



Guide d'éthique de la santé

Troisième édition



Alliance catholique canadienne de la santé



Guide d'éthique de la santé

TROISIÈME ÉDITION



2013

Première impression – Février 2013

© Alliance catholique canadienne de la santé, 2013

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire, de stocker dans un système d'extraction ou de transmettre le présent document, en tout ou en partie (sauf de brefs extraits pour un compte rendu), par quelque moyen que ce soit, notamment sous forme électronique et mécanique ou par photocopie, enregistrement ou autre, sans l'autorisation écrite de l' Alliance catholique canadienne de la santé.

Le *Guide d'éthique de la santé* (2013) est une traduction du *Health Ethics Guide* (2012), qui a reçu le *nilhil obstat* du Conseil permanent de la Conférence des évêques catholiques du Canada en mai 2012. À ce titre, le texte anglais fera foi.

Mention de source des photos – couverture avant : iStockphoto; page 18 : St. Joseph's Health Centre, Guelph; pages 54 et 68 : Covenant Health, Edmonton; couverture arrière et sculpture : *The Good Samaritan* du père Herman Falke, Ottawa.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Guide d'éthique de la santé. — 3^e éd.

Publié aussi en anglais sous le titre : Health Ethics Guide.

Traduction de Martine Leroux.

Comprend des références bibliographiques et un index.

ISBN 978-0-920705-44-5

1. Éthique médicale. 2. Médecine--Aspect religieux--Église catholique.
3. Équipements sanitaires catholiques. 4. Morale chrétienne--Auteurs catholiques. I. Leroux, Martine II. Alliance catholique canadienne de la santé.

R725.56.H4314 2012

14.2

C2010-902510-5



Publié par l'Alliance catholique canadienne de la santé

Hôpital Saint-Vincent, annexe C

60, rue Cambridge Nord, Ottawa (Ont.) K1R 7A5

Tél. : (613) 562-6262, poste 2164

www.accs.ca



NOVALIS

Distribué par : Novalis

Pour commander : www.novalis.ca

Courriel : sac@novalis.ca

Tél. : 1-800-387-7164 (sans frais pour le Canada et les États-Unis seulement)

Table des matières

PRÉAMBULE	x
INTRODUCTION	1
La réflexion éthique sur la relation de guérison sous le signe de la compassion et de la bienveillance	1
Un appel au respect de la dignité	3
Un appel à l'instauration d'un climat de confiance	5
Un appel à la promotion de la justice	7
La réponse à l'appel de l'Évangile en faveur de la compassion et du service de guérison	9
Un appel à la compassion et à la réflexion éthique	10
Des valeurs morales fondamentales	14
Le <i>Guide d'éthique de la santé</i>	16
Chapitre 1 : LE CARACTÈRE SOCIAL DES SOINS	
DE LA PERSONNE	18
Remarques préliminaires	19
Les soins de santé	20
La vision catholique des soins de santé et des services sociaux	21
La santé et la guérison	24
Le ministère chrétien de guérison	25
La mission des organismes de santé et de services sociaux catholiques	25
La responsabilité sociale	26
Un engagement en matière d'éducation et de recherche	27
Chapitre 2 : LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE HUMAINE	30
Remarques préliminaires	31
Le respect de chaque personne	32

Le rôle premier du bénéficiaire de soins	32
Une prise de décision éclairée	33
La vie privée et la confidentialité des renseignements	34
Les liens affectifs et familiaux	35
Les soins spirituels et religieux	35
Le respect des différentes cultures et traditions	36
L'objection de conscience	36
Le congé hâtif ou déraisonnable des malades	36
La santé mentale	37
Les moyens de contention	37
L'abus à l'égard des bénéficiaires de soins	38
Le soin des personnes victimes de violence	38
La promotion de la dignité en matière de sexualité chez les bénéficiaires de soins de santé	39
Le changement de sexe	40
La sexualité et la santé publique	40

Chapitre 3 : LES SOINS DE SANTÉ AU DÉBUT

DE LA VIE	42
Remarques préliminaires	43
Les questions de santé propres aux femmes	45
Favoriser la parentalité responsable	45
La stérilisation	46
Les formes acceptables d'aide à la fécondation	47
Les formes inacceptables d'aide à la fécondation	47
La maternité par substitution	48
Le respect de l'embryon et du fœtus	49
Le traitement médical des femmes enceintes	49
Le déclenchement de l'accouchement après que l'enfant à naître est jugé viable	49
La cryopréservation	50
L'admissibilité à des programmes de dépistage génétique	51

Le diagnostic pré-implantatoire	51
Le diagnostic et le traitement prénatals	52
L'attention portée aux parents, aux membres de la famille et au personnel éprouvés	52
L'élimination des restes humains	53
Chapitre 4 : LES SOINS DE SANTÉ EN FIN DE VIE	54
Remarques préliminaires	55
Le soin des personnes en fin de vie	58
Les soins palliatifs	59
La prise de décisions et la personne mourante	60
Le refus ou l'arrêt d'un traitement	62
La résolution de différends et de la détresse liés à la prise de décisions	63
L'alimentation et l'hydratation médicalement assistées	64
La réanimation cardiorespiratoire	66
Le suicide et l'euthanasie	66
La planification préalable des soins	67
Chapitre 5 : LE DON D'ORGANES	68
Remarques préliminaires	69
Le respect du donneur et du receveur	71
L'admissibilité du receveur	71
Les donneurs vivants	72
Les donneurs décédés	72
Le don après la mort cardiaque	73
La nécessité d'une équipe de soins distincte de l'équipe de transplantation	74
La compensation monétaire	74
Le don d'organes de fœtus avortés	75
Les transplantations de cellules cérébrales	75
L'élimination des organes et tissus humains	75
L'utilisation d'animaux	75

Chapitre 6 : LA RECHERCHE SUR DES HUMAINS	78
Remarques préliminaires	79
Le but de la recherche	82
Les critères de la recherche	82
Le consentement, l'aptitude et la prise de décisions éclairée	84
La protection des renseignements personnels sur la santé	85
Le conflit d'intérêts	86
La recherche sur les gamètes, les embryons et les fœtus	86
La recherche sur les cellules souches	87
Le clonage reproductif	87
La recherche génétique	88
L'obtention de brevet pour des modifications génétiques	88
La recherche sur des animaux	89
Chapitre 7 : LA GOUVERNANCE ET	
L'ADMINISTRATION	90
Remarques préliminaires	91
La gouvernance	93
L'administration	96
Les relations de collaboration	97
L'affectation des ressources	98
Le rationnement des ressources	99
Les soins spirituels et religieux	100
La création d'un milieu éthique	101
L'établissement d'une démarche de réflexion éthique pour la direction	102
Les différends éthiques	103
La réaction de l'organisation à l'objection de conscience	104

L'obligation de prodiguer des soins	104
Les relations entre employeur et employés	105
Le conflit d'intérêts	107
Les sources de revenu complémentaires	108
L'abus des fournisseurs de soins	109
La gestion des plaintes	109
La divulgation de méfaits	110
ANNEXE I – POSER UN JUGEMENT MORAL	113
La conscience	113
Les principes d'interprétation	114
ANNEXE II	
Glossaire	120
INDEX	131

Remerciements

Cette troisième édition du *Guide d'éthique de la santé* se fonde sur les efforts d'un très grand groupe de gens qui ont donné de leur temps et de leur savoir pour concrétiser la présente réflexion commune sur les soins de santé dans la tradition catholique. Il serait difficile de nommer tous ceux qui ont contribué à cet effort, mais certaines personnes méritent néanmoins notre reconnaissance particulière de par leur contribution soutenue.

James Roche a habilement assuré la coordination et la direction de toute la démarche.

Les membres du comité directeur qui ont lancé la démarche de révision en 2007 comptaient le père Michael Prieur, James Roche, Pat Murphy, Gordon Self, Moira McQueen et Ashley Carlson.

Les membres du groupe central de 2007 à 2010 qui ont assumé la responsabilité d'ensemble des sous-comités pour chaque chapitre et pour le guide final comprenaient le père Michael Prieur (président du comité), M^{gr} Bertrand Blanchet, Eoin Connolly, Hazel Markwell, S^r Nuala Kenny, Pat Murphy, James Roche, Gordon Self, M^{gr} Noël Simard, Michael Coughlin (réviseur) et Greg Humbert (conception graphique et mise en pages). De plus, Richard Fraser, c.r., a assuré l'examen juridique du guide.

Nous sommes également reconnaissants au père Francis Morrissey, o.m.i., et au père Jack Gallagher, c.s.b., pour leur aide durant les étapes qui ont mené à l'obtention du *nihil obstat* conféré par la Conférence des évêques catholiques du Canada pour l'édition originale en anglais du *Guide*.

Au début des démarches, un grand groupe de réviseurs s'est penché sur la pertinence de l'édition 2000 du *Guide d'éthique*

de la santé et a formulé des suggestions de révision. Par la suite, les membres du groupe central ont présidé des sous-comités pour chacun des chapitres du guide. Chaque sous-comité comprenait un certain nombre d'autres membres qui ont passé en revue l'état du secteur abordé dans leur chapitre et qui ont rédigé des ajouts et des modifications à y apporter. Ce groupe central a fourni de précieuses remarques provenant d'une vaste gamme de professionnels, tant canadiens qu'étrangers, comptant une expérience des soins de santé, de l'éthique et de la théologie.

Ce groupe de réviseurs bénévoles supplémentaires et de membres des sous-comités comprenait le père Robert Allore, s.j., Anne Anderson, c.s.j., Andrew Baker, Carolyn Baker, Jean Bartkowiak, Sandra Bazley, Walter Black, m.s.c., Barry Brown, Bridget Champion, Tom Corbett, John Dossetor, M^{gr} Brian Dunn, Marguerite Evans, Len Evenson, Rory Fisher, Michael George, Joseph Gilbert, Robert Gordon, Richard Gula, s.s., Michael Hadskis, Ron Hamel, Laurie Hardingham, Gerry Heeley, John Heng, Melody Isinger, Joan Kalchbrenner, r.h.s.j., le père Roger Keeler, Michael Keim, Jennifer Leddy, David Levangie, Margaret Love, Abbyann Lynch, Tom Maddix, c.s.c., Ron Marr, Susan McClement, Don McDermott, Moira McQueen, Mark Miller, C.Ss.R., Patricia Murphy, Cliff Nordal, Kevin O'Rourke, o.p., Pat Pocock, Zinia Pritchard, Carol Taylor, John Perry, s.j., Larry Reynolds, Mary Rowell, c.s.j., Giles Scofield, Myles Sheehan, s.j., Margaret Somerville, Daniel Sulmasy, o.f.m., Carol Taylor, Leo Walsh, c.s.b., Helen Watt et George Webster. Divers comités d'éthique ont aussi fait parvenir leurs révisions : Covenant Health, Edmonton, St. Joseph's Health Care à London, Hôpital général Saint-Boniface à Winnipeg et résidence Joseph's à Winnipeg.

Préambule

Le *Guide d'éthique des soins de santé* publié en 1991 par l'Association catholique canadienne de la santé précisait qu'il devait être réexaminé et révisé à intervalles réguliers, au fil des nouvelles problématiques éthiques, afin de s'assurer qu'il puisse toujours répondre aux questions de l'heure. L'édition subséquente, publiée en 2000 et intitulée *Guide d'éthique de la santé*, représente la première révision en ce sens. Elle accordait une importance accrue à la perspective communautaire des soins de santé et aux dimensions sociales grandissantes des soins, comme la promotion de la santé et la prévention de la maladie, les services sociaux, les soins aigus, les soins de longue durée, la rééducation des malades chroniques et les soins à domicile. La présente édition du *Guide d'éthique de la santé* cherche aussi à fournir des lignes directrices tenant compte des percées de la science et de la médecine. De surcroît, elle cherche à ancrer davantage le guide dans le message évangélique de Jésus illustré par la parabole du bon Samaritain, qui sert de modèle pour répondre aux besoins de son prochain. Cette édition-ci intègre aussi une vision exposée plus en profondeur de la nature sociale des soins de santé ainsi que des valeurs et principes enchâssés dans la parabole du bon Samaritain.

Le *Guide d'éthique de la santé* s'adresse à plusieurs auditoires différents. Il part du principe que bon nombre de membres du personnel et même des conseils d'administration d'aujourd'hui connaissent probablement moins la tradition catholique et l'héritage des soins de santé catholiques que ceux d'hier.

Plus précisément, le *Guide d'éthique de la santé* met en lumière le devoir moral qui incombe aux parrains et propriétaires, aux conseils d'administration, aux membres des comités d'éthique ainsi qu'au

personnel des organismes de soins de santé et de services sociaux catholiques. Pour les catholiques qui œuvrent dans des organismes de soins de santé et de services sociaux non parrainés par des intérêts catholiques, ce guide pourra leur être grandement utile. Pour les personnes qui travaillent au sein d'organismes de soins de santé et de services sociaux catholiques, peu importe qu'elles soient rattachées ou non à la tradition de foi catholique, le guide présente les enseignements catholiques et souligne les valeurs à respecter. Enfin, le guide peut aussi servir aux bénéficiaires de soins, à leurs familles et à quiconque souhaite se reporter à un cadre permettant de mieux structurer et formuler ses propres décisions. Il les renseigne également sur ce à quoi s'attendre de la part de fournisseurs de soins qui tiennent compte de cette vision des soins.

Ce guide peut fournir une perspective et une orientation générale. Il ne doit pas se substituer aux orientations et enseignements des autorités de l'Église, ni éliminer les responsabilités qui incombent aux organismes, ni faire obstacle à la nécessité de toujours agir avec une conscience éclairée.

Le *Guide d'éthique de la santé* sert à guider l'élaboration de protocoles pour un organisme. Le *nihil obstat* conféré par le Conseil permanent de la Conférence des évêques catholiques du Canada pour l'édition originale en anglais du *Guide* ne signifie pas que le guide se substitue à l'autorité de l'évêque diocésain, mais plutôt qu'il l'appuie. Les protocoles d'organismes s'en remettent au jugement de l'évêque diocésain pour toute question de foi ou de morale.

Le *Guide d'éthique de la santé* accompagne d'autres initiatives et activités du ministère de guérison de l'Église, comme la pastorale et les services religieux, l'intégration de la mission et des valeurs au sein des organismes, les comités et centres d'éthique,

le ministère des services infirmiers en paroisse, qui sont autant d'avenues permettant aux fournisseurs de soins de s'ouvrir à toute l'ampleur de leur ministère de guérison.

La plupart des chapitres comptent deux parties : des remarques préliminaires précisant les valeurs qui sous-tendent le traitement des questions abordées dans le chapitre et une série d'articles servant à exprimer la pensée catholique contemporaine sur la façon dont ces valeurs sont mises en application dans des circonstances données.

Bien que ce guide mette l'accent sur l'aspect éthique de certaines questions, il faut tenir compte du fait que nombre d'entre elles ont aussi des connotations juridiques. Dans ces cas, le lecteur est invité à se reporter à la législation provinciale, territoriale et fédérale appropriée.

Introduction

LA RÉFLEXION ÉTHIQUE SUR LA RELATION DE GUÉRISON SOUS LE SIGNE DE LA COMPASSION ET DE LA BIENVEILLANCE

L'Alliance catholique canadienne de la santé débute la présente édition du *Guide d'éthique de la santé* par une réflexion sur l'Évangile et sur la mission de guérison incessante de Jésus-Christ.

[Q]uand il guérit un lépreux ou qu'il proclame la parabole du bon Samaritain, Jésus prouve déjà qu'il a compassion de ceux qui souffrent. Mais il y a bien plus encore. Son geste annonce la vie nouvelle du Royaume : la guérison totale et permanente de la personne humaine dans toutes ses dimensions et ses relations. C'est que sa parole toute puissante atteint la personne en sa totalité¹.

La parabole du bon Samaritain est l'un des récits fondamentaux des soins de santé catholiques². Pour cette raison, nous débutons ce *Guide d'éthique de la santé* en réfléchissant aux leçons contenues dans cette parabole reçue du Christ lui-même, en nous y reconnaissant et en nous y conformant.

Mais [l'homme], voulant se justifier, dit à Jésus : « Et qui est mon prochain? » Jésus reprit : « Un homme descendait de Jérusalem à Jéricho, et il tomba au milieu de brigands qui, après l'avoir dépouillé et roué de coups, s'en allèrent, le

-
1. Conférence des évêques catholiques du Canada, *Pour une espérance nouvelle dans le Christ : une vision chrétienne de la maladie et de la guérison*, 1983, p. 10, note 11.
 2. G. Arbuckle, « Retelling “The Good Samaritan” : Jesus’ parable is the founding story of Catholic health care », *Health Progress*, juillet-août 2007, vol. 88, n° 4, p. 20 à 24.

laissant à demi mort. Un prêtre vint à descendre par ce chemin-là; il le vit et passa outre. Pareillement un lévite, survenant en ce lieu, le vit et passa outre. Mais un Samaritain, qui était en voyage, arriva près de lui, le vit et fut pris de pitié. Il s'approcha, banda ses plaies, y versant de l'huile et du vin, puis le chargea sur sa propre monture, le mena à l'hôtellerie et prit soin de lui. Le lendemain, il tira deux deniers et les donna à l'hôtelier, en disant : "Prends soin de lui, et ce que tu auras dépensé en plus, je te le rembourserai, moi, à mon retour." Lequel de ces trois, à ton avis, s'est montré le prochain de l'homme tombé aux mains des brigands? » Il dit : « Celui-là qui a exercé la miséricorde envers lui. » Et Jésus lui dit : « Va, et toi aussi, fais de même. » (Luc 10, 29–37)³

Le paradigme de la parabole du bon Samaritain attire notre attention sur le rôle central de la compassion et de la bienveillance au cœur de la relation de guérison. Ce récit comporte des leçons encore d'actualité pour chaque aspect des soins de santé dans tous les milieux que nous desservons, qu'il s'agisse d'un centre de santé communautaire, d'un organisme de service social, d'un hôpital, d'un établissement de soins de longue durée, d'un foyer-résidence ou du domicile d'une personne. D'abord et avant tout, Jésus situe la prestation de soins fermement dans l'appel à la charité. La charité, l'amour du Christ, se trouve au cœur des actions de chacun et doit être le fondement de toutes les actions d'un établissement et d'un organisme. Jésus lui-même, dans sa prédication et son enseignement, nous donne un modèle de service imprégné d'amour. Il s'identifie avec les malades et les personnes dans le besoin; il en découle clairement qu'en répondant aux malades et aux nécessiteux, on répond à Jésus. Ainsi, toutes les personnes qui travaillent dans le secteur des soins de santé catholiques sont appelées à manifester la compassion et la bienveillance du Christ aujourd'hui et

3. *La Bible de Jérusalem*, Paris, les Éditions du Cerf, 1997.

à servir Dieu auprès des personnes souffrantes. Bien que nous œuvrions dans le secteur des soins de santé au XXI^e siècle, nous ne devons pas perdre de vue que les soins prodigués aux personnes dans le besoin ne se limitent pas à une question d'affaires. Il s'agit de notre participation assidue au ministère de guérison de Jésus-Christ.

Chaque élément de cette parabole nous somme d'examiner notre propre vécu et la compassion dont nous avons fait preuve envers les personnes nécessitant des soins de santé. Le bon Samaritain met expressément les soins de santé et les services sociaux catholiques au défi de respecter la dignité, de nourrir la confiance et de faire la promotion de systèmes de soins de santé justes.

Dans les prochaines réflexions, les questions soulevées par la parabole offrent un contexte que les lecteurs sont invités à adopter dans l'accueil de cette troisième édition du *Guide d'éthique de la santé*. Ce sont justement ces questions qui nécessitent une réaction sincère en regard des nombreuses questions d'ordre éthique complexes soulevées par la prestation de soins de santé et de services sociaux de nos jours. Ce guide cherche à donner une orientation claire pour aider le personnel des soins de santé et des services sociaux à réagir à ces questions dans un cadre éthique cohérent.

Un appel au respect de la dignité

Un homme a besoin de soins de santé urgents parce qu'il a été battu et est à demi-mort. Comme il a été victime de violence, il a aussi besoin de compassion et de soins respectueux (guérison intérieure).

Qui a besoin de soins urgents aujourd'hui? En quoi fermons-nous, individuellement et collectivement, les yeux sur les besoins de certains ou évitons-nous d'y répondre?

Malgré l'urgence de la situation, personne ne vient au secours de cet homme. Les autorités officielles, comme le prêtre ou le lévite, de qui nous sommes en droit d'attendre un secours en raison même

de leur fonction, vont jusqu'à faire des détours pour l'éviter. Elles continuent à vaquer à leurs occupations avec une sorte d'aveuglement moral à l'égard des besoins sous leurs yeux.

Comment les soins de santé catholiques répondent-ils aux besoins émergents et aux nouvelles situations? Quel courage faut-il pour reconnaître tant les besoins physiques évidents que les besoins profonds touchant le rétablissement d'un sentiment de dignité et la guérison intérieure, et quel courage faut-il pour y répondre? Quelles conséquences subissent les fournisseurs de soins surmenés qui doivent en faire encore plus pour répondre aux besoins spirituels et affectifs des personnes malades et blessées? Commettons-nous des « actes de violence » dans l'exercice de nos fonctions de fournisseurs de soins et de professionnels?

Sommes-nous tellement pris par l'urgence et les pressions de nos réactions habituelles vis-à-vis des nombreux besoins des personnes que nous desservons que nous négligeons les occasions de faire preuve de compassion envers les personnes qui en ont le plus besoin, là où elles en ont le plus besoin?

Chaque personne est appelée à s'engager dans des relations qui la nourrissent et la définissent. La tradition catholique considère cette rencontre entre les personnes comme un lieu privilégié de soutien à la dignité intrinsèque de la personne.

- Tous les soins doivent être marqués du souci du bien de la personne. Tous ceux qui ont besoin de soins doivent toujours être accueillis comme des personnes avec lesquelles nous sommes disposés à établir une relation. Nous devons aussi respecter la dimension communautaire de l'identité de la personne, qu'il s'agisse de sa culture, de sa religion ou de sa langue.
- La guérison se produit plus facilement lorsque les gens

sentent qu'ils appartiennent à une communauté compatissante. Les groupes religieux ont un rôle spécial à jouer pour soutenir leurs membres et promouvoir les dimensions spirituelle et religieuse des soins de santé.

- Toute forme de préjugé constitue un déni fondamental de notre engagement envers le message évangélique.
- Les organisations de santé et de services sociaux doivent respecter la dignité des membres de leur personnel de la même manière que ces derniers sont appelés à respecter la dignité des personnes qui sont confiées à leurs soins.

Un appel à l'instauration d'un climat de confiance

Dans la parabole, contre toute attente, c'est un Samaritain – que les orthodoxes et les gens de pouvoir de l'époque jugeaient à la fois comme étant hérétique et inférieur sur le plan social – qui « fut pris de pitié » pour le blessé. Un sentiment d'interdépendance (d'être le « prochain ») et de vulnérabilité mutuelle s'établit une fois que le Samaritain descend de sa monture pour se mettre au niveau du blessé et que ce dernier accepte l'aide de celui qui est jugé comme un paria.

Qu'est-ce qui nous empêche de prodiguer des soins à visage humain à notre époque? Nos institutions et nos organisations reconnaissent-elles la vulnérabilité mutuelle inhérente dans les soins prodigués avec une véritable compassion? Quelles politiques et pratiques adoptons-nous pour nourrir la confiance des gens que nous soignons? Que faisons-nous pour appuyer les fournisseurs de soins mus par la compassion qui remettent en question les routines et ce qui est tenu pour acquis? Jusqu'à quel point notre organisation est-elle responsable des défis à surmonter? En quoi le paysage multiculturel et multiethnique des soins de santé modernes pose-t-il des défis aux patients autant qu'aux fournisseurs de soins?

La compassion dont il est question ici n'a rien à voir avec un vague sentiment de pitié ou d'empathie pour quelqu'un. Il s'agit plutôt d'une force d'âme vigoureuse pour « souffrir avec l'autre », ce qui exige des soins prodigués avec courage et générosité. Le Samaritain s'occupe des blessures de l'autre avec ses propres mains. Il utilise ses précieuses ressources de vin et d'huile pour soigner. Ce récit montre que la compassion a un véritable coût.

Pendant que les systèmes de santé subissent des pressions pour répondre aux questions d'accès et d'attente, comment faisons-nous preuve de solidarité dans les soins que nous prodiguons aux malades? Quel prix sommes-nous prêts à payer, en tant que particuliers et qu'organisations, pour assurer des soins justes et humains?

La tradition catholique veut que la guérison se produise plus facilement dans un climat de confiance.

- La compassion et la confiance qui caractérisent les organismes de soins de santé et de services sociaux protègent la société contre le phénomène croissant de la dépersonnalisation.
- Les personnes qui nécessitent des soins doivent sentir qu'elles peuvent avoir confiance en leurs fournisseurs de soins pour agir dans leur meilleur intérêt avec respect et en prenant dûment en compte les questions de qualité et de sécurité.
- Les organisations doivent instaurer un climat de confiance fondé sur le dialogue et le respect mutuel.
- Le souci du bien-être des travailleurs de la santé constitue un élément essentiel de la confiance; à cet égard, il faut s'engager à favoriser le respect de la contribution unique de chacun, de la coresponsabilité, de la transparence et de la communication.

- Les personnes en poste d'autorité doivent reconnaître que leur rôle est avant tout un ministère de service et d'intendance qui doit être imprégné d'amour. La volonté de partager l'autorité et le pouvoir, et de mettre en œuvre des mécanismes participatifs de prise de décisions, de planification et d'élaboration de politiques est essentielle à l'instauration de la confiance au sein d'une organisation et d'un système.

Un appel à la promotion de la justice

Le Samaritain ne répond pas seulement aux besoins immédiats. Il reconnaît que le blessé a besoin de soins, de soutien et de réadaptation de longue haleine. Il le prend sur sa propre monture et le mène à l'hôtellerie pour qu'on s'occupe de lui durant sa longue convalescence. Trouver et organiser de tels soins de longue durée n'est par facile.

Jusqu'à quel point, à chaque niveau des soins de santé catholiques, prêtons-nous attention à tous les besoins le long de la chaîne des soins de santé, de la prévention d'une maladie à la promotion de la santé, en passant par les soins à long terme, la réadaptation et les soins palliatifs? Comment aidons-nous chaque personne à comprendre et à assumer sa responsabilité de « prendre soin prudemment » de sa propre vie et de sa santé? Avec quelle vigilance évaluons-nous les implications au chapitre de la justice des changements apportés au système de santé? Quelles leçons pouvons-nous tirer de cette parabole dans l'optique de notre collaboration avec l'ensemble du système de santé? Quelles sont les limites de la collaboration si nous voulons véritablement être de bons Samaritains?

Au bout du compte, ce récit nous apprend que le Samaritain s'engage à assurer le suivi du blessé. Il prend l'engagement de s'occuper de lui et reconnaît l'importance d'aller au bout de son engagement jusqu'au rétablissement du blessé.

Comment équilibrer les besoins des personnes avec l'intendance responsable des ressources et la promotion du bien commun? Comment organiser les systèmes qui doivent répondre aux besoins d'aujourd'hui en matière de santé? Quelle attention prêtons-nous au fardeau que représentent les soins de longue durée pour les familles et les collectivités?

Pour favoriser et restaurer la plénitude de vie, il faut non seulement traiter les symptômes, mais également prêter attention aux causes de la souffrance et de l'injustice et aux besoins à long terme de la collectivité. La tradition considère la qualité des rapports et la protection des droits humains au sein de la collectivité comme fondamentales à une société juste et en santé. Elle souligne les liens qui existent entre la promotion de la santé et la lutte contre l'injustice.

- Le respect des droits des personnes et des collectivités est fondamental à toute conception de la justice. Ces droits sont une expression du respect de la dignité humaine.
- Les besoins des plus vulnérables ou des laissés-pour-compte doivent faire l'objet d'une attention préférentielle. Leur bien-être témoigne de la qualité morale de toute collectivité ou organisme. L'amour spécial des pauvres est au cœur du message évangélique et de la construction du Royaume de Dieu.
- La santé comporte les dimensions physiologique, psychologique, spirituelle, sociale, économique et écologique. La promotion de la justice suppose que l'on s'occupe de toutes ces dimensions.
- Nous sommes appelés à chercher le bien commun, qui s'entend de la somme totale des conditions sociales favorisant l'épanouissement de chacun.

LA RÉPONSE À L'APPEL DE L'ÉVANGILE EN FAVEUR DE LA COMPASSION ET DU SERVICE DE GUÉRISON

Comme le fait remarquer Jésus dans la parabole du bon Samaritain, nous sommes appelés à être le « prochain » les uns des autres et à offrir des soins compatissants et un climat propice à la guérison. Ainsi, l'appel à la charité et à l'amour dans l'Évangile s'exprime par le souci d'autrui et la solidarité avec les personnes dans le besoin. Au fil des siècles, les chrétiens, et en fait les gens de toutes les confessions, ont répondu avec générosité aux personnes aux prises avec toutes sortes de souffrances. Mus par leur foi, les chrétiens ont donné tout particulièrement aux secteurs de l'éducation, des services sociaux et de la santé une longue tradition de services dévoués, de soins compatissants, ainsi qu'un haut degré d'excellence. La charité, la compassion, le souci du bien-être d'autrui, la confiance et la justice constituent des valeurs à la base de toute démarche chrétienne authentique pour prodiguer des soins de santé et soulager la souffrance humaine.

Les organismes catholiques de santé et de services sociaux constituent une expression visible du ministère de compassion et de guérison du Christ et, par conséquent, portent témoignage de la Bonne Nouvelle de l'Évangile telle qu'elle est exprimée dans la tradition de foi catholique. Ces organisations possèdent une vision et une culture spirituelles distinctes qui les appellent à répondre aux besoins des pauvres et des faibles avec compassion et dignité. Elles jouent cet important rôle en étant présentes auprès des gens à des moments critiques où la vie peut être favorisée, comme à leur naissance et au moment de la mort, lorsqu'ils sont soignés et guéris, et lorsqu'ils sont soutenus aux heures difficiles. La tradition catholique considère cet engagement concret comme une présence sacramentelle, une rencontre avec le Christ. C'est cette vision qui définit la qualité des rapports avec les personnes qui ont besoin de soins.

Notre vocation particulière dans le secteur chrétien de la santé n'est pas tellement de soigner mieux ou plus efficacement

que les autres, mais plutôt d'apporter du réconfort aux malades en leur assurant une expérience qui renforcera leur confiance en la vie. Le but ultime de nos soins est de donner aux personnes malades une raison d'espérer⁴.

Cette espérance sous-entend la guérison de la personne humaine dans toutes ses dimensions et comprend une attention portée à la signification de la vie humaine, à ses joies et à ses peines, à ses souffrances et à sa mort, ainsi qu'à sa valeur spirituelle aux yeux de Dieu. Une perspective catholique respecte à la fois le corps et l'esprit, le bien individuel et le bien commun, la personne et la collectivité, la foi personnelle et l'appartenance à une Église organisée qui peut parler avec autorité et encouragement.

Dans l'ensemble de la société, les organismes catholiques de la santé et des services sociaux agissent comme porte-parole d'une vision de la vie fondée sur les valeurs morales et religieuses de la tradition catholique. Les soins prodigués par ces organismes constituent une expression, au sein de l'Église diocésaine, du ministère de guérison de Jésus-Christ.

UN APPEL À LA COMPASSION ET À LA RÉFLEXION ÉTHIQUE

La tradition morale catholique cherche à comprendre la manière la plus authentique de mettre l'amour et la compassion en pratique dans le concret du quotidien. La tradition reconnaît que, « dépourvu de vérité, l'amour bascule dans le sentimentalisme⁵ ». L'amour et la

-
4. Cardinal Joseph Bernardin, Lettre pastorale « A Sign of Hope » (1995), citée dans son article « What Makes a Hospital Catholic – A Response », *America*, vol. 174, n° 15 (4 mai 1996), p. 9.
 5. Pape Benoît XVI, Lettre encyclique *Caritas in Veritate* (L'amour dans la vérité), Vatican, 2009, n° 3. Nota : Tous les documents du Vatican sont accessibles à partir du site Web du Vatican à l'adresse www.vatican.va.

vérité sont interreliés, mais l'amour « doit être compris, vérifié et pratiqué à la lumière de la vérité⁶ ». Le présent *Guide d'éthique de la santé* cherche notamment la meilleure façon de dire et d'exprimer comment l'appel à la compassion et à la guérison peut répondre à la vérité, telle qu'elle se trouve dans la tradition de foi catholique.

Cette tradition comprend un certain nombre de fondements théologiques qui orientent la réflexion éthique. Ces fondements comprennent la conviction que toute la création est un don de l'amour de Dieu qui ne nous appartient pas, mais dont nous devons nous occuper; l'acceptation que l'Église catholique a l'autorité des enseignements définitifs touchant les questions morales; la croyance en la présence de Dieu dans la vie humaine; le sentiment de sa propre responsabilité dans les efforts d'élimination de la maladie et de la souffrance grâce à la science et à la technologie ainsi qu'à d'autres moyens de longue date ou novateurs pour guérir et soigner; la reconnaissance du fait que la souffrance peut avoir un sens et permettre de grandir; et la reconnaissance de la dimension morale de l'existence humaine qui exige que nous agissions toujours avec une conscience éclairée.

L'évêque diocésain a le devoir de jouer un rôle de premier plan dans la mission des organismes de santé catholiques. À cet égard, il exerce des responsabilités ancrées dans ses fonctions d'enseignant, de prêtre et de pasteur, et il coordonne les ministères des églises de son diocèse⁷. En exerçant ainsi ses fonctions de premier enseignant de sa communauté locale, il doit s'assurer que l'enseignement de l'Église catholique s'applique en conformité avec les progrès médicaux rapides et la complexité grandissante des sciences humaines. À ce

6. *Ibid.*, n° 2.

7. Conférence des évêques catholiques des États-Unis (USCCB), *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, Washington, D.C., 2009, introduction générale.

titre, il peut consulter des spécialistes de différentes disciplines. Quoi qu'il en soit, dans les domaines où l'Église ne s'est pas prononcée sur une question d'ordre éthique, les fidèles ne doivent pas penser « pour autant que leurs pasteurs aient une compétence telle qu'ils puissent leur fournir une solution concrète et immédiate à tout problème, même grave, qui se présente à eux, ou que telle soit leur mission. Mais plutôt, éclairés par la sagesse chrétienne, prêtant fidèlement attention à l'enseignement du Magistère, qu'ils prennent eux-mêmes leurs responsabilités⁸ ».

Il incombe à l'évêque diocésain, à titre de prêtre, de superviser le ministère sacramentel auprès des bénéficiaires de soins. À titre de pasteur, l'évêque diocésain encourage les fidèles à suivre le ministère de guérison de l'Église et témoigne, aux côtés des fidèles, des valeurs de respect de la dignité, d'impulsion de la confiance et de promotion de la justice. Ces responsabilités nécessitent que les fournisseurs de soins de santé catholiques et l'évêque diocésain entretiennent une communication soutenue sur des questions d'éthique et de pastorale.

La qualité des décisions éthiques dépend non seulement du raisonnement abstrait, mais également de la foi vécue, de l'expérience, de la prudence et de la vertu de toutes les personnes touchées par les questions soulevées. Les fidèles doivent aussi savoir que « [c']est à leur conscience, préalablement formée, qu'il revient d'inscrire la loi divine dans la cité terrestre⁹ ». La tradition morale catholique est le fruit d'un dialogue continu entre notre compréhension de la nature humaine et de la création, et notre expérience de Dieu telle qu'elle est révélée en Jésus-Christ. Ce dialogue s'établit par la prière, l'étude et la réflexion, et passe par la reconnaissance de l'œuvre de l'Esprit dans ce que vivent les communautés catholiques et de santé confrontées à

8. Vatican II, *Constitution pastorale sur l'Église dans le monde de ce temps* (*Gaudium et Spes*), n° 43.

9. *Loc. cit.*

des questions difficiles. Ce dialogue est facilité par d'autres personnes, tels les théologiens moralistes, les éthiciens et les agents de pastorale. Les fruits de ce dialogue sont éclairés et inspirés par la réflexion sur les Saintes Écritures et tout particulièrement par la longue tradition des enseignements de l'Église, avec l'évêque diocésain qui agit comme premier interprète de ces enseignements auprès de la communauté de foi de son diocèse. Cette recherche de la vérité vise à déterminer le plan d'action le plus empreint de compassion et le mieux apte à tenir compte du bien-être complet de la personne ayant besoin d'être soignée ou guérie.

La tradition morale catholique est une tradition vivante. Ses formulations sont nécessairement le fruit d'une vision du réel qui s'affine sans cesse en raison d'attitudes conditionnées par le déroulement de l'histoire, d'un discernement accru, ainsi que d'une compréhension scientifique et philosophique grandissante des préoccupations touchant les soins de santé. Bien que les grandes obligations d'ordre éthique (tel le respect de la vie humaine) demeurent les mêmes, leur mise en application doit toujours se faire en fonction de la situation concrète de l'instant présent.

La tradition catholique n'est d'ailleurs pas toujours claire ni unanime sur toutes les questions morales. Plusieurs facteurs peuvent rendre incertaine la voie morale à suivre dans une situation donnée. Les faits établis par l'expérience clinique et d'autres moyens scientifiques peuvent entretenir le flou. L'application des valeurs morales à une situation donnée quand une règle semble en contredire une autre peut ne pas être claire non plus. Qui plus est, dans certains cas, il se peut que des spécialistes responsables diffèrent d'opinion au sujet de certaines règles de base, et que le magistère de l'Église ne se prononce pas de manière définitive sur le sujet. Dans de telles circonstances où l'obligation n'est pas claire, il faut s'en remettre au jugement de sa conscience éclairée (voir l'annexe I).

DES VALEURS MORALES FONDAMENTALES

Dans la tradition judéo-chrétienne et dans bien d'autres traditions aussi, la responsabilité morale de base dont chacun doit faire preuve à l'égard d'autrui est de « s'aimer les uns les autres », d'être le « prochain » de l'autre comme dans la parabole du bon Samaritain. Cette valeur de base de l'Évangile appelle au respect de la dignité, à l'établissement d'un climat de confiance et à la promotion de la justice. Ces aspects de l'amour ou de la compassion peuvent être élargis pour mettre en évidence d'autres valeurs précises qui aident à orienter le discernement et la prise de décisions éthiques. Pour la plupart, ces valeurs ne sont pas propres aux soins de santé catholiques, mais elles sont essentielles au respect de la tradition catholique.

Un appel au respect de la dignité

- 1. Le respect de la dignité de chaque personne humaine** – La vie de chaque personne possède une dignité et une valeur inhérentes qui sont indépendantes de ce que toute autre personne ou l'État pense ou affirme¹⁰. Dans la tradition judéo-chrétienne, le fondement de cette dignité réside dans la conviction que chaque être humain est créé à l'image de Dieu (Genèse 1, 27). Dans le cas des services de santé et des services sociaux, cette valeur devient le fondement des exigences entourant le consentement éclairé ainsi que le respect de la vie privée et de la confidentialité.
- 2. Le respect de la vie humaine** – La vie humaine est un don de l'amour de Dieu et la base de tous les autres biens humains. Elle doit être respectée, de la conception à la mort naturelle. Toutefois, le maintien de la vie corporelle humaine n'est pas un bien absolu; il est possible d'y renoncer, par exemple, pour défendre autrui ou permettre à la mort de faire son œuvre sans que des moyens extraordinaires n'interviennent pour maintenir la vie.

10. *Ibid.*, n^{os} 27 à 29.

Un appel à l'instauration d'un climat de confiance

- 3. L'interdépendance de tous les êtres humains** – La confiance nécessite des relations et en établit. Les personnes humaines sont des êtres sociaux qui ne peuvent normalement ni vivre ni développer leur potentiel propre sans rapports humains et communautaires¹¹. Cette valeur fondamentale rappelle l'interdépendance de chaque personne avec les autres, avec toute la création et avec Dieu.
- 4. L'intendance et la créativité** – Les êtres humains entretiennent des relations non seulement entre eux, mais aussi avec toute la création. Les Écritures présentent la création comme étant à la fois un don et une responsabilité. Toute la création est un don que Dieu nous a fait. Par conséquent, à titre d'intendants de la création, nous avons tous le devoir de respecter et de protéger toute la création, ainsi que d'en prendre soin, autant que de nous-mêmes. Nous devons aussi recourir à notre propre créativité libre et intelligente pour découvrir les bienfaits de la nature qui nous entoure et qui se trouve en nous, tout en respectant humblement ses limites inhérentes¹².

Un appel à la promotion de la justice

- 5. La justice** – La justice consiste à donner à l'autre ce qui lui revient. Il s'agit de la reconnaissance et du respect des droits légitimes d'autrui. « Non seulement la justice n'est pas étrangère à la charité, [elle] est inséparable de la charité, elle lui est intrinsèque¹³. »

11. *Ibid.*, n^{os} 12, 25.

12. Voir Benoît XVI, Lettre encyclique *Caritas in Veritate* (L'amour dans la vérité), Vatican, 2009, n^{os} 48 à 51.

13. *Ibid.*, n^o 6.

- 6. Le bien commun** – Cette valeur fondamentale est centrale à la tradition catholique et a été récemment remise en relief. « À côté du bien individuel, il y a un bien lié à la vie en société : [...] C'est le bien du “nous-tous”, constitué d'individus, de familles et de groupes intermédiaires qui forment une communauté sociale. Ce n'est pas un bien recherché pour lui-même, mais pour les personnes qui font partie de la communauté sociale et qui, en elle seule, peuvent arriver réellement et plus efficacement à leur bien. C'est une exigence de la justice et de la charité que de vouloir le bien commun et de le rechercher¹⁴. » Il s'agit de l'édification d'un ordre social juste et compatissant qui favorise le véritable développement humain. Par extension, le bien commun comprend aussi le respect de l'environnement.
- 7. La solidarité** – La solidarité « signifie avant tout se sentir tous responsables de tous, elle ne peut donc être déléguée seulement à l'État¹⁵. » Elle dépasse les insinuations politiques dont elle a fait l'objet dans certains pays. Elle a plutôt de vastes conséquences socioéconomiques pour le monde et les soins de santé d'aujourd'hui. Elle est directement liée à la charité. Par exemple, le magistère du pape¹⁶ s'en est servi comme d'un autre moyen de parler de charité, pour justifier certains types de transplantations d'organes.

LE GUIDE D'ÉTHIQUE DE LA SANTÉ

La présente introduction donne le contexte nécessaire pour comprendre le reste du *Guide d'éthique de la santé*. Ce guide vise trois objectifs :

14. *Ibid.*, n° 7.

15. *Ibid.*, n° 38.

16. Voir Jean-Paul II, *Discours aux participants à un Congrès sur les transplantations d'organes*, 20 juin 1991 [en anglais].

1. rappeler aux lecteurs l'engagement fondamental de la tradition catholique envers le ministère de guérison des personnes malades et souffrantes;
2. articuler les valeurs et principes au cœur de cette tradition en fournissant des lignes directrices pour la prise de décisions éthiques;
3. favoriser une compréhension pastorale de la façon dont ces principes et valeurs peuvent éclairer la prise de décisions dans le secteur des soins de santé et des services sociaux.

Le *Guide d'éthique de la santé* débute, au chapitre 1, par une description du caractère social des soins de la personne. Le chapitre 2 explore la notion de base qu'est la dignité de la personne humaine et son incidence sur les services de santé et les services sociaux.

Les trois chapitres suivants se penchent sur des questions d'ordre moral et éthique au début de la vie (chapitre 3), en fin de vie (chapitre 4) et entourant le don d'organes (chapitre 5). Le chapitre 6 expose des facteurs à prendre en considération pour la recherche sur des sujets humains, et le chapitre 7 aborde des questions de gouvernance et d'administration d'un organisme catholique de soins de santé et de services sociaux.

Pour faciliter la mise en pratique du guide, une annexe explore la notion de conscience, ainsi que certains des principes clés créés au sein de la tradition catholique pour prendre des décisions éthiques quand des valeurs semblent conflictuelles. Une autre annexe contient un glossaire de termes retrouvés dans le *Guide d'éthique de la santé*.

Le caractère social des soins de la personne



Remarques préliminaires

La parabole du bon Samaritain montre avec éloquence que la prestation de soins de santé ne peut se faire indépendamment des particuliers, des organismes et de toute la société. Le Samaritain est intervenu personnellement avec courage, mais il a eu besoin des autres pour l'aider à prodiguer tous les soins dont le blessé avait besoin. Cette parabole interpellante nous rappelle que les soins de santé ont des dimensions sociales et relationnelles intrinsèques.

Ainsi, il n'est pas étonnant que les établissements de soins de santé et les autres services sociaux œuvrent au sein de sociétés constituées en réseaux complexes de groupes sociaux, depuis les plus petites familles jusqu'aux organismes locaux, nationaux et internationaux. Ces différentes structures sociales sont l'expression contemporaine des besoins fondamentaux et multiples de chacun. L'interdépendance sociale de tous les êtres humains, et l'interconnectivité de toute la création, est une vérité fondamentale et un principe central de l'enseignement catholique sur la justice sociale.

La tradition chrétienne a recours aux images du corps humain et de la famille pour souligner cette interdépendance sociale. Chaque personne partage la responsabilité de la société, et la société est responsable de chacun de ses membres. Mais en tant que chrétiens, nous vivons aussi dans la société à titre de membres d'une communauté de croyants. La vie de foi de la communauté chrétienne est façonnée par le baptême qui appelle chacun de ses membres à partager la vie de Dieu et à œuvrer pour le bien commun de tous les peuples. La loi fondamentale de cette communauté veut que l'amour de Dieu, l'amour du prochain et l'amour de soi ne soient jamais dissociés.

Les besoins individuels et sociaux doivent toujours s'inscrire dans un juste équilibre au sein d'un ordre social qui a « pour base la

vérité, [qui s'édifie] sur la justice et [qui est] vivifié par l'amour [...]. Tout groupe doit tenir compte des besoins et des légitimes aspirations des autres groupes, et plus encore du bien commun de l'ensemble de la famille humaine¹. » L'enseignement social catholique exprime cette préoccupation pour le bien-être de chacun en termes de solidarité mondiale. « Le développement intégral de l'homme ne peut aller sans le développement solidaire de l'humanité². »

LES SOINS DE SANTÉ

La maladie est une condition humaine nécessitant une manifestation particulière de solidarité et de réponse collective. Le pape Jean XXIII faisait remarquer que « l'homme a droit à la sécurité en cas de maladie³ ». Bien qu'il y ait de nombreuses façons d'organiser les soins de santé et les services sociaux, il existe certains principes de base clairs.

Plus précisément, la justice dans les soins de santé oblige la société à assurer à tous ses citoyens les soins de santé appropriés. Le maintien de l'universalité et de l'accessibilité complète des soins de santé demeure l'objectif principal de la justice dans ce domaine. Les décisions portant sur ceux ou celles qui doivent recevoir des soins ne peuvent être motivées par le mérite, la valeur sociale ou la capacité de payer. Tous ont droit aux soins de santé⁴.

-
1. Vatican II, *Constitution pastorale sur l'Église dans le monde de ce temps (Gaudium et Spes)*, n^{os} 25 et 26.
 2. Pape Paul VI, Lettre encyclique *Populorum Progressio (Le développement des peuples)*, Vatican, 1967, n^o 43.
 3. Pape Jean XXIII, Lettre encyclique *Pacem in Terris (Paix sur la terre)*, Vatican, 1963, n^o 11.
 4. Conférence des évêques catholiques du Canada (CÉCC), Lettre pastorale du Conseil permanent de la CÉCC, 2005, n^o 10.

Pour cette raison, la tradition catholique envisage les soins de santé comme étant un bien social essentiel, un service prodigué à des personnes dans le besoin et une composante du bien commun. Les soins de santé ne sont pas une simple marchandise échangée contre des profits et que l'on peut se procurer seulement si l'on en a les moyens, et ils ne devraient pas être traités ainsi.

Le pape Benoît XVI, dans son encyclique *Caritas in Veritate*, indique clairement que l'éthique de la vie doit être explicitement liée à l'éthique sociale⁵. Les préoccupations liées à la santé ne sont pas limitées aux besoins des particuliers. Les déterminants de la santé comprennent les facteurs biologiques et psychologiques (mentaux et émotionnels), le milieu physique, le mode de vie, la spiritualité et les croyances religieuses, les interactions humaines et le soutien social, la situation économique et les conditions de travail. Ensemble, ces facteurs influencent la santé des personnes et des collectivités.

Il est donc indispensable que les pouvoirs publics se préoccupent de favoriser l'aménagement social parallèlement au progrès économique; ainsi veilleront-ils à développer [...] des services essentiels tels [...] l'habitat, l'assistance sanitaire, l'instruction [...]»⁶.

LA VISION CATHOLIQUE DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La tradition catholique reconnaît que, comme créatures sociales composées d'un corps et d'un esprit, les gens ont besoin d'activités individuelles, mais aussi d'institutions humaines visibles et tangibles qui leur permettent d'œuvrer à titre de communauté de croyants témoignant de la Bonne Nouvelle de l'Évangile telle que véhiculée

5. Benoît XVI, Lettre encyclique *Caritas in Veritate* (*L'amour dans la vérité*), Vatican, 2009, n^{os} 34 à 42.

6. Pape Jean XXIII, Lettre encyclique *Pacem in Terris* (*Paix sur la terre*), Vatican, 1963, n^o 64.

par la tradition de foi catholique. Les organismes catholiques remplissent cet important rôle en étant présents auprès des gens à des moments cruciaux de leur vie.

Dans le cadre de ses activités pastorales, l'évêque diocésain doit notamment assumer la responsabilité et l'autorité pastorales des organismes de santé et de services sociaux catholiques. Parmi les signes tangibles devant identifier les organismes catholiques, il y a le parrainage et la direction catholiques, la reconnaissance par l'évêque diocésain du rôle intégral de ces organismes au sein du service apostolique de l'Église, des soins de qualité, une sage intendance des ressources, une culture soutenant les valeurs éthiques et les croyances spirituelles chrétiennes, la promotion des soins spirituels et religieux, l'intégration de la mission et des valeurs, des conditions de travail justes, la disponibilité des sacrements et la présence d'œuvres d'art, de symboles et de signes chrétiens. Comme principale manifestation de leur identité, les organismes catholiques privilégient les soins spirituels de toutes les personnes qu'ils desservent et, en particulier pour les catholiques, ils collaborent autant que possible avec l'évêque diocésain dans ses efforts pour s'acquitter de sa responsabilité consistant à fournir des soins sacramentaux.

Les établissements de soins de santé catholiques au Canada font partie intégrante du système de soins de santé au pays. En effet, ils ont joué un rôle de direction majeur dans le secteur des soins de santé depuis la fondation de notre pays et ont été les premiers à offrir des services de santé. Ils sont un témoignage puissant de la grande foi, de la charité et de la générosité des religieuses et des religieux qui ont fondé ces établissements et ils continuent à être témoins de la compassion du Christ guérisseur.

Par conséquent, l'engagement en faveur de la justice doit distinguer ou caractériser les organismes de santé et de services sociaux catholiques. Ceux-ci doivent chercher à servir les personnes

marginalisées de la société et à les défendre, à témoigner d'un souci particulier pour les personnes pauvres et vulnérables. Toutes les personnes engagées dans ce ministère s'efforcent de créer une communauté de compassion.

Les organismes de santé et de services sociaux catholiques fonctionnent, au sein de la société civile, sous une identité particulière et avec une mission propre. La façon spécifique de poursuivre cette mission donne un caractère distinctif au travail des fournisseurs de soins de santé catholiques. Ceux-ci qualifient leur travail de « ministère », parce qu'il est motivé par l'Évangile et s'inscrit dans une tradition de foi. Une telle conception ne peut qu'aller à l'encontre de tout système ayant tendance à traiter la personne purement comme un cas, un numéro ou une donnée statistique. Les soins prodigués par ces organismes sont le prolongement du ministère de guérison de Jésus, motivé par une vision particulière fondée sur les valeurs morales et religieuses de la tradition catholique.

Les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux catholiques appartiennent à des communautés de service engagées dans la promotion d'une société en santé. En tant que membres de ces communautés, ils apportent, comme contribution unique, une perspective qui s'inspire de l'exemple de Jésus et s'inscrit dans la tradition catholique romaine. Les personnes qui exercent ce ministère se mettent au service des autres, mais ont elles-mêmes besoin du soutien de leur communauté.

LA SANTÉ ET LA GUÉRISON

1. Puisque la vie et la santé sont des biens précieux confiés par Dieu, « nous avons à en prendre soin raisonnablement en tenant compte des nécessités d'autrui et du bien commun⁷ ». (Cf. n^{os} 16, 39, 51, 76, 77, 89.)
2. La santé est le résultat de l'équilibre dynamique et de l'harmonie des énergies biologiques, psychologiques et spirituelles d'une personne, dans son environnement physique, social, culturel et économique. La santé n'est pas uniquement l'absence de maladie, mais le fonctionnement complet d'une personne considérée comme un tout intégré. (Cf. n^{os} 4, 16.)
3. Chaque personne a la responsabilité de faire des choix de mode de vie personnels qui auront une incidence positive sur sa santé et son bien-être, et aussi de participer à la promotion de la santé de sa collectivité locale et mondiale. (Cf. n^o 1.)
4. Nous avons la responsabilité de veiller à ce que notre ordre socioéconomique vise d'abord et avant tout à faire fructifier nos ressources pour répondre aux besoins de base de chaque personne pour qu'elle puisse vivre pleinement. (Cf. n^o 11.)

Le soin de la santé des citoyens requiert l'aide de la société pour obtenir les conditions d'existence qui permettent de grandir et d'atteindre la maturité : nourriture et vêtement, habitat, soins de santé, enseignement de base, emploi, assistance sociale⁸.

5. La volonté d'assurer la solidarité mondiale doit nous sensibiliser davantage aux questions environnementales et à leurs effets sur la santé et le bien-être. (Cf. n^o 13.)

7. *Catéchisme de l'Église catholique*, Libreria Editrice Vaticana, 2003, n^o 2288.

8. *Loc. cit.*

LE MINISTÈRE CHRÉTIEN DE GUÉRISON

6. La guérison suppose plus que le fait de surmonter une maladie. Elle prend en compte l'épanouissement de la personne, elle reconnaît les interrelations du corps, du cœur et de l'esprit. Elle comporte le rétablissement de l'équilibre et reconnaît le rôle de la spiritualité ou des croyances religieuses.
7. Pour les chrétiens, les soins de santé sont une entreprise suprêmement humaine, mais qui est aussi perçue comme un effort de collaboration avec le pouvoir de guérison de Dieu à l'œuvre pour assurer l'épanouissement de toute la personne. L'œuvre de guérison est considérée comme un ministère auquel tous sont appelés à participer en réponse à leur engagement baptismal. Un certain nombre de personnes se consacrent à des expressions particulières du ministère de guérison en assumant des responsabilités à titre de professionnels, d'employés de soutien et de bénévoles. Ces personnes sont un signe visible et un rappel de ce ministère de guérison pour l'ensemble de la collectivité. (Cf. nos 141, 142.)

LA MISSION DES ORGANISMES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CATHOLIQUES

8. La mission et l'identité religieuse des organismes catholiques reposent sur les valeurs morales, les principes et les enseignements de la tradition catholique. La mission de ces organisations doit être formulée clairement dans un énoncé, à passer en revue régulièrement avec l'apport de tous les membres de l'organisation pour veiller à ce qu'il reflète fidèlement la mission. (Cf. nos 144 à 150.)
9. Quels que soient ses objectifs particuliers, chaque organisme de santé et de services sociaux catholiques vise avant tout à soulager la souffrance et à promouvoir la santé sous tous ses aspects – physique, affectif et spirituel. L'envergure de cette

mission se vérifie dans l'intégration de politiques et de programmes qui mettent l'accent sur le bien-être, les soins spirituels, la promotion de la santé des particuliers et des collectivités, la prévention de la maladie, la rééducation, ainsi que le soin des personnes atteintes de maladies aiguës, chroniques ou terminales. Ce modèle exige la collaboration d'une grande diversité d'organismes, et de nombreuses interactions entre les réseaux de santé et de services sociaux et les autres secteurs de la société, comme l'éducation, le logement, les groupes religieux, les syndicats et les organisations professionnelles. (Cf. nos 146, 150 à 152, 184.)

10. Les organismes de santé et de services sociaux catholiques doivent se caractériser par une atmosphère propice à la guérison et être animés par un esprit de compassion enraciné dans la solidarité humaine et la fidélité à la mission de guérison du Christ. Tous les fournisseurs de soins sont appelés à favoriser un milieu de soins qui inspire la promotion de la dignité, de la justice et de la confiance. (Cf. nos 167 à 170.)

LA RESPONSABILITÉ SOCIALE

11. Les soins de santé constituent un bien humain fondamental nécessaire à l'épanouissement. En conséquence, il existe une différence fondamentale entre, d'une part, la prestation de soins de santé et, d'autre part, la production et la distribution de marchandises. Le modèle à but non lucratif est à privilégier pour prodiguer des soins de santé, parce qu'il est spécialement conçu pour offrir un accès équitable à des services humains essentiels et pour faire la promotion du bien commun. (Cf. nos 4, 151, 180.)
12. Conformément à l'enseignement sur la justice sociale, les soins de santé et les services sociaux catholiques doivent se distinguer des autres en desservant et en défendant les personnes dont les conditions sociales les placent en marge de la société et les

rendent particulièrement vulnérables à la discrimination.
(Cf. n^{os} 66, 115, 147, 151.)

13. L'environnement naturel « a été donné à tous par Dieu et son usage représente pour nous une responsabilité à l'égard des pauvres, des générations à venir et de l'humanité tout entière⁹ ». Puisque « pour aucune intervention dans un domaine de l'écosystème on ne peut se dispenser de prendre en considération ses conséquences dans d'autres domaines et, en général, pour le bien-être des générations à venir¹⁰ », il nous incombe tout particulièrement à tous de tenir compte des incidences étendues de la prestation de soins de santé sur l'environnement, notamment de l'incidence de certains médicaments et de leurs effets nuisibles éventuels, et de s'engager à réduire le fardeau sur l'environnement qu'entraîne la prestation de soins de santé.
(Cf. n^o 5.)

UN ENGAGEMENT EN MATIÈRE D'ÉDUCATION ET DE RECHERCHE

14. Les organisations de santé et de services sociaux catholiques reconnaissent l'éducation comme partie importante de leur mandat, particulièrement dans les domaines suivants : le soin et la responsabilité de la personne pour sa propre santé et son propre bien-être, le perfectionnement du personnel, la formation d'étudiants dans les professions de la santé et la sensibilisation du public en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Cette œuvre d'éducation doit être nourrie d'une

9. Pape Benoît XVI, Lettre encyclique *Caritas in Veritate* (*L'amour dans la vérité*), Vatican, 2009, n^o 48.

10. Pape Jean-Paul II, Message pour la célébration de la XXIII^e Journée mondiale de la paix, « La crise écologique : un problème moral », *La Paix avec Dieu créateur, la paix avec toute la création*, 1^{er} janvier 1990, n^o 6.

réflexion continue sur la signification chrétienne de la souffrance, de la maladie et de la santé, sur la moralité, la vie et la mort. (Cf. n^{os} 37, 42, 142, 145.)

15. Les organismes de santé et de services sociaux catholiques s'inscrivent dans une tradition qui accorde une place à la sagesse et à la compassion dans la recherche de nouvelles méthodes et de nouveaux traitements pour apporter la guérison aux personnes dans le besoin. Conformément à leur mission et à leur but, ces organismes reconnaissent aussi l'importance de la recherche pour l'amélioration de la qualité des soins. Bien que la recherche puisse mener à de grandes percées dans les soins, elle soulève souvent des dilemmes éthiques complexes concernant ses visées et son utilisation. La recherche doit être guidée par des normes éthiques approuvées et ne peut être menée aux dépens de valeurs telles que le respect de la vie humaine et de la dignité, l'instauration de la confiance, et la justice. (Cf. chapitre 6.)

La dignité de la personne humaine



Remarques préliminaires

Ancrés dans la charité, les soins de santé et les services sociaux catholiques sont appelés à respecter la dignité de la personne, à nourrir la confiance et à promouvoir la justice. Le présent chapitre porte sur des aspects précis de l'appel au respect de la dignité de la personne. La dignité de l'être humain repose sur sa relation avec Dieu et sur le fait qu'il est créé à l'image et à la ressemblance de Dieu¹. Il est appelé à chercher le bien par l'entremise de l'amour de Dieu et de l'amour de son prochain². L'être humain est doué d'intelligence et de libre arbitre, ainsi que d'une conscience morale et d'un potentiel de développement personnel. Il possède en lui la capacité de connaître, d'aimer, de choisir librement, de déterminer l'orientation de sa vie et de chercher le bien. Chaque personne est irremplaçable et possède une valeur intrinsèque et un objectif de vie propre. Le respect de la dignité de toute personne humaine a été reconnu et enchâssé dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme* des Nations unies³. À la lumière des valeurs évangéliques, les différences d'âge, de sexe, de race, de religion, d'antécédents socioculturels, d'état de santé, d'orientation sexuelle, d'intelligence, de situation économique, d'emploi, de facultés mentales ou d'autres distinctions qualitatives ne changent rien à la dignité inhérente que tous possèdent. Les personnes en marge de la société en raison de leur état physique ou mental, ou en raison de facteurs sociaux, culturels ou économiques sont souvent stigmatisées. La tradition

-
1. *Catéchisme de l'Église catholique*, Libreria Editrice Vaticana, 2003, n^{os} 357 et 1700.
 2. Vatican II, *Constitution pastorale sur l'Église dans le monde de ce temps* (*Gaudium et Spes*), 1965, n^{os} 12 à 19.
 3. Assemblée générale des Nations unies, *Déclaration universelle des droits de l'homme* (10 décembre 1948).

catholique maintient que ces personnes doivent être traitées avec le même respect et la même compassion que les autres. (Cf. n^{os} 16, 27, 28, 83, 84.)

Il faut respecter la dignité inhérente de chacun en traitant toute personne avec le même respect.

LE RESPECT DE CHAQUE PERSONNE

16. Toutes les personnes possèdent une valeur et une dignité égales et doivent être traitées avec le même respect, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes faibles, vulnérables ou malades. L'enseignement social de l'Église reconnaît que ce respect des êtres humains nécessite qu'ils reçoivent les soins dont ils ont besoin « pour une existence décente⁴ ». Cette responsabilité est toutefois limitée par ce qu'il est raisonnablement possible d'offrir compte tenu de la mission de l'organisme de santé et de l'ensemble du bien commun. (Cf. n^{os} 8, 10, 25, 66, 92, 151 à 153, 169, 171.)

LE RÔLE PREMIER DU BÉNÉFICIAIRE DE SOINS

17. La personne qui bénéficie de soins et qui est apte à prendre ses propres décisions est la première responsable des décisions concernant les traitements proposés et les diverses options de soins. Elle a le droit de connaître l'état de sa propre santé. Elle doit aussi pouvoir s'attendre à des rapports avec les professionnels de la santé qui sont empreints de respect mutuel, de confiance et d'honnêteté, et qui sont tenus confidentiels. Il

4. Pape Jean XXIII, Lettre encyclique *Pacem in Terris* (*Paix sur la terre*), Vatican, 1963, n^o 11.

incombe aux organismes de santé et de services sociaux de fournir aux personnes bénéficiant de soins et aux professionnels de la santé l'information, le counselling et l'aide spirituelle qui leur sont nécessaires pour prendre des décisions conformes à une conscience bien formée. Pour prendre des décisions, le bénéficiaire de soins doit être amené à examiner l'effet du traitement proposé sur son activité ou sur l'ensemble de ses responsabilités dans la vie. (Cf. n^{os} 18 à 20, 70 à 72, 92, 114.)

UNE PRISE DE DÉCISION ÉCLAIRÉE

18. Pour tous soins de santé à prodiguer, il est nécessaire d'obtenir le consentement éclairé de la personne qui en bénéficiera. Pour prendre une décision éclairée, cette personne doit disposer de toute l'information nécessaire, à savoir les avantages, les risques et tout dommage éventuel d'un traitement proposé, les solutions de rechange possibles, ainsi que l'option de ne recevoir aucun traitement. Un professionnel de la santé capable de bien communiquer et de répondre aux questions de la personne à soigner et, s'il y a lieu, de la famille doit fournir ces renseignements en personne, dans un lieu approprié, en toute honnêteté et en faisant preuve de souci à l'égard de l'autre. Les professionnels de la santé doivent confirmer que la personne à soigner comprend l'information qui lui a été communiquée et, ainsi, qu'elle est apte à prendre une décision, et ce, en toute liberté. (Cf. n^{os} 55, 58, 65, 70, 71, 92 à 94, 96, 114, 123.)
19. Dans le cas d'un bénéficiaire de soins inapte à prendre des décisions, il faut obtenir une décision éclairée auprès d'un mandataire autorisé apte à représenter les valeurs, les croyances et les souhaits de cette personne. Les valeurs, croyances et souhaits exprimés préalablement par la personne recevant des soins, soit oralement, soit par un mandat ou des directives préalables, doivent normalement être respectés si un mandataire

doit prendre des décisions⁵. En cas d'urgence, si le patient ou le mandataire ne peut prendre une décision éclairée, les professionnels de la santé devront le faire d'une manière qui convient aux valeurs, aux croyances et aux souhaits exprimés par le patient lorsqu'il était apte à le faire, s'ils sont connus, sinon au mieux de ses intérêts. (Cf. n^{os} 72 à 74, 91, 93, 125.)

20. Bien qu'une personne apte à prendre ses propres décisions ait le droit reconnu par la loi de refuser ou de retirer son consentement à des soins ou à des traitements, y compris des traitements salutaires ou de survie, elle a néanmoins l'obligation morale de chercher des mesures pour préserver la vie qui offrent un espoir raisonnable de présenter des bienfaits et de ne pas constituer un fardeau indu selon elle. (Cf. n^{os} 1, 26, 76 à 79, 84, 89.)

LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS

21. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et du caractère confidentiel de toute information concernant sa santé. Il faut prendre des mesures pour restreindre l'accès à cette information aux seules personnes autorisées. Le partage ou la divulgation de renseignements personnels sur la santé de quelqu'un doit avoir lieu seulement si cette personne ou un mandataire autorisé a donné son consentement ou si la loi le prescrit. En particulier, des précautions spéciales doivent être prises en vue de protéger la confidentialité des dossiers, des rapports, des données informatiques et de tout autre renseignement qui pourraient entraîner une menace grave de discrimination ou avoir d'autres conséquences sociales néfastes. Néanmoins, la vie privée et la confidentialité sont restreintes quand elles mettent en danger la

5. Voir l'article 73, qui traite de la prise de décisions entourant les soins à prodiguer à des enfants.

santé et le bien-être des autres ou lorsque la loi exige la divulgation de tels renseignements (p. ex. : déclaration obligatoire de blessures par balle ou de violence soupçonnée à l'égard d'un enfant ou d'un aîné). (Cf. n^{os} 58, 121, 127, 136.)

LES LIENS AFFECTIFS ET FAMILIAUX

22. Les membres des familles et les amis intimes sont appelés à être les garants privilégiés de l'intimité, du soutien bienveillant, du courage et de la compassion face à la maladie et à la souffrance. Ce soutien est une expression de la présence apaisante de la communauté. Pour les chrétiens, il constitue une manifestation tangible de la présence rassurante de Dieu. Il faut déployer des efforts en vue de soutenir et de renforcer de telles relations pour le rôle qu'elles assurent dans l'œuvre de guérison et du mieux-être. (Cf. n^{os} 65, 67.)
23. Il faut respecter et nourrir les liens affectifs, familiaux, culturels et spirituels de chaque personne. Ces liens engendrent des droits et obligations, tant chez le bénéficiaire de soins que chez ceux qui prodiguent ces soins. (Cf. n^o 65.)

LES SOINS SPIRITUELS ET RELIGIEUX

24. Les soins spirituels et religieux, souvent appelés services de pastorale, font partie intégrante du processus de guérison. Les organismes catholiques de santé et de services sociaux doivent prendre les mesures nécessaires pour assurer ces services. De bons soins spirituels et religieux se caractérisent par l'ouverture et le respect envers les divers besoins spirituels et religieux des personnes, et envers la souffrance spirituelle qui accompagne souvent la maladie. Ils donnent également l'occasion de participer à la vie d'une communauté de croyants. La famille et les aidants naturels ont aussi besoin d'un soutien semblable. (Cf. n^{os} 154, 155.)

LE RESPECT DES DIFFÉRENTES CULTURES ET TRADITIONS

25. Les organismes de santé et de services sociaux catholiques s'occuperont de toute personne, sans égard à sa religion, à son statut socioéconomique ou à sa culture. Ils respecteront les différentes traditions culturelles et religieuses des personnes qu'ils desservent et de leur personnel, à condition de pas être contraints de fournir des services contraires à leur identité catholique et à leur énoncé de mission ou aux normes de qualité. Ils doivent aussi avoir à cœur d'acquérir un savoir-faire culturel, c'est-à-dire d'apprendre les traditions et coutumes des populations desservies et d'en tenir compte dans les soins prodigués. (Cf. nos 16, 23, 71, 74, 107.)

L'OBJECTION DE CONSCIENCE

26. Les professionnels de la santé et autres intervenants ne sont pas tenus de prendre part à des actes contraires à leur jugement professionnel ou à leur conscience, ou qui vont à l'encontre des valeurs et de la mission de leur organisme. Ils ne doivent toutefois pas abandonner les personnes qu'ils soignent. (Cf. nos 80 à 82, 91, 163, 165.)

LE CONGÉ HÂTIF OU DÉRAISONNABLE DES MALADES

27. Le fournisseur de soins ne doit pas transférer une personne recevant des soins ni lui donner son congé sans être assuré qu'elle peut quitter le service en toute sécurité, soit parce qu'elle est capable de prendre soin d'elle-même, soit parce que des mesures de soutien adéquates ont été mises en place. De la même façon, la personne qui n'a plus besoin du niveau de soins assurés par un organisme donné doit être transférée, selon les disponibilités, à un endroit mieux adapté. Il peut arriver que la dignité de la personne soit menacée par son congé, comme dans le cas d'une personne sans abri. De telles situations

constituent un appel à la collectivité pour qu'elle trouve des solutions. (Cf. n^{os} 10, 12.)

LA SANTÉ MENTALE

28. La santé mentale est essentielle au bien-être d'une personne. Il existe des rapports étroits entre la santé mentale, l'attitude générale d'une personne envers la vie et le processus de guérison. Les fournisseurs de soins doivent répondre aux besoins en matière de santé mentale du bénéficiaire de soins. En outre, l'état mental d'une personne ne doit jamais l'empêcher de recevoir les soins compatissants nécessaires. (Cf. n^{os} 12, 16.)
29. Toute forme de traitement qui restreint la liberté personnelle ou réduit la capacité mentale d'une personne, comme le placement dans un établissement psychiatrique ou l'administration de médicaments affectant les facultés mentales, doit être administré seulement s'il est avantageux pour la personne visée ou encore pour les autres si la sécurité est en cause. Un tel traitement doit toujours chercher à assurer la plus grande liberté et le meilleur fonctionnement de la personne et doit suivre à la lettre la procédure légale prévue. (Cf. n^o 30.)

LES MOYENS DE CONTENTION

30. Étant donné que l'utilisation de moyens de contention peut constituer une violation de la dignité de la personne, il faut adopter une politique de recours minimal à cette méthode. Il peut être nécessaire d'employer des attaches lorsque le comportement d'une personne présente un risque inacceptable de blessure pour elle-même ou pour les autres. De tels recours ne doivent être pris que lorsque les autres mesures de sécurité possibles se sont révélées inefficaces, que le droit de liberté de mouvement de la personne a été pris en considération et que les besoins de sécurité de la personne ou des autres sont plus

grands que les effets négatifs potentiels des moyens de contention. (Cf. n^{os} 16, 29.)

L'ABUS À L'ÉGARD DES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS

31. Les fournisseurs de soins doivent recevoir une formation pour reconnaître les signes de violence et de mauvais traitements et y réagir avec compassion et sensibilité. Il faut établir un protocole conforme aux exigences de la loi afin de s'occuper de toutes les formes d'abus. Il faut accorder une attention particulière aux groupes les plus à risque. Il est recommandé que ce protocole aborde également les situations de violence chez les fournisseurs de soins, ainsi qu'entre ces derniers et les personnes qui reçoivent les soins. (Cf. n^o 12.)

LE SOIN DES PERSONNES VICTIMES DE VIOLENCE

32. Il faut aussi établir un protocole destiné à aider les victimes d'agression sexuelle. Il incombe aux fournisseurs de soins de santé de collaborer avec les responsables de l'application de la loi s'il y a lieu ou si la loi l'exige et d'offrir à la victime un soutien psychologique et spirituel, ainsi que des renseignements médicaux justes. Toute femme victime d'un viol devrait pouvoir se prémunir contre la conception éventuelle découlant de l'agression sexuelle⁶. Si, à la suite de tests appropriés, il n'y a pas d'évidence que la conception ait déjà eu lieu, il est permis de donner à la victime des médicaments qui préviennent l'ovulation, la capacitation ou la fécondation. Par contre, les traitements qui ont pour effet de retirer un ovule fécondé, de le

6. United States Conference of Catholic Bishops, *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, 2009, directive 36. Par ailleurs, une note jointe à cette directive suggère que l'on avise les femmes des contraintes éthiques qui empêchent les hôpitaux catholiques de recourir à des mesures abortives.

détruire ou de faire obstacle à son implantation ne sont pas permis. Si l'état des connaissances scientifiques ne permet pas de tirer de conclusions sur les effets abortifs éventuels d'un traitement, il ne faudrait pas y recourir. Dans tous les cas, les fournisseurs de soins de santé sont appelés à toujours faire preuve de compassion et de sensibilité envers la personne agressée⁷.

LA PROMOTION DE LA DIGNITÉ EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ CHEZ LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS DE SANTÉ

33. La sexualité fait partie intégrante de l'être humain. La sexualité humaine s'exprime par des habitudes de tenue personnelle, l'habillement, le toucher, la camaraderie, la personnalisation de son milieu de vie, ainsi que par les marques physiques intimes d'affection. Cette dimension irréductible de la personne doit susciter le plus grand respect et la plus grande sensibilité. (Cf. n^{os} 16, 21.)
34. Dans le milieu institutionnel, il est d'une importance cruciale de respecter la nature profondément personnelle de la sexualité, de maintenir l'équilibre entre les besoins de la personne et ceux des autres membres de l'établissement, et de respecter les valeurs de l'organisme catholique. (Cf. n^o 21.)
35. Il est important d'émettre des directives sur la manière de réagir dans des situations où une personne inapte à prendre des décisions a des relations sexuelles avec quelqu'un d'autre ou manifeste un comportement sexuel qui suscite de l'inquiétude ou des malaises chez les fournisseurs de soins, les membres des familles ou d'autres bénéficiaires de soins. De telles directives doivent chercher des solutions créatives,

7. En ce qui concerne l'application de cette ligne directrice et l'approbation de l'évêque diocésain, voir la page xi du Préambule.

respectueuses et éthiques pour toutes les personnes visées, sans perdre de vue l'identité catholique de l'établissement. (Cf. n^{os} 21, 33.)

LE CHANGEMENT DE SEXE

36. Toutes les personnes éprouvant des difficultés à trouver leur identité sexuelle, surtout celles souffrant de dysphorie sexuelle, doivent être vues comme des enfants de Dieu et entourées de soins pastoraux compatissants. Elles doivent bénéficier de conseils objectifs respectant l'ensemble et l'intégrité de leur identité personnelle dans toute sa complexité et la perception qu'elles ont d'elles-mêmes. De tels conseils respectent la valeur du soutien psychologique et spirituel nécessaire pour arriver à l'intégration de leur être. Les interventions chirurgicales, l'hormonothérapie et l'aiguillage en vue d'un changement de sexe sont incompatibles avec l'enseignement catholique sur les principes de totalité et d'intégrité, et ne devraient par conséquent pas avoir lieu dans un établissement catholique. (Cf. n^o 16.)

LA SEXUALITÉ ET LA SANTÉ PUBLIQUE

37. Il incombe aux organismes de soins de santé, aux paroisses et aux écoles d'aider les familles à fournir une éducation qui respecte l'enseignement catholique concernant la sexualité et la santé publique, ce qui comprend donner de l'information exhaustive et juste sur les maladies transmissibles sexuellement. Ces institutions doivent aussi prodiguer des soins avec compassion aux personnes atteintes de ces maladies. (Cf. n^{os} 33, 34.)

Les soins de santé au début de la vie



Remarques préliminaires

Ancrés dans la charité, les soins de santé et les services sociaux catholiques sont appelés à respecter la dignité de la personne, à nourrir la confiance et à assurer la justice. Le présent chapitre porte sur ces trois appels, puisqu'ils ont une incidence sur les soins de santé en début de vie. De la conception à la mort naturelle, chaque être humain mérite le respect et la protection de la société qui permettent l'épanouissement de la vie. Les hommes et les femmes reflètent les relations existant dans la Trinité entre le Père, le Fils et le Saint-Esprit, ce qui sous-entend fécondité, la communication et le don de soi dans l'amour. Une telle relation d'amour mène à une norme personnaliste, à savoir que toute personne doit être aimée pour elle et ne jamais servir à une autre fin quelconque.

La relation humaine primaire et la plus intime instituée par le Créateur est celle représentée par le mariage d'un homme et d'une femme. Cette relation prend la forme d'un lien ou d'une alliance fidèle, d'une communion entre des personnes où un homme et une femme deviennent « une seule chair ». Dieu a créé la sexualité humaine comme étant bonne. Elle nous permet de profiter de l'aspect personnel de notre identité qui donne de la beauté, du plaisir et du mystère à nos vies. L'activité sexuelle humaine sous-entend certains « acquis » fondamentaux. L'acte conjugal a une signification inhérente double : il s'agit d'un lien d'amour entre un mari et une épouse (signification unitive) et d'une relation qui exprime un amour débordant ouvert à accepter la vie nouvelle (la signification procréatrice). Ainsi, le don de soi dans l'amour est souvent complété et enrichi par l'arrivée d'un enfant, confié par Dieu à ses parents pour qu'ils en prennent soin, le nourrissent et l'éduquent. Par conséquent, tout enfant mérite de naître dans les liens du mariage.

La nature personnelle et relationnelle que revêtent le mariage et la famille préside à l'évaluation catholique de toutes les méthodes et technologies biomédicales utilisées pour protéger et faciliter la vie humaine. Néanmoins, les soins de santé catholiques cherchent à faire preuve de compassion aimante, de tolérance et de sensibilité à l'égard des personnes qui sont en désaccord avec ces enseignements difficiles ou qui sont incapables de s'y conformer tels qu'ils sont proposés dans la tradition catholique et compris par la raison humaine.

L'enseignement catholique reconnaît que différentes approches philosophiques et la science ne conviennent pas du moment précis de la conception et du développement où un embryon devient une personne¹. Néanmoins, l'enseignement catholique fait ressortir qu'un embryon humain possède une dignité inhérente accordée par Dieu et doit être traité comme une personne dès la conception.

Les parents sont appelés à faire preuve d'un sens des responsabilités et à songer dans la prière au nombre d'enfants dont ils peuvent s'occuper avec amour et sagesse, selon leur situation, et à planifier leur famille en usant de moyens moralement acceptables qui respectent leur dignité et celle de tout être humain dès la conception.

Les nouvelles technologies biomédicales présentent non seulement des espoirs sans précédent pour les interventions thérapeutiques dans le domaine des soins de santé, mais aussi de grands dangers. Certains peuvent croire que les enseignements de l'Église dans ces domaines comportent trop d'interdits. Or, « [d]errière chaque "non" se reflète, dans l'effort de discerner entre le bien et le mal, un grand "oui" à la reconnaissance de la dignité et de la valeur inaliénables de

1. Congrégation pour la doctrine de foi, Instruction *Donum Vitae* (*Don de la vie*) sur le respect de la vie humaine naissante et la dignité de la procréation. *Réponses à quelques questions d'actualité*, Vatican, 1987, I, 1.

chaque être humain, particulier et unique, appelé à l'existence². » Cette dignité humaine est souvent sacrifiée dans notre culture utilitaire. Respecter « une créature si merveilleuse » (Psaume 139, 14) aux yeux de Dieu peut nous inspirer et nous guider dans tous ces enseignements touchant le début de la vie.

Le caractère personnel de l'être humain, y compris la sexualité, revêt une signification spéciale et un caractère sacré donnés par le Créateur. Cette dimension sacrée de la personne nous appelle à traiter chaque être humain, de la conception à la mort naturelle, avec honneur, respect et justice.

LES QUESTIONS DE SANTÉ PROPRES AUX FEMMES

38. Il faut porter une attention spéciale aux questions de santé propres aux femmes et à l'intégrité complète de leur corps. La sexualité et la technologie soulèvent de nombreuses questions morales, notamment en ce qui a trait à la conception, à la gestation et à la mise au monde d'enfants. La grossesse n'est pas une maladie. Bien que les femmes enceintes puissent avoir besoin de services de santé, les fournisseurs de soins doivent tenir compte de la vie et de l'intégrité à la fois de la mère et de l'enfant.

FAVORISER LA PARENTALITÉ RESPONSABLE

39. La dignité de la sexualité humaine est ancrée dans le double désir de former une union avec une autre personne par une relation profondément intime et exclusive et d'exprimer la

2. Congrégation pour la doctrine de la foi, *Dignitas Personae* (*Dignité de la personne*) Instruction sur certaines questions de bioéthique, Vatican, 2008, n° 37.

fécondité de leur amour en donnant naissance à une descendance. Il y a un lien indissociable établi par Dieu entre la signification unitive et la signification procréatrice, les deux étant inhérentes à l'acte conjugal. Comme tout acte conjugal ne mènera pas à une nouvelle vie, les époux peuvent utiliser ce savoir pour planifier leur famille et assumer leurs responsabilités de père et de mère sagement, sous l'impulsion du Saint-Esprit. Ils en ont le droit et le devoir³.

40. Les organismes de santé et de services sociaux sont appelés à favoriser la parentalité responsable et à promouvoir les diverses méthodes de régulation des naissances qui respectent les cycles naturels de fécondité de la femme ainsi que sa santé.
41. Le recours à des procédures ou à des médicaments qui annulent à dessein le pouvoir procréateur de l'acte conjugal, que ce soit de manière temporaire ou permanente, est moralement inacceptable.
42. Les éducateurs et les professionnels de la santé des programmes pertinents doivent être bien informés des méthodes naturelles de planification familiale. Ils doivent savoir communiquer honnêtement et objectivement tous les renseignements sur ces méthodes, afin que les couples puissent prendre des décisions libres et éclairées en vue d'une parentalité responsable. (Cf. n° 14.)

LA STÉRILISATION

43. La stérilisation directe, qu'elle soit permanente ou temporaire, d'un homme ou d'une femme ne doit pas être utilisée comme moyen de régulation des naissances.

3. Voir *Message pastoral de la Conférence des évêques catholiques du Canada à l'occasion du 40^e anniversaire de l'encyclique Humanae Vitae*, 26 septembre 2008, n^{os} 14 à 16.

44. Les procédures qui mènent à la stérilisation sont permises si leur effet direct vise à guérir ou à atténuer une pathologie présente et grave et qu'il n'existe pas de traitement plus simple⁴.

LES FORMES ACCEPTABLES D'AIDE À LA FÉCONDATION

45. Les moyens utilisés pour aider à la fécondation par le mari sont considérés comme appropriés dans les liens du mariage, à condition qu'ils visent à faciliter le caractère naturel de l'acte conjugal, permettant ainsi de maintenir la portée unitive et procréative du mariage.

LES FORMES INACCEPTABLES D'AIDE À LA FÉCONDATION

46. L'insémination artificielle par un donneur (c'est-à-dire l'insémination d'une femme mariée par le sperme d'un donneur autre que son mari), la fécondation par le sperme du mari d'un ovule qui n'est pas celui de sa femme et toute technologie séparant entièrement l'acte procréateur de l'acte conjugal sont contraires à la dignité de l'unité et de l'alliance du mariage, et ne devraient pas être pratiquées dans un établissement catholique.
47. La fécondation *in vitro* n'est pas permise, parce qu'elle sépare l'acte procréateur de l'acte d'amour personnel et sexuel du couple. Qui plus est, elle peut mener à la destruction délibérée d'embryons ainsi qu'à de graves problèmes éthiques, médicaux, psychologiques et sociaux dans le cas d'une gestation multiple, y compris l'avortement sélectif et des complications à long terme chez ces enfants. Cette pratique ne respecte pas la dignité humaine pour autant qu'elle tende à faire des embryons une

4. Conférence des évêques catholiques des États-Unis (USCCB), *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, Washington, D.C., 2009, n° 53. Voir aussi Congrégation pour la doctrine de foi, « Réponses à des doutes soulevés sur "l'isolement de l'utérus" et d'autres questions », Vatican, 1993.

marchandise et à compromettre la responsabilité professionnelle des personnes qui permettent de telles procédures. Même si la fécondation *in vitro* dans les liens du mariage « n'est pas affectée de toute la négativité éthique qui se rencontre dans la procréation extra-conjugale⁵ », elle demeure illicite et ne doit pas être pratiquée dans un établissement catholique.

48. Dans tous les cas, les enfants nés de telles procédures doivent être traités avec le même amour positif et le même respect que les autres enfants. (Cf. n° 16.)
49. La fécondation à partir du sperme ou d'un ovule d'un conjoint décédé viole le caractère naturel de l'acte conjugal ainsi que la dignité de l'enfant, en le privant délibérément des liens naturels avec ses parents biologiques et des soins que ceux-ci lui prodigueraient normalement.

LA MATERNITÉ PAR SUBSTITUTION

50. La maternité par substitution sous-entend généralement la fécondation *in vitro* et l'insémination artificielle. Par conséquent, elle n'est pas autorisée, parce que ces procédures ne sont pas permises. Qui plus est, elle peut faire en sorte que l'enfant soit perçu comme un objet visé par un contrat et peut mener à la commercialisation de la reproduction humaine. Aussi, elle brouille les liens naturels entre les parents et l'enfant, et force inutilement la mère porteuse et l'enfant à vivre avec les conséquences psychologiques d'un abandon mutuel. (Cf. nos 46, 47.)

5. Congrégation pour la doctrine de foi, Instruction *Donum Vitae* (*Don de la vie*) sur le respect de la vie humaine naissante et la dignité de la procréation. Réponses à quelques questions d'actualité, Vatican, 1987, II, B, 5.

LE RESPECT DE L'EMBRYON ET DU FŒTUS

51. À la lumière des tendances de l'eugénisme moderne, il faut faire ressortir que chaque embryon ou fœtus mérite le même respect dû à tout être humain, peu importe l'anomalie qu'il a⁶. (Cf. nos 57, 130 à 135.)
52. L'avortement direct, c'est-à-dire toute action délibérée ayant pour but premier de priver un embryon ou un fœtus de sa vie, n'est jamais permis. (Cf. nos 53 à 55.)

LE TRAITEMENT MÉDICAL DES FEMMES ENCEINTES

53. Le traitement médical d'une femme enceinte est permis s'il sert à prévenir ou à guérir une maladie grave (p. ex. : perte prématurée des eaux) et qu'il ne peut être reporté jusqu'à ce que l'enfant à naître soit viable, même s'il aura pour conséquence de causer la mort de l'enfant à naître.
54. Une grossesse extra-utérine présente un grand danger de mort pour la mère et l'embryon ou le fœtus. Bien que l'avortement direct ne soit pas permis, les interventions courantes visant principalement à tenter de résoudre cet état pathologique menaçant la vie de la mère, même si elles se soldent par la mort de l'embryon ou du fœtus, sont moralement justifiées. (Cf. n° 52.)

LE DÉCLENCHEMENT DE L'ACCOUCHEMENT APRÈS QUE L'ENFANT À NAÎTRE EST JUGÉ VIABLE

55. Pour des raisons de proportionnalité, il est possible de déclencher l'accouchement après que le fœtus est déclaré viable⁷.

6. Pape Jean-Paul II, Lettre encyclique *Evangelium Vitae* (*L'Évangile de la vie*) sur la valeur et l'inviolabilité de la vie humaine, Vatican, 1995, n° 57.

7. Conférence des évêques catholiques des États-Unis (USCCB), *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Services*, 2009, directive 49.

56. Il peut arriver qu'un diagnostic prénatal décèle une anomalie mortelle chez le fœtus. Dans le suivi d'une telle grossesse, le fœtus et sa naissance prématurée éventuelle doivent bénéficier du même respect inconditionnel dû à un enfant en santé. Dans certains cas, il peut y avoir des risques pour la santé de la mère causés par des complications présentes ou futures. De plus, la détérioration de la condition du fœtus peut parfois présenter des risques mortels pour la mère, ce qui rend médicalement et moralement acceptable le déclenchement de l'accouchement avant que la grossesse n'arrive à terme. Ainsi, pour des raisons de proportionnalité, il est permis de déclencher un accouchement dans un tel cas où le fœtus est vraisemblablement viable. Toutefois, les cliniciens devraient d'abord songer à offrir des soins de santé dans une optique de prévoyance pour le bien de la mère et de l'enfant, et faire preuve de sensibilité à l'égard des parents qui veulent mener l'enfant à terme en dépit des risques éventuels. Le déclenchement précoce d'un accouchement ne doit pas avoir comme intention de causer la mort de l'enfant⁸. (Cf. nos 52, 55.)

LA CRYOPRÉSERVATION

57. La congélation d'embryons constitue une offense au respect de l'être humain, puisqu'elle expose leur intégrité physique à de graves risques de mort ou de dommage, qu'elle les prive, au moins temporairement, de la préservation et de la gestation maternelles, et qu'elle les place dans une situation où d'autres agressions et manipulations sont possibles. (Cf. nos 51, 130, 132, 134.)

8 Conférence des évêques catholiques des États-Unis (USCCB), *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Services*, 2009, directives 45, 47 et 49. Voir aussi Catholic Health Australia, *Code of Ethical Standards for Catholic Health and Aged Care Services in Australia*, 2001, n° 2.31.

L'ADMISSIBILITÉ À DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE

58. Une personne peut participer volontairement à un programme de dépistage génétique à des fins de recherche, d'éducation ou de consultation génétique, pour autant qu'elle ait donné son consentement éclairé et qu'il n'existe pas de risque indu. Elle doit comprendre les conséquences des tests et savoir qu'il y peut y avoir des répercussions non seulement pour elle, mais aussi pour les autres membres de sa famille qui partagent le même bagage génétique et pour leur descendance. Il est nécessaire qu'elle comprenne ces conséquences pour prendre des décisions éclairées et moralement justes concernant tout traitement actuel ou futur. Il faut préserver la confidentialité des données compte tenu du risque de discrimination ou de l'usage inapproprié qui pourrait en être fait. (Cf. n^{os} 17, 18, 21, 51, 59, 61.)

LE DIAGNOSTIC PRÉ-IMPLANTATOIRE

59. On procède souvent à un diagnostic pré-implantatoire pour s'assurer que seuls les embryons sans anomalie, du sexe voulu ou répondant à quelque autre critère particulier sont transférés. Une telle sélection qualitative et la destruction conséquente des embryons rejetés constituent une marque d'eugénisme qui sert à prévenir la naissance d'enfants porteurs de différentes anomalies. Aussi, cette pratique peut être perçue comme une légitimation de l'infanticide et de l'euthanasie. Par ailleurs, elle peut réduire l'embryon humain à du « simple matériel de laboratoire » destiné à être modifié ou à servir à des expériences. Une telle utilisation constitue une offense contre la dignité humaine et doit être considérée comme « immorale »⁹. (Cf. n^{os} 1, 18, 51, 58.)

LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT PRÉNATALS

60. Le diagnostic prénatal est permis avec le consentement libre et éclairé des parents, pour autant que le respect de la vie et l'intégrité des embryons et du fœtus soient maintenus, et que ce diagnostic serve à des fins de protection ou de guérison. Il faut que les avantages anticipés pour les parents et l'enfant à naître dépassent les risques posés par la procédure de diagnostic. (Cf. n^{os} 1, 18, 51, 58, 131.)
61. Il faut présenter tout diagnostic de manière exhaustive et équilibrée, afin qu'il y ait assez de temps pour donner des conseils servant à éclairer une prise de décision moralement bonne. Le diagnostic doit être donné de manière réconfortante, sans tenter d'établir un lien avec l'avortement direct. Il faut offrir aux parents un counselling pastoral compréhensif qui respecte la dignité de chaque être humain. (Cf. n^{os} 17, 18, 24, 58.)

L'ATTENTION PORTÉE AUX PARENTS, AUX MEMBRES DE LA FAMILLE ET AU PERSONNEL ÉPROUVÉS

62. Il faut offrir des soins et un soutien compatissants, y compris des soins palliatifs périnataux, aux parents d'un enfant né avec des malformations ou des déficiences graves, aux parents qui perdent un enfant à cause d'une fausse couche (appelée aussi avortement spontané) ou d'une mortinaissance, ainsi qu'aux membres de la famille et au personnel. Il faut déployer tous les efforts nécessaires pour offrir le sacrement du baptême aux enfants nés vivants, selon les sentiments religieux des parents. (Cf. n^o 24.)

63. Les organismes de santé et de services sociaux catholiques doivent offrir des soins physiques, psychologiques et émotionnels marqués de compassion et un soutien spirituel à toutes les femmes et tous les hommes qui se sentent affligés à cause de leur participation à un avortement. (Cf. n° 24.)

L'ÉLIMINATION DES RESTES HUMAINS

64. Il faut mettre en place une politique pour que tous les embryons et fœtus avortés, ainsi que les restes des fausses couches et des enfants mort-nés, soient enterrés ou incinérés d'une manière respectueuse et dans un endroit convenable. (Cf. n^{os} 25, 107.)

Les soins de santé en fin de vie



Remarques préliminaires

La maladie, la souffrance et la mort font inévitablement partie de l'expérience humaine et rappellent les limites de l'existence humaine. Ancrés dans la charité, les soins de santé et les services sociaux catholiques sont appelés à respecter la dignité de la personne, à nourrir la confiance et à assurer la justice. Le présent chapitre porte sur ces trois appels, puisqu'ils ont une incidence sur les soins de santé en fin de vie. La tradition catholique affronte la réalité de la souffrance et de la mort avec la confiance de la foi. Devant la mort, l'Église témoigne de la conviction que Dieu a créé chaque être humain pour la vie éternelle. La souffrance et la mort ne constituent pas une fin, mais un passage transformé par la promesse de la résurrection.

À titre de témoins de cette foi et de l'appel à prodiguer des soins comme Jésus l'a fait, les établissements de soins de santé catholiques doivent former des communautés de respect, d'amour et de soutien pour les bénéficiaires de soins et leur famille, peu importe leurs croyances culturelles et religieuses, au moment où elles sont confrontées à la réalité d'une maladie chronique débilitante et à la mort. L'un des principaux objectifs des soins de santé auprès des personnes mourantes consiste à soulager la douleur et la souffrance. Le soulagement efficace de la douleur sous toutes ses formes constitue une partie essentielle des soins indiqués pour une personne malade ou mourante, peu importe son âge ou son état.

La confrontation à la mort peut représenter une grande prise de conscience de soi et ne pas être seulement un passage inévitable auquel une personne doit se soumettre passivement. Elle peut constituer une période où la personne affirme librement et consciemment la signification de sa vie. Elle peut aussi permettre une profonde réconciliation avec des membres de la famille et des amis, bien que toutes ces possibilités dépendent de la situation

concrète de la personne confrontée à la mort ainsi que de son bagage culturel et religieux. En conséquence, les soins spirituels et religieux constituent des éléments essentiels des soins des personnes rendues à l'approche de la mort. Les organismes de santé et de services sociaux catholiques ainsi que les communautés paroissiales doivent être réceptifs aux besoins des personnes mourantes et de leur famille.

Les maladies graves et la mort en bas âge ou durant l'enfance soulèvent des défis uniques sur les plans de l'éthique et de la pastorale. Les parents sont généralement et à juste titre les principaux responsables des décisions à prendre touchant leurs enfants. Ils doivent bénéficier d'un soutien clinique et pastoral pour les aider à prendre des décisions difficiles et souvent tragiques dans le meilleur intérêt de leur enfant. Il est essentiel d'être sensible et de réagir à l'attachement et à la peine des parents et de la famille, peu importe la durée de vie de l'enfant. Des soins prodigués avec compassion sont nécessairement sensibles à tout le fardeau que doivent assumer les parents contraints de refuser ou de cesser des interventions jugées non bénéfiques ou accablantes pour l'enfant lorsque la mort est inévitable. À mesure que les enfants avancent en âge, il faut les inclure avec respect dans la prise de décisions touchant leur santé et les soins dont ils bénéficient, tout particulièrement dans le cas d'enfants et d'adolescents atteints d'une maladie chronique mortelle.

Les organismes de santé et de services sociaux doivent fournir une éducation et une formation spéciale à ceux qui s'occupent des personnes mourantes, surtout compte tenu du déni persistant et de l'inconfort de la société par rapport à la mort. Selon la tradition catholique, nous sommes responsables, mais pas propriétaires de nos vies. En conséquence, nous n'avons pas de pouvoir absolu sur la vie. Nous avons la responsabilité de la protéger et de l'utiliser pour la gloire de Dieu, mais cette vie n'est pas notre destination finale et nous reconnaissons ainsi que le devoir de la préserver n'est pas absolu. Pour cette raison, nous pouvons rejeter des moyens

médicaux qui présentent trop peu d'avantages ou qui sont trop accablants, bien que le suicide et l'euthanasie ne soient jamais des options moralement acceptables¹. Les organismes de santé et de services sociaux ainsi que les communautés paroissiales devraient aussi offrir des programmes sur les soins aux personnes mourantes, y compris des conseils sur les directives préalables et le testament de vie, le don d'organes et de tissus, ainsi que les soins palliatifs pédiatriques.

Les percées du monde scientifique et des technologies ont considérablement amélioré notre capacité de guérir des maladies, d'alléger la souffrance et de prolonger la vie. Or, ces percées soulèvent aussi des questions éthiques sur les soins en fin de vie, et plus particulièrement sur les procédures de maintien en vie. Il faut nécessairement réfléchir à la dignité inhérente de la vie humaine et aux buts et limites des traitements médicaux avant de formuler un jugement véritablement moral sur l'utilisation de technologies de maintien de la vie. Le recours à des technologies de maintien de la vie est jugé par les chrétiens à la lumière de leur compréhension de la signification de la vie, de la souffrance et de la mort. Ainsi, on évite deux extrêmes, à savoir, d'un côté l'emploi acharné d'une technologie qui n'apporte pas les bienfaits visés ou qui est un fardeau indu pour le bénéficiaire de soins, et de l'autre côté le renoncement à une technologie avec l'intention de causer la mort². Vu qu'il est possible de poser un jugement différent sur ce qui est possible et ce qui est pénible, il est crucial de veiller à créer une ambiance et des

-
1. Congrégation pour la doctrine de la foi, *Déclaration sur l'euthanasie*, Vatican, 1980. Voir aussi Conférence des évêques catholiques des États-Unis (USCCB), *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Services*, 2009, Part Five: Introduction.
 2. Congrégation pour la doctrine de la foi, *Déclaration sur l'euthanasie*, Vatican, 1980.

démarches qui permettent de traiter de ces différences dans le respect mutuel du savoir et du point de vue variés de chacun.

L'objectif principal de tout établissement qui s'occupe de personnes en fin de vie devrait être d'offrir de bons soins palliatifs, c'est-à-dire des soins visant à soulager la souffrance et à améliorer la qualité du « vivre » et du « mourir ».

La personne humaine doit être respectée à toutes les étapes de sa vie. Pour offrir des soins en fin de vie, les organismes catholiques doivent être attentifs aux besoins des personnes malades et mourantes et de leur famille.

LE SOIN DES PERSONNES EN FIN DE VIE

65. Les personnes mourantes doivent être entourées de tous les soins, de toute la compassion et de tout le réconfort possibles. Il faut donc leur assurer, entre autres, les soins médicaux appropriés; le soulagement de la douleur et des symptômes; le soutien social, affectif, spirituel et religieux; une information complète sur leur état, selon ce qui convient dans leur culture; l'occasion de discuter avec le personnel; la divulgation de tous les détails à un membre de la famille ou autre personne autorisée par eux à recevoir cette information; et un degré suffisant d'intimité leur permettant de mourir dans la dignité et la paix. Pour les catholiques, cela signifie l'occasion de recevoir le sacrement de la réconciliation, l'onction des malades, ainsi que le viatique (communion). (Cf. nos 16 à 23, 66, 77 à 79.)
66. Certaines maladies, particulièrement les maladies infectieuses fatales ou celles qui sont stigmatisées, posent des exigences spéciales pour les fournisseurs de soins et exigent des efforts

concertés aux plans de l'éducation et de la prévention. Les personnes atteintes de telles maladies méritent le même niveau de soins que tous les autres malades; elles doivent être traitées avec compassion et respect. (Cf. n^{os} 12, 16.)

LES SOINS PALLIATIFS

67. Les soins physiques, affectifs, psychologiques et spirituels caractéristiques des soins palliatifs doivent être offerts à toutes les personnes qui souffrent d'une maladie mortelle. Ces soins devraient être offerts dans tous les établissements de soins, y compris à domicile. Les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux ainsi que les communautés paroissiales sont invités à chercher activement à assurer des soins palliatifs pour les personnes qui en ont besoin et leur famille. (Cf. n^{os} 6, 7, 9, 24, 25.)
68. Toute personne souffrante doit pouvoir compter sur des moyens administrés par des professionnels de la santé compétents pour réduire la douleur et la souffrance. Il est important de noter que ces médicaments, s'ils sont utilisés judicieusement, sont efficaces, sécuritaires et ne hâtent pas la mort. Ces soins ont pour but de soulager la douleur et la souffrance, tout en minimisant les effets secondaires éventuels des médicaments. Un tel traitement ne constitue pas de l'euthanasie, mais une bonne méthode de soulagement de la douleur³. Les personnes souffrantes et atteintes d'autres symptômes doivent être soignées par des professionnels de la santé qui ont reçu une formation et qui par conséquent possèdent les compétences nécessaires pour prescrire de tels médicaments.
69. La sédation palliative peut être permise moralement au sein de la tradition catholique. Il faut éviter autant que possible aux

3. Congrégation pour la doctrine de la foi, *Déclaration sur l'euthanasie*, partie III, Vatican, 1980.

patients de souffrir afin qu'ils puissent mourir confortablement. Puisqu'une personne a le droit de préparer sa mort lorsqu'elle est pleinement consciente, elle ne doit pas être privée de son état de conscience sans raison impérieuse. Toutefois, il peut arriver qu'il ne soit pas possible de soulager la douleur, l'essoufflement ou d'autres symptômes sans faire obstacle à l'état de conscience. Des médicaments capables d'atténuer ou de supprimer les symptômes dans de tels cas peuvent être administrés à une personne mourante. Rien ne montre que ces médicaments abrègent la vie en fin de parcours. S'ils raccourcissaient indirectement la vie, ces médicaments seraient tout de même moralement acceptables tant qu'ils ne sont pas employés pour hâter la mort⁴. Le personnel hospitalier doit faire de son mieux pour veiller à ce que le patient ait eu l'occasion de préparer sa mort et de régler ses questions spirituelles, familiales, sociales et autres avant qu'il soit nécessaire sur le plan médical de lui retirer son état de conscience. Pour les patients catholiques, cela signifie l'occasion de recevoir les sacrements. (Cf. nos 77 à 79, 85.)

LA PRISE DE DÉCISIONS ET LA PERSONNE MOURANTE

70. Dans les décisions à prendre sur le traitement à offrir à une personne mourante, il faut d'abord et avant tout prendre en considération les souhaits, les valeurs et les croyances de celle-ci. Dans la mesure du possible, le traitement doit être le reflet d'un accord entre toutes les personnes engagées dans les soins du mourant, y compris s'il y a lieu les membres de la famille et les proches. (Cf. nos 17, 18, 22, 23.)

4. Conférence des évêques catholiques des États-Unis (USCCB), *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Services*, 2009, directive 61.

71. Quand une personne atteinte d'une pathologie sous-jacente mortelle est apte à prendre des décisions elle-même, il faut lui donner toute l'information nécessaire concernant son état de santé, le degré d'incertitude qui l'entoure, les traitements de maintien de la vie éventuellement possibles, les autres plans de soins et les conséquences probables de chaque solution. Le choix d'un plan de soins à partir de cette information est souvent difficile et requiert du temps. Les fournisseurs de soins doivent prendre du temps pour discuter avec le patient et pour l'aider à prendre une décision qui correspond le mieux à ses buts, qui respecte ses choix éclairés et qui ne contredit pas l'enseignement catholique. Une telle prise de décisions éclairée devrait également tenir compte des circonstances culturelles et religieuses du patient, dans la mesure du possible. (Cf. n^{os} 16 à 18, 25, 78.)
72. Quand une personne est inapte à prendre des décisions elle-même concernant ses soins, il faut déployer tous les efforts possibles pour s'assurer que le traitement choisi est conforme à ses valeurs, croyances et souhaits connus, en autant qu'ils ne contredisent pas l'enseignement catholique. Par conséquent, les choix de traitement faits par le mandataire doivent être fondés sur les directives, valeurs, croyances et souhaits exprimés préalablement par la personne mourante, s'ils sont connus, ou au mieux de ses intérêts. (Cf. n^{os} 19, 20, 90, 91.)
73. Quand il faut faire des choix au nom d'un poupon ou d'un enfant qui n'a pas encore atteint l'âge de prendre des décisions, les parents ou les mandataires autorisés se fonderont sur la norme de l'intérêt supérieur de l'enfant. À mesure que l'enfant vieillit, il faut respectueusement l'inclure dans la prise de décisions. (Cf. n^{os} 74 à 76, 93.)
74. Les décisions entourant les soins en fin de vie exigent souvent de faire la part entre les bienfaits et les fardeaux des divers

traitements possibles pour la personne recevant des soins. Ces décisions doivent tenir compte des souhaits exprimés par la personne, de son état physique et émotionnel, y compris de son niveau de douleur, de sa souffrance, des dépenses à encourir et d'autres inconvénients sérieux, ainsi que de la culture, de la religion, des objectifs personnels, des relations, des valeurs et des croyances de la personne en cause. (Cf. nos 1, 18, 20, 25, 71.)

75. Les décisions à prendre en fin de vie ne se rapportent pas uniquement au bénéficiaire de soins. Il faudrait aussi tenir compte des préoccupations des aidants naturels et de la communauté⁵. (Cf. nos 1, 4, 17, 20, 77, 89.)
76. Il incombe aux personnes aptes à prendre des décisions ou à leurs mandataires de chercher les traitements qui offrent un espoir raisonnable de bienfaits et qui peuvent être obtenus et appliqués sans douleur ou dépense excessive ni autre inconvénient grave. (Cf. nos 1, 20, 77.)

LE REFUS OU L'ARRÊT D'UN TRAITEMENT

77. Les bénéficiaires de soins ne sont pas tenus de chercher à obtenir un traitement qui ne donnera pas les bienfaits escomptés ou qui constitue un fardeau (douleur ou dépense excessives ou autre inconvénient grave) clairement disproportionné vis-à-vis des bienfaits escomptés ou obtenus. (Cf. nos 1, 20, 76.)
78. Même lorsqu'un traitement de maintien de la vie a été entrepris, il est possible d'y mettre fin, avec le consentement du bénéficiaire ou de son mandataire, s'il n'y a plus d'espoir raisonnable d'en tirer des avantages ou si le fardeau dépasse

5. Congrégation pour la doctrine de la foi, *Déclaration sur l'euthanasie*, partie IV, Vatican, 1980.

les avantages, selon le jugement de la personne qui reçoit les soins ou de son mandataire. (Cf. n^{os} 17, 18, 20, 70 à 76, 90, 91.)

79. La décision d'abandonner un traitement de maintien de la vie ne doit pas signifier que la personne mourante sera privée de soins. Il faut toujours fournir des soins palliatifs, qui constituent un traitement, et respecter la dignité de la personne dans tous les cas. Le confort de même que le soutien social, affectif, psychologique et spirituel de cette personne doivent être maintenus. (Cf. n^{os} 24, 67, 69.)

LA RÉSOLUTION DE DIFFÉRENDS ET DE LA DÉTRESSE LIÉS À LA PRISE DE DÉCISIONS

80. Dans l'idéal, les décisions en fin de vie sont prises par la personne apte bénéficiant des soins, en consultation avec les fournisseurs de soins, la famille et les proches. Il peut cependant y avoir des divergences d'opinions sur les objectifs d'un traitement, sur sa validité ou sur le fardeau qu'il représente. (Cf. n^{os} 17, 22, 23, 65.)
81. Les professionnels de la santé doivent proposer des options de traitement qui offrent un espoir raisonnable de comporter des bienfaits, tout en reconnaissant que le patient pourrait avoir une opinion différente à ce sujet et que le jugement clinique peut être incertain. Les professionnels de la santé ne sont pas tenus d'offrir un traitement qui n'atteindra pas l'objectif visé, qui entre en conflit avec l'enseignement moral catholique ou qui viole la conscience du travailleur de la santé. Si un professionnel de la santé établit qu'un traitement précis auquel on pourrait généralement s'attendre ne sera pas offert, il doit en communiquer clairement les raisons au patient ou à son mandataire. (Cf. n^{os} 17 à 20, 26.)

82. Si des divergences d'opinions surgissent quant au plan de traitement qui serait approprié pour un patient, les professionnels de la santé doivent tenter de convaincre le patient ou son mandataire de décider d'un plan d'un commun accord. Parfois, le bénéficiaire des soins a besoin de temps, de patience à son égard et de soutien pour en arriver à la bonne décision. Pour l'aider dans son cheminement, les professionnels de la santé pourraient vouloir retenir les services d'un conseiller en éthique, d'un défenseur des droits du patient, d'un travailleur social, d'un aumônier ou autre. Les organismes s'occupant de patients en fin de vie doivent élaborer des stratégies et des mécanismes de soutien qui favorisent la communication fructueuse et la compréhension mutuelle. S'il n'est pas possible de résoudre les différends et d'en arriver à un plan de traitement mutuellement convenable, le recours à une entité externe, comme un tribunal administratif ou une cour de justice, devra être envisagé. (*Cf.* nos 158 à 163.)

L'ALIMENTATION ET L'HYDRATATION MÉDICALEMENT ASSISTÉES

83. L'alimentation et l'hydratation médicalement assistées ou artificielles soulèvent diverses questions en rapport avec les réalités humaines fondamentales telles que la nutrition, l'interdépendance mutuelle, ainsi que la loyauté envers les personnes vulnérables et dépendantes. Les interventions d'alimentation et d'hydratation médicalement assistées exigent une formation spéciale et une grande attention envers les questions humaines et éthiques qu'elles soulèvent.
84. En principe, on a l'obligation d'assurer l'alimentation et l'hydratation des patients, y compris une alimentation et une hydratation médicalement assistées, si ceux-ci ne peuvent se nourrir oralement. Cette obligation s'étend aux patients atteints

d'une maladie chronique et vraisemblablement irréversible qui pourraient raisonnablement vivre indéfiniment grâce à de tels soins. L'alimentation et l'hydratation médicalement assistées deviennent moralement optionnelles quand elles ne peuvent pas raisonnablement permettre de prolonger la vie ou quand elles pourraient « comporter pour le patient une excessive pénibilité ou une privation grave au plan physique lié, par exemple, à des complications dans l'emploi d'instruments⁶ ». Par exemple, quand un patient approche d'une mort inévitable causée par un état sous-jacent progressif et fatal, certaines mesures pour assurer son alimentation et son hydratation peuvent devenir excessivement pénibles et par conséquent ne plus être obligatoires, compte tenu de la très faible probabilité de prolonger la vie ou d'offrir un certain confort⁷. Les critères à utiliser pour refuser ou discontinuer un tel traitement doivent respecter les besoins, les valeurs et les souhaits du bénéficiaire des soins⁸. L'intention ne doit jamais être de hâter la mort. (Cf. nos 20, 71, 74, 78, 87, 89.)

85. Dans les cas où certains états pathologiques des mourants empêchent l'ingestion normale d'aliments, la décision de renoncer à l'alimentation et à l'hydratation médicalement assistées ou de les arrêter peut permettre à la pathologie de

6. Pape Jean Paul II, Discours aux participants au congrès international « Life-Sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas », 20 mars 2004, n° 4.

7. Conférence des évêques catholiques des États-Unis (USCCB), *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Services*, 2009, directive 58.

8. Congrégation pour la doctrine de la foi, *Déclaration sur l'euthanasie*, partie IV, Vatican, 1980.

9. *Ibid.*

suivre son cours sans prolonger le processus de la mort. Une telle décision est différente de celle de « hâter la mort⁹ ». (Cf. n^{os} 67 à 69, 89.)

LA RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

86. La réanimation cardiorespiratoire (RCR) est un traitement vigoureux utilisé dans les cas d'arrêt cardiaque imprévu. Avant de faire un choix concernant la RCR, mais surtout sur l'ordre de ne tenter aucune réanimation, il faut examiner dûment les avantages et les inconvénients éventuels d'une telle décision. Il faut inciter les patients à discuter de ce traitement avec leurs fournisseurs de soins. Toutefois, il n'est habituellement pas indiqué de recourir à ce traitement pour les personnes ayant atteint les derniers stades d'un état progressif mortel. (Cf. n^{os} 74, 89.)

LE SUICIDE ET L'EUTHANASIE

87. Les décisions concernant les traitements à offrir aux mourants ne doivent jamais comporter d'acte ou d'omission devant intentionnellement causer la mort (euthanasie). (Cf. n^{os} 20, 68, 85.)
88. Il est moralement mal de causer sa propre mort (suicide) ou de participer directement à une telle action (aide au suicide). (Cf. n^o 89.)
89. Le refus du bénéficiaire de soins d'entreprendre ou de poursuivre un traitement médical pour lequel les inconvénients, les conséquences néfastes et les risques de souffrance sont disproportionnés par rapport à tout bienfait éventuel n'équivaut pas à un suicide. Ce choix peut être vu comme une acceptation

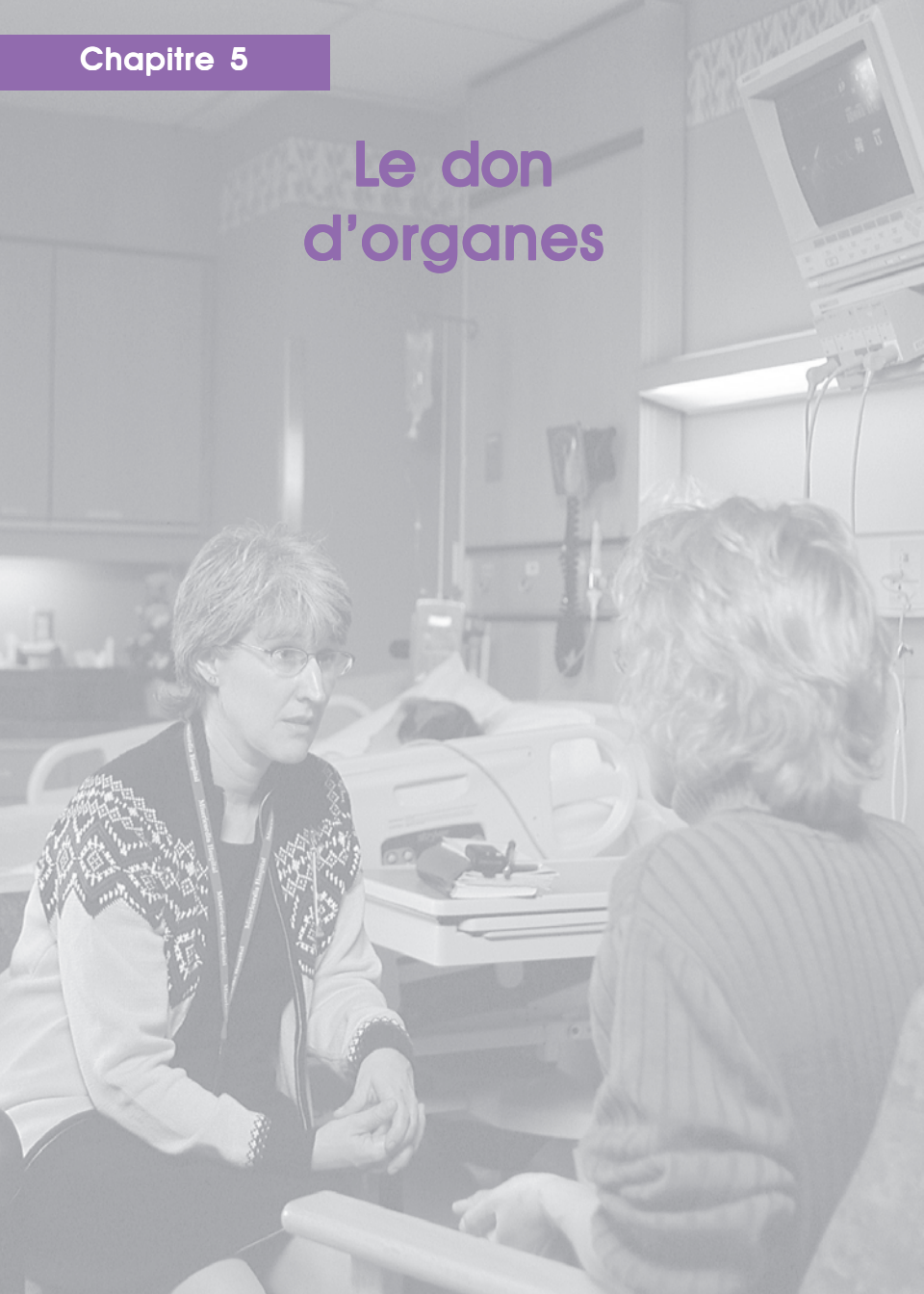
10. *Ibid.*

de la condition humaine, un souhait d'éviter le recours à un acte médical disproportionné par rapport aux bienfaits escomptés ou comme un souhait acceptable de ne pas imposer un fardeau excessif à la famille ou à la communauté¹⁰. (Cf. nos 1, 4, 17, 20, 74, 75, 77.)

LA PLANIFICATION PRÉALABLE DES SOINS

90. La planification préalable de ses soins de santé (directives préalables, testament de vie) permet à une personne de communiquer ses volontés concernant le type de traitement qu'elle souhaite recevoir si elle devient inapte à prendre des décisions elle-même. Ces volontés doivent être communiquées aux membres de la famille et aux professionnels de la santé. Le cas échéant, il faut nommer un mandataire avant qu'une situation de crise ne survienne. Un énoncé de valeurs, de croyances et d'objectifs de traitements éventuels, joint aux directives préalables consignées par écrit, aide les familles et les fournisseurs de soins à exécuter les volontés du bénéficiaire de soins. (Cf. nos 17, 19, 20, 72, 74, 78.)
91. Il faut respecter les préférences personnelles exprimées par écrit ou à l'oral et les mettre à exécution, en autant qu'elles n'entrent pas en conflit avec la mission et les valeurs de l'organisme. Il faut discuter des directives préalables ou du testament de vie, qui cherchent à clarifier les questions entourant le traitement en fin de vie, et les mettre à exécution avec compassion et sensibilité. (Cf. nos 17, 19, 20, 72, 74, 76, 79.)

Le don d'organes



Remarques préliminaires

Ancrés dans la charité, les soins de santé et les services sociaux catholiques sont appelés à respecter la dignité de la personne, à nourrir la confiance et à assurer la justice. Le présent chapitre porte tout particulièrement sur la solidarité et les questions de respect de la dignité de la personne entourant le don d'organe. Les gens vivent et grandissent dans une interdépendance avec les autres membres de la communauté humaine. Les percées de la médecine ont permis de recourir à la transfusion sanguine ainsi qu'à la greffe d'organes et d'autres tissus pour améliorer la santé et donner une nouvelle vie à un nombre incalculable de personnes. Le don d'organes ou de tissus est un signe de respect pour la dignité de la personne, de solidarité avec les autres membres de la communauté humaine et de charité en réponse aux besoins et à la souffrance des autres.

Dans une perspective chrétienne, comme membres de la communauté humaine, nous sommes des cocréateurs de même que les intendants de la création de Dieu. Nous sommes appelés à nous servir de nos dons pour notre propre profit, celui des autres et pour le bien commun. En faisant honneur au caractère sacré de toute vie humaine, les chrétiens sont appelés à se montrer généreux et à répondre à leur vocation à l'amour par le don d'eux-mêmes que constitue le don volontaire d'organe¹.

Par l'application de ses principes éthiques au don et à la transplantation d'organes et de tissus, l'Église nous enseigne que la transplantation d'organes et de tissus d'une personne décédée à une personne vivante ou encore d'une personne vivante à une autre est acceptable

1. Pape Jean-Paul II, Lettre encyclique *Evangelium Vitae* (*L'Évangile de la vie*) sur la valeur et l'inviolabilité de la vie humaine, Vatican, 1995, n° 86.

sur le plan éthique, pourvu que les critères suivants soient respectés : il n'y a pas d'autre moyen de répondre aux besoins du receveur; l'intégrité fonctionnelle du donneur vivant comme personne humaine n'est pas atteinte; le risque que prend le donneur vivant par son acte charitable est proportionnel au bien qui doit en résulter pour le receveur; le consentement du donneur aussi bien que du receveur est libre et éclairé. Toute transplantation qui remplacerait l'identité personnelle ou procréative d'une personne par celle d'une autre est contraire à la dignité humaine. Le caractère désirable et la nécessité perçue du don d'organe ne doivent pas faire fi du respect dû aux personnes vivantes, mourantes et même décédées. Il faut aussi tenir compte des considérations juridiques.

Un grand nombre d'organismes de soins de santé catholiques assurent ce service vital pour favoriser le don et la transplantation d'organes et de tissus. Ils ont le devoir d'assurer ce service avec respect. Les professionnels de la santé sont les mieux préparés pour faire valoir les mérites du don d'organe et pour sensibiliser le public à ce sujet.

Les écoles, les paroisses et les organismes communautaires doivent aussi faire valoir les mérites du don et de la transplantation d'organes et de tissus. Leurs interventions contribuent à diffuser le message dans les foyers et encouragent les gens à exprimer leurs souhaits à leur famille et à leurs fournisseurs de soins.

La participation au don et à la transplantation d'organes et de tissus est perçue comme un témoignage de solidarité, de charité et de respect pour la dignité humaine. Dans le don et la transplantation d'organes humains, l'intégrité fonctionnelle du donneur vivant doit être sauvegardée.

LE RESPECT DU DONNEUR ET DU RECEVEUR

92. Dans le don et la transplantation d'organes et de tissus humains, il faut accorder tout le respect voulu au donneur et au receveur. Pour toute transplantation, que l'organe ou les tissus proviennent d'un autre ou de soi², il faut toujours préserver l'intégrité fonctionnelle du donneur vivant. Il faut aussi obtenir le consentement libre et éclairé du donneur aussi bien que du receveur. (Cf. n^{os} 16 à 19.)
93. Il faut accorder une attention spéciale aux cas où un enfant mineur est le receveur du don d'organe, tout particulièrement si l'un de ses parents ou l'un de ses frères et sœurs est le donneur. Compte tenu du sens naturel du devoir parental envers le bien-être de leurs enfants, il faut s'assurer que les parents ne se sentent pas forcés ou qu'ils ne subissent pas de pressions indues pour faire un don. Le don d'organes et de tissus par des mineurs ou d'autres personnes n'ayant pas la capacité de prendre des décisions peut être permis dans de rares cas. (Cf. n^{os} 73, 92, 96.)
94. Toute utilisation de tissus humains (p. ex. : placenta, lignée cellulaire) sans la pleine communication des usages éventuels et le consentement éclairé du donneur est contraire au respect de la dignité humaine. (Cf. n^{os} 16 à 18.)

L'ADMISSIBILITÉ DU RECEVEUR

95. Le choix des receveurs doit respecter l'égalité de toutes les personnes et ne doit pas être fondé sur des critères de valeur personnelle ou sociale. Les receveurs doivent être choisis selon le principe de la justice distributive, dans l'optique de maximiser l'incidence qu'aura le don sur la qualité et la durée de vie, et en reconnaissant et en respectant que les tissus et organes donnés sont limités et précieux. (Cf. n^{os} 1, 12, 16, 152.)

2. Voir *allogénique* et *autologue* dans le glossaire.

LES DONNEURS VIVANTS

96. La transplantation d'un organe d'une personne à une autre n'est justifiée que si le bien que doit en retirer le receveur est proportionnel au risque prévisible pour le donneur. Il faut par conséquent s'assurer que le donneur ne sera pas privé ni de la vie ni de l'intégrité de ses fonctions corporelles, que l'organe transplanté est donné sans coercition et que le consentement du donneur ou de son mandataire est libre et éclairé. (Cf. n^{os} 17 à 19.)

LES DONNEURS DÉCÉDÉS

97. Le prélèvement d'organes d'une personne décédée est admissible si cette dernière en avait manifesté le souhait avant sa mort. En l'absence d'un souhait exprimé préalablement, il faut obtenir le consentement du représentant légal de la personne décédée. Toute objection exprimée par le défunt avant sa mort doit être respectée. (Cf. n^{os} 90, 91.)
98. Les fournisseurs de soins doivent s'assurer que les soins compatissants prodigués à toute personne mourante le sont aussi à tout patient mourant qui est un donneur éventuel. Aucun prélèvement d'organe ni autre acte effractif en vue du don d'organes ou de tissus ne doit débiter avant que la mort du donneur n'ait été constatée, selon les prescriptions médicales et juridiques. Les personnes qui constatent la mort ne doivent pas être liées au programme de transplantation ni à une personne susceptible de recevoir des organes et tissus du donneur. (Cf. la définition de la « mort » dans le glossaire et les n^{os} 100 à 102.)
99. Il est permis d'administrer des médicaments avant le décès en vue de préserver ou de tonifier des organes susceptibles d'être viables, mais seulement s'il a été expressément convenu de le faire à la suite d'un consentement entier, libre et éclairé.

Néanmoins, l'administration de médicaments ou la pratique d'interventions avant le décès doivent être proposées seulement s'il n'y a aucun risque de causer des torts ou de hâter la mort.

LE DON APRÈS LA MORT CARDIAQUE

100. Il y a deux séries de critères en médecine pour constater le décès : l'un repose sur des facteurs cardiorespiratoires et l'autre sur l'activité neurologique. Les deux peuvent servir à déterminer la perte irréparable de toutes les fonctions cérébrales intégrées, qui est généralement reconnue comme étant le critère de base sous-tendant le concept biologique de la mort humaine. Ainsi, pour constater le décès à partir de critères cardiorespiratoires, il faut qu'il y ait absence de circulation, mais aussi que cette absence soit permanente sur le plan biologique (et non simplement qu'il y ait absence d'intention de réanimation). Il faut aussi qu'il s'écoule assez de temps sans circulation pour qu'ait lieu la perte irréversible de toutes les fonctions cérébrales intégrées. (Cf. n° 98.)
101. Il est possible de permettre le don d'organes ou de tissus une fois que le décès a été constaté en utilisant n'importe lequel de ces deux séries de critères (cardiorespiratoires ou neurologiques). Le don après que la mort a été constatée en utilisant des critères cardiorespiratoires nécessite une attention particulière aux exigences citées à l'article 100 ci-dessus pour refléter le respect à la fois du don et de la vie du donneur.
102. Pour l'instant, il règne une incertitude quant à la période minimale suivant la fin de la circulation qui est nécessaire pour déterminer la perte permanente de circulation et la perte irréversible de toutes les fonctions cérébrales intégrées. Compte tenu de cette incertitude, les communautés et les organisations liées à la transplantation d'organe doivent établir des lignes directrices, des politiques ou des marches à suivre dans ce domaine selon

les données les plus probantes du moment. Dans tous les cas, y compris ceux où la mort est imminente et inévitable, il faut fonder toute décision sur le respect de la vie, la reconnaissance de la dignité du donneur éventuel et le refus de toute tendance à accélérer la mort³.

LA NÉCESSITÉ D'UNE ÉQUIPE DE SOINS DISTINCTE DE L'ÉQUIPE DE TRANSPLANTATION

103. Afin d'éviter tout conflit d'intérêts possible, l'équipe assurant les soins du donneur doit être différente et ne compter aucun membre de l'équipe chargée de la transplantation. (Cf. n° 98.)

LA COMPENSATION MONÉTAIRE

104. La compensation monétaire pour les dons de tissus ou d'organes est contraire au principe de charité ou d'altruisme, qui constitue une partie de la justification nécessaire de la transplantation. Ainsi, les organes, le sang et autres tissus ne doivent être ni achetés ni vendus comme des marchandises. Cependant, une compensation des coûts des soins de santé et des autres coûts engagés par le donneur ou la famille du donneur peut être accordée. (Cf. n° 11.)

3. À l'heure actuelle, on peut affirmer avec une assez grande certitude morale que, chez les personnes qui ont déjà subi un traumatisme crânien grave et qui présentent des signes de défaillance du tronc cérébral, une absence de circulation de 10 minutes entraînera une perte irréversible des fonctions cérébrales intégrées, ce qui est suffisant pour constater le décès. Néanmoins, certains soutiennent que 5 minutes, voire 2 minutes, suffisent. Jusqu'à ce qu'il y ait des données plus probantes, il faudra continuer à faire preuve de prudence en cette matière. Voir aussi Institut canadien catholique de bioéthique, *Organ Donation: A Catholic Perspective*, 2009, un document de politique publié pour l'Archidiocèse de Toronto.

LE DON D'ORGANES DE FŒTUS AVORTÉS

105. La transplantation d'organes et de tissus provenant de fœtus dont l'avortement a été délibérément provoqué est inadmissible étant donné qu'une telle pratique pourrait légitimer les avortements. Aucune vie humaine ne doit être conçue ou même simplement utilisée comme moyen d'obtenir des organes ou des tissus à des fins de transplantation.

LES TRANSPLANTATIONS DE CELLULES CÉRÉBRALES

106. Les greffes cérébrales visant à rétablir des fonctions perdues à la suite d'une maladie sont permises à condition que l'identité et les capacités personnelles du receveur ne soient en aucune façon compromises.

L'ÉLIMINATION DES ORGANES ET TISSUS HUMAINS

107. La dignité de la personne humaine exige que les organes et les tissus humains soient traités avec respect. Ils ne doivent pas être considérés comme de simples déchets pathologiques ou biomédicaux. Les établissements doivent imposer un protocole pour leur élimination convenable. Les traditions religieuses et les pratiques culturelles des personnes visées doivent être respectées. (Cf. n^{os} 25, 64.)

L'UTILISATION D'ANIMAUX

108. La transplantation de cellules, de tissus ou d'organes d'animaux (xénotransplantation) est de plus en plus considérée comme un moyen de pallier la rareté d'organes humains. Toutefois, de telles transplantations risquent de transmettre un agent infecté à un receveur et, par la suite, à d'autres. De tels risques, de même que leurs conséquences éthiques, doivent être clairement compris et acceptés par les receveurs et les autres personnes visées. Il incombe à ceux qui souhaitent procéder à une

xénotransplantation de montrer jusqu'à quel point la procédure est sécuritaire aussi bien qu'éthique. (Cf. n° 13.)

109. La transplantation de parties d'animaux, comme le remplacement de valvules du cœur humain par celles d'un porc, est admissible à condition qu'elle remplisse une fonction essentiellement bénéfique chez le receveur et que ce dernier soit entièrement informé de la nature du matériel biologique animal et qu'il n'ait pas d'objection culturelle ou religieuse. (Cf. nos 17, 18, 25.)
110. Dans le cas d'une xénotransplantation, les animaux préparés pour servir de source d'organes ou de tissus transplantables doivent être traités avec tout le soin dont sont capables les intendants de la création de Dieu. (Cf. n° 140.)

La recherche sur des humains



Remarques préliminaires

Ancrés dans la charité, les soins de santé et les services sociaux catholiques sont appelés à respecter la dignité de la personne, à nourrir la confiance et à assurer la justice. Le présent chapitre porte tout particulièrement sur le respect de la vie et de la dignité humaines, de la solidarité et de la justice entourant la recherche sur des humains.

La recherche sur des humains continue à prendre de l'ampleur et à gagner en intensité. Elle apporte de précieux avantages à la communauté humaine. Les connaissances de pointe et les regards neufs sur la santé, les sciences sociales et la technologie contribuent à soulager la souffrance humaine, à affiner les traitements et à améliorer l'état de santé. Les découvertes de la recherche faisant appel à des participants¹ humains peuvent amener des solutions novatrices et de nouveaux espoirs à des personnes, à des groupes particuliers et à la société dans son ensemble. La participation à des études, à titre de chercheurs ou de participants, constitue un geste de solidarité pour les autres, à condition que la manière dont la recherche est menée respecte toujours la dignité et l'intégrité de la personne engagée et serve au bien commun.

La tradition catholique nous encourage à participer à la recherche comme moyen d'être solidaires avec les autres². Comme cocréateurs avec Dieu, nous devons utiliser nos dons d'intelligence et de liberté

1. Tout un débat a eu lieu au Canada au cours des vingt dernières années sur le terme approprié pour décrire les personnes faisant l'objet ou étant le sujet d'une recherche, soit des « participants » ou des « sujets ». La tendance actuelle au Canada veut que l'on utilise le terme « participant », ce que nous ferons dans le présent *Guide d'éthique de la santé*. Voir *l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (EPTC), 2010, discussion suivant l'article 2.1.

pour mieux comprendre tous les aspects de la vie humaine et pour arriver à des soins de santé et des services sociaux, y compris à des technologies médicales, à des méthodes et à de la recherche fondamentale, qui profitent au mieux-être de la communauté des humains.

Les organismes de santé et de services sociaux catholiques, de même que les établissements d'enseignement engagés dans la recherche sur des humains, ont le devoir de faire connaître et de favoriser une attitude éthique respectueuse à l'égard de telles recherches.

Dans le secteur des soins de santé, les activités de recherche vont au-delà des efforts pour tenter de trouver de meilleurs médicaments ou traitements contre une maladie. Des méthodes comme celles employées en recherche sont de plus en plus utilisées pour des procédés tels que la prestation de soins de santé, de sorte qu'il est souvent difficile de distinguer les études qui sont en fait des recherches des études qui sont des évaluations, des efforts d'assurance de la qualité ou des initiatives d'amélioration de la qualité. Le présent chapitre du *Guide d'éthique de la santé* porte précisément sur les questions touchant la recherche dans son sens strict. Toutefois, les mêmes principes de base devraient prévaloir pour les autres types autres types d'études.

Le contenu du présent document constitue un aperçu du point de vue de la tradition chrétienne à propos de la valeur de la recherche sur des humains et sur le bien commun qu'elle apporte. Ce chapitre ne tente pas de reproduire les grands travaux déjà menés sur l'éthique de la recherche sur des humains. Il cherche plutôt à souligner et à appuyer les valeurs et principes généralement reconnus qui sont

-
2. Congrégation pour la doctrine de foi, Instruction *Donum Vitae (Don de la vie) sur le respect de la vie humaine naissante et la dignité de la procréation. Réponses à quelques questions d'actualité*, Vatican, 1987, Introduction n° 2.

décrits dans bien des documents³ sur l'éthique de la recherche sur des humains, ainsi qu'à présenter certaines valeurs et principes de la tradition catholique liés à la recherche⁴.

La recherche doit toujours se faire dans le respect et avec l'objectif de respecter la vie, la dignité et l'intégrité des personnes qui y sont engagées. Elle doit respecter les communautés participantes et viser le bien commun de l'ensemble de la communauté humaine.

3. Parmi les nombreux documents, on compte la *Déclaration d'Helsinki* de l'Association médicale mondiale (1964 jusqu'à la version actuelle de 2008), le *Rapport Belmont* (1979), *Les Bonnes Pratiques cliniques : directives consolidées* de l'International Council on Harmonization et, plus particulièrement pour le Canada, l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, ainsi que les lois et règlements des provinces touchant la prise de décisions en matière de soins de santé, de confidentialité et de protection des renseignements personnels.
4. Parmi les enseignements récents qui font autorité et qui reflètent la tradition catholique, on compte :
 - Pape Jean-Paul II, Lettre encyclique *Evangelium Vitae* (*L'Évangile de la vie*), Vatican, 1995, n° 86.
 - Congrégation pour la doctrine de foi, *Instruction Donum Vitae* (*Don de la vie*) sur le respect de la vie humaine naissante et la dignité de la procréation, Vatican, 1987.
 - Congrégation pour la doctrine de la foi, *Instruction Dignitas Personae* (*Dignité de la personne*) sur certaines questions de bioéthique, Vatican, 2008.

LE BUT DE LA RECHERCHE

111. La recherche sur des humains doit avoir comme objectif ou comme but de contribuer à l'avancement des connaissances et au bien-être de la collectivité.

LES CRITÈRES DE LA RECHERCHE

112. Le savoir que la recherche sur des humains permettra d'acquérir doit être important et impossible à acquérir autrement. Les personnes menant ce type de recherche doivent être compétentes et employer des méthodes rigoureusement scientifiques.
113. Les préjudices prévisibles à l'égard des participants à la recherche ne doivent pas être plus importants que les avantages espérés.
114. La recherche sur des participants humains est soumise au consentement libre et éclairé de la personne responsable de prendre des décisions. (Cf. nos 18, 19, 123 à 125.)
115. Le respect de la dignité sous-entend une obligation particulière à l'égard des personnes marginalisées et de celles qui, dans le contexte de la recherche, sont vulnérables, comme les enfants et les personnes en établissement, ou encore celles qui sont en situation de dépendance ou dans d'autres situations pouvant compromettre leur capacité d'exprimer volontairement leur consentement. Ces personnes ou groupes peuvent être particulièrement vulnérables aux abus, à l'exploitation ou à la discrimination, et il peut falloir faire des démarches particulières pour protéger leurs intérêts. (Cf. n° 12.)
116. Le respect de la collectivité aussi bien que des particuliers prévoit que les buts et l'exécution d'une recherche auprès d'une communauté autochtone soient conformes aux exigences particulières de celle-ci. (Cf. n° 25.)
117. Pour respecter le principe de justice, aucun groupe de la population ne doit être exploité ou avoir à subir injustement les

préjudices de la recherche, et aucun groupe ne doit faire l'objet de discrimination en se voyant exclu de la recherche ou des bienfaits des progrès de la recherche.

118. Ainsi, le principe de justice stipule qu'il ne faut pas exclure systématiquement les femmes comme participantes à la recherche seulement en raison de leur sexe ou de leur fonction reproductive. En étant ainsi exclues, elles pourraient ne pas pouvoir profiter des retombées de la recherche et elles risquent davantage de subir des préjudices si elles choisissent des traitements testés seulement sur des hommes. Néanmoins, l'inclusion des femmes dans la recherche, surtout de celles qui sont enceintes ou qui allaitent, doit tenir compte des risques éventuels qu'elles pourraient subir, et elles doivent en être clairement informées. Ces risques peuvent aussi viser tout fœtus actuel ou éventuel, ainsi que tout enfant en développement.
119. Un comité d'éthique doit passer en revue la recherche. Ce comité doit être constitué et doit fonctionner selon les normes et les lignes directrices reconnues. Plus la recherche est délicate sur le plan éthique, plus l'examen qui en est fait doit être rigoureux.
120. Les chercheurs ont le devoir de diffuser publiquement l'analyse et l'interprétation de tous les résultats importants. Le silence sur des résultats négatifs de recherche peut conduire à des pratiques potentiellement dommageables pour la santé, à des interventions inutiles ou à des dédoublements coûteux.
121. Le respect de la personne nécessite que les chercheurs respectent la vie privée des participants et qu'ils assurent la confidentialité de l'information obtenue à leur sujet. (Cf. n° 21.)
122. La recherche menée par ou dans des organismes catholiques doit être en harmonie avec les valeurs soulignées dans le *Guide d'éthique de la santé*. (Cf. n° 15.)

LE CONSENTEMENT, L'APTITUDE ET LA PRISE DE DÉCISIONS ÉCLAIRÉE

123. La recherche sur des participants humains aptes à prendre leurs propres décisions peut avoir lieu seulement si ces derniers ont donné leur consentement libre et éclairé. La nécessité d'obtenir le consentement des participants éventuels à une recherche se fonde éthiquement et juridiquement sur le principe du respect de la dignité de la personne. Ce consentement dépasse de simples formulaires à remplir.

La démarche d'obtention du consentement vise à assurer que les participants éventuels prennent une décision libre et éclairée quant à leur participation ou à leur refus de prendre part à un projet de recherche. Les chercheurs doivent particulièrement s'assurer que les participants sont au courant que, même après avoir donné leur consentement initial, ils ont le droit de se retirer d'une étude à tout moment et pour quelque raison que ce soit. (Cf. n^{os} 18, 114.)

124. Les participants éventuels doivent recevoir de la documentation écrite sur la recherche qui leur demande d'y participer et généralement de signer un formulaire de consentement. Les personnes qui refusent de prendre part à la recherche ou celles qui acceptent, mais qui retirent leur consentement par la suite doivent avoir l'assurance que leur refus n'affectera pas leurs soins de santé.
125. En principe, une personne qui n'est pas apte à prendre ses propres décisions ne doit pas être exclue du groupe des participants à une recherche simplement en raison de son incapacité. Toutefois, son inclusion dans la recherche doit se faire seulement si une tierce partie compétente l'autorise, après avoir pris en considération les souhaits exprimés par le participant éventuel ou ses croyances. Les chercheurs doivent porter une attention particulière aux aspects et exigences juridiques entourant le recrutement de personnes inaptes à

prendre des décisions pour participer à une étude. Ces personnes sont particulièrement vulnérables et ne doivent pas être recrutées pour participer à une recherche qui n'est pas liée à leur état de santé ou à leur situation sociale. Si de telles personnes sont incluses dans une recherche, le niveau de risques auquel elles seront exposées en participant à la recherche doit tout au plus être minimal, sauf si elles peuvent en tirer un avantage direct éventuel. (Cf. n^{os} 19, 90, 91, 117.)

LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

126. Le respect de la dignité des personnes exige que soient honorées et protégées la vie privée et la confidentialité des patients, des clients, des résidents et des participants à une recherche. Dans le cadre d'une relation thérapeutique, il est sous-entendu qu'un certain nombre de fournisseurs de soins directs pourront avoir accès à bon droit à des renseignements médicaux personnels pour pouvoir exercer leurs fonctions. Cependant, dans le cadre d'une recherche, il est entendu que les chercheurs doivent obtenir le consentement des patients ou clients avant d'accéder à des renseignements personnels sur leur santé. Dans certaines provinces ou certains territoires, il pourrait y avoir des exceptions à l'obtention du consentement. Un comité d'éthique pourrait, dans certaines situations particulières, suspendre cette exigence. Les chercheurs doivent être au courant des lois provinciales pertinentes sur la protection de la vie privée et, au besoin, des lois fédérales. (Cf. n^o 21.)
127. Les organisations qui contrôlent des renseignements personnels sur la santé ou les chercheurs qui recueillent et stockent de telles données, de l'information ou des échantillons de matériel biologique doivent faire preuve d'une vigilance particulière pour assurer la confidentialité et la sécurité de ces données. (Cf. n^o 21.)

LE CONFLIT D'INTÉRÊTS

128. Il y a conflit d'intérêts ou apparence de conflit d'intérêts quand une personne ou un établissement en position de confiance a des intérêts concurrents qui peuvent entrer en conflit avec l'acquittement de ses obligations éthiques et légales et avec l'exécution de ses engagements. Les intérêts concurrents sont presque toujours liés à des avantages personnels ou commerciaux. Le recours croissant à des organismes de financement privé à but lucratif pour financer la recherche a accru la probabilité que certains chercheurs, établissements de santé ou universités menant une recherche se trouvent en conflit d'intérêts.
129. Les chercheurs doivent divulguer tout conflit d'intérêts réel ou perçu aux organismes où la recherche sera menée. De plus, il faut aviser le comité d'éthique de tout conflit d'intérêts réel ou perçu. Cette information doit être prise en compte dans tout examen du protocole de recherche. Les chercheurs doivent aussi divulguer cette information aux participants éventuels à la recherche dans le cadre de l'obtention de leur consentement ou du processus décisionnel. (Cf. n^{os} 177 à 179.)

LA RECHERCHE SUR LES GAMÈTES, LES EMBRYONS ET LES FŒTUS

130. La recherche sur les embryons et les fœtus, qu'ils soient viables ou non, doit faire preuve de tout le respect dû à un être humain. Les manipulations d'embryons et de fœtus, qu'elles soient éprouvées ou nouvelles, ne sont pas permises, à moins qu'elles aient un but thérapeutique pour ces embryons et fœtus. (Cf. n^{os} 51, 61.)
131. Les interventions thérapeutiques sur des embryons et des fœtus vivants sont permises seulement s'il est raisonnable d'espérer des bienfaits sans qu'il y ait de préjudices disproportionnés

pour la vie ou l'intégrité de l'enfant à naître et de la mère, et si le consentement nécessaire a été obtenu. (Cf. n^{os} 60, 130.)

132. Les chercheurs ne doivent pas produire, acquérir ou employer des embryons humains vivants dans un but scientifique, commercial ou autre, car de telles pratiques traitent un sujet humain comme un objet. (Cf. n^{os} 51, 57.)
133. Toute tentative de fusionner un gamète humain avec un gamète animal est inadmissible sur le plan éthique parce qu'elle porte atteinte à la dignité des êtres humains⁵.

LA RECHERCHE SUR LES CELLULES SOUCHES

134. La recherche sur les cellules souches promet de corriger bien des effets de maladies. Les cellules souches peuvent provenir de bon nombre de sources (p. ex. : des embryons humains, du cordon ombilical humain et d'une liste croissante de types de cellules souches adultes). La recherche sur les cellules souches obtenues de sources qui n'ont pas nécessité la destruction d'embryons humains vivants est permise. Toutefois, la recherche sur des cellules souches embryonnaires humaines est interdite, car elle suppose toujours la destruction d'embryons humains vivants. (Cf. n^{os} 51, 52.)

LE CLONAGE REPRODUCTIF

135. Toute tentative de clonage de personnes humaines (habituellement désigné comme le clonage reproductif) viole l'intégrité fondamentale de la personne en transformant en objets, tout autant la personne dont est dérivé le clone que celle qui en est le résultat. Il s'agirait d'un acte de domination, d'imposition du génome d'une personne en particulier sur une autre, le fixant

5. Congrégation pour la doctrine de la foi, Instruction *Dignitas Personae* (*Dignité de la personne*) sur certaines questions de bioéthique, Vatican, 2008, n^o 33.

à tout jamais, ce qui constituerait un affront radical à la dignité d'une personne, à son autonomie et à sa liberté⁶.

LA RECHERCHE GÉNÉTIQUE

136. La recherche génétique vise à comprendre les causes profondes de la maladie et à en saisir les mécanismes. Elle a pour but d'élaborer des méthodes de diagnostic, de pronostic, de prévention et de traitement de la maladie. La recherche génétique a une incidence non seulement sur les personnes, mais aussi sur leur groupe familial et ethnique. Ce type de recherche étant susceptible de causer des préjudices sociaux et psychologiques, ainsi que de la stigmatisation et de la discrimination, les chercheurs doivent être particulièrement respectueux de la vie privée ainsi que de la confidentialité et de la portée sociale des renseignements auxquels ils ont accès. (Cf. n^{os} 18 à 21.)
137. Toute manipulation visant à influencer sur le bagage génétique dans le but de sélectionner des êtres humains selon des critères prédéterminés, tels le sexe, l'intelligence ou la capacité physique, est contraire à la dignité personnelle, à l'intégrité et à l'identité de l'être humain.
138. Une intervention visant à introduire du matériel génétique dans un être humain vivant à des fins de thérapie génique peut porter de grands espoirs, mais elle doit toujours être présentée avec tous ses tenants et ses aboutissants. En revanche, une intervention modifiant la lignée cellulaire germinale est inacceptable.

L'OBTENTION DE BREVET POUR DES MODIFICATIONS GÉNÉTIQUES

139. Élément essentiel du corps humain, le génome humain doit être considéré comme un bien commun de la société des humains et

6. *Ibid.*, n^{os} 28 et 29.

non pas la propriété de quelques personnes⁷. Bien que les chercheurs doivent pouvoir faire breveter la démarche intellectuelle de leur recherche, l'obtention de brevets pour des gènes humains, des lignées cellulaires humaines et d'autres éléments génétiques humains soulève de graves questions d'éthique qu'il faut soupeser avec soin. Parmi les préoccupations que cela soulève, on compte :

- le risque accru de déshumanisation et d'exploitation de l'être humain;
- l'accès restreint par des brevets à des produits créés à partir d'éléments humains;
- la commercialisation plus poussée de la recherche;
- le risque que du matériel génétique soit prélevé chez des personnes sans qu'elles aient donné leur consentement éclairé.

LA RECHERCHE SUR DES ANIMAUX

140. Il est souvent nécessaire d'effectuer de la recherche sur des animaux avant de tester de nouvelles thérapies sur des participants humains. Les animaux peuvent servir à des fins de recherche seulement s'il le faut. De telles recherches doivent se faire dans le respect des animaux utilisés en adhérant aux lignes directrices établies à cette fin⁸. S'il est justifié de faire appel à des animaux pour la recherche, il faut réduire au minimum leur souffrance et leur détresse et leur administrer des calmants indiqués. (Cf. n° 110.)

7. Jean-Paul II, *Discours aux participants à la session plénière de l'Académie pontificale des sciences*, octobre 1994.

8. Le Conseil canadien de protection des animaux (www.ccac.ca) offre des lignes directrices exhaustives à consulter sur l'utilisation éthique des animaux.

La gouvernance et l'administration



Remarques préliminaires

Les établissements de santé et de services sociaux catholiques constituent des communautés de services, unies dans leurs efforts de collaboration et inspirées par les principes moraux préconisés par l'enseignement catholique. Témoins visibles du ministère du Christ, ces établissements humains concrets sont organisés, dirigés et administrés dans le but d'assurer un niveau optimal de soins aux personnes malades ou dans le besoin et de faire la promotion d'une société et d'un environnement en santé. Parallèlement, ils constituent des communautés professionnelles offrant aux membres de leur personnel des moyens de s'épanouir sur les plans personnel et professionnel ainsi que de gagner leur vie.

Pour répondre à ces obligations, les organismes de santé et de services sociaux catholiques sont tenus d'être identifiés de manière tangible comme témoins visibles du ministère du Christ. Cette exigence s'exprime sous différentes dimensions, comme le parrainage et la gestion catholiques, la reconnaissance par l'évêque diocésain que de tels organismes constituent une partie intégrante des activités apostoliques de l'Église diocésaine, la qualité des soins, la bonne intendance des ressources pour la communauté desservie, une culture qui favorise les valeurs éthiques et les croyances spirituelles catholiques, la promotion des soins spirituels et religieux, l'intégration de la mission et des valeurs, des conditions de travail justes, la disponibilité des sacrements et la présence de divers symboles chrétiens. De plus, ces organismes sont appelés à agir en tant que communautés morales en prenant des décisions éthiques touchant la gouvernance et l'administration, et en assurant une bonne communication et un processus de consultation efficace avec tous leurs membres ainsi qu'avec l'évêque diocésain.

À titre de communautés de services bénéficiaires des fonds publics pour accomplir leur mission, ces organismes doivent agir de manière à remplir toutes leurs obligations, lesquelles correspondent à plusieurs rôles :

- organismes chargés d'assurer des services au public;
- communautés humaines de services devant faire preuve de solidarité avec ceux qui ont besoin de soins;
- communautés chrétiennes responsables d'une intendance attentive des dons de Dieu;
- organismes catholiques ayant des pratiques administratives et de gestion compatibles avec leur mission;
- communautés ecclésiales manifestant une option préférentielle pour les pauvres et les personnes marginalisées.

L'organisme catholique coopère comme il se doit avec l'évêque diocésain, qui assume la responsabilité éducative de veiller à ce que l'enseignement éthique et social de l'Église se reflète fidèlement dans l'apostolat des services de santé et des services sociaux et qui assume la responsabilité pastorale d'assurer et de superviser le ministère sacramentel aux catholiques qui y bénéficient de soins. Il est nécessaire de consulter l'évêque et de collaborer avec lui pour que ce dernier puisse s'acquitter de son mandat consistant à garantir la catholicité de l'organisme de soins de santé et de services sociaux.

L'organisme catholique de santé et de services sociaux doit reconnaître que le travail est une dimension de la créativité d'une personne, puisqu'il permet de créer des liens communautaires et d'avoir un sentiment d'appartenance ainsi qu'un but. En tant que communauté de travail, l'organisme catholique doit s'employer à créer un climat dans lequel le travail a une plus grande valeur que sa seule fonction économique, mais aussi un climat où le personnel peut mettre ses dons à profit pour s'épanouir et progresser, pour avoir une incidence positive sur la santé de la communauté et pour

mettre en valeur la mission de l'organisme tout en maintenant un équilibre travail-vie.

Le conseil d'administration et la haute direction doivent être mus par la vision des soins de santé catholiques, ainsi que par les valeurs professionnelles, organisationnelles, sociales et personnelles. La sélection et le recrutement du personnel doivent s'harmoniser avec la mission et les valeurs de l'organisme, notamment avec son identité catholique. Les décisions prises par un organisme ou au nom de celui-ci deviennent des décisions organisationnelles et non pas des décisions personnelles, ce qui doit se refléter dans toutes les pratiques et prises de décisions de la part de l'administration, du personnel et des cliniciens.

À titre de communautés de service, les organismes de santé et de services sociaux catholiques sont appelés à assurer un niveau optimal de soins et à faire la promotion du bien commun. À titre particulier d'organismes catholiques, ils sont identifiés de manière tangible comme témoins visibles du ministère du Christ. À titre de communautés professionnelles, ils doivent instaurer un climat favorisant l'épanouissement personnel et professionnel de leurs employés et leur assurer un moyen de gagner leur vie. En remplissant ces obligations, ces organismes sont guidés par une vision morale et reconnaissent la nécessité de toujours respecter la dimension éthique de leurs décisions en matière de gouvernance et d'administration.

LA GOUVERNANCE

141. La structure de gouvernance de tout organisme qui est désigné comme étant catholique doit faire état des liens avec l'évêque et le Saint-Siège par l'entremise du parrain. Cette relation doit tenir compte des questions de surveillance, d'appui et de rôle

de certains pouvoirs réservés¹, de sorte que l'organisme puisse assumer ses responsabilités de manière compétente et s'afficher comme expression visible du ministère du Christ au sein de l'Église.

142. La sélection des membres d'un conseil d'administration doit aussi se faire en fonction de leur représentativité des différentes communautés et cultures desservies par l'organisme. La mission de l'organisme se fonde sur une vision du monde inspirée de l'Évangile et respectueuse de la dignité des personnes ainsi que du caractère sacré de la vie, autant d'éléments qui se trouvent dans la tradition catholique. Une fois choisis et nommés, les membres du conseil d'administration et du conseil de l'organisme parrain sont responsables de donner expression à cette mission. Les réunions et retraites des membres du conseil d'administration doivent régulièrement les former à assumer la responsabilité qu'ils ont de maintenir la mission et l'identité catholique de l'organisme. (Cf. n° 7.)
143. Conformément à cette mission fondamentale, les membres du conseil d'administration et la haute direction ont la responsabilité de favoriser une culture d'accueil et de service, d'accueillir toutes les personnes qui entrent dans leur établissement et d'être sensibles aux besoins des personnes qu'ils desservent. Pour ce faire, elles doivent faire preuve de respect et de compassion envers les bénéficiaires de soins, leur famille et les fournisseurs

1. Les pouvoirs « réservés » au parrain peuvent notamment comprendre : l'approbation de tout changement à la philosophie ou à la mission de l'organisme; la nomination ou la destitution de membres du conseil d'administration; la nomination du président du conseil d'administration; la participation à la sélection du chef de la direction; la fusion ou la dissolution de l'organisme; la nomination d'un vérificateur; la modification de la constitution en personne morale, des statuts et des règlements administratifs.

de soins, tout en cherchant à être efficaces malgré des ressources limitées. (Cf. n^{os} 8 à 10, 151, 152.)

144. Le conseil d'administration et la haute direction ont aussi la responsabilité de faire la promotion de l'intégration de la mission et des valeurs de l'organisme, ainsi que de développer l'esprit d'initiative au sein de tout l'organisme. La gestion responsable des services exige que les membres du conseil d'administration et la haute direction respectent la dimension éthique de toutes les décisions du conseil, ce qui comprend les aspects financiers, des salaires et un traitement équitables pour le personnel, la planification et l'établissement de priorités, ainsi que l'élaboration de politiques. Les personnes choisies pour siéger au conseil d'administration doivent être conscientes de l'importance de la dimension éthique de la gouvernance.
(Cf. n^{os} 156 à 160.)
145. Bien qu'il partage certaines responsabilités avec la haute direction, le conseil d'administration a certaines obligations fiduciaires primaires, dont l'établissement de politiques pour le conseil et d'une vision pour l'organisme; la sélection d'une personne à la présidence-direction générale, sa rémunération et l'évaluation de son rendement; la mise en valeur et la diffusion de l'histoire et de l'héritage de l'organisme; le contrôle et le suivi de l'efficacité du conseil d'administration; la surveillance financière et la gestion du risque; l'approbation de la délivrance de titres et de certificats aux médecins, la défense des droits et la fidélité à la mission; et la qualité des services.
146. Visant à assurer la qualité et l'efficacité des soins de santé et des services sociaux, la responsabilité fiduciaire du conseil d'administration sous-entend la mise en place de politiques servant à fixer des objectifs touchant les normes de qualité de soins, à en faire le suivi et à les passer en revue. Dans les organismes de santé, les comités d'assurance de la qualité

constitués par le conseil d'administration, qui peuvent jouir de la protection de la législation provinciale, offrent un autre moyen de se pencher sur des questions de qualité et d'approfondir la réflexion éthique en vue de nourrir une culture favorisant la découverte et l'apprentissage pour faire progresser la qualité globale des soins aux patients. Dans certains organismes, le comité d'éthique de la recherche ou tout autre comité d'examen du caractère éthique de la recherche doit rendre des comptes au conseil d'administration sur le type d'activités de recherche et les façons dont la recherche est menée. À terme, la mission de l'organisme se mesure tant par la qualité des soins que par la compassion avec laquelle ils sont prodigués. La mission se reflète à la fois dans la qualité et dans la compassion. (Cf. n^{os} 9, 10, 184.)

147. Le rôle reconnu de défenseur des droits assumé par le conseil d'administration permet aussi de faire la promotion des valeurs de l'organisme et d'influer sur la prestation des soins de santé et des services sociaux au sein du système régional connexe, du gouvernement, des associations et des groupes d'intérêt. Les politiques du conseil d'administration doivent cibler les efforts de défense des droits de façon à mettre de l'avant la mission, la vision et les objectifs stratégiques de l'organisme. (Cf. n^{os} 9, 12.)

L'ADMINISTRATION

148. L'administration coordonne les multiples fonctions de l'organisme de manière à encourager le personnel et les bénéficiaires de soins à former une communauté d'accueil et de service. Cette communauté se manifeste dans les pratiques et comportements de l'organisme qui sont axés sur les services et ancrés dans une vision catholique faisant la promotion de la justice, du bien commun, du respect des différentes cultures et traditions et de l'option préférentielle pour les pauvres. Le signe caractéristique d'un organisme de soins de santé ou de

services sociaux catholiques est sa capacité largement reconnue de recruter et de maintenir du personnel qui partage sa vision, ainsi que de favoriser l'adoption de la vision et de la mission par les personnes recrutées. En participant aux décisions qui les touchent, les bénéficiaires de soins sont aussi des partenaires dans la formation de cette communauté de compassion. (Cf. n^{os} 8 à 10.)

149. En harmonie avec la mission et les valeurs de l'organisme, la prise de décisions, la planification et l'élaboration de politiques par l'administration doivent se faire par une démarche de participation qui fait appel à l'apport des gestionnaires, des professionnels de la santé et des services sociaux, des autres membres du personnel et des représentants de la communauté desservie. (Cf. n^{os} 8, 9, 160.)

LES RELATIONS DE COLLABORATION

150. Il arrive que les circonstances amènent les organismes catholiques à s'engager dans différentes formes de collaboration afin de minimiser le dédoublement de services, d'assurer la qualité et de répondre comme il se doit à la gamme de besoins de la communauté. Ces collaborations peuvent comprendre des partenariats, des alliances, des coentreprises ainsi que des ententes de fusion. Les collaborations qui en résultent – qu'elles soient volontaires ou imposées par les autorités civiles – et qui sont organisées de façon à offrir une chaîne de programmes et de services intégrés présentent à la fois des possibilités et des risques. Avant de négocier et de conclure de telles ententes de collaboration, il faut suivre les lignes directrices ci-dessous :

- la mission et les valeurs de l'organisme catholique doivent être confirmées et protégées;
- les structures du conseil d'administration, de la direction et de l'administration doivent assurer une promotion réelle

de la mission et des valeurs de l'organisme;

- le principe de la coopération légitime, mis en pratique de manière analogue pour les questions de prise de décision morale au niveau organisationnel, doit former le contexte éthique de tels partenariats (Cf. annexe I);
- les évêques locaux et autres autorités de l'Église doivent être tenus au courant de l'évolution d'ententes de collaboration visant les questions de foi et de moralité. Ces ententes ne doivent pas être conclues sans l'autorisation de l'évêque diocésain².

L'AFFECTATION DES RESSOURCES

151. La mission et les valeurs de l'organisme ainsi que le bien commun doivent guider la bonne gestion des ressources. Avant d'affecter les ressources, il faudra souvent trouver un équilibre entre les besoins individuels et les besoins collectifs. Les ressources doivent être distribuées équitablement selon une série de critères objectifs fondés sur les valeurs de l'organisme, tout en protégeant celui-ci contre le risque financier. L'affectation des ressources de cette manière est favorisée dans des communautés vouées au dialogue, à l'interdépendance et au souci d'autrui.

À l'égard de l'affectation des ressources, les organismes catholiques exercent leurs responsabilités de bien des façons, entre autres par :

- la participation active à la formulation des orientations politiques fédérales, provinciales et locales en matière de répartition équitable des fonds;

2. Voir Conférence des évêques catholiques des États-Unis (USCCB), *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, Washington, D.C., 2009, directive 68.

- la collaboration avec d'autres organismes pour rendre les ressources limitées disponibles à un plus grand nombre de citoyens;
- des efforts de planification et de distribution appropriée des fonds entre les programmes et services au sein de l'organisme;
- une préoccupation active à l'égard des besoins spéciaux des plus désavantagés parmi les bénéficiaires de soins et de la communauté en général, et ce, dans le contexte d'un système public et des obligations que cela impose. (Cf. n^{os} 9, 12, 16, 27, 28, 31, 144.)

152. Il ne faut pas négliger les soins de santé de base au moment d'affecter des ressources pour des interventions ou des programmes visant des services médicaux coûteux et rares. Le souci et la défense du bien commun, même s'ils permettent de faire l'équilibre entre les stratégies efficaces de promotion de la santé et celles de prévention de la maladie, posent des limites aux ressources qui peuvent ou doivent être affectées. Par exemple, l'acquisition de médicaments expérimentaux très coûteux qui serviront à peine à quelques personnes peut limiter la capacité d'offrir des thérapies ou d'obtenir assez de médicaments éprouvés moins coûteux dont pourraient profiter davantage de gens et qui pourraient être bénéfiques pour la santé de la communauté. (Cf. n^{os} 1, 4, 5, 16, 95.)

LE RATIONNEMENT DES RESSOURCES

153. Quand les ressources disponibles pour les soins de santé et les services sociaux sont insuffisantes pour répondre aux besoins des personnes à soigner, les responsables du rationnement de ces ressources limitées doivent prendre en considération la dimension éthique de toute décision de refuser les services ou de privilégier certains bénéficiaires au détriment d'autres. Les

organismes doivent se doter d'un protocole approprié, transparent et équitable pour le rationnement des ressources. En cas de crise prolongée, comme une pandémie de grippe, qui affecterait les normes de soins, il faut que les motifs justifiant la nécessité de rationner les ressources et de changer les critères de triage soient objectifs, transparents, publiquement défendables et clairs du point de vue éthique. (Cf. n^{os} 12, 16, 151, 158.)

LES SOINS SPIRITUELS ET RELIGIEUX

154. Les soins spirituels et religieux sont assurés dans divers milieux : en établissements, dans la communauté, dans les paroisses et à domicile. De tels soins comprennent la visite pastorale, le counselling, la formation en exercice, la direction spirituelle, la prière individuelle et de groupe, ainsi que les occasions de célébration des sacrements et autres rites religieux. Cette forme de soins est importante pour toutes les situations de maladie et de deuil, mais en fin de vie, elle devient essentielle. (Cf. n^{os} 2, 6, 7, 10, 24, 25, 62, 63, 65.)
155. La nomination de prêtres et de diacres au sein du personnel chargé des soins spirituels d'un établissement catholique doit se faire avec l'approbation explicite ou la confirmation de l'évêque diocésain, en collaboration avec l'administration de l'organisme³. Les organismes catholiques devraient coopérer avec l'évêque pour qu'il puisse assumer sa responsabilité à l'égard de la vie spirituelle et sacramentelle des catholiques au sein de l'établissement de soins de santé et de services sociaux en question. Dans la mesure du possible, ces établissements doivent compter une chapelle pour la prière et la célébration régulière de la messe.

3. Voir Conférence des évêques catholiques des États-Unis (USCCB), *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, Washington, D.C., 2009, directive 21.

LA CRÉATION D'UN MILIEU ÉTHIQUE

156. Toutes les décisions à prendre dans le secteur de la santé et des services sociaux comportent une dimension éthique. Cette dimension se caractérise en partie par une communication respectueuse et honnête et par une obligation de rendre des comptes quant à l'harmonisation des comportements, des pratiques cliniques et des décisions opérationnelles avec la mission et les valeurs de l'organisme. Il est important que des ressources soient prévues pour promouvoir la prise de décision solide sur le plan éthique par toutes les personnes de l'organisme. Cette responsabilité est souvent soutenue par un comité d'éthique ou encore un conseiller en éthique ou une équipe. Plus il y a de services offerts au sein d'une communauté, plus il est important de consacrer des ressources aux niveaux local, diocésain et paroissial pour aider les fournisseurs de soins ainsi que les bénéficiaires de soins et leur famille à faire la lumière sur des questions d'ordre éthique. (Cf. nos 82, 144, 160, 162.)
157. Là où il y a déjà un comité d'éthique en place, il est recommandé que sa composition soit multidisciplinaire. Pour assurer une réflexion éthique menée en collaboration, un comité d'éthique bien équilibré comprendra des infirmières et infirmiers, des médecins, des travailleurs sociaux, d'autres professionnels de la santé, des fournisseurs de soins spirituels et religieux, des éthiciens, des moralistes, des administrateurs, des juristes et des représentants des bénéficiaires de soins. Il devrait y avoir des normes de compétence appropriées pour les conseillers en éthique et les membres d'un comité d'éthique. Ceux qui agissent comme conseillers en éthique devraient être attachés à l'enseignement moral catholique et connaître le présent *Guide d'éthique de la santé*. Les normes de consultation éthique en médecine devraient respecter les responsabilités éducatives et pastorales de l'évêque diocésain⁴.

158. Le conseiller en éthique ou le comité d'éthique est appelé à se prononcer sur des situations éthiques particulières, à faire la promotion de l'éducation en matière d'éthique et, le cas échéant, à réviser et à recommander des politiques organisationnelles. Il peut également servir de ressource pour l'évaluation de questions systémiques dans la perspective de la justice sociale et, au besoin, appuyer le conseil d'administration dans son travail de plaidoyer. (Cf. n^{os} 12, 82.)
159. Il faut par ailleurs établir une marche à suivre pour répondre aux situations qui exigeraient une consultation éthique, mais pour lesquelles le temps manque. Un comité ou un service de consultation éthique doit par la suite passer en revue de telles situations. (Cf. n^o 163.)

L'ÉTABLISSEMENT D'UNE DÉMARCHE DE RÉFLEXION ÉTHIQUE POUR LA DIRECTION

160. Les organismes doivent donner des occasions aux personnes occupant des postes de gestion de réfléchir à la dimension éthique de leur travail. (Cf. n^{os} 146, 148, 149.)
161. Toute réflexion éthique menée par l'administration, et de fait par toutes les personnes touchées par cette démarche, vise à terme à apporter la guérison, la compassion et la réconciliation de Jésus à toutes les personnes qui forment la communauté des soins de santé et des services sociaux. (Cf. n^o 10.)

LES DIFFÉRENDS ÉTHIQUES

162. Chaque organisme doit se doter d'un mécanisme de résolution de conflits afin de pouvoir régler les divergences et les cas d'incertitude sur le plan éthique qui peuvent se poser entre lui et les professionnels de la santé et les bénéficiaires des soins.

4 *Ibid.*, directive 37.

La mission, les valeurs et l'identité catholique de l'organisme doivent en principe fournir le cadre nécessaire pour clarifier les options justifiables et les recommandations. (Cf. nos 82, 163, 164.)

163. Dans certaines situations, des facteurs économiques ou des limites de ressources humaines conduisent l'organisme à restreindre les choix de soins. Si un professionnel de la santé est d'avis qu'un patient n'a pas eu l'option d'un traitement qui aurait raisonnablement dû lui être offert, il doit défendre le droit de son patient. Toutefois, un fournisseur de soins ne peut pas faire usage de ressources communes qui ne sont pas à sa disposition. Les organismes doivent trouver un équilibre entre les besoins de chaque patient et les besoins raisonnables de la communauté ainsi que le bien commun. La compassion, la dignité humaine, la gestion responsable et la justice doivent guider de telles décisions. Il faut mettre en place un processus d'examen ou d'appel pour favoriser l'équité et la transparence. (Cf. nos 1, 151 à 153, 156 à 159.)
164. Il arrive fréquemment que, dans une même situation, les fournisseurs de soins jouent plusieurs rôles et aient de multiples allégeances. Par exemple, un fournisseur de soins peut être appelé à se faire le défenseur d'un patient et le protecteur des services. Il faut déployer les efforts nécessaires pour limiter les occasions où le fournisseur de soins doit assumer des rôles conflictuels. Les fournisseurs de soins doivent être sensibilisés aux conflits éthiques qui peuvent se poser lorsqu'ils s'engagent dans de tels rôles. (Cf. nos 156 à 159.)

LA RÉACTION DE L'ORGANISATION À L'OBJECTION DE CONSCIENCE

165. Personne n'est obligé de participer à une activité qu'en conscience il juge immorale. Tout en continuant de remplir sa

mission, l'organisme doit prévoir les cas d'objection de conscience et en faciliter l'expression sans menace de représailles. Le bénéficiaire des soins ne doit pas être pénalisé ou délaissé du fait que quelqu'un exerce son droit à l'objection de conscience. Il peut falloir l'informer des autres options de soins. (Cf. nos 8, 17, 20, 26, 81, 163, 166, annexe II.)

L'OBLIGATION DE PRODIGUER DES SOINS

166. Lors d'une urgence ou d'un débordement de malades, comme dans le cas d'une pandémie, les travailleurs de la santé ont le devoir d'assurer des soins aux autres, qui comptent sur leurs compétences spéciales et leur formation. Il peut falloir équilibrer ce devoir, qui découle de l'appel à la compassion et de l'instauration d'un climat de confiance et de solidarité, avec les autres obligations que les fournisseurs de soins peuvent tout naturellement avoir à l'égard d'eux-mêmes, de leur famille et des autres. Afin d'atténuer les effets des obligations concurrentes et de l'objection de conscience à respecter par rapport aux obligations professionnelles, les organismes de santé doivent fournir une formation appropriée et l'équipement de protection personnel nécessaire, songer éventuellement à réaffecter du personnel à des secteurs de risque minimal, et adopter d'autres stratégies de réduction des préjudices en vue de soutenir le système de santé durant une crise prolongée. Il faut adopter des politiques et des procédures pour éviter d'avoir à laisser à leur compte les bénéficiaires de soins.

Il faut élaborer un cadre éthique qui favorise l'intégrité morale du personnel, en équilibrant le devoir de prodiguer des soins avec le devoir envers soi, et le communiquer au personnel à l'avance afin d'éviter de placer des gens dans des situations où ils sont forcés, en conscience, de faire des choix entre des obligations concurrentes. (Cf. nos 1, 7, 156, 162, 165, 181.)

LES RELATIONS ENTRE EMPLOYEUR ET EMPLOYÉS

167. Tous les membres d'un organisme doivent respecter sa mission et ses valeurs, et s'y conformer. La première responsabilité de chacun au sein de l'organisme concerne le bénéficiaire des soins. Dans le but de favoriser la mission et les soins, les employés doivent manifester tout le respect voulu les uns envers les autres. (Cf. n^{os} 8 à 10.)
168. L'organisme doit traiter le personnel de façon respectueuse et juste. Les relations entre employeur et employés exigent équité et transparence tant de la part de l'organisme (représenté par le conseil d'administration et les cadres) que de ceux qui y travaillent. Le conseil d'administration a la responsabilité fiduciaire d'établir des politiques régissant ces relations et soutenant les valeurs de l'organisme. (Cf. n^{os} 10, 16.)
169. Les personnes qui prodiguent des soins directs et celles qui contribuent à l'efficacité du travail des fournisseurs de soins doivent être considérées comme apportant des éléments différents, mais importants, à la mission et à l'efficacité de l'organisme. Chaque personne doit être traitée avec considération égale et respect dans les pratiques d'emploi. (Cf. n^{os} 16, 25.)
170. L'expertise et le jugement éclairé des fournisseurs de soins, chacun dans son domaine de compétence, doivent être reconnus. De même, les équipes de soins doivent manifester le respect voulu pour l'expertise particulière de chacun de leurs membres sur les plans de la consultation, de la prise de décisions et de la prestation des services. (Cf. n^{os} 68, 81, 82.)
171. L'égalité des chances d'emploi et de perfectionnement professionnel doit être assurée à tous sans égard au sexe, à la race, à l'âge, à l'origine ethnique, à une incapacité et à une autre différence, à moins que cette différence nuise à la capacité

du service de s'acquitter de ses obligations. Chaque employé a droit à une juste compensation et à des avantages sociaux pour son travail. (Cf. nos 16, 25.)

172. L'employeur doit reconnaître aux employés le droit de former des associations chargées de négocier les conventions collectives, d'assurer divers avantages à leurs membres et de travailler à la construction d'une société meilleure. Tous les membres de l'organisme sont invités à favoriser un climat de collaboration entre les syndicats et l'administration pour le bien des bénéficiaires de soins. Toute démarche de résolution de grief ou de conflit sans escalade doit se fonder sur un dialogue et un comportement respectueux et doit accorder la priorité au principe de subsidiarité pour régler les différends au niveau le plus fondamental.
173. À la lumière de leur engagement à respecter les personnes et à reconnaître la valeur de faire participer le personnel de tous les échelons à la planification et à la prise de décisions, les organismes doivent élaborer des directives explicites pour les cas où il devient nécessaire de mettre des travailleurs à pied. Cette mesure suppose un travail de consultation avec les personnes affectées, un examen des autres solutions possibles, une communication ouverte et une démarche souple en vue de s'adapter au caractère unique de chaque personne. Les mises à pied doivent être des moyens de dernier recours; elles ne doivent être effectuées que lorsque toutes les autres solutions possibles ont été sérieusement envisagées. Le traitement des employés non syndiqués doit équivaloir le plus possible à celui des employés syndiqués. Les employés mis à pied à la suite d'une réduction des effectifs ou d'un changement de programme doivent être traités de manière équitable, avec respect et compassion. Ceux qui sont congédiés pour des motifs déterminés doivent aussi être traités avec compassion et respect.

174. Les réalités financières et autres questions d'ordre opérationnel requièrent parfois de confier en sous-traitance certains services pour assurer la viabilité de l'organisme ou une qualité de soins du plus haut niveau. Dans ce cas, il faut veiller à ce que toutes les dispositions de l'entente de sous-traitance respectent les droits et les responsabilités des syndicats, assurent une juste rémunération et des avantages sociaux, ne traitent pas le travail comme une marchandise, ne mettent pas en danger l'esprit communautaire au sein de l'organisme et ne constituent pas une menace pour la qualité du travail ou la mission de l'organisme.
175. Il faut continuellement chercher des occasions de planifier la relève et d'offrir des formations au leadership en vue de préparer les prochaines générations de chefs de file dans les organismes catholiques de santé et de services sociaux.
176. Les pratiques de recrutement et de maintien d'effectifs doivent refléter un engagement envers l'enseignement moral et les pratiques éthiques catholiques. Par exemple, il faut évaluer attentivement l'effet qu'ont les programmes de présentation d'employés et d'incitation, ainsi que le recrutement de travailleurs de la santé et des services sociaux formés à l'étranger en regard de la mission et des valeurs de l'organisme, et de l'enseignement social catholique en ce qui a trait à la solidarité et à la justice.

LE CONFLIT D'INTÉRÊTS

177. La poursuite de la richesse par les fournisseurs de soins doit toujours passer après leur première responsabilité qui est de faire la promotion de la santé et de soulager la souffrance.
(Cf. n^{os} 128, 129.)
178. Un professionnel qui oriente une personne vers un organisme dans lequel il a des intérêts financiers se trouve généralement

en conflit d'intérêts. Ce genre de situation est par conséquent inacceptable sur le plan éthique.

179. S'il est impossible d'éviter un conflit d'intérêts, il faut à tout le moins le divulguer de manière transparente et en tenir compte en tout état de cause. Le conseil d'administration, la haute direction et toutes les personnes responsables des contrats de vente, d'achat et de commerce doivent respecter les politiques et procédures pour déclarer tout conflit d'intérêts réel ou éventuel.

LES SOURCES DE REVENU COMPLÉMENTAIRES

180. Pour la recherche de sources de revenu supplémentaires ou complémentaires, les organismes de santé et de services sociaux doivent se donner des lignes directrices afin de s'assurer que ces activités sont menées d'une manière éthique. Pour ce faire, il faut une stratégie qui atténuera les préjudices causés aux personnes qui participent à certaines stratégies de production de recettes pouvant cibler démesurément les personnes pauvres et vulnérables, et ainsi éventuellement créer davantage de torts à la communauté (p. ex. : recettes de terminal de loterie vidéo).

- Des politiques doivent être établies pour la sollicitation directe de dons afin de s'assurer qu'aucune coercition ou violation de la confidentialité n'est exercée à l'endroit des patients, des résidents ou des clients.
- Les fonds reçus à des fins spécifiques doivent être consacrés à ces fins précises.
- Les investissements financiers doivent être fidèles à la mission et aux valeurs de l'organisme. Il peut arriver à l'occasion que cela requière une consultation au sujet de la mission ou de l'éthique de l'organisation. (Cf. nos 8, 9, 11, 144, 151 à 153, 160.)

L'ABUS DES FOURNISSEURS DE SOINS

181. Les organismes de santé et de services sociaux doivent se doter de politiques et de lignes directrices reconnaissant leur responsabilité d'assurer des soins dans des situations de risque, de fixer des limites sur le niveau de soins à assurer dans de telles situations et de prévoir les mécanismes nécessaires pour assurer la sécurité des fournisseurs de soins. (Cf. nos 166 à 168.)
182. L'organisme doit établir clairement qu'il ne tolérera aucune forme de violence ou d'abus à l'égard des fournisseurs de soins et doit élaborer des lignes directrices pour régler ce genre de situations. Les fournisseurs de soins doivent recevoir une formation pour apprendre comment composer avec les cas d'attitudes et de comportements préjudiciables et doivent œuvrer activement pour que leur milieu de travail soit sensible à la culture de chacun et respectueux de la diversité tant du personnel que des bénéficiaires de soins. (Cf. n° 146.)

LA GESTION DES PLAINTES

183. Les organismes doivent disposer d'une démarche largement annoncée pour le traitement des rapports de mauvaise conduite personnelle ou institutionnelle. Cette démarche doit tenir compte des plaintes reçues tant (1) des bénéficiaires de soins, de leur mandataire ou de leur famille que (2) du personnel (y compris des dénonciateurs). Elle doit prévoir :
- un service au sein de l'organisme chargé de recevoir les plaintes et de faire enquête;
 - des mécanismes pour assurer la tenue rapide d'une enquête;
 - des moyens assurant à chaque partie toutes les occasions possibles de faire valoir leur point de vue;
 - des mesures de protection contre d'éventuelles représailles

à l'égard de la personne ayant présenté en toute bonne foi le rapport de mauvaise conduite ainsi que des témoins;

- une stratégie de prévention pour favoriser l'intégrité de l'organisme et s'assurer qu'il respecte la procédure; cette stratégie doit prévoir la mise en place d'un mécanisme de rapport ou de dénonciation confidentiel.

LA DIVULGATION DE MÉFAITS

184. En tout temps, il faut préconiser la sécurité et la divulgation et maintenir l'engagement pris envers la dignité et le respect de toutes les personnes touchées. Les pratiques de divulgation de méfaits doivent être conformes à la mission et aux valeurs de l'organisme, ainsi qu'à toutes les réglementations et pratiques législatives. Il faut mener une analyse des causes fondamentales pour réduire les risques de conséquences négatives à l'avenir et il faut prendre les mesures nécessaires pour maintenir le dialogue avec le bénéficiaire de soins et sa famille durant l'enquête et continuer à le soutenir. Qui plus est, tout préjudice ou effet nuisible semblable causé à l'identité catholique ou à l'intégrité morale de l'organisme doit être signalé à l'évêque diocésain. (Cf. n^{os} 8, 9, 10, 146.)



Les annexes

ANNEXE I

Poser un jugement moral

La conscience

Le présent *Guide d'éthique de la santé* a adopté un modèle selon lequel la conscience est conçue comme étant au cœur de la personne humaine et de la dignité humaine. Dans la tradition judéo-chrétienne, la notion de dignité de la personne humaine est étroitement liée à la notion de responsabilité. Les personnes humaines sont créées à l'image de Dieu, notamment parce qu'elles sont responsables de l'orientation de leur propre vie et du bien-être d'autrui.

La théologie catholique a analysé la notion de responsabilité dans l'optique de deux notions interdépendantes : le libre arbitre et la conscience. La personne humaine est responsable dans la mesure où elle est libre de ses choix et agit sciemment.

La conscience est la capacité qu'a une personne humaine de déterminer si une façon d'agir dans une situation donnée est bonne ou mauvaise sur le plan moral. Le bien moral objectif dans une situation particulière est le mode d'action qui unit les gens pour leur permettre d'atteindre leur plein potentiel humain et de parvenir à leur fin ultime, qui est Dieu.

Pour poser de bons jugements de conscience, une personne doit posséder de bons principes moraux généraux. Certains principes moraux émanent directement de la nature même de la personne humaine et de son statut élevé d'enfant de Dieu, et n'admettent aucune exception (p. ex. : « Il est toujours mal de délibérément tuer une personne humaine innocente. »). D'autres principes moraux ont des formulations plus particulières, qui peuvent admettre des exceptions

quand ils entrent en conflit avec d'autres principes dans une situation donnée (voir « Les principes d'interprétation » ci-dessous).

Pour poser de bons jugements de conscience, la personne doit aussi avoir une connaissance suffisante des faits d'une situation donnée, ainsi que de la vertu de prudence, qui permet à quelqu'un de mettre correctement en pratique les principes généraux dans une situation particulière. Une personne prudente possède les compétences pour identifier les règles et principes moraux pertinents à une situation concrète et pour discerner laquelle des solutions envisageables incarne le mieux les principes applicables. S'il est impossible d'éviter un conflit, une personne prudente aura les compétences nécessaires pour déterminer quelle règle aura préséance sur les autres.

Les principes moraux procèdent de la révélation, exprimée dans l'Écriture sainte, et de la loi naturelle, qui procède du raisonnement humain indépendamment de la révélation. La tradition morale catholique représente la sagesse accumulée par l'Église et comprend l'interprétation de l'Écriture sainte, la réflexion sur celle-ci et sur l'expérience humaine, et la mise à l'épreuve d'opinions par la critique et l'échange d'arguments théologiques. Le magistère ou l'autorité en matière d'enseignement de l'Église fournit l'interprétation décisive de la loi morale, fondée sur l'Écriture sainte, la loi naturelle et la tradition. Ainsi, la conscience d'une personne, avec ses limites, se saisit de la sagesse cumulée par l'ensemble de la communauté qu'est l'Église.

Les principes d'interprétation

En plus des valeurs soulignées au début du présent *Guide d'éthique de la santé* et des principes moraux qui y sont décrits tout au long, la tradition morale catholique offre plusieurs autres principes qui contribuent à adopter une interprétation de divers types de situations morales.

1. **Les bienfaits et le fardeau** – Ce principe stipule que nul n'est tenu d'entreprendre ou de poursuivre un traitement qui n'offre aucun espoir raisonnable d'apporter des bienfaits ou qui peut présenter un lourd fardeau en plus d'occasionner une douleur excessive, une grande souffrance, des dépenses onéreuses ou d'autres inconvénients importants à la personne ou à ceux qui s'en occupent. Ce principe est souvent décrit en ce qui a trait à un traitement qui est ordinaire/extraordinaire, proportionné/diproportionné, bénéfique/non bénéfique, etc.
2. **Le double effet** – Certaines actions humaines ont des résultats à la fois bénéfiques et dommageables, comme un traitement antidouleur pour une personne en phase terminale qui peut raccourcir la vie, même s'il est administré pour soulager la douleur sans intention de causer la mort.

Cinq conditions sont citées pour tenter de décider si de tels gestes sont admissibles sur le plan moral :

- i. l'acte de la personne doit être bon ou au moins neutre sur le plan moral;
 - ii. l'acte de la personne comporte deux résultats prévus, l'un voulu et bon, l'autre non voulu et ayant des effets néfastes mais prévus;
 - iii. l'effet néfaste ne peut mener à l'effet recherché;
 - iv. l'effet néfaste doit être justifié par des raisons de proportionnalité;
 - v. il ne doit exister aucune autre solution ayant un effet moins négatif.
3. **La totalité et l'intégrité** – Il est possible de sacrifier une partie du corps pour sauver la vie. Par exemple, il est

acceptable de sacrifier un organe s'il s'agit de la seule façon de prévenir la mort. La tradition morale de l'Église comprend des mesures contre des torts injustifiés; le principe de totalité autorise une exception au principe selon lequel on ne peut causer de tort. Vu que le bien du tout prime sur le bien d'une partie, il est possible de justifier le sacrifice d'une partie pour le tout. La tradition catholique a limité l'application de ce principe aux cas où la seule compétence de la partie consiste à servir l'ensemble. Par exemple, l'œil n'a d'autre fonction que celle de faire partie d'un corps vivant. La tradition ne permet pas l'application du principe de totalité sans discernement quand la partie en elle-même a une compétence indépendante du tout, comme c'est le cas des personnes, qui en plus de servir l'État dont elles font partie ont aussi une valeur à titre particulier.

4. **La subsidiarité** – Les décisions et compétences doivent être gérées par l'autorité compétente la plus immédiate, la plus proche sur le plan hiérarchique ou la moins centralisée, c'est-à-dire qu'une « société d'ordre supérieur ne doit pas intervenir dans la vie interne d'une société d'un ordre inférieur, en lui enlevant ses compétences, mais elle doit plutôt la soutenir en cas de nécessité et l'aider à coordonner son action avec celle des autres éléments qui composent la société, en vue du bien commun¹ ». Dans le cas des soins de santé, ce principe suppose qu'il incombe en tout premier lieu à la personne elle-même de décider comment répondre à ses besoins en matière de santé, si elle est libre et apte à le faire. Or, une personne ne se suffit pas complètement à elle-même. Habituellement, elle peut

1. Pape Jean Paul II, lettre encyclique *Centesimus Annus* (à l'occasion du centenaire de l'encyclique *Rerum Novarum*), Vatican, 1991, n° 48.

s'occuper elle-même de sa santé, mais elle peut obtenir des soins de santé seulement grâce à l'aide de sa famille, de ses aidants naturels et de la communauté. La responsabilité de répondre aux besoins qu'elle ne peut satisfaire elle-même incombe à des groupes plus larges et complexes, comme des organismes communautaires et divers ordres de gouvernement, sans devoir recourir à la « micro-gestion », qui est contraire au principe de subsidiarité.

5. **Le principe de coopération** – Il arrive souvent que, pour atteindre certains bons résultats, il faille coopérer avec d'autres personnes qui posent des actes moralement mauvais.

La tradition morale catholique fait la distinction entre la coopération formelle et la coopération matérielle vis-à-vis d'une action moralement mauvaise. Dans le cadre d'une coopération formelle, la personne convient de l'acte mauvais. C'est sa raison d'agir, comme quand quelqu'un coopère volontairement à un vol parce qu'il souhaite en tirer des profits. Dans le cas de la coopération matérielle, la personne coopère à une action sans convenir de celle-ci.

Il n'est jamais permis de coopérer formellement à la mauvaise action d'une autre personne, parce que cela sous-entend que l'on convient du mal qui sera commis.

La coopération matérielle admet des nuances. Dans ce que nous appellerons la « coopération matérielle immédiate », l'action d'une personne est impossible à distinguer de celle de l'agent principal. La coopération matérielle immédiate est permise seulement dans les cas où le bien visé justifierait le mal qui en résultera, même si la personne se trouvait à être le seul agent principal et à ne pas agir en coopération avec un autre. Par exemple, selon la

coopération matérielle immédiate, il serait justifié de causer un tort d'une moindre mesure à quelqu'un afin de sauver sa vie. Toutefois, « il n'est pas permis que les organismes de soins de santé catholiques s'engagent par coopération matérielle immédiate dans des actions qui sont en soi immorales, telles que l'avortement, l'euthanasie, l'aide au suicide et la stérilisation directe² ».

Pour évaluer d'autres formes de coopération matérielle, il faut tenir compte de quatre facteurs :

- i. plus le bien visé ou le mal évité est grand, plus il est probable que la coopération soit permise;
- ii. plus le mal toléré est grand, plus il est improbable que la coopération soit permise;
- iii. plus la coopération est distante, plus il est probable qu'elle soit permise;
- iv. s'il existe une solution permettant d'atteindre le bien en question sans le mal qui résulterait de l'acte de coopération, il faut éviter la coopération à moins que cette solution de rechange n'entraîne un mal proportionnel ou pire.

Pour évaluer les torts qui résulteraient d'une action, il faut non seulement tenir compte du mal intrinsèque de l'acte, mais aussi de tout scandale qui pourrait en découler. Quand il s'agit d'une question de politique ou d'exercice général au lieu d'actes isolés, il faut alors examiner les répercussions générales de la coopération ou de la non-coopération. Parmi les bons effets à prendre en

2. Conférence des évêques catholiques des États-Unis (USCCB), *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Services*, 2009, directive 70.

considération, il y a le maintien d'un établissement de soins de santé catholiques et de ses services, non seulement pour les patients, mais aussi pour l'influence de l'Église dans une sphère importante de la société. Parmi les effets néfastes, il y a la possibilité qu'une pratique mauvaise s'implante et soit acceptée ou que la perception du public à l'égard de l'enseignement de l'Église devienne troublée et confuse.

Les questions de coopération à des actes moralement inadmissibles sont souvent très complexes et difficiles à résoudre. Avant de prendre des décisions en matière de politiques, il est important de consulter un vaste éventail d'experts sages et compétents. Une politique ou une entente entre des établissements visant la coopération à des actes moralement discutables ne doit pas être permise sans l'autorisation des personnes officiellement responsables de désigner un établissement comme étant catholique, soit habituellement l'évêque diocésain.

ANNEXE II

Glossaire

Abortif

Médication ou instrument qui provoque un avortement.

Affectation des ressources

Désignation ou mise de côté de ressources à des fins spécifiques.
(Cf. Rationnement.)

Aidant naturel

Membre du cercle de soutien d'un bénéficiaire de soins, par exemple la famille, le conjoint ou la conjointe, les amis intimes ou les membres de la communauté.

Allogénique (allogreffe)

Transfert d'organes ou de tissus du corps, par exemple peau ou os, d'une personne à une autre de la même espèce.

Autologue (autogreffe)

Transfert d'organes ou de tissus, par exemple peau ou os, d'une partie du corps à une autre chez la même personne.

Avortement

L'avortement direct est une intervention menée dans le but délibéré de mettre fin à la vie d'un embryon ou d'un fœtus, avant ou après l'implantation. L'avortement indirect correspond à toute mesure nécessaire pour sauver la vie de la mère, mais dont la mort du fœtus est un résultat inévitable, par exemple dans le cas de l'ablation d'une tumeur cancéreuse dans l'utérus au cours de la grossesse.

Bien commun

Somme totale des conditions sociales qui permettent aux personnes, comme particuliers aussi bien que comme groupes, de se réaliser elles-mêmes plus pleinement et plus facilement. On dit parfois « objectif commun ». (Cf. *Catéchisme de l'Église catholique*, n° 1906.)

Bioéthique

Partie de l'éthique qui traite des questions de la vie dans tout le domaine des sciences de la vie et de la santé. Ce terme a été utilisé pour la première fois par Van Rensselaer Potter en 1971. Il est formé des deux mots grecs *bios*, la vie, et *êthos*, les mœurs.

Capacitation

Transformation chimique du sperme dans les voies génitales de la femme où il séjourne pour acquérir son pouvoir fécondant.

Certitude morale

État de certitude assez élevée pour justifier une action à défaut d'une certitude absolue.

Clonage

Dans le contexte du présent guide, reproduction d'un organisme qui est une copie génétique d'un autre organisme duquel il a été dérivé, par voie de transplantation ou de fusion d'un noyau d'une cellule souche dans un ovule qui en assurera le développement.

Confidentialité

Qualité de la communication humaine qui protège le droit à la vie privée en favorisant la confiance entre le fournisseur de soins et le bénéficiaire des soins. La confidentialité enlève aux personnes non autorisées la possibilité d'accéder à l'information sur le bénéficiaire des soins et exige des personnes qui disposent de cette information qu'elles ne la communiquent pas à d'autres.

Conscience

Capacité expressément humaine de poser des jugements sur ce qui est moralement bon ou mauvais dans une situation donnée. (Cf. Annexe I.)

Consentement (éclairé)

Acte posé par une personne apte et libre, après avoir compris et évalué l'information dont elle a besoin, qui consiste à prendre une décision raisonnable au mieux de ses intérêts.

Contraception

Tout moyen visant délibérément à prévenir la conception à la suite d'une relation sexuelle.

Coopération (matérielle)

Coopération, immédiate ou distante, à un acte moralement inadmissible posé par une autre personne. (Cf. Annexe I.)

Cryopréservation

Dans le contexte du présent guide, surgélation de gamètes et d'embryons en vue de les conserver.

Dignité humaine

Valeur inhérente de la personne humaine qui appelle au plus grand respect.

Directive préalable (testament de vie, testament biologique)

Document qui vise à instruire ou à informer les autres au sujet des besoins d'une personne, de ses valeurs et désirs, de l'identité de son mandataire ou du type de traitement qu'elle désire au cas où elle perdrait sa capacité de prendre des décisions ou de faire connaître ses volontés.

Dispositif intra-utérin

Petit dispositif, généralement en plastique et contenant du cuivre ou libérant des hormones, qui est inséré dans l'utérus, notamment à des fins contraceptives mais aussi pour traiter certains troubles médicaux.

Dysphorie

Perturbation de l'humeur caractérisée par un sentiment de dépression, d'anxiété et d'irritabilité.

Embryon (humain)

Enfant à naître, depuis le moment de la fécondation jusqu'à la fin de la huitième semaine de grossesse.

Éthique

Étude du caractère bon ou mauvais des choix et du comportement humains; ensemble de principes de bonne conduite; réflexion sur les valeurs.

Euthanasie

Action ou omission qui, de soi ou dans l'intention, donne la mort afin de supprimer ainsi toute douleur. (*Evangelium Vitae*, n° 65.)

Expérimentation (humaine)

Toute recherche sur l'être humain qui vise à vérifier ou à mesurer l'effet d'un traitement donné, par exemple pharmacologique, tératogène, chirurgical, etc. (*Cf.* Recherche.)

Fécondation *in vitro*

Technique par laquelle un ovule ou un œuf est fécondé par le sperme, à l'extérieur du corps de la mère, dans une boîte de Petri. En latin, *in vitro* signifie « dans le verre ».

Fécondation *in vivo*

Technique par laquelle un ovule est fécondé, non pas dans une relation sexuelle, mais à la suite de l'introduction artificielle du sperme dans les voies génitales d'une femme. En latin, *in vivo* signifie « à l'intérieur d'un être vivant ».

Fœtus (humain)

Enfant en développement dans l'utérus, depuis la fin de la huitième semaine de grossesse jusqu'au moment de la naissance.

Fournisseur de soins

Personne qui offre des soins de santé ou des services sociaux à titre professionnel ou contre rémunération dans un organisme de santé ou de services sociaux.

Grossesse extra-utérine (grossesse ectopique)

Grossesse dans laquelle l'ovule fécondé s'implante ailleurs que dans l'utérus, par exemple dans une trompe de Fallope ou dans l'abdomen.

Homogreffe

Transfert d'un tissu ou d'un organe d'un être humain à un autre.

Illicite

Contraire à la loi (divine, ecclésiastique ou civile).

Insémination artificielle

Cf. Fécondation *in vivo*.

Intégrité anatomique

État d'un corps humain normal qui a conservé tous ses organes.
(*Cf.* Intégrité fonctionnelle.)

Intégrité fonctionnelle

État de l'efficacité systématique du corps humain. Par exemple, si une personne n'a plus qu'un seul rein, elle ne possède pas

l'intégrité anatomique, mais elle conserve son intégrité fonctionnelle parce que sa fonction rénale demeure suffisante. (Cf. Intégrité anatomique.)

Intégrité physique (intégrité corporelle)

Cf. Intégrité anatomique et Intégrité fonctionnelle.

Intendance

Attitude responsable dans ses rapports avec la création et utilisation consciencieuse des ressources.

Justice distributive

Obligation de la société de répartir les biens de cette société de façon équitable à ses membres individuels.

Justice sociale

Efforts en vue de déraciner les habitudes, les institutions ou les structures sociales qui font dommage au bien commun de la société, et en vue d'établir des structures, des manières d'agir et des attitudes qui favorisent le bien commun.

Licite

Conforme à la loi (divine, ecclésiastique ou civile).

Lignes directrices

Critères destinés à guider ou à orienter une action.

Mandataire

Personne en droit de prendre une décision concernant les soins et les traitements à appliquer à une personne inapte. Synonymes : fondé de pouvoirs, représentant, personne appelée à décider au nom du patient.

Mère porteuse

Femme qui permet à un enfant de venir à terme dans son sein, étant entendu qu'elle le remettra à sa naissance à la personne ou aux personnes qui ont retenu ses services.

Ministère

Manière spécifique par laquelle la mission de guérison est exercée dans les organismes de santé et de services sociaux chrétiens. Ce service s'appelle ministère parce qu'il est motivé par l'Évangile et fait partie de la tradition de foi de l'Église.

Moralité

Ce terme couvre de multiples sens : l'activité humaine libre qui amène une personne soit à progresser vers la perfection de sa destinée humaine ou à l'atteindre, soit à l'en détourner; les jugements de conscience d'une personne; les choix qui sont faits et les éléments objectifs des actes humains; un système de normes ou de principes de bonne conduite pour les personnes ou les groupes.

Mort

Du point de vue biomédical, perte irréversible, chez une personne, de toute habileté d'intégrer et de coordonner les fonctions physiques et mentales du corps. Quant à son moment exact, la mort se produit : a) lorsque les fonctions spontanées du cœur et de la respiration ont définitivement cessé, ou b) lorsque se produit « la mort cérébrale », c'est-à-dire l'arrêt irréversible de toute activité cérébrale. En réalité, l'arrêt définitif de l'activité cardiorespiratoire conduit très rapidement à la mort cérébrale. (Cf. *Charte des personnels de la santé*, Vatican, 1995, n° 129.)

Moyen de contention

Substance matérielle, environnementale ou chimique qui contrôle le comportement d'une personne en empêchant ou en réduisant son libre mouvement physique.

Objection de conscience

Opposition à une action pour des motifs moraux ou religieux.

Personne

Être doué d'intelligence et de libre arbitre, et possédant une conscience morale et un potentiel de réalisation de soi en rapport avec Dieu et les autres. L'être individuel demeure une personne même si pour une raison donnée le potentiel n'est pas actualisé.

Personnel

Dans le contexte du présent guide, toutes les personnes au service des patients, résidents ou clients des organismes de santé et de services sociaux (administrateurs, médecins, infirmières et infirmiers, autres professionnels de la santé et des services sociaux, employés de soutien et bénévoles).

Pouvoir de décision

Capacité qu'a une personne de prendre ses propres décisions en matière de soins de santé. On considère généralement que la prise de décision inclut la capacité de comprendre les facteurs en jeu et d'en évaluer les conséquences, la capacité d'élaborer un raisonnement à partir des données disponibles et menant à des conclusions fondées sur un ensemble personnel de valeurs, ainsi que la capacité d'exprimer un choix.

Principe

Formulation plus spécifique d'une valeur à utiliser comme point de départ ou règle d'usage pour une bonne réflexion ou action éthiques.

Procédure thérapeutique

Du point de vue moral, intervention médicale ou chirurgicale visant la conservation de la vie ou la guérison du bénéficiaire des soins. (Cf. Recherche.)

Protocole

Règles ou formalités indiquées à un groupe pour toute intervention.

Rationnement

Refus d'accorder des services potentiellement bénéfiques à cause de circonstances, de politiques ou de pratiques qui imposent des limites aux ressources disponibles pour les soins de santé ou les services sociaux. Cette définition a l'avantage de préciser nettement la préoccupation éthique (c'est-à-dire le dommage potentiel qui peut résulter du refus de services) et de reconnaître que les pratiques ou les propositions de rationnement doivent être évaluées en fonction de critères éthiques qui examinent la nécessité du rationnement, les méthodes proposées et leurs résultats probables. (Cf. Affectation des ressources.)

Recherche (clinique)

Toute procédure inductive et déductive qui vise à promouvoir l'observation et la compréhension systématique d'un phénomène humain donné ou à vérifier une hypothèse soulevée par des observations antérieures. (Cf. Expérimentation.)

Religion

Expression d'une spiritualité par des traditions, des rites et des pratiques, habituellement dans le contexte d'une organisation de fidèles.

Sédation palliative

Thérapie qui consiste à administrer des sédatifs afin de calmer légèrement ou grandement une personne manifestant des symptômes réfractaires, par exemple l'essoufflement, la confusion ou la douleur, lorsque tous les traitements habituels ont échoué ou s'avèrent impraticables. Les études indiquent que la sédation palliative n'abrège pas la vie invariablement.

Soins palliatifs

Conception des soins qui combine les soins actifs et les thérapies de compassion dans le but d'assurer le réconfort voulu aux

personnes et à leur communauté de soutien, face à la réalité d'une mort prochaine. Ce type de soins qui amène à se montrer sensible aux valeurs, croyances et pratiques personnelles, culturelles et religieuses suppose que l'on réponde aux attentes et aux besoins physiques, sociaux et spirituels de la personne en phase terminale. Les traitements palliatifs ne se limitent pas aux derniers moments de la vie, lorsqu'une personne n'a plus que quelques jours, semaines ou mois à vivre; la personne souffrant d'une maladie évolutive incurable peut bénéficier de soins palliatifs pour ses symptômes ou d'autres problèmes au cours de la trajectoire de sa maladie, même si elle reçoit des traitements tels que la chimiothérapie pour la soigner.

Soins spirituels et religieux

Activité qu'exercent les aumôniers, le clergé du lieu, les dirigeants religieux et les laïcs en vue d'aider les personnes à découvrir et à approfondir le sens de la vie et à exprimer leur spiritualité et leur religion. Dans le contexte des soins de santé catholiques, on accorde une large place au ministère sacramentel.

Spiritualité

Recherche du sacré. Effort conscient d'aller au-delà de l'isolement et de la recherche de soi vers une conscience plus profonde de l'interdépendance avec son moi, les autres êtres humains et le transcendant.

Suicide assisté

Action de mettre fin à sa propre vie avec les conseils, l'encouragement ou l'aide de quelqu'un.

Testament de vie (biologique)

Cf. Directive préalable.

Transplantation

Opération chirurgicale visant l'implantation d'organes ou de tissus donnés chez un receveur, ou encore, intervention complète depuis le prélèvement jusqu'à l'implantation.

Triage

Détermination des degrés d'urgence permettant de décider de l'ordre des traitements à donner à ceux qui en ont besoin.

Valeur

Qualité de la bonté des choses qui motive l'activité humaine.

Xénotransplantation (xénogénéique/hétérogreffe)

Transplantation d'une espèce à une autre, par exemple d'un animal à un humain. Le terme vient du grec *xenos*, qui veut dire « étranger ».

Zygote

Œuf fécondé avant qu'il ne commence à se diviser en d'autres cellules.

INDEX

Toutes les entrées de l'index renvoient à un numéro de page et non pas d'article.

A

- Abortif, *définition* 120
- Abus (*cf.* Violence)
 à l'égard des bénéficiaires de soins, 38
 à l'égard d'un enfant ou d'un aîné, 35
 fournisseurs de soins, 38, 109
- Accouchement, déclenchement de l', 49-50
- Accueil
 culture d', 94
 communauté d', 96
- Activités apostoliques (*cf.* Apostolat)
- Administration (*cf.* Cadres,
 Conseil d'administration,
 Direction, Gouvernance,
 Haute direction)
 prise de décisions, 91, 93,
 97, 100
 réflexion éthique, 102
- rôle, 96
 structure, 97-98
 syndicat, 106
- Affaires, 3
- Affectation des ressources, 98,
définition 120
 (*cf.* Rationnement)
- Agents de pastorale, 13
- Agression sexuelle, 38-39
- Aidant(s) naturel(s), 36,
définition 120
- Aide spirituelle, 33 (*cf.* Soutien spirituel)
- Alimentation et hydratation médicalement assistées, 64-65
- Alliance catholique canadienne de la santé, 1
- Allogénique (allogreffe), 71,
définition 120
- Animal(aux)
 gamète, 87
 recherche sur des, 75, 89
 transplantation de cellules, tissus et organes, 75-76
 utilisation éthique des, 89

- Apostolat, 22, 91, 92
- Aumônier, 64, 100, 129
- Autologue (autogreffe), 71,
définition 120
- Autorité, 10 (*cf.* Magistère)
civile, 97
compétente, 116
de l'Église, xi, 11, 98
de l'évêque, xi
officielle, 3
partager l', 7
pastorale, 22
poste d', 7
- Avantages d'un traitement, de la
recherche (*cf.* Bienfaits et
fardeaux)
- Avortement, 47, 49, 52, 53, 75,
118, *définition* 120
- B**
- Baptême, 19, 52
- Bénéficiaire(s) de soins, 32-33
abus à l'égard des, 38
consentement du, 62
droits et obligations, 35
gestion des plaintes, 109
partenaire, 97
prise de décision, 64
respect et compassion à
l'égard du, 94-95
- rôle premier, 32-33
- santé mentale, 37
- sexualité, 39-40
- valeurs, croyances et
souhaits, 34
- volontés, 67
- Bénévoles, 25
- Benoît XVI, 21
- Bien commun, 10, 15-16, 19,
20, 21, 24, 32, 98, 103,
116,
définition 121
défense du, 99
don d'organes, 69
génomme humain, 88
promotion du, 8, 26, 93, 96
recherche du, 79-81
- Bien individuel, 10, 16
- Bienfaits et fardeaux
d'un traitement, 33, 61, 62,
66
de la recherche, 82, 83
- Bioéthique, *définition* 121
- Bon Samaritain, x, 1-10, 14, 19
- Brevet pour modifications
génétiques, 88-89

C

- Cadres, 105 (*cf.* Administration, Direction, Haute direction)
- Capacitation, 38, *définition* 121
- Cellules souches, 87
- Centre de santé communautaire, 2 (*cf.* Organismes de santé et de services sociaux catholiques)
- Certitude morale, 74, *définition* 121
- Charité, 2, 9, 16, 22, 31, 43, 55, 69, 70, 74, 79
et justice, 15
- Chrétiens, chrétiennes, 9, 19, 25, 35, 57, 69
- Clonage reproductif, 87, *définition* 121
- Collaboration, 101
climat de, 106
entre l'évêque et
l'administration d'un organisme, 100
relations de, 7, 25, 26, 91, 97-99
- Communauté, 11, 19, 23, 35, 62, 66, 73, 81, 91, 93, 94, 96-103, 108, 114, 117
- autochtone, 82
- catholique, 13
- chrétienne, 13, 19, 92
- compatissante / de
 compassion, 5, 23, 97
- de croyants, 19, 21, 36
- de foi, 13
- de service, 23, 91, 92, 93
- de soutien, 55, 129
- de travail, 92
- ecclésiale, 92
- humaine, 69, 79, 80, 92
- morale, 91
- paroissiale, 56, 57, 59
- professionnelle, 91, 93
- sociale, 16
- Communication, 6, 12, 43, 64, 71, 91, 101, 106
- Compassion, 1-13, 14, 32, 35, 38, 39, 40, 44, 53, 56, 58, 59, 67, 94, 96, 102, 103, 104, 107, 129
(*cf.* Communauté)
- climat de, 26
- dans la recherche, 28
- du Christ guérisseur, 22
- Compréhension pastorale, 17
- Conception, 38-39, 44-45
à la mort naturelle, 14, 43
régulation, 46
- Conditions de travail, 21, 22, 91

- Confiance, 3, 10, 12, 26, 28, 31, 33, 43, 55, 69, 79
 climat de, 5-7, 14, 15, 104
 position de, 86
 valeur, 9
- Confidentialité, 14, *définition* 121
 et recherche, 83, 85, 88
 restreinte, 35
 des renseignements, 34-35, 51, 81, 83, 85, 88
- Conflit, 63, 67, 114
 d'intérêts, 74, 86, 107, 108
 éthique, 103
 résolution de, 103, 106
- Congé hâtif, 36
- Connotations juridiques, xii
- Conscience, 60, 63, 113-114, *définition* 122
 éclairée, xi, 11, 13
 formée, 12, 33
 morale, 31
 objection de, 36, 104, *définition* 127
 prise de, 55
- Conseil d'administration
 (*cf.* Cadres, Direction, Gouvernance, Haute direction)
 destitution, 94
 éthique, 95
 nomination, 94
- obligations fiduciaires, 95, 105
 réunion, 94
 rôle et responsabilités, 93, 94, 95, 96, 102, 105, 108
 sélection, 94
 structure, 97-98
- Conseils objectifs, 40
 (*cf.* Counselling)
- Consentement éclairé, 14, 33-34, 46, 51, 52, 61, 70, 71, 72, 82, 84-85, 89, *définition* 122 (*cf.* Décision éclairée)
- Conséquences psychologiques, 48
- Considérations juridiques, 70
- Contraception, *définition* 122
- Coopération
 formelle et matérielle, 117, *définition* 122
 principe de, 117-119
- Counselling, 33, 100
 (*cf.* Conseils objectifs)
 pastoral, 52
- Croyances spirituelles chrétiennes, 22, 91
- Cryopréservation, 50, *définition* 122
- Culture, 4, 22, 58, 62, 91, 94, 96, 109 (*cf.* Culturel[le][s])

et traditions, 36
spirituelle, 9
utilitaire, 45

Culturel(le)(s) (*cf.* Culture)

bagage, 56
circonstances, 61
croyances, 55, 129
environnement, 24
facteurs, 32
liens, 35
objection, 76
pratiques, 75, 129
savoir-faire, 36
traditions, 36
valeurs, 129

D

Décès (*cf.* Mort)

Déchets biomédicaux, 75

Décision(s), 14, 20, 33, 34, 52,
56, 61, 63, 64, 74, 81,
82, 93, 97, 101, 103, 105,
106, 116, 119, 127

détresse, 63

difficile, 56

éclairée, 33-34, 46, 51, 61,
84-85 (*cf.* Consentement
éclairé)

en fin de vie, 60-62, 63, 65,
66

enfants, 61

éthique, 12, 14, 91, 95, 100,
101

lignes directrices, 17

morale, 98

moralement bonne, 52

participation, 7, 97

personne apte, 32, 33, 34, 61,
62

personne inapte, 33, 39, 61,
71, 84

pouvoir de, *définition*, 127

responsable, 56

Déclaration universelle des droits
de l'homme des Nations
unies, 31

Défenseur du patient, 64, 103

Démarche chrétienne, 9

Dénonciateurs, 109

Dénonciation, 110

Dépersonnalisation, 6

Dépistage génétique, 58

Déterminants de la santé, 21

Devoir moral, x

Diagnostic

pré-implantatoire, 51

prénatal, 50, 52

Dignité, 9

de l'enfant, 48

de la personne, 43, 55, 63,

- 69, 75, 79, 84, 113
- fondement de la, 14
- humaine, 8, 30-40, 45, 47, 70, 71, 79, 103, 113, *définition* 122
- mourir dans la, 58
- promotion de la, 26
- respect, 3-5, 8, 12, 14, 31, 69, 71, 82, 84, 85
- sentiment, 4
- sexualité, 39, 45, 47
- Direction (*cf.* Administration, Cadres, Conseil d'administration, Gouvernance, Haute direction)
 - réflexion éthique, 102
 - rôle, 22,
 - sélection, 94, 95
 - structures, 97
- Directive(s) préalable(s), 33-34, 57, 61, 67, *définition* 122
- Discrimination, 27, 35, 51, 82, 83, 88
- Diversité, 109
- Divulgarion, 58
 - de méfaits, 110
 - de renseignements obligatoires, 34
 - obligatoire, 35
- Don d'organes et de tissus, 57, 68-76 (*cf.* Transplantation)
 - admissibilité du receveur, 71
 - après la mort cardiaque, 73-74
 - compensation monétaire, 74
 - critères, 69-70
 - donneurs vivants, 72
 - donneurs décédés, 72-73
 - enfant, 71
 - foetus avortés, 75
 - principes éthiques, 69-70
 - respect du donneur et du receveur, 71
- Donneur(s), 47, 72
 - compensation monétaire, 74
 - consentement, 70, 71
 - décédés, 72-73
 - dignité, 74
 - enfant, 71
 - intégrité fonctionnelle, 70, 71
 - respect, 71, 73
 - vivants, 70, 72
- Double effet, 115
- Droit
 - à l'objection de conscience, 104
 - à la sécurité, 20
 - à une juste compensation, 106 (*cf.* Salaires équitables)
 - aux soins de santé, 20

- de former des associations, 106
 - de liberté, 38
 - de planifier leur famille, 46
 - de préparer sa mort, 60
 - de se retirer d'une étude, 84
 - des employés, 106
 - reconnu, 34
- Droits
- d'autrui, 15
 - Déclaration universelle, 31
 - défense des, 95, 96
 - défenseur des, 64, 96
 - des collectivités, 8
 - des personnes, 8
 - des syndicats, 107
 - du patient, 64, 103
 - et obligations, 35
 - humains, 8
- Dysphorie, *définition* 123
- E**
- Écoles, 40, 70
 - Écosystème, 27
 - Éducation, 40, 51, 66, 102
(*cf.* Formation)
 - et recherche, 27-28
 - des personnes qui s'occupent
des mourants, 56
 - secteur de l', 9, 26
 - Église, 12, 55, 69, 94, 114, 119
 - autorités de l', xi, 10, 11, 98
 - enseignement de l', xi, 11, 13,
32, 44, 92, 119
 - tradition morale, 116
 - Embryon(s), 44, 47, 49, 51,
définition 123
 - avortés, 53
 - congélation, 50
 - destruction, 47, 51
 - intégrité des, 52
 - recherche sur des, 86-87
 - respect de l', 48-49
 - Employeurs et employés,
105-107
 - Enfants mort-nés, 53
(*cf.* Mortinaissance)
 - Énoncé de mission, 25, 36
 - Enseignement moral catholique
(*cf.* Tradition morale
catholique)
 - Enseignement social catholique,
20, 32, 92, 107
 - Environnement, 16, 24, 26-27
intendance et créativité, 15
 - Équité et transparence, 103, 105
 - Éthicien, 13, 101
 - Éthique, 28, 39, 40, 48, 56, 69,
70, 75, 76, 80, 81, 83,
87, 92, 100, 101, 102,

- 107, 108, 109 *définition*
123
comité, xi, 83, 85, 86, 96,
101, 102
conflit ou différend, 103
conseiller, 64, 101, 102
contexte, 98, 102, 104
de la vie, 21
décision, 12, 14, 17, 91
dilemme ou problème, 28, 47
dimension, 93, 95, 100, 101,
102
obligations, 13, 86
questions, 3, 12, 57, 64, 89,
101
recherche, 96
réflexion, 1, 10, 11, 96, 101,
102
sociale, 21
utilisation des animaux, 89
valeurs, 91, 97
- Euthanasie, 51, 57, 59, 66, 118,
définition 123
- Évangile, x, 1, 9, 14, 21, 23, 94
- Évêque
autorité, xi, , 13, 22, 91, 92,
93, 98, 100, 102, 110,
119
diocésain, xi, 11, 12, 13, 22,
91, 92, 98, 100, 102, 110,
119
rôle, 11, 12
- Examen juridique, viii
- Exigences juridiques, 84
- Expérimentation, *définition* 125

F

- Famille, xi, 8, 33, 35, 44, 66,
109, 110
- Fardeaux d'un traitement, de la
recherche (*cf.* Bienfaits et
fardeaux)
- Fausse couche, 52, 53
- Fécondation, 38
à partir du sperme ou d'un
ovule d'un conjoint
décédé, 48
aide à la, 47
formes acceptables, 47
formes inacceptables, 47
in vitro, 47, 48, *définition* 124
in vivo, *définition* 124
(*cf.* Insémination
artificielle)
- Femmes, 45
inclusion dans la recherche,
83
questions de santé propres
aux, 45
traitement médical, 49

Fœtus, 49-50, 83, *définition* 124
avortés, 53, 75
intégrité du, 52
interventions thérapeutiques
sur des, 86
recherche sur les, 86-87
respect du, 48-49

Formation en exercice, 100

Formation, 64, 100, 104, 107
(*cf.* Éducation)
étudiants, 27, 107
des personnes qui s'occupent
des mourants, 56
fournisseurs de soins, 38, 59,
109

Fournisseur de soins, xi, 5, 6,
12, 23, 40, 58, 63, 66,
70, 85, 105 (*cf.* Santé,
professionnels de la)
abus, 38, 109
définition 124
éthique, 101, 103
rôle et responsabilités, 26, 36,
37, 38, 39, 59, 61, 67,
72, 95, 101, 103, 104,
107

Foyer-résidence, 2

G

Gamètes
recherche, 86-87

Gouvernance
(*cf.* Administration,
Cadres, Conseil
d'administration,
Direction, Haute
direction)
éthique, 95
liens avec le Saint-Siège, 93
prise de décisions, 93

Grossesse extra-utérine
(ectopique), 49, *définition* 124

Guérison intérieure, 3

Guide d'éthique de la santé
(2000), x

Guide d'éthique de la santé
(2013), 16-17, 83
intention, x-xi
objectifs, 17

*Guide d'éthique des soins de
santé* (1991), x

H

Haute direction

(*cf.* Administration,
Cadres, Conseil
administration, Direction,
Gouvernance)

éthique, 95, 102

rôle et responsabilités, 93, 94,
95, 108

Homogreffe, *définition* 124

Hôpital, 2

I

Identité catholique, 22, 23, 26,
36, 40, 93, 94, 103, 110

Identité, 22, 23, 88

catholique, 36, 40, 93, 94,
103, 110

personnelle, 4, 40, , 43 70, 75

religieuse, 25

sexuelle, 40

Illicite, 48, *définition* 124

Images, symboles et signes
chrétiens, 19, 22, 91

Inconvénients d'un traitement,
de la recherche (*cf.* Bienfaits
et fardeaux)

Infanticide, 51

Information, 33, 34-35, 40, 58,
61, 86 (*cf.* Confidentialité des
renseignements)

Injustice, 8

Insémination artificielle, 47, 48

Intégration de la mission et des
valeurs, xi, 22, 91, 95

Intégrité

anatomique, *définition* 124

de l'embryon et du fœtus, 52

fonctionnelle, 70, 71,

définition 124

physique, 57, *définition* 125

totalité et, 115-116

Intendance, *définition* 125

de l'environnement, 16, 24,
26-27

des dons de Dieu, 92

des ressources, 8, 22, 91

et créativité, 15

ministère de service et d', 7

Interconnectivité de toute la
création, 19

Interventions thérapeutiques, 44,
86 (*cf.* Procédure
thérapeutique)

J

- Jean XXIII, 20
- Jésus, x, 1, 2, 9, 23, 55, 102
- Jésus-Christ, 1, 3, 10, 12
- Jugement moral, 113-119
- Juristes, 101
- Justice, 9, 20, 22, 43, 45, 55,
69, 79, 103, 107
assurer la, 43
dans les soins de santé, 20
distributive, 71, *définition* 125
et charité, 15-16
principe de, 83
promotion de la, 7-8, 12, 14,
15-16, 26, 96
respect de la, 79, 82
sociale, 19, 26, 28, 102,
définition 125

L

- Laissés-pour-compte, 8
- Liberté
de mouvement, 37-38
personnelle, 37
- Licite, *définition* 125
- Lignée cellulaire, 71
- Lignes directrices, *définition* 125

- prise de décisions, 17
relations de collaboration, 97-
98

Logement, 26

M

- Magistère, 12, 13, 16, 114,
- Maintien en vie, 57, 62, 63
- Maladies
infectieuses, 58
prévention, x, 26, 27, 99
transmissibles sexuellement,
40
- Mandataire(s), 33-34, 61, 62,
63, 67, 72, 109, *définition* 125
- Mariage, 43-44, 47, 48
- Maternité par substitution, 48
- Médicaments, 27, 38, 46, 59,
60, 80
affectant les facultés
mentales, 37
avant le décès, 72-73
expérimentaux très coûteux,
99
- Membres de la famille éprouvés,
52
- Mère porteuse, 48, *définition* 126
- Ministère, 1-8, 23, *définition* 126

- de compassion, 9
 de guérison, xi, xii, 3, 9, 10,
 12, 17, 23, 25
 de service et d'intendance, 7
 des services infirmiers en
 paroisse, xii
 du Christ, 91, 93, 94
 sacramental, 12, 92
- Moralistes, 13, 101
- Moralité, 28, 98, *définition* 126
- Mort, 9, 10, 28, 53, 55, 56, 57,
 65 (*cf.* Décès)
 causer la, 57, 66, 115
 (*cf.* Euthanasie, Suicide)
 cardiaque ou
 cardiorespiratoire, 73
 (*cf.* définition Mort)
 cérébrale ou neurologique, 73,
 126, *définition* 126
 compréhension chrétienne, 57
 constatation, 72, 73
définition 126
 don d'organe, 72, 73-74, 116
 (*cf.* Don d'organes et de
 tissus)
 embryon, fœtus, enfant, 49,
 50, 52, 53, 56, 121
 (*cf.* Avortement)
 état mortel, 50, 56, 59, 61,
 65, 66, 74
 hâter la, 59, 60, 65, 73, 74
 mère, 49, 50
 naturelle, 14, 43, 45
 préparer la, 60, 72
 (*cf.* Directive[s]
 préalable[s], Soins
 palliatifs)
- Mortinaissance, 52 (*cf.* Enfants
 mort-né)
- Mourant(s),
 besoins, 56, 58
 don d'organes, 72
 médicaments, 60
 prise de décisions, 60-62, 66
 respect, 70
 soins, 55-67, 63
- Moyens de contention, 37-38,
définition 126

N

Nations unies, *Déclaration
 universelle des droits de
 l'homme*, 31

O

Obligation, 13, 35, 64, 82, 91,
 92, 93, 99, 101, 106
 concurrente, 105
 de prodiguer des soins, 104-
 105
 éthique, 13, 86

- fiduciaire, 95
 morale, 34
- Organisations professionnelles, 26
- Organismes de santé et de services sociaux
 catholiques, 2 (*cf.* Centre de santé communautaire)
 collaboration, 97
 contribution au Canada, 22
 dissolution, 94
 gouvernance, 93
 mission, 11, 23, 25-26, 32, 94, 96, 105
 rôle de l'évêque, xi, 11, 22, 91, 92, 100
 rôle et responsabilités, 9, 10, 22, 23, 33, 35, 36, 40, 46, 53, 56, 57, 58, 64, 80, 91-94, 98, 100, 102-106, 108, 109
 valeurs, 39, 93, 96, 98
- Ovulation, 38
-
- P**
- Pandémie, 104
- Parentalité responsable, 45-46
- Parents éprouvés, 52
- Paroisses, 40, 70, 100
- Parrain(s), x, 93, 94
 pouvoirs « réservés », 94
- Parrainage, 22, 91
- Pauvres, 23, 27, 108
 amour des, 8
 besoins des, 9
 option préférentielle, 92, 96
- Percées, x, 11, 28, 44-45, 57, 69
- Perfectionnement, 27, 106
- Personne(s)
 en marge de la société, 31
 marginalisées, 23, 82, 925
 mourante(s) (*cf.* Mourant[s])
 souffrante(s), 3, 17, 59, 129
- Personne, *définition* 127
 apte, 32, 33, 34, 61, 62, 63, 116
 dignité de la, 30-40, 63, 75, 84
 inapte, 33-34, 39, 61, 67, 84
 respect de la, 32
- Personnel éprouvé, 52
- Personnel, *définition* 127
- Perspective chrétienne, 69
- Placenta, 71
- Plaintes, gestion des, 109
- Planification à l'avance des soins (*cf.* Directive[s] préalable[s])

- Politiques
 élaboration de, 7
 intégration des, 26
- Pouvoir procréateur
 (*cf.* Conception)
- Pouvoirs réservés, 94
- Préjudices psychologiques, 88
- Préjudices, 108, 110
 de la recherche, 83
 embryons et fœtus, 86
 prévisibles, 82
 réduction des, 104
 sociaux et psychologiques, 88
 subis par les femmes, 83
- Prescriptions juridiques, 72
- Présidence-direction générale, 95
- Principe(s)
 d'interprétation, 114-119
définition 127
 moraux, 113-114
- Problèmes psychologiques, 47
- Procédure thérapeutique,
définition 127
 (*cf.* Interventions
 thérapeutiques)
- Prochain, x, 1, 2, 5, 9, 14, 19,
 31,
- Promotion
 de la dignité, 26
- de la justice, 7-8, 12, 14, 15-
 16, 26, 96
- de la santé, x, 7, 8, 24, 26,
 27, 99, 108
- du bien commun, 8, 26, 93,
 96
- Protocole, *définition* 128
- Psychologique(s)
 conséquences, 48
 préjudices, 88
 problèmes, 47
 soins, 53
 soutien, 38, 40, 63

Q

Questions de pastorale, 12

R

Rationnement, 99-100,
définition 128 (*cf.* Affectation
 des ressources)

Réadaptation (des malades
 chroniques), x, 7, 26
 (*cf.* Rééducation)

Réanimation cardiorespiratoire,
 66

Recherche génétique, 88

Recherche, 27-28

- du bien commun, 79-81
 - bienfaits et fardeaux de la, 82, 83
 - but de la, 82
 - clinique, *définition* 128
 - compassion, 28
 - confidentialité, 83, 85, 88
 - conflit d'intérêts, 86
 - consentement, 84-85
 - critères, 82-83
 - éthique, 96
 - financement, 86
 - génétique, 88
 - préjudices, 83
 - sur des animaux, 75, 89
 - sur des cellules souches, 87
 - sur des embryons, des fœtus, des gamètes, 86-87
 - sur des femmes enceintes (inclusion dans la), 83
 - sur des humains, 78-89
 - tradition chrétienne, 79-81
- Recrutement (du personnel), 93, 107
- Rééducation, 26
(*cf.* Réadaptation)
- Refus ou arrêt d'un traitement, 62-63, 65, 66
- Régulation des naissances, 46
(*cf.* Contraception)
- Relation(s)
d'amour, 43
- de collaboration, 97-98
- de guérison, 1-8
- entre employeurs et employés, 105-107
- existant dans la Trinité avec le Père, 43
- humaine, 15, 43
- intime, 45
- sexuelles, 39
- Relève, planifier la, 107
- Religieuse
identité, 25
objection, 76
- Religieuses
circonstances, 61
croyances, 21, 25, 55
dimensions, 5
traditions, 36, 75
valeurs, 10, 23
- Religieux
groupes, 5, 26
sentiments, 53
services, xi
soins, 22, 35-36, 100-101,
définition 129
soutien, 58
- Religieux et religieuses, 22
- Religion, *définition* 128
- Rémunération, 95, 107
(*cf.* Salaires)

- Ressources
 affectation, 98, *définition* 120
 intendance, 8, 22, *définition* 125
 rationnement, 99-100, *définition* 128
- Restes humains, élimination des, 53, 75
- Revenus complémentaires, 108
- S**
- Sacrement
 de réconciliation, 58
 du baptême, 52
- Sacrements, 60
 célébration des, 100
 disponibilités des, 22, 91
- Sagesse chrétienne, 12
- Salaires, 95 (*cf.* Rémunération)
 équitables, 144 (*cf.* Droit à une juste compensation)
- Santé (*cf.* Soins)
 accès et attente, 6
 dimensions physiologique, psychologique, spirituelle, sociale, économique et écologique, 8
 et guérison, 24
 confidentialité des renseignements sur la, 34
 promotion de la, x, 7, 8, 24, 26, 27, 99, 108
 professionnels de la, 25, 32, 33, 34, 36, 46, 59, 63, 64, 67, 70, 97, 101, 103, 108
 système de, 7, 22, 104
 travailleurs de la, 6, 104
 formés à l'étranger, 107
- Santé mentale, 37
- Science et technologie, 11
- Sécurité, 6, 20, 36, 110
 des autres, 37, 38
 des données, 85
 des fournisseurs de soins, 109
- Sédation palliative, *définition* 128
- Service apostolique (*cf.* Apostolat)
- Services de pastorale, 35 (*cf.* Soins, dimensions spirituelle et religieuse)
- Services infirmiers en paroisse, xii
- Sexe, 83, 88, 106
 changement de, 40
 différence de, 31
 sélection du, 51
- Sexualité, 42-53
 dignité en matière de, 39-40, 45
 et bénéficiaires de soins, 39-40

- et santé publique, 40
- et technologie, 45
- Signes chrétiens (*cf.* Images, symboles et signes chrétiens)
- Signification chrétienne, 28
- Social(e)(s)
 - bien, 21
 - caractère social des soins de santé, 18-28
 - communauté sociale, 16
 - conséquences, 35
 - dimensions de la santé, x, 8
 - enseignement catholique, 20, 32, 92, 107
 - éthique, 21
 - justice sociale, 19, 26, 28, 102, *définition* 125
 - ordre, 16, 19
 - responsabilité, 26-27
 - services, 21-23, 25-26
 - travailleur, 64
- Société, 6, 20, 23, 26, 43, 56, 79, 88, 106, 119
 - civile, 23
 - d'ordre supérieur, 116
 - d'un ordre inférieur, 116
 - en marge de la, 26, 31 (*cf.* Personnes marginalisées)
 - en santé, 23, 91
 - juste, 8
 - responsabilité de la, 19
 - vie en, 16
- Soins, 20-21
 - à domicile, x
 - aigus, x
 - capacité de payer, 20
 - caractère social, 18-28
 - de longue durée, x, 2, 7, 8
 - de santé catholiques, x, 1-8
 - des mourants, 54-67 (*cf.* Directive[s] préalable[s], Mort, Soins palliatifs)
 - dimensions spirituelle et religieuse, 5
 - début de la vie, 42-53
 - en fin de vie, 57
 - fin de vie, 54-67, 100 (*cf.* Soins palliatifs)
 - modèle à but non lucratif, 26
 - obligation de prodiguer des, 104
 - palliatifs, 7, 58, 59-60, 63, *définition* 129
 - palliatifs pédiatriques, 57
 - palliatifs périnataux, 52
 - parents, membres de la famille et personnel, 52
 - percée dans les, 28
 - prestation, 2, 19, 26, 27
 - psychologiques
 - question d'affaires, 3
 - spirituels et religieux, 22, 35-36, 56, 91, 100-101, *définition* 129

Solidarité, 6, 9, 16, 20, 26, 92, 104, 107
 et don d'organes, 69-70
 et magistère du pape, 16
 et recherche, 79-81
 humaine, 26
 mondiale, 20, 24
 respect de la, 79

Souffrance, 8, 9, 10, 11, 35, 115
 alléger, réduire, soulager la, 25, 79, 89, 108
 (cf. Soulagement de la douleur)
 des autres, 69
 en fin de vie, 54-67
 signification chrétienne, 28, 57
 spirituelle, 35

Soulagement de la douleur, 55, 58, 59 (cf. Souffrance, alléger, réduire, soulager)
 des personnes en fin de vie, 58-59

Sous-traitance, 107

Soutien
 psychologique, 38, 40, 63
 spirituel, 38, 40, 53, 58, 63
 (cf. Aide spirituelle)

Spiritualité, 21, 25, *définition* 129

Stérilisation, 46-47, 118

Subsidiarité, 106, 116-117

Suicide, 57, 66
 aide au, 66, 118, *définition* 120

Symboles chrétiens (cf. Images, symboles et signes chrétiens)

Syndicat, 26, 105-107

T

Technologie(s), 11, 45, 47, 57, 79, 80
 biomédicales, 44

Testament de vie
 (cf. Directive[s] préalable[s])

Tissus humains, 71, 75

Totalité et intégrité, 115-116

Tradition
 catholique, x, 4, 6, 9, 13, 14, 16, 17, 21, 23, 25, 32, 44, 55, 56, 59, 79, 81, 94, 116
 chrétienne, 19, 80
 judéo-chrétienne, 14, 113
 morale catholique, 10-13, 63, 91, 101, 114, 116, 117

Traitement
 bienfaits et fardeaux, 33, 61, 62, 66

- d'une personne mourante, 60
- de maintien de la vie, 61
- des femmes enceintes, 49
- prénatal, 52
- qui restreint la liberté
 - personnelle, 37
- refus ou arrêt, 62-63, 65, 66
- Transplantation, 70, *définition*
 - 130 (*cf.* Don d'organes et de tissus)
- admissibilité du receveur, 71
- critères, 69-70
- d'organes et de tissus, 16, 68-76
- de cellules cérébrales, 75
- équipe de soins distinctes, 74
- respect du donneur et du receveur, 71
- Triage, *définition* 130

V

- Valeur(s), *définition* 130
 - confiance et justice, 9
 - croyances et souhaits exprimés par le patient, 34
 - culturelles, 129
 - des organismes de santé et de services sociaux
 - catholiques, 39, 93, 96, 98
 - et principes, x, 17, 80
 - éthiques, 91, 97
 - éthiques chrétiennes, 22, 91, 97
 - évangéliques / de l'Évangile, 14, 31
 - intégration de la mission et des, xi, 22, 91, 95
 - morales, 10, 13, 14-16, 23, 25
 - religieuses, 10, 23
- Valeurs, croyances et souhaits, 33, 34, 60, 61, 65
- Victimes
 - d'un viol, 38
 - d'une agression sexuelle, 38
 - de violence, 38-38
- Vie humaine, 10, 11, 44, 75, 80 (*cf.* Dignité humaine)
 - caractère sacré de la, 69
 - respect de la, 13, 14, 28
- Vie privée, 88 (*cf.* Confidentialité)
 - des participants à une recherche, 83
 - des patients, 85
 - des renseignements, 34-35
- Violence (*cf.* Abus)
 - à l'égard d'un enfant ou d'un aîné, 35
 - à l'égard des bénéficiaires de soins, 38
 - chez les fournisseurs de soins, 38, 109

Vulnérables, 8, 23, 27, 32, 64,
82, 85, 108

X

Xénotransplantation, 75-76,
définition 130

Z

Zygote, *définition* 130



**« Mais un Samaritain, qui était en voyage, arriva près de lui, le vit
et fut pris de pitié. »**

Luc 10, 33

ISBN 978-0-920705-44-5



9 780920 705445