

Pie XII
Problèmes religieux et moraux de l'analgésie (discours du 24 février 1957)
Documentation Catholique 1957, n° 1247, col. 337-340
(In: P. Verspieren: "Biologie, Médecine, et Éthique",
Le Centurion, Paris 1987, p. 347-364)

- *Ce discours de Pie XII a été abondamment commenté et cité par les moralistes, les théologiens, les évêques et les papes ultérieurs. Il est ainsi devenu, dans l'Église catholique, un texte essentiel de référence et a acquis une autorité que ne lui donnaient pas, d'elles-mêmes, les circonstances dans lesquelles il a été prononcé. En 1956, des anesthésistes avaient posé au Pape trois questions sur le bien-fondé de l'analgésie, l'atténuation ou la suppression de la conscience lors d'anesthésies générales ou du fait de l'emploi d'analgésiques centraux, et le traitement de la douleur chez les mourants, fût-ce aux dépens de la lucidité du patient et de la durée de sa vie. Le 24 février 1957, devant une assemblée internationale de 500 médecins et chirurgiens réunis à Rome par le professeur Gedda, président de l'Institut G. Mendel, Pie XII rappelait les techniques et pratiques utilisées de son temps, puis menait, à la lumière de la Révélation chrétienne, une réflexion morale approfondie sur les attitudes que l'homme est appelé à avoir, selon les circonstances, face à la douleur et aux moyens de l'atténuer. Il analysait quand l'homme est tenu de rester vigilant et quand il peut accepter de perdre la conscience et la maîtrise de lui-même. Les commentateurs ont spécialement retenu la réponse que le Pape donnait à la troisième question, relative à l'analgésie chez les grands malades et les mourants. Très précise, mais complexe, la fin de ce discours mérite d'être étudiée avec beaucoup de soin. Depuis 1957, les techniques médicales ont évolué, mais les principes directeurs énoncés par Pie XII demeurent éclairants et le magistère catholique continue à s'y référer.*

Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie

Le IX^e Congrès national de la Società italiana di anesthesiologia, qui s'est tenu à Rome du 15 au 17 octobre 1956, Nous a posé, par l'intermédiaire du président du Comité organisateur, le professeur Piero Mazzoni, trois questions qui portent sur les implications religieuses et morales de l'analgésie au regard de la loi naturelle, et surtout de la doctrine chrétienne contenue dans l'Évangile et proposée par l'Église.

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

- 1. Existe-t-il une obligation morale et générale de refuser l'analgésie et d'accepter la douleur physique par esprit de foi?**
- 2. La privation de la conscience et de l'usage des facultés supérieures provoquée par les narcotiques est-elle compatible avec l'esprit de l'Évangile?**
- 3. L'emploi des narcotiques est-il licite pour des mourants ou des malades en péril de mort, à supposer qu'il existe pour cela une indication clinique? Peut-on les utiliser même si l'atténuation de la douleur s'accompagne probablement d'un abrégement de la vie?**

Nature, origine et développement de l'anesthésie

L'avènement de la chirurgie moderne fut marqué au milieu du siècle dernier par deux faits décisifs : l'introduction de l'antisepsie par Lister, après que Pasteur eut prouvé le rôle des germes dans le déclenchement des infections, et la découverte d'une méthode efficace d'anesthésie. Avant qu'Horace Wells eût songé à utiliser le protoxyde d'azote pour endormir les patients, les chirurgiens étaient obligés de travailler rapidement, sommairement, sur un homme qui se débattait, en proie à d'atroces souffrances. La pratique de l'anesthésie générale allait révolutionner cet état de choses et permettre des interventions longues, délicates, et parfois d'une audace étonnante; elle assurait en effet, tant au praticien qu'au patient, les conditions primordiales de calme, de tranquillité et le « silence musculaire » indispensable à la précision et à la sécurité de tout acte chirurgical. Mais elle imposait en même temps une surveillance attentive sur les activités physiologiques essentielles de l'organisme. L'anesthésique, en effet, envahit les cellules et réduit leur métabolisme, il supprime les réflexes de défense et ralentit la vie du sujet déjà compromise plus ou moins gravement par la maladie et par le traumatisme opératoire. Pleinement absorbé par son travail, le chirurgien devait en outre tenir compte

à chaque instant des conditions générales de son patient : responsabilité lourde surtout en cas d'opérations particulièrement graves. Aussi a-t-on vu depuis quelques années se développer une nouvelle spécialisation médicale, celle d'anesthésiste, appelée à jouer un rôle croissant dans l'organisation hospitalière moderne.

Rôle de l'anesthésiste

Rôle souvent effacé, presque inconnu du grand public, moins brillant que celui du chirurgien, mais essentiel lui aussi. C'est entre ses mains, en effet, que le malade confie sa vie, pour qu'il lui fasse traverser avec la plus grande sécurité possible le moment pénible de l'intervention chirurgicale. L'anesthésiste doit d'abord préparer le patient, médicalement et psychologiquement. Il s'informe avec soin des particularités de chaque cas, afin de prévoir les difficultés éventuelles que causerait la faiblesse de tel ou tel organe; il inspire confiance au malade, sollicite sa collaboration, lui donne une médication destinée à le calmer et à préparer l'organisme. C'est lui qui, suivant la nature et la durée de l'opération, choisit l'anesthésique le mieux adapté et le moyen de l'administrer. Mais surtout, au cours de l'intervention, il lui incombe de surveiller étroitement l'état du patient; il reste, pour ainsi dire, à l'affût des symptômes les plus légers, pour savoir exactement le degré atteint par l'anesthésie et suivre les réactions nerveuses, le rythme de la respiration et la pression sanguine, afin de prévenir toute complication possible, spasmes laryngés, convulsions, troubles cardiaques ou respiratoires. Quand l'opération se termine, commence la partie la plus délicate de son travail : aider le patient à reprendre ses sens, éviter les incidents, tels que l'obstruction des voies respiratoires et les manifestations de choc, administrer des liquides physiologiques. L'anesthésiste doit donc unir, à la connaissance parfaite des techniques de son art, de grandes qualités de sympathie, de compréhension, de dévouement, non seulement en vue de favoriser toutes les dispositions psychologiques utiles au bon état du malade, mais aussi par un sentiment de vraie et profonde charité humaine et chrétienne.

Variété et progrès des anesthésiques

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

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

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

La chirurgie cardiaque

...

1. Sur l'obligation morale de supporter la douleur physique

...

L'acceptation libre et la recherche de la douleur

...

Sur le devoir de renoncement et de purification intérieure

Sur l'invitation à une plus haute perfection

...

Motifs qui permettent d'éviter la douleur physique

...

Conclusions et réponse à la première question

...

II. Sur la narcose et la privation totale ou partielle de la conscience de soi

...

Disparition de la douleur

...

Suppression ou diminution de la conscience et de l'usage des facultés supérieures

De l'hypnose

...

Sur la licéité de la suppression de et de la diminution de la conscience

...

Les enseignements de l'Évangile

...

Conclusion et réponse à la deuxième question

...

III. Sur l'emploi d'analgésiques chez les mourants...

...

Pour juger de cette licéité, il faut aussi se demander si la narcose sera relativement brève (pour la nuit ou pour quelques heures) ou prolongée (avec ou sans interruption) et considérer si l'usage des facultés supérieures reviendra à certains moments, pour quelques minutes au moins ou pour quelques heures, et rendra au mourant la possibilité de faire ce que son devoir lui impose (par exemple de se réconcilier avec Dieu). Par ailleurs, un médecin consciencieux, même s'il n'est pas chrétien, ne cédera jamais aux pressions de qui voudrait, contre le gré du mourant, lui faire perdre sa lucidité afin de l'empêcher de prendre certaines décisions.

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

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

... Et chez les malades inopérables ou inguérissables

Faudrait-il y renoncer, si l'action même du narcotique abrégait la durée de la vie? D'abord, toute forme d'euthanasie directe, c'est-à-dire l'administration de narcotique afin de provoquer ou de hâter la mort, est illicite, parce qu'on prétend alors disposer directement de la vie. C'est un des principes fondamentaux de la morale naturelle et chrétienne que l'homme n'est pas maître et possesseur, mais seulement usufruitier de son corps et de son existence. On prétend à un droit de disposition directe, toutes les fois que l'on veut l'abrègement de la vie comme fin ou comme moyen. Dans l'hypothèse

que vous envisagez, il s'agit uniquement d'éviter au patient des douleurs insupportables, par exemple, en cas de cancers inopérables ou de maladies inguérissables.

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

Conclusion et réponse à la troisième question

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

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

Exhortation finale

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

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