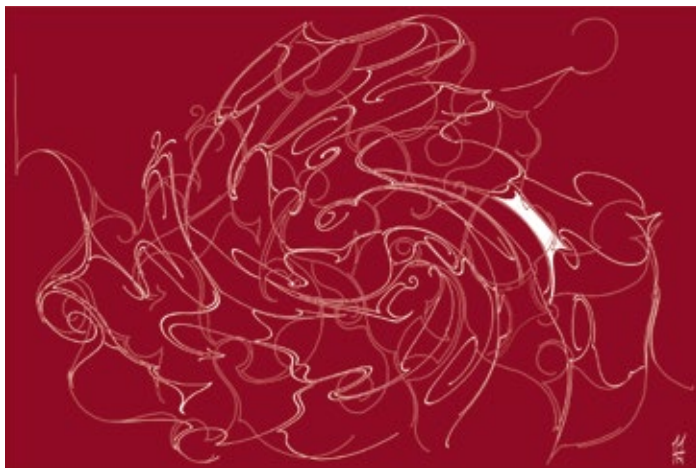


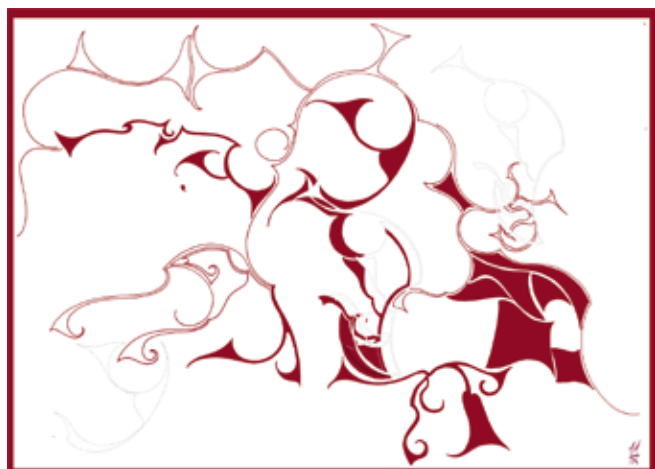
Médecine et fin de vie



Que dit le judaïsme ?

mjlf  mouvement juif libéral de france

LES FONDAMENTAUX



Médecine et fin de vie

Que dit le judaïsme ?

« J' ai placé devant toi la vie et la mort, la bénédiction et la malédiction ; choisis la vie » (Deutéronome 30, 19).

« La vie m' a appris trois choses : la première est que je n' éviterai ni ma mort ni celle de mes proches. La deuxième est que l' être humain ne se réduit pas à ce que nous voyons ou croyons voir. Il est toujours infiniment plus grand, plus profond que nos jugements étroits ne peuvent le dire. Il n' a enfin, jamais dit son dernier mot, toujours en devenir, en puissance de s' accomplir, capable de se transformer à travers les crises et les épreuves de sa vie. » (Marie de Hennezel)¹

« R. Rava bar Abouha interprète le verset « Tu aimeras ton prochain comme toi-même » (Lev. 19, 18), comme : « choisis-lui une belle mort ». » (Sanhédrin 52b)

¹ Marie de Hennezel, *La Mort intime*, Robert Laffont, Paris, 1995, p. 37.

REMARQUES INTRODUCTIVES
Actualité de ce texte (dans le contexte français)
La voix de la tradition
Le statut de ce texte

SOMMAIRE

- 1 -

La médecine dans la tradition juive

PAGE 9

- 1.1 La *mitsva* (« commandement ») de guérir
 - D'où la médecine est-elle un commandement ?
 - Sauver, c'est pouvoir sauver
- 1.2 Le patient
- 1.3 Le médecin et la question de la confidentialité
 - La confidentialité au cœur de la thérapie
 - Le secret médical a-t-il des limites ?
- 1.4 Le droit du patient de savoir
 - La stratégie du silence
 - L'information comme facteur thérapeutique

- 2 -

La fin de vie

PAGE 17

- 2.1 La fin de vie – définition
- 2.2 Le droit de refuser un traitement
 - Le critère de la guérison
 - Le droit de refus
- 2.3 L'euthanasie – Peut-on cesser un traitement ?
 - 2.3.1 Les sources classiques
 - La jarre et le coupeur de bois
 - La plume et le matelas
 - 2.3.2 Aujourd'hui
 - Les *responsa* orthodoxes
 - L'approche libérale
- 2.4 Le cas de la nutrition et de l'hydratation artificielle

L'euthanasie et le suicide assisté

3.1 Le suicide dans la tradition

- La flamme qui vacille
- Le suicide de Saül

3.2 Aujourd'hui

- La souffrance et la douleur
- Le critère de la « qualité de vie »
- Ce que « compassion » veut dire



REMARQUES INTRODUCTIVES :

Actualité de ce texte (dans le contexte français) :

Les débats contemporains sur les sujets de société prennent souvent la forme d'un antagonisme entre deux légitimités : le désir de liberté individuelle face aux exigences de la collectivité.

Les questions liées à la fin de vie sont l'un des lieux où ce débat est le plus vif, étant donné la gravité des principes engagés. S'affrontent ici, en particulier – sans même parler de l'approche religieuse – deux valeurs, piliers de nos sociétés occidentales : d'une part la science, comme moteur d'un développement justifié par l'idée de progrès, d'autre part les droits de l'homme, au fondement de l'ordre politique et social.²

Depuis les années 2000, la cadence de textes ou de lois sur la fin de vie n'a cessé d'augmenter ; la loi du 22 avril 2005 (complétée par les décrets du 6 février 2006), dite « loi Leonetti », est sans doute la plus importante, celle qui reste le cadre de référence des discussions présentes.

Cette loi relative aux droits des malades et à la fin de vie conserve son caractère absolu à l'interdiction de donner la mort. Elle s'attache aussi à apporter une dimension éthique à l'encadrement juridique de la relation entre le médecin et le malade en fin de vie. Tout en donnant au patient des droits renforcés, elle met l'accent sur l'interdiction de toute obstination déraisonnable, et met en place un processus de décision reposant sur la collégialité en cas d'arrêt des traitements, lorsque le patient est inconscient. Récemment, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a émis le constat que « *les conditions dans lesquelles les personnes terminent leur vie en France ne sont pas globalement satisfaisantes* », et se dit favorable à une retouche de la loi Leonetti.

Saisi en juin 2013 par le Président de la République dans le cadre de la préparation du projet de loi sur la fin de vie, le CCNE préconise des évolutions de la législation avec un certain nombre de reprises, mais aussi des pistes nouvelles.

Le Comité recommande de ne pas modifier la loi actuelle qui « *opère une distinction essentielle et utile entre laisser mourir et faire mourir*. Il écarte également le suicide assisté, qui consiste à administrer une dose létale de médicaments à un individu désireux de mettre fin à ses jours.

² Bertrand Mathieu, La Bioéthique, Editions Dalloz, Paris, 2009, p. 1

Parmi les pistes à développer, suggère le Comité, figurent le renforcement des directives anticipées par lesquelles un malade pourrait exprimer par avance ses souhaits concernant sa fin de vie, et le droit à une « sédation jusqu'au décès » dans la toute dernière phase de vie.

Le CCNE est cependant loin d'être unanime. Après son tout récent rapport, le 23 octobre 2014, sur le débat public concernant la fin de vie au cours des deux dernières années, il considère que le débat n'est pas clos, et appelle à un approfondissement de la réflexion.

Le Président de la République, de son côté, appelle à une nouvelle loi en 2015. Enfin, l'actualité a abondamment médiatisé le cas de Vincent Lambert, personne tétraplégique en état végétatif chronique depuis 2008. La situation médicale, ici, n'est pas celle d'une fin de vie. Après la décision du médecin traitant de cesser la nutrition et l'hydratation artificielle du patient, et le désaccord d'une partie de la famille, c'est la question de « l'obstination déraisonnable » des soins qui est posée.

Après avoir mandaté trois experts chargés d'évaluer la situation médicale de Vincent Lambert, le Conseil d'Etat, estimant précisément que le patient était maintenu « artificiellement » en vie, a préconisé le 24 juin 2014 l'arrêt des soins qui maintiennent en vie Vincent Lambert.

En totale opposition avec cet arrêt, la CEDH (Cour européenne des droits de l'homme) a demandé au gouvernement de suspendre l'exécution de cet arrêt le temps de la procédure devant la Cour, et réclame le maintien en vie de Vincent Lambert.

Il ressort de ces revirements judiciaires que les points de vue contradictoires concernent le difficile équilibre entre deux libertés fondamentales : le droit à la vie, et celle de ne pas subir un traitement relevant de l'obstination déraisonnable.

La voix de la tradition :

Sur les sujets de portée collective, notre société, fortement structurée par le principe de laïcité, a une tendance naturelle à circonvenir les voix s'exprimant au nom de traditions religieuses. Néanmoins, sur les questions où sont engagés les principes ultimes de la vie et de la mort, l'avis de ces traditions est jugé d'autant plus légitime, voire sollicité, que la médecine elle-même a conscience de ne pouvoir trancher certains débats sur la seule base de principes scientifiques.

Dépositaires d'un souci constant de la dignité humaine dans leur approche des grands problèmes, nos traditions religieuses se sentent quelque légitimité à contribuer au débat. La tradition juive, en particulier, réfléchit à ces questions depuis quelques millénaires... On trouve ainsi dans le Talmud des discussions portant sur la fin de vie, dont l'acuité n'a rien perdu de sa pertinence aujourd'hui.

Si ces contributions religieuses sont admises comme nécessaires, il importe d'en comprendre les approches. La méthodologie religieuse, la conduite du raisonnement, parfois même les principes posés en prémisses ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux d'un raisonnement scientifique ou de la morale laïque.

Une originalité de la tradition juive, par exemple, est de ne pas fonder les critères moraux qu'elle mobilise exclusivement sur les sentiments ou les valeurs personnelles. Face à un problème de société, la tradition cherche bien entendu à comprendre les données issues de la situation elle-même, tout comme les affects de ses acteurs, mais elle construira son raisonnement en mobilisant aussi une réflexion textuelle, à partir des sources de la tradition (Bible, Talmud, littérature rabbinique, littérature des *responsa*, littérature codificatoire).

Par ailleurs, c'est un trait propre aux questions médicales que de prendre rapidement une tournure complexe : alors même que les enjeux portent sur les questions fondamentales de la vie humaine, elles mêlent constamment, en effet, des principes éthiques – réputés immuables – et des considérations technologiques en permanente évolution.

Aussi, tout débat mené selon l'éthique de discussion propre à la tradition juive se doit-il de procéder avec méthode. Avant d'aborder les nombreuses zones grises des questions liées à la fin de vie, sans doute est-il souhaitable de clarifier, en premier lieu, le sens des mots « maladie », « souffrance », « guérison », selon une approche juive.

C'est après avoir rappelé cette philosophie générale que nous pourrons aborder, avec un minimum de rigueur, les questions à la fois techniques et existentielles de la fin de vie, de l'euthanasie et du suicide assisté.

Le statut de ce texte :

Il ne prétend pas au statut de *responsum*³, de position officielle du MJLF (Mouvement Juif Libéral de France), ni du judaïsme libéral en général. Il n'exprime pas davantage un point de vue personnel de l'auteur.

Composé de traductions originales, de synthèses de *responsa* et de mises en contexte effectuées par l'auteur, ce texte vise avant tout la pédagogie, la clarification des outils de la tradition juive pour penser ces sujets.

Le contenu de fond, à savoir les décisions, les jugements et les avis halakhiques mentionnés appartiennent donc à leurs auteurs. Ils ont été choisis pour leur importance attestée : le fait qu'aucune réflexion se réclamant de la tradition juive ne puisse s'en dispenser.

S'il est ici un point de vue de l'auteur, il transparaîtra en ce que les avis mentionnés, alors même qu'ils sont puisés à toutes les époques et sensibilités du judaïsme, cherchent à expliciter la vision du judaïsme libéral sur ces questions. Ces lignes n'en formulent pas la doctrine officielle – denrée inconnue du judaïsme – mais, tout en visant la neutralité pédagogique, elles s'attachent certainement à promouvoir des orientations en consonance avec l'esprit du judaïsme libéral.



³Un *responsum* (pl. *responsa*, du latin « réponse ») est un dit rabbinique faisant autorité, généralement formulé à la suite d'une question adressée par un individu ou une communauté. La littérature des *responsa* (« *she' elot ve-teshuvot* », « questions et réponses » en hébreu) est un pan immense de la littérature rabbinique. Elle se poursuit de nos jours.



- 1 -

La médecine dans la tradition juive

1.1 LA MITSVA (« COMMANDEMENT ») DE GUÉRIR :

D'où la médecine est-elle un commandement ?

La tradition juive, dans son ensemble, exprime une attitude éminemment positive envers la pratique de la médecine⁴.

La guérison n'est rien moins qu'une vertu divine : *ani adonai rofekha*, « Je suis l'Éternel, celui qui te guéris », proclame le verset de l'Exode 15, 26. Cette idée que la guérison appartient à Dieu seul n'a nullement entraîné – comme dans certaines sensibilités religieuses – la pensée qu'une médecine exercée par les hommes serait illégitime.

Certes, il est exact que la littérature rabbinique comporte quelques jugements péremptoires à l'encontre de la médecine, comme cette déclaration de la Mishnah : *tov she-ba-rofim la-gehinom*, « le meilleur des médecins mérite l'enfer » !⁵ S'il était besoin, toutefois, d'explicitier le soutien massif de la tradition, il suffirait d'énumérer le nombre incalculable de rabbins, de décisionnaires et d'autorités qui, tout au long de l'histoire juive, ont brillé comme médecins, et produit une abondante littérature médicale⁶.

La Torah ne nous enjoint pas formellement de pratiquer la médecine. Elle enseigne, en revanche, que celui qui cause une atteinte corporelle à son

⁴ Mark Washofsky, *Jewish Living. A Guide to Contemporary Reform Practice*, UAHC Press, New York, 2001, p. 220.

⁵ *Kiddushin*, 82a.

⁶ Le Talmud mentionne nombres de Sages qui étaient médecins (voir, entre autres : *Yoma* 49a ; *'Hulin* 7a ; *TJ Shabbat*, chap. 4 ; *Baba Metsia* 85b ; *Shabbat* 153a, *Nidah* 25a ; *Avodah Zarah* 38a ; *Nazir* 52a). Citons aussi, pour les périodes ultérieures, les plus célèbres d'entre eux : Isaac Israeli de Kairouan (c. 830 – c. 932), Abraham ibn Daoud (1110-1180), R. Judah Halevi (1075-1141), Maïmonide (1135-1204) et son fils R. Abraham (1186-1237), Nahmanide (1194-1270), le Ran (Rabbenu Nissim Gerondi ; 1320-1376), le Tashbatz (Simon ben Tsemah Duran, 1361-1444), R. Samuel ibn Tibbon (1150-1230) et Moïse ibn Tibbon (ob. C. 1283), R. Joseph Albo (1380-1444), le Sforno (Ovadia ben Jacob Sforno, 1475-1550).

prochain veillera à ce que la personne blessée reçoive un traitement médical : *vé-rapo yérapé*, « soigner il soignera » (Ex. 21, 19). C'est de ce verset que la tradition rabbinique déduit que le médecin est autorisé à pratiquer la médecine : « *Le médecin a le droit de guérir* », affirme le Talmud⁷. Cette permission (*reshut*) s'entend comme une « licence » qui ne contredit en rien la prérogative divine. La Loi juive, toutefois, va plus loin : elle requalifie cette permission en *mitsva*, en « obligation religieuse ». La formulation de ce changement de catégorie (de *reshut* en *mitsva*) revient à Nahmanide (1194-1270). Puisque nous nous appuyons, observe-t-il, sur le diagnostic du médecin pour permettre éventuellement à un malade de repousser les lois du Shabbath et de Kippour, la médecine doit être considérée comme faisant partie intégrante du commandement de « sauver la vie » (*piku ah néfesh*)⁸.

D'autres autorités dérivent cette obligation du principe général de *piquah néfesh*, la « préservation de la vie », mais en le fondant sur Lévitique 18, 5 : « Vous observerez... mes lois et mes statuts, parce que l'homme qui les pratique vivra par eux ». La partie du verset « vivra par eux » (*va-hay bahem*) est commentée par les rabbins : « tu vivras par eux – et non « tu mourras par eux », autrement dit : il est permis de délaissé un commandement si celui-ci, directement ou indirectement, risque de mettre la vie en danger.

D'autres, enfin, conçoivent la pratique médicale comme un cas particulier de l'obligation de sauver une personne en danger. C'est l'affirmation de Lev. 19, 16 : *Lo taamod al-dam réékha*, « Ne sois pas indifférent à la vie de ton prochain » (mot à mot, en hébreu, « au sang de ton voisin ». Maïmonide (1135-1204) dérive cette même obligation de Deut. 22, 2⁹.

Quelle qu'en soit la source textuelle, le statut de la médecine comme *mitsva* ne souffre aucune remise en cause dans la tradition juive : « *quiconque en retarde l'intervention et les accomplissements est coupable de verser le sang* ¹⁰ ».

⁷ *Baba Qama* 86b.

⁸ Ramban, *Torat ha-Adam*, Chavel Ed. p. 41-42. Et plus tard, reprise de la discussion par le *Tur*, Y.D. 336. Sur la notion de *piku ah néfesh*, cf. Lev. 18, 5, et *Yoma* 85b.

⁹ Rambam, *Perush al ha-Mishnah*, *Nedarim* 4 :4. Le verset statue sur l'obligation de restaurer un objet perdu à son propriétaire légal ; le *midrash*, à l'appui d'une particularité linguistique du verset, étend l'affirmation à l'obligation de « restaurer la vie de quelqu'un » (*hashevat gufo* ; cf. *Sanhedrin* 73a).

¹⁰ Mark Washofsky, *op. cit.*, p. 222.

Sauver, c'est pouvoir sauver :

La médecine étant incluse dans la mitsva générale de « sauver la vie », un élément fondamental de cette définition, ajoutent les rabbins, est la notion de capacité.

Entreprendre un acte pour sauver une vie n'est une obligation que si celui-ci a une chance raisonnable de succès. Comme le formule Maïmonide : « *quiconque est en capacité¹¹ de sauver une personne – kol ha-yakhol léhatsil – et ne le fait pas, viole le commandement « ne sois pas indifférent au danger de ton prochain¹² ».* Ce kol ha-yakhol, « être en capacité », signifie qu'il n'existe aucune obligation d'entreprendre un acte inutile, ne pouvant clairement contribuer, ni relever de la catégorie « sauver une vie humaine¹³ ».

Le même principe s'applique à la pratique de la médecine.

Comme pour l'obligation de sauver une vie, la pratique médicale ne mérite ce nom que si « *on voit quelqu'un en danger, et que l'on est capable de sauver cette personne (vé-yakhol léhatsilo)¹⁴ ».* Autrement dit, la fonction essentielle de la médecine est de guérir. Cette fonction curative, qui doit être maintenue tout au long du traitement médical, va s'avérer d'une grande importance, comme on le verra, pour juger de la légitimité de chirurgies invasives, voire de la notion « *d'acharnement thérapeutique* ».

1.2 LE PATIENT

Le verset du Deutéronome 30, 19 nous exhorte à « *choisir la vie* ». Cette maxime se traduit, entre autres, par l'obligation de chercher à se soigner en cas de maladie. Refuser un traitement médical susceptible de sauver la vie revient à « *choisir la mort plutôt que la vie* ». Cette obligation de traiter sa maladie a priorité sur tout autre devoir religieux ; les textes qualifient de *hassid shoteh*, de « *pieux idiot* », la personne qui privilégierait d'autres obligations religieuses sur la nécessité de se soigner. Même une personne gravement malade, proche de la mort, a l'obligation de rechercher la

¹¹ C'est nous qui soulignons.

¹² *Yad, Hilkhoh Rotse' ah* 1 :14. Voir aussi Lev. 19, 16 et Sanhedrin 73a.

¹³ *CCAR Responsa*, « On the treatment of the Terminally Ill », 5754.14.

¹⁴ Maïmonide, *Yad, Hilkhoh Rotse' ah*.

guérison ; une personne mourante, par définition, est encore en vie, et il lui incombe de préserver cette vie.

Cela signifie-t-il qu'il ne nous est jamais permis de refuser un traitement médical? Qu'un malade doit accepter tout protocole, même si celui-ci n'offre aucun espoir de guérison, ne permettant que de retarder le moment de sa mort? La réponse juive, très clairement, est non. L'obligation de soins n'a de sens que par rapport à une certaine idée du but de la « médecine », qui est de viser un traitement efficace de la maladie. Si un traitement n'a aucun bénéfice thérapeutique attendu, le malade n'a aucune obligation de l'accepter.

Cette clarification, on le conçoit aisément, ne prémunit nullement contre la probabilité de faire face à des situations aux limites incertaines. Elle fonde en principe, toutefois, la possibilité de déroger à l'obligation de soins, un point capital dans le débat sur « *l'acharnement thérapeutique* » ou « *l'obstination déraisonnable* ».

1.3 LE MÉDECIN ET LA QUESTION DE LA CONFIDENTIALITÉ :

La confidentialité au cœur de la thérapie.

La médecine, depuis Hippocrate, accorde une valeur fondamentale au secret médical, base essentielle d'une relation de confiance entre un malade et son médecin. Ces dernières décennies, en particulier depuis l'infection au VIH en 1984, ont bousculé ce fondement, générant parfois une suspicion, voire une peur de l'autre, éventuel porteur de contamination. La demande sociale de transparence, relayée par les medias, n'a fait qu'accroître ce phénomène. Précisons que dans le cas du VIH, le test n'est obligatoire que pour les donneurs de sang, de sperme, d'organes et de lait. Il est proposé systématiquement aux femmes enceintes et avant un mariage ; il n'est ni obligatoire, ni systématique dans aucun autre cas. L'obligation de dépistage, par ailleurs, n'entraîne en rien l'obligation de lever le secret médical, même si le médecin pourra être enclin à encourager le porteur à en parler à son conjoint.

La pression des médias joue également un rôle, dans le cas de personnalités médiatiques, lorsque des fuites vers le public réduisent de facto le périmètre du secret médical¹⁵. La loi française, pour l'instant, demeure

inchangée : bien que la notion de secret médical ait évolué vers celle de « secret partagé » (dans le cas de transmissions de dossier, lorsque plusieurs médecins sont appelés à prendre en charge un même patient), le secret médical demeure une obligation absolue du médecin, définie par le Code pénal et le Code de déontologie médicale.

La tradition n'adopte pas une vue sensiblement différente ; la médecine étant définie comme une *mitsva*, ses praticiens sont naturellement investis de certaines responsabilités envers leur patient. Parce qu'un traitement exige, pour avoir une chance de succès, que le malade fournisse l'ensemble des informations médicales pertinentes, il va de soi pour la tradition que cette *mistva* de la médecine serait impossible à accomplir si les praticiens ne garantissaient pas à leur patient la confidentialité totale de leurs échanges.

Le secret médical a-t-il des limites ?

La tradition pose néanmoins la question : y a-t-il des cas où un médecin peut révéler une information confidentielle à un tiers ?

Il y est obligé, avancent les sources, en cas de danger pour la vie humaine. Sur la base de l'injonction « *Ne sois pas indifférent à la vie de ton prochain* » (Lév. 19, 16), de nombreux décisionnaires soutiennent qu'un médecin a l'obligation d'informer les autorités compétentes de la condition de son patient si celui-ci, affecté d'une maladie contagieuse ou mortelle, est engagé dans une pratique pouvant mettre en danger la vie des autres. Pour certains, cette obligation s'étend même à des situations où la vie humaine n'est pas en jeu.

La littérature traditionnelle cite les cas d'un fiancé atteint d'un cancer, ou de quelqu'un qui ne peut concevoir d'enfant, dont les éventuels conjoints ignorent la situation. Pour ces décisionnaires, la personne affectée aurait l'obligation morale de révéler sa situation à son partenaire, voire le médecin de devoir lui en faire part. Garder le silence, selon cette ligne de raisonnement, revient à enfreindre le verset « *Ne sois pas indifférent à la vie de ton prochain*¹⁶ », tout comme l'injonction *lifney 'ivver lo-titen mikhshol*, « *ne place pas d'obstacle sur le chemin d'un aveugle* » (Lev. 19, 14).

¹⁵ Didier Sicard, *L'Éthique médicale et la bioéthique*, Presses Universitaires de France, Paris, 2013, p. 81.

¹⁶ Lev. 19, 16.

Les *responsa* libéraux, sans diverger fondamentalement de cette littérature, mettent cependant nettement l'accent sur l'extrême précaution à adopter avant de décider de révéler une information à un tiers. C'est la conséquence de la décision qui doit être pesée en premier lieu ; il se peut que le mal causé par la divulgation d'une information soit supérieur au fait de garder le secret.

La juridiction civile, qui plus est, doit être prise en compte. Un médecin peut certes souhaiter suivre les dispositions de la loi juive, mais ne pourra les appliquer, ici comme en toute autre matière, qu'en respectant le principe talmudique *dina de-malkhuta dina*, « la loi de l'Etat est ta loi¹⁷ ». En tout état de cause, le secret médical reste un devoir absolu du médecin dans la loi française, défini par le Code pénal (art. 371 ou 226.13) comme par le Code de déontologie médicale¹⁸.

1.4 LE DROIT DU PATIENT DE SAVOIR

La stratégie du silence.

Un médecin peut-il cacher une information médicale à un patient ?

Les sources traditionnelles, dans l'ensemble, répondent par l'affirmative. Communiquer de « mauvaises nouvelles » à un patient, présumant-elles, irait à l'encontre de la mission thérapeutique : lui faire perdre espoir reviendrait ni plus ni moins à hâter son décès... Cette même littérature préconise également de ne pas communiquer à la famille, de peur qu'elle ne transmette son chagrin au patient. A l'argument du « *droit de savoir* », ces décisionnaires opposent que la mission première du médecin n'est pas de défendre une conception abstraite des droits et de la liberté, mais de préserver la vie.

Il y a peu encore, cette opinion prévalait également dans le milieu médical ; les patients étaient tenus ignorants, aussi longtemps que possible, d'un diagnostic de maladie en phase terminale, en particulier du cancer¹⁹. Les *responsa* libéraux adhéraient eux aussi à cet esprit. La tradition n'enseigne-t-elle pas que Dieu lui-même peut édulcorer la vérité au nom de la paix domestique (« *shalom baïth* ») ?

¹⁷ M. *Nedarim* 3, 4 ; *Nedarim* 28a ; *Gittin* 10b ; *Baba Qama* 113a-b ; *Baba Batra* 54b, 55a.

¹⁸ D. Sicard, *op. cit.*, p. 81 ; 84.

¹⁹ Marie de Hennezel relate le cas d'une patiente à qui l'on avait présenté son lieu d'hospitalisation comme une « maison de convalescence » au lieu d'une « unité de soins palliatifs » ; cf. Marie de Hennezel, *La Mort intime*, Robert Laffont, Paris, 1995, p. 47.

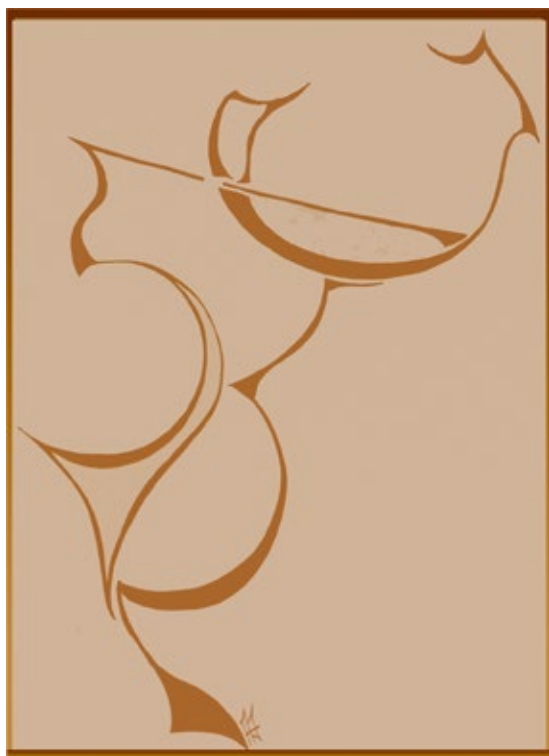
L'information comme facteur thérapeutique.

La situation a radicalement changé au cours des dernières années, avec la doctrine de l'autonomie du patient²⁰. Largement acceptée aujourd'hui, celle-ci affirme qu'un patient a le droit de connaître toute information pertinente sur sa condition médicale. L'idée que le « *médecin sait mieux que tout le monde* » est rejetée comme excessivement paternaliste, comme une atteinte à la dignité du patient.

De son côté, la pensée médicale a procédé à un sérieux *aggiornamento*. Les médecins sont aujourd'hui conscients de la contribution des aspects mentaux et spirituels dans la guérison, et admettent qu'un patient bien informé est un avantage pour la dynamique thérapeutique. Un sentiment de contrôle de son destin, des prises de décisions informées sur le protocole médical s'avèrent un soutien décisif pour le moral du patient, et un antidote à la dépression.

Les *responsa* aussi bien orthodoxes que libéraux reflètent ce changement de paradigme dans la réflexion actuelle. Ils sont aujourd'hui formulés selon une perspective où la stratégie de la rétention d'information n'est plus considérée comme tenable, aussi bien sur le plan de la sauvegarde des intérêts matériels de la famille, que sur les plans éthique et médical. Sauf cas exceptionnel, un patient doit donc être informé de toute information pertinente concernant sa situation médicale.

²⁰Jean Martin, « Refus de soins par le patient et éventuelle contrainte », *Bioethica Forum*, 2011, Volume 4 / n°2.



- 2 - La fin de vie

2.1 LA FIN DE VIE - DÉFINITION

« *Maladie* » et « *guérison* » sont depuis longtemps des notions en débat au sein des disciplines philosophique, sociologique et médicale. Mais avant d'aborder la question de la fin de vie, il importe de clarifier les termes tels que la tradition les comprend.

Parler de « phase terminale » pour un patient revient, tout d'abord, à se placer dans le cadre d'une maladie chronique grave, telle la sclérose latérale amyotrophique, le cancer ou encore le sida. Par ailleurs, la tradition ne considère pas qu'une maladie soit « en phase terminale » simplement parce qu'elle est incurable, ou que la mort du patient interviendra dans un futur supposé proche, même si encore indistinct.

Une maladie sera dite « en phase terminale » lorsque le patient a perdu la plupart de ses fonctions vitales, qu'il se trouve engagé, de façon quasi-certaine, dans un processus d'agonie ; en d'autres termes, lorsque sa mort est raisonnablement imminente²¹.

Quelles définitions les sources classiques de la Loi juive donnent-elles de la fin de vie ?

Dans le Talmud, le statut d'une personne dont la mort serait certaine et imminente mourant est nommé *gossès*. Rabbi Moïse Isserlès (Pologne, 1520-1572) affirme par exemple qu'un *gossès* est un patient « *si proche de la mort qu'il régurgite du mucus, car il a d'énormes difficultés à respirer*²² ». Un décisionnaire contemporain, le rabbin J. David Bleich, indique quant à lui que le statut de *gossès* s'applique à toute personne dont l'horizon de vie ne dépasse probablement pas soixante douze heures. La tradition, toutefois, se refuse généralement à donner une définition en termes de temps de vie.

²¹ CCAR *Responsa*, « On the treatment of the Terminally Ill », 5754.14.

²² Commentaire sur *Even Ha-Ezer*, 121:7 ; ' *Hoshen Mischpat*, 211:2.

En dépit de cette incertitude – volontaire - les sources affirment que le gossès doit être considéré à tous égards comme une personne vivante.

Le traité *Semakhot*, dans la *Mishnah*, précise : « *La personne en fin de vie sera considérée en tous points comme une personne vivante. On ne doit pas lui mettre un bandage sous la mâchoire, ni colmater ses orifices [...]. On ne doit pas le déplacer [...].*²³ ». Quant aux actes à entreprendre, la *Mishnah* continue : « *On ne doit pas fermer les yeux d'une personne mourante. Quiconque la touche et la déplace, fait couler le sang* ». Rabbi Meïr (Sage de la 4^e génération, 11^e siècle è. c.) affirme quant à lui : « *on peut comparer ce temps à une flamme très faible : dès qu'une personne la touche, elle s'éteint* ». Et aussi : « *celui qui ferme les yeux d'une personne mourante sera considéré comme s'il lui avait enlevé son âme [...]* ».

2.2 LE DROIT DE REFUSER UN TRAITEMENT :

Le critère de la guérison.

L'orientation fondamentale de la tradition juive, qui nous intime de « choisir la vie²⁴ » et voit dans la médecine une *mitsva*, pourrait suggérer que le patient n'a pas le droit moral de refuser un traitement. Nous l'avons vu, cependant, la tradition ouvre ce droit lorsque le traitement envisagé ne présente aucun bénéfice thérapeutique attendu.

Il n'en demeure pas moins que « *thérapie* », « *traitement offrant des chances de succès* », ou « *degré raisonnable de fonctionnalité* » demeurent des expressions éminemment ambiguës.

De cette incertitude, certains décisionnaires orthodoxes concluent à l'obligation de poursuivre la lutte pour la vie jusqu'à ses moments ultimes. Nous ne pouvons jamais être certains, avancent-ils, qu'un patient n'a plus aucun espoir de guérison. De ce que chaque instant de vie est sacré, nous aurions l'obligation absolue de maintenir un traitement médical, quel qu'il soit, jusqu'à ce que la mort l'emporte sur nos efforts pour préserver la vie du patient.

Un tel raisonnement est estimable, mais l'approche libérale propose une vision différente. Il est possible, affirme-t-elle, de distinguer entre des

²³ M. *Semakhot* 1 :1.

²⁴ *Deut.* 30, 19.

traitements à fonction thérapeutique et ceux qui ne font que prolonger l'agonie du patient. Autrement dit, même si la frontière est difficile à cerner, l'approche libérale maintient l'idée d'une médecine qui doit garder pour objectif de guérir, et non de prolonger indéfiniment la souffrance d'un patient dont la mort est imminente. Il existe un moment où les technologies à la disposition du médecin ne peuvent plus remplir de fonction thérapeutique. Lorsque ce point est atteint, leur application ne peut plus être définie comme médecine, comme *refu' ah* (« guérison ») ou comme *piku ah néfesh* (« préservation de la vie »).

Le droit de refus.

Par « *thérapie* », nous entendons tout acte médical tel que les vaccinations, les antibiotiques et les actes chirurgicaux dont les médecins attendent raisonnablement qu'ils tendent vers une guérison de la maladie. D'autres thérapies, bien que non productrices de « *guérison* », entrent aussi dans cette catégorie, parce qu'elles permettent de garder la maladie sous contrôle, préservant pour le patient un degré raisonnable de fonctionnalité. Ces traitements, par exemple l'insuline pour les diabétiques ou la dialyse pour les maladies rénales chroniques, s'ils n'apportent pas la guérison, offrent indéniablement la vie ; ils contribuent à la *mitsva* de préserver la vie.

Imaginons, cependant, un patient ayant consenti à des séances de chimiothérapie parce que, selon une opinion médicale informée, elles offrent une chance raisonnable d'inverser le cours de sa maladie. Qu'en serait-il si cette perspective disparaissait, que la dite thérapie ne servait plus désormais qu'à prolonger sa souffrance en retardant le moment d'une mort certaine ? Selon une approche libérale – et sous réserve de situation particulière – un tel protocole médical ne pourrait plus être considéré comme relevant de la médecine ; le patient serait en droit de le refuser.

2.3 L'EUTHANASIE

PEUT-ON CESSER UN TRAITEMENT ?

La médecine établit, en théorie, une différence entre euthanasie active et euthanasie passive. L'euthanasie active consiste à administrer consciemment au patient des substances dont la nature ou les doses entraînent sa

mort de manière quasi-automatique. Cette pratique, telle quelle, ne fait pas débat dans la tradition ; elle est assimilée à un meurtre²⁵.

L'euthanasie passive, quant à elle, implique une série de gestes médicaux dont la visée globale ne s'oppose pas nécessairement au déroulement de la fin de vie. Le geste par excellence est celui de l'arrêt du traitement, le fait par exemple de débrancher un appareil. La différence, dans la pratique, n'est pas toujours nette avec l'euthanasie active, mais l'intention et la motivation en sont clairement différentes.

2.3.1 LES SOURCES CLASSIQUES :

La jarre et le coupeur de bois.

L'une des premières sources concernant la fin de vie est un incident rapporté par le Talmud²⁶. Rabbi Judah le Prince (Yehudah ha-Nassi, 1^{er} siècle è. c.)²⁷, nous est présenté en train d'agoniser dans de grandes souffrances. Alors que ses élèves prient sans discontinuer pour le maintenir en vie par leurs supplications, sa servante, montée sur le toit de la maison, jette une jarre de terre cuite au milieu des rabbins en prière. Le fracas de l'ustensile les fait cesser de prier un court instant, pause infime que l'âme de Judah le Prince met à profit pour partir en paix...

Dans cette même veine, le rabbin Nissim Gerondi (1320-1376) affirme²⁸ que si l'on doit prier pour une personne malade, vient également un temps où l'on devrait prier pour que la miséricorde de Dieu lui accorde de mourir. Enfin, le *Sefer Hassidim*²⁹, commentant le verset de l'Ecclésiaste « *Il est un temps pour naître, un temps pour mourir*³⁰ », énonce la position suivante : « *Si un homme est en train de mourir, nous ne devons pas prier excessivement pour que son âme revienne à la vie et qu'il sorte de son coma ; il pourrait tout au mieux vivre quelques jours, et en éprouverait alors de grandes souffrances. Tel est le sens du verset « il est un temps pour mourir ».*

²⁵ Maimonide, *Mishneh Torah, Hilkhoh Rotsea' h, 2:2*.

²⁶ *Ketubot* 104a.

²⁷ Compileur de la *Mishnah*, le premier code légal du judaïsme.

²⁸ Commentaire sur *Nedarim* 40a. Le *Sefer 'Hassidim* de Juda le Hassid représente la somme faisant autorité pour la civilisation des juifs allemands des XII^e et XIII^e siècles.

²⁹ #315, 318, Edition de Francfort.

³⁰ *Eccl.* 3, 2.

Une autre source classique sont les « gloses » de R. Moïse Isserlès (1520-1572) apportées au *Shulkhan Aroukh*³¹. Poursuivant la discussion initiée par le *Sefer Hassidim*, M. Isserlès interdit tout acte susceptible de hâter la mort d'un *gossès*³² tel, par exemple, le fait de le déplacer, de bouger l'oreiller ou le matelas sur lequel il est allongé. « *Si, précise-t-il, il existe un facteur qui empêche l'âme de partir, comme le bruit d'un coupeur de bois à côté de la maison, ou du sel sur la langue du patient*³³... *il est permis d'ôter ce facteur. Ceci n'est pas considéré comme un acte positif (ma' asseh), mais simplement comme le retrait d'une obstruction.* »

Si les *realia* scientifiques de ce *responsum* ne sont plus les nôtres, l'esprit du raisonnement conserve toute sa pertinence. Il est fait ici une distinction capitale entre « *l'euthanasie active* », à savoir un acte positif (*ma' asseh*) qui entraîne la mort du patient, et « *laisser la nature suivre son cours* » : le fait d'ôter un facteur dont la seule fonction est d'empêcher la mort, imminente, du patient.

Le premier cas est interdit, le dernier est permis ; l'analogie demeure sensible par rapport aux technologies actuelles. Remplaçons le coupeur de bois et le sel sur la langue par nos actuels respirateurs artificiels, et l'avis d'Isserlès énonce alors qu'il serait permis de « *débrancher les appareils* », lorsqu'il devient clair qu'un traitement ne remplit plus aucune fonction thérapeutique, et consiste uniquement à prolonger la vie.

La plume et le matelas.

Le problème de cette analogie, il est vrai, demeure l'imprécision d'une distinction entre l'acte positif de tuer et celui consistant à ôter un facteur faisant obstruction à la mort.

A examiner de plus près le texte du Rema³⁴, il semble même qu'il se contredise. D'une part, il interdit d'ôter le matelas, car « *certaines affirment que les plumes ont la propriété de retarder la mort du patient* » ; autrement dit, il défend l'idée selon laquelle agir ainsi impliquerait la mort du

³¹ *Sh. Ar., Yoreh Deah* 339 :1. Le *Shulkhan Aroukh*, ou « table dressée », est l'un des principaux codes de Loi juive compilé par Joseph Caro au XVI^e siècle, et reconnu comme autoritaire dans le monde séfaraïte. Il est complété par la *Mappah* (« la nappe »), ensemble des « gloses » de Moïse Isserlès, valables pour le monde ashkénaze.

³² Personne entrée dans un processus d'agonie ; cf. ci-dessus.

³³ La médecine de l'époque considérait que cette disposition retenait l'âme de partir.

³⁴ Acronyme de Rabbi Moshe Isserlès.

malade. Mais, d'autre part, il permet d'ôter le sel de la langue, qui certainement implique un contact physique susceptible de hâter la mort du patient ! Pourquoi pourrait-on ôter le sel, mais pas le matelas ? Mentionner ici les différents avis de la littérature halakhique ne sera pas poursuivre une pieuse mais vaine érudition mais, pensons-nous, éclairer différentes approches conservant toute leur pertinence aujourd'hui.

Certains décisionnaires, d'une prudence extrême, ont jugé que la position d'Isserlès était mauvaise et ont totalement interdit d'enlever le sel³⁵. D'autres permettent d'enlever le sel s'il ne s'agit que d'un contact insignifiant avec le patient³⁶. Une troisième approche est celle de R. Yehoshua Boaz b. Barukh, l'auteur, au XVIII^e siècle, du *Shiltey Gibborim*, un commentaire de R. Alfassi³⁷. Bien qu'il soit interdit de hâter la mort du *gossès*, note ce dernier, il est tout autant interdit de chercher à l'empêcher. Le sel, qui n'a aucune fonction thérapeutique mais ne fait que retarder la mort, ne devrait de toute façon aucunement se trouver sur la langue du patient. Celui qui l'a placé a commis une erreur ; le fait de l'ôter, même si cela implique un contact physique, est permis comme juste rétablissement d'un *statu quo ante* correct.

L'approche du *Shiltey Gibborim* a pour avantage de nous éloigner de la dichotomie, difficile à manier, entre euthanasie « active » ou « passive » ; elle réoriente la réflexion sur la fonction de l'action entreprise. Le critère, en la matière, est l'efficacité thérapeutique du facteur que nous cherchons à ôter. Certaines procédures prétendument médicales ne devraient jamais être pratiquées envers le *gossès*, parce qu'elles sont dépourvues de visée thérapeutique. Si elles n'offrent aucun espoir de guérison, elles ne servent qu'à retarder une mort imminente.

Dans cet esprit, de telles procédures pourraient être discontinuées, même si elles impliquent un « contact » avec le patient.

³⁵ *Turey Zahav*, Y.D. ad loc. Ce commentaire note que la règle posée par J. Caro, que ne contredit d'ailleurs pas M. Isserlès, interdit même la fermeture des paupières du patient au moment de la mort, au motif que la moindre pression physique pourrait être considérée comme un acte de nature à hâter le décès.

³⁶ *Nekudot ha-Kesef*, ad loc.

³⁷ *Shiltey Gibborim* sur le Rif, *Mo'ed Qatan*, fol. 16. R. Yehoshua, un contemporain plus âgé de R. Isserlès, n'a jamais eu connaissance des décisions halakhiques de ce dernier. Il traite donc de la contradiction telle qu'elle se présente dans leur référence commune, le *Sefer ' Hassidim*.

2.3.2 AUJOURD'HUI :

Les *responsa* orthodoxes.

Concernant la possibilité de cesser un traitement prolongeant la vie de manière artificielle, des divergences importantes existent chez les décisionnaires contemporains : le rabbin Immanuel Jakobovits (1921-1999) formule les choses de la manière suivante : « *Toute forme d'euthanasie active est formellement interdite par la loi juive. Elle est équivalente à un meurtre [...], mais en même temps, la Halakha autorise et peut même exiger d'éloigner un facteur extérieur au patient, ou placé sur le patient lui-même (pour autant que celui-ci ne soit pas déplacé), dans la mesure où il prolonge l'agonie*³⁸ ». Cette règle n'est valide que pour le *gossès*, insiste-t-il ; elle ne s'applique pas à l'euthanasie passive, pour un patient qui dispose encore de plusieurs semaines ou de plusieurs mois de vie devant lui.

Eliezer Waldenberg (1915-2006), autorité orthodoxe également reconnue pour les questions médicales, insiste sur l'idée que nous devons entreprendre tout ce qui est en notre pouvoir pour maintenir en vie une personne mourante, même pour un temps très court, même si le patient souffre, ou demande qu'on abrège ses jours³⁹. La loi juive, rappelle-t-il, autorise à administrer de la morphine à un *gossès*, même si cette médication a pour effet de hâter la mort – sans intention toutefois de le faire, mais uniquement à titre antalgique⁴⁰. Waldenberg recommande par ailleurs d'administrer des transfusions sanguines, de l'oxygène, des antibiotiques ainsi que des nutriments par voie orale ou parentérale à un patient atteint de maladie incurable, ceci jusqu'à sa mort⁴¹.

Schlomo Zalman Auerbach (1910-1995), quant à lui, énonce également l'obligation d'administrer de la nourriture et de l'oxygène à un malade en fin de vie, même si cela va à l'encontre de sa volonté⁴².

Le rabbin Mosche Feinstein (1895-1986), enfin, formule l'avis suivant :

³⁸ I. Jakobovits, *Jewish Medical Ethics*, New York, Bloch Publishing, 1975. Cité par Y. Nordmann, « Euthanasie : le point de vue de l'éthique médicale judaïque », *Schweizerische Ärztezeitung [Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri]*, 2002 ; 83 : n° 9. Cf. également Yves Nordmann, *Zwischen Leben und Tod – Aspekte der Jüdischen Medizinethik*, Peter Lang Verlag, 1999/2000.

³⁹ R. Eliezer Yehudah Waldenberg, *Tsits Eliezer*, V, 28:5, 29; IX, 47:5; X, 25:6.

⁴⁰ E. Y. Waldenberg, *op. cit.*, XIII, 87.

⁴¹ *Ibid.*, XIV, 80.

⁴² Solomon Zalman Auerbach, *in: Halakha u-Refu' ah 2* (1981):131.

« Il est certainement interdit de tenter de prolonger la vie d' une personne mourante si cela aboutit à des douleurs et à des souffrances supplémentaires. Il est également interdit d' abréger la vie, et celui qui commet cet acte est un meurtrier, même s' il agit à la demande et sur l' insistance du patient⁴³ ».

L'approche libérale.

Les *responsa* libéraux ne sont pas non plus unanimes à ce sujet. Outre qu' une décision se formule toujours en regard d' une situation particulière, la tendance des décisionnaires libéraux, dans l' ensemble, adopte la ligne suivante : bien qu' il soit interdit de hâter la mort d' un sujet, il est permis d' ôter le facteur qui la retarde inutilement, prolonge le processus d' agonie sans offrir d' espoir de guérison, ni même de stabilisation. Tout protocole médical qui a perdu son efficacité thérapeutique et ne fait que retarder la mort raisonnablement imminente du patient, peut être stoppé et les machines qui l' entretiennent débranchées. Agir autrement, administrer une médication lourde ou pratiquer des chirurgies invasives sans valeur thérapeutique sont ainsi des actions contraires à la notion de « *médecine* » telle que l' entend la tradition. Un tel traitement ressort de la notion de « ' *habalah* » (« *destruction* »), le fait d' infliger un mal physique inutile au corps humain.

Enfin, sur ce même sujet, la tradition juive délivre un enseignement sans ambiguïté sur la douleur, précurseur de la réflexion contemporaine sur les soins palliatifs.

Les sources, en effet, enseignent qu' une attitude de compassion peut emprunter deux voies : la cessation d' un traitement inutile pour un malade en phase terminale et les mesures destinées à atténuer la douleur. C' est ainsi la même tradition qui rejette le suicide et l' euthanasie, qui nous demande de pourvoir instamment à diminuer la souffrance du malade et du mourant.

Un patient peut donc entreprendre une chirurgie si celle-ci a pour but d' atténuer la douleur, même si elle comporte le risque de hâter sa mort. De la même manière, un médecin est en droit d' administrer une médication anti douleur puissante telle que la morphine à un patient mourant, même

⁴³ Moshe Feinstein, *Iggerot Moshe, Yoreh De' ah*, 2, Nr. 174.

s'il existe un risque d'abrégé sa vie. La douleur, en effet, est à considérer comme une maladie, et son atténuation relève de la « *médecine* », d'un objectif à proprement parler médical⁴⁴.

2.4 LE CAS DE LA NUTRITION ET DE L'HYDRATATION ARTIFICIELLE :

La question posée est ici la suivante : sachant qu'un patient en phase terminale peut être maintenu en vie par nutrition parentérale, c'est-à-dire par voie intraveineuse via différents types de cathéters, cet appareillage, qui lui permet de continuer à s'alimenter, peut-il être débranché, avec pour conséquence la mort du patient ?

La réponse dépend de la façon dont est définie la nutrition artificielle comme forme de traitement médical. La nutrition, lorsqu'elle est artificielle, pourrait avec quelque raison être considérée comme une procédure médicale. Les sondes, tout comme les médicaments, sont introduites dans le corps du patient en réponse à une maladie, et il n'est pas évident de les distinguer d'autres actes, indiscutablement médicaux, tels que les respirateurs artificiels : les deux maintiennent le patient en vie, et leur discontinuation résulterait de façon certaine en la mort du patient.

D'un autre côté, maintenir la distinction entre nutrition artificielle et d'autres formes de traitement apparaît intuitif, voire souhaitable. La nourriture et la boisson, en effet, sont des besoins humains fondamentaux et universels : tout être humain, malade ou non, a besoin de se nourrir et de s'hydrater pour vivre. La tradition, à cet égard, tient le fait de nourrir ceux qui dépendent de nous pour de tels besoins comme une obligation morale en soi, distincte de toute autre problématique.

Un autre argument fera ressortir le point suivant : le fait que nous recevions des nutriments par un biais artificiel ne transforme pas nécessairement cet apport en « *médecine* ». La nourriture et l'eau, d'une manière générale, parviennent à nos organismes après une longue chaîne de production, de transformation et de distribution où la technologie joue une part majeure.

⁴⁴ R. Eliezer Waldenberg, *Resp. Tsits Eliezer*, v. 13, # 87. Waldenberg avertit cependant que le but du traitement doit être d'atténuer la douleur et non de hâter la mort du patient.

Qu'en est-il de l'opinion rabbinique? Tout comme celle des experts en matière d'éthique, elle demeure sérieusement divisée sur ce sujet.

Les *responsa* libéraux ont généralement permis, par le passé, la discontinuation des processus d'alimentation artificielle. Mais à vrai dire, la tendance des discussions les plus récentes fait entendre une note beaucoup plus prudente, mettant l'accent sur la validité d'une vraie distinction entre nutrition et médecine.

Ces avis divergents témoignent de la difficulté morale impliquée par cette question. L'option la moins risquée, sur le plan éthique, tend sans doute à ce que l'alimentation artificielle soit prolongée de telle manière que, lorsque la mort arrive, la raison de celle-ci ne soit pas la déshydratation ou la dénutrition.



- 3 -

L'euthanasie et le suicide assisté

3.1 LE SUICIDE DANS LA TRADITION

La flamme qui vacille.

La tradition juive interdit clairement le suicide, entendu comme un acte rationnel, où la personne se tue elle-même de façon préméditée⁴⁵. Cette interdiction découle en droite ligne de l'affirmation de la sainteté et de l'inviolabilité de la vie humaine⁴⁶. Elle présuppose l'idée selon laquelle la vie appartient à Dieu, à qui revient ultimement la faculté d'en disposer⁴⁷. Elle implique que l'individu n'a pas de droit de propriété sur sa vie, ni licence de la mener à une fin prématurée.

C'est la raison pour laquelle une Cour de Justice, pour les Sages du Talmud, n'est pas en droit d'exécuter un criminel sur la base d'une auto-accusation. *« La vie humaine n'est pas la propriété de l'homme mais celle de Dieu... son propre aveu ne peut être recevable sur un domaine qui n'est pas en son pouvoir... il ne lui est pas permis de commettre un suicide⁴⁸ ».*

La tradition interdit de même l'euthanasie, le fait de donner la mort par compassion (les anglo-saxons utilisent volontiers le terme de *mercy killing*)⁴⁹.

« La personne mourante est une personne vivante à tous égards » (Sema' hot 1 :1). Un patient dont la mort serait imminente conserve

⁴⁵ C'est le sens du mot à mot, tout à fait explicite, de l'expression hébraïque : *ha-me' abed et atsmo leda' at* (Sh. Ar. YD 345:2-3).

⁴⁶ Cf. CCAR *Responsa*, « On the Treatment of the Terminally Ill », 5754.14.

⁴⁷ *Yad, Hilkhoh ha-Rotse' ah 1 :4.*

⁴⁸ Cf. le commentaire de R. David ibn Zimra sur *Yad, Sanhedrin 19 :6*. Pour l'interdiction du suicide, cf. BT *Baba Qama 91b* et *Yad, Hilkhoh Rotse' ah 2 :2-3*. L'individu n'est pas autorisé non plus à faire subir de dommage à son corps ('*habalah*'), un principe servant également de base dans les discussions concernant la légitimité de la chirurgie esthétique. Cf. *Baba Qama 90b*; *Yad, Hilkhoh 'Hovel 5 :1*; *Sh. Ar. H.M. 420: 31*.

⁴⁹ Cf. CCAR *Responsa*, « On the Treatment of the Terminally Ill », 5754.14, p. 1.

intégralement sa dignité d'être humain créé à l'image de Dieu. Même si le diagnostic est sans espoir, les sources sont unanimes à rejeter toute distinction entre une personne à l'agonie et tout autre être vivant. De même que le Shabbath peut être enfreint pour sauver une vie (notion de *piku ah néfesh*), il peut l'être pour le *gossès*. Celui qui tuerait un *gossès* serait donc coupable de meurtre⁵⁰. L'analogie, dans les sources classiques, compare la personne mourante à une flamme qui vacille ; le moindre contact l'éteint. « *Quiconque touche [le gossès] est considéré comme s'il verse le sang*⁵¹ », quand bien même l'acte aurait une motivation compassionnelle.

Le suicide de Saül.

D'autres sources, toutefois, semblent indiquer que l'interdiction du suicide n'est pas absolue. Une exception notable, en effet, est celle du martyr : le croyant est tenu d'accepter la mort plutôt que de transgresser les interdictions du meurtre, d'idolâtrie ou d'immoralité sexuelle. Donner sa vie en de telles circonstances, pour les sources traditionnelles, équivaut à accomplir le *qiddush ha-Shem*, la « *sanctification du Nom divin*⁵² ». Certains suggèrent que l'obligation s'étend au suicide actif : il serait ainsi permis, de peur de se voir contraint de violer la Torah, sous la torture par exemple, d'attenter à sa vie⁵³.

Le cas d'école est celui du roi Saül, se jetant volontairement sur son épée plutôt que de subir une mort dégradante aux mains de ses ennemis (I Samuel, 31, 4), un récit qui a donné lieu à l'expression *anous ke-Sha' ul*, « *contraint comme Saül*⁵⁴ », et désigne une situation où l'on n'est plus considéré comme disposant de son libre arbitre⁵⁵ – et ainsi tenu responsable de ses actes⁵⁶. Les Sages en concluent qu'un acte commis pour échapper à la douleur et à la dégradation (*oni ou-vizayon*) ne peut être défini comme « *rationnel, [comme] un acte de mort auto-infligée de façon préméditée*⁵⁷ ».

⁵⁰ *Sanhedrin* 78a ; *Yad, Hilkhot Rotse' ah* 2 :7.

⁵¹ M. *Sema' hot* 1 :4 ; *Yad, Hilkhot Avel* 4 :5 ; *Alfassi, Mo' ed Qatan* 16b ; *Sh. Ar. Y.D.* 339:1.

⁵² *Sanhedrin* 74a-b ; *Yad, Hilkhot Yesodey ha-Torah* 5 :1-4 ; *YD* 157:1.

⁵³ *Rabbenu Tam, Tosafot, Avodah Zara* 18a, s.v. *ve'al*, citant l'histoire des enfants captifs dans *Gittin* 57b. Au XIV^e siècle, de tels actes de suicide avaient été approuvés par des autorités halakhiques majeures : cf. '*Hiddushey ha-Ritba, Avodah Zara* 18a.

⁵⁴ Cf. *TB Gittin* 57b ; commentaire de Mordekhai Benet, *Parashat Mordekhai*, *YD* 25.

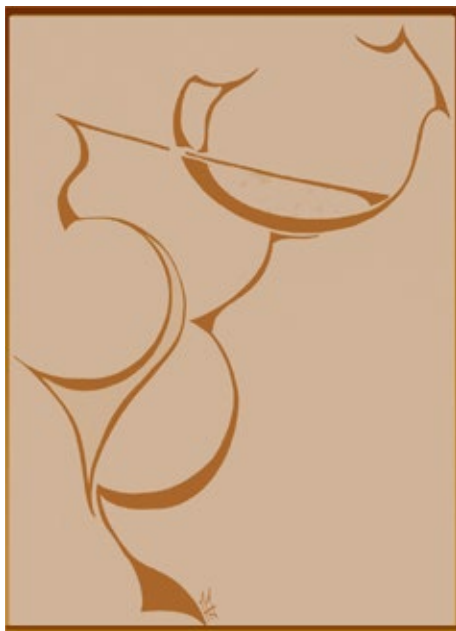
⁵⁵ *CCAR Responsa*, « *Relieving Pain of a Dying Patient* » (Vol. LXXXV, 1975, pp. 83-85).

⁵⁶ Cf. le *Bedek ha-Bayit* de Joseph Caro sur *Tur YD* 157, ainsi que David Kimhi *ad loc.*, citant *Bereshit Rabbah* 34, 13, qui exempte de cas comme celui du roi Saül de l'interdiction de suicide dérivée de *Gen.* 9 :5.

⁵⁷ *Sh. Ar.*, *YD* 345 :3.

La tendance des décisionnaires, lorsqu'il s'agit de juger *a posteriori*, consiste à exploiter tous les raisonnements possibles pour exonérer les individus qui commettent un suicide.

La question peut dès lors être posée : la tradition irait-elle jusqu'à admettre le suicide ou l'euthanasie pour des malades qui, en phase terminale, seraient en proie à la souffrance et souhaiteraient y mettre fin ? Sur la base du récit de la mort de Saül, ou d'autres narratifs talmudiques relatant la fin tragique des rabbins Haninah ben Tradyon et Yehudah ha-Nassi, certains argumentent en ce sens. Mais s'il est exact que ces passages peuvent être lus comme apportant des éléments en faveur de l'euthanasie active, il faut être clair : l'optique est tout autre pour la pensée rabbinique. Ces textes n'ont tout simplement pas été lus ni compris de cette manière par la tradition. La position qui émerge de cette lecture pluriséculaire est sans ambiguïté : tous les efforts pour atténuer la souffrance d'un patient en phase terminale doivent être entrepris, mais il est interdit de le tuer, et de l'aider à ce qu'il se tue.



3.2 AUJOURD'HUI :

La souffrance et la douleur.

Le judaïsme libéral s'autorise, le cas échéant, à faire évoluer la tradition s'il s'agit de mieux assurer la pérennité d'une valeur juive jugée essentielle. Concernant le suicide ou l'euthanasie, toutefois, les *responsa* libéraux ne discernent pas de raison valable de le faire. Le refus est constant de considérer l'euthanasie comme une réponse acceptable à une maladie en phase terminale.⁵⁸

Il paraît difficile, en premier lieu, d'abandonner la doctrine traditionnelle de la sainteté inaliénable de la vie humaine. Cette valeur de la vie comme don de Dieu ne diminue en rien lorsque les forces humaines déclinent. La personne mourante possède intégralement la vie, marquée du sceau de l'image de Dieu, jusqu'au moment de la mort.

En second lieu, souligne la littérature libérale, il est difficile de souscrire à l'idée que la souffrance et la douleur constituent des justifications a priori pour mettre fin à la vie d'un être humain au nom de la compassion.

Nul ne peut rester indifférent devant un autre être en état d'agonie physique ou psychologique. Nous avons le devoir de tout faire pour soulager la douleur⁵⁹. Un médecin est en droit d'administrer une médication anti-douleur puissante à un patient mourant, même s'il existe un risque d'abréger sa vie, et si cet effet n'est pas l'intention première.

Il demeure que la douleur et la souffrance ne nous excluent pas de la condition humaine et de l'exigence de respect qu'elle implique.

Le critère de la « qualité de vie ».

L'homme contemporain entretient volontiers le fantasme de maîtriser sa propre mort. Faire de celle-ci un acte volontaire est parfois associé à la notion de dignité, et le suicide assisté présenté comme la plus haute expression de l'idéal d'autonomie.

Certains avancent, dans cette perspective, la notion de « qualité de vie ». La vie d'un patient plongé dans le coma ou dans un état végétatif prolongé, entend-on, serait dépourvue de tout élément minimal d'une « qualité de vie », et le patient justifié à souhaiter son suicide ou une euthanasie.

Rien d'inhérent à cette condition, souligne la pensée libérale, n'exige pourtant une telle conclusion. Juger qu'« une vie n'est plus digne d'être

vécue » n'est rien d'autre qu'une opinion subjective : ni plus ni moins le jugement d'un tiers, ou le désir du patient de mourir.

La tradition juive répugne au dogme, et ne conçoit de prise de décision que par rapport à une personne précise, dans une situation précise. La pensée libérale, toutefois, pointe le danger de l'idée simplificatrice selon laquelle la vieillesse, la perte d'autonomie seraient nécessairement des expressions symétriques d'une situation d'indignité, suffisante pour décréter que la vie aurait alors une moindre valeur.

Ce que « compassion » veut dire :

Un malade en phase terminale est en droit d'exiger de la compassion de son entourage et du personnel soignant. Celle-ci, toutefois, n'est pas synonyme de suppression de la vie comme réponse à une demande volontaire à mourir, ni de la possibilité d'être actif dans un processus de suicide assisté ou d'euthanasie active.

Observant que l'indignité de certaines situations provient le plus souvent d'une extrême solitude et d'une souffrance morale, nous plaidons pour un développement accru de la culture palliative, pour l'élaboration de dispositions plus précises concernant la nécessaire collégialité des prises de décisions, l'expression des volontés du malade, ou encore la médiation d'une personne de confiance.

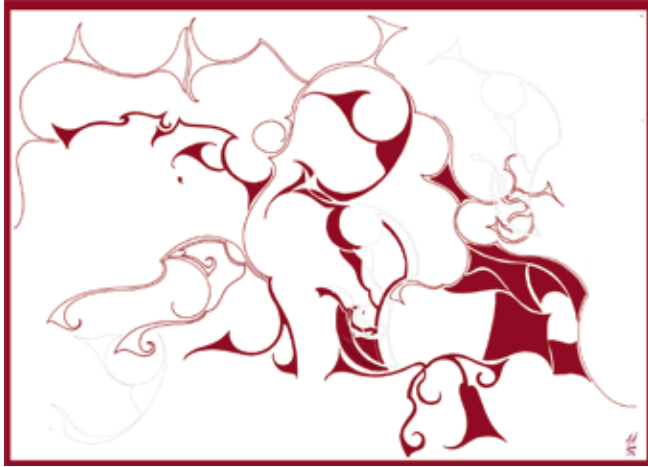
Beaucoup de voix s'élèvent, enfin, contre une supposée « hypocrisie » de telle ou telle disposition légale parce qu'elle ne résoudrait pas tous les problèmes, et laisserait la conscience du praticien à sa solitude décisionnelle.

Ce reproche, pensons-nous, tient souvent d'un fantasme déçu, celui du « technicisme » : l'illusion qu'une loi, parce qu'elle serait raisonnable et habilement rédigée, pourrait de son imparable logique couvrir toutes les situations, bannir les « zones grises », voire la possibilité de tout cas de conscience. S'il est une richesse que peut porter la parole religieuse, c'est le rappel que la vie bat constamment la loi au jeu de la complexité. D'autre part, doit être prise en compte la notion essentielle, certes ineffable, de la reconnaissance de la légitimité de la dimension spirituelle : l'importance majeure de l'intention dans les questions humaines.

⁵⁸ Cf. les responsa de I. Bettan, ARR, # 78, p. 261-81 ; R. Solomon B. Freehof, ARR, #77, p. 257-60 ; Reform Responsa, #27, p. 117-22 ; Modern Reform Responsa, #34, p. 188-97 ; R. Walter Jacob, ARR, n° 79, p. 271-74 ; CARR, #81, p. 135-36, #83, p. 138-40 ; Questions and reform Jewish Answers, n° 145, p. 157, p. 259-62 ; R. Moshe Zemer, Halakhah Shefuyah, p. 295-98).

⁵⁹ R. Jacob Emden, Mor u-Ketsi' ah, ch. 328.





MJLF BEAUGRENELLE

11, RUE GASTON-DE-CAILLAVET 75015 PARIS

MJLF EST

24, RUE DU SURMELIN 75020 PARIS

www.mjlf.org

TEXTE : RABBIN YANN BOISSIÈRE • PROJET & DÉVELOPPEMENT : COMMISSION IDENTITÉ DU MJLF, CO-PRÉSIDIÉE PAR PAUL BERNARD ET LE RABBIN YANN BOISSIÈRE (AUTRES MEMBRES DE LA COMMISSION : FRANCIS LANG, ÉLIE PAPIERNIK, PAOLA PEREZ-ZARUR, MARTINE BRESSON-ROSENMAN) • CE TEXTE A BÉNÉFICIÉ DE LA RELECTURE ATTENTIVE ET DES REMARQUES DE : MICHEL ALEXANDRE, DANIELLE COHEN, CLAUDINE DAHAN, JEAN-FRANÇOIS LEVY, FÉLIX MOSBACHER • DESIGN : ÉLIE PAPIERNIK - CENT DEGRÉS • RÉALISATION : STUDIO GOUSTARD • ILLUSTRATION : ALEXANDRA BETTER • CE TEXTE A ÉTÉ VISÉ PAR LE RABBIN DELPHINE HORVILLEUR, AINSI QUE PAR MARC KONCZATY, PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU MJLF • A CE TITRE, ET BIEN QU'IL DEMEURE UNE EXPRESSION PERSONNELLE SUR LE SUJET, CE TEXTE EST EN HARMONIE AVEC LA PAROLE OFFICIELLE DU MJLF AU MOMENT DE SA RÉDACTION.



mjlf 

LES FONDAMENTAUX

2015