

relations

NOVEMBRE 1978
\$1.00 no 442

AUX FRONTIÈRES DE LA VIE

les euthanasies
les cliniques d'avortement
le droit de bien mourir
la vie après la vie

numéro spécial

Jacques CHENEVERT	<i>Face à l'actualité Jean-Paul II</i>	291 293
	aux frontières de la vie	
Jacques FERLAND	<i>Esquisse d'une politique morale sur le soin des mourants</i>	295
David J. ROY	<i>L'éthique des derniers instants de la vie</i>	298
Yves COTE	<i>Droits et libertés du mourant</i>	303
Francine JINCHEREAU	<i>Est-ce que je suis en train de mourir?</i>	305
Guy DURAND	<i>Les cliniques d'avortement: s'impliquer pour éduquer</i>	308
Emilien MESSIER	<i>Le mouvement des hospices modernes</i>	311
Roger MARCOTTE	<i>Retours de l'au-delà? La Vie après la Vie</i>	313
Jean-René ETHIER	<i>La chambre (funéraire) verte</i>	315
René DIONNE	<i>"L'appel de la race" est-il un roman raciste?</i>	317
Georges-Henri D'AUTEUIL	<i>Au soleil de la comédie italienne</i>	319

relations

revue du mois publiée sous la responsabilité
d'un groupe de membres de la Compagnie de Jésus

Directeur: Robert Toupin

Conseil de Direction: Bernard Carrière, Jean-Louis D'Aragon, Jean-Guy Saint-Arnaud, Jacques Saint-Aubin.

Comité de rédaction: Albert Beaudry, secrétaire, Jacques Chênevert, Irénée Desrochers, Roger Marcotte, Robert Toupin.

Dessin: Sylvie Corbeil.

Administration: Maurice Ruest.

Rédaction, Administration et Abonnements:

8100, boul. Saint-Laurent, Montréal H2P 2L9
Tél., 387-2541. **Publicité:** Liliane Saddik,
1700, rue Allard, Ville Brossard. Tél.: 678-1209

Relations est une publication des Editions Bellarmin.

Prix de l'abonnement: \$10 par année. Le numéro: \$1

Les articles de *Relations* sont répertoriés dans le *Répertoire analytique d'articles de revue du Québec* (RADAR) de la Bibliothèque nationale du Québec, dans l'Index analytique de périodiques de langue française (PERIODEX), dans le *Canadian Periodical Index*, publication de l'Association canadienne des Bibliothèques, et dans le *Répertoire canadien sur l'éducation*. Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec.

On peut se procurer le microfilm des années complètes de *Relations* en s'adressant à *University Microfilms*, Ann Arbor, Michigan 48106 U.S.A.

ISSN 0034-3781

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement no 0143.

Nouveautés

Canada's Anti-Inflation Program
par O.J. Firestone

15,5 x 23 cm., 274 pages. Prix: \$7.50

Le Bas-Canada
1791-1840

Changements structuraux et crise
par Fernand Ouellet

15 x 23 cm., 542 pages. Prix: \$15.00

**Language Maintenance
and Language Shift in Canada.**
Paul Lamy (éd.)

15 x 23 cm., 114 pages. Prix: \$3.75

The E.J. Pratt Symposium
Reappraisals: Canadian Writers
Glenn Clever (éd.)

15 x 23 cm., 188 pages. Prix: \$4.80

En vente chez votre libraire et aux:

**Éditions de
l'Université d'Ottawa**

65, avenue Ilstey,
Ottawa, Ont.
K1N 6N5

face à l'actualité

l'enjeu de la guerre au Liban

Les chrétiens du Liban ne se battent pas pour un certain pouvoir politique, bien que les média aient propagé l'idée qu'ils tenaient à garder des privilèges, notamment la présidence de la République. Il était facile de présenter le conflit au Liban comme l'affrontement d'une minorité cherchant à conserver des privilèges, et d'une majorité ascendante réclamant ses droits. D'où la catégorisation en termes occidentaux chargés d'une émotivité spécifique et longtemps entretenue, pour identifier les deux groupes en présence. On a appelé les uns "progressistes" (probablement parce qu'ils progressaient en nombre), en précisant, sans prendre garde à la contradiction dans les termes: "islamo-progressistes". Et tout naturellement, on leur a opposé ceux d'en face qui se sont trouvés affublés du nom de "conservateurs". Déjà cette dénomination était une manipulation.

Ce qui intéresse vraiment le chrétien du Liban, c'est le maintien, entre toutes les communautés, d'un équilibre socio-politique, qui garantisse les pleins droits de chacun au plan civil et politique.

Le Liban était le seul pays du monde arabe où ces droits publics et politiques étaient reconnus à chaque communauté, quelque minoritaire qu'elle fût. C'est, pour prendre un exemple, le seul pays où les Arméniens sont représentés au Parlement et jouissent en tant que communauté de leurs droits politiques. Le Liban était parmi les pays arabes, le seul pays où le chrétien avait droit à l'existence politique et publique. En Egypte, les coptes, qui sont la plus ancienne communauté égyptienne, n'ont droit qu'au statut de tolérance. Quand il s'agit du bien commun du pays, ils n'ont aucune voix au chapitre.

Le combat des chrétiens du Liban signifie le refus d'un tel statut de tolérance. Le chrétien du Liban combat pour sa liberté, pour son existence de citoyen d'un pays dont il veut être participant à part entière. C'est la libre existence de tout Libanais dans un Liban qu'on est en train de détruire, de massacrer.

Historiquement, le Liban est un pays de libre hospitalité; quiconque dans les pays avoisinants était persécuté, pour ses opinions ou ses prises de position politiques ou religieuses, pouvait trouver asile au Liban. C'est pourquoi on y trouve l'éventail le plus varié de croyances et de communautés religieuses: des maro-

nites, des syriaques, des chaldéens, des coptes, des arméniens, des latins, des melkites, des grecs orthodoxes, des protestants, des druzes, des sunnites, des chiites. Et tout ce monde avait développé tant bien que mal, à travers les siècles, les vertus qui permettent à des êtres différents de vivre ensemble.

La capacité de vivre ensemble en étant pleinement soi-même avec toutes ses différences est aujourd'hui mise en péril au Liban. Certes le Libanais y est pour quelque chose. Pour n'avoir pas développé un corps social et politique organiquement et fortement unifié, doté d'une forte armée jouissant de la confiance de tous les citoyens, le Liban a offert une image de faiblesse qui n'a pas manqué de le faire choisir comme terrain de combat. C'est là que s'arrête sa responsabilité, même si elle est grande.

Mais elle est encore plus grande la responsabilité de ceux qui ont érigé les différences en conflit, qui ont très adroitement manipulé les gens pour les dresser les uns contre les autres. Il faut penser ici à tous les pays arabes qui depuis longtemps déversent sur le Liban les populations palestiniennes qui les dérangent. Il faut penser aussi aux géants internationaux qui se partagent le monde en territoires d'influence, et se tiennent mutuellement en respect par l'activité de leurs agents locaux, rompus à la manipulation des individus et des groupes. Il ne faut pas oublier non plus les pouvoirs européens moins gigantesques mais dont l'activité diplomatique sert les intérêts économiques (pétrole) bien avant les droits de l'homme.

C'est en dernière analyse, la question des droits de l'homme qui est complètement oubliée au Liban. Que l'on considère les pouvoirs politiques de l'Est ou de l'Ouest, de gauche ou de droite, quelle place font-ils encore aux droits de la personne? Et quelle est la valeur d'une civilisation où les besoins de la technique l'emportent sur le droit de l'être humain à l'existence? Si le besoin de liberté politique et religieuse des chrétiens du Liban laisse le monde "civilisé" si indifférent, c'est peut-être que sa décadence est bien plus grave qu'il ne le soupçonne. A moins qu'écoeuré par les destructions dont il se sait complice, il ne se redresse pour faire prévaloir enfin l'homme et les chances qu'il a d'être libre. Mais ceux qui disposent des moyens de détruire et de laisser détruire, sauront-ils trouver en eux-mêmes le pouvoir de remonter la pente de la destruction?

Leyla Raphaël

l'escalade de la violence

A force de nous informer presque instantanément des catastrophes, des accidents, des guerres et des massacres qui *font l'actualité*, la civilisation de l'image réussit à nous immuniser contre le spectacle de la souffrance. Pour notre sensibilité exténuée, le Nicaragua n'est plus une "nouvelle".

Le bain de sang et de feu dans lequel le despote de service a étouffé le soulèvement massif d'un peuple désespéré a fini de nous "occuper", il n'est plus matière à commentaires dans les journaux, à la radio et à la télévision. D'autres morts, d'autres massacres accaparent pour le moment nos ressources de compassion, de sympathie, de solidarité, nos facultés d'humanité qui s'amenuisent et s'énervent sous l'avalanche de la violence spectaculaire. Et l'inexorable, l'exécration processus de déshumanisation continue de tout avaler, de tout recouvrir, de tout "couvrir", de tout communiquer...

Pour aller contre ce courant, pour renverser cet ordre de choses, pour reconquérir notre droit fondamental de continuer d'être des personnes humaines, il nous faudrait remonter au-delà de la nouvelle pour lui arracher son noyau de signification.

La tragédie du Nicaragua, la vraie, celle qui n'est pas terminée, c'est ce que Dom Helder Camara a appelé *la spirale de la violence*. Ce qui pour un instant nous a nourris d'horreur n'est que le dernier maillon de cette chaîne infernale: la violence répressive, ivre du pouvoir des armes, qui écrase la révolte désespérée d'un peuple qui lutte pour sa dignité.

L'origine de cette violence, la racine de cet arbre pourri, nous la trouvons dans le Rapport de la *Commission permanente des Droits de l'Homme* sur le Nicaragua. Pendant quatre cents pages, dans le style dépouillé et objectif de qui prétend s'en tenir aux prescriptions du droit, on rend compte des atrocités commises par la Garde Nationale au nom de la paix et de l'ordre, contre les plus vulnérables, contre les pauvres, contre les paysans, contre les porte-parole des communautés chrétiennes, contre des femmes et des enfants sans défense. Les témoignages déposés dans l'espoir d'obtenir justice, de sauver des vies innocentes, de retrouver un parent disparu, deviennent en fait un acte d'accusation accablant contre un régime sourd et brutal qui a fait de la torture une méthode de gouvernement: l'ordre construit sur la souffrance, les larmes et le sang.

Il n'est pas possible de donner une idée juste de ce que ce peuple pauvre a souffert et continue de souffrir. Même le rapport de la *Commission*, malgré les atrocités dont il fait état, ne dévoile encore qu'une partie seulement de la réalité: la technique mise au point sur le terrain dans les guerres précédentes, raffinée dans les "académies militaires" américaines et appliquée par des monstres déchaînés.

Les motifs avoués de la répression: lutter contre la subversion et le communisme, rétablir la paix, défendre le régime Somoza. Ceux que même les mercenaires n'osent pas mentionner: mettre la main sur les biens de familles sans défense, offrir une nuit de débauche à la troupe, camoufler l'échec militaire contre la guérilla véritable en faisant passer des victimes innocentes pour des guérilleros abattus, terroriser la population des campagnes pour l'empêcher de prêter assistance aux Sandinistes...

Inutile de décrire les techniques de torture rapportées par les témoins oculaires, cela ne servirait qu'à énerver encore notre sensibilité. Inutile de dénombrer les personnes, les familles, les villages portés disparus, cela reviendrait à enregistrer quelques records statistiques que le prochain marathon de violence sanguinaire s'efforcera d'abattre.

Mais le Nicaragua demeure. Qui n'est pas un petit pays chaud de l'autre Amérique. Mais un témoignage de plus du coût réel du niveau de vie confortable auquel nous nous sommes habitués. Une fenêtre qui nous permet d'entendre le cri de l'Amérique latine et qui nous oblige à distinguer enfin le peuple de ses gouvernements. Car un gouvernement qui doit massacrer la population pour se maintenir au pouvoir n'a sûrement pas reçu du peuple le pouvoir qu'il exerce.

Le Nicaragua est un défi à notre condition humaine: il est comme le miroir qu'on approchait autrefois du visage du moribond pour vérifier si son corps exsangue retenait encore un souffle de vie. Ce qui meurt en nous, c'est notre humanité.

Luis Morfin

la mort de l'Esprit?

L'Esprit avait fait une entrée fulgurante dans les hautes sphères de l'Eglise catholique à la suite de l'élection de Jean-Paul I. C'était la surenchère d'émerveillement face à la rapidité décisive de son intervention.

Le pape meurt. La consternation s'exprime dans la référence aux voies insondables de Dieu. Le malaise est évident: si c'est l'Esprit qui a fait nommer le pape, qui l'a fait mourir?

Jean-Paul II est nommé. On attend. Et l'Esprit? Silence prudent. Chat échaudé...

La maladresse des débuts, compréhensible bien qu'inquiétante, aura sans doute servi à quelque chose. Non pas à asséner un coup mortel à l'Esprit, ce souffle dont on ne sait d'où il vient ni où il va (*Jn 3, 8*). Mais à redonner à la réalité de l'intervention de Dieu dans l'histoire la dimension mystérieuse et cachée qui l'a toujours caractérisée. On ne peut la lui enlever sans sombrer dans un ridicule qu'arrivent à peine à excuser la bonne volonté ou l'enthousiasme. En tombant volontairement dans le même travers, on a presque le goût de dire que l'Esprit a rappelé à lui le pape Jean-Paul pour envoyer les hautes sphères de l'Eglise se recycler!

André Myre

Pour la première fois depuis la Renaissance, un étranger devient évêque de Rome. Quel pape sera-t-il? Un diplomate, fidèle à l'Ostpolitik qui a rendu possible son élection? Un chef spirituel? Un défenseur des droits de la personne? Un moraliste exigeant? Un artisan de la décentralisation et de la collégialité?

JEAN-PAUL II

par Jacques Chênevert

Décidément, la papauté a tenu la vedette ces derniers mois! Jamais, depuis l'existence des media modernes, une telle succession de décès, de funérailles, de conclaves et d'inaugurations n'avait, en si peu de temps, fixé à ce point sur le pape et le Vatican la curiosité des catholiques du monde entier et celle de bien d'autres. Ceux qui croyaient — ou craignaient — que la papauté n'intéressât plus personne en sont demeurés bouche bée.

Sans doute, les grands diffuseurs d'images y ont-ils trouvé des spectacles inespérés. Le *coverage* exceptionnel que les réseaux de télévision canadiens et américains, entre autres, ainsi que les journaux ont réservé à la série complète de ces événements manifeste, néanmoins, qu'on lui reconnaissait une importance plus profonde que celle d'un de ces *shows* comme on n'en attend plus guère dans nos démocraties.

Sur les chaînes américaines, en particulier, transperçait la conscience que le Saint-Siège constitue, au plan du droit international et dans les faits, une institution politique très considérée. Plus évident encore paraissait, chez les Américains et chez nous, le *leadership* spirituel et moral que l'on espère voir jouer, non seulement auprès des catholiques, mais au milieu de toute l'humanité, par l'homme qui devient pape. Ainsi, quelle détente et que d'espérance a soulevées, à lui seul, le sourire passager de Jean-Paul 1^{er}. Enfin, l'importance accordée à l'élection du pape a montré que, du côté des catholiques, on était encore solidement persuadé du caractère déterminant que possède l'action d'un pape dans l'évolution de l'Eglise. Cette troisième dimension du phénomène n'allait d'ailleurs pas toujours sans ambiguïté: enivrés par les splendeurs vaticanes, certains commentateurs semblaient avoir oublié d'un coup l'oeuvre de Vatican II

et sortir directement de l'entourage d'un Pie XII.

Mais voici maintenant que Jean-Paul II est là et, souhaitons-le, pour quelques années. Quel pape sera-t-il?

Malgré la part de présomption et, souvent, de ridicule que comporte tout essai de répondre à une question de ce genre, risquons quelques réflexions, en prenant successivement les trois dimensions de la papauté que les media, ai-je dit, m'ont paru mettre en relief.

Le Saint-Siège

Le pape est le chef d'une institution politique, reconnue par le droit international, qui s'appelle le Saint-Siège. C'est là un produit de l'histoire européenne, un héritage de la création de l'Etat pontifical, au VIII^e siècle, et du rôle important que le pouvoir temporel des papes a joué, au cours des siècles suivants, dans le concert, rarement harmonieux, des nations d'Europe.

Depuis la fin du XIX^e siècle, l'Etat pontifical n'existe plus, sinon dans sa réduction quasi-symbolique qu'est devenue, à partir de 1929, la Cité du Vatican. Le pouvoir temporel du pape est, pratiquement, aboli, mais sa force politique s'en est trouvée, paradoxalement, renforcée, bien qu'elle s'exerce désormais sous la forme presque exclusive d'une influence morale et qu'elle ne dispose plus que des canaux de la diplomatie. Les catholiques du Québec ont, en général, assez peu de sympathie pour cet aspect de la papauté: nous souhaiterions bien volontiers que Jean-Paul II ne s'en soucie guère, voire qu'il travaille plutôt à l'estomper.

Pourtant, je doute qu'il le fasse. Le pape polonais sait très bien, en effet, quel secours une Eglise comme celle d'où il vient peut recevoir à travers le service diplomatique et le prestige poli-

tique d'une institution comme le Saint-Siège. Sans cette base juridique, ce que l'on a appelé l'*Ostpolitik* de Paul VI, avec Mgr Agostino Casaroli comme principal artisan, eût été impensable et, en tout cas, sans effet. Or, une grande part de la liberté reconquise par certaines Eglises, dans les républiques socialistes d'Europe de l'est, a pour origine plus ou moins directe cette *Ostpolitik*, mise en oeuvre par la voie des négociations diplomatiques menées par le Saint-Siège.

Chose étrange, cette institution d'ordre politique, à première vue si *mondaine*, si *séculière*, apparemment si peu édifiante, devient souvent, dans des circonstances comme celles où se sont trouvées les Eglises de Pologne, de Tchécoslovaquie, de Hongrie et de Yougoslavie, l'unique instrument avec lequel la papauté peut exercer l'un de ses rôles ecclésiologiquement les mieux justifiés: le service des Eglises locales en difficulté, la défense de leur liberté, le renforcement de leur autonomie, en vue de la croissance de leur vitalité. Les fonctions les plus spirituelles ne peuvent se dispenser des outils concrets de l'histoire. L'évangile de Jésus-Christ, pour se diffuser, doit passer lui-même par une incarnation. Aussi, serait-il étonnant que Jean-Paul II, après l'expérience vécue en Pologne, néglige de soigner la reconnaissance politique dont jouit le Saint-Siège et, du coup, le pouvoir de servir les Eglises locales qu'elle comporte.

Leadership spirituel

Jean-Paul II sera-t-il un grand *leader* spirituel et moral dans le monde actuel?

Il est certes plus difficile de prévoir qu'une personne puisse jouer un tel rôle, à moins de bien connaître sa per-

sonnalité et ses antécédents. Ce que l'on commence à nous révéler de sa personnalité laisse déjà espérer beaucoup. Quant à ses antécédents, quels qu'ils soient, une question se pose encore: celui qui a pu avoir une action et une parole pertinentes, dans un milieu aussi particulier que la Pologne, sera-t-il en mesure d'exercer une influence équivalente, dans une société élargie aux dimensions du monde, avec l'univers culturel si diversifié qu'on y retrouve, non seulement selon les pays mais, souvent, en chacun d'eux?

Les qualités intellectuelles qu'on attribue à Jean-Paul II, la sensibilité presque d'artiste qu'on dit la sienne, la profondeur de sa présence aux autres et l'écoute attentive qu'il a la réputation de leur prêter, sa sérénité, sa fermeté, voire sa robustesse sportive, tout cela donne l'image d'une personnalité très riche, forte, bien équilibrée. On le décrit surtout comme un homme de prière intense et prolongée, dont l'expérience religieuse a acquis, dans l'épreuve et le défi, cette profondeur et cette maturité qui font de quelqu'un un homme spirituel.

A parcourir un certain nombre des interventions qu'il a faites en diverses circonstances, particulièrement au cours des sessions de Vatican II, on est frappé par le fait qu'elles ont comme objet, dans la plupart des cas, le respect de la personne humaine, la défense des droits de l'homme, l'esprit de dialogue, par exemple avec les incroyants, la préoccupation oecuménique.

Cet ensemble de traits et de faits laisse croire qu'un homme comme Jean-Paul II est capable de déborder les limites d'un passé, peut-être jusque-là très marqué par la situation du catholicisme polonais et, entendu au meilleur sens, de se laisser transformer par le nouveau poste qu'il occupe, les nouvelles responsabilités qu'il porte, les nouveaux problèmes et les nouvelles personnes qu'il rencontre. Dans cette perspective, il est permis de voir en lui l'aptitude à devenir un *leader* spirituel et moral important, dans les prochaines années.

Chef de l'Eglise catholique

On ne semble guère hésiter, cette fois, à prévoir que Jean-Paul II exercera avec fermeté son autorité suprême dans l'Eglise catholique romaine. Mais quelle orientation lui donnera-t-il?

Accroître la participation des évêques au gouvernement de l'Eglise me paraît un des objectifs que poursuivra Jean-Paul II. Depuis son élection, il est déjà

revenu plusieurs fois sur ce sujet. Des gestes symboliques ont accompagné ses paroles, tel celui de faire venir à ses côtés les évêques présents, lors d'audiences. De 1963 à 1965, donc alors qu'il n'avait qu'une quarantaine d'années, il a pris une part active au second concile du Vatican. On a souligné le sérieux avec lequel il étudiait alors les questions soumises à la discussion des Pères conciliaires. Par la suite, il a participé aux assemblées du synode épiscopal et, depuis quelques années, il était membre-élu du conseil du secrétariat général du synode. Son compatriote, Mgr Wladyslaw Rubin en est le secrétaire général. Ces faits attestent une expérience approfondie de la collégialité épiscopale et, fort probablement, une conviction éprouvée de son importance dans le gouvernement de l'Eglise.

Meilleur pasteur de son Eglise de Rome, le pape remplira d'autant plus efficacement et bénéfiquement son rôle d'agent de communion entre les Eglises locales.

On ne sait sous quelle forme Jean-Paul II envisage d'amener les évêques à participer de plus près à la direction pastorale de l'Eglise. Que ce soit par l'organe d'un synode renouvelé ou autrement, il reste qu'il s'agit là d'une transformation de la structure actuelle du pouvoir ecclésiastique et que ses effets, à long terme, peuvent être considérables. Situer à ce niveau la probabilité d'un changement en profondeur est plus réaliste, à mon sens, que de l'espérer directement au plan de l'enseignement doctrinal, par exemple au sujet du mariage, de la contraception, du célibat des prêtres, de l'ordination des femmes, etc.

On a remarqué le souci chez Jean-Paul II, au moment où l'on annonçait son élection, de se faire reconnaître comme évêque de Rome par les Romains eux-mêmes. Sans doute son origine étrangère y était-elle pour beaucoup. Après 450 ans de papes italiens, on ignorait de quel côté irait le cœur des Romains; le sentiment d'être lésés dans un droit acquis, la fierté de l'innovation et du sensationnel ou, mieux, la mémoire de leur héritage supra-national?

Mais Jean-Paul II a peut-être exprimé là une intention plus profonde: celle d'être plus véritablement, plus effectivement l'évêque de Rome, celle de refaire de l'Eglise locale de Rome l'une des Eglises les plus vivantes de la catholicité, une Eglise à laquelle les autres

Eglises locales se réfèrent spontanément comme à une source. Car à l'origine, le prestige et la primauté du pape étaient indissociables de la qualité de foi et de charité de l'Eglise locale à laquelle il présidait. Curieusement, c'est dans la mesure même où le pape a été plus excellent pasteur de son Eglise de Rome qu'il a pu le plus facilement et le plus bénéfiquement remplir son rôle d'agent de liaison, de communion et de consolidation entre les autres Eglises locales, dispersées dans le monde entier.

On voit ainsi qu'il y a une cohérence entre l'intention d'intensifier la pratique de la collégialité épiscopale, l'accomplissement de la charge pastorale d'évêque de Rome et, finalement, la fonction proprement universelle du ministère papal, c'est-à-dire sa primauté dans l'ensemble de l'Eglise. Actuellement, tout repose plutôt, en définitive, sur le pouvoir juridique centralisé d'une Curie.

Les Cent premiers jours

A la fin de son éditorial au No 108 de la revue *Concilium*, consacré au renouveau du service papal, Giuseppe Alberigo évoquait la théorie de politologues modernes sur l'importance déterminante des "cent premiers jours" d'exercice d'une responsabilité. Ce serait alors qu'un nouveau chef révélerait, dans ses premiers actes, les caractéristiques dominantes que prendra son œuvre, la fécondité de son programme, la lucidité de son jugement. S'il ne l'a pas encore fait au terme de ce délai, on peut s'attendre à ce qu'il se laisse progressivement conditionner par son entourage, par les pratiques établies, par le modèle de gouvernement que le personnel en place cherchera à lui imposer (p. 27).

Jean-Paul II relèvera-t-il ce défi que lui lance la science politique? Nul ne saurait le prédire avec assurance sans, en réalité, dissimuler sous son manteau de prophète ses propres espoirs. Seuls les faits fourniront la réponse définitive. Mais sur la foi de ce que l'on connaît déjà de sa personnalité, de ses prises de position antérieures et des premières images qu'il a projetées, depuis son accession au siège de Pierre, il me semble fondé d'espérer de ce pape un ministère qui aidera énergiquement l'Eglise à mieux vivre l'Evangile de Jésus-Christ et à mieux l'annoncer.

*Trois-Rivières
26 octobre 1978*

aux frontières de la vie

"Ce qu'on attend de vous, c'est que vous disiez à cette morte: Lève-toi et marche! Si vous êtes incapable de faire ça tout de suite, vous n'avez rien à faire ici." L'invective de Julien au curé – dans *La Chambre verte* de François Truffaut – lève le voile sur ce que nous éprouvons en présence de la mort d'un proche.

Philippe Ariès a étudié l'évolution de la mentalité et de l'affectivité occidentales face à la mort. (1) Il situe à la fin du XVIII^e siècle les origines de nos façons modernes de fuir la mort et de masquer notre sentiment. Révolution de l'affectivité qui resserre les liens entre les membres de la famille et aggrave d'autant la douleur de la rupture imminente; progrès de la Science qui en arrivera à vaincre "le mal" et rendra du même coup de plus en plus scandaleuses, de plus en plus difficiles à affronter la souffrance, la maladie, la séparation définitive. C'est sur ce fond de scène qu'on assiste à l'abdication de son rôle par le mourant au profit de la famille (qui en vient à essayer de lui cacher son état véritable), puis à l'abdic-

tion de la famille elle-même au profit du médecin, et enfin de "l'hôpital".

Julien crie ce que nous n'osons plus murmurer: sa douleur, le scandale. Une douleur que la société nous presse de cacher; un scandale qui interroge les croyants sur la Vie dont ils témoignent. Depuis le Concile, nous mettons l'accent sur la promotion de la vie au sein des réalités terrestres; nous nous méfions des descriptions trop folkloriques ou trop anes-thesiantes de l'enfer et du ciel, la liturgie elle-même est plus discrète sur l'au-delà.

Nous croyons en la résurrection du Christ: la mort n'est pas le dernier mot. Mais, en pratique, nous fuyons la mort et nous craignons d'approcher en vérité ceux qui nous renvoient l'image de notre propre vulnérabilité. Ou alors, pour nous donner bonne conscience, nous répétons bien haut les principes du droit à la vie, en évitant trop souvent d'assister les personnes acculées à vivre les drames de l'euthanasie ou de l'avortement.

1. Philippe Ariès, *L'homme devant la mort* – Ed. du Seuil, Paris, 1978; 640 pages.

esquisse d'une politique morale sur le soin des mourants

Le problème du soin des mourants tel qu'il se pose aujourd'hui

Si tant de questions se posent aujourd'hui à propos de la mort et du soin des mourants, c'est en partie en raison des progrès considérables faits par la médecine depuis une quarantaine d'années. La technicisation croissante de l'accompagnement thérapeutique du malade et du mourant comporte des avantages indéniables; mais elle risque d'entraîner un déplacement d'accent du malade lui-même vers la maladie. D'où l'éventuel acharnement thérapeutique contre la mort, au détriment d'une attention pleinement humaine au mourant. C'est pourquoi plusieurs, aujourd'hui, posent le problème de la prolongation inhumaine ou induite du processus de mort. N'y-a-t-il pas un moment où il est préférable de s'abstenir? Ne serait-il pas légitime, en certaines circonstances, de mettre fin à une vie qui est devenue insup-

portable pour le mourant ou trop onéreuse pour son entourage?

Il faut également noter comme facteur important contribuant à modifier la situation le déclin des maladies infectieuses au profit des maladies dégénératives (maladies chroniques). Ces dernières viennent beaucoup plus tard dans la vie et font naître chez les gens la crainte d'une sénilité longue et difficile à supporter.

La mort se produit de plus en plus dans les milieux hospitaliers. Ce qui comporte des avantages certains: accès facile à des traitements médicaux adéquats avec l'aide d'un personnel hautement qualifié, libération d'une charge souvent très onéreuse pour la famille, etc. Mais il y a aussi les inconvénients: diminution éventuelle d'un sens de l'humanité caractérisant la fin de la vie, tendance à éviter les mourants de la part des parents (et même de la part des médecins et des infirmiers, selon une étude faite aux Etats-Unis).

par Jacques Ferland*

Des attitudes et des mentalités nouvelles

Les progrès techniques et médicaux ont fait naître une mentalité technologique et interventionniste. L'homme croit de plus en plus qu'il peut et doit contrôler la vie et la mort. Aussi voyons-nous émerger le concept de "qualité de vie" par opposition à celui de "quantité de vie". Il faut respecter la vie, certes; mais quelle vie? Faut-il encore maintenir une vie qui n'a plus rien d'humain? En quoi consiste le véritable respect de la vie humaine? On ne peut nier que cette sensibilité nouvelle à l'égard de la qualité de la vie comporte des aspects tout-à-fait positifs; ce qui importe, c'est une vie vraiment humaine et non la vie tout court. Par ailleurs, il apparaît difficile de déterminer quand une vie mérite d'être maintenue et quand elle vaut la peine d'être vécue. On doit également se demander à qui il revient de décider de la valeur d'une vie? Une dernière question: si la vie biologique ne suffit pas à définir la vie humaine, la vie relationnelle (en termes de communication interpersonnelle) est-elle essentielle à la définition de l'être humain? Cet être diminué avec qui la com-

* Prêtre, professeur de théologie morale à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

munication est devenue impossible a-t-il cessé d'être une personne humaine digne de respect?

La mentalité actuelle est souvent imprégnée de pragmatisme et d'utilitarisme. Il s'agit de cette tendance à tout juger en fonction de l'efficacité, à apprécier les personnes en fonction de leur utilité sociale, etc. A quoi "servent" ces malades et ces mourants allongés depuis des années sans espoir de guérison? A quoi "servent" ces handicapés mentaux irréversiblement diminués? Les maintenir en vie ne constitue-t-il pas une charge trop onéreuse pour leur famille et pour la société?

Dans une civilisation du bien-être comme la nôtre, enfin, la souffrance et la douleur tendent à devenir culturellement de plus en plus intolérables, tant pour la personne qui en pâtit que pour les autres qui la voient souffrir. Dans un tel contexte, ces maux deviennent facilement les ennemis numéro un à écarter à tout prix... sans exclure le prix de la mort! La suppression de la souffrance est une tâche hautement humaine; mais elle peut entrer en conflit avec des valeurs humaines fondamentales.

Quelques remarques

L'éthique médicale traditionnelle en était venue à distinguer trois types de comportement différents: l'euthanasie positive directe (ou euthanasie active), lorsqu'il s'agissait de mettre à mort un mourant par un geste directement porteur de mort; l'euthanasie positive indirecte, lorsqu'il s'agissait d'administrer un calmant destiné directement à soulager la douleur mais susceptible d'accélérer le processus de mort; et l'euthanasie indirecte (ou euthanasie passive), lorsqu'il s'agissait de laisser mourir le patient en refusant de recourir à certains moyens médicaux ou en mettant fin à leur usage.

Dans le contexte du débat actuel sur l'euthanasie, il semble préférable d'abandonner cette terminologie et de réserver le mot euthanasie à la mise à mort directe et volontaire du mourant. On évitera ainsi bien des ambiguïtés.

Une politique morale est une option ou un ensemble d'options prises par une communauté ou un groupe en fonction de valeurs hiérarchisées. Une telle politique peut être plus ou moins détaillée: elle peut s'en tenir à quelques orientations générales ou comporter des indications plus précises. Mais, quelle qu'elle soit, une politique morale n'est pas un code de lois apportant des réponses toutes faites automatiquement applicables à n'importe quelle situation; elle révèle avant tout un esprit, une direction générale. Son application n'a rien de ma-

thématique et laisse inévitablement place à la responsabilité des personnes appelées à prendre des décisions. Elle peut cependant comporter la fixation de frontières jugées infranchissables.

Les illustrations des principes que l'on trouve dans ce document visent donc simplement à expliciter la signification pratique de ces principes et à faciliter leur mise en oeuvre dans l'action. Les exemples fournis ne sont en rien des règles immédiatement applicables sans évaluation de la situation, c'est-à-dire des circonstances particulières, du bien de la personne concrète et d'autres facteurs semblables.

Les valeurs qui ont présidé à l'élaboration de cette politique morale

Jusqu'à son dernier souffle, le mourant, même inconscient et diminué, reste un être humain avec toute sa dignité de personne humaine. Tout homme a le droit à une mort digne d'un être humain,

le droit de franchir humainement la dernière étape de sa vie. Sa vie ne peut être appréciée, d'un point de vue utilitaire, en fonction d'intérêts individuels et sociaux.

La vie humaine est une valeur fondamentale. Elle n'est pourtant pas une valeur absolue qui devrait être prolongée à tout prix.

Dans une perspective religieuse, Dieu apparaît comme le seul maître de la vie et de la mort. Pour le chrétien, mourir c'est consentir à l'appel du Seigneur et laisser retourner à Lui cette vie qu'il accueille en vue de la résurrection; c'est, à l'exemple du Christ, respecter l'heure du Père.

Le bien commun exige qu'une société se fixe comme objectif d'accueillir et de faire vivre toutes les personnes et chacune d'elles; autrement, cette société s'achemine vers une politique plus ou moins cachée d'élimination physique des handicapés et des diminués. On ne sait pas bien où s'arrêterait la logique de cette escalade.

Principes généraux concernant le soin des mourants

Face à un malade dont le processus de mort est irréversiblement engagé, diverses formes d'aide au mourant peuvent être envisagées: une lutte soutenue contre la maladie, un soulagement adéquat des souffrances, l'abstention thérapeutique et l'euthanasie proprement dite.

L'humanisation des soins

Le principe fondamental de toute éthique médicale et hospitalière devrait être le service de la personne humaine affectée par la maladie ou menacée par une mort prochaine. Devant le danger non illusoire d'accorder priorité au traitement de la maladie au détriment du bien total du malade ou du mourant, il apparaît nécessaire de réagir dans le sens d'une plus grande humanisation des soins. La distinction, de plus en plus courante dans les milieux hospitaliers de langue anglaise, entre "traiter" ("cure") et "soigner" ("care") mérite d'être retenue.

En ce qui concerne le mourant, l'humanisation des soins implique une attention accrue aux besoins proprement humains de celui qui parvient au terme de sa vie terrestre: besoins d'une présence humaine, d'une atmosphère d'amabilité et de cordialité, besoins de réconfort et d'écoute attentive, besoin d'être traité avec patience malgré ses propres impatiences, etc...

L'humanisation des soins aux mou-

rants nécessite sans doute une certaine spécialisation de la part du personnel hospitalier, spécialisation qui pourrait comporter une connaissance plus approfondie de la psychologie propre aux mourants ainsi qu'un apprentissage particulier.

Le soulagement des souffrances du mourant

L'atténuation des souffrances du malade et du mourant est très complexe; il ne suffit pas, on le pense bien, d'administrer sans discernement les analgésiques. La souffrance humaine, en effet, n'est pas purement physiologique: elle est redoublée par des sentiments d'anxiété ou d'angoisse. Soulager la souffrance totale du malade et du mourant implique donc, en plus d'une relation vraiment personnelle avec lui lors de l'administration de calmants, une attention lucide et désintéressée aux vrais besoins du patient. L'usage très large des analgésiques ne devrait généralement pas avoir pour but de faciliter la tâche du personnel hospitalier, mais celui de venir en aide au malade lui-même.

Il y a cependant un moment où le seul moyen à notre disposition pour soulager une souffrance physique devenue insupportable est de plonger le malade ou le mourant dans la somnolence ou même dans l'inconscience. Cette décision ne devrait cependant pas être pri-

se sans tenir compte des besoins spirituels du malade ou des devoirs qu'il pourrait encore avoir à remplir.

Le fait que certaines médications présentent le danger d'abréger les jours du malade ne pose pas de problème moral particulier pourvu que cette façon de faire n'équivale pas à une forme déguisée d'euthanasie.

L'abstention thérapeutique

C'est généralement un devoir pour le médecin de s'employer, par toutes les ressources de son art, à lutter contre la maladie et la mort de tous ceux qui sont confiés à ses soins.

Mais il y a des circonstances où le médecin n'a plus l'obligation d'utiliser toutes les techniques de survie mises à sa disposition.

Il y a même des situations où le respect de la vie humaine bien compris et le respect du droit à une mort digne d'un être humain exigent que l'on ne recoure pas ou que l'on cesse de recourir à certains moyens médicaux qui ne feraient que prolonger une agonie pénible ou reculer artificiellement la mort.

a) L'abstention thérapeutique est évidemment justifiée dans les cas de "coma dépassé", c'est-à-dire chaque fois qu'a été établie la destruction totale et irréversible de tout le système nerveux central et en particulier du cerveau.

b) L'abstention thérapeutique est également justifiée, conformément aux principes de la morale chrétienne traditionnelle, lorsque la vie d'un mourant ne peut être maintenue qu'en recourant à des moyens extraordinaires.

La notion de moyens "extraordinaires" est une notion relative; d'une façon générale, un moyen peut être considéré comme "extraordinaire".

— s'il consiste en une opération qui comporte un risque grave ou n'a pas fait ses preuves;

— s'il n'est pas facilement disponible, selon les circonstances de temps et de lieux;

— s'il constitue une charge trop onéreuse pour le patient, pour sa famille et pour le personnel hospitalier (souffrances accrues pour le mourant, soins coûteux, continus et prolongés, etc.);

— si la réanimation ou la prolongation artificielle de la vie n'apporte aucun avantage réel pour le mourant (aucun espoir d'amélioration de l'état de santé, prolongation inutile des souffrances, aucun espoir de retour à la conscience, etc.).

Selon cette conception, il n'est pas possible d'identifier un moyen comme "extraordinaire" sans tenir compte des circonstances particulières pas plus que de formuler une règle automatiquement applicable en n'importe quelle situation.

Il y a des situations où le respect de la vie humaine bien compris et le respect du droit à une mort digne d'un être humain exigent que l'on ne recoure pas ou que l'on renonce à certains moyens médicaux qui ne feraient que prolonger une agonie pénible ou reculer artificiellement le décès.

A l'exception de la nutrition naturelle et des soins les plus fondamentaux, aucun moyen médical (de l'alimentation intraveineuse aux techniques sophistiquées de réanimation) ne peut être classé définitivement dans la liste des moyens ordinaires ou extraordinaires. Il y a donc des situations où l'alimentation intraveineuse est un moyen extraordinaire, relativement à la situation, d'autres situations où elle est un moyen ordinaire; de même pour toutes les autres techniques médicales présentement disponibles.

Il n'est pas d'avantage possible de dresser une liste ferme et définitive des maladies, des phases d'une maladie ou des états du patient qui justifieraient automatiquement une abstention thérapeutique.

Illustrations

— L'abstention thérapeutique est généralement justifiée lorsqu'on est en présence de patients plongés dans un coma irréversible, profond et susceptible de se prolonger, dont la vie, réduite aux dimensions biologiques, n'a plus d'humain que les apparences.

— L'abstention de certains moyens thérapeutiques peut être justifiée à l'égard de patients encore conscients mais qui sont engagés dans la phase terminale d'une maladie entraînant de grandes souffrances qu'on peut difficilement soulager, et qui refusent l'utilisation de ces moyens ou s'en trouvent grandement incommodés. L'abstention thérapeutique ne devrait pourtant pas entraîner l'interruption des soins.

— Par contre, il n'est pas moralement acceptable de refuser de traiter au moyen d'antibiotiques un patient qui souffre douloureusement d'une maladie incurable et qui est frappé soudainement par une nouvelle maladie infectieuse (v. g. une pneumonie); ou de refuser ce même traitement à un vieillard qui se détériore lentement et contracte soudainement une pneumonie.

L'euthanasie au sens strict du mot

Par euthanasie nous entendons ici l'acte positif par lequel on met fin délibérément à la vie d'un être humain qui souffre trop ou qui est condamné à une déchéance progressive. Il ne s'agit plus de "laisser mourir" lorsque l'heu-

re de la mort est arrivée, mais de "faire mourir" au moyen, par exemple, d'une dose massive de drogue. Il y a certes des situations où la distinction entre "faire mourir" (par un geste intentionnellement et effectivement mortel) et "laisser mourir" (par un geste d'abstention ou d'interruption des traitements médicaux) peut sembler un vain jeu de mots, puisque dans un cas comme dans l'autre le résultat souhaité est le même.

Cette distinction demeure pourtant moralement significative:

— elle permet, d'une part, de maintenir fermement dans les esprits, dans les cœurs et dans les faits, cette valeur morale fondamentale qu'est le respect de la vie humaine, et, d'autre part, de respecter le droit de tout homme à une mort digne d'un être humain quand le moment est venu;

— elle permet d'éviter plus facilement le danger d'étendre à d'autres cas que celui du mourant des pratiques qui mettraient davantage en péril le respect dû à toute personne humaine, même physiquement ou mentalement handicapée.

L'euthanasie, entendue au sens strict du mot, est donc moralement condamnable, quelles que soient les circonstances.

Conclusion

La politique morale formulée dans ce document ne vise pas à fournir des réponses toutes faites aux problèmes moraux qui se posent quotidiennement au personnel hospitalier et aux médecins: elle s'en tient à des principes généraux destinés à éclairer la conscience de ceux qui doivent prendre des décisions responsables dans des situations souvent complexes. Il faut toujours prendre en considération l'ensemble des facteurs qui configurent une situation concrète: le désir ou le consentement du patient, l'opinion de la famille, la signification humaine d'une prolongation ou d'une non-prolongation de la vie, une certitude suffisante concernant le diagnostic ou le pronostic, les motivations de celui qui prend la décision, le scandale que peut engendrer la décision, le vrai bien du mourant, etc.

Ce qui doit nous guider, en dernier ressort, c'est l'amour et le respect des personnes.

l'éthique des derniers instants de la vie

par David J. Roy*

Mourir fait partie de la vie. Et de même que nous ne vivons pas tout seuls, nous ne mourons pas tout seuls. Sans doute est-ce pour cette raison que plusieurs en sont venus à penser avec Montaigne: "Ce n'est pas la mort que j'apprehende, c'est de mourir".

Des décisions à prendre

Rares sont les personnes qui meurent seules aujourd'hui, même s'il peut arriver qu'elles meurent dans la solitude. Généralement, on meurt à l'hôpital ou en institution; ces endroits disposent d'un équipement technique capable de soutenir et de prolonger la vie même quand le traitement est devenu inutile et le retour à la santé impossible. La médecine actuelle recourt aux instruments et aux médicaments les plus variés. Mais elle ne s'en remet pas à un robot qui serait "branché" sur les patients; la technologie médicale requiert la présence et la compétence de nombreux professionnels et l'intervention d'une équipe d'infirmières, de techniciens et de médecins. En somme, on meurt aujourd'hui *en compagnie* de cet appareil technologique et des spécialistes qui le contrôlent. Il est rare qu'on meure seul; on dirait que la mort est devenue une œuvre d'équipe, une activité pluridisciplinaire.

Il s'ensuit qu'il devient de plus en plus compliqué de mourir: les malades ne meurent plus "tout bonnement", leur mort implique un certain nombre de prises de décisions. Il y a encore quelques années à peine, on ne pouvait pas faire beaucoup pour les mourants, les grands malades et les patients en phase terminale. Il n'y avait pas lieu de décider grand-chose pour le malade, en son nom ou d'accord avec lui. Le patient mourait; un certain nombre de personnes le "veillaient", essayaient de le reconforter et se tourmentaient. Les temps

ont changé et, de même, les ressources dont nous disposons. Aujourd'hui, on peut fournir beaucoup plus de soins aux mourants; toutefois, les traitements les plus perfectionnés ne sont pas nécessairement ce qu'il faut au grand malade, ce dont il a le plus grand besoin. Des décisions sont nécessaires aujourd'hui, qui ne s'imposaient pas jadis.

Ces décisions ne sont pas d'ordre purement technique. Elles déterminent inéluctablement cet événement de la vie humaine qu'est la mort. Selon ce qui aura été décidé, des gens mourront *bien*, en possession d'eux-mêmes, maîtres de leur mort, pour ainsi dire: on leur épargnera la solitude et l'isolement. D'autres, au contraire, mourront prématurément, sans avoir eu la chance d'assumer graduellement leur décès. Certains mourront trop tard, réduits à l'état de purs systèmes biologiques, privés d'autonomie. D'autres enfin seront morts alors qu'on aurait pu les sauver. Des décisions aussi lourdes de conséquences sont à un degré éminent des décisions morales. Elles font appel à nos valeurs et à nos convictions les plus profondes, elles s'appuient sur ce que nous estimons le plus précieux dans l'existence. Elles peuvent transfigurer ou défigurer l'acte de mourir et, soulignons-le, ce qu'elles déterminent ainsi, c'est la mort *d'autrui*.

Puisqu'on ne meurt plus seul, toute décision en phase terminale est nécessairement prise en commun, partagée. Et lorsqu'il s'agit de la mort de l'autre, il est toujours très difficile de prendre une décision. Comment en arrive-t-on à décider de ce qui est préférable pour autrui? Le plus souvent, nous n'avons pas à nous en mêler: quand un malade est conscient et moralement autonome (1), il vit sa mort de la manière unique qui est la sienne. Cependant, quand le mourant ou le grand malade est devenu complètement dépendant, c'est à nous qu'il revient de prendre à sa place les décisions cruciales. Parce que ces décisions mettent en jeu nos valeurs et nos convictions profondes, lorsqu'elles doivent être prises en équipe les conflits sont pratiquement inévitables. La chose est devenue particulièrement évidente

de nos jours. Les décisions qui concernent les mourants sont des décisions *conflictuelles*: elles mettent à nu nos incertitudes, elles accentuent la confusion qui est la nôtre sur le plan de l'éthique des derniers instants de la vie.

Les dimensions de l'incertitude

L'incertitude que nous partageons aujourd'hui face aux décisions qui portent sur la vie et la mort se répercute à des plans très divers. Il arrive qu'elle affecte des conceptions, des idées, des convictions, des valeurs et des façons de faire qui ont jusqu'à présent profondément marqué notre culture. Si ces fondements sont remis en question, c'est que notre culture est en transition. Par conséquent, les solutions que nous retiendrons détermineront l'orientation du mouvement de transition dans lequel nous sommes collectivement engagés.

1. Les débuts de la vie humaine

La Question

Quand nous savons que nous avons affaire à un être humain individuel, à une personne, à quelque stade de son évolution qu'elle se trouve, nous savons quoi décider s'il s'agit de vie et de mort: on décide pour la vie, non pour la mort. La vie elle-même est une succession complexe d'actes et de réseaux de communication, depuis la niveau moléculaire jusqu'aux formes d'échange les plus hautes de l'activité intellectuelle et personnelle. L'esprit humain émerge de ces actes de communication. C'est ce qui commande tout, l'émergence de l'esprit humain.

Cependant savons-nous, dès les premiers stades du développement de l'embryon, si nous avons affaire à un être humain individuel? Nous ne discutons pas ici de l'avortement d'un embryon devenu fœtus, dont le développement a atteint quelques mois. Nous parlons spécifiquement d'un embryon humain dans les premières semaines qui suivent la fertilisation. Il y a une quantité de projets de recherche qui n'attendent que le feu vert: on est prêt à expérimenter sur

* Le Docteur David J. Roy est directeur du Centre de Bioéthique à l'Institut de Recherches cliniques de Montréal.

1. Note du Traducteur. Nous employons le terme "autonome" pour rendre l'anglais "competent", qui évoque ici l'idée de capacité juridique et de croissance psychologique (âge mental).

l'embryon dans les toutes premières semaines de son développement. En outre, on dispose de méthodes qui permettraient de procéder à un avortement "très simple" durant cette période initiale du développement de l'embryon.

Plusieurs de ces expériences, pratiquées durant les premières étapes de la vie embryonnaire, entraîneront la destruction de l'embryon. Mais sommes-nous en présence d'un organisme suffisamment développé, à ce stade initial de deux ou trois semaines, pour qu'on puisse ici parler de "mort", au sens que nous donnons à ce terme quand nous parlons de la mort d'un être humain?

Dans notre société, l'opinion que l'être humain commence d'exister comme individu dès que la fécondation de l'ovule s'est accomplie compte depuis longtemps bon nombre de partisans. Ils estiment que, de la fertilisation à la naissance, on assiste à un processus de développement unique, sans solution de continuité. Mais en va-t-il bien ainsi? N'est-il pas possible, au contraire, d'identifier un deuxième événement, quelque chose qui arrive à et dans l'embryon, vers la fin de la troisième semaine de son développement? L'individualisation correspondrait à cet événement. Avant qu'il ne se produise, nous serions en présence d'une matière humaine vivante, d'un agrégat de cellules humaines, mais non d'un être humain individuel, pas encore. Des données nouvelles, des arguments sérieux semblent confirmer la validité de cette hypothèse. Il ne semble pas que durant les deux ou trois premières semaines du développement embryonnaire le matériel génétique soit irréversiblement déterminé par rapport au développement de tel ou tel être humain individuel particulier. A ce stade initial, les cellules ne semblent pas assez solidement organisées pour composer, d'une manière stable et irréversible, la structure d'un individu humain. S'il en est bien ainsi, les embryons de formation récente constitueraient un matériel humain vivant, tout comme l'ovule ou le sperme, mais non encore une personne humaine.

Amorce d'une réponse

Pour le moment, nous ne savons pas réellement si l'embryon, à cette première étape de son développement, représente d'une manière irréversible et stable un commencement d'individu humain. On peut bien décider de résoudre la question par décret, par un jugement arbitraire. Ce genre de décision ne satisferait personne et n'apporterait aucun élément de solution. Pour résoudre cette question philosophique et éthique, nous

avons besoin d'en savoir beaucoup plus sur l'embryon et l'embryogénèse humaine. Toutefois, est-il possible d'acquiescer ce savoir supplémentaire sans expé-

menter sur l'embryon humain? On le voit, la recherche concrète de la solution comporte la même incertitude que notre question initiale.

2. Réchapper ou laisser mourir: quoi décider et pour qui?

La Question

La pédiatrie moderne est le théâtre d'un débat de plus en plus vif. Il tourne autour de la question de savoir s'il faut donner à tous les nouveaux-nés gravement handicapés des soins médicaux également vigoureux ou si, dans certains cas, il ne faudrait pas renoncer au traitement et laisser mourir l'enfant. Face à ces nouveaux-nés, on trouve les attitudes les plus variées. Plusieurs ont été privés de soins et abandonnés à leur sort. Quelques-uns toutefois ont langui pendant une période de temps assez longue. Ce qui a suscité plusieurs plaidoyers en faveur de l'infanticide humanitaire. A un niveau plus théorique, on a commencé de mettre en doute le statut d'être humain de ces enfants.

De cette discussion deux questions surgissent, qui exigent une prise de décision:

- Doit-on laisser mourir, sans soins adéquats, des nouveaux-nés affligés de sérieuses malformations, dont l'une ou plusieurs seraient mortelles, mais que l'on n'hésiterait pas à traiter dans le cas d'enfants normaux par ailleurs?

- S'il est possible, au plan médical et au plan éthique, d'arrêter les soins médicaux susceptibles de prolonger la vie de certains nouveaux-nés présentant de sérieux défauts physiologiques, doit-on simplement laisser mourir ces enfants ou doit-on les aider à mourir rapidement, sans douleur?

Ces questions, liées à des décisions, en soulèvent quantité d'autres. Quelle puissance de revendication l'enfant détient-il face au médecin et à sa compétence, face à ses parents, à la société et à ses institutions, à ses lois, à ses tribunaux, à ses foyers et à ses centres d'accueil? Est-ce que le droit de l'enfant à la vie, à tous les soins requis pour son développement propre et l'épanouissement de son existence, est une norme primordiale et une valeur fondamentale, un critère qui permette d'évaluer d'autres normes et d'autres valeurs qui, en cas de conflit, devraient lui céder le pas? Ou faut-il estimer plutôt que les droits de l'enfant à la vie et à des soins adéquats varieront en intensité selon le degré de qualité de vie qu'il pourra espérer? Est-ce que les droits de l'enfant à la vie et aux soins nécessaires se réduisent en proportion

des niveaux de réussite humaine auxquels il serait condamné à devoir renoncer?

On a proposé les réponses les plus variées et les plus divergentes à ces interrogations. La différence des décisions adoptées signifie que, dans un hôpital donné, un enfant sera traité et survivra tandis que dans un autre, privé de soins, il mourrait. Sur quelle base opte-t-on pour ou contre le traitement quand il y va de la vie ou de la mort de ces enfants? Ici encore: conflit, confusion, incertitude.

Amorce d'une réponse

Une réponse satisfaisante à cette question vitale exige un ensemble de considérations qu'on ne saurait aborder ici. Toutefois toute décision pour ou contre le traitement devrait au moins respecter les critères suivants.

Les normes de la pratique médicale élaborées ci-dessous commencent de donner forme à l'éthique des cas de non-traitements sélectifs.

Règle 1. Devant l'impossibilité de rétablir un fonctionnement normal et complet chez le patient, la médecine se doit de remplir un autre but tout aussi important, celui d'aider le malade par tous les moyens thérapeutiques dont elle dispose, à supporter son handicap et à s'épanouir même s'il est handicapé. La médecine demeure au service de la nature dans la mesure où elle peut se développer.

Règle 2. Le rôle de la médecine, n'est pas de garantir le bonheur ou encore d'éliminer toutes les souffrances humaines. Son apport est cependant de grande portée lorsqu'il s'agit d'améliorer un grand nombre de conditions nécessaires à un être humain pour être heureux. Mais pour atteindre le bonheur, il faut être capable d'intégrer dans sa personne et dans sa vie la souffrance à des degrés divers. Cette intégration ne peut être réalisée que par des êtres autonomes et libres. Elle est également constituée, comme tout ce qui a une valeur humaine, du don qui nous vient de ceux en qui nous avons confiance et que nous aimons. C'est là tout le drame humain; le rôle du médecin n'est pas de tirer le rideau sur le premier acte.

Règle 3. Il s'agit ici, de manière plus explicite, des limitations de la médecine. Si la détérioration biologique est telle que toute intervention médicale, de nature curative, restaurative ou corrective, est impuissante à améliorer la condition du malade et ne sert qu'à perpétuer ou à prolonger un état qui ne devrait être que provisoire et qui demeure bien en deçà des objectifs et du niveau de la vie biologique humaine, alors l'intervention médicale a atteint ses limites: s'obstiner à intervenir dans ces circonstances serait aller à l'encontre de la raison d'être même de la médecine; mieux vaut s'abstenir.

Règle 4. Il existe une différence très nette entre le meurtre humanitaire, faute de pouvoir guérir, et l'abstention, le

fait de renoncer à appliquer un traitement, lorsque ces soins n'apporteront aucune amélioration. Alors que, dans ce dernier cas, on reconnaît en toute responsabilité les limites de la médecine, dans le premier, on lui attribue une responsabilité démesurée et peu justifiable. Les prémisses qui servent à légitimer l'infanticide sont fausses et la conclusion de ce raisonnement deviendra vite insoutenable.

Ces règles permettent, et parfois même exigent, que l'on ne traite pas certains nouveaux-nés gravement déficients et qu'on les laisse mourir. Ces règles n'impliquent pas qu'il soit du ressort de n'importe qui de décider si la vie d'un enfant vaut ou non la peine d'être vécue. Elles reconnaissent cependant le fait que certaines ne peuvent être vécues.

cas d'un malade inconscient et/ou incapable de faire un choix, il faut le consentement de l'équipe médicale et celui de la famille.

Cependant, lorsque le malade n'est pas autonome, qui peut déterminer quel est le "point de vue du patient"? Faut-il ne considérer que l'"intérêt clinique" du malade? Peut-on séparer l'intérêt clinique du malade de la totalité de ses intérêts vitaux? Et lorsque le malade ne peut faire un choix, qui peut évaluer le rapport de ces deux critères? Le médecin? La famille? Les deux ensemble? A l'Hôpital Beth Israel, on estime que l'évaluation et la décision relèvent conjointement des médecins et de la famille. D'autres instances, juridiques celles-là, ont émis des avis, voire des jugements, qui ne vont pas dans ce sens. Ici encore, incertitude. Sur ce point très important, on ne trouve pas encore de consensus en Amérique du Nord. Cela ressort d'ailleurs clairement de l'analyse du problème suivant.

3. Ressusciter ou laisser mourir: comment décider?

Il n'est pas toujours sage, bon et juste d'arracher à la mort des grabataires, de grands malades qui succombent à une complication cardiaque ou pulmonaire. On connaît le cas douloureux de ce vieux médecin, atteint d'un cancer incurable, que l'on avait ainsi ressuscité quatre fois - et cela contre sa volonté expresse, malgré qu'il eût demandé explicitement qu'on le laisse mourir en paix. Dans quelles circonstances, convient-il alors de réanimer ainsi un patient condamné? Voilà une question fondamentale. Quelle que soit la réponse, elle ne pourra pourtant pas être considérée isolément de ce qu'on répondra à deux autres questions également importantes: comment en arriver à une décision en de telles circonstances et qui doit décider?

A l'Hôpital Beth Israel, la politique suivie s'inspire du principe suivant: il ne convient pas de recourir aux techniques de réanimation dans le cas d'un patient "dont la mort est imminente, irréversible et inévitable". (2) Quant à la prise de décision, elle dépend d'abord de l'état de conscience et d'autonomie (1) du patient, de sa capacité d'exprimer sa volonté personnelle sur la question.

Si un patient est conscient et lucide, le jugement médical favorable à la non-réanimation sera autorisé à la condition que le patient ait donné son assentiment en toute connaissance de cause et de plein gré. Dans certains cas, il peut être très difficile, voire impossible, de demander au patient ce qu'il faudrait faire dans l'éventualité d'une crise cardiaque ou d'une embolie pulmonaire. Si un malade n'est pas en mesure d'affronter la question, "on n'a pas le droit de renoncer à pratiquer la réanimation, vu l'absence d'une information essentielle". (3)

Si le patient est inconscient et incapable de juger, on ne peut prendre la décision de ne pas le réanimer simplement parce que, du point de vue médical, la non-réanimation paraît convenable. Sur ce point, l'Hôpital Beth Israel s'appuie en priorité sur "le respect du point de vue du malade, et non sur l'opinion d'une autre personne qui interviendrait pour faire valoir des raisons suffisantes en faveur de la non-réanimation du patient. Il faut considérer ici le seul intérêt clinique du patient et négliger les autres facteurs qui violeraient la politique fondamentale de l'Hôpital." (4) Enfin, même une fois qu'on a tenu compte de ces conditions, la décision de ne pas réanimer exige l'approbation des proches parents.

Cette excellente manière de procéder - trop brièvement résumée ici - semble adéquate pour amener une décision juste au sujet de la réanimation. Pour un malade lucide et conscient, on exige le consentement du patient et des membres de l'équipe médicale. Dans le

4. Différer la mort: qui décide?

Il s'agit ici de la décision d'appliquer, de retarder ou d'interrompre un traitement destiné à prolonger la vie. Traitement qui, fréquemment, ne peut faire plus que de retarder le décès. Un délai de ce genre, alors que la guérison n'est pas possible, peut être d'une importance cruciale tant pour le patient que pour sa famille. Mais le contraire est tout aussi possible, surtout quand ce délai ne favorise aucunement l'autonomie du malade dans les derniers instants de son existence. Bien que les techniques visant à prolonger la vie soient devenues courantes dans les hôpitaux modernes, il arrive souvent que les patients, les médecins, les familles estiment que ce genre de traitements ne servent pas le bien véritable du malade.

Si celui-ci est conscient et autonome et s'il en exprime le désir, il n'y a guère d'incertitude ou de confusion. C'est le mourant qui a le pouvoir de décider en dernière instance. Mais souvent le patient perd conscience dans les derniers stades de la maladie. C'est quand le malade, en raison de son état d'inconscience ou d'incapacité mentale, est incapable d'exprimer sa volonté que le problème de la décision à prendre risque de retomber dans la confusion et le conflit. En dernier ressort, qui est vraiment responsable? A qui revient-il de décider s'il faut administrer à un patient incapable de décision personnelle un traitement visant à le prolonger, ou s'il convient plutôt de le laisser mourir? Ces derniers temps, la jurisprudence

2. Mitchell T. Rabkin, MD, Gerald Gillerman, JD and Nancy R. Rice, JD, "Orders not to Resuscitate", *The New England Journal of Medicine*, août 1976, vol. 295/p. 365.

3. "Orders not to resuscitate may not be directed because of the absence of an informed choice." (*art. cit.* p. 365)

4. *art. cit.*, p. 366

sur la "mort naturelle" et la "volonté de vivre" tente de réserver au patient seul la responsabilité de la décision sur le prolongement de sa vie. Certaines lois prévoient même un mécanisme permettant au malade de formuler sa décision avant qu'il ne devienne inconscient ou inapte à faire un choix.

Cette législation n'est pas encore une solution adéquate, même pour ceux qui ont exprimé leurs volontés en forme de testament. La législation ne répond pas à la question de savoir qui décidera de prolonger la vie pour tous ceux qui n'ont pas fait un testament *ad hoc* ou dans le cas de patients mentalement affectés.

Les points de vue diffèrent considérablement quand il s'agit de savoir qui détient le pouvoir décisionnel ultime dans le cas d'un patient incontinent et incapable de faire un choix. Dans le cas de Karen Quinlan, le juge de la Cour Supérieure du New Jersey a statué qu'il re-

venait au médecin d'assumer l'ultime responsabilité dans la décision de prolonger la vie. Dans sa réponse à l'appel interjeté, la Cour Suprême du New Jersey a affirmé que le droit de décider appartenait à la famille. Quant à l'Association Médicale Américaine, elle a déjà déclaré que la famille immédiate avait le droit et la responsabilité de prendre la décision de différer la mort, chaque fois que le malade se montre incapable de faire un choix personnel.

Depuis la récente ordonnance de la Cour Suprême du Massachusetts dans le cas de Joseph Saikewicz, le cercle des positions conflictuelles est complet: ce tribunal a décidé qu'il revenait au juge de la cour de probation (*probate court judge*), et non au médecin ou à la famille, de prendre la décision ultime. Le conflit est public, la confusion demeure et les patients, incapables de décider par eux-mêmes, attendent...

5. Mort ou vivant: quels sont nos critères?

La médecine contemporaine a développé des systèmes de support pour prolonger la vie. On peut maintenir la circulation et la respiration chez des personnes qui ont souffert de dommages irréversibles et sévères au cerveau. Dans de tels cas, il est difficile d'utiliser les signes traditionnels attestant la mort afin de parvenir à établir définitivement si tel patient comateux est décédé. Le cas récent de Rosemarie Maniscalco à New-York est un exemple frappant de la confusion qui entoure la mort. Le *New York Times* a annoncé qu'elle était techniquement morte, le 2 décembre 1977. Cinq jours plus tard, un second article annonçait que Mme Maniscalco et le fœtus qu'elle portait étaient décédés. A quel moment, Mme Maniscalco était-elle morte?

On a fait un certain nombre de tentatives pour définir la mort comme étant la mort de tout le cerveau. Les critères de coma irréversible établis à Harvard représentent la définition la plus largement acceptée de la mort en soi; cette définition est basée sur l'état du cerveau. D'autres suggestions ont été faites pour définir la mort comme étant

la perte irréversible de la fonction du néo-cortex. Si toutes les parties du cerveau nécessaires à la conscience sont irréversiblement détruites, la personne est-elle morte, même si elle continue de respirer? Sommes-nous devant un être humain ou seulement devant un ensemble de fonctions organiques?

Le point critique ici porte sur la différence entre la mort cérébrale totale et la mort cérébrale partielle. On néglige souvent cette différence, même chez les médecins. On en trouve une preuve dans une lettre adressée par plusieurs médecins au *New England Journal of Medicine*: "Sur appel interjeté par une cour inférieure, la Cour Suprême a maintenu qu'un médecin peut prononcer un verdict de mort en se basant sur les résultats de l'analyse neurologique et que l'arrêt de la fonction cardiaque spontanée n'est pas une condition nécessaire." (5). En fait, c'est l'opposé qui est vrai. Selon tous les critères scientifiques prouvant la mort totale du cerveau, qui garantit que l'être humain est réellement mort, la condition nécessaire est l'arrêt de la fonction cardiaque spontanée. (6) Sans cet arrêt, il ne saurait y avoir une mort totale du cerveau.

Cette confusion à propos des critères fondamentaux de la vie humaine et de la mort a des conséquences concrètes, elle maintient l'ambiguïté sur le plan éthique, tandis que la diversité des opinions légales accentue l'embarras. La question fondamentale, cependant, de-

meure toujours: comment se comporter à l'égard d'un être humain quand on ignore s'il est vivant ou s'il est mort?

6. L'euthanasie: doit-on décider en faveur de la mort?

Dans notre société, l'euthanasie est au centre des discussions légales, médicales et éthiques. Ces discussions ont engendré passablement de confusion. Confusion d'ordre linguistique: souvent on ne distingue pas les décisions d'ordre médical des jugements de valeur sur la vie humaine. C'est une confusion d'ordre moral: nous faisons souvent le choix de la mort parce que notre manque d'amour ou de perspicacité nous empêche d'envisager d'autres choix possibles. Les considérations qui suivent aideront à dissiper cette confusion.

1) L'euthanasie et le droit de mourir avec dignité ne sont pas des termes ayant une signification identique. L'euthanasie désigne l'interruption délibérée et sans douleur de la vie humaine, motivée par la compassion. Pratiquer l'euthanasie veut dire tuer. Le droit de mourir avec dignité ne signifie pas

Dans le numéro de décembre de RELATIONS

- Bilan d'un bilan (une table-ronde avec Jacques Grand'Maison)
- Etre minoritaire (Jean Ethier-Blais)
- Peut-on enseigner une morale? (Guy Paiement)
- Le Dieu des pauvres (André Myre)

5. "Massachusetts Supreme Court Decisions Affecting Medical Practice", *The New England Journal of Medicine*, mars 1978, vol. 298/ p. 517.

6. Frank J. Veith et al., "Brain Death. A Status Report of Medical and Ethical Considerations", *JAMA*, vol. 238 (1977) p. 1651 ss.

le droit d'être tué ou le droit de se tuer ou le droit d'être aidé à se tuer soi-même. Le droit de mourir avec dignité veut dire être autorisé à mourir dans certaines circonstances et à certaines conditions.

2) Prise au sens strict et clairement définie en fonction de ce qui la caractérise, l'euthanasie désigne une intervention directe et positive par laquelle on met un terme à une vie humaine délibérément, sans douleur et au nom de la compassion. Exemple: l'injection d'une drogue mortelle ou d'une dose mortelle de calmant. Telle est l'euthanasie positive.

3) L'euthanasie peut aussi vouloir dire qu'on mette un terme à une vie humaine de façon délibérée, sans douleur, par compassion, en omettant des soins. En ce sens elle implique la suspension du traitement médical nécessaire à la survie du patient: "nécessaire" soit à la guérison partielle ou totale de la maladie, soit parce qu'il permet de garder le malade en vie malgré la maladie elle-même. L'euthanasie par omission provoque la fin de la vie humaine en suspendant le traitement indispensable.

4) On peut aisément confondre l'euthanasie par omission et l'interruption de certaines formes de traitements visant à permettre au malade de mourir avec dignité. Ce qui distingue avant tout l'interruption de ces soins de l'euthanasie par omission, c'est le jugement du médecin déclarant que le processus terminal conduisant à une mort irréversible et imminente est désormais engagé. Dès ce moment, le but et l'effet provoqué par la suspension de certains soins ne sont plus de mettre un terme à la vie humaine. Déjà dans ces circonstances la vie du malade est irrémédiablement compromise puisque le mal et la détérioration physique ne peuvent plus être contrôlés ou stoppés. Dans ces circonstances, l'intention et l'effet espéré de la suspension du traitement sont d'adoucir la maladie terminale du patient. C'est donc dans ce cas qu'on peut parler, non plus d'euthanasie, mais d'une assistance accordée au malade pour l'aider à mourir avec dignité.

5) L'euthanasie n'est pas la même chose que le suicide. Dans l'euthanasie, quelqu'un intervient pour mettre fin à la vie d'une autre personne. Le suicide ne concerne que l'individu qui met fin à sa propre vie. La motivation peut être la même dans les deux cas. Il n'en reste pas moins qu'il y a une différence entre mettre fin à ses jours soi-même et provoquer la mort d'autrui. Une différence qui transparaît dans la pratique judiciaire actuelle. Si le fait de mettre un terme à sa propre vie de façon délibérée est un acte exercé librement, le fait de mettre fin délibérément à l'existence d'une autre personne est un crime. Mais il y a une autre différence. Dans le cas d'un suicide, la libre disposition de soi est un geste d'autonomie qui se limite à un cas unique. Dans le cas de l'euthanasie, le fait de disposer de la vie d'autrui pourrait être répété, appliqué à plusieurs cas et même constituer un précédent psychologique et sociologique susceptible de favoriser la diffusion de cette pratique.

6) La légalisation de l'euthanasie volontaire, c'est-à-dire de l'intervention délibérée, sans douleur et inspirée par la compassion, visant à mettre un terme à la vie du malade, avec son consentement ou sur sa requête, n'est pas nécessaire dans notre société. Avant les récents progrès de la médecine, l'alternative semblait inévitable: mourir dans la douleur ou accepter l'euthanasie. Il n'en va plus ainsi dans la plupart des hôpitaux de nos régions: le dilemme ne s'impose plus comme cela dans nos sociétés industrialisées: une application lucide de la science et de l'art

de la médecine inspire des formes de traitement global, qui offrent une alternative fort valable à la légalisation de l'euthanasie volontaire. Des centres tels que les hospices St. Joseph et St. Christopher en Angleterre de même que, plus près de nous, l'unité de soins palliatifs de l'Hôpital Royal Victoria nous en donnent la preuve.

En guise de conclusion

La société dans laquelle nous vivons a cessé d'être homogène, aux plans culturel, philosophique, religieux, éthique. Dans une société homogène, la cohésion sociale tranche nombre de questions. Les débats deviennent futiles, un consensus - si fragile dût-il se révéler par la suite - s'impose sans qu'il soit besoin constamment de discuter et de réfléchir. Une société pluraliste comme la nôtre ne saurait maintenir les structures de convivance fraternelle nécessaires à la conservation et à la valorisation des idéaux que nous privilégions dans notre civilisation.

Il s'agit donc essentiellement de rechercher le consensus, tout au moins jusqu'à ce que nous ayons mis à nu nos croyances fondamentales et les conflits qu'elles engendrent. Un consensus sur des politiques est-il possible sans un consensus idéologique à propos de ce qui est réellement valable d'un point de vue humain, sur ce qui est vraiment pour nous de la plus haute importance? Si nous ne sommes pas d'accord, au sein de notre société, sur ce qui est valeur, que devons-nous faire? Il nous faut reconnaître qu'il y a une limite au raisonnement et à la discussion et qu'alors s'impose une démonstration d'un autre ordre, plus féconde, existentielle, de nos croyances et des positions éthiques qui les reflètent.

Sans ce genre de démonstration existentielle, toute substance et toute crédibilité manquent à notre raisonnement éthique à l'effet qu'une vie qui vaille la peine d'être vécue et une offre d'amour authentique attendent ceux qui sont handicapés, faibles, arriérés et souffrants. Il ne suffit pas seulement d'adopter des positions éthiques justes; il nous faut aussi, surtout, montrer dans les faits que ces positions sont viables.

(Traduction de Relations)

RELATIONS

— formule d'abonnement
(un an: \$10.)

Vous trouverez ci-joint la somme de \$..... pour un abonnement
de..... année(s) à la revue RELATIONS

Nom:

Adresse:

SVP adresser à RELATIONS,
8100 boul. St-Laurent, Montréal H2P 2L9 — Tél. 387-2541

droits et libertés du mourant

par Yves Côté

*Dominicain, membre de la
Commission des Droits de la
Personne du Québec.*

En juin 1975 l'Assemblée Nationale dotait le Québec d'une *Charte des droits et libertés de la personne*. La promulgation de cette Charte en juin 1976 constituait un événement majeur dans l'évolution du Québec. Promulguer une Charte dans une société signifie en effet qu'on peut déceler un certain consensus autour d'un certain nombre de valeurs à poursuivre, autour d'un certain nombre de droits fondamentaux qu'on veut reconnaître aux membres de cette communauté humaine.

La Charte des droits et libertés du Québec constitue une sorte de dessin de société et des rapports des membres entre eux et avec les institutions qui peut devenir un dessein personnel et collectif.

Une des caractéristiques de la Charte est de vouloir instaurer des rapports entre les personnes basés sur le respect en toute égalité des droits respectifs. C'est à travers cette Charte et dans cette perspective que nous voudrions regarder les droits et libertés de cette catégorie spéciale de personnes qu'on appelle les mourants.

1. Quand une personne entre dans la phase terminale de sa vie, habituellement dans un hôpital — on meurt rarement à la maison de nos jours — plusieurs personnes sont concernées par cet événement: les administrateurs, les médecins, le personnel soignant, le personnel non soignant, la famille et les amis et enfin la personne qui va mourir. *Toutes ces personnes ont des droits.* Elles ont des droits comme personnes humaines, elles ont des droits qui leur viennent du rôle qu'elles ont à assumer, elles ont des droits qui originent des situations spéciales dans lesquelles elles vivent. C'est dans l'articulation de tous ces droits à l'intérieur d'une situation donnée que peut s'établir un réseau de rapports humains de qualité. Un déséquilibre manifeste dans l'exercice des droits ne peut qu'entraîner des effets funestes.

2. Il serait par ailleurs inutile de reconnaître des droits aux personnes si n'étaient mises en place en même temps *des conditions objectives en permettant l'exercice*. Dans le cas qui nous préoccupe, ces conditions objectives s'appellent des institutions, des lieux, des lois, des règlements, des conditions de travail, des facilités pour les soins, etc. Le droit au traitement, par exemple, ne rime à rien, si l'on ne dispose pas des instruments nécessaires à ce traitement.

3. L'exercice des droits nécessite aussi un certain nombre de *conditions subjectives* qui résident dans nos attitudes et nos comportements envers nos propres droits et ceux des autres dans des situations données: attitudes de compétence envers nos propres droits, attitude de respect et de promotion envers ceux des autres.

Les comportements mis en oeuvre dans la situation où une personne va mourir sont téléguidés par des attitudes profondément ancrées envers la mort et le mourir. Dans la société dans laquelle nous vivons, la mort et le mourir font peur. La mort n'est plus familière. Dans une société plus traditionnelle, la mort et le mourir faisaient partie de la vie habituelle des gens. On assistait à la maison à la mort des grands-parents, des parents, des enfants. On faisait leur toilette, on les veillait à la maison. On était davantage apprivoisé à ce phénomène. Aujourd'hui, la seule mort à laquelle beaucoup de gens risquent d'assister, c'est la leur propre, et encore à condition qu'on leur en laisse bien le loisir, ce qui est loin d'être sûr. Pour toutes sortes de rai-

sons, dans lesquelles nous ne voudrions pas entrer ici, la mort est sortie du paysage de notre vie, elle est sortie de nos préoccupations conscientes, elle est bannie de nos conversations et de nos réflexions, elle est maquillée, anesthésiée. Elle n'est plus apprivoisée, elle nous fait trop peur.

Les attitudes et les comportements que nous avons envers les mourants sont fonction de nos attitudes envers notre propre mort et notre propre vulnérabilité. C'est notre propre peur, notre propre rejet, notre maquillage, notre anesthésie que nous transposons quand nous croisons la mort et le mourir sur notre passage. C'est à travers la même paire de lunettes que nous regardons notre propre mort et celle des autres. Ces attitudes, conscientes ou non, constituent les conditions subjectives du respect ou du non respect des droits fondamentaux des personnes en situation de mourir.

4. Quand quelqu'un va mourir, nous l'écrivions plus haut, plusieurs personnes sont concernées. La personne la plus concernée demeure, nous semble-t-il, celle qui va mourir. Et cette personne a des droits. C'est la même personne qui vit et qui meurt. Celle qui va mourir, c'est la même qui hier travaillait, aimait, avait des rôles sociaux, avait l'initiative de sa vie. Ses droits ne sont pas abolis avec son entrée dans la phase terminale de sa vie.

L'article quatre de la Charte des droits et libertés de la personne proclame que *toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité*. La dignité pour une personne qui va mourir, c'est beaucoup plus que des égards protocolaires, beaucoup plus que le respect selon les règles de l'étiquette. Il me semble qu'une personne garde sa dignité quand, à la limite du possible, elle conserve son autonomie et l'initiative de sa vie et même de son mourir.

Or il me semble que trop souvent, dans la maladie et le mourir, ce soit le

premier élément dont on risque d'être dépourvu. Il me semble que lorsqu'on franchit la porte de certaines chambres, on laisse sur le seuil l'initiative de sa vie, de sa maladie, de son traitement, de son mourir. Et cette initiative est recueillie par d'autres. Il me semble qu'on risque beaucoup d'être traité comme un mineur, comme un enfant, comme quelqu'un qui n'aurait plus droit à cette initiative. La dignité exige qu'on garde à la limite du possible cette autonomie et cette initiative.

La personne qui va mourir est un personnage important de la scène qui va se jouer et elle doit en demeurer la première responsable. Concrètement, cela veut dire qu'elle doit pouvoir choisir son médecin traitant, qu'elle doit être consultée sur ses traitements, qu'elle peut avoir le loisir de les accepter ou de les refuser, qu'elle peut connaître les effets, les résultats possibles du traitement. On dit qu'on est mauvais juge dans sa propre cause. On est peut-être aussi le moins pire. Tout cela suppose que la personne est renseignée sur son état.

5. L'article 44 de la Charte des droits et libertés reconnaît que *toute personne a droit à l'information*. Pour une personne qui va mourir, cela signifie le droit à la vérité sur son état. Le mourir est un acte important de ma vie et j'ai le droit fondamental de le vivre comme je l'entends. J'ai le droit de choisir la manière avec laquelle je veux vivre le dernier bout de ma vie, dans quelles activités je veux l'investir. J'ai le droit de vivre ma mort avec la conscience qui me restera.

Connaître ma situation n'implique pas que soient fixées des échéances précises. Qui donc d'ailleurs pourrait les établir? Cela signifie que je sois averti du danger réel qui menace ma vie.

Pour nier ce droit, on se retranche habituellement derrière deux arguments: la personne "ne sera pas capable de le prendre" et cette révélation va enlever la mobilisation nécessaire à une guérison possible en coupant l'espoir.

Quand on dit que la personne ne pourra pas le prendre, de quelle personne parlons-nous? De celle qui va mourir ou de celles qui vont survivre. Qui cherche-t-on vraiment à protéger? Le mourant ou les survivants? Sauf exception, il me semble que notre attitude de "protection" est bien téléguidée par la peur d'affronter notre propre vulnérabilité. En cachant à quelqu'un sa vulnérabilité, c'est la nôtre que nous anesthésions.

D'autre part, il ne m'apparaît pas évident que la conscience de la gravité

de mon état puisse annihiler l'espoir de vivre et démobiliser en vue d'une guérison éventuelle. Cela peut se produire, mais il me semble que ce soit l'exception. L'espoir ne se tue pas si facilement.

La règle habituelle de conduite devrait être le respect du droit à la vérité et le secret devrait être l'exception. Le meilleur juge du "bien du patient" à cet égard, devrait toujours demeurer le patient lui-même.

6. L'article trois de la Charte des droits et libertés de la personne reconnaît à toute personne la *liberté d'expression*. Ce sont spontanément les idées ou les convictions que l'on voit être l'objet de cette liberté d'expression. Ne pourrait-on aussi y inclure les sentiments?

Elisabeth Kübler-Ross a étudié les différentes phases à travers lesquelles passe habituellement une personne en phase terminale: ce sont le refus, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. À chacune de ces phases correspondent des sentiments et des modes d'expression.

Respecter les droits d'un mourant, c'est aussi respecter son droit d'exprimer tous ces sentiments, d'exprimer son refus de la mort, d'exprimer sa colère contre la mort, d'exprimer son marchandage, sa dépression, son acceptation et son constant espoir.

Pourquoi veut-on sans cesse empêcher l'expression de ces sentiments en les anesthésiant par des tranquillisants? De quoi a-t-on peur? De qui a-t-on peur? Ne serait-ce pas encore notre propre vulnérabilité qui guiderait nos comportements en cette circonstance?

Evidemment, l'exercice de ce droit nécessite l'aménagement de conditions objectives. Les autres patients ont aussi des droits. Mais refuser l'exercice de ce droit à l'expression des sentiments qui de toute façon sont vécus, n'équivaut-il pas à condamner quelqu'un à la plus pénible des solitudes à un moment où l'accueil et la communication sont si importants?

7. Le droit de mourir.

Au droit à la vie, proclamé dans le premier article de la Charte des droits et libertés de la personne, correspond le droit de mourir. Sans entrer dans toute la discussion et la controverse actuelles sur l'euthanasie, le moment de la mort, et le partage des responsabilités quant à l'initiative en ce domaine, je ne voudrais que faire ressortir

que, là comme ailleurs, les droits fondamentaux de celui qui va mourir doivent primer.

Une personne a droit à la vie, (art. 1) elle a droit au secours (art. 2), elle a droit au traitement, mais elle a aussi droit à ce qui est inévitable, c'est-à-dire de mourir. Les vieux codes de déontologie médicale faisaient une distinction entre les moyens ordinaires et les moyens extraordinaires pour conserver la vie. On devait employer les uns, on pouvait refuser les autres. Cette distinction est sans doute dépassée, mais la sagesse qui la sous-tendait demeure actuelle. On ne peut tuer personne, mais chacun a le droit de mourir. Chacun peut refuser les traitements qui le maintiennent "artificiellement" en vie.

Le problème est justement d'interpréter la volonté et le droit du mourant. On se disputera encore longtemps pour savoir si ce droit d'interprétation revient à la famille, au médecin, à l'avocat ou au tribunal, tant que dans les faits on oublie le patient lui-même. Si les droits cités antérieurement étaient vraiment respectés, soit le droit à la dignité, à l'initiative, à la vérité et à l'expression, s'ils étaient assez tôt respectés, les problèmes d'interprétation de la volonté et du droit du mourant seraient, sauf exception, singulièrement simplifiés. Si le patient sait, s'il peut s'exprimer, s'il peut conserver son initiative, il pourra dire assez tôt quel est son sentiment et sa décision.

Conclusion

Dans le cadre restreint d'un si court article, on ne peut qu'évoquer rapidement quelques-uns des droits des personnes en situation de terminalité. Une réflexion à partir de la Charte des droits et libertés pourrait nous en faire évoquer beaucoup d'autres.

Il existe cependant un droit qui n'est inscrit directement dans aucune Charte, c'est le droit, pour les mourants, à la sollicitude et à la tendresse.

Nos attitudes envers les mourants sont téléguidées par nos attitudes envers notre propre vulnérabilité. Si nous mettions à jour ces attitudes, peut-être pourrions-nous répondre au besoin le plus pressant de celui qui va mourir, soit l'attention, la sollicitude, la tendresse. Au-delà de nos peurs, comment peut-on en effet refuser un peu de sollicitude à tant de vulnérabilité?

Montréal le 26 octobre 1978

est-ce que je suis en train de mourir?

Notre société entoure la mort d'un arsenal technique et d'un rituel pompeux qui nous évitent de la regarder en face. Cette peur institutionnalisée réduit au silence les personnes qui voient venir leur fin et les professionnels de la santé qui les entourent. Les efforts déployés pour combattre la mort deviennent, à la limite, un écran qui sépare le malade de son propre avenir: comme si l'acte de vivre sa mort ne lui appartenait pas radicalement. Ce silence accroît, au fond, la solitude du mourant et notre incapacité de l'accompagner.

Francine Jinchereau, infirmière et professeur au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, a eu l'occasion d'accompagner plusieurs malades qui se savaient condamnés. Son témoignage intègre certaines données de la psychologie, en particulier l'enseignement d'Elisabeth Kübler-Ross, mais il est avant tout un retour franc, étonnamment transparent, sur son expérience.

J'enseigne aujourd'hui au département de psychologie mais ma première formation a été celle d'une infirmière en hygiène publique. C'est comme infirmière que j'ai vécu quatre ans chez les Indiens et les Esquimaux du Nouveau-Québec, puis que je suis revenue travailler en milieu hospitalier avant de faire de l'enseignement clinique.

Ma décision d'entreprendre des études de psychologie n'est pas étrangère à mon expérience d'infirmière, au contraire. Déjà, pendant mon cours de nursing, j'ai vu mourir des patients. C'est à l'hôpital que s'est fait mon premier contact avec la mort et cela a été d'autant plus difficile que je n'y étais aucunement préparée. Rien dans notre formation ne nous aidait à voir venir le décès de nos malades: l'importance accordée aux techniques, aux soins à donner, faisait qu'on ne pensait même pas à ce stade où le traitement est devenu inutile.

J'ai toujours aimé travailler en médecine et, à une époque où n'existaient pas encore les unités de soins intensifs, c'est dans ce département que se produisaient la majorité des décès à l'hô-

pital. On pourrait penser que le personnel soignant finit par s'habituer, par s'endurcir, à force de voir mourir les gens. Ce n'est pas mon cas. La mort de personnes que j'avais appris à connaître restait inacceptable et douloureuse.

En abordant la psychologie, je cherchais à donner un sens à cette réalité inacceptable. À l'heure actuelle, sans prétendre avoir trouvé la réponse à une telle interrogation, j'en suis venue à la conviction que tout dans l'expérience d'une personne peut devenir l'occasion d'un accroissement de vitalité, d'une plus grande qualité de vie. Qu'il s'agisse de la maladie, du mariage, d'une simple conversation ou de l'attente de la mort imminente, tout événement et toute situation peuvent me provoquer à mobiliser toutes mes forces pour devenir totalement présente. Vécu de cette façon, l'événement suscite en moi la sensation intime que "ça vaut le coup". Même si je ne sais pas ce que la mort sera pour moi, j'aimerais être placée dans des conditions telles que je puisse y être présente, que je puisse vivre ma mort. En somme, la psychologie ne m'a peut-être pas dévoilé le sens de la mort en elle-même; elle m'aide au moins à ne pas la fuir, sinon à l'accepter, à entrevoir qu'il m'appartient de donner son sens à ma mort.

Chez les Montagnais

Compte aussi le fait d'avoir travaillé chez les Indiens et les Esquimaux, au sein d'une culture où la mort est perçue comme un événement du cycle de la nature, analogue à une tempête de neige, à une naissance, à une bonne pêche: on ne se bat pas indéfiniment contre un fait qui appartient à l'ordre des choses. Ceci contraste fort avec ce que j'avais vécu comme infirmière, quand le mot d'ordre (la valeur) était: Tout pour que ça n'arrive pas! À tout prix qu'on ne meure pas!

Évidemment, il y a tout un aspect de cet effort clinique que j'admets et que je trouve admirable: le progrès technologique n'est pas un mal. Mais tout se passe comme si, fascinés par les possibilités de notre technologie, nous soumettions les personnes à la machine au point d'enlever aux gens le droit de vou-

loir et d'assumer leur mort. Il arrive que l'infirmière occupée au chevet d'un malade se rende compte tout à coup qu'il est mort, sans l'avoir vu mourir, sans avoir été avec lui en ce moment ultime. Il ne reste qu'à arrêter les machines, à couper le sérum et l'oxygène... Mais de l'autre côté des tubes et des cadrans, il y avait quelqu'un, quelqu'un qui pouvait se retrouver complètement seul, isolé même de sa propre expérience: est-ce qu'il ne faut pas au malade aller à contre-courant du baume technologique pour reconnaître ce qui est en train de lui arriver? Comme infirmières, à cause des soins perfectionnés que nous administrons, nous nous sentons complètement responsables de l'existence du malade: sa mort est évidemment un échec, quelque chose qu'il aurait fallu éviter et dont nous nous sentons coupables.

C'était autre chose chez les Montagnais. Je me souviens d'une sage-femme que j'ai accompagnée dans sa mort. Il a d'abord fallu décider si elle quitterait le village pour aller se faire hospitaliser. Il était clair pour moi que je n'avais pas sur place les moyens de la sauver.

Cette femme de 75 ans avait mis au monde presque tous les habitants de la réserve; elle était toujours venue aux accouchements que j'avais faits, même qu'un soir que j'assistais une femme en travail, elle s'était endormie de fatigue appuyée sur mon dos tandis que j'étais encore accroupie. Elle ne parlait que le montagnais et portait toujours les vêtements traditionnels de son peuple.

Je lui ai présenté ce que serait l'hôpital; mais les beaux côtés pouvaient-ils la satisfaire? Elle ne pourrait plus manger ce qu'elle mangeait tous les jours; il lui faudrait se déshabiller pour revêtir la jaquette d'hôpital et dormir dans "les beaux draps blancs"; le prêtre de là-bas ne parlerait pas sa langue comme le missionnaire qu'elle connaissait... "Par contre, tout ce que je peux faire, c'est te soulager. Graduellement, tu vas perdre tes forces. Mais tu seras au milieu des tiens: les enfants pourront venir te voir aussi longtemps que toi, tu le souhaiteras; il n'y a pas d'heures de visite ici..."

Dire cela, c'était pourtant aller directement à l'encontre de ce que j'avais ap-

pris. "En principe", j'aurais dû nolisier un avion, la conduire à l'hôpital coûte que coûte, tout faire pour qu'elle meure dans un milieu aseptisé... Je sentais bien, cependant, que ça n'avait pas de sens de l'obliger à passer ses trois dernières semaines là-bas quand elle avait vécu 75 ans dans son village!

En fait, les valeurs qu'on m'avait inculquées à l'hôpital étaient surtout techniques: les techniques modernes allaient sauver l'homme... comme si la longévité était le salut.

Essayons de nous rappeler: il n'y a pas si longtemps, c'était normal de mourir à domicile. A ce moment-là, l'important n'était pas de faire survivre le malade six ou huit heures de plus; ce qui comptait surtout, c'était l'accompagnement, le bien-être qu'il y a pour une personne à se sentir entourée des choses et des gens qu'elle a aimés, le sens qu'il y a à être "chez soi". A l'hôpital, on dira souvent aux parents: "Oui, vous pouvez aller le voir, mais pas trop longtemps! Vous pourriez le fatiguer!" Le fatiguer de quoi?

Surtout qu'à l'hôpital on commence à ne plus très bien savoir quand la personne va mourir, tant la technique "tient en vie": le malade n'a plus de prise sur SA vie; peut-il continuer de vivre au vrai sens du terme? Les sciences humaines m'ont aidée à retrouver le sens et la valeur de l'existence prise en elle-même; elles n'ont fait comprendre que la mort n'est pas un échec ou une catastrophe qui survient après la vie mais qu'elle fait partie de l'existence: il y a moyen de vivre sa mort.

Elisabeth Kübler-Ross

Ce ne sont pas tous les psychologues, cependant, qui parlent de la mort. Cette préoccupation est plutôt le fait d'un certain courant qu'on peut assimiler à ce qu'on a appelé "la troisième force" en psychologie (Maslow, Rogers). Ces auteurs ont compris qu'il est aussi important d'étudier des phénomènes comme l'amour et la mort que les processus de développement. Souvent, les manuels de psychologie donnent l'impression qu'avec la grande adolescence l'individu aurait fini de se développer; comme s'il

ne lui restait qu'à dépérir... L'approche humaniste a commencé de s'intéresser aux événements de l'âge adulte et aux formes de développement caractéristiques de l'âge adulte: les différentes étapes de la vie de l'homme apparaissent alors comme autant de stades d'un processus de croissance de la personne.

Il n'est plus possible d'aborder le sujet de l'accompagnement des malades en phase terminale sans se reporter aux travaux d'Elisabeth Kübler-Ross. Médecin et psychiatre d'origine suisse, c'est à l'Université de Chicago qu'elle fut incitée par un petit groupe d'étudiants en théologie à rencontrer des patients condamnés pour leur demander ce qu'ils vivaient et comment ils estimaient qu'on pouvait le mieux les aider à se préparer à la mort. Contrairement à ce qu'on aurait pu penser au départ, les difficultés ne sont pas venues des malades eux-mêmes, qui étaient généralement très heureux de pouvoir enfin rencontrer un interlocuteur attentif et bienveillant, devant qui il n'était plus nécessaire de feindre l'ignorance ou de porter un masque; l'opposition la plus forte vint surtout du corps médical: à cette époque (à l'automne 1965), on était persuadé qu'il ne fallait pas trop en dire au patient, qu'il fallait ménager les grands malades "au cas où ils ne pourraient pas supporter la nouvelle"; on voit mieux, aujourd'hui, combien il est facile pour le personnel soignant de projeter ses propres angoisses sur la personne qu'on sait condamnée. C'est à la suite d'une première série de deux cents entretiens que le Docteur Kübler-Ross publiait *On Death and Dying* (1), "ce que les mourants ont à apprendre aux médecins, aux infirmières, aux aumôniers et aux membres de leurs propres familles". A partir de ses propres observations et du contenu des rencontres avec les malades et avec ses étudiants, elle en arrivait à distinguer cinq étapes, cinq phases que traversent généralement les malades à partir du moment où ils apprennent qu'ils sont condamnés.

Cinq étapes

La première étape, c'est celle de la dénégation, du refus et de l'isolement. Si on s'habitue à regarder toute cette période de préparation à la mort comme une possibilité de croissance, cette attitude de déni m'apparaît très saine. Une résignation immédiate, sans révolte et sans douleur, m'amènerait à me demander quelle sorte d'ennui peut inspirer autant de détachement. "La vie était-elle donc si morne?" D'autant que personne ne se sent "équipé" pour affronter cet

inconnu. Nous ne mourons qu'une fois; et même des personnes qui ont été ranimées à l'aide du "ressuscitateur", je doute qu'on puisse dire qu'elles soient mortes. On n'est jamais prêt. Le premier réflexe c'est toujours de dire: "Ça ne peut pas m'arriver à moi". Suit une période de retrait. On a besoin de jongler, de faire un peu le point.

P. était allée consulter un gynécologue parce qu'elle avait des hémorragies. "Depuis combien de temps avez-vous cette bosse?" lui demande le médecin. "J'ai toujours eu un gros ventre", répond-elle. (On voit que la dénégation peut être subtile). Quelques jours plus tard, on l'opérait: elle avait des métastases au foie, on lui donnait six mois. En une semaine, elle a dû réorganiser complètement son univers: son travail, ses rapports avec ses amis et sa famille, sa façon d'utiliser son temps... "Je ne verrai pas le prochain printemps", avouait-elle. C'est au niveau du quotidien que la rupture se fait pressentir; mais le bouleversement lui semblait d'autant plus irréel qu'elle ne souffrait pas et qu'elle ne se sentait pas particulièrement affaiblie.

Le deuxième stade observé par Kübler-Ross entraîne la colère, l'irritation, on oserait dire la hargne. "Ce n'est pas juste, me disait P. Moi, j'aime la vie, je mords à l'existence, je n'ai jamais accepté de m'ennuyer; il y en a tant qui ne semblent rien attendre d'autre que la fin et il faut que cela m'arrive à moi".

La difficulté, c'est qu'il arrive souvent que ce sentiment de colère soit projeté sur l'entourage. Voilà encore un point capital où, comme infirmières, nous ne sommes pas préparées: il nous faudrait de "bons patients", doux et dociles. Avec quelques notions de psychologie, j'aurais beaucoup moins souffert des réactions de mes malades; et d'autre part, les malades eux-mêmes se reprochent leur impatience, d'autant plus qu'ils sentent qu'on ne les comprend pas. A l'hôpital, il n'y a pas moyen pour les malades de donner libre cours à cette révolte; le personnel soignant n'est souvent pas armé pour encaisser leur agressivité et faire un bout de chemin avec eux: accompagner, ce n'est que ça. Même chose pour la famille: "il n'est pas endurable, on ne le reconnaît pas!" On attribue cela à la maladie sans essayer de comprendre ce que vit le malade.

Troisième stade: le marchandage. Si je suis docile, peut-être que je vais gagner du temps. Cette négociation peut porter sur la thérapie: si je suis fidèlement les prescriptions du médecin, si je me sou mets exactement au traitement qu'on me propose, j'aurai peut-être

1. Publié en 1969, l'ouvrage a été traduit en français par Cosette Jubert et Etienne de Peyer: *Les derniers instants de la vie*, Ed. Labor et Fides, Genève, 1975. Chez le même éditeur, on trouve également les *Questions et réponses sur "Les derniers instants de la vie"*; enfin, les éditions Québec/Amérique ont publié la traduction française d'un recueil d'articles et de témoignages, dont l'un de Kübler-Ross, sous le titre: *La mort, dernière étape de la croissance*.

trois mois de sursis. Le traitement polarise tout l'espoir, il n'y a plus d'espace pour qu'on envisage autre chose (en laissant tomber ce traitement, je pourrais employer dix semaines à mon gré): la maladie prend toute la place. Chez une personne religieuse, on devine que la négociation se fera naturellement avec Dieu: si je me conduis bien, si je fais tel sacrifice, etc.

Suit une période dépression. Kübler-Ross distingue deux formes de prostration qui se présentent à ce stade, ce qu'elle appelle la dépression de réaction et la dépression de préparation. La première naît de l'expérience du dépouillement qui s'impose au malade: les forces lui manquent, il ne se sent plus utile, il est atteint dans son aspect physique, les problèmes financiers causent des privations... Tous les gestes se font plus lents: quitter le lit devient l'activité de la journée. Anne Philippe a décrit ce vieillissement foudroyant, l'héroïsme du moindre geste, le ralentissement de chaque réaction. (2)

Ce qui distingue le second type de dépression, c'est qu'il n'est plus tourné vers ce qui a déjà été subi, mais qu'il se retourne vers ce qui s'en vient, un instrument de préparation à perdre tous les objets aimés, un instrument pour faciliter le passage à l'acceptation". On parle en ce sens de *Chagrin préparatoire*.

Le malade est sur le point de perdre tout ce qu'il aime et tous ceux qu'il aime. Si on lui donne l'occasion d'exprimer sa tristesse, il trouvera beaucoup plus facilement l'acceptation finale et il sera reconnaissant à ceux qui ont su rester à son chevet pendant cette étape de la dépression sans lui dire continuellement qu'il ne devrait pas être triste...(3)

Le cinquième stade, c'est celui de l'acceptation. Je me rappelle une femme qui est morte devant moi, en quelques heures, d'un anévrisme rupturé. Et il est arrivé que j'aie dû lui expliquer ce qui se passait.

"Est-ce que je suis en train de mourir?", m'avait-elle demandé.

— "Je pense que oui". Elle tenait à ce que je reste auprès d'elle.

— "Comment cela va-t-il se passer?"

— "Je ne sais pas au juste, mais une chose m'a toujours frappé: c'est que ça a toujours été beaucoup plus simple que tout ce que j'avais pu imaginer." Les dernières heures, après que la crise s'apaise, sont beaucoup plus simples

qu'on ne le croit. Comme une aube... ou comme un coucher de soleil: l'acceptation suscite comme un état de repos.

Comme le fait remarquer Kübler-Ross, il ne faut pas penser que ces stades s'enchaînent avec une rigueur mécanique: des retours sont possibles. On n'atteint pas l'acceptation une fois pour toutes. Cela peut dépendre pour une part de l'entourage et de l'environnement, mais aussi de l'évolution de la maladie: il y a des périodes de rémission qui peuvent rappeler l'attitude de déni des tous débuts et des rechutes qui provoquent la dépression.

Accompagner

Plus l'entourage deviendra compétent, capable d'accompagner les malades, plus ceux-ci seront susceptibles de demeurer *vivants* (et non pas simplement *survivants*) jusqu'à la fin.

Etre vivant, être capable de réagir, d'exprimer ses émotions, de donner un sens à son existence, de faire ce qui pour soi est important, de voir les gens qu'on aime quand et autant qu'on le veut, d'avoir autour de soi les objets, les petits animaux, qui comptent pour soi. Pouvoir continuer de penser, d'aimer, de réagir à autre chose qu'à la maladie, mais aussi d'exprimer ses réactions à la maladie. En un mot avoir la possibilité de vivre ce qu'on découvre en soi et de le communiquer à d'autres si on le désire.

Au contraire, si on organise l'environnement pour discipliner le patient, il n'a plus le droit d'avoir peur, de pleurer, de crier son désespoir... On dira peut-être: qu'est-ce que ça change, au fond? Il y va ici de la valeur qu'on reconnaît à la personne. Face à un être humain, je n'ai pas à poser à l'expert pour lui dicter ce qu'il doit vivre. Je préfère laisser émerger ce qu'il est, lui, l'expert irremplaçable sur ce qu'il est: c'est à lui de choisir. Qu'on crée un environnement qui lui permette de faire des choix.

Mais ce qui rend difficile cette attitude d'ouverture, c'est qu'on est soi-même prisonnier de ses propres réactions émotives: il ne nous reste plus de disponibilité pour accompagner l'autre. Trop impliqué, on fait son deuil. Ou alors on se replie sur la défensive: on fait comme si rien ne nous touchait. Alors qu'il n'est pas toujours nécessaire de censurer ses émotions. Si mes parents sont en train de mourir, ils peuvent s'attendre à me voir pleurer: il n'y a rien là d'anormal... Songeons combien il doit être horrible pour quelqu'un de mourir sans trouver autour de lui personne qui s'en attriste. La peur que nous ressentons, elle, n'a pas à être partagée. Ce

qui est surtout important, c'est d'établir avec le patient une relation qui lui permette de grandir, d'avancer sur le chemin où il se trouve engagé.

Carl Rogers pose trois conditions pour que la relation avec l'autre soit telle qu'il puisse évoluer: la congruence, la compréhension empathique et la considération positive et inconditionnelle de l'autre. La sympathie, on le voit, ne suffit pas. Très souvent, nous sommes disposés à accueillir l'autre et nous entrons facilement dans ce qu'il éprouve, mais nous ne distinguons plus ce que lui ressent et vit vraiment de ce que nous-mêmes éprouvons comme sentiments; la congruence, c'est précisément cette conscience de ce que je ressens (peine, colère, crainte...) et des répercussions de ces sentiments dans ma relation à l'autre: il s'agit de passer à travers ses émotions pour rejoindre ce que l'autre vit. Et non de feindre d'autres sentiments: en ce sens, la congruence est l'opposé de la façade.

Face au mystère

Enfin, je tiens à ajouter que le fait d'être associé à la mort d'une personne peut être une occasion de croissance personnelle. Pour moi, il y a surtout là un approvisionnement de la solitude, et aussi une acceptation approfondie de l'existence: plus j'apprends cette acceptation, plus je deviens active (non pas activiste), plus je suis en mesure de donner de moi-même à ce qui est vraiment important.

Pour moi, c'est au moment où la personne vient de passer que je me trouve en face du mystère, de façon absolue. Comme si la terre cessait. Je me sens acculée à une frontière où aucun autre type d'événements ne m'a jamais conduite: je crie mon refus, ou alors, c'est autre chose... que je ne puis nommer autrement que l'acceptation de la solitude radicale.

Je n'arrive pas à accepter qu'il n'y ait plus de relation. C'est comme si je leur en voulais de ne plus être là: ils sont encore présents dans ma vie. Certains jours, je leur reproche de m'envahir, d'autres jours, au contraire, ils sont là comme quelque chose qu'on accueille, presque une bénédiction, une action de grâce.

Les mourants sont appelés à une plénitude. Mais ils ne peuvent y arriver si on ne leur donne pas des conditions de vie et un type d'accompagnement qui les aident à *devenir*; et alors tout l'entourage se prive de ce que cet être irremplaçable avait à vivre et à exprimer.

2. Anne Philippe, *Le temps d'un soupir* (Paris, 1969).

3. *Les derniers instants de la vie*, p. 97.

LES CLINIQUES D'AVORTEMENT

s'impliquer pour éduquer

par Guy Durand*

Il suffit de jeter un coup d'oeil sur le courrier des lecteurs des grands quotidiens pour mesurer jusqu'à quel point le problème de l'avortement divise ici l'opinion. Face à ce débat, face aux drames personnels qu'il risque de rejeter au second plan, plusieurs chrétiens se sentent déchirés. Répugnant à une intransigeance où ils ne peuvent reconnaître le souci véritable de l'autre, ils ne veulent pas non plus d'une permissivité qui sent l'indifférence et la facilité. Quoi faire, puisque les cliniques d'avortement sont maintenant en place?

Dans le débat toujours actuel sur l'avortement, la décision du Ministère des Affaires sociales du Québec de mettre sur pied un réseau de cliniques de planification familiale (offrant la gamme complète des services médicaux et sociaux reliés à la planification des naissances, y compris l'avortement thérapeutique) marque un point tournant. Le Québec s'inscrit dans la ronde des avortements. Certes il s'y faisait déjà des avortements dans les hôpitaux, mais voici, si on peut dire, le "premier geste" du gouvernement du Québec.

Par la voix du cardinal Roy, l'évêque du Québec a déjà réagi. En résumé, il a dit "oui" aux cliniques de planification des naissances (parce qu'elles correspondent à un besoin), mais "non" à des cliniques qui incluent les services d'avortement thérapeutique (parce que l'avortement n'est pas un moyen comme les autres). Par delà ce qui est exprimé, on peut déceler deux attitudes possibles de l'épiscopat: soit qu'il dénonce la légalisation de l'avortement thérapeutique, soit qu'il s'oppose simplement à des cli-

niques qui offrent en même temps les services de contraception et d'avortement. L'avortement n'étant pas "un moyen parmi tant d'autres de planifier les naissances", il faudrait éviter toute ambiguïté institutionnelle. On peut comprendre, par ailleurs, que l'épiscopat craigne un élargissement subreptice de la notion d'"avortement thérapeutique".

Ce débat offre l'occasion de faire le point sur la situation et de s'interroger sur la meilleure attitude à prendre face à l'avortement.

Socialement l'alternative semble devenue la suivante. Faut-il continuer de nous opposer à l'avortement ou composer avec lui? Faut-il continuer de nous opposer à toute libéralisation de la loi, continuer de faire obstruction à l'application de la loi, créer des services pour

les seules femmes qui veulent poursuivre leur grossesse ou, au contraire, faut-il favoriser des structures permissives mais respectueuses de la liberté des femmes, nous impliquer dans des structures certes ambiguës mais susceptibles d'éduquer les gens et de diminuer dans les faits les avortements? Certes l'avortement est un mal: il faut le crier. Mais où est le moindre mal? Où est le plus grand bien dans les circonstances concrètes où nous vivons?

L'hypothèse que je présente à la réflexion des chrétiens et des pasteurs est celle-ci: plutôt que de s'opposer à l'application de la loi, ne vaudrait-il pas mieux s'impliquer dans des structures permissives afin d'essayer de diminuer la demande et le besoin d'avortements?

Hypothèse: s'engager dans des structures permissives

La loi existe depuis dix ans. Le nombre d'avortements dits thérapeutiques n'a fait qu'augmenter au Canada. Il est plus grand dans les provinces anglophones qu'au Québec. Au Québec même, il existe une disproportion inquiétante entre les hôpitaux anglophones et les hôpitaux francophones (de tradition catholique). La pression de divers mouvements, comme le Front commun pour le respect de la vie, a probablement contribué à empêcher un élargissement de la loi. Mais la progression des avortements continue. Rien ne peut empêcher certains médecins de passer n'importe quoi sous le couvert d'"avortement thérapeutique". Personne ne peut (ni ne veut) empêcher la mise au point et la commercialisation de nouveaux médicaments ou de nouvelles techniques abortives d'utilisation super-facile, par la femme elle-même. Rien ne peut empêcher les Canadiennes d'aller se faire avorter aux États-Unis. Et surtout, à vue humaine, rien ne peut contrer le courant individualiste et libertaire qui marque

notre civilisation. Les lois seront de plus en plus inefficaces à imposer un comportement aux gens. La seule ressource reste l'éducation, et l'auto-éducation.

Devant ces faits, je suis porté à penser que la communauté chrétienne devrait changer d'attitude et s'efforcer de composer avec des structures permissives et ambiguës:

- pour éviter un plus grand mal: l'attitude actuelle n'a pas pu empêcher la ronde infernale;
- par souci éducatif: pour aider les gens, il faut être là où ils vont dire leur détresse;
- pour témoigner aussi de certaines valeurs évangéliques qui sont souvent absentes du discours chrétien sur l'avortement: le respect de la liberté, le respect des consciences, la miséricorde face à la détresse.

A mon avis, si la communauté chrétienne mettait davantage la main à la pâte, si elle avait une attitude moins in-

* L'auteur est professeur d'éthique à la Faculté de théologie de l'Université de Montréal. Il a discuté de ce sujet avec des collègues et des amies. Certains l'ont encouragé à publier ce texte.

transigeante, si elle avait une action plus accueillante, elle serait plus écoutée dans le débat actuel, elle aurait plus d'influence. En étant trop rigide, l'Eglise devient suspecte: sa parole ne retient plus l'attention d'une bonne partie de la population, ne suscite plus la réflexion.

des cliniques intégrées

On peut trouver plus sain qu'il existe des cliniques séparées: les unes pour offrir des services de planning, les autres pour aider les femmes voulant avorter. Vraisemblablement les femmes qui ne veulent pas continuer leur grossesse recourront à ces dernières; on ne leur fera pas d'histoires, on les avortera sous le couvert "d'avortement thérapeutique". Il ne se fera là rien d'éducatif. Aucune action positive. Mais nous aurons les mains propres, la conscience en paix; et nous pourrions favoriser les cliniques de planning et éventuellement y travailler (comme si le planning familial ne posait pas lui-même d'ailleurs des questions éthiques).

Mon hypothèse est qu'il existe plusieurs femmes qui, après un moment de désespoir lorsqu'elles découvrent qu'elles sont enceintes, accepteraient de garder leur enfant si elles étaient convenablement aidées, écoutées, comprises. Au Danemark, en 1970, quatre-vingts pour cent des femmes à qui le Comité officiel a refusé un avortement ont décidé de poursuivre leur grossesse. Je pense qu'il y a encore plus de femmes qui, si elles recevaient un accueil convenable et étaient informées sur le "planning" familial lors d'un premier avortement, n'auraient plus besoin de recourir de nouveau à l'avortement. Les statistiques sont assez éloquentes sur le nombre de femmes qui se font avorter 3 ou 4 fois.

Pour atteindre ce résultat, il faut des cliniques intégrées de planification familiale et d'avortement. Une femme, désespérée par l'annonce de sa grossesse, ne va pas spontanément à une clinique qui refuse a priori de considérer l'avortement ou de le pratiquer. Elle va frapper à un endroit où on accepte d'envisager cette solution. C'est là que la femme a besoin d'être reçue, entendue, aidée. S'il n'y a dans ces cliniques que des gens qui pensent que l'avortement est un moyen contraceptif comme un autre et que les professionnels n'ont qu'à "répondre à la demande", on aura avortement par-dessus avortement. Si, au contraire, oeuvrent dans ces cliniques des gens qui prennent au sérieux la vie foetale et la détresse de la mère, l'attitude et la politique des centres seront tout autres. Bien sûr qu'on tiendra compte de la liberté de la femme

Personnellement, je pense que la coercition est contraire à la morale. Je ne voudrais en aucune façon imposer une morale. Ni par la coercition, ni par la force de la loi, ni par l'obstruction. Je ne veux témoigner que par la force de ma conviction intérieure.

(dans le cadre de la loi) mais combien aussi on essaiera de l'aider à voir clair en elle, à considérer les implications de l'avortement, à envisager les autres solutions possibles à sa situation, à prévoir les voies d'avenir.

On peut bien crier au paternalisme! Mais pourquoi ne penserions-nous pas que cette attitude relève de la fraternité humaine? Entraide mutuelle pour aider à être libre. Combien de femmes recourent à l'avortement sans être vraiment libres: elles sont désespérées, elles ne voient pas d'autres solutions acceptables

les hôpitaux "catholiques"

Si la communauté (notamment la communauté chrétienne) doit s'impliquer, comme je viens de l'expliquer, cela exige que les hôpitaux, voire les hôpitaux "catholiques", fassent leur part. La réticence des hôpitaux "catholiques" à accepter que des avortements soient pratiqués dans leurs murs, avec leur matériel médical, bref avec leur complicité, est compréhensible. Mais cette attitude ne doit-elle pas justement changer?

- 1) d'abord pour tenir compte de l'objectif expliqué précédemment. Si on veut qu'il y ait des cliniques qui acceptent d'offrir l'avortement, il faut bien que des institutions les organisent. Or les hôpitaux ont déjà tout le matériel nécessaire et souvent les structures d'aide psychologique et sociale. En cas de complication médicale, n'est-ce pas aussi le meilleur endroit pour la femme?
- 2) Dans le débat public en cours, il est important que les hôpitaux "catholiques" soient partie prenante. Or ils ne le seront pas s'ils continuent de se cantonner dans leur intransigeance. Dans la politique québécoise qui s'instaure — et qui semble devoir s'instaurer de toute façon — si les hôpitaux "catholiques" ne s'impliquent pas, il y a tout lieu de prévoir que l'Etat créera de toute pièce des cliniques, hors des centres hospitaliers, avec risque de moins bons services pour les femmes et risque que la politique de ces centres soit des plus libérales. Déjà la fédération des C.L.S.C. demande de mettre sur pied ces cliniques d'avortement.

- 3) Enfin, il y a quand même une loi, la loi fédérale. Même si la référence qu'y fait le premier ministre du Québec dans sa réponse au cardinal Roy fait sourire, cette loi établit pour les citoyennes un droit légal. Or il est très gênant socialement que des institutions publiques fassent obstacle à l'exercice d'un droit légal. La situation actuelle équivaut pratiquement à une obstruction.

les médecins catholiques

Nombre de médecins catholiques ont la conscience tiraillée. Ils sont pris dans un dilemme terrible: respect de la vie foetale, respect de la liberté de la femme. Où est le moindre mal?

Dans la logique de ce qui précède, il semble que des médecins catholiques pourraient — et même devraient — faire partie des comités d'avortement thérapeutique. S'ils refusent tous, à la limite, il y aura très peu de cliniques sur le territoire. Mais plus importante est la composition même des comités: et si tous les gens qui respectent la vie foetale refusent d'y participer, combien en restera-t-il qui auront le souci éducatif dont j'ai parlé précédemment?

Au point de vue conscience, le médecin qui autorise un avortement (i.e. qui déclare que la demande de telle femme est conforme à la loi) n'est pas plus mal pris que le député qui vote une loi contraire à sa morale personnelle ou à la morale de son Eglise, ou que le juge qui déclare un divorce, ou que le protonotaire qui célèbre le mariage civil d'un catholique divorcé.

Faisons un pas de plus. Bien des médecins catholiques, qui refusent en conscience de faire des avortements, acceptent de "donner une adresse" à une femme qui s'adresse à eux et qu'ils n'ont pu dissuader. Mieux vaut qu'elle recoure à un médecin qualifié, pensent-ils, que de se mettre dans les mains d'un charlatan. Il y a là une sorte de complicité, et pourtant, plusieurs sentent bien qu'il y a là aussi une exigence de l'éthique: dans les situations impossibles, il reste à choisir le moindre mal. Les évêques catholiques des pays nordiques (Suède, Danemark, Norvège) ont conseillé explicitement cette attitude aux médecins.

Mais si un médecin catholique peut moralement indiquer à une femme l'adresse d'un avorteur, pourquoi ne pourrait-il pas lui-même faire un avortement dans certains cas? Au plan moral, n'y a-t-il pas même responsabilité à faire l'acte qu'à y aider? Je ne dis aucunement qu'un médecin *doit* faire un avortement, encore moins qu'il doit faire *n'importe quel* avortement qui lui est demandé: le médecin n'est pas un automate, un distributeur de soins, il n'est pas là simplement pour "répondre à la demande". Il reste toujours responsable de ses actes! Mais je pense qu'un médecin catholique pourrait, en conscience, faire certains avortement permis par la loi, dans l'esprit que j'ai évoqué précédemment. Et s'il travaille dans une clinique de planification des naissances, il ne peut pas toujours référer les "tâches odieuses" à ses collègues.

une loi plus libérale

Si l'on veut vraiment aider les femmes dans le besoin, il faut que le comité d'avortement thérapeutique ne soit pas composé de seuls médecins. Les besoins de la femme sont le plus souvent autres que strictement médicaux. Besoins d'ordre psychologique, notamment, et besoins d'ordre socio-économique. Un psychologue, un travailleur social, un infirmier sont alors souvent les mieux indiqués pour l'aider; et davantage encore une psychologue, une infirmière, etc.

Pour ce faire il faudrait que la loi admette des motifs d'avortement d'ordre psychologique et socio-économique. En effet, si la loi ne légitime que les avortements *thérapeutiques*, seuls des médecins peuvent en juger. Il en va différemment si la loi admet explicitement d'autres motifs. Demander une loi plus libérale sonne bien mal dans la bouche d'un croyant; et pourtant, n'est-ce pas requis par les objectifs poursuivis?

De toute façon, rien n'empêche l'actuel comité d'avortement thérapeutique de travailler avec psychologues, travailleuses sociales et infirmières. Le délai pour la prise de décision éventuelle d'avorter risque d'être allongé; mais si chacun y met du sien, cela peut se faire quand même assez vite.

des structures éducatives

Il ne s'agit pas d'ailleurs de demander sans plus une loi plus libérale et des cliniques plus nombreuses. On ne serait

pas cohérent avec soi-même si on en restait là. Il faut demander en même temps une loi *plus éducative* et des structures positives. Si le législateur n'a pas à promouvoir une morale, il n'a pas non plus à s'en remettre à la seule liberté des gens, ni à la seule légitimité de l'opinion publique. L'Etat est gardien d'une civilisation et protecteur des valeurs qui lui servent d'assises. Les lois ont un rôle éducateur à jouer: elles doivent favoriser autre chose que l'automatisme des comportements.

Quelques considérations propres à justifier l'hypothèse précédente

La position exposée précédemment ressortit au domaine social ou, pour le chrétien, au domaine pastoral. Elle implique cependant des options éthiques nombreuses et complexes. Ce n'est pas le lieu de les développer: il convient cependant d'en signaler les principales. (1)

1. Au plan éthique, il me semble évident que le fœtus (et l'oeuf humain) exige respect et protection. Dès la fécondation il y a un être humain en devenir. Dès le premier instant, le développement de l'être est déjà inscrit pour une bonne part dans le code génétique. Pour le besoin de cet article et dans la perspective envisagée, cela suffit. On n'a pas besoin de se demander si ce respect doit être absolu ou s'il admet quelque exception, si rarissime soit-elle. Le fœtus n'est pas une simple excroissance de la mère.

2. Si je suis cohérent, je dois donc travailler à faire connaître et vivre ces valeurs. Le problème est de savoir "comment", "par quel moyen". Des moyens d'ordre éducatif ou des moyens d'ordre coercitif. Personnellement, je pense que la coercition est contraire à la morale. La moralité ne réside pas dans le comportement extérieur; elle émerge d'une conviction intérieure. Ma responsabilité de chrétien, je la prends donc en m'éduquant moi-même au respect de la vie foetale, en éduquant mes enfants en ce sens, en donnant mon opinion dans des conversations courantes, en travaillant à aider les femmes à s'aimer, à aimer leur dynamisme biologique, à conduire à terme le fruit de leurs entrailles. Mais je ne voudrais en aucune façon *imposer* ma morale. Ni par la coercition, ni par la force de la loi, ni par

Une loi sur l'avortement ne doit pas *favoriser* les avortements, mais, tout en les permettant, créer les conditions qui permettent à chaque femme d'accueillir la vie avec joie et liberté. De même les cliniques de planification familiale ne doivent pas se contenter de répondre à la demande d'avortement ou à la demande d'informations dites scientifiques sur les moyens de contraception; elles doivent avoir une action positive en faveur de l'accueil de la vie. Et cela doit être inscrit parmi leurs objectifs.

l'obstruction (absence de services sociaux et médicaux). Je ne veux témoigner que par la force de ma conviction intérieure.

3. L'Evangile favorise une telle conception de l'éducation morale et de l'action sociale. Il est plein d'appels à la liberté. Jésus n'a pas forcé le "jeune homme riche" à le suivre. Il l'a invité... Il fut attristé de son refus, mais il a respecté sa liberté. De même, Jésus n'a pas empêché Judas de le trahir. Il ne l'a même pas dénoncé aux autres disciples pour qu'ils l'enferment et, qui sait, "le lynchent". Non, il l'a laissé à sa liberté, à sa responsabilité, en l'invitant même à cette sincérité personnelle.

Il y a chez certains chrétiens une sorte de complexe des "mains propres". Ne voulant pas être complices du mal, il se drapent d'intransigeance et refusent de s'impliquer dans le monde concret. Ils refusent de se salir les mains. Un peu comme les femmes respectables du temps de saint Vincent de Paul refusaient de s'occuper des enfants nés hors mariage sous prétexte qu'ils étaient des "enfants du péché". Cette attitude — parfois courageuse — donne bonne conscience, mais elle passe à côté du monde réel et elle marginalise. Bien sûr que si l'on demandait une loi plus large, si l'on changeait de politique dans les hôpitaux catholiques, si l'on travaillait dans un comité d'aide aux femmes enceintes ou dans un comité d'avortement thérapeutique... l'on serait "complice du mal" parfois. Mais songe-t-on aussi à tout le mal qu'on pourrait empêcher, à tout le bien qu'on pourrait faire: aider une personne en détresse, l'amener parfois à poursuivre sa grossesse, prévenir de nouvelles grossesses indésirées. Au nom même du respect de la vie, au nom de l'Evangile.

(1) Ces questions sont traitées plus longuement dans un livre qui paraîtra bientôt chez Leméac, intitulé *Quelle vie?*

le chrétien n'a-t-il pas à s'impliquer concrètement dans la vie, à se "salir les mains"?

4. Il y a une différence entre l'éthique et la loi, entre le moral et le légal. La loi peut être plus large, plus libérale, que ne l'est la morale. C'est là un enseignement de la Tradition chrétienne. Déjà saint Augustin au Ve siècle et saint Thomas au XIIIe siècle disaient qu'il convenait de tolérer légalement la prostitution, même s'ils considéraient celle-ci comme immorale. Plus près de nous, en 1966, dans un document sur la contraception, les évêques du Canada ont largement expliqué cette distinction: j'en retiens trois principes qui me semblent s'appliquer à la situation actuelle.

- On ne doit rendre illégaux que les actes qui contreviennent gravement et directement au bien commun;
- il faudrait que la loi soit applicable dans la pratique: "il est préjudiciable au bien commun d'édicter une ou des lois dont l'application est pratiquement impossible";
- la loi ne doit pas risquer d'engendrer des maux plus grands encore que ceux qu'elle entend supprimer.

La discussion sur la "légalisation" ne doit donc pas se référer tant à la moralité de l'acte qu'à ses implications sur le bien général. C'est la perspective que j'ai adoptée.

Bien sûr qu'il y a là un risque: risque d'une "civilisation abortive", risque d'une civilisation qui, n'accordant pas de valeur aux premières étapes de la vie humaine, n'en accorde pas non plus à d'autres. Bien des gens arrivent à penser que ce qui est admis par la loi est moral. Cependant, ce risque peut être diminué si on retient l'ensemble de la perspective décrite dans cet article: j'ai parlé d'objectifs éducatifs, de mécanismes qui impliquent que la vie foetale est importante, de structures qui favorisent la diminution des avortements.

En s'impliquant, les chrétiens peuvent être assez forts pour travailler à la réalisation de ces objectifs dans le concret de la vie. Notons que je n'ai pas parlé d'"avortement sur demande" parce que je pense qu'une telle politique rendrait très difficile sinon impossible la réalisation de la perspective éducative ici décrite.

Conclusion

Au début de cet article, j'ai parlé d'hypothèse. Je reviens sur ce mot, car il exprime bien mon état d'esprit. Malgré ma conviction, plusieurs questions continuent de se poser. Je voudrais en signaler deux.

- est-il réaliste de penser que certaines femmes, si elles sont convenablement aidées, pourront prendre la décision de poursuivre leur grossesse? Si ce ne l'est pas, ma position perd-elle pour autant toute justification?
- ai-je exagéré en affirmant qu'"il ne faut pas chercher à imposer sa morale par la force de la loi"? Ai-je traité avec assez de nuances la distinction existant entre le légal et le moral? Dans d'autres secteurs, j'admets pourtant la justesse de lois coercitives, par exemple concernant le vol, le viol, l'euthanasie.

Finalement je pense qu'il n'y a pas ici d'absolu. Il faut chercher dans chaque situation la meilleure solution possible, le meilleur aménagement social et légal possible. Nos choix dépendent souvent d'une sorte de pari.

le mouvement des hospices modernes

par Emilien Messier

Les malades en phase terminale ont droit à un environnement capable de les aider à assumer la dernière étape de leur vie. Au moment où nous voyons nos hôpitaux refouler trop de "chroniques" et de mourants, il vaut la peine de regarder ce que d'autres ont déjà inventé: une nouvelle qualité d'"hospitalité". Emilien Messier, jésuite, est aumônier à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal.

La mise sur pied d'un département spécialisé de ce type se situe dans le prolongement de l'expérimentation menée depuis 1967 à l'Hospice St. Christopher de Londres, véritable point de départ d'un mouvement qui est en train de se généraliser à l'échelle mondiale. Les promoteurs anglais et canadien, les doc-

teurs Cecily Saunders et Balfour Mount, sont aujourd'hui demandés de toutes parts comme consultants, aussi bien en Europe qu'aux Etats-Unis et jusqu'en Australie.

En octobre 1976, l'Hôpital Royal Victoria publiait son premier rapport sur une expérience pilote destinée à révolutionner le traitement de très grands malades: l'unité de soins palliatifs pour les malades terminaux. A cette occasion, on convoquait à Montréal un premier colloque international pour examiner "l'art de prodiguer des soins palliatifs aux mourants". Cette rencontre devait faire époque dans le monde hospitalier.

L'expansion aux Etats-Unis

Pour comprendre la nature et l'importance du mouvement, on se reportera d'abord au rapport du Royal Victoria(1).

Ensuite, deux ouvrages publiés récemment aux Etats-Unis reprennent en détails l'histoire du mouvement et permettent d'en mesurer l'ampleur. Le premier, écrit par Parker Rossman, s'intitule *Hospice. Creating New Models of Care for the Terminally Ill* (New-York, 1977). En introduction, le docteur D. Pellegrino, professeur de médecine à l'Université Yale, présente le livre comme un "vademecum indispensable à toute personne intéressée à la fondation d'un hospice" (p.8). Sandol Stoddard est l'auteur du deuxième ouvrage, qui en est déjà cette année à son troisième tirage: il s'agit d'une étude encore plus fouillée: *The Hospice Movement. A Better Way of Caring for the Dying* (New-York, 1978).

1. Rapport, oct. 1976. Projet Pilote pour 1975. Janvier 1977, Univ. McGill, Montréal.

Tout récemment, les cinq et six octobre dernier, un premier congrès national d'organisation du mouvement "Hospice" se tenait à Washington, D.C. Le thème: "L'avènement des hospices en Amérique du Nord (The coming of Age of the Hospice movement in North America)". Cette réunion coïncidait avec la tenue au même endroit du cinquième symposium national portant sur le même sujet. Dans sa livraison d'août 1978, le bulletin de nouvelles de l'organisation nationale, publié à New Haven, précisait le programme de ce congrès: "toutes les phases du concept hospice nées en Angleterre et maintenant répandues aux États-Unis formeront le sujet d'études et de rapports présentés par des spécialistes impliqués directement dans ce mouvement humanitaire — mouvement toutefois encore à sa période de formation". (2) Le magazine *Time* du 5 juin 1978, (p.58) annonçait l'événement en rappelant qu'au cours des dernières années plus de 130 groupes avaient été mis sur pied et qu'une vingtaine d'institutions accréditées par l'organisation offraient ce type de services. D'autre part, Sandol Stoddard fait état de l'espèce d'engouement qui déferle sur le pays: "la formation de groupements se répand plus vite que ne peuvent l'établir les derniers livres sur le sujet... Au cours des deux derniers mois précédant une statistique établie en avril 1977, vingt nouveaux groupes s'étaient joints à la cinquantaine déjà existants... On comptait plus de vingt groupes en formation dans le seul état de la Californie". (3)

Une publicité intense et la diffusion des études de Kübler-Ross engendraient un enfièvrement qu'il faudra peut-être apaiser (ou contenir) pour ne pas risquer de compromettre un mouvement très exigeant pour tous les membres de l'équipe multidisciplinaire, si l'on veut conserver le niveau d'excellence que propose le modèle de St. Christopher de Londres. Stoddard le signale bien à propos:

"Une sérieuse recherche, une formation adéquate, une assise financière solide puisée à diverses sources et le développement graduel d'un sens de l'esprit d'équipe au sein de l'équipe (le terme anglais est encore plus expressif: a sense of community-within-community) sont les pré-requis indispensables pour le développement de cette forme d'hospitalité toute nouvelle, et pourtant très ancienne." (4)

Hospitalité, Hospice, voilà les mots-clés caractéristiques d'un mouvement qui puise ses origines lointaines dans les premiers hôpitaux d'inspiration chrétienne. Ils apparaissent en Orient dès le quatrième siècle avec Saint-Basile, à

Césarée de Cappadoce exactement en 372, puis en Occident à Rome même avec le Nosokomium rendu célèbre par le roman *Fabiola*. (5) La fondation des ordres mendiants devait également susciter l'établissement de vastes hôpitaux. Certaines de ces institutions ont défié les siècles mais elles se sont diversifiées en une double série d'institutions: les hôpitaux du genre de l'hôtel-Dieu et les hospices. (6)

Le mouvement en Angleterre

À l'origine, le mouvement de l'hospice moderne, dans sa formule perfectionnée à St. Christopher de Londres, devait répondre aux conceptions de la fondatrice des Soeurs irlandaises de la Charité, la mère Marie Aikenhead; c'est ce que rappelle le docteur Richard Lamerton de l'hospice catholique St. Joseph de Londres. (7) La célèbre religieuse avait établi un parallèle entre les centres d'hospitalité construits au moyen âge à l'intention des pèlerins en route pour la Terre Sainte et ses fondations contemporaines destinées à recueillir les mourants parvenus à la dernière étape de leur pèlerinage terrestre, en transit vers la patrie céleste. Ce rappel historique est nécessaire pour comprendre la dimension religieuse de l'hospice moderne. L'esprit oecuménique actuel et la liberté de conscience entière s'accommodent de toutes les adaptations que suscite également le mouvement des nouveaux hospices. De fait, le terme "Home", pas du tout péjoratif en Angleterre, s'applique à d'autres institutions auxquelles on donne par analogie le titre d'hospice dans le mouvement anglais et américain. Telles seront les "homes" de la fondation Marie-Curie, répandus à travers la Grande Bretagne depuis 1952: il s'agit d'une fondation laïque, entièrement financée par des dons privés. On en compte une douzaine en service. Les "homes" américains les plus réputés sont des fondations de Rose Hawthorne Lathrop, elle-même fondatrice d'une communauté de Soeurs Dominicaines. Cet institut possède et dirige une demi-douzaine de foyers dans l'Est des États-Unis.

Les unités ou services de soins palliatifs

En plus de ranger l'hôpital Calvary de New-York parmi les institutions rattachées au mouvement hospice, Sandol Stoddard décrit la variante que représentent les services de soins palliatifs

de l'hôpital St-Luc de New-York: on observe ainsi deux formules différentes développées à l'intérieur d'hôpitaux généraux universitaires. (8) Dans la première institution, les patients sont rassemblés dans une unité distincte; dans l'autre, ils sont dispersés à travers l'hôpital mais pris en charge par l'équipe multidisciplinaire du projet hospice. Les deux expériences se réclament du modèle londonien de St. Christopher. Quant à l'initiative de l'hôpital Royal Victoria, elle demeure un précédent en ce domaine et possède une avance marquée sur les projets analogues, par l'extension et la qualité de ses services internes et externes. Le second colloque international sur les soins aux malades terminaux des 2, 3, 4 novembre vient encore de le confirmer.

Dès son premier rapport, en octobre 1977, le docteur Mount souhaitait que des unités de soins palliatifs soient établies aussitôt que possible ailleurs au Québec et dans le reste du pays. (9) Ses vœux sont déjà en voie de se réaliser. L'Hôpital Notre-Dame a déjà fait connaître son intention d'ouvrir très bientôt un département de ce genre à l'occasion du réaménagement de ses services, actuellement en cours. (10) Plusieurs autres centres hospitaliers au Québec et dans les autres provinces ont déjà ouvert ou vont ouvrir des unités qui s'inspirent du modèle de l'Hôpital Victoria.

Il faut se féliciter du rayonnement de cette expérience. La compétence qu'elle permet de développer assurera des bases solides au programme d'humanisation des soins aux malades qui s'impose à tout le réseau hospitalier, en même temps que l'expérience acquise permet une économie des frais de mise en place, fort appréciable en ces temps de restriction budgétaire.

2. *Newsletter*, vol. 1, no 3, août 1978, National Hospice Organisation, New Haven, CT, 06511, U.S.

3. S. Stoddard, *The Hospice Movement*, N.Y., p. 173.

4. *Ibid.*

5. Rogier, Aubert, Knowles (ed.) *Nouvelle Histoire de l'Eglise*, vol. I, p. 368-369, vol. II, p. 230.

6. Stoddard, *op. cit.*, ch. 3.

7. Richard Lamerton, *Care of the Dying*, Sussex, Priory Press, 1977, p. 15, 43-44. Voici ce que l'auteur note à la p. 66: "It was at St. Joseph during the years 1950-1960 that C. Saunders further developed her work in pain control and her plans for the founding of St. Christopher."

8. Stoddard, *op. cit.* p. 175, 179.

9. Rapport, *op. cit.* section 1, p. 37.

10. *Le Devoir*, 10/3/78, et 11/10/78.

la vie après la vie

retours de l'au-delà?

par Roger Marcotte

Roger Marcotte, professeur de philosophie au Collège Jean-de-Brébeuf et membre du comité de rédaction de *Relations*, rend compte des deux ouvrages du Docteur R. MOODY, qui rapportent les expériences de personnes ayant survécu à la mort clinique. *La Vie après la Vie* et *Lumières nouvelles sur La Vie après la Vie* ont paru chez Robert Laffont (Paris, 1977).

Ces deux livres n'ont pas manqué d'impressionner les lecteurs et continueront sans doute d'intriguer ceux qui en entendent parler, ou qui croiront mettre fin à leurs questions en les lisant. L'A. s'y attendait; un certain luxe de précautions dans leur présentation l'indique; préface, avant-propos, introduction tentent de réduire les préventions ou de tempérer les espoirs. La pensée de la mort détermine un carrefour de désirs et de méfiances parmi les plus tenaces. Chacun a son idée là-dessus, à laquelle il tient ferme, pour des raisons pas toujours bien élucidées et difficiles à défendre sans passion.

Les deux ouvrages se présentent comme la suite d'un même panel dont ils auraient gardé l'allure: présentation des personnes ressources, exposés des points de vues, échange avec le public. Presque la moitié du premier livre, plus de la moitié dans le deuxième est consacrée à l'examen et à la discussion des questions soulevées par les récits de personnes ayant fait l'expérience de la mort clinique, et que les techniques de réanimation ont fait revivre.

Les principaux détails de ces révélations sont rapportés séparément d'abord, avec leurs variantes, d'où l'A. a dégagé une sorte de schéma commun qui peut se résumer comme suit: Immédiatement après les signes habituels de la mort clinique (arrêt du cœur et des ondes cérébrales) le mort a l'impression d'entendre des bruits, une sorte de bourdonnement ou sonnerie, puis il se sent emporté rapidement dans un tunnel sombre. Il débouche bientôt dans la lumière, mais se découvre alors hors de son corps habituel, qu'il perçoit de l'extérieur, avec tout le personnel médical qui s'affaire à le ranimer. Il voit tout avec précision, il entend distinctement ce qu'on dit. Il pourra rappeler plus tard, à la grande surprise de ceux qui se trouvaient là, des réflexions et détails techniques qu'il ne pouvait connaître, autrement que par cette présence. La sensation d'étrangeté, éprouvée au début, disparaît. Il possède encore un corps, mais différent de l'autre, aérien, mobile, pouvant traverser les murs sans difficulté. Il rencontre des êtres (souvent des parents ou des amis) qui se montrent secourables à son endroit. Mais les récits font surtout état d'une entité mystérieuse, toute de lumière, d'une intensité incroyable mais sans être pénible, et qui irradie une sorte de bienveillance, de tendresse chaleureuse. Sans paroles, par une sorte de communication d'esprit à esprit, la présence de cet être interroge le "mort". A ce moment, dans une vue panoramique et comme instantanée, lui apparaissent tous les événements de sa vie avec une précision étonnante. Et la personne sent naître en elle-même un jugement sur tout ce qu'elle a fait, jugement attentif surtout à l'amour qu'on a manifesté ou non envers les autres. Mais sans pression ou insistance, ni reproche de la part de l'être mystérieux, autre que cette réprobation qui vient du fond de soi-même. Soudain s'interpose un mur, une rivière, quelque chose qui symbolise la frontière entre ce monde et l'autre. A ce moment, malgré la paix, la joie de

se trouver dans ce lieu, malgré le désir d'y demeurer, le "mort" se sent obligé (parfois il demande ou prend la décision) de revenir à la vie, pour s'acquitter de quelque obligation. Il se retrouve alors dans son corps de malade.

A ces descriptions, le second livre du Dr Moody ajoute quelques aspects nouveaux; obtenus d'autres personnes, qui ont communiqué avec lui en assez grand nombre à la suite de la parution de *"La Vie après la Vie"*. Jusque-là, elles n'osaient parler de ce qui leur était arrivé par suite de rebuffades ou par crainte de se voir juger défavorablement. En plus de recouper les témoignages qu'il avait déjà, elles parlent de "villes de lumières" qui rappellent des passages de l'Écriture Sainte, elles insistent beaucoup sur cette "connaissance intégrale" acquise dans l'instant et impossible à traduire en mots; elles font aussi allusion à la rencontre d'esprits à l'air égaré, triste, désespéré, en quête d'on ne sait quoi "tous courbés et regardant vers le bas", peut-être vers le monde physique "comme vers quelque chose qu'ils n'auraient pas accompli", qui les y relierait. (*Lumières nouvelles*... p. 56-57).

Mais, de plus, les récits viennent parfois de personnes qui n'ont pas subi l'épreuve de la mort clinique, mais se sont trouvées seulement dans des situations critiques, pouvant éventuellement ou normalement conduire à la mort.

Dans tous les cas étudiés, les bénéficiaires de cette expérience en restent profondément marqués, et de façon positive. Ils perçoivent tout autrement leur vie et ne craignent plus la mort. L'un d'eux rapporte: "Il m'est arrivé dans mon travail d'avoir le canon d'un revolver braqué sur ma tempe; je n'en ai pas été très effrayé, parce que je pensais: "Bon, si je meurs, s'ils me tuent vraiment, je sais que je continuerai à vivre

quelque part ailleurs." (*Lumières nouvelles...* p. 115). Ils ne conçoivent pourtant pas qu'on puisse vouloir repasser "de l'autre côté" à son gré. Et le suicide est présenté par quelques-uns comme une des choses à éviter: "J'eus le sentiment que deux choses me seraient également interdites: me tuer ou tuer quelqu'un" (*Lumières nouvelles...* p. 80).

A une personne qui avait raté son suicide, il semblait que l'état des choses dans laquelle elle s'était débattue avant sa "mort" ne cessait de se répéter, comme en une boucle fermée". (*Lumières nouvelles...* p. 81).

Similitudes Historiques

Sous ce titre, l'A. reprend et pousse plus loin son enquête sur les écrits qui présentent, au cours de l'Histoire, des ressemblances assez nettes avec les témoignages qu'il nous propose. Il cherche naturellement dans l'Écriture Sainte, dans les traditions religieuses (Le livre des morts thibétain), les écrits des mystiques, mais aussi chez les philosophes (le mythe d'Er dans Platon), dans les traditions primitives (polynésienne) et même sous la plume d'un écrivain du XVIII^e siècle, Swedenborg, qui affirme avoir lui-même vécu les premiers moments de la mort et connu des expériences de décorporation. (*La Vie après la Vie* p. 143).

Les Questions

Presque toutes les questions qui peuvent venir à l'esprit à la suite de tels récits, ont été posées à l'A.: crédibilité des témoins? effets inconnus de processus physiologiques? valeur critique de sa méthode? influence inconsciente de croyances antérieures? vogue de la para-psychologie? preuves de la survie? influence sur la pratique médicale de la réanimation? utilisation de ces témoignages auprès des mourants? ce qu'il en pense lui-même etc. etc.

Toutes ces questions constituent un ensemble impressionnant, varié et complexe. Et justement parce que l'A. s'attache avec un soin et une probité admirables à les discuter dans le détail, le lecteur peut demeurer un moment désorienté parmi tant d'échos divers. Parmi ces facteurs de confusion, il faut compter le poids inattendu de certaines observations. Car dans notre monde en quête de nouveaux progrès, une découverte de pointe sur un détail risque toujours de prendre un intérêt, une importance qui dépassent son efficacité réelle dans le cas d'une preuve ou d'un examen critique donnés.

Désarroi critique

Et si la rançon de la connaissance ou de l'esprit critique a toujours été de rendre l'assentiment plus difficile, il faut y ajouter aujourd'hui la déformation de notre culture scientifique qui tend à réduire la connaissance valable aux domaines des connaissances non pas seulement éprouvées, mais bien prouvées au sens strict, et encore, selon les seules méthodes expérimentales.

Aussi, quand il s'agit de déborder un peu le champ habituel où nos méthodes fonctionnent bien, nous nous apercevons vite que l'esprit critique est plus dépendant qu'on ne voudrait de ses pratiques, de son outillage. L'impression d'être trop démunis peut facilement exacerber le besoin de vérifier et nous installer dans une méfiance sans issue, ou dans une impatience agressive plus proche. Il faut le reconnaître, de l'état sauvage que de l'état primitif. Les primitifs avaient sur certains points plus de savoir-faire que nous.

Ce qui peut expliquer des attitudes étranges. On peut s'étonner, par exemple que, malgré un désir de continuer à vivre tenace, même chez ceux qui s'emploient à le montrer sans réponse, on explique par l'ignorance la croyance des primitifs à une autre vie. Et quand les Égyptiens seront considérés comme ayant atteint une civilisation qui mérite encore notre admiration, dont les créations supposent peut-être des connaissances techniques auxquelles nous ne sommes pas encore arrivés, leurs croyances concernant la survie n'auront pas plus de poids que celles des primitifs. On pourrait ajouter encore, qu'en matière de sexualité, les pratiques de ces derniers sont recueillies avec beaucoup d'intérêt, comme pouvant aider éventuellement à rectifier celles de nos cultures dites avancées.

En conséquence, il n'y a pas lieu de s'étonner si l'intérêt nouveau pour le problème de l'au-delà a peu de chances de changer grand-chose à la position de chacun, surtout si elle est un peu ferme. Ce qui a été le cas des participants au congrès tenu récemment à Innsbruck. Le thème était précisément ces expériences étranges rapportées par des malades revenus de la mort clinique. Mille savants, médecins, théologiens en ont discuté pendant une semaine. On avait des cas choisis en Inde et aux États-Unis pour exclure l'influence d'un même climat social et religieux. Un certain nombre sont demeurés dans le mé-

me état d'esprit qu'à leur arrivée. La majorité a cependant reconnu, à la lumière des témoignages entendus, qu'on ne pouvait écarter la possibilité d'une autre vie!

Il n'est pas hors de propos de rappeler que Jésus avait lui-même prévenu, dans la parabole de Lazare et du mauvais riche, que même si des morts revenaient dire aux vivants ce qu'ils ont découvert, pour les avertir, on ne les croirait pas davantage. (C'est seulement la ressemblance de comportement que je veux souligner ici, et non impliquer que les confidences dont il s'agit dans les livres du Dr. Moody, puissent être tenues pour des révélations surnaturelles. Même si elles ont, dans leur teneur, un certain rapport avec des aspects du contenu révélé).

Tant de comportements peu critiques dans une culture qui se préoccupe tellement de l'être, a valeur de signe. Il faut sans doute conclure qu'à ce plan de leur vie personnelle, les hommes ne peuvent pas être contraints par des preuves. Dans la mesure où ils se définissent par la liberté, leur liberté doit avoir quelque chose à faire quand ce qui va donner sens à leur vie est en cause.

Un médecin en recherche

Le Dr Moody a rencontré des gens, revenus de la mort clinique, les a écoutés, s'est intéressé à leurs récits, a eu le courage d'attirer l'attention du monde médical sur ces faits étranges. Il a collectionné les récits, évitant de s'adresser à ses propres patients. Il a noté qu'il ne s'agissait pas de personnes plus passionnées de para-psychologie que la moyenne des gens, pas tellement exhibitionnistes non plus, puisque certains malades avaient attendu une partie de leur vie avant d'en parler. Il reconnaît les lacunes de sa méthode et la justesse des critiques des résultats obtenus. Il note cependant que la science se trouve mal outillée en ce domaine, que sa position est inconfortable; il formule certaines règles qui permettraient de mieux étayer ses recherches dans l'avenir, nous met en garde contre l'utilisation trop rapide des témoignages entendus dans le but d'aider les mourants, sauf s'il s'agissait des témoins eux-mêmes qui ont vécu l'expérience. Il refuse de voir dans ce qu'il a rendu public des "preuves" d'une vie au-delà de la mort, et ne croit pas qu'on puisse y puiser la croyance si on ne l'avait déjà.

La Chambre (funéraire) Verte

par Jean-René Ethier

Ce film est, à mon avis, ce que l'on peut voir de plus fort, actuellement, sur nos écrans.

Le "cas" Truffaut

Ce "diable" de Truffaut n'a pas fini de nous étonner. On dit de lui qu'il est un "littéraire" raté qui se venge en fabriquant des images: on se souvient de la séquence de *Fahrenheit 451* où les citadins brûlent les livres qu'ils vont ensuite réciter par cœur dans la forêt. Et qu'est-ce qu'Adèle H sinon, entre autre, l'évocation, autour de la littérature, d'un talent littéraire frustré?

On dit encore, toujours à son sujet, que les films de Truffaut ne sont que l'analyse d'une passion poussée à son paroxysme. Qu'après avoir touché à peu près tous les sujets, Truffaut s'attaque, cette fois, à la mort... Qu'entre *Les 400 coups*, *La Peau douce*, *Adèle H*, *La Nuit américaine*, *L'Homme qui aimait les femmes*, c'est toujours le même film passionnel, au fond, avec des variations de situations.

Que les films de Truffaut se ressemblent tous dans une recherche toujours plus épurée de style, c'est indéniable mais là s'arrête la ressemblance. Et *La Chambre verte* nous en apporte le démenti. Je tiendrais même *La Chambre verte* pour un tournant dans la carrière de Truffaut, quelque chose comme *Cris et Chuchotements* dans la carrière de Bergman.

Regardons-y de plus près.

Un film sur la mort?...

D'abord, reconnaissons que Truffaut possède l'art de raconter. On peut être ou n'être pas d'accord avec la thématique de *La Chambre verte*, il reste que le spectateur ne peut pas ne pas "embarquer", tant la ligne du récit se dévelop-

pe avec une rigueur implacable, un sens de l'intrigue qui progresse selon toutes les lois les plus obvie de l'intérêt dramatique. On reconnaît, ici, la lointaine filiation de Truffaut avec Hitchcock (1).

Il faut, par exemple, se rendre compte avec quelle efficacité rapide les images de *La Chambre verte* se bousculent, essentielles et laconiques, pour conduire le spectateur à cette apothéose de lumière ocre-or, dans la chapelle désaffectée. On se remémore le magnifique plan de *Providence* (un film également sur la mort) où la demeure-mystère, annoncée dès le commencement du film, finit par crever l'écran de sa présence tragique et triomphante. Ou plutôt justement: le spectateur ne se rend pas compte de cette technicité du matériau cinématographique, tellement il se camoufle sous ses éléments les plus simples. Le grand art réussit toujours à cacher ses ficelles, et Truffaut semble faire des films avec des riens. Ou des éléments si coutumiers qu'on ne soupçonne même plus leur valeur cinématographique.

Mais, il y a ici plus qu'un récit. Mieux qu'une perfection narrative. Il y a une profondeur qui contraste avec la simplicité de ces moyens.

On croira que *La Chambre verte* est un film sur la mort. Point du tout. Pas même un film sur les morts. Mais bien plutôt sur le choc que la mort des autres nous cause à nous-mêmes. On sait que notre monde contemporain n'aime guère les morts. Qu'il les écarte de ses soucis quotidiens. Qu'il n'aime plus le noir des liturgies (tout en conservant ce noir pour le décorum mondain des salons ou des réunions officielles). Qu'il a programmé le rite funéraire en se déchargeant sur des salons spécialisés, où les heures de visites sont inexorablement délimitées (ne faut-il pas se préparer à quitter nos morts, peu à peu, non plus par une séparation trop brusque, mais comme dans un arrachement calculé?). "Laissez les morts enterrer les morts..." jamais parole d'évangile n'aura été observée si près de la lettre!

Pourtant, jamais on n'a autant écrit sur la mort et sur l'au-delà qu'actuelle-

ment. Serait-ce le signe psychologique de ce que la parole (trop abondante) tente désespérément d'exorciser l'angoisse?

La difficulté avec un discours sur la mort, c'est qu'il est toujours fait par des vivants. Comment en parler vraiment avec toute la pertinence de sens? Une séquence cruelle de *La Chambre verte* en dit assez long sur cette ambiguïté: c'est au tout début du film et cela nous arrive en pleine face comme un moment insoutenable. Dans une chambre mortuaire où l'on s'apprête à fermer le cercueil d'une morte (très belle), son mari, fou de douleur, s'oppose à la mise en bière. Un prêtre tente de réconforter le malheureux avec des paroles d'évangile (qui ne les a jamais entendues?) débitées avec la conviction d'un magnétophone. Alors, Julien (le héros du film) empoigne le prêtre et lui crie au visage: "Ce que l'on attend de vous, c'est que vous disiez à cette morte: lève-toi et marche. Si vous êtes incapable de faire cela, tout de suite, à l'instant, alors vous n'avez rien à faire ici. Sortez."

Comment ne pas songer ici à la scène finale d'*Ordet* de Carl Dreyer? Comment expliquer cette révolte sinon que des chrétiens, bien souvent, parlent de la résurrection comme pour se débarrasser des morts? Truffaut n'a-t-il pas raison, ici, de s'insurger contre une religion qui — à l'image d'une société dont elle devient la complice complaisante — refoule la mort? Or, le Christ ressuscité n'est-il pas le mort-vivant?

Un film anti-cinématographique

Car, ce qui fait la force de ce film, c'est justement qu'il nie le cinéma coutumier. Celui de la détente; ou du raffinement intellectualiste; ou — surtout — le jouet flamboyant qui veut en faire voir, au public enfant, de toutes les couleurs aguichantes! Il n'est pas un film sur la mort mais sur notre réaction propre à la mort, parce qu'il ne veut pas justement faire le jeu de nos instincts malfaisants.

1. Hitchcock, l'ineffable raconteur. Truffaut ne s'est jamais caché de cette appartenance.

On consent, bien souvent, à approcher la mort dans la mesure où elle nous renvoie son image, où elle nous fait nous appitoyer sur nous-mêmes. La mort nous plaît dans la mesure où elle devient, pour nous, un spectacle. Le spectacle recèle le piège du voyeurisme. Dans le spectacle, on ne devient actif que par la résistance et dans la distance. La distance nous protège et nous rassure. C'est encore symptomatique de notre siècle de constater combien de morts violentes, de sang (les films "policiers" et les *Dracula* de tout acabit conservent toujours la faveur du public) envahissent nos écrans. Le spectacle liquide nos angoisses.

Le cinéma n'a guère quitté le spectacle. Les plus grosses machines de tous les temps — j'entends les films qui continuent de coûter cher — se complaisent maintenant dans le super-spectacle, celui en particulier du monde cosmique. On déplace l'angoisse quotidienne et religieuse pour lui substituer une angoisse "cosmique".

Or, il faut bien le reconnaître: *La Chambre verte* est la négation même du cinéma-spectacle. On n'en finirait pas de relever tout le matériau anti-cinématographique habituel avec lequel l'oeuvre est construite. Rien pour le spectacle, mais tout pour la référence filmique qui le fera comprendre. Par exemple: au début du générique, on ne voit rien de la guerre qui a traumatisé les personnages de la petite ville de l'est de la France où l'action se passe et qui a vu, elle, cette guerre... Uniquement, des photos. Pas le moindre flash-back, non plus, sur la mort de l'épouse qui est à l'origine du drame. La mort active est hors du film. La passion est au passé. Les morts ne sont pas racontées. La musique elle-même est celle d'un auteur mort, posthume (2).

Puis, les personnages ne sont pas des héros. Le découpage technique peu spectaculaire: la simplicité d'un récit qui ne recherche pas la coquetterie d'un langage compliqué. Voire davantage: la voix

de Truffaut! Oui, cette voix monocorde, retenue, nazillarde qu'on lui reproche tant! Tout le contraire du spectaculaire. On dirait que Truffaut s'ingénie à faire oublier le cinéma lui-même.

Un film sur la fidélité

Pourtant, ce film nous bouleverse d'une émotion rare et intense après nous avoir tenus en haleine. Pourquoi?

Peut-être parce qu'avant d'être un film sur la mort, c'est un film d'amour sur la fidélité?

Il y a, bien sûr, la fidélité de Julien à sa femme. Un sentiment qui va à contre-courant des moeurs du temps. Si les films de Truffaut sont sur une seule passion, c'est alors bien de celle-là qu'il s'agit ici. Julien... insensible à l'amour naissant de la jeune Cecilia. Julien tout obsédé de son désir de bâtir une chambre funéraire permanente à sa femme, et à travers elle, à tous les morts dont l'homme moderne ne s'occupe plus. Truffaut fidèle, encore, à l'image de l'enfant qu'il a toujours été, cet enfant mal aimé dont on ne s'occupe pas. Car, dans *La Chambre verte*, il y a encore un enfant (3). Celui, toujours, des *400 coups* puisque lui aussi va briser la vitrine d'un magasin au soir d'une punition. Réplique surtout de *L'Enfant sauvage*, puisque, lui aussi, est muet comme Victor.

On se demandera ce que ces références viennent faire dans un film dont le thème semble tout autre. Non: ce film n'est pas autre, et ces références prolongent, en les approfondissant toujours, la thématique de Truffaut. Truffaut... qui parle toujours de l'abandon comme du plus grand drame de la vie. La mort n'est-elle pas le grand abandon? Car la mort, c'est ce qui sépare, ce qui divise, ce qui disperse.

Que pouvons-nous dire sur la mort sinon cela d'abord et avant tout? Or *L'Enfant sauvage* ou *Adèle H*, qui tente douloureusement de parler au-delà de l'océan, ne sont-ils pas comme le personnage muet de *La Chambre verte*? N'est-ce pas ici le langage coupé du corps? Tout est mutilé en ce film: travail de la mort en cette vie... Ainsi l'enfant à l'oreille mutilée et au corps sans voix. Ainsi les photos de guerre, corps déchiquetés. La vitrine brisée, puis ce buste, fragment d'un corps, brisé lui aussi...

Une séquence est éloquente à ce propos: Julien a fait faire, en souvenir de sa femme-morte, un mannequin grandeur nature qui la représente. Quand il va en prendre livraison, il se révolte, paie quand même l'artisan, mais se met à déchirer ce mannequin comme on briserait une statue. La mort devient cette figure qui vole en éclats, qui mu-

tile tout. Puis, cette salle des ventes où Julien cherche à récupérer un bijou qui a appartenu à sa femme, n'est-elle pas encore le signe de l'éparpillement, de la fragmentation, tout comme le cimetière est le lieu de la dispersion, de la séparation des corps? Julien dira: "...les cimetières, ces prisons froides où on place les corps pour mieux les oublier sous la terre glacée".

Le film de la mémoire religieuse

Mais la mort, n'est-ce pas aussi l'occasion du souvenir? Or c'est la fidélité qui tromphera de la dispersion. Si la mort disperse, le travail des vivants n'est-il pas de tenter de refaire l'unité entre les morts et les vivants?

La société s'applique à oublier les morts; Julien, lui, refait l'unité. C'est alors, chez lui, ce désir aussi naïf que téméraire de remettre en état une chapelle désaffectée qu'il obtient de l'évêque. Là, dans une scène aussi surprenante que fantastique, Julien entassera l'image de chacun des morts qu'il chérit (4), illuminés par un cierge funéraire individuel. Or, c'est là qu'à la lumière des cierges qui font, sur l'écran, comme une symphonie éblouissante, la fidélité aura raison de la mort. C'est-à-dire que la mort peut bien venir encore, le souvenir qu'en auront les vivants lui redonnera sa place parmi eux.

Je me garderai bien de révéler la finale de ce film beau et énigmatique comme un chant liturgique funèbre. Il faut aller le voir.

Bien sûr: ce film, religieusement lyrique, ne dit rien de plus sur la mort. Truffaut ne ressuscite pas les morts comme l'avait fait Dreyer dans *Ordet* et comme on souhaiterait secrètement qu'il le fit. Mais, cette fable parle assez par elle-même pour n'avoir point besoin de verser dans la parodie surréaliste. Elle nous avertit seulement que notre vie terrestre a besoin des morts pour se révéler à elle-même. Que notre vie ne trouve sa dimension que dans la perspective de la mort qui la transforme.

N'est-ce pas là dire l'essentiel? Et le dire avec si peu de moyens, dans un tel laconisme de l'action dramatique, des personnages et des paroles, n'est-ce pas rencontrer le cinéma des plus grands? Des Dreyer, des Bergman, des Buñuel et des Mizoguchi.

C'est, pour tout dire, respecter le discours même sur la mort, lequel ne peut s'apprendre que par référence à la Vie.

Parce que, là, il sait respecter le sacré qui est indélimitable.

2. Cette musique est de Maurice Jaubert, mort à la guerre de 1939. Il est l'auteur de la musique célèbre du *Quai des Brumes*. On découvre, actuellement, la musique symphonique de cet auteur. Celle de *La Chambre verte* est tirée du *Concert flamand*, musique "pleine de clarté et de soleil". Sur Jaubert, cf. François Porcille.

3. *L'Argent de poche* était aussi un film sur les enfants.

4. On reconnaîtra, sous ces portraits, d'abord Henry James qui a inspiré le film, à partir d'une série de ses *Nouvelles* dont *L'Autel des morts*. Ensuite, Cocteau, Jaubert, parmi d'autres.

"l'appel de la race"

est-il

un roman

raciste?

par René Dionne

Après un demi-siècle, certains accents du célèbre roman nationaliste laisseront songeurs les plus fervents admirateurs de Groulx. René Dionne est professeur au département de Lettres françaises de l'Université d'Ottawa.

Au risque de passer pour sacrilège dans l'esprit de ceux qui, comme moi, admirent Groulx, mais peut-être de plus entière façon et pour bien plus de raisons que toutes les miennes, je pose la question suivante: "L'appel de la race est-il un roman raciste?", et j'entreprends d'y répondre, littéraire que je suis, en mettant de côté l'historien Lionel Groulx pour ne plus m'occuper que du romancier Alonzi de Lestres. C'est sous ce pseudonyme, en effet, que Lionel Groulx, "pour ne pas compromettre (s)a gravité d'historien" — ce sont les mots mêmes qu'il utilise dans ses *Mémoires* (1) — décida de publier, en 1922 (2), le roman qu'il avait composé au cours de ses vacances de l'année précédente à Saint-Donat.

Nulle part dans *l'Appel de la race* nous ne trouvons les mots "racisme" et "raciste", et pour cause: ces deux mots n'apparaîtront dans la langue française que vers 1930, selon le Robert (3), voire qu'en 1932, selon Bloch et Wartburg; (4) mais, dans les cent-cinquante-huit pages du roman, (5) nous avons pu compter quatre-vingt-cinq fois le mot "race". Chez Alonzi de Lestres, ce mot a incontestablement plusieurs sens, dont celui de "famille considérée dans la suite des générations" (6) et celui de nation, c'est-à-dire, abusivement, (7) de "groupe humain, généralement assez vaste, qui se caractérise par la conscience de son unité et la volonté de vivre en commun;" (8) le romancier n'utilise peut-être jamais consciemment le mot "race" au sens strict de "groupe ethnique qui se différencie des autres par un ensemble de caractères physiques héréditaires représentant des variations au sein de l'espèce," (9) mais il n'empêche que ce sens

est présent dans le roman et que c'est une extension de ce sens, — extension qui date du dix-neuvième siècle, — que l'on y trouve constamment employée, à savoir le mot "race" désignant "un groupe naturel d'hommes qui ont des caractères semblables provenant d'un passé commun." (10) Quels sont ces caractères dans *l'Appel de la race*?

Des caractères physiques, certes, que Jules de Lantagnac remarque chez ses enfants qui ont "par leur mère, du sang anglais dans les veines", (11) mais par lui, du sang français. "Tandis que Wolfred et Virginia accusaient presque exclusivement des traits de race française: les traits fins et bronzés des Lantagnac, l'équilibre de la conformation physique, en revanche l'aînée des filles (Nellie) et le cadet des fils (William), tous deux de chevelure et de teint blonds, plutôt élancés, quelque peu filiformes, reproduisaient une ressemblance frappante avec leur mère." (12) C'est avec fierté que le père regarde sa fille Virginia, "belle enfant brune, tout en ardeur et en lyrisme, fine et vibrante créature dont les joues se coloraient quand le cœur devenait chaud," (13) mais avec une certaine désolation qu'il voit revenir de Loyola College William qui reste "toujours le même, esprit buté et bilieux; en effet, "à mesure que le cadet avançait en âge, les traits saxons s'accusaient plus fortement dans la figure et par tout le corps du long adolescent. La barre du front se faisait plus raide, la moue des lèvres plus arrogante; presque toujours on le voyait s'en aller, la nuque cambrée, les poings à demi-fermés, à l'allure d'un joueur de rugby." (14)

* Texte présenté au Congrès annuel de l'Institut d'histoire de l'Amérique française, à l'Université de Montréal, le 14 octobre 1978; à l'occasion du 100e anniversaire de naissance du fondateur de l'IHAF, l'on avait choisi trois thèmes: "L'Amérique française à l'âge de Groulx".

1 Tome 2, Montréal, 1971, 87.

2 Montréal, Bibliothèque de l'Action française, 278 p. Après avoir connu plusieurs éditions ou réimpressions, l'ouvrage est entré dans la collection du "Nénuphar" en 1956 (introduction de Bruno Lafleur, Montréal, Fides, 252 p.); c'est cette dernière édition, telle que réimprimée en 1962, que nous utilise-

rons, la désignant désormais sous le sigle AP.

3 Paris, 1965, 5:608.

4 *Dictionnaire étymologique de la langue française*, 4e éd., Paris, P.U.F., 1964, 529.

5 AP, 95-252; l'introduction de Bruno Lafleur occupe les pages 9 à 93.

6 Le Robert, 5:607.

7 *Ibid.*, 608.

8 *Ibid.*, 4:575.

9 *Ibid.*, 5:608.

10 *Ibid.*

11 AP, 109.

12 AP, 130.

13 AP, 125.

14 AP, 168.

Mais au-delà de ces caractères physiques, et les dominant en quelque sorte, existent des caractères psychologiques, héréditaires eux aussi. Ils appartiennent à ce que de Lestres appelle l'âme de la race, sorte de force intérieure qui imprime à chaque individu du groupe des traits physiques comme ceux que nous venons de voir. "Intelligent, de belle race saine, Lantagnac profitait, comme disait Renan lui-même, de toute la vie cérébrale économisée par six générations de laborieux;" (15) lorsqu'il considérait l'aspect physique de ses enfants, il ne pouvait s'empêcher de penser qu'une "fois de plus les formes intérieures de la vie, les modalités de l'âme (avaient) façonné, sculpté l'enveloppe charnelle." (16)

Avec cette hérédité psychologique vont de pair, la composant même, l'hérédité intellectuelle, voire culturelle, et l'hérédité morale. La race française est "robuste et fine, bien équilibrée"; quand Jules, qui a délaissé ses compatriotes pendant plusieurs années, revient vers eux, c'est "l'âme d'une race fine, sentimentale, d'une essence ordonnée, aimantée par en haut", qu'il retrouve; appartenant à nouveau à une race noble et "laborieuse," (17) dont l'histoire est glorieuse et le destin grandiose, il est "d'une nature trop élevée pour aborder la politique sans préparation;" (18) fils d'une "race énergique," (19) il saura rester "en selle sur les principes" (20) et mener jusqu'au bout le bon combat, celui auquel le devoir national l'appelle. Les Anglo-Saxons, eux, ont "deux passions formidables": "l'intérêt matériel et l'orgueil de race." (21) Leur tort, selon Jules, "c'est d'avoir commercialisé le stock humain. C'est de ne reconnaître à l'homme, à l'étranger surtout, que la valeur marchande, instrumentale. Pour les Anglo-Saxons c'est ainsi: le stock humain a sa cote à la Bourse comme les autres valeurs industrielles, financières. Et la cote de

la Bourse est aussi la cote de leur estime." (22)

L'on peut donc considérer comme adverses ces deux races: la française et l'anglo-saxonne. Or, selon le Père Fabien, conseiller spirituel et intellectuel de Jules, "nul ne peut porter dans son âme l'idéal de deux races, quand ces deux races s'opposent;" (23) car, la race, comme a fini par s'en convaincre Jules, "c'est un équilibre durable, éprouvé, de qualités morales et d'habitudes physiques, qu'un apport hétérogène et massif risquerait de rompre." (24) C'est pour avoir méconnu ou méprisé ces vérités que la noblesse canadienne a déchu après la conquête et que la "haute bourgeoisie canadienne-française" (25) déchoit à son tour depuis la fin du dix-neuvième siècle, constate le Père Fabien; Jules n'a qu'à considérer sa propre famille pour admettre la justesse de cette vue.

Il peut donc relire et comprendre les *Lois psychologiques de l'évolution des peuples* de Gustave Le Bon, (26) petit volume que le Père Fabien a naguère glissé dans sa poche en disant (termes qu'il importe de bien remarquer): "Vous savez, je ne gobe pas plus qu'il ne faut ce docteur LeBon. Mais un de ces jours, Lantagnac, quand vous aurez une minute à vous, lisez attentivement, je vous prie, les pages dont le coin est plié (il ne faudrait pas voir ici une mesure de censure, mais des lueurs d'esprit critique). Pour une fois, je crois que le pernicieux docteur a parlé d'or. Il n'a fait, du reste, que résumer les conclusions actuelles de l'ethnologie." (27) Voici, tirés des pages 50 à 61 du livre de Le Bon, les passages dont Jules de Lantagnac prend maintenant conscience de la pénible vérité, à la suite du Père Fabien qui les a marqués au crayon rouge:

Les croisements peuvent être un élément de progrès entre des races supérieures, assez voisines telles que les Anglais et les Allemands d'Amérique. Ils constituent toujours un élément de dégénérescence quand ces races, même supérieures, sont trop différentes.

Croiser deux peuples, c'est changer du même coup aussi bien leur constitution physique que leur constitution mentale... Les caractères ainsi restent au début très flottants et très faibles. Il faut toujours de longues accumulations héréditaires pour les fixer. Le premier effet des croisements entre des races différentes est de détruire l'âme de ces races, c'est-à-dire cet ensemble d'idées et de sentiments communs qui font la force des peuples et sans lesquels il n'y a ni nation ni patrie... C'est donc avec raison que tous les peuples arrivés à un haut degré de civilisation ont soigneusement évité de se mêler à des étrangers. (28)

Cette lecture terminée, réfléchissant, Jules de Lantagnac, avoue son erreur, c'est-à-dire son mariage avec une Anglaise: "Je le vois maintenant: il y a des unités humaines qui ne se défont plus. Par l'éducation que ces enfants (les siens, surtout Nellie et William) ont reçue, par la langue qu'ils ont exclusivement parlée, par le déterminisme de la race qui pèse sur eux, une sorte de discipline fatale a fixé à jamais leurs façons de penser et de sentir, leurs façons de concevoir les problèmes fondamentaux de la vie; une loi rigide a modelé impitoyablement les formes de leur esprit (29)." Durant un temps, Lantagnac vient tout près de céder au découragement: réussira-t-il à retrouver son âme française et pourra-t-il refranciser ses enfants? Il en doute, mais finit par s'y essayer. Il réussira à demi. Le déterminisme de la race est, en effet, plus fort que l'éducation reçue, à la condition que l'on veuille bien se rééduquer dans le sens de sa race; en revenant à la culture française, Jules de Lantagnac retrouve son âme, et il en va de même pour deux de ses enfants: Wolfred et Virginia, mais l'épouse de Jules, Maud Fletcher, et les deux autres enfants: Nellie et William, sont à jamais de la race anglaise. En somme, chaque époux entraîne avec lui les enfants qui lui ressemblent ou ressemblent à ceux de sa race physiquement et psychologiquement, corps et âme, si l'on veut.

En guise de conclusion, je pose de nouveau la question: "*L'Appel de la race* est-il un roman raciste?", et je me permets de rappeler à votre mémoire la définition que le dictionnaire Robert (30) donne du racisme: "Théorie de la hiérarchie des races, fondée sur la croyance que l'état social dépend de caractères raciaux, et qui conclut à la nécessité de préserver la 'race supérieure' des croisements avec d'autres races; comportement en accord avec cette théorie". La réponse me semble évidente, mais peut-être ne l'est-elle pas pour tous, et puisqu'il s'agit d'une table ronde, il y a place pour des questions et des discussions. Je voudrais seulement que l'on se rappelle bien les termes de la question: elle porte sur le roman et non sur son auteur, et il serait tout aussi incongru de confondre Aloné de Lestres avec Lionel Groulx que le romancier avec ses personnages; un bon littéraire ne donne pas dans de telles confusions, mais peut-être Aloné de Lestres n'est-il pas un romancier comme les autres, ni son roman un roman comme les autres?

15 AP, 158.

16 AP, 130.

17 AP, 104.

18 AP, 100.

19 AP, 113.

20 AP, 185.

21 AP, 151.

22 AP, 163.

23 AP, 160.

24 AP, 161.

25 AP, 160.

26 Coll. "Bibliothèque de philosophie contemporaine", 14e éd., Paris, Librairie Félix Alcan, 1919, 200 p.

27 AP, 131.

28 *Ibid.*

29 AP, 132.

30 5:608.



par Georges-Henri d'Auteuil

L'Italie est à l'honneur, en octobre. Deux dramaturges italiens ont été mis à l'affiche à l'Ecole nationale de Théâtre et au Théâtre du Nouveau Monde. Le TNM a présenté ce qu'il faut peut-être regarder comme chef-d'œuvre de Carlo Goldoni, *les Rustres*; et les jeunes comédiens de l'Ecole jouent un auteur contemporain, Dario Fo et ses *Archanges*. Deux écrivains différents, donc: Goldoni, Vénitien du XVIII^e siècle et Dario Fo, un contemporain qui produit encore. Différents, ils se ressemblent pourtant beaucoup. Frappés du même soleil, habités de personnages exubérants, vite enflammés, réalistes et populaires, pas intellectuels pour deux sous, au demeurant bons vivants et heureux de s'amuser.

Les Archanges à l'Ecole

Dario Fo a fini par témoigner d'un engagement et d'une agressivité politiques très à gauche, mais dans *les Archanges*, une de ses premières œuvres, il fait encore office de satirique, censeur pas trop méchant des mœurs et des personnages de notre temps. Il promène son héros à travers diverses péripéties dont il souligne les aspects cocasses ou loufoques, comme dans un rêve où les situations sont souvent baroques et ridicules. On dirait que tout le monde le fait exprès pour que rien ne semble plus normal, que tout aboutisse sans dessus dessous. Ce qui crée parfois des effets très comiques, encore accusés par une mise en scène un peu chargée, comme celle de Gilbert Lepage, ou les costumes bariolés et colorés de Jacynthe Vézina. Le tout est joué dans un mouvement endiablé et spectaculaire au premier chef. Même si la pièce est un peu longue, on ne s'ennuie pas, et c'est aussi grâce à la musique originale de Gi-

au soleil de la comédie italienne

nette Bellavance. Il se dégage de l'ensemble de l'action et du jeu des acteurs une impression de joie et de fête de bon aloi.

On ne peut en dire autant de la diction des acteurs, surtout des comédiennes. C'est à se demander si à l'Ecole on enseigne la pose de la voix comme sa projection dans la salle et l'articulation nette et précise. A en juger par la mauvaise audition de plusieurs comédiens, on peut en douter, sérieusement.

Les Rustres au Nouveau Monde

Tout en cultivant la verve comique, Carlo Goldoni fait la transition entre la commedia dell'arte, à l'improvisation stéréotypée et menacée par la monotonie, et, à l'instar de Molière, le théâtre écrit et bien structuré, avec une certaine variété de personnages et de situations. Il est le créateur du nouveau théâtre italien. Au lieu de multiplier les lazzi et les bouffonneries de la commedia dell'arte, il s'astreint à peindre avec humour les habitudes et comportements souvent ridicules des personnages de son époque. Il a cru avec raison que faire rire les gens de leurs défauts était encore la meilleure manière de les amener à les corriger, selon le vieux dicton latin: *castigat ridendo mores*.

Les Rustres sont une parfaite illustration de ce rôle du théâtre. Dans cette pièce, Goldoni aborde le problème de la libération de la femme. Mais il ne s'agit pas d'en faire un drame, encore moins une révolution. D'abord, il n'est pas du tout question de saboter l'autorité du chef de famille, reconnue et maintenue par tout le monde. Que les épouses ne soient pas seulement des servantes au foyer, qu'on tienne compte de leur avis de temps à autre, qu'on ne les emprisonne pas dans la maison mais qu'elles puissent aller ici ou là selon leur bon plaisir, se procurer quelques fichus ou bijoux pas chers pour agrémenter un peu leurs toilettes et, surtout, que les jeunes filles aient l'autorisation de voir et de connaître leur fiancé avant le mariage, ce qui n'était pas courant, alors. Voilà ce qu'elles demandent, ce qui n'est pas la mer à boire. D'ailleurs, ces messieurs admettent volontiers, en privé,

qu'ils ne peuvent pas se passer facilement des femmes, même qu'elles leur sont nécessaires. Mais l'égoïsme et le goût de dominer chez le mâle les font souvent s'arc-bouter sur leurs droits et oublier ceux des autres qu'ils ont tendance à exploiter.

C'est tout cela qui est en jeu dans *les Rustres*, mais traité avec une exubérance à l'italienne tout à fait savoureuse pour un chrétien du Nord. Il rigole. Il s'amuse fort des cris, des colères, des tapages, tumultes et engueulades des personnages, qui s'apaisent pourtant quand la coquette Felice réussit à amadouer ces bougons de maris comme elle l'a fait du sien grâce à un heureux stratagème. Ainsi le dîner de Lunardo, prévu pour sa fille, aura lieu dans la joie de tous — enfin! — et surtout, peut-être, des spectateurs.

Sans trop appuyer sur le comique de l'intrigue — ce qui eût été bien facile — la mise en scène d'Olivier Reichenbach a su faire valoir la variété des personnages. Ainsi le colérique Lunardo de Jean Dalmain faisait contraste avec le sombre et grincheux Maurizio, Simon, l'ours grognon et mal léché de Jean-Marie Lemieux avec l'hésitant et peureux Canciano de Jean-Louis Paris. Même chose avec l'irascible Margarita de Lénie Scoffié, l'obstinée Marina de France Desjarlais, la fine et délurée Felice de Patricia Nolin. Difficile de choisir qui faire monter sur le podium. Peut-être Jean Dalmain, maître de jeu électrisant ou Patricia Nolin enjouée, gracieuse, à l'aise et efficace dans son personnage ou... les autres. Ne pas oublier toutefois de garder une petite place à Mireille Deyglun, parfaite Lucietta, d'une remarquable spontanéité dans l'expression de ses divers sentiments, spécialement face à la fouguese jeunesse du Filippetto de Denis Bouchard. Quant à René Gagnon, il mérite que son Ricardo soit proclamé le plus serviable et le plus utile de toute l'équipe!

Les nombreux et enthousiastes applaudissements ont valu à l'auditoire un beau petit laïus de Jean-Louis Roux pour l'inciter à signer une pétition contre les méchants rustres du Conseil des Arts de Montréal qui refusent de subventionner — d'avance — tous les chefs-d'œuvre — sûrement — de nos auteurs...

NOUVEL OUVRAGE DE JEAN VANIER **NE CRAINS PAS**

115 pages, \$3.95



Ils n'ont rien

Et ils sont heureux

Jean Vanier livre les fruits de son expérience, de son "éducation" par

- les handicapés
- les marginaux
- ceux qui sont écrasés et blessés
- les petits
- les pauvres
- ceux qui sont heureux.

Autres ouvrages de Jean Vanier

Disciple de Jésus. 94 pages, \$3.95

Ma faiblesse, c'est ma force. 91 pages, 12 ill., \$3.95

Larmes de silence. 100 pages. 46 photos, \$3.95

Ton silence m'appelle (Ed Fleurus) 127 pages, \$3.50

Ouvre mes bras (Ed. Fleurus) 157 pages, \$5.95

Au sujet de l'Arche

Un Pari pour la Joie, par Bill Clarke. 155 pages, 30 photos, \$3.50

Mon Frère, ma Soeur, par Sue Mosteller. 117 pages, 76 photos, \$4.75

Les Editions Bellarmin

8100, boul. Saint-Laurent
Montréal, H2P 2L9

Tél.: (514) 387-2541