Évolution des critères médicaux de la mort

Jean-Etienne BAZIN

Professeur émérite d'Anesthésie-Réanimation, Université Clermont Auvergne

Résumé : Les critères du diagnostic de la mort ont évolué au cours de l'histoire de l'Homme. Cette évolution est allée de pair avec des changements de valeurs sociétales. Pendant longtemps, la mort survenait sur les lieux de vie du patient entouré de ses proches et des représentants religieux. Mourir à l'hôpital était un signe d'indigence et de solitude. L'arrêt de la respiration et de la circulation étaient les critères d'affirmation du décès. Pour autant, ce diagnostic était parfois incertain. La mort s'est progressivement médicalisée. L'essor des techniques de réanimation a fondamentalement bousculé les frontières de la mort, aboutissant à la notion de mort encéphalique. Cette évolution fait distinguer la mort de la personne et la mort biologique. On meurt de plus en plus à l'hôpital ou en institution, loin de tout ce qui était notre vie. Cette mort en milieu hospitalier renforce la sensation d'une toute puissance médicale sur le moment et les conditions de celle-ci. Le médecin doit déclarer non plus une réalité irréfutable, mais l'irréversibilité d'un processus qui peut être remis en cause par les techniques de réanimation. L'élargissement pour des raisons utilitaristes des critères de prélèvements d'organes à des patients en impasse thérapeutique, peut faire craindre la notion de mort sociale ouvrant la voie à l'euthanasie et au suicide assisté.

Mots-clés : Mort, diagnostic, réanimation, mort encéphalique, prélèvement d'organes.

L'énigme de la mort et la question de sa définition ont préoccupé l'homme depuis très longtemps. Les enjeux et les critères du diagnostic de la mort ont évolué au cours de l'histoire de l'humanité. Que ce soit sur un plan anthropologique, sociologique, historique ou philosophique, les représentations collectives (et la définition) de la mort ainsi que les comportements qui l'entourent sont les témoins moraux de la société dans laquelle ils s'inscrivent. L'évolution des critères objectivant la mort marque de fait un changement de la conception même des valeurs de notre société. La nécessité d'objectiver la mort est un phénomène ancien, basé sur l'observation du cadavre, reliant l'aspect du corps mort à la mort elle-même. Le diagnostic du décès d'une personne a toujours été d'une importance capitale pour sa famille, notamment pour des raisons successorales. Aujourd'hui, la mort devenue conséquence de l'impuissance de la médecine, doit être paradoxalement prouvée et constatée médicalement.

1 Avant le XVI[e] siècle

L'Homme est probablement préoccupé par la mort depuis ses origines et a su la reconnaître plus ou moins intuitivement. Le respect du cadavre et la tristesse du deuil sont éprouvés par d'autres animaux. Mais les humains ont installé ce comportement dans la durée, préservant le corps du défunt ou l'enveloppant dans des rites complexes. La description des signes du décès a été faite 500 ans avant notre ère par Hippocrate : *"Front ridé et aride, yeux caves, nez pointu bordé d'une couleur noirâtre, tempes affaissées, creuses et ridées, menton ridé et racorni, peau sèche, livide et plombée, poils des narines parsemés d'une espèce de poussière d'un blanc terne, visage d'ailleurs contourné et méconnaissable".*

Au Moyen-Âge, la maladie, la famine, la pauvreté et les guerres rendent la mort omniprésente. La promesse d'une immortalité de l'âme, voire d'une résurrection des morts par l'Eglise rend cette mort moins angoissante (Carol, 2015).

2 XVIII[e] et au XIX[e] siècle

Mourir à l'hôpital est un signe d'indigence et de solitude, le mourant est généralement laissé sur son lieu de vie, confié à ses proches et aux représentants du culte. Encore plus effrayant que la mort elle-même, une situation focalisait alors toutes les craintes : l'inhumation prématurée. C'est ainsi qu'en Allemagne ou en Italie, à la fin du XVIII[e] siècle, existaient des « obitoires » ou « chambres mortuaires d'attente », où étaient déposées les personnes apparemment mortes. Une ficelle munie d'une clochette était nouée à leur main, afin que leur « réveil » alerte le gardien des lieux. Des médecins, tel Alexandre Lacassagne, avouaient même leur impuissance : « *Malgré le grand nombre de signes de mort qui ont été donnés, il est parfois bien difficile d'affirmer si celle-ci existe réellement* » (Lacassagne,1886). La législation de la déclaration des décès rend compte de ces incertitudes. Selon l'article 77 du code civil de 1804, « *aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier d'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et ces 24 heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police* ». Mais les officiers d'état civil se font parfois assister par un médecin, notamment pour dépister une mort suspecte. Ainsi un « médecin d'état civil » reçoit-il un mandat de visite de l'officier d'état civil afin d'examiner le défunt. Ces médecins sont chargés de constater les décès et de s'assurer du respect de la législation et de la réglementation funéraire, en particulier sur la conservation du corps.

En 1837, l'académie des sciences de Paris crée le prix Manni qui récompense celui qui rendra le diagnostic de la mort sûr, prompt et facile (Lepresle, 2010). En 1866, la vérification des décès devient obligatoire sur tout le territoire français. En fait, jusqu'au XIX[e] siècle, selon l'état des connaissances médicales, on distinguait deux états de mort : la mort apparente et la mort réelle. La mort apparente résultait d'une syncope prolongée avec relâchement musculaire, perte de connaissance, arrêts cardiaque et respiratoire ou activités cardiaque et respiratoire faibles. Surtout, elle était potentiellement réversible. La mort réelle, quant à elle, faisant suite à la mort apparente, devenait irréversible du fait de lésions organiques et tissulaires. L'art du

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

médecin était de discerner dans la mort celle qui n'était qu'apparente de celle qui était réelle. À partir de ces définitions, la médecine a cherché à identifier des signes cliniques permettant de diagnostiquer la mort avec certitude. Cependant, aucun des signes cadavériques (peau froide et livide, baisse de la température corporelle, rigidité, absence de circulation et de respiration…) ne semble permettre un diagnostic certain de mort (Vovelle, 2000). La putréfaction semble le seul signe certain, mais n'est bien souvent identifiable qu'au bout de 48h (tache verte des parois abdominales). À la fin du XIX^{e} siècle, tout un arsenal de tests chimiques a été décrit pour pouvoir affirmer la mort : injection intraveineuse de fluorescéine ammoniacale, test à l'hydrogène sulfuré (produit par le corps en putréfaction), la réaction alcaline au tournesol ou la réaction au bleu de bromothymol qui témoignent de l'acidification des tissus, signe de l'éther de Rebouillat (2 mL d'éther injectés en sous cutané, ressortent en jet en cas de mort réelle) (Carol, 2015). Ces techniques étaient surtout utilisées dans le cadre de la médecine légale.

Dans la première moitié du XX^{e} siècle, les médecins ont développé de nombreuses méthodes cliniques de diagnostic de la mort. Pour mettre en évidence l'arrêt des battements du cœur, l'auscultation cardiaque doit être réalisée durant 5 minutes, puis renouvelée 30 minutes plus tard. Pour s'assurer de l'arrêt de la respiration, d'une part, on recherche des traces de souffle respiratoire en apposant une plume, un duvet, une flamme ou un miroir froid devant la bouche ; d'autre part, on détecte les mouvements respiratoires en posant un verre d'eau sur la région épigastrique. L'examen de l'œil aide aussi parfois au diagnostic : déformation ovalaire de la pupille à la compression (signe de Jodl). Des épreuves invasives ont aussi été mises au point pour affirmer le diagnostic : piqûres, frictions ou brûlures cutanées dans les régions les plus sensibles du corps (plantes des pieds : d'où le nom de « croque-morts ») visent à produire une réaction douloureuse, signe de vie persistante. La ponction cardiaque consiste à introduire une aiguille en région cardiaque : immobile, elle témoigne de l'absence de battement cardiaque et donc d'une mort réelle ; si au contraire elle révèle des mouvements rythmés par les battements du cœur, l'individu n'est qu'en mort apparente. Le législateur impose des épreuves invasives pour le diagnostic de la mort en milieu hospitalier.

Jusqu'à la fin de la seconde Guerre Mondiale, le cadavre ne peut être enterré ou autopsié avant que ne soit écoulé un délai de 24 heures depuis la déclaration de la mort (décret n° 5050 du 31 décembre 1941). Après la deuxième guerre mondiale, la définition légale de la mort évolue en France en considération du développement des greffes d'organes et de tissus. Les praticiens obtiennent tout d'abord le droit de prélever les cornées des cadavres (loi Lafay du 7 juillet 1949). Le prélèvement doit être réalisé le plus rapidement possible après le décès pour augmenter les chances de succès de la greffe. La circulaire ministérielle du 3 novembre 1948 retient comme critère de la mort, stipulant que deux médecins doivent, avant de certifier le décès, réaliser une artériotomie radiale (section de l'artère radiale) : la mort était réelle en absence de saignement en jet. À cette époque, la mort est un processus biologique inéluctable qui voit disparaître l'une après l'autre les fonctions vitales de l'organisme.

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

3 Deuxième moitié du XX^{e} siècle.

C'est en 1960 qu'apparaît le certificat de décès. Désormais, le diagnostic de mort ne repose plus sur l'officier d'état civil, mais sur un médecin. Le XX^{e} siècle marque un tournant décisif dans les représentations sociales de la fin de vie et les comportements s'y rattachant. Le médecin intervient de plus en plus souvent auprès du mourant, de l'annonce du pronostic fatal au constat avéré de la mort en passant par la période agonique. La mort est de moins en moins naturelle : elle s'accompagne désormais de décisions médicales, quand elle n'en résulte pas. De témoin passif et bienveillant (faute de traitements efficaces disponibles), le médecin devient progressivement acteur capable, grâce au progrès fulgurants de la pharmacologie et de la technique, d'augmenter la longévité naturelle en repoussant l'échéance de la mort au-delà de frontières autrefois infranchissables.

Les progrès médicaux de la fin du deuxième millénaire ont bousculé les frontières séparant le vivant du défunt en individualisant une multitude de causes à la mort (Lafontaine, 2008). Dans les années 1960, le critère traditionnel de la mort par arrêt cardiaque et respiratoire est remis en question par les techniques modernes de réanimation qui se sont progressivement regroupées et structurées en véritable spécialité. La réanimation permet de suppléer temporairement une ou plusieurs fonctions vitales défaillantes. Ces techniques ont rapidement posé des problèmes éthiques en termes de qualité et d'évaluation des survivants comme en termes de définition de la mort elle-même, voir plus récemment en termes de pronostic et d'absence totale d'espérance d'amélioration. À cette époque est aussi apparue la réanimation cardio-vasculaire. En effet, jusqu'à cette période, les tentatives visant à rétablir la circulation après un arrêt cardiaque échouaient quasiment systématiquement. Un patient souffrant de destructions cérébrales sévères et irréversibles peut être artificiellement maintenu "en vie" selon le critère traditionnel de la mort. Même si le cerveau est détruit, les autres organes sont préservés de l'anoxie qui accompagne habituellement l'arrêt circulatoire. En 1959, deux réanimateurs français, Pierre Mollaret et Maurice Goulon (1959), décrivent le coma dépassé, situation qui associe « *à l'abolition totale des fonctions de la vie de relation […] une abolition également totale des fonctions de la vie végétative* ». Neuf ans plus tard aux Etats-Unis, un comité ad hoc réuni à Harvard reprend la même définition pour consacrer le terme de mort encéphalique : la mort du cerveau (vie de relation) et du tronc cérébral (vie végétative) devient le critère de la mort. L'intentionnalité de prélever les organes sur des individus à cœur battant est clairement affichée sans beaucoup plus de réflexions éthiques ou philosophiques. Les greffes d'organes (yeux en 1930, reins en 1950, cœur en 1967…) se sont très largement développées dans la deuxième partie du XX^{e} siècle. La notion de mort encéphalique est introduite dans le droit français par la circulaire Jeanneney du 24 avril 1968. Cette circulaire fût promulguée et annexée au Code de la santé publique quelques jours seulement avant la réalisation de la première greffe cardiaque française par le Professeur Christian Cabrol.

L'arrêt des soins de réanimation et les prélèvements d'organes vitaux dépendent d'un diagnostic de mort légale. Le décret n° 96-1041 du 2 décembre 1996 (relatif au constat de la mort préalable au prélèvement d'organes, de tissus et de cellules à des fins thé-

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

rapeutiques ou scientifiques) entérine la notion de mort cérébrale. En prescrivant des méthodes exploratrices contraignantes, le législateur délègue aux médecins le droit de qualifier certains patients comme étant en état de mort encéphalique. Cette procédure de diagnostic précoce distingue une catégorie d'individus déclarés morts "à cœur battant" qui constituent aujourd'hui la principale ressource de greffons pour la transplantation d'organes. La cause de l'affection cérébrale structurale ou métabolique irréversible (hémorragie, anoxie/ischémie, traumatisme) rend compte de la destruction cérébrale. Les structures cérébrales nécessaires au maintien de la conscience et de l'autonomie neurovégétative sont irrémédiablement lésées. Le constat de la mort peut être établi si trois critères cliniques sont simultanément présents : absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée, abolition de tous les réflexes du tronc cérébral, absence totale de ventilation spontanée vérifiée par une épreuve d'hypercapnie (ou épreuve de débranchement). Le caractère irréversible de la destruction encéphalique doit être confirmé soit par deux électroencéphalogrammes plats et aréactifs, soit par une artériographie objectivant l'arrêt de la circulation encéphalique. En réaffirmant l'équivalence entre la mort du cerveau et la mort de la personne, le décret de 1996 autorise l'affectation des éléments du corps humain à un usage communautaire. Les techniques de réanimation ne font que rendre encore plus incertaine la mort qui n'est plus que l'ensemble des critères techniques qui en décide la réalité. Il est troublant pour les proches de concevoir qu'un corps ayant l'apparence de la vie soit étiqueté comme mort. Peut on dissocier à ce point le corps et le cerveau ? Quel est le statut d'un corps « circulant » et « respirant » dont le cerveau est mort. Par exemple pour des raisons de simplification et par convention, l'heure du décès inscrite sur l'acte de décès sera l'heure d'arrivée au bloc opératoire pour le prélèvement d'organes et non l'heure du diagnostic de la disparition de toute activité cérébrale.

En fait, la définition de la mort encéphalique n'est pas univoque dans tous les pays (Lewis 2020). Les Etats-Unis comme la France considèrent que les critères doivent s'appliquer indissociablement au cerveau et au tronc cérébral (whole brain death) (Robba 2019). En Grande-Bretagne les critères diagnostics sont focalisés uniquement sur le tronc cérébral (brainstem death), siège de la vie végétative. Une autre approche soutenue dans les années soixante-dix par un neurologue écossais (Brierley, 1971) prône le concept de mort néocorticale (neocortical death) qui assimile l'individu à sa conscience et à ses interactions sociales. Dès lors que l'étendue des dégâts cérébraux interdit toute relation avec le monde extérieur, le patient doit être considéré comme mort. Cette approche justifie la possibilité de prélever les organes de personnes en état végétatif. Cette diversité d'approches pour distinguer un cadavre à cœur battant d'un vivant à cœur battant selon un niveau lésionnel controversé est l'objet de réflexions aboutissant à une nouvelle évolution au début du 3e millénaire.

Depuis les années 60, la vie et la mort ne peuvent plus seulement être pensés comme des états biologiques, mais aussi comme des concepts politiques où s'affrontent d'une part des questions de société -comme la demande en organes ou les implications économiques des techniques de réanimation- et de l'autre les questions d'autonomie. C'est pour cette raison que la controverse au sujet de l'opportunité d'initier les gestes de réanimation reste totalement d'actualité et qu'elle oblige la société à aborder des questions fondamentales relatives à l'évolution de la valeur de la vie humaine et de son

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

sens. Le recul des religions et la sécularisation des valeurs ont anéanti les promesses d'un au-delà, et transformé un passage vers un paradis, en une extrémité de la vie humaine. Sans la croyance d'un au-delà, la mort (synonyme de retour au néant) est de moins en moins admise comme une fatalité dans l'imaginaire collectif : n'obéissant plus à une volonté divine, elle devient un phénomène biologique. On peut se demander ce qui a justifié l'acceptation si facile d'une définition de la mort sur un état clinique sans plus de réflexions philosophiques.

À la fin du XX^{e} siècle, on meurt de plus en plus à l'hôpital ou en institution (3 décès sur 4), parfois inconscient, sous assistance respiratoire et/ou circulatoire (un décès hospitalier sur cinq survient en milieu de soins critiques), seul et loin de tout ce qui était notre vie. La mort disparaît donc de la vie quotidienne, souvent cachée. Cette mort dans un univers médical donne l'apparence d'une toute puissance médicale sur le moment et les conditions de survenue de celle-ci (Ariès, 1975). La mort devient un interdit pour les proches et un échec pour les soignants. Cette « médicalisation » de la fin de vie et de la mort démultiplie les critères de la mort et trouble sa représentation dans l'imaginaire collectif. Le médecin doit déclarer non plus une réalité irréfutable, mais l'irréversibilité d'un processus qui peut être remis en cause par les techniques de réanimation. Cette volonté de maîtriser, de dompter, à tout prix la mort conduit à deux attitudes opposées mais relevant de cette même volonté le droit à l'euthanasie et l'obstination déraisonnable.

4 Au début du 3^{e} millénaire.

L'accord sur l'unité de la personne et du cerveau avait pratiquement résolu le conflit moral du prélèvement d'organes chez des patients dont le cœur battait encore (règle du donneur décédé). Mais les organes provenant de patients en mort encéphalique sont trop peu nombreux pour répondre aux besoins sans cesse croissants de greffons pour les patients inscrits en liste d'attente. Une extension des possibilités de prélèvements d'organes a radicalement modifié les conceptions du donneur et donc de la définition même de la mort. Afin d'accroître le nombre de greffons disponibles, les possibilités de prélèvements ont été élargies aux personnes présentant une interruption définitive de toute activité circulatoire : soit après échec des manœuvres de ressuscitation en cas d'arrêt cardiaque inattendu (critères de Maastricht 2), soit dans un contexte d'arrêt délibéré des suppléances vitales en Réanimation (critère de Maastricht 3). Dans le cas des donneurs de type Maastricht 2, l'arrêt circulatoire inopiné, n'est que la cause de la mort. La mort cardiorespiratoire conduit inéluctablement et rapidement à la mort encéphalique si aucune réanimation n'est entreprise. Sans irrigation sanguine, l'activité cérébrale cesse après quinze à vingt secondes ce qui se traduit par l'inconscience du sujet et la nullité de l'activité électroencéphalographique. Au bout de cinq minutes s'installent des lésions neurologiques irréversibles. Entreprendre et poursuivre des manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire (massage cardiaque externe, ventilation mécanique…), non pas pour tenter de relancer l'activité cardiaque et donc maintenir la personne en vie mais aux seules fins de préparer la personne (le corps ? le cadavre ?) à un prélèvement d'organes chamboulent totalement les frontières de la vie et de la mort. Quel est le statut de ce corps que l'on maintient en état de donneur mais qui n'est pas encore décédé ? La possibilité de réaliser des prélèvements d'or-

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

ganes chez des patients en limitations thérapeutiques (donneurs de type Maastricht 3) marque une évolution majeure de la définition de la mort au sein de notre société. Elargir la notion de mort aux personnes n'ayant plus aucun espoir de survie pose un grand nombre de questions.

De façon assez hypocrite, afin de respecter la règle du prélèvement sur donneur décédé, le protocole français prévoit après mise en place d'une circulation extra corporelle l'arrêt de la réanimation (débranchement du respirateur), cet arrêt entrainant l'arrêt du cœur. Le délai qui sépare l'arrêt du cœur du constat officiel de la mort est déterminant pour la viabilité des organes prélevés et la qualité du/des greffon(s). Pour pouvoir déclarer le patient décédé et prélever rapidement ses organes, le protocole définit un délai d'observation (no touch) sans circulation sanguine qui varie, suivant les législations, de cinq minutes (décret n° 2005-949 du 2 août 2005 relatif aux conditions de prélèvement des organes, des tissus et des cellules). Une telle précision pour désigner l'instant du trépas contraste avec la détermination classique de la mort dont les limites temporelles sont plus floues. Le problème est de savoir combien de temps il faut attendre pour être certain 1) que l'arrêt circulatoire soit irréversible et 2) que le cerveau cesse définitivement de fonctionner. Le temps d'observation (no touch) devant être respecté pour déclarer la mort et débuter le prélèvement d'organes varie de 2 à 10 minutes suivant les législations nationales. En France, la mort légale est déclarée cinq minutes après l'échec ou l'arrêt délibéré de la réanimation. Ce délai paraît court pour attester d'une destruction totale du cerveau, même après trente minutes de réanimation infructueuse. On peut reprocher au prélèvement sur donneur décédé après arrêt circulatoire, que la mort ainsi déterminée ne soit qu'un nouvel artifice médico-juridique destiné à prélever des organes viables pour la transplantation (Bossi, 2012). Cependant, l'abandon de la règle du donneur décédé amènerait à admettre juridiquement et éthiquement que le prélèvement d'organes est la cause de la mort, faisant du chirurgien un assassin. Dans d'autres pays comme la Belgique, cette problématique a été balayée et le donneur est anesthésié et opéré comme un patient normal jusqu'à l'arrêt de la circulation consécutive au prélèvement du cœur.

En 2008, une publication dans le New England Journal of medicine révèle un nouveau degré dans la conception d'une vie non digne d'être vécue à des fins utilitaristes. À Denver (Colorado) les cœurs de trois nouveau-nés souffrant de lésions neurologiques majeures ont été prélevés avec le consentement des familles et greffés à trois nourrissons présentant de graves malformations cardiaques. Les donneurs ont été déclarés morts et prélevés après un arrêt cardiaque qui a duré de soixante quinze secondes à trois minutes (Boucek, 2008). Le paradoxe de cette expérimentation est que l'arrêt cardiaque ne pouvait être qualifié d'irréversible puisque les cœurs ont fonctionné après la greffe. Le critère de la mort par arrêt cardiaque irréversible n'a donc pas été respecté.

La survenue incertaine dans le temps de la destruction cérébrale après l'arrêt de la circulation, la contingence de la mort cardiaque à une décision de ne pas réanimer et la variété des critères dans différents pays définissant la mort par arrêt cardio-respiratoire suscitent de très vives controverses à propos de la règle du donneur décédé.

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

Une définition normative de la mort à défaut de preuves scientifiques n'a finalement d'autre justification que celle de pouvoir prélever des organes.

La confiance que la société pourrait avoir envers ses médecins risque d'être remise en cause. La volonté de réanimer un patient pourrait être entachée du souhait de voir en lui un potentiel donneur d'organes. Un patient ne devrait être admis en réanimation que s'il existe un espoir raisonnable de pouvoir le rendre à une vie acceptable. Cette notion reste cependant très subjective et ce n'est que la personne elle-même, soit directement, si elle est en état de le faire ou par l'intermédiaire de ses directives anticipées ou de sa personne de confiance si elle n'est plus en état de s'exprimer, de définir ce qu'est une vie « acceptable ». La loi impose au médecin de ne pas poursuivre *les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.* La décision d'interruption des thérapeutiques actives précédant une décision de prélèvement d'organes doit être prise en totale transparence au sein de l'équipe soignante et avec les proches. Quand un arrêt des thérapeutiques est décidé en respectant la loi, inéluctablement le décès survient rapidement. Envisager alors de prélever les organes du patient peut paraître logique, mais cette attitude ouvre le champ des possibles aux prélèvements d'organes chez un grand nombre de personnes au pronostic vital réduit à courts termes ou considéré comme tel.

5 Quelle évolution pour demain ?

On est obligé de distinguer les notions de décès et de mort. Le décès devient un concept socio-juridique désignant la perte définitive de la conscience (mort de la personne) alors même qu'une existence biologique subsiste. La mort est un processus biologique qui aboutit à la dévitalisation complète de l'organisme (mort biologique). Cette évolution sémantique est majeure et ouvre le champ à une évolution de la conception même de fin de vie, d'euthanasie ou de suicide assisté dans les années futures. Actuellement, la mort peut être précédée d'une longue période de maladie chronique avec perte progressive d'autonomie notamment cognitive. Le regard de la société sur ces situations est devenu tellement négatif que les personnes vulnérables et dépendantes finissent par éprouver la sensation d'être un fardeau. Les seules existences « acceptables » pour la société sont celles qui agissent, produisent et consomment. Les personnes en perte d'autonomie ressentent un sentiment d'inutilité, allant jusqu'à réclamer le droit de ne plus vivre dans l'indignité sociale. Le glissement de ce sentiment vers un « vouloir mourir » dont notre société s'emparerait sous couvert d'une soi-disant bienveillance est un risque non négligeable. L'utilitarisme « bienveillant » mis en avant pour trouver des organes qui manquent pourrait sournoisement s'élargir pour solutionner le poids sociétal de personnes « inutiles » comme les personnes présentant des troubles cognitifs sévères. La future évolution de la définition de la mort sera t-elle la « mort sociale », renouant paradoxalement avec des pratiques ancestrales existant dans certaines sociétés primitives (inuits, tribues d'Amazonie par exemple) ?

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

6 Conclusion

Le problème de la définition de la mort a pris une nouvelle dimension dans les années 1960 avec le développement de la réanimation d'une part et l'essor de la transplantation d'organes d'autre part, bousculant les définitions de la vie et de la mort et créant des situations jusqu'alors inédites qui nécessitent d'être clarifiées. Avec la médicalisation de la fin de vie, la mort apparaît de moins en moins comme un processus naturel. Les médecins autrefois observateurs, sont aujourd'hui acteurs d'un processus de fin de vie où le "laisser mourir" et le "faire mourir" risquent de se confondre progressivement sous la pression d'un utilitarisme emprunt de bienveillance.

Références bibliographiques

Ariès, P. (1975). Les grandes étapes et le sens de l'évolution de nos attitudes devant la mort. *Arch Sc Soc Rel,* 39, 7- 15.

Bossi, L. (2012). *Les frontières de la mort*. Paris : Payot.

Boucek, MM., Mashburn, C., Dunn, SM., Frizell, R., Edwards, L., Pietra, B. et *al.* (2008). Pediatric heart transplantation after declaration of cardiocirculatory death. *N Engl J Med*, 359(7),709-14.

Brierley, JB., Meldrum, BS. et Brown, AW. (1973). The Threshold and Neuropathology of Cerebral "Anoxic-Ischemic" Cell Changes. *Arch Neurol,* 29(6), 367-374.

Carol, A. (2015). Une histoire médicale des critères de la mort. *Communication,* 97(2), 45-55.

Lacassagne, A. (1886). *Précis de médecine judiciaire*. Charleston : BookSurge Publishing.

Lafontaine, C. (2008). *La société postmortelle : la mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*. Paris : Seuil.

Lepresle, E. (2010). La mort objectivée. Dans L. Puybasset, *Enjeux éthiques en réanimation* (p. 471-480). Paris : Springer-Verlag.

Lewis, A., Bakkar, A., Kreiger-Benson, E., Kumpfbeck, A., Liebman, J., Shemie, S.D. et *al.* (2020) Determination of death by neurologic criteria around the world. *Neurology*, 95(3) : e299-e309.

Mollaret, P. et Goulon, M. (1959). Le coma dépassé. *Rev Neurol*, 101, 3-15.

Robba, C., Iaquaniello, C. et Citerio, G. (2019) Death by neurologic criteria : pathophysiology, definition, diagnostic criteria and tests. *Minerva anestesiol*, 85, 774-81.

Vovelle, M. (2000). *La mort et l'Occident : de 1300 à nos jours*. Paris : Gallimard.

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666