X/3 (1987) 502-503, n. 3).

²⁰ Cf. Jean-Paul II, *Au Congrès mondial des médecins catholiques*, 3 oct. 1982, in *Insegnamenti*, V/3, p. 676, n. 3. « Le Seigneur Jésus-Christ, médecin de nos âmes et de nos corps. Lui qui a remis les péchés au paralytique et lui a rendu la santé du corps, a voulu que son Église continue, dans la force de l'Esprit Saint, son œuvre de guérison et de salut, même auprès de ses propres membres. C'est le but des deux sacrements de guérison : le sacrement de Pénitence et l'Onction des malades (CEC 1421).

²¹ « Votre présence auprès du malade se rattache à celle de ceux — prêtres, religieux et laïcs — qui sont engagés dans la pastorale des malades. Un certain nombre d'aspects de cette pastorale sont communs aux problèmes et aux tâches du service envers la vie accompli par la médecine. Il existe une interaction nécessaire entre l'exercice de la profession médicale et l'action pastorale, l'homme étant l'unique objet de l'une et de l'autre, l'homme considéré dans sa dignité de fils de Dieu, de frère en demande, comme nous, d'aide et de réconfort » (Jean-Paul II, *Au Congrès mondial des médecins catholiques*, 3 oct. 1982, in *Insegnamenti* V/3, p. 676, n. 6).

²² « Tandis que vous soulagez les souffrances et cherchez à les guérir, vous êtes en même temps, les témoins d'une vision chrétienne de la souffrance et du sens de la vie et de la mort, ainsi que votre foi catholique vous l'enseigne » (Jean-Paul II, *Aux Organisations sanitaires catholiques des États-Unis d'Amérique*, 14 sept. 1987, in *Insegnamenti* X/3 (1987) p. 502 et 505.

²³ Jean-Paul II, Exhort. apost. *Christifideles Laici*, 30 déc. 1988, in *Insegnamenti* XI/4, p. 2160, n. 53.

²⁴ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au Congrès international sur l'assistance envers les mourants*, in Oss. Rom. 18 mars 1992, n. 6.

²⁵ Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès de chirurgie*, 19 févr. 1987 in *Insegnamenti* X/1, p. 375, n. 3. « Le développement de la science et de la technique, magnifique témoignage des capacités de l'intelligence et de la ténacité des hommes, ne dispense pas l'humanité de se poser les questions religieuses essentielles ; il la pousse plutôt à affronter les combats les plus douloureux et les plus décisifs, ceux du cœur et de la conscience morale » (Jean-Paul II, Encyclique *Veritatis splendor* n. 1).

²⁶ Cf. Jean-Paul II, Motu proprio « *Dolentium hominum* », 11 févr. 1985, in *Insegnamenti* VIII/1 (1985) p. 475.

²⁷ Cf. Jean-Paul II, *A l'Association des personnels de santé catholiques*, 24 oct. 1986, in *Insegnamenti* IX/2, p. 1171, n. 3.

²⁸ Synode des Évêques, Assemblée spéciale pour l'Europe. *Déclaration conclusive*, in *Oss. Rom.* 20 déc. 1991, n. 10. « Il serait donc illusoire de revendiquer la neutralité morale de la recherche scientifique et de ses applications ; d'autre part, les critères d'orientation ne peuvent être déduits de la simple efficacité technique, de l'utilité qui peut en découler pour les uns au détriment des autres, ou pis encore, des idéologies dominantes. Aussi la science et la technique requièrent-elles, pour leur signification intrinsèque même, le respect inconditionné des critères fondamentaux de la moralité ; c'est-à-dire qu'elles doivent être au service de la personne humaine, de ses droits inaliénables, de son bien véritable et intégral, conformément au projet et à la volonté de Dieu » SCongrDotFede, Instr. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) *Introduction*, 2, p. 73 (cf. CEC 2294).

²⁹ Des comités d'éthique, formés d'experts dans le domaine médical et moral, sont constitués aussi par les gouvernements avec des tâches consultatives ou de surveillance. « L'Église sait que la question morale rejoint en profondeur tout homme, implique tous les hommes, même ceux qui ne connaissent ni le Christ et son Évangile, ni même Dieu. Elle sait que précisément *sur le chemin de la vie morale, la voie du salut est ouverte à tous* » Jean-Paul II, Encyclique *Veritatis splendor* n. 3. « ...les ténèbres de l'erreur et du péché ne peuvent supprimer totalement en l'homme la lumière du Dieu Créateur. De ce fait, la nostalgie de la vérité absolue et la soif de parvenir à la plénitude de sa connaissance demeurent toujours au fond de son cœur. L'inépuisable recherche humaine dans tous les domaines et dans tous les secteurs en est la preuve éloquente. Sa recherche du *sens de la vie* le montre encore davantage » (*ivi* n. 1).

³⁰ Cf. Jean-Paul II, *A l'Assemblée plénière du Conseil Pontifical pour la pastorale des services de la santé*, 9 févr. 1990, in *Insegnamenti*, XIII/2, p. 405, n. 4.

³¹ Jean-Paul II, Lettre Apost. *Salvifici doloris*, in *Insegnamenti* VII/1, 354-356, n. 29.

³² Cf. *Aux scientifiques et aux personnels de santé*, 12 nov. 1987, in *Insegnamenti* X/3 (1987) 1088 : « L'humanisation de la médecine répond à un devoir de justice, dont la responsabilité ne peut être entièrement déléguée à d'autres, et qui requiert l'engagement de tous. Le terrain opérationnel est immense : il s'étend de l'éducation sanitaire à la promotion d'une sensibilité majeure chez les responsables de la chose publique ; de l'engagement direct, dans le milieu de travail, à l'engagement qui revêt la forme de la coopération — locale, nationale et internationale — toutes choses rendues possibles par l'existence de tant d'organismes et d'associations qui ont parmi leurs finalités statutaires le rappel, direct ou indirect, à la nécessité de rendre la médecine toujours plus humaine ».

³³ Jean-Paul II, *A l'Association Médicale Mondiale*, 29 oct. 1983, in *Insegnamenti* W2, 921. Cf. *Allocution aux participants à un Congrès de l'Académie Pontificale des Sciences*, 23 oct. 1982, in *Insegnamenti* V/3, 895-898.

³⁴ SCongrDotFede, Instr. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 85. Cf. Jean-Paul II, Exhort. apost. *Christifideles Laici*, 30 déc. 1988, in *Insegnamenti* XI/4, p. 2133-2135, n. 38 ;

Saint-Siège, *Charte des droits de la Famille*, 22 oct. 1983, art. 4.

³⁵ Jean-Paul II, *A l'Union des Juristes Catholiques Italiens*, 5 déc. 1987, in *Insegnamenti* X/3 (1987) 1295. « L'Église a toujours la vive conscience de son devoir, à tout moment, de scruter les signes des temps et de les interpréter à la lumière de l'Évangile, de telle sorte qu'elle puisse répondre, d'une manière adaptée, à chaque génération, aux questions éternelles des hommes sur le sens de la vie présente et future et sur leurs relations réciproques » (Jean-Paul II, Encyclique *Veritatis splendor* n. 2).

³⁶ Jean-Paul II, *A l'Association Médicale Mondiale*, 29 oct. 1983, in *Insegnamenti* W2, 921-923. Cf. SCongrDotFede, Instr. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 90-92.

³⁷ Cf. Conc. œcum. Vatican II, Const. *Gaudium et spes*, n. 50 ; Paul VI Encyclique *Humanae vitae*, in AAS 60 (1968) p. 487.

³⁸ Cf. Paul VI, Encyclique *Humanae vitae*, in AAS 60 (1968), p. 487, n. 10.

³⁹ Conc. œcum. Vatican II, Constit. Past. *Gaudium et spes*, n. 51.

⁴⁰ Cf. Paul VI, Encyclique *Humanae vitae*, in AAS 60 (1968) p. 488, n. 12.

⁴¹ « En effet, par sa structure intime, l'acte conjugal, en même temps qu'il unit profondément les époux, les rend aptes à la génération de nouvelles vies, selon les lois inscrites dans l'être même de l'homme et de la femme » (Paul VI, Encyclique *Humanae vitae*, in AAS 60 (1968) pp. 488-489, n. 12).

⁴² Cf. SCongrDotFede, Instr. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 91.

⁴³ Cf. Paul VI, Encyclique *Humanae vitae*, n. 12 ; Jean-Paul II, Exhort. apost. *Familiaris consortio*, in AAS 74 (1982) p. 118, n. 32. « C'est pourquoi l'homme qui veut se comprendre lui-même, jusqu'au fond, ne doit pas se contenter pour son être propre de critères et de mesures qui seraient immédiats, partiels, souvent superficiels et même seulement apparents ; mais il doit, avec ses inquiétudes, ses incertitudes et même avec sa faiblesse et son péché, avec sa vie et sa mon, s'approcher du Christ... » (Jean-Paul II, Encyclique *Veritatis splendor* n. 8).

⁴⁴ Les méthodes naturelles « sont des moyens diagnostiques des périodes de fécondité de la femme, qui présentent la possibilité de l'abstinence des rapports sexuels quand de justes motifs de responsabilité demandent d'éviter une conception » (Jean-Paul II, *Aux participants à un cours pour enseignants des méthodes naturelles*, 10 janv. 1992, in *OssRom* 11 janv. 1992, n. 3).

⁴⁵ Cf. Paul VI, Encyclique *Humanae vitae*, in AAS 60 (1968) p. 488, n. 11 et p. 492, n. 16.

⁴⁶ Cf. Paul VI, Encyclique *Humanae vitae*, in AAS 60 (1968) p. 489, n. 13 ; cf. aussi Jean-Paul II, Exhort. apost. *Familiaris consortio*, in AAS 74 (1982) p. 118, n. 32.

⁴⁷ Cf. Paul VI, Encyclique *Humanae vitae*, in AAS 60 (1968) p. 490, n. 14.

⁴⁸ Cf. Jean-Paul II, Exhort. apost. *Familiaris consortio*, in AAS 74 (1982) p. 118, n. 32.

⁴⁹ Jean-Paul II, *Aux participants à un cours pour enseignants de méthodes naturelles*, 10 janv. 1992, in *OssRom* 11 janv. 1992, n. 3.

⁵⁰ Cf. Jean-Paul II, Exhort. apost. *Familiaris consortio*, in AAS 74 (1982) p. 118, n. 32.

⁵¹ Jean-Paul II, *Aux participants à deux Congrès sur les problèmes du mariage, de la famille et de la fécondité*, 8 juin 1984, in *Insegnamenti* VII/1, 1664-1665. « Au langage qui exprime naturellement le don total réciproque des conjoints, la contraception oppose un langage objectivement contradictoire, selon lequel il ne s'agit plus de se donner totalement à l'autre » (Exhort. apost. *Familiaris consortio*, 32).

⁵² Jean-Paul II, Exhort. apost. *Familiaris consortio*, in AAS 74 (1982) p. 120, n. 32.

⁵³ Cf. *ivi*, p. 122, n. 33.

⁵⁴ *Ivi*, p. 125, n. 35.

⁵⁵ SCongrDotFede, Instr. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 76.

⁵⁶ Jean XXIII, Encyclique *Mater et Magistra*, in AAS 53 (1961) 447. Cf. Pie XII *Aux congressistes de l'Union Catholique Italienne des Sages-Femmes*, 29 oct. 1951, in AAS 43 (1951) 850.

⁵⁷ Cf. Jean-Paul II, *Audience générale*, 16 janv. 1980, in *Insegnamenti* III/1 (1980) 148-152.

⁵⁸ Cf. Pie XII, *Aux congressistes de l'Union Catholique Italienne des Sages-Femmes*, 29 oct. 1951, in AAS 43 (1951) 850.

⁵⁹ Jean XXIII, Encyclique *Mater et Magistra*, III, in AAS 53 (1961) 447.

⁶⁰ SCongregDotFede, Instr. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 96.

⁶¹ Pie XII, *Aux participants au IV Congrès International des Médecins Catholiques*, 30 sept. 1949, in AAS 41 (1949) 560.

⁶² SCongDotFede, Instruct. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 41 (1949) 560.

⁶³ « La FIVETE homologue est opérée en dehors du corps des conjoints, par des gestes et des tierces personnes dont la compétence et l'activité technique déterminent le succès de l'intervention ; elle remet la vie et l'identité de l'embryon au pouvoir des médecins et des biologistes et instaure une domination de la technique sur l'origine et la destinée de la personne humaine (*ivi*, p. 93).

⁶⁴ Cf. *ivi*, AAS 80 (1988) pp. 85-86, 91-92, 96-97. « L'origine d'une personne est en réalité le résultat d'une donation. L'enfant à naître devra être le fruit de l'amour de ses parents. Il ne peut être ni voulu ni conçu comme le produit d'une intervention de techniques médicales et biologiques ; cela reviendrait à le réduire à devenir l'objet d'une technologie scientifique. Nul ne peut soumettre la venue au monde d'un enfant à des conditions d'efficacité technique mesurées selon des paramètres de contrôle et de domination » (*ivi*, p. 92).

⁶⁵ Cf. *ivi*, AAS 80 (1988) pp. 91, 92-94.

⁶⁶ Cf. *ivi*, p. 93.

⁶⁷ Cf. *ivi*, p. 97. « L'enfant n'est pas un dû mais un don. Le "don le plus excellent du mariage" est une personne humaine. L'enfant ne peut être considéré comme un objet de propriété, ce à quoi conduirait la reconnaissance d'un prétendu 'droit à l'enfant'. En ce domaine, seul l'enfant possède de véritables droits : celui "d'être le fruit de l'acte spécifique de l'amour conjugal de ses parents, et aussi le droit d'être respecté comme personne dès le moment de sa conception" » (CEC 2378).

⁶⁸ Cf. *ivi*, p. 85 et 84.

⁶⁹ Cf. *ivi*, p. 94. « Certes la FIVETE homologue n'est pas affectée de toute la négativité éthique qui se rencontre dans la procréation extra-conjugale ; la famille et le mariage continuent à constituer le cadre de la naissance et de l'éducation des enfants ». Toutefois, elle s'oppose à la dignité de la procréation humaine, en la privant de la dignité qui lui est propre et connaturelle.

⁷⁰ Cf. *ivi*, pp. 87-89.

⁷¹ Cf. *ivi*, p. 88.

⁷² Cf. *ivi*, p. 89.

⁷³ Cf. *ivi*, pp. 92-94.

⁷⁴ Cf. *ivi*, p. 95.

⁷⁵ Cf. *ivi*, pp. 95-96.

⁷⁶ Cf. Jean-Paul II, *Aux personnels du nouvel hôpital « Regina Margherita »*, 20 déc. 1981, in *Insegnamenti* IV/2, p. 1179, n. 3.

⁷⁷ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à la 35ème Assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale*, 29 oct. 1983, in *Insegnamenti*, VI/2, 917-923 (AAS 76 (1984) 390) ; *Aux Organisations de Santé Catholiques des États Unis d'Amérique*, 14 sept. 1987, in *Insegnamenti* X/3 (1987) 500-507 ; *Aux participants au VII Symposium des Évêques Européens*, 17 oct. 1989, in *Insegnamenti* XII/2, p. 947, n. 7.

⁷⁸ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'avortement provoqué*, 18 juin 1974, in AAS 66 (1974) 738.

⁷⁹ SCongrDotFede, Instruct. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 78-79.

⁸⁰ La théorie même du 14^e jour — jour de l'apparition de la strie primitive, où les cellules perdent la totalité de leur potentialité et où deviennent impossibles les scissions gémeillaires — ne peut méconnaître et démentir la donnée biogénétique fondamentale et décisive de la *nature humaine et individuelle* du fruit de la conception.

⁸¹ Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès de Sages-Femmes*, 26 janv. 1980, in *Insegnamenti* III/1, p. 192, n. 1.

⁸² Cf. Code de Droit Canonique, can. 862/2.

⁸³ Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès de Sages-Femmes*, 26 janv. 1980, in *Insegnamenti* III/1, p. 192, n. 2. Cf. Jean-Paul II, Encyclique *Veritatis splendor*, n. 13.

⁸⁴ Conc. œcum. Vatican II, Constit. past. *Gaudium et spes*, n. 24.

⁸⁵ SCongrDotFede, Instruct. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 74.

⁸⁶ Jean-Paul II, *Aux participants à la 35ème Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale*, 29 oct. 1983, in *Insegnamenti* VI/2, 917-923 (AAS 76 (1984) 393). « La personne humaine, créée à l'image de Dieu, est un être à la fois corporel et spirituel. Le récit biblique exprime cette réalité en un langage symbolique, quand il dit que 'Dieu modela l'homme avec la glaise du sol, il insuffla dans ses narines une haleine de vie et l'homme devint un être vivant' (*Gn* 2, 7). L'homme tout entier est donc voulu par Dieu » (CEC 362).

⁸⁷ SCongrDotFede, Instruct. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 74-75. « L'unité de l'âme et du corps est si profonde que l'on doit considérer l'âme comme la "forme" du corps ; c'est-à-dire, que c'est grâce à l'âme spirituelle que le corps constitué de matière est un corps humain et vivant ; l'esprit et la matière dans l'homme, ne sont pas deux natures unies, mais leur union forme une unique nature » (CEC 365).

⁸⁸ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à la 35ème Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale*, 29 oct. 1983, in *Insegnamenti* W2, 920, n. 5.

⁸⁹ « Le corps révèle l'homme, exprime la personne et il est le premier message de Dieu à l'homme lui-même » (Jean-Paul II, Allocution du 9 janv. et du 20 févr. 1980, in *Insegnamenti* III/1, 88-95 et 428-434).

⁹⁰ La loi morale dans laquelle les significations biologiques prennent corps « ne peut pas être conçue comme normativité simplement biologique », mais intégralement humaine : en elle s'exprime « l'ordre rationnel selon lequel l'homme est appelé par le Créateur à diriger et à régler sa vie et ses actes et, en particulier, à user et à disposer de son propre corps » : SCongrDotFede, Instruct. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) p. 74 ; Paul VI, Encyclique *Humanae vitae*, in AAS 60 (1968) p. 487, n. 10.

⁹¹ Jean-Paul II, Exhort. Apost. *Christifideles laici*, 30 déc. 1988, in *Insegnamenti* X3/4, p. 2133, n. 38.

⁹² Cf. Pie XII, *Aux participants au Congrès de l'Union Catholique Italienne des Sages-Femmes*, 29 oct. 1951, in AAS 43 (1951) 838 ; Jean-Paul II, *Aux participants au 54ème Cours de Formation Permanente de l'Université Catholique*, 6 sept. 1984, in *Insegnamenti* VII/2, p. 333. « Le corps de l'homme participe à la dignité "d'image de Dieu" : il est corps humain, précisément parce qu'il est animé par l'âme spirituelle, et c'est la personne humaine tout entière qui est destinée à devenir, dans le Corps du Christ, le temple de l'Esprit » (CEC 364).

⁹³ Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès du "Mouvement pour la Vie"* 12 oct. 1985, in *Insegnamenti* VI/2, 933-936, n. 2. Cf. *Aux scientifiques et aux Personnels de santé*, 12 nov. 1987, in *Insegnamenti* X/3 (1987) 1084-1085, n. 2. Cf. Pie XII, *Aux Membres du Congrès international d'Histopathologie du système nerveux*, 14 sept. 1952, in AAS 44 (1952) p. 782.

⁹⁴ Cf. Pie XII, *Discours et Radiomessages*, X, Typographie Polyglotte Vaticane, 1949, pp. 98 ss. ; *A l'Union de Médecine biologique "Saint Luc"*, 12 nov. 1944, in *Discours et Radiomessages*, VI, cit., 191 ss. ; Jean-Paul II, *A l'Académie Pontificale des Sciences*, 21 oct. 1985, in *Insegnamenti* VIII/2, p. 1081, n. 3.

⁹⁵ Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès de Sages-Femmes*, 26 janv. 1980, in *Insegnamenti* III/1, p. 192, n. 2 ; *Aux participants au Congrès de l'Association Italienne d'Anesthésie*, 4 oct. 1984, in *Insegnamenti* VIV2, p. 750, n. 4 ; *Aux Organisations sanitaires catholiques des États Unis*, 14 sept. 1987, in *Insegnamenti* X/3 (1987) 504.

⁹⁶ Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès du "Mouvement pour la Vie"*, 12 oct. 1985, in *Insegnamenti* VIII/2, 933-936, n. 2.

⁹⁷ Jean-Paul II, *Aux participants au III Congrès de l'Association des personnels de santé catholiques*, 24 oct. 1986, in *Insegnamenti* IX/2,

p. 1172.

⁹⁸ « Les scientifiques et les médecins ne doivent pas se considérer les maîtres de la vie, mais au contraire, ses serviteurs compétents et généreux » (Jean-Paul II, *A l'Académie Pontificale des Sciences*, 23 oct. 1982, in *Insegnamenti* VIII/2, p. 1081, n. 3.

⁹⁹ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au Congrès du "Mouvement pour la vie"*, 4 déc. 1982, in *Insegnamenti* V/3, p. 1513, n. 5 ; *A l'Académie Pontificale des Sciences*, 23 oct. 1982, in *Insegnamenti* V/3, p. 896, n. 2 ; *Aux participants au Colloque de la fondation internationale "Nova Spes"*, 9 nov. 1987, in *Insegnamenti* X/3 (1987) 1050-1051, n. 2.

¹⁰⁰ SCongrDotFede, Instruct. *Donum vitae*, 2 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 73.

¹⁰¹ Conc. œcum. Vatican II, Const. past. *Gaudium et spes*, n. 15 : « Plus que toute autre, notre époque a besoin d'une telle sagesse pour humaniser ses propres découvertes ».

¹⁰² Cf. Pont. Cons. 'CorUnum', *Quelques conditions éthiques relatives aux malades en état grave et aux mourants*, 27 juillet 1981 in *Enchiridion Vaticanum*, 7. Documents officiels du Saint-Siège 1980-1981. EDB, Bologne 1985, p. 1137, n. 2. 1. 1.

¹⁰³ Cf. Jean-Paul II, *A l'Association des Médecins Catholiques Italiens*, 28 déc. 1978, in *Insegnamenti* I, p. 438 ; *A deux Congrès de médecine et de chirurgie*, 27 oct. 1980, in *Insegnamenti* III/2, p. 1007, n. 3 ; *A une délégation de l'Association "Food and Disarmament International"*, 13 févr. 1986, n. 3.

¹⁰⁴ Cf. SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) 544-545 ; Jean-Paul II, *A l'Association Médicale Mondiale*, 29 oct. 1983, in *Insegnamenti* VI/2, 918, n. 2 ; Exhort. apost. *Christifideles laici*, 30 déc. 1988, in *Insegnamenti* XI/4, p. 2133, n. 38.

¹⁰⁵ Jean-Paul II, Exhort. apost. *Christifideles laici*, 30 déc. 1988, in *Insegnamenti* XI/4, p. 2133, n. 38.

¹⁰⁶ « Le médecin n'a sur le patient que le pouvoir et les droits que celui-ci lui confère, soit implicitement et tacitement. De son côté, le patient ne peut conférer plus de droits qu'il n'en a » (Pie XII, *Aux membres du 1er Congrès international d'histopathologie du système nerveux*, 14 sept. 1952, in AAS 44 (1952) p. 782.

¹⁰⁷ « Le patient est lié à la téléologie immanente établie par la nature. Il possède le droit d'en user, limité par la finalité naturelle, par les facultés et les forces de sa nature humaine » Pie XII, *Aux membres du 1er Congrès international d'histopathologie du système nerveux*, 14 sept. 1952, in AAS 44 (1952) p. 782.

¹⁰⁸ Cf. Pie XII, *Aux membres du 1er Congrès international d'histopathologie du système nerveux*, 14 sept. 1952, in AAS 44 (1952) p. 782.

¹⁰⁹ Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès de chirurgie*, 19 févr. 1987, in *Insegnamenti* XI/1 (1987) 374, n. 2.

¹¹⁰ Jean-Paul II, *Au personnel de l'hôpital "Regina Margherita"*, 20 déc. 1981, in *Insegnamenti* IV/2, p. 1179, n. 3.

¹¹¹ Cons. Pont. "Cor Unum", *Santé communautaire*, in *Enchiridion Vaticanum*, 6. Documents officiels du Saint-Siège 1977-1979. EDB, Bologne 1983, p. 325, n. 1. 2.

¹¹² Jean-Paul II, Motu proprio « *Dolentium hominum* », 11 févr. 1985, in *Insegnamenti* VIII/1 (1985) pp. 473-474. « La maladie et la souffrance ont toujours été parmi les problèmes les plus graves qui éprouvent la vie humaine. Dans la maladie, l'homme fait l'expérience de son impuissance, de ses limites et de sa finitude. Toute maladie peut nous faire entrevoir la mort » (CEC 1500).

¹¹³ Jean-Paul II, Motu proprio « *Dolentium hominum* », 11 févr. 1985, in *Insegnamenti* VIII/1 (1985) pp. 473-474.

¹¹⁴ Cf. Jean-Paul II, *Au cours de la visite au « Mercy Maternity Hospital » de Melbourne*, 28 nov. 1986, in *Insegnamenti* IX/2 (1986) 1733, n. 2. « Les malades, eux aussi, sont envoyés comme des ouvriers dans sa vigne. Le poids qui fatigue les membres du corps et ébranle la sérénité de l'âme, loin de les détourner d'aller travailler à la vigne, les invite à vivre leur vocation humaine et chrétienne et à participer à la croissance du Royaume de Dieu sous des modalités nouvelles et plus précieuses » (Jean-Paul II, Exhort. apost. *Christifideles laici*, in *Insegnamenti* XI/4, p. 2160, 53).

¹¹⁵ Jean-Paul II, *Discours prononcé à Lourdes*, 15 août 1983, n. 4. « Sur la Croix le Christ a pris sur Lui tout le poids du mal et a enlevé le "péché du monde" (Jn 1, 29), dont la maladie n'est qu'une conséquence. Par sa Passion et sa mort sur la Croix, le Christ a donné un sens nouveau à la souffrance : elle peut désormais nous configurer à Lui et nous unir à sa passion rédemptrice » CEC 1505).

¹¹⁶ Cf. Jean-Paul II, Exhort. apost. « *Familiaris consortio* », n. 75.

¹¹⁷ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au Congrès du "Mouvement pour la vie"*, 4 déc. 1982, in *Insegnamenti*, V/3, p. 1512, n. 4.

¹¹⁸ SCongrDotFede, Instruct. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 79-80. Relativement aux techniques diagnostiques plus employées, telles que l'échographie et l'amniocentèse, il faut dire que la première ne semble présenter aucun risque alors que la seconde comporte des taux de risque retenus acceptables et donc proportionnés. On ne peut en dire autant pour certaines techniques comme la placentocentèse, la foetoscopie et le prélèvement de villosités chorionales qui présentent des coefficients de risque plus ou moins élevés.

¹¹⁹ *Ivi*.

¹²⁰ Cf. *ivi*. « Puisqu'il doit être traité comme une personne, dès la conception, l'embryon devra être défendu dans son intégrité, soigné et guéri, dans la mesure du possible comme tout autre être humain » (CEC 2274).

¹²¹ Cf. Jean-Paul II, Motu proprio « *Dolentium hominum* », 11 févr. 1985, in *Insegnamenti* VIII/1 (1985) pp. 473-474. « Ceux dont la vie est diminuée ou affaiblie réclament un respect spécial. Les personnes malades ou handicapées doivent être soutenues pour mener une vie aussi normale que possible » (CEC 2276).

¹²² Il y a « un droit primaire de tout homme à ce qui est indispensable à sa santé et donc à une assistance sanitaire adéquate » (Jean-Paul II, *Au Congrès mondial des médecins catholiques*, 3 oct. 1992, in *Insegnamenti* V/3, p. 673, n. 3).

¹²³ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) p. 549.

¹²⁴ « La science, même lorsqu'elle ne peut guérir, peut et doit soigner et assister le malade » (Jean-Paul II, *Aux participants à un Cours d'étude sur les "pré-leucémies humaines"*, 15 nov. 1985, in *Insegnamenti* VIII/2, p. 1265, n. 5. Cf. Jean-Paul II, *A deux groupes de l'Académie Pontificale des Sciences*, 21 oct. 1985, in *Insegnamenti* VII/2, p. 1082, n. 4.

¹²⁵ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) pp. 549-550.

¹²⁶ Cf. *ivi*.

¹²⁷ « Le principe de totalité affirme que la partie existe pour le tout, et qu'en conséquence, le bien de la partie reste subordonné au bien de l'ensemble. C'est le tout qui est déterminant pour la partie et qui peut en disposer dans son propre intérêt » (Pie XII, *Aux membres du 1er Congrès international d'histopathologie du système nerveux*, 14 septembre 1952, in AAS 44 (1952) p. 787.

¹²⁸ Pie XII, *Aux membres du XXVI Congrès italien d'urologie*, 8 oct. 1953, in AAS 45 (1953) p. 674 ; cf. Pie XII, *Aux membres du premier Congrès international d'histopathologie du système nerveux*, 14 sept. 1952, in AAS 44 (1952) 782-783. « Le principe de totalité s'applique au plan de l'apparition de la maladie : là seulement se vérifie "correctement" la relation de la partie au tout. Cf. *ivi*, p. 787. « Là où se vérifie la relation du tout à partie ; et dans la mesure exacte où elle se vérifie, la partie est subordonnée au tout, celui-ci peut dans son intérêt propre disposer de la partie » (*ivi*). On ne peut violer l'intégrité physique d'une personne pour le soin d'un mal d'origine psychique ou spirituel. Ici on ne peut donner des organes malades ou altérés dans leur fonction. Aussi, leur manipulation médico-

chirurgicale est une altération arbitraire de l'intégrité physique de la personne. Il n'est pas licite de sacrifier au tout, en la mutilant ou en l'enlevant, une partie qui n'est pas en relation pathologique au tout. C'est pour cela que l'on ne peut correctement assumer le principe de totalité comme critère de légitimation de la stérilisation antiprocréatrice, de l'avortement thérapeutique et de la médecine et de la chirurgie transsexuelle. Bien différent, le cas de souffrances psychiques et de malaises spirituels à base organique, dûs à un défaut ou à une morbidité physique, auquel cas il est légitime, au contraire, d'intervenir thérapeutiquement.

¹²⁹ SCongrDotFede, Instruct. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 75.

¹³⁰ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) p. 545.

¹³¹ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'avortement provoqué*, 18 juin 1974, in AAS 66 (1974).

¹³² Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au Congrès de l'Association Italienne d'Anesthésiologie*, 4 oct. 1984, in *Insegnamenti* VII/2, p. 749, n.2.

¹³³ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) 542-552, III.

¹³⁴ « Le chrétien est tenu de mortifier sa chair et de travailler à se purifier intérieurement... Dans la mesure où la maîtrise de soi et des tendances déréglées est impossible à conquérir sans l'aide de la douleur physique, celle-ci devient donc une nécessité et il faut l'accepter ; mais pour autant qu'elle n'est pas requise à cette fin, 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 ». (Pie XII, *A une Assemblée internationale de médecins et de chirurgiens*, 24 févr. 1957, in AAS 49 (1957) p. 135.

¹³⁵ Pie XII, *A une Assemblée internationale de médecins et de chirurgiens*, 24 févr. 1957, in AAS 49 (1957) p. 136.

¹³⁶ Cf. Cons. Pont. "Cor Unum" *Quelques questions éthiques relatives aux malades en état grave et aux mourants*, 27 juillet 1981, in *Enchiridion Vaticanum*, 1. *Documents officiels du Saint-Siège* 1980-1981. EDB, Bologne 1985, p. 1141, n. 2. 3. 1. ; Jean-Paul II, *A deux groupes de travail organisés par l'Académie Pontificale des Sciences*, 21 oct. 1985, in *Insegnamenti* VIII/2, p. 1082, n. 4.

¹³⁷ Jean-Paul II, *Aux participants au Congrès de l'Association d'Anesthésiologie*, 4 oct. 1984, in *Insegnamenti* VII/2, p. 750, n. 3.

¹³⁸ Cf. Pie XII, *A une Assemblée internationale de médecins et de chirurgiens*, 24 févr. 1957, in AAS 49 (1957) pp. 138-143.

¹³⁹ Pie XII, *Aux médecins de l'Institut G. Mendel*, 24 nov. 1957, in AAS 49 (1957) p. 1031.

¹⁴⁰ « On ne peut faire du malade l'objet de décisions qu'il ne prend pas lui-même, ou, s'il n'est en mesure de les prendre, qu'il ne pourrait approuver. La "personne, principale responsable de sa propre vie, doit être le point de référence de toute intervention d'assistance : les autres ne sont là que pour l'aider et non pour se substituer à elle » (Cons. pont. 'Cor Unum', *Quelques questions éthiques relatives aux malades en état grave et aux mourants*, 27 juillet 1981, in *Enchiridion Vaticanum*, 7. *Documents officiels du Saint-Siège* 1980-1981. EDB, Bologne 1985, p. 1137, n. 2. 1. 2.).

¹⁴¹ Cf. Jean-Paul II, *Au Congrès mondial des médecins catholiques*, 3 oct. 1982, in *Insegnamenti* V/3, p. 673, n. 4.

¹⁴² Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à deux Congrès de médecine et de chirurgie*, 27 octobre 1980, in *Insegnamenti* III/2, 1008-1009, n. 5.

¹⁴³ Jean-Paul II, *Aux représentants de la Société Italienne de Médecine et de la Société Italienne de Chirurgie Générale*, 21 oct. 190, n. 3.

¹⁴⁴ Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès sur le cancer*, 26 avril 1986. in *Insegnamenti* IX/1, 1152-1153.

¹⁴⁵ Cf. Jean-Paul II, *Aux savants et aux personnels de santé*, 12 nov. 1987. in *Insegnamenti* X/3 (1987) 1086-1087, n. 4. « Il faut aussi rappeler certaines interprétations abusives de la recherche scientifique dans le domaine de l'anthropologie. Tirant argument de la grande variété des mœurs, des habitudes et des institutions présentes dans l'humanité, on finit, sinon toujours, par nier les valeurs humaines universelles, du moins, par concevoir la morale d'une façon relativiste » (Jean-Paul II, Encyclique *Veritatis splendor* n. 33).

¹⁴⁶ Jean-Paul II, *Aux participants à deux Congrès de médecine et de chirurgie*, 11 oct. 1980, in *Insegnamenti* III/2, 1009, n. 5.

¹⁴⁷ Pie XII, *Aux membres du 1er Congrès international d'histopathologie du système nerveux*, 14 sept. 1952, in AAS 44 (1952) p. 788.

¹⁴⁸ Jean-Paul II, *A une Conférence sur les médicaments qui se tint dans la Salle du Synode*, 24 oct. 1986, in *Insegnamenti* IX/2, p. 1183 ; cf. *Aux participants à un Congrès de chirurgie*, 19 févr. 1987, in *Insegnamenti* X/1 (1987) 376, n. 4. « Les recherches ou expérimentations sur l'être humain ne peuvent légitimer des actes en eux-mêmes contraires à la dignité des personnes et à la loi morale. Le consentement éventuel des sujets ne justifie pas de tels actes. L'expérimentation sur l'être humain n'est pas moralement légitime si elle fait courir à la vie ou à l'intégrité physique et psychique du sujet des risques disproportionnés ou évitables » (CEC 2295).

¹⁴⁹ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à deux Congrès de médecine et de chirurgie*, 27 oct. 1980, in *Insegnamenti* III/2, 1008-1009, n. 5 ;

Aux participants à un Cours d'étude sur les « pré-leucémies humaines », 15 nov. 1985, in *Insegnamenti* VIII/2, p. 1265, n. 5.

¹⁵⁰ Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès de l'Académie Pontificale des Sciences*, 23 oct. 1982, in *Insegnamenti* V/3, p. 897, n. 4. « Cependant la diminution des expérimentations sur les animaux, devenues de moins en moins nécessaires, correspond au dessein et au bien de la création tout entière » (ivi).

¹⁵¹ Cf. Jean-Paul II, *A une Conférence sur les médicaments qui s'est tenue dans la Salle du Synode*, 24 oct. 1986, in *Insegnamenti* IX/2, p. 1183.

¹⁵² SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980), p. 550. « Il peut arriver dans des cas douteux, quand échouent les moyens déjà connus, qu'une méthode nouvelle, encore insuffisamment éprouvée, offre à côté d'éléments très dangereux, des chances appréciables de succès. Si le patient donne son accord, l'application du procédé en question est licite » (Pie XII, *Aux participants à un Congrès international d'histopathologie du système nerveux*, 14 sept. 1952, in AAS 44 [1952] p. 788).

¹⁵³ Jean-Paul II, *Aux participants à un cours sur les « pré-leucémies humaines »*, 15 nov. 1985, in *Insegnamenti* VIII/2, p. 1265, n. 5.

¹⁵⁴ Pie XII, *Aux participants à la VIII Assemblée de l'Association Médicale Mondiale*, 30 sept. 1954, in Pie XII, *Discours aux Médecins*, Rome 1960, p. 358.

¹⁵⁵ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à deux Congrès de médecine et de chirurgie*, 27 oct. 1980, in *Insegnamenti*, III/2, p. 1009, n. 5.

¹⁵⁶ Ivi.

¹⁵⁷ SCongrDotFede, Instruct. *Donum vitae*, in AAS 80 (1988) 81-83.

¹⁵⁸ SCongrDotFede, *ivi*. « Je condamne sur un mode explicite et formel, les manipulations expérimentales faites sur l'embryon humain, car l'être humain, dès l'instant de sa conception jusqu'à la mort, ne peut jamais être instrumentalisé pour aucun motif » (Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès de l'Académie Pontificale des Sciences*, 25 oct. 1982, in AAS 75 [1983] 37). « Le respect envers la dignité de l'être humain exclut toute sorte de manipulation expérimentale ou d'exploitation de l'embryon » (Saint-Siège, *Chartre des droits de la famille*, 4/b, in *OssRom* 25 nov. 1983).

¹⁵⁹ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au 1er Congrès international sur les transplantations d'organes* 20 juin 1991, in *Insegnamenti* XIV/1 (1991) 1710.

¹⁶⁰ Ivi. « La transplantation d'organes n'est pas moralement acceptable si le donneur ou ses ayants droit n'y ont pas donné leur consentement éclairé. La transplantation d'organes est conforme à la loi morale et peut être méritoire si les dangers et les risques physiques ou psychiques encourus par le donneur sont proportionnés au bien recherché chez le destinataire. Il est moralement

inadmissible de provoquer directement la mutilation invalidante ou la mort d'un être humain, fût-ce pour retarder le décès d'autres personnes » (CEC 2296).

¹⁶¹ Cf. Pie XII, *Aux délégués de l'Association italienne de donneurs de cornée et de l'Union italienne des aveugles*, 14 mai 1956, in AAS 48 (1956) 464-465 ; Jean-Paul II, *Aux participants au 1er Congrès international sur les transplantations d'organes*, 20 juin 1991, in *Insegnamenti* XIV/1 (1991) 1711-1712, n. 3.

¹⁶² Jean-Paul II, *Aux participants au premier Congrès international sur les transplantations d'organes*, 20 juin 1991, in *Insegnamenti* XIV/1 (1991) 1711.

¹⁶³ *Ivi*, n. 4.

¹⁶⁴ Cf. Pie XII, *Aux délégués de l'Association italienne de donneurs de cornée et de l'Union italienne des aveugles*, 14 mai 1956, in AAS 48 (1956) pp. 462-464.

¹⁶⁵ *Ivi*, pp. 466-467.

¹⁶⁶ Cf. Académie Pontificale des Sciences, *Déclaration sur la prolongation artificielle de la vie et la détermination exacte du moment de la mort*, 21 oct. 1985, n. 1, 3.

¹⁶⁷ Pie XII, *Aux délégués de l'Association italienne de donneurs de cornée et de l'Union italienne des aveugles*, 14 mai 1956, in AAS 48 (1956) p. 460.

¹⁶⁸ Jean-Paul II, *Aux participants au Premier Congrès International sur les transplantations d'organes*, 20 juillet 1991, in *Insegnamenti* XIV/1 (1991) 1711, n. 3.

¹⁶⁹ *Ivi*, Pie XII, *Aux délégués de l'Association italienne de donneurs de cornée et de l'Union italienne des aveugles*, 14 mai 1956, in AAS 48 (1956) p. 465. Cf. Pie XII, *Discours aux Médecins*, p. 467 « Dans la propagande (du don de cornée), il faut certainement observer une réserve intelligente pour éviter de sérieux conflits extérieurs et intérieurs, Faut-il, en outre, comme il arrive souvent, refuser en principe tout dédommagement ? La question reste posée. Il est hors de doute que de graves abus peuvent s'introduire, si l'on exige une rétribution ; mais ce serait aller trop loin que de juger immorale toute acceptation ou toute exigence de dédommagement. Le cas est analogue à celui de la transfusion sanguine : c'est un mérite pour le donneur de refuser un dédommagement ; ce n'est pas nécessairement un défaut de l'accepter ».

¹⁷⁰ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au Premier Congrès international sur les transplantations d'organes*, 20 juin 1991, in *Insegnamenti* XIV/1 (1991) 1712.

¹⁷¹ Cf. *Ivi*, p. 1713, n. 5.

¹⁷² *Ivi*, p. 1713, n. 5 : « La difficulté de l'intervention, la nécessité d'agir rapidement, la nécessité de concentration maximum dans le devoir, ne doivent pas faire perdre de vue au médecin le mystère de l'amour inclus en ce qu'il est en train d'accomplir ». — « Les différents commandements du Décalogue ne sont en effet que la répercussion de l'unique commandement du bien de la personne, au niveau des nombreux biens qui caractérisent son identité d'être spirituel et corporel en relation avec Dieu, avec le prochain et avec le monde matériel » (Jean-Paul II, Encyclique *Veritatis splendor* n. 13).

¹⁷³ « A la base de l'abus d'alcool et de stupéfiants — même dans la douloureuse complexité des causes et des situations — il y a, habituellement, un vide existentiel, dû à l'absence de valeurs et à un manque de confiance en soi, dans les autres et dans la vie en général » (Jean-Paul II, *Aux participants à la Conférence internationale sur la drogue et l'alcool*, 23 nov. 1991, in *Insegnamenti* XIV/2 (1991) 1249, n. 2.

¹⁷⁴ Jean-Paul II, *Aux participants à la Conférence Internationale sur la drogue et l'alcool*, 23 nov. 1991, n. 4.

¹⁷⁵ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au VIII Congrès mondial des Communautés thérapeutiques*, 1 sept. 1984, in *Insegnamenti* VII/2, p. 347, n. 3.

¹⁷⁶ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au VIII Congrès mondial des Communautés thérapeutiques*, 1 sept. 1984, in *Insegnamenti* VII/2, p. 350, n. 7.

¹⁷⁷ Cf. Jean -Paul II, *Message à la Conférence Internationale de Vienne, 4 juin 1987*, in *Insegnamenti* X/1 (1987) 1940-1943.

¹⁷⁸ Jean-Paul II, *Aux participants au VIII Congrès mondial des Communautés thérapeutiques*, 1 sept. 1984, in *Insegnamenti* VII/2, p. 347, n. 3.

¹⁷⁹ Jean-Paul II, *Aux participants à la Conférence Internationale sur la drogue et l'alcool*, 23 nov. 1991, n. 4. « L'usage de la drogue inflige de très graves destructions à la santé et à la vie humaine. En dehors d'indications strictement thérapeutiques, c'est une faute grave. La production clandestine et le trafic de drogues sont des pratiques scandaleuses ; ils constituent une coopération directe, puisqu'ils y incitent, à des pratiques gravement contraires à la loi morale » (CEC 2291).

¹⁸⁰ Jean-Paul II, *Aux participants à la Conférence Internationale sur la drogue et l'alcool*, 23 nov. 1991, n. 4. Jean-Paul II, *Aux participants à la Conférence Internationale sur la drogue et l'alcool*, 23 nov. 1991, n. 4, *ivi*.

¹⁸² « Les conditions économiques actuelles de la société, ainsi que les taux élevés de chômage et de pauvreté, peuvent contribuer à accroître chez les jeunes un sentiment d'inquiétude, d'insécurité, de frustration et d'aliénation sociale et les entraîner dans ce monde illusoire de l'alcool comme échappatoire aux problèmes de la vie ». Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès sur l'alcoolisme*, 1 juin 1985, in *Insegnamenti* VIII/1, p. 1741.

¹⁸³ Il y a trois catégories de psycholeptiques. La première est celle des neuroleptiques, les antipsychotiques, qui ont permis la fermeture des hôpitaux psychiatriques, car ils font disparaître l'agitation, les délires, les hallucinations, rendant inutiles les mesures d'internement et de réclusion qui ne sont pas curatives par elles-mêmes. La seconde comprend les *sédatifs* ou tranquillisants et la troisième, les *antidépresseurs*.

¹⁸⁴ Jean-Paul II, *Aux participants à la Conférence Internationale sur la drogue et l'alcool*, 23 nov. 1991, n. 4.

¹⁸⁵ Jean-Paul II, *Aux participants à la Conférence Internationale sur la drogue et l'alcool*, 23 nov. 1991, n. 4. *Ivi*.

¹⁸⁶ Cf. Pie XII, *Au Congrès International de neuropsychopharmacologie*, 9 sept. 1958, in *Discours et Radiomessages*, Vol. XX, pp. 327-333.

¹⁸⁷ La fréquence et la conviction avec lesquelles les patients l'avouent au médecin en sont une confirmation : « maintenant, après vous avoir parlé, je me sens déjà mieux ». Et, en effet, comme « il y a des apports thérapeutiques que la cure somatique peut procurer à l'esprit du patient... ; inversement, il existe l'apport thérapeutique dont la souffrance physique peut bénéficier à travers le réconfort psychologique et spirituel ». Paul VI, *Au III Congrès mondial de l'International Collège Psychosomatic Médiane* 18 sept. 1975, in AAS 67 (1975) 544.

¹⁸⁸ Cf. Jean-Paul II, *Motu proprio Dolentium hominum*, 11 févr. 1985, in *Insegnamenti* VIII/1, p. 474.

¹⁸⁹ « Considérée dans son ensemble, la psychologie moderne mérite l'approbation du point de vue moral et religieux » (Pie XII, *Aux membres du XIII Congrès de psychologie appliquée*, 10 avril 1958, in AAS 50 (1958) p. 274.

¹⁹⁰ Pie XII, *Aux membres du XIII Congrès international de psychologie appliquée*, 10 avril 1958, in AAS 50 (1958) p. 276.

¹⁹¹ *Ivi*, Pie XII, *Aux membres du XIII Congrès international de psychologie appliquée*, 10 avril 1958, in AAS 50 (1958) p. 281.

- ¹⁹² « L'expérience nous enseigne que l'homme, en demande d'assistance préventive ou thérapeutique, dévoile des exigences qui vont au-delà de la pathologie organique. Du médecin, il attend non seulement une cure adéquate — cure, du reste, qui avant ou après finira fatalement par se révéler insuffisante — mais le soutien humain d'un frère qui sait lui faire part d'une perspective de la vie dans laquelle est incluse le mystère de la souffrance et de la mort. Et, où pourrait-il puiser, sinon dans sa foi, une réponse pacifiante aux interrogations suprêmes sur l'existence ? » (Jean-Paul II, *Au Congrès Mondial des Médecins Catholiques*, 3 oct. 1982, in *Insegnamenti* V/3, p. 675, n. 6).
- ¹⁹³ « Du mystère pascal se répand une lumière singulière sur la tâche spécifique que la pastorale sanitaire est appelée à exercer dans l'immense engagement de l'évangélisation » (Jean-Paul II, *A l'Assemblée plénière du Conseil Pontifical pour la Pastorale des Services de la Santé*, 11 févr. 1992, in *OssRom* 12 févr. 1992, n. 7). Cf. CEC 1503.
- ¹⁹⁴ « L'homme gravement malade a besoin dans l'état d'anxiété et de peine où il se trouve, d'une grâce spéciale de Dieu pour ne pas se laisser abattre par le danger de la tentation qui risque de faire vaciller sa foi. C'est justement pour cela, que le Christ a voulu donner à ses fidèles malades la force et le soutien très valable du sacrement de l'Onction des Malades » SCongrCulto Div, *Sacrement de l'Onction des malades et cure pastorale des malades*, 17 nov. 1972. Ed. Typique, Typ. Pol. Vat., 1972, p. 81, n. 5). Cf. CEC 1511.
- ¹⁹⁵ SCongrCultoDiv, *Sacrement de l'Onction des malades et cure pastorale des malades*, n. 6.
- ¹⁹⁶ Cf. Conc. oecum. Vatican II, Cost. sur la Sainte Liturgie *Sacrosanctum Concilium*, n. 73. Cf. CEC 1514.
- ¹⁹⁷ « Par la grâce de ce sacrement, le malade reçoit la force et le don de s'unir plus intimement à la passion du Christ : il est d'une certaine façon consacré pour porter du fruit par la configuration à la passion rédemptrice du Sauveur » (CEC 1521). « Les malades qui reçoivent ce sacrement, en s'unissant spontanément à la passion et à la mort du Christ » contribuent « au bien du peuple de Dieu » (LG 11). « En célébrant ce sacrement, l'Église, dans la communion des saints, intercède pour le bien du malade. Et le malade, à son tour, par la grâce de ce sacrement, contribue à la sanctification de l'Église et au bien de tous les hommes pour lesquels l'Église souffre et s'offre, par le Christ, à Dieu le Père » (CEC 1522).
- ¹⁹⁸ Cf. SCongrCultoDiv, *Sacrement de l'Onction et cure pastorale des malades*, nn. 8-19.
- ¹⁹⁹ Code de Droit Canonique, can. 1005 ; cf. cann. 1004-1007.
- ²⁰⁰ SCongrCultoDiv, *Sacrement de l'Onction et cure pastorale des malades*, n. 26. Cf. CEC 1524.
- ²⁰¹ *Ivi*, SCongrCultoDiv, *Sacrement de l'Onction et cure pastorale des malades*, n. 26.
- ²⁰² « Tous les baptisés qui peuvent recevoir la Communion ont l'obligation de recevoir le Viatique. En effet, tous les fidèles, qui pour quelque motif que ce soit, se trouvent en danger de mort, sont tenus par précepte, à recevoir la Sainte Communion, et les pasteurs devront veiller à ce que ne soit pas différée l'administration de ce Sacrement, afin que les fidèles en reçoivent le réconfort en pleine possession de leurs facultés » (SCongrCultoDiv, *Sacrement de l'Onction et cure pastorale des malades*, n. 27).
- ²⁰³ Cf. SCongrCultoDiv, *Sacrement de l'Onction et cure pastorale des malades*, n. 29.
- ²⁰⁴ Jean-Paul II, *Aux participants au Congrès International de l'Association « Omnia Hominis »*, 25 août 1990, in *Insegnamenti* XIII/2, p. 328.
- ²⁰⁵ Cf. SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in *AAS* 72 (1980) p. 551.
- ²⁰⁶ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès international sur l'assistance des mourants*, in *OssRom* 18 mars 1992, n. 5.
- ²⁰⁷ « Seule une présence humaine, discrète et attentive, qui permet au malade de s'exprimer et de trouver un réconfort humain et spirituel, aura un effet apaisant » (Cons. Pont. 'Cor Unum', *Quelques questions éthiques relatives aux malades en état grave et aux mourants*, 27 juillet 1981, in *Enchiridion Vaticanum*, 7. Documents officiels du Saint-Siège 1980-1981. EDB Bologne 1985, p. 1151, n. 4.3).
- ²⁰⁸ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès international sur l'assistance envers les mourants*, in *OssRom* 18 mars 1992, n. 5.
- ²⁰⁹ Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès international sur l'assistance envers les mourants*, in *OssRom* 18 mars 1992, n. 1. « En face de la mort, l'énigme de la condition humaine atteint son sommet ». D'un côté, la mort corporelle est naturelle, mais pour la foi, elle est en réalité le « salaire du péché » (Rm 6, 23). « Et pour ceux qui meurent dans la grâce du Christ elle est une participation à la mort du Seigneur, pour pouvoir participer aussi à sa Résurrection » (CEC 1006 ; cf. aussi CEC 1009).
- ²¹⁰ Jean-Paul II, *A deux groupes de travail organisés par l'Académie Pontificale des Sciences*, 21 oct. 1985, in *Insegnamenti* VIII/2, p. 1083, n. 6 ; cf. *Aux participants au Congrès international sur l'assistance envers les mourants*, in *OssRom* 18 mars 1992, n. 5.
- ²¹¹ Jean-Paul II, *A deux groupes de travail organisés par l'Académie Pontificale des Sciences*, 21 Oct. 1985, in *Insegnamenti* VIII/2, p. 1083., n. 6. Cf. CEC 1010.
- ²¹² Cf. SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in *AAS* 72 (1980) p. 549.
- ²¹³ *Ivi*, cf. SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in *AAS* 72 (1980) p. 549.
- ²¹⁴ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès international sur l'assistance envers les mourants*, in *OssRom* 18 mars 1992, n. 4.
- ²¹⁵ Jean-Paul II, *A deux groupes de travail organisés par l'Académie Pontificale des Sciences*, 21 oct. 1985, in *Insegnamenti* VQ/2, p. 1082, n. 5.
- ²¹⁶ « De ce point de vue, l'usage des moyens thérapeutiques, parfois, peut soulever des problèmes » : SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in *AAS* 72 (1980) p. 549.
- ²¹⁷ Cf. Jean-Paul II, *A deux groupes de travail organisés par l'Académie des Sciences*, 21 oct. 1985, in *Insegnamenti* VII/2, p. 1082, n. 5.
- ²¹⁸ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in *AAS* 72 (1980) p. 551.
- ²¹⁹ Cf. Cons. Pont. 'Cor Unum', *Quelques questions éthiques relatives aux malades en état grave et aux mourants*, 27 juillet 1981, in *Enchiridion Vaticanum*, 1. Documents officiels du Saint-Siège 1980-1981. EDB, Bologne 1985, p. 1165, n. 7.2. ; *Ibid.*, p. 1143, n. 2.4.1 : « La vie terrestre est un bien fondamental mais non absolu. C'est pourquoi, il faut identifier les limites de l'obligation à maintenir une personne en vie. La distinction — déjà définie — entre les moyens « proportionnés » auxquels il ne faut jamais renoncer pour ne pas anticiper ni causer la mort, et les moyens « disproportionnés » auxquels on peut, et pour ne pas tomber dans l'acharnement thérapeutique, on doit renoncer, est le critère éthique décisif pour l'identification de ces limites. En cela, l'agent de santé trouve une signification et une indication rassurante pour la solution des cas complexes confiés à sa responsabilité. Nous pensons particulièrement aux états de coma permanent et irréversible, aux pathologies tumorales avec pronostic fatal, et aux personnes âgées en état grave ou en phase terminale ».
- ²²⁰ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au Congrès de l'Association Italienne d'Anesthésiologie*, 4 oct. 1984, in *Insegnamenti* VII/2, p. 749, n. 2 ; *A deux groupes de travail organisés par l'Académie Pontificale des Sciences*, 21 oct. 1985, in *Insegnamenti* VIII/2, p. 1082, n. 4.
- ²²¹ Pour le croyant « la douleur, surtout celle des derniers moments de la vie, assume une signification particulière dans le plan salvifique de Dieu » comme « participation à la passion » et « union au sacrifice rédempteur » du Christ. C'est pourquoi, le chrétien peut être amené librement à accepter la douleur sans la soulager ou à modérer l'usage des analgésiques : cf. SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in *AAS* 72 (1980) p. 547.
- ²²² Cf. Pie XII, *A une Assemblée internationale de médecins et chirurgiens*, 24 févr. 1957, in *AAS* 49 (1957) p. 147 ; *Aux participants à un*

Congrès de neuropsychopharmacologie, 9 sept. 1958, in AAS 50 (1958) p. 694 ; SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) p. 547.

²²³ Cf. Jean-Paul II, *A deux groupes de travail organisés par l'Académie Pontificale des Sciences*, 21 oct. 1985, in *Insegnamenti VIII/2*, p. 1082, n. 4.

²²⁴ Cf. Pie XII, *A une Assemblée internationale de médecins et chirurgiens*, 24 févr. 1957, in AAS 49 (1957) p. 144.

²²⁵ Cf. SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) pp. 547-548.

²²⁶ Cf. Pie XII, *Aux participants à un Congrès de neuropsychopharmacologie*, 9 sept. 1958, in AAS 50 (1958) p. 694.

²²⁷ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) p. 548. Cf. Pie XII, *A une Assemblée internationale de médecins et de chirurgiens*, 24 févr. 1957, in AAS 49 (1957) p. 146 ; *Aux participants à un Congrès de neuropsychopharmacologie*, 9 sept. 1958, « BME 329 ».

²²⁸ Cf. SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 12 (1980) p. 548.

²²⁹ Pie XII, *A une Assemblée internationale de médecins et de chirurgiens*, 24 févr. 1957, in AAS 49 (1957) pp. 144-145.

²³⁰ Cf. Cons. Pont. 'Cor unum', *Quelques questions éthiques relatives aux malades en état grave et aux mourants*, 27 juillet 1981, in *Enchiridion Vaticanum, 7. Documents officiels du Saint-Siège 1980-1981*. EDB, Bologne 1985, p. 1153, n. 4.4.

²³¹ Cf. Pie XII, *A une Assemblée internationale de médecins et de chirurgiens*, 24 févr. 1957, in AAS 49 (1957) 145.

²³² Cf. Pie XII, *A une Assemblée internationale de médecins et de chirurgiens*, 24 févr. 1957, in AAS 49 (1957) p. 143-146 ; SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 12 (1980) p. 548. « 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 ». (Pie XII, *A une Assemblée internationale de médecins et de chirurgiens*, 24 févr. 1957, in AAS 49 [1957] p. 156).

²³³ Cf. Cons. Pont. 'Cor Unum', *Quelques questions éthiques relatives aux malades en état grave et aux mourants*, in *Enchiridion Vaticanum, 7. Documents officiels du Saint-Siège 1980-1981*. EDB, Bologne 1985, p. 1159, n. 6.1.1. « La mort est la fin du pèlerinage terrestre de l'homme, du temps de grâce et de miséricorde que Dieu lui offre pour réaliser sa vie terrestre selon le dessein divin et pour décider de son destin ultime » (CEC 1013).

²³⁴ Cons. pont. 'Cor Unum', *Quelques questions éthiques relatives aux malades en état grave et aux mourants*, in *Enchiridion Vaticanum, 7. Documents officiels du Saint-Siège 1980-1981*. EDB, Bologne 1985, p. 1159, n. 6.1.2.

²³⁵ Cf. Conc. œcum. Vatican II, Const. Past. *Gaudium et spes*, n. 18 ; Jean-Paul II, Lettre apost. *Salvifici doloris*, in *Insegnamenti VIII/II*, 333-335, n. 15 ; *Aux participants au Congrès de l'Académie Pontificale des Sciences sur « La détermination du moment de la mort »*, 14 déc. 1989, in *Insegnamenti XII/2*, p. 1527, n. 4.

²³⁶ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au Congrès de l'Académie Pontificale des Sciences sur « La détermination du moment de la mort »*, 14 déc. 1989, in *Insegnamenti XX/2*, 1523-1529, n. 4.

²³⁷ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au Congrès de l'Académie Pontificale des Sciences sur « La détermination du moment de la mort »*, 14 déc. 1989, in *Insegnamenti XII/2*, 1523-1529, n. 4.

²³⁸ Pie XII, *A un groupe de médecins*, 24 nov. 1957, « BME 432, 434 » ; cf. 523-1529, n. 6.

²³⁹ Jean-Paul II, *Aux participants au Congrès de l'Académie Pontificale des Sciences sur « La détermination du moment de la mort »*, 14 déc. 1989, in *Insegnamenti XII/2*, 1523-1529, n. 6.

²⁴⁰ Cf. Académie Pont. des Sciences, *Déclaration sur la prolongation artificielle de la vie et la détermination exacte du moment de la mort*, n. 1.

²⁴¹ SCongrDotFede, Instruct. *Donum vitae*, 22 févr. 1987, in AAS 80 (1988) 75-76 ; cf. Jean-Paul II, *Aux participants à la 3^e Assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale*, 29 oct. 1983, n. 2.

²⁴² Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès du « Mouvement pour la vie »*, 12 oct. 1985, in *Insegnamenti VII/2*, 833-836, n. 2.

²⁴³ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) p. 544. Cf. Jean-Paul II, Encyclique *Veritatis splendor*, n. 13.

²⁴⁴ Cf. Pie XII, *Au Congrès de l'Union catholique italienne des sages-femmes*, 29 oct. 1951, in AAS 43 (1951) p. 838. — « L'Écriture précise l'interdiction du cinquième commandement : « Tu ne tueras pas l'innocent ni le juste (Ex 23, 7). Le meurtre volontaire d'un innocent est gravement contraire à la dignité de l'être humain, à la règle d'or et à la sainteté du Créateur. La loi qui le proscribit est universellement valable : elle oblige tous et chacun, toujours et partout » (CEC 2261).

²⁴⁵ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) 544-545. « Une discrimination fondée sur les diverses périodes de la vie ne se justifie pas davantage que n'importe quelle autre. Le droit à la vie demeure intact chez le vieillard, même très débilisé ; un malade incurable ne perd pas ce droit. Il n'est pas moins légitime chez le nouveau-né que chez l'homme adulte » (SCongrDotFede, *Déclaration sur l'avorte-ment provoqué 18 juin 1974*, in AAS 66 (1974) 737-738).

²⁴⁶ Jean-Paul II, *A l'Association des Médecins Catholiques Italiens*, 28 déc. 1978, in *Insegnamenti I*, p. 438. Jean-Paul II, *Au Congrès mondial des Médecins Catholiques*, 3 oct. 1982, in *Insegnamenti V/3*, 671.

²⁴⁸ Cf. SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) p. 545. « Tout homme a le devoir de conformer sa vie sur le dessein de Dieu... La mort volontaire, c'est-à-dire, le suicide... constitue, de la part de l'homme, le refus de la volonté de Dieu et de son dessein d'amour. Le suicide, en outre, est souvent aussi un refus de l'amour de soi, une négation de l'aspiration naturelle à la vie, un renoncement face aux devoirs de justice et de charité envers le prochain, envers les différentes communautés et envers la société tout entière, même si parfois interviennent — on le sait — des facteurs psychologiques qui peuvent atténuer, ou même, enlever toute responsabilité. On devra, toutefois, considérer distinct du suicide, le sacrifice selon lequel, pour une cause supérieure — telle que la gloire de Dieu, le salut des âmes, ou le service de ses frères — on offre sa propre vie ou on l'expose au danger » (ivi).

²⁴⁹ Saint-Siège, Charte des droits de la famille, art. 41a.

²⁵⁰ Conc. œcum. Vatican II, Constit. past. *Gaudium et spes*, n. 51. Cf. Paul VI, *Aux participants au XXIII Congrès national de l'Union des Juristes Catholiques Italiens* in AAS 64 (1972) pp. 776-779.

²⁵¹ Cf. Jean-Paul II, *Aux représentants du « Mouvement pour la vie »*, 25 janv. 1986, in *Insegnamenti IX/1*, 190-192, n. 3.

²⁵² Cf. Jean-Paul II, *A deux groupes internationaux de savants*, 3 nov. 1979, in *Insegnamenti II/2*, p. 1034-1035.

²⁵³ Cf. Jean-Paul II, *A l'Association des Médecins Catholiques Italiens*, 28 déc. 1978, in *Insegnamenti I*, p. 438. ; SCongrDotFede, *Déclaration sur l'avortement provoqué*, 18 juin 1974, in AAS 66 (1974) 744, n. 24. « Dès le premier siècle, l'Église a déclaré la malice morale de tout avortement provoqué. Cet enseignement n'a pas changé. Il demeure invariable. L'avortement direct, c'est-à-dire voulu comme une fin ou comme un moyen, est gravement contraire à la loi morale : Tu ne tueras pas l'embryon par l'avortement et tu ne feras pas périr le nouveau-né » (CEC 2271).

²⁵⁴ Cf. SCongrDotFede, *Déclaration sur l'avortement provoqué*, 18 juin 1974, in AAS 66 (1974) 739.

²⁵⁵ Cf. Pie XII, *Au « Front de la famille » et aux « Associations des familles nombreuses »*, 27 nov. 1951, in AAS 43 (1951) p. 859.

²⁵⁶ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à un Congrès pour sages-femmes*, 26 janv. 1980, in *Insegnamenti* III/1, p. 194, n. 3.

²⁵⁷ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'avortement provoqué*, 18 juin 1974, in AAS 66 (1974) 744, n. 22.

²⁵⁸ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'avortement provoqué*, 18 juin 1974, in AAS 66 (1974) 744, n. 24.

²⁵⁹ Code de Droit Canonique, can. 1398. *Latae sententiae* veut dire qu'il n'est pas nécessaire que l'excommunication soit prononcée par l'autorité dans chaque cas singulier. Celui qui procure l'avortement l'encourt, par le simple fait de le procurer volontairement, et s'il sait qu'il l'encourt.

²⁶⁰ Cf. Code de Droit Canonique, can. 871.

²⁶¹ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au 54ème Cours de formation permanente de l'Université Catholique*, 6 sept. 1984, in *Insegnamenti* VII/2, 333-334.

²⁶² Jean-Paul II, *Aux participants au 54ème Cours de formation permanente de l'Université Catholique*, 6 sept. 1984, in *Insegnamenti* VII/2, p. 334, n. 3. « Quels qu'en soient les motifs et les moyens, l'euthanasie directe consiste à mettre fin à la vie de personnes handicapées, malades ou mourantes. Elle est moralement irrecevable » (CEC 2276).

²⁶³ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) pp. 544-546.

²⁶⁴ Cf. Paul VI, *Aux participants au III Congrès mondial de l'«International Collège Psychosomatic Medicine »*, 18 sept. 1975, in AAS 67 (1975) 545.

²⁶⁵ SCongrDotFede, *Déclaration sur l'euthanasie*, 5 mai 1980, in AAS 72 (1980) p. 546. Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au Congrès international sur l'assistance envers les mourants*, in *OssRom* 18 mars 1992, nn. 3, 5.

²⁶⁶ Cf. Jean-Paul II, *A deux groupes de travail organisés par l'Académie Pontificale des Sciences*, 21 oct. 1985, n. 3.

²⁶⁷ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants à un Cours d'étude sur les « préleucémies humaines »*, 15 nov. 1985, in *Insegnamenti* VIII/2, p. 1265, n. 5.

²⁶⁸ Cf. Jean-Paul II, *Aux participants au 54ème Cours de formation permanente de l'Université Catholique*, 6 sept. 1984, in *Insegnamenti* VII/2, p. 334, n. 4.