



HAL
open science

Le changement de la définition de la mort chez Carlo Alberto Defanti

Milena Maglio

► **To cite this version:**

Milena Maglio. Le changement de la définition de la mort chez Carlo Alberto Defanti. Philosophie. 2009. dumas-00423468

HAL Id: dumas-00423468

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00423468>

Submitted on 10 Oct 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Milena MAGLIO

**LE CHANGEMENT DE LA DÉFINITION DE LA MORT
CHEZ CARLO ALBERTO DEFANTI**

Mémoire de Master 1 « Sciences humaines et sociales »

Mention : Philosophie
Spécialité : Philosophie et langages

Sous la direction de M. Jean-Yves GOFFI

Année universitaire 2008-2009

Milena MAGLIO

**LE CHANGEMENT DE LA DÉFINITION DE LA MORT
CHEZ CARLO ALBERTO DEFANTI**

Mémoire de Master 1 « Sciences humaines et sociales »

Mention : Philosophie
Spécialité : Philosophie et langages

Sous la direction de M. Jean-Yves GOFFI

Année universitaire 2008-2009

Sommaire

PARTIE 1 UNE APPROCHE GÉNÉRALE DE LA DÉFINITION DE LA MORT	10
CHAPITRE 1 – APPROCHE CONCEPTUELLE ET PHILOSOPHIQUE	11
CHAPITRE 2 – APPROCHE SOCIALE ET HISTORIQUE.....	16
CHAPITRE 3 – POUR UNE DÉFINITION ADÉQUATE DE LA MORT DE L’HOMME	21
PARTIE 2 LES DIFFÉRENTES DÉFINITIONS DE LA MORT.....	24
CHAPITRE 4 – LA MORT CÉRÉBRALE	25
<i>La proposition du Comité d’Harvard.....</i>	<i>25</i>
<i>Incohérences internes à la proposition du Comité.....</i>	<i>28</i>
<i>La nouvelle définition de mort cérébrale était-elle nécessaire ?.....</i>	<i>34</i>
<i>La définition de mort cérébrale est-elle une définition adéquate de la mort de l’homme ?</i>	<i>38</i>
CHAPITRE 5 – LA MORT CORTICALE	42
<i>Un critère plus convenable.....</i>	<i>42</i>
<i>Critiques à l’adoption du critère cortical dans la pratique.....</i>	<i>47</i>
<i>La définition de mort corticale est-elle une définition adéquate pour la mort de l’homme ?.....</i>	<i>52</i>
CHAPITRE 6 – RETOUR À LA MORT CARDIAQUE : L’AUTEUR CHANGE D’AVIS	53
<i>Indétermination de la limite vie/mort</i>	<i>53</i>
<i>De l’ontologie à la moralité de la mort</i>	<i>55</i>
<i>La définition de mort cardiaque est-elle une définition adéquate pour la mort de l’homme ?... ..</i>	<i>60</i>
PARTIE 3 UNE PERSPECTIVE ALTERNATIVE	62
CHAPITRE 7 – CRITIQUES À L’AUTEUR	63
CHAPITRE 8 – UNE POSSIBLE DÉFINITION	68
CHAPITRE 9 – LA DISPONIBILITÉ DE SA PROPRE MORT.....	70
CONCLUSION.....	75

Introduction

Préambule et perspectives

« Il n'y a rien de certain, sauf la mort », telle est l'affirmation d'un très célèbre dicton populaire. En réalité, derrière cette phrase en apparence simple et banale, se cachent une multitude de problèmes, soit d'ordre théorique soit d'ordre pratique. Nous sommes des êtres biologiques et donc la finitude de la vie humaine n'est pas douteuse. Mais, la façon de concevoir et de définir le « repos éternel » a changé pendant les époques, comme si, avec le développement des connaissances scientifiques et l'introduction de nouvelles technologies dans le champ médical, la mort même était changée. En effet, avant 1968, un individu était considéré comme défunt quand son cœur cessait de battre ; ensuite, quand toutes les fonctions de son cerveau étaient irréversiblement perdues. La nouvelle définition de la mort proposée par l'*Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School*¹ a changé la donne.

Toutefois, parler de changement pour ce qui concerne la définition de la mort, peut sembler paradoxal, car on parle de changement quand on considère le passage d'un état *a* à un état *b* : le changement de la définition de mort ne peut pas concerner le passage d'un état de mort à un de « plus mort », mais seulement, le passage de la condition de vivant à celle de non-vivant. Par conséquent : ou bien, à la suite de nouvelles découvertes scientifiques, nous nous sommes rendu compte que l'identification de l'arrêt du battement cardiaque avec la mort était erroné et nous devons admettre que pendant des siècles nous avons considéré morts des sujets qui en vérité ne l'étaient pas ; ou bien, les mobiles de la redéfinition de la mort ne sont pas à rechercher seulement dans le domaine scientifique et technologique.

En effet, encore aujourd'hui, malgré le succès de la définition de la mort cérébrale dans le champ juridique, il y a encore beaucoup de doutes concernant ce concept ; pour cette raison, nous entendons souvent parler de concepts différents : *mort biologique, mort cardiaque, mort cérébrale et mort corticale*², comme s'il existait différents types de mort. C'est là une source de confusions majeures dans la communauté.

¹ AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL (1968), p. 337-340. Voir la première annexe.

² Ces concepts seront analysés en suite de façon plus précise.

Les questions concernant la détermination de la fin de vie sont encore rendues plus vives dans le champ médical, bioéthique et juridique, à cause du débat sur *l'euthanasie volontaire*³. Celle-ci est-elle licite ? Il n'y a pas, à ce sujet, de consensus bien établi, comme nous a rappelé, récemment, le cas français de Chantal Sébire. Mais, c'est la question fondamentale, celle qui concerne proprement la mort, qui est devenue objet de discussion : les doutes sur l'équivalence entre la définition de la mort cérébrale et la mort tout court, qui s'exprimaient seulement dans les couloirs des hôpitaux et dans les salles des réunions des Comités d'éthique, ont commencé à entrer dans le domaine public.

En témoignant les nombreux articles publiés, surtout dans les quotidiens italiens, mais aussi français et anglais, pendant l'automne 2008. Ce qui a poussé à cet intérêt médiatique et qui rend la question de la définition de la mort très urgente et actuelle, qui ne peut plus être ignorée comme en passé, c'est un article intitulé « *I segni della morte. A quarant'anni dal rapporto di Harvard* »⁴ (« Les signes de la mort. Quarante années après le rapport d'Harvard ») de Lucetta Scaraffia, publié le 3 septembre 2008, dans ce qu'on peut considérer, à tous égards, le journal du Pape, *L'Osservatore Romano*, dans lequel le critère cérébral pour définir la mort est mit en doute. Deux mois plus tard, *Le Monde* répond avec un article du rédacteur scientifique Jean-Yves Nau intitulé « A l'heure exacte de notre mort »⁵ en soutenant que le critère de mort cérébrale est inattaquable. Ne serait-ce pas que la France, « République indivisible, laïque, démocratique et sociale »⁶, cherche à cacher ce que le journal du Pape a finalement démasqué : le caractère utilitariste de la définition de mort cérébrale pour la greffe des organes⁷.

Il est donc fondamental de commencer par comprendre ce qu'est la mort. Du point de vue conceptuel, on doit voir s'il est possible de trouver une définition universellement valide ; deuxièmement, cette définition devrait s'adapter aux aspects médico-scientifiques et socio-juridiques. En cette façon, je m'occuperai aussi bien du

³ Interruption délibéré de la vie d'un malade terminal à sa demande explicite et cohérente, avec le but de lui épargner des souffrances ou des situations où la dignité est absente.

⁴ SCARAFFIA, L. (2008), p. 1.

⁵ NAU, J.-Y. (2008), p. 2.

⁶ Constitution française 4 octobre 1958, art. 1. L'italique est mien.

⁷ Par les expressions, « greffe », « prélèvement d'organes », ou « transplantation », je ferai référence au prélèvement d'organes vitaux, comme par exemple le cœur, qui implique la mort de l'individu. Par contre, la greffe de rein n'implique pas la mort de l'individu, puisqu'il est un organe double. De plus, j'utiliserai les termes « greffe » et « transplantation » comme synonymes, mais dans la conscience que sur le plan médical ils ont des différences. Les objets des transplantations sont, généralement, le cœur, le poumon, le foie, les reins ; tandis que les greffes concernent la cornée, la moelle, etc.

problème conceptuel-philosophique de la définition de la mort, que du problème technique-pratique qui concerne proprement la vérification clinique de la mort.

La question centrale de ma recherche sera de déterminer s'il est possible, en l'état actuel des connaissances scientifiques, de définir la mort, s'il est possible de trouver, comme écrit Nau « l'heure exacte de notre mort »⁸.

Les doutes actuels sur la définition de la mort cérébrale rendent nécessaire une analyse détaillée de ce concept et obligent à se demander si elle est encore valide, du point de vue scientifique, clinique et éthique, pour déterminer la mort de l'homme ou si doit lui être substitué un critère qui, semble-t-il, plus cohérent avec la réalité clinique : *la mort corticale*. Ou, encore, si les contradictions présentes dans la définition du 1968 peuvent être résolues avec un retour à la définition de *mort cardiaque*.

Pour répondre à ces questions, je survirai l'itinéraire intellectuel de Carlo Alberto Defanti, un célèbre neurologue italien, qui pendant le cours de sa réflexion sur la mort a soutenu les définitions possibles de la mort pour ensuite les critiquer. Sa pensée nous donnera une vision globale du sujet, en nous permettant de mettre en évidence les aspects, aussi bien positifs que négatifs, de chaque définition. En plus, on doit souligner que Defanti, en tant que spécialiste en neurologie, s'est trouvé, pendant les années de la Proposition d'Harvard, à devoir certifier la mort cérébrale, donc il a vécu personnellement les doutes et les incertitudes que la nouvelle introduction a comporté dans la réalité clinique. Son point de vue m'aidera à intégrer la réflexion éthique-philosophique avec la pratique clinique et, de cette façon, à réfléchir s'il est possible de définir la mort.

La première partie de ma recherche a comme but celui d'introduire le problème de la définition de la mort à travers une analyse conceptuelle, philosophique, sociale et historique de la mort, en nous donnant, en cette manière, une vision globale et générale de la question et des possibles qualités requises, sur la base desquelles on peut juger adéquate une définition de la mort.

Ensuite, en suivant l'itinéraire intellectuel de Defanti, j'analyserai, de façon précise et détaillée, les principales définitions de la mort qui occupent un si vaste espace dans la discussion bioéthique contemporaine : *mort cardiaque, mort cérébrale*

⁸ NAU, J.-Y. (2008), p. 2.

et *mort corticale*, pour comprendre si entre ces « seuils⁹ », en existe une qui est adéquate pour définir la mort de l'homme.

Dans la troisième partie, en partant des inconséquences présentes dans la pensée de l'auteur, je chercherai à délimiter une perspective alternative, dans la tentative de trouver une possible solution au problème de la définition de la mort.

Enfin, dans la partie conclusive, je chercherai de dévoiler le « truc » qui se cache derrière la définition de mort cérébrale ; définition acceptée encore aujourd'hui dans le domaine juridique, médical, religieux et social des majeurs pays mondiaux, à l'exception du seul Japon.

Je dédierai le prochain paragraphe à une brève présentation de l'auteur, à son parcours intellectuel et professionnel, à ses engagements actuels, puisque j'écris en France à propos d'un auteur qui n'est pas encore connu dans ce pays.

Présentation de l'auteur

Carlo Alberto Defanti est né à Gênes en 1939, il est devenu docteur en médecine pendant 1963 à l'université de sa ville d'origine ; il s'est spécialisé en neurologie aux universités de Milan et Lausanne. En 1968, il se trouvait à la clinique Universitaire de Lausanne, où Raymond D. Adams, professeur de neurologie à l'Université d'Harvard et un des représentants de l'*Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School*, avait exposé brièvement l'expérience du Comité qui avait « changé » la définition de la mort, en identifiant la mort, non plus avec l'arrêt cardiaque, mais avec la cessation irréversible de toutes les fonctions cérébrales, « sans lui donner, au moins en apparence, un poids particulier »¹⁰, du moins c'est l'impression qu'il avait donné à Defanti. Pour cette raison, c'est seulement à partir de 1983, que Defanti a commencé à se rendre compte des implications pratiques et théoriques du concept de mort cérébrale, grâce à son collègue anglais Christopher Pallis et à son expérience professionnelle qui l'obligeait à vérifier cliniquement et instrumentalement la mort cérébrale. Tout cela a poussé Defanti à s'occuper du thème de la mort et, dans le même temps, à s'approcher du mouvement bioéthique qui pendant les années '80 avait commencé à se diffuser en Italie. Il a fondé en 1989 *La Consulta di Bioetica* avec Maurizio Mori et Renato Boeri et *Il Gruppo di studio di*

⁹ Terme que j'ai repris du titre de l'œuvre de DEFANTI, C. A. (2007), *Soglie*. Tr. Fr. *Seuils*.

¹⁰ DEFANTI, C. A (1999), p. 187, « *senza peraltro attribuirle, almeno in apparenza, un peso particolare* » (n. t.).

bioetica della Società Italiana di Neurologia. Actuellement, il enseigne la bioéthique à l'université *San Raffaele* de Milan.

Le point de départ de la réflexion de Defanti sur la mort est la question cruciale partagée par tous les penseurs sur ce thème, c'est-à-dire s'il existe un exact instant où on meurt. Évocateur est le titre de son premier livre, *Vivo o morto ?*¹¹ (*Vivant ou mort ?*) ; dans un premier moment il a défendu la définition de mort cérébrale, mais bien vite il a compris les limites et les inconséquences de cette perspective. Donc, il a pris en examen la définition anglaise de mort du tronc encéphalique.

Defanti, comme la plus part de ses collègues, a accepté, initialement, la nouvelle définition, puisqu'elle permettait de résoudre beaucoup de problèmes sur le plan pratique, mais, dans le même temps, elle en créait de nouveaux à cause de l'inconséquence entre la définition même et la réalité clinique. Le développement scientifique et technologique, en effet, a démontré que la destruction du tronc encéphalique n'est pas déterminante pour la mort de l'homme, puisqu'il est devenu possible remplacer beaucoup de ses fonctions et maintenir, de façon artificielle, le fonctionnement intégré de l'organisme. Pour ces raisons, l'auteur a une attitude favorable à l'égard de la théorie de la mort corticale. Toutefois, quelque année plus tard, il reconnaît que cette proposition ne peut pas encore être introduite dans la pratique à cause de facteurs scientifiques et culturels.

Son expérience directe avec les sujets en mort cérébrale, en tant que médecin chef de neurologie aux *Ospedali Riuniti* de Bergame, l'a conduit à changer d'avis. Dans son deuxième livre, *Soglie*¹² (*Seuils*), il reprend les principales définitions de la mort en se rendant compte de l'indétermination de la limite entre la vie et la mort, du fait que la mort n'est pas un événement instantané mais un processus ; et il admet que déterminer le moment exact de la mort est impossible. Pour cette raison, il se demande, si à l'heure actuelle, il n'est pas plus opportun de renoncer à l'entreprise conceptuelle d'une nouvelle définition, pour laisser la place aux problèmes moraux et pratiques qui concernent la suspension des traitements et la question de la greffe d'organes, en proposant un retour à la définition traditionnelle de la mort.

Aujourd'hui, l'auteur soutient la validité, aussi bien du point de vue théorique que du point de vue pratique, de la proposition présentée il y a quelques années par le

¹¹ DEFANTI, C. A. (1999).

¹² DEFANTI, C. A. (2007).

Comité danois d'éthique¹³, lequel entendait la mort traditionnellement (arrêt cardiovasculaire), mais reconnaissait dans la condition de « totale et irréversible cessation de la fonction cérébrale » le moment dans lequel le mourir était irréversible, bien que le sujet ne pouvait pas encore être considéré mort, puisque son cœur battait grâce à l'utilisation des moyens artificiels. À ce point, puisque la mort est inévitable, car la cessation de toutes les fonctions du cerveau implique, par nature, l'arrêt du cœur, on interrompt le soutien vital et on éteint le respirateur. Ainsi, avec la fin de la fonction cardiorespiratoire, le processus du mourir vient à son terme et le sujet peut être déclaré mort. Par contre, dans le cas d'une demande de greffe, l'assistance est prolongée pour 48 heures au plus, afin de rendre possible la transplantation. De cette façon, l'éventuel prélèvement des organes anticipe le moment de la mort et est la conclusion du processus qui consiste à mourir, mais il ne peut pas être considéré comme la cause de la mort, puisque avec la cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau, le processus du mourir était déjà commencé et le « point de non-retour » déjà dépassé.

Récemment, Defanti a été engagé dans ce qu'on peut appeler « le cas bioéthique Italien », c'est-à-dire le cas d'une fille en état végétatif persistant depuis 17 ans, Eluana Englaro, dont Defanti avait la charge. Le père, après beaucoup de batailles juridiques, a obtenu l'autorisation légale à interrompre l'hydratation et l'alimentation artificielle. Avec beaucoup de difficultés, à cause de l'intervention du ministre de la santé, Maurizio Sacconi, qui a qualifié d'« illégale » la suspension du traitement d'alimentation et d'hydratation artificielle des patients en état végétatif dans les structures du système sanitaire national, il a trouvé aussi une clinique disposée à accueillir sa fille et un groupe de médecins prêts à réaliser la sentence du tribunal. Toutefois, quand la mesure d'interruption a commencé, le président du conseil, Silvio Berlusconi, a cherché à faire approuver une « disposition d'urgence » pour empêcher légalement la suspension de l'hydratation et de l'alimentation artificielle. Mais, le processus conduisant Eluana à la mort a été plus rapide que la loi et elle s'est éteinte, à l'improviste, le 9 février 2009.

Dans la prochaine partie j'analyserai le concept de mort de façon générale et introductive.

¹³ DANISCH COUNCIL OF ETHICS (2004), p. 253-296.

Partie 1

Une approche générale de la définition de la mort

Chapitre 1 – Approche conceptuelle et philosophique

Le terme « mort » dérive du latin *mors, mortis* et il est défini par un dictionnaire de la langue française comme « cessation définitive de la vie (d'un être humain, d'un animal et PAR EXT. de tout organisme biologique) »¹⁴. Ainsi, on comprend que le vocable « mort » est expliqué par négation à partir du terme « vie » ; mais cette définition, loin de répondre à notre question initiale, qui était : « qu'est ce que la mort du point de vue conceptuel et philosophique ? », nous amène à nous interroger sur plusieurs questions complexes et irrésolues, du genre : « qu'est ce que la vie ? », « quand la vie commence-t-elle ? », « en quoi consiste la propriété d'être en vie ? ». On doit rappeler que la difficulté à définir la « vie » est un problème classique de la philosophie de la science, encore aujourd'hui débattu. En effet, bien qu'il soit relativement simple de se comprendre quand on parle d'objets concrets et de leur distinction entre vivants et non-vivants, il n'a pas encore été possible de trouver, en l'état actuel des connaissances scientifiques, une définition de la « vie » valide universellement et sans exception. Cela implique, symétriquement, une impossibilité logique de définir la « mort » au sens ontologique.

Sans doute, il existe multiples définitions de la « vie » et donc aussi de la « mort », qui dépendent de la complexité des êtres vivants et naturellement des différents domaines dans lesquels on cherche à circonscrire le problème ; en effet, un terme peut assumer une multitude de significations par rapport au contexte dans lequel il est utilisé. On doit décider quelle définition de la mort nous permet de comprendre quelles sont les *caractéristiques définitives*¹⁵ (*defining features*) qu'une chose doit posséder pour qu'on puisse la qualifier de morte. Ces caractéristiques ne peuvent pas admettre d'exceptions. Elles sont sélectionnées par les hommes qui décident lesquelles sont à prendre en considération en posant les questions suivantes : « Une certaine caractéristique, A, a-t-elle une valeur définitive pour une classe d'objets X ? Nous-mêmes, ou d'autres personnes, appellerions-nous X un objet

¹⁴ REY-DEBOVE, J., REY, A., dir. (1993), p. 1441.

¹⁵ Par le néologisme « *caractéristiques définitives* » ou en anglais « *defining features* » on fait référence à l'ensemble des propriétés fondamentales qu'une chose doit avoir pour pouvoir lui attribuer un mot déterminé.

qui n'a pas la propriété A ? »¹⁶. De plus, une définition « est vraie quand elle rend compte correctement de la façon dont le mot est employé, fautive dans le cas contraire »¹⁷.

On ne comprend pas si les caractéristiques définitoires de la mort peuvent être les mêmes, tant pour la mort de l'homme que pour celle des autres êtres vivants ; peut-être que des définitions différentes sont nécessaires.

Le choix des propriétés fondamentales pour la définition de la mort de l'homme a toujours posé des gros problèmes et a toujours été objet de discussion philosophique. Le premier qui s'était aventuré dans cette entreprise conceptuelle a été Aristote (*De l'âme*, livre II) en classifiant en ordre hiérarchique les fonctions des êtres vivants : la fonction nutritive et reproductive commune à tous les vivants, la fonction sensitive typique des animaux et la fonction intellectuelle, exclusivité de l'homme. Les êtres d'ordre supérieur possèdent aussi les fonctions inférieures, mais la réciproque n'est pas vraie. Pour qu'on puisse qualifier X de vivant il semble qu'il doive posséder au moins la fonction productive et nutritive. Mais alors, cela signifie que l'on doit considérer les individus stériles ou ceux qui ne peuvent pas se nourrir, comme non-vivants. Cela semble montrer que le Stagirite ne parvient pas à établir une propriété des êtres vivants qui ferait un candidat adéquat à une définition générale de la « vie » ou de la « mort » : il y a, en effet, des exceptions.

On peut retrouver la « forme ancestrale » de l'actuelle controverse entre mort cérébrale et mort cardiaque dans la Grèce ancienne : il existait, en effet, un débat entre une conception cardiocentrique de l'homme, dont les principaux partisans étaient Empédocle (490-425 av. J.-C.) et Aristote (384-322 av. J.-C.), et une encéphalocentrique, soutenue par Alcmeon (V siècle av. J.-C.) et Hippocrate (260-370 av. J.-C.). Selon les premiers, le cœur était le centre propulseur de la vie humaine, siège des facultés sensibles et intellectives. Ainsi écrivait Empédocle,

Les cœurs nourris dans les flots du sang qui court en deux directions opposées

¹⁶ HOSPERS, J. (1997⁴), p. 13, « *A certain characteristic, A, is defining for class X? Ask yourself whether you would call it an X or whether other users of the language would call it an X if it did not have A?* » (n. t.).

¹⁷ HOSPERS, J. (1997⁴), p. 16, « *it is true if it correctly reports how a word is used and false if it does not* » (n. t.). L'auteur poursuit dans l'explication avec un exemple, p. 13 : « un objet serait-t-il un triangle s'il n'avait pas trois côtés ? Non, et alors, avoir trois côtés est une caractéristique définitoire [...] Mais serait-il un triangle si les trois côtés n'étaient pas égaux ? Oui, puisque cette propriété définit seulement les triangles équilatéraux. » « *Would it still be a triangle if it didn't have three sides? No; then having three sides is a defining feature [...] Would it still be a triangle if the three sides were unequal? Yes, that feature is defining only of equilateral triangles.* » (n. t.).

Sont le lieu où l'on trouve principalement ce que les hommes appellent pensée,
Car le sang qui entoure le cœur est la pensée chez l'espèce humaine.¹⁸

Pour l'Agrigentin, toutes les choses, êtres vivants compris, sont composées par le mélange des quatre racines ou éléments (air, eau, feu et terre) qui résultent de l'action de deux forces : l'*Amour* rapproche même ce qui est dissemblable, et la *Haine* sépare ce qui est joint. La pensée et la connaissance des hommes, en effet, sont reliées à leur structure physique et plus précisément, au sang qui circule autour du cœur, où il y a le meilleur mélange des quatre racines ; c'est en ce sens que les interprètes anciens ont classifié cette conception comme *connaissance du semblable au moyen du semblable*, la connaissance des choses extérieures dépend, dans l'homme, du mélange intérieur des racines qui a lieu dans le sang qui circule autour du cœur.

Aristote lui-même partageait la théorie du cardiocentrisme en se fondant sur la différence de température entre le cœur (chaud) et le cerveau (froid) ; il évoluait, en effet, dans une culture où le chaud était associé à la vie et le froid à la mort ; l'élément du feu était considéré comme chaleur vitale, présente dans tous les organes. Aristote considérait le toucher comme le sens nécessaire pour l'existence des êtres humains et le cœur comme l'organe régulateur du toucher, qui par le moyen de la chair, produit les sensations.

Par contre, les seconds, partisans de l'encéphalocentrisme, affirmaient la centralité du cerveau. Alcméon, après avoir effectué des dissections, soutenait que le siège des sensations et de la pensée était le cerveau. La tradition rapporte que la dissection d'un nerf bulbaire lui aurait montré que le nerf optique s'avance jusqu'au crâne ; en outre, il aurait observé que le méat auditif et les narines conduisent vers le cerveau. Cette théorie a été reprise par Hippocrate qui soutenait que le cerveau est l'organe qui contrôle aussi bien la pensée que les fonctions du corps ; ainsi il écrivait dans *De la maladie sacrée*

Je regarde le cerveau comme l'organe ayant plus de puissance dans l'homme, car il nous est, quand il se trouve sain, l'interprète des effets que l'air produit ; or l'air lui donne l'intelligence. Les yeux, les oreilles, la langue, les mains, les pieds agissent en suivant ce que le cerveau a de la connaissance, en effet tout le corps participe à l'intelligence dans la proportion qu'il participe à l'air [...]. Quand l'homme souffle, arrive d'abord au cerveau, et c'est dans cette façon que l'air se disperse dans le reste du corps, laissant dans le cerveau sa partie plus active, celle qui est intelligente et connaissante¹⁹.

¹⁸ EMPÉDOCLE, *De la nature*, fgt. 105, classification Diels-Kranz, p. 183.

¹⁹ HIPPOCRATE, *De la maladie sacrée*, § 16, tr. Littré, p. 140-141.

Cet ancien débat cœur-cerveau s'est transformé pendant l'époque moderne dans le dualisme *res cogitans* - *res extensa*, âme-corps, dont Descartes était le précurseur. Il affirmait l'indépendance et l'hétérogénéité de ces deux substances ; toutefois, il pensait avoir repéré dans la *glande pinéale*, la seule partie du cerveau qui n'existe pas en double, le siège spécifique de l'âme, le lieu où la substance pensante et la substance étendue se rencontrent, où agissent aussi bien les corps matériels que la substance spirituelle. Les esprits, qui proviennent des organes sensoriels ou des autres parties du corps, arrivent jusqu'à la glande pinéale par moyen des nerfs, qui sont envisagées comme des vrais conducteurs hydrauliques. Le mouvement, que ces esprits causent, produit d'autres esprits qui, par moyen de nouveaux nerfs, font mouvoir les différents membres du corps, sans l'intervention de la volonté. Cette « solution » cartésienne ne résout pas, définitivement, le problème du rapport entre l'âme et le corps, elle se limite à le renvoyer : la glande pinéale, en effet, détermine seulement le point où la *res extensa* et la *res cogitans* se rencontrent. Elle est conçue comme le lieu dans lequel peuvent agir aussi bien les corps matériels, c'est-à-dire les esprits animaux, qu'une substance spirituelle comme la volonté. Mais le problème de comment la volonté, ou l'âme, peut causer le mouvement physique de la glande, c'est-à-dire comment la *res cogitans*, qui par nature n'a aucune capacité de propulsion mécanique, puisque elle est inétendue, peut influencer matériellement sur la *res extensa*, reste un problème irrésolu²⁰.

Le problème de la relation entre l'âme et le corps, entre notre esprit et notre corps, est fondamental pour la réflexion sur la mort : en effet, on ne comprend pas si on peut considérer comme mort un individu avant la mort de son corps (chose qui, en effet, se produit avec la définition de mort cérébrale, où l'organisme soutenu artificiellement, continue à vivre, même si le cerveau a perdu ses fonctions) ; ou bien, au contraire, son âme et son corps sont-ils inséparables de telle sorte que la mort correspond, dans le même temps, à la mort de l'âme et du corps. Au niveau analytique on peut retrouver deux thèses opposées, la première *moniste*, qui soutient que nous comme personnes nous sommes identiques à notre corps et donc qu'on meurt, dans le même temps, au niveau de la personne et au niveau biologique ; selon la position *dualiste*, au contraire, nous sommes associés à notre corps, mais pas

²⁰ DESCARTES, R. (1649), 1^{re} partie, art. XXXI-XXXVII, p. 93-103.

identiques à lui : de la sorte, la mort de la personne peut précéder celle de l'organisme.

Le progrès technologique semble donner raison à la conception dualiste de la mort, puisqu'il est devenu possible de dissocier *la mort de la personne*, qui coïncide avec la perte irréversible des propriétés qui caractérisent l'homme et qui le distinguent des autres êtres vivants²¹, de *la mort de l'organisme*, entendue comme la perte de la capacité de l'organisme de fonctionner comme un tout intégré et de dérouler ses activités vitales. Ainsi, il semble que, pour définir la mort de l'homme, le choix soit le suivant : le corps (mort cardiaque) ou bien le cerveau (mort cérébrale). La question est alors de décider à quelle fonction attribuer une importance majeure et un rôle central, comme s'il existait deux types de mort qui ne coïncident pas toujours²². Le choix de Defanti, pendant une phase initiale de sa réflexion, a été en faveur de la mort de la personne, en effet, il affirmait que « la vraie raison pour laquelle ces individus [dans l'état de mort cérébrale] doivent être considérés comme morts est qu'ils ont perdu irréversiblement la conscience »²³.

Hans Jonas trouve un bon compromis en soutenant qu'un corps est uniquement le corps d'un cerveau donné, de la même façon qu'un cerveau est uniquement le cerveau d'un corps donné ; ainsi, il attribue la même importance au corps et au cerveau, puisqu'ils sont étroitement joints. À travers un exemple de la vie de chaque jour, il se demande comment, dans l'hypothèse contraire, un homme pourrait aimer une femme et pas seulement son cerveau et comment un homme pourrait se perdre en regardant le seul visage d'une femme. Donc, selon Jonas, aussi longtemps qu'un corps fonctionne du point de vue organique, même si c'est avec l'aide d'un appareillage artificiel, il doit être considéré comme ce qui reste et subsiste du sujet qui a été aimé : il ne peut pas encore être considéré comme un cadavre et utilisé comme un moyen²⁴.

À la suite de ces considérations, il semble qu'il soit impossible de trouver une définition de la mort valide universellement et pour tous les êtres vivants. Pour les êtres humains elle est le fruit d'un choix arbitral entre l'âme et le corps, entre le

²¹ Pour certains ce qui distingue l'homme des autres êtres vivants est la capacité de conscience et l'interaction sociale, pour d'autres l'identité personnelle et la continuité psychologique.

²² En effet, la mort corticale correspond à la mort de la personne sans la mort de l'organisme, mais dans la pratique ne peut pas exister l'inverse, c'est-à-dire la mort de l'organisme sans la mort de la personne.

²³ DEFANTI, C. A (1999), p. 107, « *la vera ragione per cui questi individui sono da considerare morti è che in essi si è spenta irreversibilmente la coscienza* » (n. t.).

²⁴ JONAS, H. (1974), p. 132-140.

cerveau et le cœur ; en outre, à cause des progrès technologiques, le *statut* d'événement naturel de la mort semble s'être transformé en un *statut social*²⁵, dont la définition dépend des différents domaines où l'on cherche à circonscrire la question.

Chapitre 2 – Approche sociale et historique

La description et les considérations relatives à la mort changent selon le contexte où on se trouve à réfléchir sur la question.

Dans le domaine médical, la mort est décrite comme un lent processus graduel, qui s'achève avec la totale destruction de chaque cellule de l'organisme, c'est-à-dire avec la putréfaction. Aujourd'hui, en réalité, aucune société n'est disposée à l'accueillir, ne serait-ce que pour des raisons d'ordre hygiénique. Donc, il devient très utile de déterminer un « seuil de non-retour » au-delà duquel un individu est considéré comme mort et orienter, en cette façon, l'action du médecin.

En revanche, du point de vue juridique, la mort est considérée comme un événement instantané, car le statut vivant/mort modifie les droits et les devoirs de l'individu : la personnalité juridique de l'individu s'éteint avec la mort. Giorgio Agamben écrivait que la mort est « le seuil au delà de lequel la vie cesse d'être politiquement pertinente »²⁶ ; en effet, c'est une idée commune que le défunt, puisque il n'est plus sujet aux devoirs, n'a pas non plus de droits : cela renvoie à la métaphore usuelle selon laquelle droit et devoir sont le recto et le verso de la même médaille. Tandis que les devoirs concernent les vivants, les morts n'ont plus de droits. On comprend bien que dans le domaine juridique une délimitation est nécessaire, le moment de la mort devient fondamental pour différentes exigences : discipline des greffes, euthanasie, successions héréditaire, *etc.*

L'instant de la mort est très important aussi dans le point de vue économique, puisqu'il indique la fin de l'obligation de la part de l'État de distribuer des ressources pour l'assistance et le soin de l'individu et l'oblige à ne plus les recevoir dans le cas d'une demande.

²⁵ Ici, par le terme « social », je n'entends pas la vision de la mort dans une société spécifique, mais le rapport entre la mort et les domaines de la société où on se trouve à « décrire » la mort.

²⁶ AGAMBEN, G. (1995), p. 154, « *la soglia al di là della quale la vita cessa di essere politicamente rilevante* » (n. t.).

Actuellement, la majorité des pays mondiaux ont explicitement codifié le critère de mort cérébrale dans les systèmes juridiques nationaux, en identifiant la cessation des fonctions du cerveau avec la mort de l'individu et en permettant, en cette façon, de résoudre, au niveau du principe, beaucoup de problèmes, juridiques (par exemple, les questions de successions héréditaires) et moraux (par exemple la question de la licéité d'interrompre les traitements et procéder au prélèvement des organes).

Autrefois, l'opinion commune considérait un individu comme défunt quand son cœur cessait de battre (*cor ultimum moriens*) et l'exhalation de son dernier souffle était un signe évident du trépas. Une vraie définition et législation sur la mort n'existait pas.

En effet, il y a encore une cinquantaine d'années, la mort était décrite comme la condition de ceux qui ne pouvaient plus retourner en vie, sa particularité était l'*irréversibilité*. Ses caractéristiques fondamentales étaient au nombre de quatre :

1. *Imprévisibilité* : à cause de la pénurie des instruments technologiques, la possibilité de fautes diagnostiques était très élevée.
2. *Rapidité* : la mort parvenait en peu de jours.
3. *Prématurité* : on mourait jeune.
4. *Inévitabilité* : les médecins ne faisaient presque rien pour l'éviter.

Aujourd'hui, bien que le progrès médical et scientifique ait rendu ces propriétés inadéquates pour décrire la mort, de nouveaux problèmes théoriques et pratiques ont commencé à apparaître. Pour cette raison, on entend très souvent dire que, autrefois, la mort était un événement clair et reconnaissable par tout le monde, tandis que l'avancée médicale a compliqué ce qui semblait évident, en créant la nouvelle situation de mort cérébrale. Beaucoup de spécialistes, en effet, affirment que la mort cérébrale est seulement une fiction juridique, très utile au niveau pragmatique, mais qui ne correspond pas vraiment à la réalité clinique. Defanti lui-même, avec un recul de plusieurs années, admet l'avoir adoptée seulement parce qu'elle permettait de résoudre différents problèmes pratiques.

Bien que sur le concept de mort cérébrale il y ait encore beaucoup de doutes, nous ne devons pas nous effrayer : si on analyse l'histoire de la médecine moderne, on comprend que le concept de la mort n'est pas immuable, mais qu'il se transforme avec l'avancée de la science médicale et des techniques scientifiques. Évidemment, chaque changement donne naissance à de nouveaux doutes et suscite de nouvelles

peurs dans le public. En effet, on doit prendre en compte la différence temporelle qu'il y a entre le rapide développement scientifique et technologique et les valeurs qui caractérisent une population à un moment historique déterminé : ces valeurs se transforment très lentement et ne changent qu'avec la succession des générations. Pour cette raison, l'incertitude relative à la mort a toujours existé, elle n'est pas un fait spécifique de notre époque ; simplement, dans le passé, elle s'est manifestée sous des formes différentes.

En suivant le travail développé par Defanti dans le premier chapitre de son livre *Vivo o morto ?*²⁷, je retracerai les changements décisifs qui se sont vérifiés dans l'histoire de la mort pendant les quatre derniers siècles, en dévoilant, ainsi, que la reconnaissance de la mort et la détermination exacte du moment de la mort ont toujours posé de grands problèmes et la conscience sociale a été toujours troublée par ces questions. L'analyse historique nous aidera à affronter le débat contemporain et à comprendre, si aujourd'hui, c'est possible de trouver une définition adéquate de la mort de l'homme.

Notre histoire commence à la Renaissance avec une attention renouvelée pour l'anatomie humaine : le cadavre se transforme d'objet de terreur en objet d'étude, grâce au fort intérêt didactique et scientifique qui caractérise cette époque. Mais, si d'un côté, cela a produit de nouvelles découvertes scientifiques, de l'autre, il a fait naître la crainte de la dissection, la peur d'être « coupé » quand on n'est pas encore mort, au nom de la science.

Le XVIII^e siècle est caractérisé par la peur de la mort apparente et de la sépulture intempestive : il y avait un manque de confiance sociale dans les capacités de reconnaître la mort, puisqu'il n'y avait pas les instruments technologiques pour la reconnaître avec certitude. De plus, on doit rappeler que vers la fin du siècle, apparurent les premières expériences de réanimation, qui bien qu'elles aient permis de sauver des vies de la mort par noyade, ont mis, en même temps, en doute un point crucial : l'irréversibilité de la mort. En effet, un sujet qui est apparemment mort peut être réanimé. Mais cela n'est pas compatible avec le caractère irréversible de la mort.

Pendant les siècles suivants, grâce au progrès médical (par exemple, la respiration artificielle manuelle) et à l'introduction de nouvelles techniques de

²⁷ DEFANTI, C. A. (1999), p. 13-65.

soutien des fonctions vitales de l'organisme (par exemple, le respirateur, le rein artificiel, la défibrillation cardiaque), la crainte de la mort apparente s'atténue pour ensuite disparaître. Il devient possible de traiter ou de soigner quelqu'un qui semble mort, mais ne l'est pas.

Les nouvelles procédures médicales permettent en beaucoup de cas de sauver des vies. Mais si, en cas de graves lésions cérébrales, on ne meurt plus en quelques heures, le patient peut se retrouver dans un état de totale inconscience, son cœur ne continuant à battre que grâce à l'utilisation du respirateur.

Cet état est celui que Mollaret et Goulon, deux neurologues françaises, ont appelé *coma dépassé*, c'est-à-dire un état qui se trouve au-delà du coma, entre la vie et la mort. Ils ont écrit qu'il était « une révélation et une rançon de la maîtrise acquise en matière de réanimation neuro-respiratoire »²⁸, une révélation de nouvelles technologies et « une rançon, parce que la survie dans le coma dépassé, impose des efforts croissants aux équipes de réanimation et prolonge un spectacle de plus en plus douloureux aux yeux des familles. »²⁹

Ainsi, il est devenu possible de garder les fonctions d'un organisme, quoique la destruction du cerveau conduise à la cessation de l'activité cardiaque dans quelques minutes.

En outre, en 1967 au Cap, Christian Barnard exécutait la première transplantation de cœur d'un patient en coma irréversible, mais pas estimé mort sur la base du critère traditionnel (arrêt cardio-vasculaire). Cet événement a produit beaucoup de critiques, puisque l'organe n'avait pas été prélevé d'un individu déclaré mort à tous égards, alors que le prélèvement du cœur provoquait nécessairement la mort.

Les nouvelles mesures de réanimation et les développements de la médecine des transplantations ont mis en crise le modèle de mort cardio-circulatoire, qui ne correspondait plus avec la réalité clinique : une rapide intervention médicale permettait de réactiver un cœur. De plus, la détermination du moment dans lequel un individu passe de la condition de vivant à celle de non-vivant est fondamentale. En effet, si le patient, dont Barnard avait prélevé le cœur était mort à la suite de la suspension de la ventilation mécanique, Barnard aurait pu être accusé d'homicide. Par contre, si le patient était déjà mort au moment de la suspension de la respiration

²⁸ MOLLARET, P., GOULON, M. (1959), p. 4.

²⁹ *Ibidem*.

artificielle, alors Barnard aurait simplement renoncé à ventiler un cadavre. Comme le rappelle Agamben, « le sujet en état de coma dépassé présentait les conditions idéales pour le prélèvement d'organes [vitaux], mais il s'agissait de définir avec certitude le moment de la mort, pour éviter au chirurgien qui devait pratiquer la transplantation d'être accusé d'homicide »³⁰.

Tout cela rend nécessaire ou une extension ou une nouvelle définition de la mort du point de vue médical, juridique, économique et moral.

Ainsi, le 5 août 1968, le *Journal of American Medical Association* publie le Rapport du Comité d'Harvard³¹, où le coma dépassé est identifié comme un nouveau critère de mort, en le faisant coïncider avec le syndrome de mort cérébrale, entendu comme la perte irréversible de toutes les fonctions du cerveau. Maintenant, l'activité cardiaque n'est plus incompatible avec la mort. Cette introduction a fait naître de nouvelles craintes : la peur d'être déclaré mort dans un moment antérieur sur la base d'un diagnostic de mort cérébrale, la peur d'être utilisé comme une « banque d'organes » et la peur de l'achèvement thérapeutique.

Toutefois, on doit reconnaître que la définition de mort cérébrale a été très importante, puisque, pour la première fois, on a cherché à analyser le phénomène évident, mais dans le même temps complexe, de la fin de vie. On s'est interrogé sur les questions morales liées à ce thème, en édifiant les bases d'une définition conceptuelle auparavant inexistante. Pour cette raison, Defanti soutient que le passage à la définition cérébrale

C'est, d'abord, un témoignage du profond bouleversement dans le cadre conceptuel que, beaucoup de personnes, à juste titre selon moi, ont défini comme *révolution biologique*³². [...] un donné qui semblait être immuable pendant les époques, c'est-à-dire la mort, a été transformée [...]. Il devient nécessaire de penser la mort d'une façon nouvelle³³.

Ainsi, l'auteur propose une analogie avec la révolution copernicienne :

³⁰ AGAMBEN, G. (1995), p. 180, « *lo stato dell'oltrecomatoso era la condizione ideale per il prelievo degli organi [vitali], ma ciò implicava che fosse definito con certezza il momento della morte, affinché il chirurgo non potesse essere accusato di omicidio* » (n. t.).

³¹ AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL (1968), p. 337-340. Voir la première annexe.

³² Expression qui fait référence à l'ensemble des changements produits par les avancées scientifiques et technologiques dans la conception des faits basiliars de la vie.

³³ DEFANTI, C. A. (1999), p. 9-10, « *E' anzitutto una testimonianza di quel profondo sconvolgimento del quadro concettuale che molti, giustamente a mio parere, hanno definito rivoluzione biologica. [...] è cambiato un dato che sembrava essere del tutto immutabile attraverso le epoche, cioè la morte[...]. Diventa necessario pensare la morte in modo nuovo.* » (n. t.).

Comme pendant des millénaires l'homme a cru que le soleil tournait autour de la terre, pour ensuite reconnaître, grâce au développement scientifique, que c'est l'inverse qui est vrai, de la même façon, aujourd'hui les signes traditionnels de la mort [...] se sont avérés n'être plus des conditions nécessaires et suffisantes de celle-ci³⁴.

Les développements des méthodes thérapeutiques permet, aujourd'hui, de prolonger, considérablement, le processus du mourir, donc, il devient plus obscur de comprendre en quoi consiste exactement la mort et à quel moment elle intervient.

Dans le prochain paragraphe je définirai un possible schéma d'évaluation, qui me permettra, dans la deuxième partie de ma recherche, d'analyser les différentes définitions de mort : *mort cérébrale, corticale et cardiaque*, pour comprendre si parmi elles, au moins une, caractérise adéquatement la mort de l'homme.

Chapitre 3 – Pour une définition adéquate de la mort de l'homme

Comme l'affirme Defanti, une définition adéquate de la mort de l'homme doit être, avant tout, conceptuellement claire et considérer les réactions morales, juridiques et sociales qu'elle peut impliquer. Deuxièmement, elle doit rendre possibles des critères de vérification praticables sans difficulté³⁵. Enfin, elle doit répondre à trois qualités requises fondamentales, individuées par J. Ladd³⁶ :

1. *Irréversibilité du phénomène* : par ce terme on doit entendre que, une fois que la mort est déclarée, il ne doit plus être possible de récupérer des fonctions qu'on avait dans un état précédent. Si, par exemple, la mort semble avoir été attestée à cause d'un arrêt cardiaque, mais que le cœur recommence à battre grâce à un massage cardiaque, cela ne signifie pas que la mort est réversible, mais seulement, que l'arrêt cardiaque n'était pas l'essence du phénomène. Comme nous avons vu dans l'*excursus* historique, aujourd'hui l'irréversibilité de la mort coïncide avec la non-réponse aux thérapies de réanimation.

³⁴ *Ibidem*, « Come per millenni l'uomo ha creduto che il sole ruotasse intorno alla terra, salvo poi riconoscere, grazie allo sviluppo della scienza, che è vero l'inverso, così oggi i segni tradizionali della morte, [...] hanno dimostrato di non essere condizioni necessarie e sufficienti di morte. » (n. t.).

³⁵ DEFANTI, C. A. (1999), p. 99.

³⁶ LADD, J. (1979), p. 118-145.

2. *Nature instantané* : on doit réussir à déterminer, plus ou moins exactement, la mort dans le temps. Cela ne signifie pas nier que le mourir soit un processus, mais seulement, souligner la nécessité et l'importance de la détermination d'un « point de non-retour » quoiqu' il soit arbitraire, pour des fins éthiques et pratiques.
3. *La définition doit parvenir au noyau du concept, en adhérant le plus possible aux usages courants du terme et à la réalité clinique* : donc, si on définit la mort traditionnellement, sa caractéristique devra être l'arrêt irréversible de la circulation et des fluides du corps ; autrement, si on choisit la définition de mort cérébrale totale, on devra démontrer la perte irréversible de la capacité d'intégrer les fonctions du corps. Enfin, si on soutient la définition corticale, la capacité de conscience et d'interaction sociale devront être absentes.

De plus, quand on cherche une définition de la mort, on doit faire attention à ne pas confondre *la définition* même, *les critères* et *les procédures cliniques* pour vérifier la mort advenue ; cela n'a pas de sens de distinguer différents types de mort, bien que cela ait un sens de décrire plusieurs critères de vérification de celle-ci :

- *Définition de la mort* : elle est une description générale de ce que signifie qu'un être soit mort. On présuppose que cette définition soit valable pour tous les êtres, humains ou non, et qu'elle corresponde à la réalité.
- *Critère de la mort* : le but est essentiellement pratique ; on veut déterminer un indicateur général pour reconnaître en temps utile la mort advenue. On doit choisir le critère qui est le plus cohérent avec la définition de mort qu'on a retenue. Le choix du critère a des répercussions dans le domaine médical et juridique et il s'applique à des catégories particulières de vivants et non plus à tous les genres de vivants.
- *Procédures pour vérifier la mort* : une fois que la définition et le critère sont donnés, on doit se demander quels examens sont les plus adéquats pour vérifier qu'un individu est réellement décédé. Évidemment, les procédures changent avec les progrès médico-technologiques.

On doit déterminer s'il y a une définition qui répond le mieux à ces caractéristiques, et laquelle. Mort cardiaque ou mort cérébrale ? Si on retient la mort cérébrale, quel critère est le plus approprié ? Celui de mort cérébrale totale, de mort corticale ou de mort du tronc encéphalique ?

Dans la prochaine partie, je chercherai à donner des réponses à ces questions en analysant, une par une, les possibles définitions et les critères de mort.

Partie 2

Les différentes définitions de la mort

Chapitre 4 – La mort cérébrale

*La proposition du Comité d'Harvard*³⁷

Le Rapport d'Harvard commence ainsi : « Notre premier objectif est de définir le coma irréversible comme un nouveau critère de mort. »³⁸

Le Comité n'a rien découvert de nouveau, mais il a simplement identifié le coma dépassé et la cessation de la vie. Il a décidé que la persistance de l'activité cardiaque n'est plus incompatible avec la mort, contrairement à ce qu'on a toujours pensé dans le passé. Maintenant, le battement du cœur et la respiration sont conservés à travers l'utilisation de moyens artificiels, mais l'individu est-il considéré comme mort sur la base du critère cérébral.

Le Comité a exposé et rendu publiques les raisons en faveur de la nouvelle identification en avançant seulement deux points. Defanti lui-même a suivi cette stratégie pour expliquer les arguments du Rapport. Personnellement, je pense que les arguments sont au nombre de trois :

1. L'amélioration des mesures de réanimation et de soutien de la vie a produit une multiplication des efforts pour sauver des vies humaines dans des conditions qui sont désespérées. Parfois, ces efforts ont un succès seulement partiel de sorte que l'on se trouve en face d'un individu dont le cœur continue à battre mais le cerveau est irréversiblement endommagé³⁹.

Cette première raison est du type exclusivement empirique⁴⁰. Bien que le Comité admette les bénéfices obtenus par les nouvelles techniques de réanimation, il critique indirectement leurs modalités d'emploi. En effet, il décrit les résultats négatifs qu'on peut obtenir quand ces techniques sont utilisées pour sauver des personnes qui sont dans des conditions très graves. Dans ces cas, si les interventions ne se concluent pas avec la mort (arrêt cardiocirculatoire), elles conduisent à la nouvelle situation du coma dépassé, dans laquelle le cœur de l'individu continue à battre puisqu'il est soutenu artificiellement, mais l'activité du cerveau est elle irréversiblement cessée.

³⁷ Voir la première annexe dans laquelle il y a le texte complet et en langue originale du Rapport d'Harvard.

³⁸ AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL (1968), p. 337, « *Our primary purpose is to define irreversible coma as a new criterion for death.* » (n. t.). Voir la première annexe.

³⁹ AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL (1968), p. 337, « *Improvements in resuscitative and supportive measures have led to increased efforts to save those who are desperately injured. Sometimes these efforts have only partial success so that the result is an individual whose heart continues to beat but whose brain is irreversibly damaged.* » (n. t.). Voir la première annexe.

⁴⁰ Quoique cette raison soit très importante elle n'a pas été abordée par Defanti.

Ce premier argument a un lien implicite avec le second, c'est pour cela, que je suppose, que le Comité a présenté ces deux raisons dans le même point. En effet, les deux introduisent le même problème moral : comment on doit se comporter en ce qui concerne ces patients ?

Ainsi, la nouvelle identification indique dans le coma dépassé le moment dans lequel il devient licite suspendre (ou prolonger dans le cas d'une transplantation)⁴¹ l'usage des moyens artificiels, puisque les patients sont morts cérébralement et il n'existe plus de perspectives d'amélioration.

2. Cela représente une charge très importante pour les patients qui ont perdu définitivement l'intellect, pour leurs familles, pour les hôpitaux et pour ceux qui ont besoin des lits occupés par ces patients dans le coma⁴².

Cette deuxième raison n'est pas trop claire : le terme « charge » (*burden*) est ambiguë, puisqu'il peut faire référence aussi bien que à la charge psychologique que économique.

Pour ce qui regarde la charge psychologique, elle ne peut pas concerner les patients eux-mêmes, puisqu'ils ont perdu définitivement l'intellect et donc ils ne peuvent plus ni profiter de bénéfices ni éprouver subjectivement de dommages. Sans doute, la charge psychologique concerne les médecins et les infirmiers qui doivent soigner des patients sans perspectives d'amélioration, et les familles qui doivent faire face à une telle situation.

Defanti affirme que « sans doute, les rédacteurs du document pensent surtout à la charge économique (qui n'est pas contrebalancée par les bénéfices) »⁴³. Il semble, en effet, que le terme « charge » fait référence à celle économique que la famille, les hôpitaux et la société sont obligés de supporter pour des traitements qui sont futiles, c'est-à-dire des traitements qui ne peuvent pas améliorer les conditions du patient. Comme le soutient Defanti, cela devient évident surtout si le Comité fait référence aux lits des hôpitaux, qui sont toujours insuffisants et coûteux (surtout dans les services de réanimation américains).

⁴¹ Dans les cas de transplantations, l'usage des moyens artificiels est prolongé pour plusieurs heures pour pouvoir rendre possible l'intervention chirurgicale et ne risquer pas la détérioration des organes.

⁴² AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL (1968), p. 337, « *The burden is great on patients who suffer permanent loss of intellect, on their families, on the hospitals, and on those in need of hospitals beds already occupied by these comatose patients.* » (n. t.). Voir la première annexe.

⁴³ DEFANTI, C. A. (1999), p. 71, « *senza dubbio gli estensori del documento hanno in mente soprattutto l'onere economico (non controbilanciato da benefici)* » (n. t.).

Malgré l'initiale adhésion de l'auteur à la proposition d'Harvard, il considérait que ces deux arguments constituaient des bons motifs pour réexaminer la question de la définition de la mort, mais il ne les estimait pas suffisants pour justifier la nouvelle identification entre le coma dépassé et la mort.

La dernière raison exposée par le Comité est la suivante :

3. Les critères obsolètes de définition de la mort peuvent susciter des controverses relatives à l'obtention d'organes à greffer⁴⁴.

Cette motivation a un caractère essentiellement pragmatique, qui peut nous faire envisager la nouvelle identification comme la réalisation d'un « besoin de la société », c'est-à-dire le besoin d'organes pour les transplantations thérapeutiques.

Il n'est pas précisé si le Comité utilise cette motivation comme une des ses principales raisons en faveur de l'identification entre le coma dépassé et la mort. Cette raison semble une justification à ce qui s'était passé huit mois auparavant et qui avait suscité d'âpres critiques : la première greffe de cœur. Il faut rappeler que le donneur était un patient qui était jugé en coma irréversible.

C'est pour cela que la nouvelle identification fut considérée par beaucoup de spécialistes et surtout par Jonas, comme une « pure fiction » liée, exclusivement, aux possibilités de transplantation des organes.

Toutefois, Defanti répond à ce type de critiques en soutenant que « le tableau clinique de la mort cérébrale se vérifierait aussi s'il n'y avait plus la nécessité d'effectuer des transplantations. »⁴⁵ En ce cas, je crois que Defanti a aussi bien raison que tort. Il est indubitable, en effet, que la situation clinique de la mort cérébrale se vérifierait aussi s'il n'y avait plus la nécessité des transplantations, mais cela ne serait pas suffisant pour justifier une nouvelle définition de la mort (comme il l'a lui-même admis en commentant les premiers deux arguments du Comité). Je pense qu'on ne peut pas nier que la médecine des greffes a très fortement pesé en faveur d'un changement de la définition de la mort, autrement, l'arrêt cardiaque serait resté le principal et unique indicateur de mort et la cessation irréversible des fonctions du cerveau aurait, seulement, désigné le moment dans lequel devient licite la suspension des traitements.

⁴⁴ AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL (1968), p. 337, « *Obsolete criteria for the definition of death can lead to controversy in obtaining organs for transplantation.* » (n. t.). Voir la première annexe.

⁴⁵ DEFANTI, C. A. (1999), p. 101, « *Il quadro clinico della morte cerebrale si verificherebbe anche se non vi fosse piu la necessità di eseguire i trapianti.* » (n. t.).

Cette thèse peut être confirmée par celle qu'on peut appeler la « coïncidence française ». La France, le 24 Avril 1968, c'est-à-dire quelques mois avant du Rapport d'Harvard, la *circulaire Jeanneney*⁴⁶, décrivait la mort encéphalique et, dans le même temps, légalisait le prélèvement d'organes à partir d'un sujet en état de mort encéphalique. Deux jours après la promulgation de cette circulaire, le docteur Christian Cabrol a effectué la première greffe du cœur en Europe (Paris) à partir d'un donneur considéré en état de mort cérébrale. Il faut remarquer que cette circulaire ne concernait pas les critères spécifiques de vérification de la mort cérébrale, mais seulement l'autorisation d'effectuer des prélèvements d'organes sur des sujets en mort cérébrale ; en effet, elle affirmait qu'une définition imminente des critères allait être proposée par l'Académie de Médecine. En revanche, ces critères ne seront donnés que 28 ans plus tard, avec la loi de bioéthique de 1996⁴⁷.

Il semble, ainsi, que Jonas et les adversaires de la nouvelle définition avaient tout à fait raison de la considérer comme instrumentale par rapport à la greffe des organes.

Incohérences internes à la proposition du Comité

Si on analyse les raisons exposées par la Proposition, il semble que le Comité d'Harvard ait décidé de résoudre les problèmes pratiques et moraux (Quand suspendre les traitements ? Comment rendre disponibles les lits des hôpitaux ? Comment améliorer la disponibilité des organes ?) en introduisant une nouvelle définition de la mort. De cette façon, le Comité a évité d'analyser à fond ces problèmes et il est passé illicitement du niveau moral à celui ontologique. Les arguments qu'il a exposés, en effet, ne sont pas du type ontologique : ils ne demandaient pas une redéfinition de la mort, mais des normes de comportement à adopter en ce qui concerne les individus qui sont en état de mort cérébrale. Il faut noter que la même Commission d'Harvard ne nous dit pas que nous devons substituer ou ajourner la définition qu'on a utilisée jusqu'au maintenant puisqu'elle est une description incorrecte de la réalité, mais qu'il convient le faire pour résoudre

⁴⁶ Circulaire n° 67 du 24 Avril 1968 relative à l'application du décret n°47-2057 du 20 octobre 1947, relatif aux autopsies et prélèvements (abrogée).

⁴⁷ 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 thérapeutiques ou scientifiques et modifiant le Code de la Santé Publique.

ces problèmes ; elle ne nous dit pas que les individus cérébralement morts sont à tous égards morts, mais qu'ils devraient être traités comme tels, puisqu'on doit épargner charges et souffrances et qu'on doit, surtout, rationaliser les ressources médicales et, en particulier, améliorer la disponibilité des organes pour les transplantations. Ainsi, la proposition du Comité peut être considérée comme inspirée par des considérations pragmatiques.

Le Comité n'a pas été capable, ou mieux, il n'a pas voulu résoudre ce genre de problèmes du point de vue éthique, puisque, je suppose que des possibles solutions éthiques auraient trop ébranlé l'opinion et la morale de sens commun. Le Comité a préféré éviter des âpres critiques de la part des confessions religieuses chrétiennes, des mouvements *pro-life* et d'une société qui était encore très liée à des valeurs « judéo-chrétiennes » admises par consensus. Il faut rappeler les origines puritaines de l'Université d'Harvard⁴⁸. Peut être que le Comité était encore lié à ses racines religieuses. La majorité des composants du Comité étaient des protestants, bien qu'il y ait quelques catholiques romains (le chirurgien Joseph Murray). Le président du Comité, en effet, avait changé son nom de naissance en Henry K. Beecher, nom qui faisait référence au pasteur Henry W. Beecher et à la famille Beecher, dont beaucoup de membres étaient des *clergymen* (congrégationalistes). De plus, le seul théologien, qui avait pris partie au Rapport, était un ministre presbytérien ordinaire.

Nous comprenons ainsi, que si le Comité avait dit qu'on procède au prélèvement du cœur quand l'individu n'est pas encore mort sur la base du critère cardiaque, la peur d'être opéré encore vivant et celle d'être utilisé comme « banques d'organes » se seraient diffusées dans la société. Les médecins auraient été accusés d'agir contre la vie et de pratiquer, à travers le prélèvement du cœur, l'euthanasie active. Ils auraient contrasté les valeurs chrétiennes : la valeur suprême, sacré et inviolable de la vie humaine. Le manque de confiance à l'égard du personnel médical aurait été augmenté et la médecine des greffes (des organes vitaux) aurait été entravée dès sa naissance.

Ainsi, le Comité a préféré dépasser l'impasse morale en redéfinissant les critères cliniques et scientifiques de la mort.

⁴⁸ En 1639 l'Université a été baptisée « Harvard » en hommage à John Harvard, un jeune pasteur puritain qui légua sa bibliothèque et la moitié de ses biens à la jeune institution. À ses débuts, en effet, l'enseignement était influencé par le puritanisme et nombreux pasteurs ont été formés.

Malgré cela, comme le soutient Peter Singer⁴⁹, cette nouvelle définition a été largement et rapidement acceptée, pas seulement par l'opinion publique, mais aussi par beaucoup de spécialistes, grâce à sa grande utilité pratique. Cette définition, en effet, apporte des bénéfices aux malades qui sont en attente d'être greffés, elle ne nuit pas aux individus qui se trouvent dans l'état de mort cérébrale et enfin elle empêche que des médecins, qui sont disposés à interrompre le soutien vital en ces patients, soient accusés d'euthanasie passive. Cette réflexion est, aujourd'hui, partagée par Defanti⁵⁰. Comme me l'a personnellement révélé Defanti, il y a un an, la nouvelle définition semblait simplement, aux médecins de l'époque, une nouvelle découverte scientifique qui pouvait être acceptée sans oppositions, parce qu'elle ne présentait pas, initialement, des implications particulières. Ils envisageaient la nouvelle définition comme une conséquence du processus technologique qui avait rendu disponibles des instruments plus fiables pour vérifier la perte des fonctions cérébrales. Ils n'avaient pas interprété la nouvelle définition comme un changement radical du concept de mort.

Defanti, qui avait initialement accepté et défendu le Rapport d'Harvard, s'est rendu compte, avec un recul de plusieurs années, des faiblesses qu'il comportait :

Il y a [...] aussi bien des problèmes de fondement théorique que des problèmes de cohérence interne. On ne trouve aucune tentative de discuter de questions du genre « qu'est ce que la mort ? La définition de la mort est il un problème *métaphysique* ou aussi un problème *moral* ? » [...] Pour ce qui concerne les incohérences 'internes', la raison alléguée pour poser l'équivalence entre le coma irréversible et la mort (c'est-à-dire la perte de l'intellect) est aussi bien valable pour l'état végétatif permanent. Mais, alors, pourquoi restreindre l'équation au coma irréversible et ne l'étendre pas à cet état clinique ? [...] De plus, il y a des problèmes d'ordre strictement scientifiques⁵¹

Une façon d'affronter la question consiste à approfondir et à caractériser les problèmes sur des plans différents (ontologique, scientifique et moral), puisque cette différenciation nous aide à mieux comprendre les inconséquences qu'on retrouve dans la nouvelle identification. En suivant cette indication je distingue entre :

⁴⁹ SINGER, P. (1996), p. 47.

⁵⁰ DEFANTI, C. A. (2007), p. 154.

⁵¹ DEFANTI, C. A. (2004), p. 233, « *Ci sono [...] sia problemi di fondamento teorico sia problemi di coerenza interna. Non c'è nessun tentativo di discutere quesiti come "che cosa è la morte? La definizione della morte è un problema metafisico o anche un problema morale?" [...] Circa le incoerenze 'interne', la ragione addotta per porre l'equivalenza fra coma irreversibile e morte (vale a dire la perdita dell'intelletto) è altrettanto valida per lo stato vegetativo permanente, ma allora perchè restringere l'equazione al coma irreversibile e non estenderla a questo stato clinico [...]?* Non ultimi, vi sono i problemi di ordine strettamente scientifico » (n. t.). L'auteur expose ces arguments rapidement, j'ai retenu opportun les distinguer entre eux et les approfondir.

- *Problème ontologique* : le Comité, en identifiant le coma irréversible et la mort, a la prétention de la définir sans se demander ni ce qu'elle, ni si la mort des hommes est différente de celle des animaux. Il soutient que ce genre de questions concerne exclusivement le domaine de la philosophie de la science, qu'il excède le domaine médical et donc qu'elles peuvent être omises.

Mais comme soutient John Hospers⁵², une définition, pour être telle, doit expliciter les caractéristiques qu'une chose doit avoir pour qu'on lui puisse attribuer un terme déterminé et exclure ainsi de la définition tout ce qui ne répond pas à ces qualités.

De plus, il me semble que le Comité fait une confusion entre la *définition* de la mort, c'est-à-dire les propriétés nécessaires que quelqu'un ou quelque chose doit avoir pour être considéré comme mort, et les *critères* de la mort, c'est-à-dire la façon dont on établit que la mort est advenue⁵³. La Rapport d'Harvard, en effet, dans ses premières lignes, nous parle aussi bien de critère (*criterion*) que de définition (*definition*)⁵⁴ sans distinguer sémantiquement les deux termes. Ainsi, le critère cérébral est devenu illicitement et automatiquement une nouvelle définition de la mort, sans expliquer ce qu'elle : il se contente d'établir comment elle est vérifiable. En outre, cette identification marque une profonde différence entre la mort des hommes et la mort des animaux.

- *Problème scientifique* : le Comité par l'expression « mort cérébrale » (*brain death*) entend la perte irréversible de *toutes* les fonctions du cerveau et avec le terme « coma irréversible » (*irreversible coma*) la perte de conscience sans possibilité de récupération. Toutefois, pendant les années de la formulation de la Proposition, les tests cliniques pour prédire l'irréversibilité⁵⁵ faisaient défaut. En plus, il est impossible de démontrer la cessation irréversible de *toutes* les parties du cerveau ; en effet, beaucoup d'individus qui sont considérés comme morts cérébralement conservent encore certaines activités

⁵² Cfr. p. 11-12.

⁵³ Cfr. p. 22-23.

⁵⁴ AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL (1968), p. 337. Voir la première annexe.

⁵⁵ Pour y avoir la certitude de l'irréversibilité, le dommage cérébral doit avoir une cause connue, il ne doit pas être réparable et il doit être suffisamment étendu de façon de supprimer toutes les fonctions cérébrales. Si la cause et la gravité du dommage ne sont pas entièrement claires, il existe la possibilité de fautes diagnostiques et pronostiqués.

cérébrales, comme par exemple des réflexes végétatifs et des sécrétions hormonales⁵⁶.

Le même Defanti admet que, quoiqu'il y ait encore beaucoup de doutes sur la nouvelle définition et sur ses critères de vérification, le Comité d'Harvard a pris une position définitive aussi en absence des données empiriques entièrement incontestables⁵⁷.

Pour ces raisons, pendant 1976, le Royaume-Uni, en suivant la suggestion de deux neurochirurgiens du Minnesota, Avanakot Mohandas et Shelley Nien-Chun Chou⁵⁸, identifia la mort avec la mort du tronc encéphalique⁵⁹, puisque, dans les cas d'une très grave lésion cérébrale, en absence d'un état de vigilance, les seules structures nerveuses qu'il est possible d'examiner sont celles du tronc. Le tronc est considéré, ainsi, le système critique de l'encéphale, responsable aussi bien du maintien de la conscience que des fonctions végétatives. Defanti a accueilli la « Proposition du Minnesota » puisque « les signes de la mort cérébrale (perte irréversible de conscience, absence de réflexe du tronc et de mobilité spontanée, absence de la respiration) sont entièrement explicables par la perte des fonctions du tronc. »⁶⁰

Il me semble, ainsi, que nous nous trouvons, de nouveau, en face à deux « types de mort » : *la mort cérébrale totale* et *la mort du tronc encéphalique*. En réalité, comme l'explique Defanti, la seule différence entre ces critères est le temps ; en effet, les critères britanniques permettent de diagnostiquer la mort dans un temps qui est antérieur par rapport aux critères américains, mais le résultat est le même : bien qu'il y a encore une activité des hémisphères, l'encéphale a cessé de fonctionner comme un tout.

Un' autre raison, pour la quelle beaucoup de spécialistes affirment que la nouvelle définition n'est rien d'autre qu'un « hardi expédient », c'est la manque de

⁵⁶ Le cerveau, au-delà d'élaborer les informations que nous proviennent des sens et du système nerveux, a aussi comme fonction de produire les différents hormones qui contribuent à régler les différentes fonctions corporelles. Dans beaucoup de cas, ces hormones continuent à être produites même si le cerveau est mort sur la base de tests standards.

⁵⁷ DEFANTI, C. A. (1999), p. 69.

⁵⁸ MOHANDAS, A., CHOU, S. N.-C. (1971).

⁵⁹ Le tronc encéphalique est une structure du système nerveux central. Il déploie beaucoup de fonctions fondamentales pour la vie de l'être humain : il est le siège des réflexes, des centres qui règlent la respiration, la température du corps, le rythme sommeil/veille et la circulation du sang.

⁶⁰ DEFANTI, C. A. (2007), p. 101, « *i segni della morte cerebrale (incoscienza, assenza di riflessi del tronco e di mobilità spontanea, assenza di respiro) sono interamente spiegati dalla perdita delle funzioni del tronco.* » (n. t.).

données scientifiques qui démontrent la perte *irréversible* de *toutes* les fonctions du cerveau.

- *Problème moral* : il faut remarquer que le Comité identifie le coma irréversible avec la mort, en se basant sur la perte permanente de la conscience (ou comme l'écrit Defanti « perte de l'intellect »⁶¹), mais cela ne coïncide pas avec la mort cérébrale, entendue comme la cessation irréversible de toutes les fonctions de l'encéphale. En effet, quand la conscience est perdue, il est possible que les fonctions du tronc encéphalique n'aient pas subi des lésions et qu'elles continuent à être actives.

Alors, ou nous nous trouvons en face à une inconséquence logique et l'expression « coma irréversible » est inadéquate ou elle introduit un lourd problème moral : si on doit inclure dans la nouvelle définition aussi ceux qu'ont irréversiblement perdue la conscience, bien qu'ils continuent à respirer de façon autonome, c'est-à-dire les individus en état végétatif permanent (ÉVP)⁶²

Mais, afin d'éviter cette extension, le Comité poursuit son Rapport en précisant que

Le coma irréversible a beaucoup de causes, mais *nous sommes ici en train de nous occuper seulement de ces individus comateux qui ne présentent aucune activité discernable du système nerveux central.* [...] en reconnaissant que, outre les problèmes médicaux, il y a des questions d'ordre moral, éthique, religieux et légal. Une définition adéquate préparera la voie pour une meilleure compréhension de ces matières et pour une loi meilleure que celle qui prévaut actuellement⁶³.

Il semble, ainsi, que la définition de mort cérébrale se base exclusivement sur la distinction entre artificiel et naturel : les patients en ÉVP ne peuvent pas être définis morts, puisqu'ils respirent de façon autonome, au contraire, les individus en état de mort cérébrale, peuvent être considérés morts, puisque leur respiration est

⁶¹ Cfr. n. 51.

⁶² L'ÉVP est la condition de ceux, qu'ayant subi de graves dommages à l'encéphale, ils perdent les fonctions relatives aux hémisphères cérébrales (en particulier les fonctions liées au cortex cérébral), mais ils survivent puisque le tronc encéphalique n'a pas été endommagé. Le pronostic est l'irréversibilité de la condition.

⁶³ AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL (1968), p. 337, « *Irreversible coma has many causes, but we are concerned here only with those comatose individuals who have no discernible central nervous system activity. [...] More than medical problems are present. There are moral, ethical, religious, and legal issues. Adequate definition here will prepare the way for better insight into all of these matters as well as for better law than is currently applicable.* » (n. t.). Voir la première annexe.

gardée par des moyens artificiels, mais, il faut remarquer que les deux ont irréversiblement perdu l'intellect.

Avec cet éclaircissement, le Comité nous fait comprendre qu'une nouvelle définition, qui détermine l'instant précis auquel on meurt, est nécessaire pour des fins pratiques : avant tout, pour le personnel médical qui doit savoir exactement quand il peut suspendre les traitements, sans le risque d'être accusé d'euthanasie passive ou active. En plus, on doit rappeler que le *statut* vivant/mort modifie les droits et les devoirs des citoyens, donc la date de la mort est fondamentale aussi bien au niveau juridique qu'au niveau économique, puisqu'elle décrète la fin de l'obligation d'allouer des ressources pour l'assistance sanitaire du sujet décédé et qu'elle crée les conditions pour une éventuelle donation d'organes (ressource très importante).

Defanti, dans son dernier livre, nous fait remarquer que la nouvelle définition de mort cérébrale introduit un paradoxe : en effet, la vie biologique des patients est prolongée, mais, dans le même temps, on a la nécessité d'anticiper la détermination de mort pour prélever des organes qui ne sont pas détériorés. La Proposition a ainsi anticipé le moment de la mort en résolvant rapidement, d'un seul coup, différents problèmes.

La nouvelle définition de mort cérébrale était-elle nécessaire ?

En réalité, en analysant *a posteriori* la question, il n'était pas nécessaire, à mon avis, de changer la définition de la mort, puisque déjà la seule explicitation du critère cérébral aurait été suffisante pour résoudre les problèmes pratiques, que la nouvelle technologie moderne avait rendu nécessaire d'affronter. Les problèmes moraux concernant le traitement du mourant, bien qu'ils soient cruciaux, doivent être indépendants du problème de la recherche d'une définition de la mort. Ils ne peuvent pas être résolus en stipulant, simplement, une nouvelle définition, puisque cela revient à contourner le problème sans le résoudre à la racine.

Quelque mois après le Rapport d'Harvard, Jonas avait déjà souligné ce point : aujourd'hui Defanti est d'accord avec lui. Jonas affirmait que redéfinir le critère de la mort afin de résoudre des problèmes moraux était une stratégie douteuse. Ainsi, il écrivait : « La question correcte n'est pas "Le patient est-il mort ?", mais : "Que faire de lui ", afin qu'il reste encore un patient ? À cette question on ne peut pas répondre

par une définition de mort, mais par une ‘définition’ de l’homme et de ce qu’est la vie humaine. »⁶⁴

Si on analyse le fond du problème, je pense qu’on peut faire remonter l’origine de la question à plusieurs années avant la Proposition du Comité, c’est-à-dire à la naissance des techniques de soutien des fonctions vitales de l’organisme, avec une référence particulière au respirateur. Pourquoi, une fois que la mort cardiaque est vérifiée sur la base de la non-réponse au massage cardiaque, est-il nécessaire de brancher le patient à la ventilation mécanique ? La réponse est simple : « s’il existe une nouvelle technologie, elle doit être utilisée ! » (*Impératif technologique*). Chaque fois que l’homme découvre ou invente quelque chose, il a le besoin irrésistible de l’employer. Pour comprendre en quoi consiste l’impératif technologique, on peut prendre un exemple banal : le téléphone portable. Il est né comme un moyen de communication afin d’être utilisé seulement en certains cas et par certaines catégories de personnes (par exemple quand on voyage beaucoup pour son travail) : mais, aujourd’hui, tout le monde l’utilise et presque tout le monde le possède, et en certains cas il a remplacé le téléphone fixe. Il est devenu une nécessité de notre vie quotidienne. C’est ce qui s’est passé avec le respirateur : il est né comme une opportunité d’être utilisé seulement en certains cas (par exemple pour sauver des vies de la mort par noyade), mais après il s’est transformé en une nécessité, et on a commencé à l’utiliser dans tout les cas d’arrêt cardiaque, en mettant en crise la mort entendue traditionnellement et en créant la nouvelle situation de mort cérébrale.

Si les individus, qui sont frappés par graves lésions cérébrales, n’étaient pas branchés au respirateur, ils mouraient en quelque jour. Leur cœur cesserait de battre spontanément et ainsi, il n’y aurait pas de sens à parler de la mort cérébrale comme d’un nouveau critère pour déterminer la mort. Mais, la sort en était jeté : les hôpitaux étaient pleins d’individus privés des fonctions cérébrales, mais avec le cœur qui battait, grâce à l’utilisation de la technique. L’introduction d’une nouvelle définition de la mort semblait être une solution correcte et rapide. En outre, elle rendait plus simple l’accès à des organes, une ressource très importante pour la naissante médecine des greffes.

⁶⁴ JONAS, H. (2004), p. 58, « *La domanda giusta non è “E’ morto il paziente?”*, ma: “*Che fare di lui*”, *che resta ancora un paziente? A questa domanda non si può rispondere con una definizione di morte, ma con una ‘definizione’ dell’uomo e di che cos’è la vita umana* » (n. t.).

En opposition à ma réflexion précédente, Defanti, dans les premiers années de son adhésion à la définition de mort cérébrale, soutenait que :

C'est illicite d'assister à la mort des hommes sans utiliser tous les moyens disponibles pour l'éviter, évidemment quand il y a des raisonnables perspectives d'une survie de qualité acceptable [...]. En cette incertitude nous devons [...] intervenir, et dans les cas malchanceux, nous donnons origine, littéralement, nous provoquons, avec les nôtres thérapies, le tableau clinique de la ME [mort cérébrale]⁶⁵.

Mais, je pense, que dans la réalité, il est difficile qu'un individu, qui a subi des graves lésions cérébrales, ait une quelque « perspective d'une survie de qualité acceptable », si on entend, par cette expression, la récupération de la majorité de fonctions qu'il avait avant le traumatisme. Ici, je crois que l'erreur de Defanti est de ne pas expliciter en quoi consiste la « qualité acceptable ».

Si on laisse de côté ce point, je retiens qu'il est fondamentale de prendre en compte le climat social et culturel des années '60 et '70. C'est une période dans laquelle les valeurs judéo-chrétiennes sont encore très fortes : la vie est considérée comme le bien suprême et la mort comme le pire des maux. Le devoir du médecin est impérativement celui de prolonger la vie et de retarder le plus possible la mort. La conviction commune est que c'est toujours une faute de mettre fin intentionnellement à une vie humaine innocente. La vie est jugée inviolable et indisponible, elle est douée d'une valeur qui est supérieure à tous les autres. Il y a l'interdiction absolue d'interférer avec le finalisme intrinsèque de la vie. En outre, il n'y a pas à poser de distinctions entre les différentes vies humaines : toutes ont la même valeur.

Cela implique qu'on ne doit pas enfreindre l'interdiction de « Ne pas tuer ! » et qu'on ne doit pas utiliser le corps d'un individu pour le bénéfice d'un autre. Dans le domaine bioéthique cette perspective est appelée *éthique de la sacralité de la vie*.

Toutefois, l'avancée scientifique et technologique et le développement de la naissante médecine des greffes étaient en train de mettre en crise cette vision, puisque, bien que le respirateur permettait de prolonger la vie biologique, dans le même temps, il était en train de créer des situations complexes, dans lesquelles il devenait difficile d'affirmer que la vie était encore un bien. De plus, on doit rappeler que Barnard avait prélevé un cœur d'un individu en coma irréversible pour le bénéfice d'un autre, en reconnaissant, implicitement, que la valeur de la vie humaine

⁶⁵ DEFANTI, C. A. (1993), p. 224, « *E' illecito assistere alla morte degli uomini senza ricorrere a tutti i mezzi disponibili per evitarla, naturalmente quando vi siano ragionevoli prospettive di una sopravvivenza di qualità accettabile. [...] In quest'incertezza dobbiamo [...] intervenire, e nei casi soprattutto diamo origine, letteralmente provochiamo con le nostre terapie il quadro clinico della ME [morte cerebrale].* » (n. t.).

n'est pas toujours égale, que la valeur de la vie humaine change. L'introduction d'une nouvelle définition de la mort semblait être une bonne solution pour ne pas modifier l'éthique courante et ne pas ébranler trop l'opinion publique.

Selon Defanti, le Comité :

aurait pu suggérer que le prélèvement d'organes était permis, une fois qu'il n'y a plus l'obligation de poursuivre les traitements, sans introduire une nouvelle définition de mort [...]. Une telle stratégie aurait, toutefois, exposé le Comité à une double accusation. La première : de proposer, ainsi, une forme d'euthanasie passive (dans le cas où le traitement de soutien des fonctions vitales est interrompu) ou aussi d'euthanasie active (dans le cas du prélèvement des organes singuliers, comme le cœur) ; la deuxième consiste dans l'accusation de proposer d'instrumentaliser certaines personnes pour le bénéfice d'autres⁶⁶.

Si le Comité avait proposé cette stratégie, suggérée par Defanti, on aurait dû admettre une exception à l'interdiction de « Ne pas tuer ! », puisque le prélèvement du cœur, organe vital par excellence, à partir d'un individu qui n'est pas encore déclaré mort, signifie, nécessairement, tuer ce patient pour le bénéfice d'un autre, en reconnaissant que pas toutes les vies humaines sont douées de la même valeur.

Si on avait accueilli cette proposition, on aurait dû admettre que la survie biologique n'est pas toujours un bien et que, parfois, il est licite mettre fin, intentionnellement, à une vie humaine innocente (ou mieux, non-sentante).

On ne réussissait pas, et en vérité on n'arrive pas encore aujourd'hui, à considérer la mort comme un lent processus, dans lequel la vitalité diminue progressivement jusqu'à disparaître entièrement à la fin du procès de putréfaction.

La mort est envisagée comme un événement instantané ; c'est pour cela que les hommes doivent nécessairement déterminer des signes précis pour caractériser le trépas comme passage de la vie à la mort. Comme le soutiennent Ralph Stoecker et Defanti lui-même à l'heure actuelle en retournant sur cette thèse⁶⁷, il y a la conviction que le phénomène « mort » change immédiatement le *statut* moral de l'individu, avec la conséquente réduction des obligations morales à ses égards, puisque les devoirs concernent les vivants. Quand un individu est mort, n'il y a plus

⁶⁶ DEFANTI, C. A. (1999), p. 74, « *Avrebbe potuto suggerire che il prelievo d'organo fosse consentito, una volta venuto meno l'obbligo delle cure, senza introdurre una nuova definizione di morte [...]. Una strategia del genere avrebbe però esposto il Comitato alla duplice accusa di proporre una forma di eutanasia passiva (nel caso in cui fosse stato sospeso il trattamento di sostegno), quando non addirittura di eutanasia attiva (nel caso di prelievo di organi impari come il cuore), e di uso strumentale di alcune persone a beneficio di altre.* » (n. t.).

⁶⁷ DEFANTI, C. A. (2007), p. 166.

le devoir de soin et une éventuelle mutilation de son corps ne constitue plus ni une lésion personnelle ni un homicide⁶⁸.

La nouvelle définition de la mort cérébrale permet, ainsi, de ne pas modifier la morale traditionnelle et, dans le même temps, elle favorise la médecine des greffes. Maintenant, ces situations nouvelles, produites par l'intervention des moyens de soutien des fonctions vitales, qui risquaient de mettre en crise la considération de la vie comme le bien suprême, sont identifiées avec la mort même. De plus, il est licite, aussi bien au niveau moral que légal, de prélever un cœur, organe vital par excellence, sans enfreindre l'interdiction de ne pas tuer, puisque l'organe est prélevé d'un individu considéré, par définition, comme mort, sur la base du critère cérébral et, en conséquence, l'extraction du cœur ne peut pas être la cause de la mort.

La définition de mort cérébrale est-elle une définition adéquate⁶⁹ de la mort de l'homme ?

Voyons maintenant, sur la base des critères que j'ai présentés dans la première partie de ma recherche⁷⁰, si la définition de la mort cérébrale est un candidat adéquat pour définir la mort de l'homme.

Pour ce qui concerne la première propriété, c'est-à-dire *l'irréversibilité du phénomène*, nous avons constaté qu'il est impossible, au niveau pratique, de démontrer la perte irréversible de toutes les fonctions du cerveau, à la différence de ce que demande le critère neurologique. Il semble, alors, que cette définition se base seulement sur certaines fonctions cérébrales considérables, comme par exemple la conscience, en en omettant d'autres. Cela admis, nous ne pouvons pas nier que la mort cérébrale est irréversible, puisque un individu qui se trouve dans un tel état ne peut plus récupérer les fonctions qu'il possédait auparavant.

La nouvelle définition satisfait le deuxième aspect, c'est-à-dire la *nature instantanée* de la mort, en effet, la cessation des fonctions du cerveau détermine un « point de non-retour » et le « moment » de la mort.

⁶⁸ STOECKER, R. (2004), p. 141-154. Cela est ce que Stoecker appelle *Die ethische Grundannahme über den Tod* ; tr. Fr. *La thèse éthique fondamentale sur la mort*.

⁶⁹ Par l'adjectif « adéquate » j'entends une définition de la mort qui correspond à la réalité clinique et qui est cohérente avec les avancées scientifiques et médico-technologiques.

⁷⁰ Cfr. p. 21-22.

Toutefois, cette définition ne répond pas à la dernière qualité requise. Comme le démontre Defanti, elle ne parvient pas au *noyau du concept*, puisqu'elle n'éprouve pas la perte irréversible de la capacité d'intégrer les fonctions du corps, à la différence de ce qu'avait confirmé la Commission Présidentielle dans un document intitulé *Defining Death*⁷¹. Ce document affirmait l'équation entre la mort du cerveau et la mort tout court sur la base des arguments suivants :

1. La mort cérébrale est équivalente à la mort de l'individu humain puisque en elle se réalise la destruction irréversible du système critique de l'organisme, c'est-à-dire le cerveau. Est considéré comme critique le système qui est à la fois insubstituable et fondamental pour les caractéristiques comportementales de l'individu. Le cerveau est un candidat adéquat à ce rôle puisqu'il intègre aussi bien les fonctions végétatives que celles de la conscience.

2. La mort est définie comme la perte du fonctionnement intégré de l'organisme et dans les services de réanimation il se réalise avec la cessation irréversible de toutes les fonctions de l'encéphale.

Malgré l'initiale adhésion de Defanti à la nouvelle identification, il n'en reste pas moins que, à la suite des avancées médico-technologiques qui se sont développés dans les années suivants à la Proposition du Comité, ces arguments ne sont plus appropriés. Aujourd'hui, en effet, il est possible de remplacer non seulement les fonctions cardiaque et respiratoire, mais aussi certaines fonctions du cerveau, et plus précisément celles homéostatiques du tronc encéphalique ; en plus, « il n'y a aucune raison de douter que la substitution entière [du tronc encéphalique] sera possible dans un futur pas si lointain »⁷². Cela implique que le tronc cérébral n'est pas fondamental pour définir la mort de l'homme. De plus, le fonctionnement intégré de l'individu pourra être gardé dans le temps, aussi après la cessation définitive des fonctions cérébrales, chose qui, en certains cas, se produit déjà (c'est le cas des femmes enceintes en état de mort cérébrale : il est possible de prolonger leur vie biologique pour qu'elles puissent faire développer le fœtus et procéder, en suite, à un

⁷¹PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH (1981).

⁷² DEFANTI, C. A. (1999), p. 107, « *non c'è ragione di dubitare che la sostituzione completa [del tronco encefalico] non divenga possibile in un futuro non remoto* » (n. t.).

accouchement par césarienne), mais cela ne pourrait pas empêcher la mort de l'individu en tant que personne.

Selon Defanti, en effet, le noyau de la mort cérébrale n'est pas la perte du système critique ou du fonctionnement intégré de l'organisme, qui pourra être remplacé artificiellement, mais la perte irréversible et entière de ce qui caractérise la personne en tant que telle, c'est-à-dire la capacité de raison et l'auto-conscience qui ne seront jamais remplaçables. Mais, à mon avis, si à la suite des avancées scientifiques et technologiques, il devenait possible de substituer la conscience, cela n'aurait plus de sens, puisque l'individu perdrait sa propre identité personnelle et il ne serait plus la même personne qu'auparavant : il se créerait ainsi, une sorte de discontinuité psychologique entre la personne qu'elle était avant et celle de maintenant. Pour ces raisons, Defanti soutient que « la vraie raison pour laquelle ces individus doivent être considérés comme morts est qu'ils ont perdu irréversiblement la conscience »⁷³.

De plus, comme j'ai déjà dit auparavant, des données empiriques ont démontré que beaucoup d'individus, jugés en mort cérébrale sur la base des critères standards, conservent encore certaines activités cérébrales (par exemple la production d'hormones)⁷⁴. Cela signifie, alors, qu'il y a des incohérences entre la détermination de mort cérébrale et la réalité clinique. Il convient de rappeler que la mort cérébrale est entendue par le Comité d'Harvard et par la Commission Présidentielle comme la cessation irréversible de *toutes* les fonctions du cerveau.

La définition de mort cérébrale est loin de ce que l'opinion publique entend majoritairement par « mort ». Les signes mêmes de la mort sont changés ; celle que dans la littérature médicale on appelait le *faciès hippocratique*, c'est-dire un état spécifique du visage qui annonce l'approche de la mort, « le nez effilé, les yeux enfoncés, les tempes affaissées, les oreilles froides et contractés, les lobes des oreilles écartés, la peau du front sèche, tendue et aride, la peau de toute la face jaune ou noire, ou livide ou plombé »⁷⁵, tout cela semble être disparue. En effet, si on rentre dans les services de réanimation des hôpitaux est difficile, sans l'utilisation des moyens techniques, de reconnaître, parmi les patients, qui est vivant de qui est mort. Ceux qui sont cérébralement morts nous apparaissent comme des « morts qui

⁷³ Cfr. n. 23.

⁷⁴ Cfr. p. 31-32, *Problème scientifique*.

⁷⁵ HIPPOCRATE, *Pronostic*, §. 2, tr. Littré, p. 419.

respirent »⁷⁶, où, quoiqu'ils aient perdu irréversiblement la conscience, leur cœur continue à battre puisque soutenu artificiellement, ils respirent puisqu'ils sont ventilés. Leur visage n'est pas jaune mais rose, leur peau n'est pas sèche, tendue et aride, mais douce et veloutée, leur corps n'est pas rigide mais souple et ils sont encore chauds au toucher.

De plus, comme l'a démontré Singer, au moyen d'enquêtes sociologiques, malgré l'acceptation de la nouvelle définition par les organismes médicaux officiels et législatifs, peu de personnes croient que ces individus sont réellement morts. Le problème est que ces doutes ne concernent seulement la foule ignorante, mais aussi le personnel médical qui préfère indiquer ces individus comme « irrémédiablement acheminés vers la mort », sans affirmer qu'ils sont déjà morts⁷⁷.

Enfin, je pense qu'il est opportun de remarquer que la définition de mort cérébrale est incapable de résoudre les arguments exposés par le Rapport. Bien que le Comité considère les individus en état de mort cérébrale comme dépourvus de vie ; la pénurie d'organes, les « charges » pour les familles et le personnel médical et la disponibilité de lits dans les hôpitaux restent des problèmes ouverts, puisque, maintenant, ils sont liés aux individus en ÉVP. Ces individus ont irréversiblement perdu la conscience, mais ils continuent à respirer de façon autonome et donc ils ne peuvent pas être considérés comme morts sur la base du critère cérébral. En plus, nous nous trouvons face à une nouvelle interrogation qui ne peut pas être résolue par la nouvelle définition⁷⁸ : si la mort est la cessation irréversible de *toutes* les fonctions de l'encéphale, quand meurt-il celui qui n'a jamais eu de cerveau ? C'est le cas des enfants anencéphaliques, ils naissent dépourvus de la partie supérieure du cerveau, mais le tronc encéphalique est présent et il fonctionne régulièrement.

Pour ces raisons, Defanti propose un passage à la définition de mort corticale, puisque les possibilités technologiques d'aujourd'hui nous permettent de remplacer la majorité des nôtres fonctions biologiques et cérébrales, en nous dévoilant, ainsi, le rôle fondamental et irremplaçable de la conscience.

Dans le prochain chapitre, je chercherai de démontrer les avantages et les limites de cette perspective.

⁷⁶ Expression que j'ai repris de SINGER, P. (1996), p. 57.

⁷⁷ SINGER, P. (1996), p. 48-50.

⁷⁸ SINGER, P. (1996), p. 35.

Chapitre 5 – La mort corticale

Un critère plus convenable

En l'état actuel des connaissances scientifiques, médicales et technologiques, nous comprenons que la définition de mort cérébrale est devenue inappropriée à définir la mort de l'homme : elle n'est plus cohérente avec la réalité clinique et les avancées médico-technologiques ; en outre, elle nous pose de nouvelles interrogations qu'elle n'est pas capable de résoudre.

Defanti, à cause de la discordance entre la réalité clinique et la définition de mort cérébrale, propose d'identifier la mort avec la perte irréversible de la conscience.

L'adoption du critère cortical, en effet, pourrait être une solution aux problèmes internes à la définition de mort cérébrale totale et ce pour différentes raisons : en premier lieu, elle est cohérente avec la réalité clinique et les avancées scientifiques et technologiques, puisque, dans ce cas, ce qui est fondamentale pour la détermination de mort est la perte irréversible de la conscience et non plus la cessation de toutes les fonctions de l'encéphale, condition, qui comme nous l'avons vu, est presque impossible à vérifier. En outre, on doit prendre en compte le fait que, aujourd'hui, beaucoup de fonctions cérébrales sont remplaçables artificiellement, mais, comme je l'ai déjà dit auparavant⁷⁹, il n'est pas pensable de remplacer la conscience, même si dans un futur indéterminé, la technologie rendra peut-être cela possible. La définition de la mort corticale, ainsi, sera toujours adéquate à l'égard de possibles avancées technologiques dans le domaine médical. Defanti insiste sur ce point en écrivant :

La proposition de la mort corticale est un paradigme des bouleversements que la *révolution biologique* est en train d'apporter à notre civilisation. Le développement scientifique-technologique nous a donné de puissants moyens pour intervenir dans le processus du mourir ; ces moyens ont mis en crise une des qualités que nous avons dit être indispensable à tout concept de mort qui vise à acquérir un consensus public : l'irréversibilité. Celle-ci semble aujourd'hui s'identifier avec l'impossibilité de la substitution [...] des hémisphères cérébraux⁸⁰.

⁷⁹ Cfr. p. 39-40.

⁸⁰ DEFANTI, C. A. (1999), p. 119, « *La proposta della morte corticale è un paradigma degli sconvolgimenti che la rivoluzione biologica sta apportando alla nostra civiltà. Lo sviluppo scientifico-tecnologico ci ha dotato di mezzi potenti per intervenire nel processo del morire; questi mezzi hanno messo in crisi uno dei requisiti che abbiamo detto indispensabili ad ogni concetto di morte che si voglia candidare al pubblico consenso: l'irreversibilità. Questa sembra oggi identificarsi con l'impossibilità di una sostituzione [...] degli emisferi cerebrali.* » (n. t.).

De plus, cette identification, qui a pour conséquence qu'on juge morts tous les individus qui ont irréversiblement perdu la conscience, serait capable de résoudre tous les problèmes qui ont rendu nécessaire une nouvelle définition de la mort, (c'est-à-dire le problème de la disponibilité des organes, des lits dans les hôpitaux, de la « charge » psychologique et économique, de la suspension des traitements, *etc.*) qui aujourd'hui sont liées aux individus en ÉVP et aux nouveau-nés anencéphaliques. Il faut noter que dans ce cas, l'identification avec le coma irréversible serait réelle et totale, à différence de l'exception qu'admettait la Proposition du Comité ; en effet, on doit rappeler que le Comité a identifié le coma irréversible avec la mort, mais en se limitant à ceux cas qui ont subi une lésion irréversible de l'encéphale tout entier⁸¹.

La théorie de la mort corticale, dans l'acception partagée par Defanti, considère la conscience comme « *la conditio sine qua non* pour toute définition de la personne [sans laquelle nous perdons tout ce que nous apprécions de notre existence] et la mort de la personne est l'élément central de la mort de l'homme »⁸². Toutefois, cette énonciation nous place face à deux interrogations qui sont loin d'être résolues dans le domaine philosophique et qui n'ont pas encore reçu de réponses fermes. Je me propose d'en donner des traits, au moins généraux :

- a) Qu'est ce que la conscience ?
- b) Quoi on doit entendre par personne ?

Le terme « conscience », (du latin *coscientia* : connaissance, de *con-scire* : avoir conscience et de *scire* : savoir), comme l'affirme Comte-Sponville dans son *Dictionnaire philosophique*, est « l'un des mots le plus difficile à définir, peut-être parce que toute définition s'adresse à une conscience et la suppose. »⁸³

Un autre dictionnaire philosophique à la voix « conscience » écrit que

Il faut d'emblée distinguer la conscience morale [...] et la conscience psychologique. Procéder à un examen de conscience, ou invoquer la voix de la conscience suppose une conscience morale, c'est-à-dire la connaissance du bien et du mal [...] en revanche si nous évanouissons, on dira que nous perdons conscience ou connaissance, et il s'agit alors de la conscience au sens psychologique⁸⁴.

Ainsi, nous comprenons que nous devons faire référence à la conscience psychologique en tant que processus cérébral, qui se traduit par la faculté mentale et

⁸¹ Cfr. n. 63.

⁸² DEFANTI, C. A. (1999), p. 111, « *la conditio sine qua non per ogni definizione di persona e la morte della persona l'elemento centrale della morte dell'uomo* » (n. t.).

⁸³ COMTE-SPONVILLE, A. (2001), p. 127.

⁸⁴ ZARADER, J.-P., dir., (2007), CABESTAN, Ph., pour la notice « conscience », p. 122.

subjective d'apercevoir les phénomènes, sa propre existence ou ses états émotionnels. Or, puisque la conscience est un phénomène mental liée à la perception et aux constructions mentales, elle comprend deux aspects : *la conscience de soi*, c'est-à-dire la perception que l'homme a de soi, de son propre corps et des ses propres sensations, des significations et des fins des ses propres actions ; et *la conscience du monde* ou *conscience d'autrui*, c'est-à-dire la perception du monde extérieur et des autres êtres vivants, doués ou non de conscience, dans l'environnement et dans la société. On peut rappeler que le concept de « conscience subjective », de soi, de ses propres contenus mentaux et de sa réalité avec absolue certitude, a été inaugurée par Descartes⁸⁵, lequel identifiait la conscience avec la *res cogitans*, dont l'acte fondamental est le *cogito*, la pensée. Locke, de même, soutenait que « la conscience [...] est inséparable de la pensée »⁸⁶.

On peut donc considérer que la conscience est la faculté du sujet pensant de se connaître soi-même et sa propre réalité avec certitude et, par conséquent, d'avoir conscience de ses propres actes volitifs et cognitifs.

Sur la base de cette définition, la conscience présuppose la *vigilance* (ou veille apparente) et *la conscience de soi* et de l'environnement qui nous entoure. Si une de ces deux caractéristiques n'est pas présente, cela signifie qu'on n'est pas conscient. C'est ce qui se produit dans l'ÉVP, où la vigilance est conservée mais où on n'a plus la conscience. Par contre, dans le coma, les deux sont absents.

Maintenant, on vient à la deuxième question : « qu'entend-on par personne ? ». Cette question, nous avons vu dans l'affirmation précédente de Defanti, est strictement liée au problème de la conscience. Locke affirmait, par exemple, que le mot « personne »

[tient lieu de l'expression] *un être pensant, intelligent, qui a raison et réflexion de soi-même comme soi-même, comme la chose qui pense en différents temps et lieux ; ce qu'il fait uniquement par la conscience qui est inséparable de la pensée, et qui lui est à mon sens essentielle (car il est impossible à quiconque de percevoir sans percevoir qu'il perçoit)*⁸⁷.

Le terme « personne » a plusieurs significations, comme l'affirme Maurizio Mori⁸⁸. Fondamentalement, on en peut distinguer deux : il y a une signification ontologique du terme, laquelle consiste à répondre à la question « qu'est ce qu'une

⁸⁵ DESCARTES, R. (1641), 1^{re} et 2^{ème} méditation, p. 57-91.

⁸⁶ LOCKE, J. (1690), livre II, chap. XXVII, § 9, p. 522.

⁸⁷ LOCKE, J. (1690), livre II, chap. XXVII, § 9, p. 521-522.

⁸⁸ MORI, M. (1993), p. 27-33.

personne ? » ; et une autre normative ou juridique, qui entend la personne comme un sujet de droits et devoirs, à laquelle on doit un respect et une protection particuliers ; ce sens de « personne » ne s'applique pas seulement aux êtres humains, mais aussi aux associations ou entités.

Or, comme l'admettait Locke, « selon les façons habituelles de parler, la *même personne* et le *même homme* tiennent lieu d'une seule et même chose. »⁸⁹, en effet, encore aujourd'hui ces deux termes sont utilisées comme synonymes dans le langage commun. Locke considérait qu'il était pertinent d'opérer une distinction sémantique.

Locke, en effet, distingue très nettement entre « l'identité de l'homme », qui consiste « en la participation à la même vie entretenue par un flux permanent de particules de matière qui se succèdent, vitalement unies au même corps organisés »⁹⁰ ; et « l'identité personnelle », qui consiste dans « l'identité de conscience »⁹¹

À la suite de nouvelles connaissances biologiques et du progrès médical et technologique, une distinction des termes est de nos jours nécessaire, plus qu'à l'époque de Locke, puisqu'il est devenu possible, au niveau pratique, de dissocier la sphère psychologique de celle physiologique, comme c'est le cas dans l'ÉVP. Dans ce cas, l'individu perd la conscience de soi même et de l'environnement qui l'entoure, la capacité de sentir est absente, bien que le sujet continue à manifester de façon autonome ses fonctions physiologiques. Il y a environ soixante années, en effet, cette distinction de termes n'était pas importante, puisque la fin de vie effaçait, presque en même temps, les différents aspects de la personne : l'aspect physiologique comme l'aspect psychologique.

Par le terme « être humain » on détermine l'appartenance simplement physique et biologique à l'espèce « homme » ; ainsi, Locke écrivait,

On donne sans doute d'autres définitions, mais la simple observation établit de façon indubitable que l'idée que nous avons à l'esprit, dont le son *homme* est le signe sur nos lèvres, n'est autre que celle d'un être animé de telle forme déterminée [...]. Je peux être sur que, voyant une créature de même forme et de même constitution que lui, chacun l'appellerait encore *homme* même s'il n'avait pas plus de raison qu'un *chat*[...] ⁹²..

Par contre, par le terme « personne » on entend, encore aujourd'hui, un être individuel capable de conscience de soi et/ou de quelque forme de rationalité.

⁸⁹ LOCKE, J. (1690), livre II, chap. XXVII, § 15, p. 530.

⁹⁰ LOCKE, J. (1690), livre II, chap. XXVII, § 6, p. 516.

⁹¹ LOCKE, J. (1690), livre II, chap. XXVII, § 19, p. 533.

⁹² LOCKE, J. (1690), livre II, chap. XXVII, § 8, p. 518.

Comme l'affirme Mori, il n'est pas nécessaire, pour être reconnu comme personne, qu'on fasse effectivement usage de la raison ; mais la présence de la faculté de déployer une telle activité reste nécessaire. La raison, en effet, est, depuis Aristote, la faculté qui distingue l'être humain du reste de la nature. Cela présuppose que tous les êtres humains ne sont pas des personnes et que, en contre-partie, des êtres qui ne sont pas humains peuvent être des personnes.

Ainsi, nous comprenons que le cerveau (avec une référence particulière aux hémisphères cérébraux) peut être envisagé comme l'organe le plus important dans l'homme, puisqu'il est associé à la personnalité. Si le cerveau est irréversiblement endommagé, l'individu continue à vivre en tant qu'être humain et organisme, grâce au soutien des moyens artificiels, mais non plus comme personne.

La mort corticale signe, en cette façon, la totale dissociation entre la vie biologique et la vie de la personne. On doit rappeler qu'avant les interventions de réanimation, cet état était impossible, puisque, une fois que le cœur cessait irréversiblement de battre, on mourait, dans le même temps, aussi bien comme personne que comme organisme. Pour cette raison Defanti soutient que :

Le concept de mort corticale est un paradigme des bouleversements qui ont été causés par la médecine moderne : ceux qui défendent ce concept ne font rien d'autre que prendre acte de la possibilité d'une totale dissociation entre la vie psychologique et la vie biologique végétative [...] ce qui dans le passé, n'était pas possible. Ce paradigme nous oblige à éclaircir la valeur de ces vies⁹³.

Pour ceux qui soutiennent une théorie de la mort corticale, les individus, qui ont irréversiblement perdu la conscience, doivent être considérés comme des non-personnes. Ils peuvent donc être considérés comme morts, puisqu'ils vivent seulement en tant que corps. Ceux qui soutiennent une théorie de la mort corticale affirment, du même coup, que la vie de la personne est la seule digne d'être vécue et qu'il n'y a pas de sens à maintenir la vie d'un corps s'il n'est plus possible de récupérer la vie de la personne : en effet, il est, pour l'individu en question, indifférent que son corps continue à vivre ou pas. À travers l'usage d'une expérience de pensée, je chercherai à justifier cette perspective : imaginons qu'il existe deux mondes, un habité par les personnes et l'autre par les individus dépourvus de conscience. Il est possible que si nous demandons aux premiers, s'ils aimeraient

⁹³ DEFANTI, C. A. (1999), p. 111-112, « *Il concetto di morte corticale è un paradigma degli sconvolgimenti provocati dalla medicina moderna : i proponenti del concetto non fanno altro che prendere atto della possibilità di una completa dissociazione tra la vita psicologica e la vita biologica vegetativa [...] che in passato non era data da osservare. Questo paradigma ci costringe a chiarirci le idee sul rispettivo valore di queste vite.* » (n. t.).

vivre sans conscience, la majorité d'eux nous répondrait négativement ; en posant la même question aux seconds, nous n'obtiendrions aucune réponse. Cela démontre que aussi si un corps continue à vivre de façon autonome, il n'est d'aucun bénéfice à l'individu, puisque, dépourvu de conscience, il ne peut pas ni jouir pour les bénéfices ni souffrir pour les dommages et qu'il est dépourvu de la capacité décisionnelle ; donc, c'est à bon droit qu'on peut le considérer comme mort et utiliser ses organes pour le bénéfice d'autres personnes (sous réserve, évidemment, d'un consentement préalable).

On peut remarquer que la définition de mort corticale est plus convenable, au niveau théorique, que celle d'Harvard, puisqu'elle admet explicitement que la perte permanente de la conscience est fondamentale pour déterminer la mort de l'homme, chose qui était cachée par le Comité. De plus, ce critère est cohérent avec les avancées médico-technologiques. Toutefois, au niveau pratique, le critère cortical est, pour le moment, inacceptable.

Critiques à l'adoption du critère cortical dans la pratique

Comme nous l'avons vu, l'identification de la mort avec le critère cortical résoudrait différents problèmes du point de vue logique et conceptuel.

Au niveau pratique, cette identification éviterait le gaspillage des ressources pour l'assistance médicale des individus qui ont irréversiblement perdu la conscience : ces individus vivent seulement en tant que corps, mais on ne peut plus les considérer comme des personnes. Ainsi, la quantité d'organes pour les transplantations thérapeutiques augmenterait et on allégerait la charge économique et psychologique qui retombe sur les familles des patients en ÉVP ou de nouveau-nés anencéphaliques. Enfin, ce qui n'est pas la chose la moins importante, les demandes d'euthanasie se réduiraient.

Toutefois, nous devons comprendre, si à l'heure actuelle, le critère cortical peut être introduit dans la pratique clinique, en vérifiant si les bénéfices, qu'une telle introduction peut apporter, sont supérieurs aux dommages. Comme l'admet Defanti, en effet, « le fait que la thèse de la mort entendu comme arrêt irréversible de la conscience est claire et bien définie en soi même, n'est pas une raison suffisante pour

adopter, et surtout pour introduire, le nouveau critère dans la pratique. »⁹⁴ Pour ce motif, l'auteur considère comme opportun d'expliciter les critiques qui ont été apportées à l'adoption du critère cortical dans la pratique.

Une première objection concerne la référence anatomique de la conscience : l'identifier avec le cortex est une simplification excessive. Il n'existe, en effet, aucun accord partagé, sur les parties du cerveau qui sont indispensables pour la conscience. Defanti répond à cette première critique en soutenant que « le critère cortical ne se prononce pas sur le lieu spécifique de la conscience, mais il demande qu'elle soit irréversiblement et entièrement perdue »⁹⁵. Toutefois, je pense que la réplique de Defanti, à cette première critique, n'est pas suffisante : en effet, démontrer la perte irréversible de la conscience est plus difficile que ce qu'on pense à première vue. En premier lieu, on doit rappeler que la seule façon de démontrer la perte irréversible de la conscience est une observation du comportement du patient (bien qu'une démonstration instrumentale d'une lésion massive des hémisphères cérébraux soit fondamentale et préliminaire). Pour cette raison, le diagnostic et le pronostic demandent un temps très long. De plus, l'expérience clinique a démontré que non seulement les hémisphères cérébraux sont fondamentaux pour la personne, mais que le tronc cérébral peut être « utilisé » par l'individu pour des actes qui sont typiquement humains, au cas où ils seraient détruits. Cela est le cas des enfants anencéphaliques : bien qu'ils soient dépourvus de cortex, ils ont des sentiments et ils peuvent comprendre si quelqu'un manifeste des sentiments à leur égard⁹⁶.

On ne peut pas affirmer, avec une certitude absolue, si la capacité d'éprouver des sensations est entièrement absente dans le cas d'un très grave dommage cortical. Defanti lui-même admet ce point, mais il précise que « à ce jour, il n'existe pas de données empiriques en sa faveur. »⁹⁷ Mais, je retiens que dans l'incertitude ou dans l'impossibilité de démontrer, à l'heure actuelle des connaissances scientifiques et technologiques, l'absence entière de la conscience, mieux vaut considérer que ces individus ont encore une forme quelconque de conscience. En effet, de la même façon qu'on ne doit pas tirer sur une créature vivante, qui se trouve derrière un

⁹⁴ DEFANTI, C. A. (1999), p. 113, « *il fatto che la tesi della morte come arresto irreversibile della coscienza sia chiara e ben definibile di per sè, non è una ragione sufficiente per adottarla e soprattutto per introdurre nella pratica il nuovo criterio.* » (n. t.).

⁹⁵ DEFANTI, C. A. (1999), p. 114, « *il criterio corticale non si pronuncia sul luogo della coscienza, ma richiede che questa sia del tutto spenta* » (n. t.).

⁹⁶ SCHEWMON, D. A. (1997), p. 30-96.

⁹⁷ DEFANTI, C. A. (1999), p. 135, « *non vi sono dati in suo favore fino ad oggi.* » (n. t.).

buisson, si on suppose, sans en être certain, qu'il peut s'agir d'une personne ; on ne peut pas considérer un individu comme mort, sur la base du critère cortical, s'il existe une quelconque possibilité que cet individu ait encore une quelconque forme de capacité sentant.

Contre l'adoption de ce critère dans la pratique, il y a le classique argument du « *slippery slope* » (pente savonneuse). Il soutient que la mort semble, ainsi, liée à des propriétés psychologiques plutôt qu'à des données biologiques, avec la conséquente possibilité de se pouvoir étendre à d'autres états psychologiques anormaux, comme par exemple la démence. Mais, dans la réalité, cela pourrait se vérifier seulement si on se trouvait en face à des médecins peu scrupuleux, qui se borneraient à déclarer la perte irréversible de la conscience, sans la vérifier adéquatement. Je crois, cela peut être facilement évité avec de garanties appropriées de vérification et avec la menace de sanctions sévères.

On doit se rappeler que le concept de mort corticale repose sur la définition de « personne », mais qu'il n'existe pas de consensus relatif à une telle définition : ce concept est donc destiné à provoquer de nombreuses controverses.

Les opposants à la définition corticale fournissent deux autres arguments contre l'adoption du critère : *l'argument de la répugnance*, lequel affirme que considérer comme mort un individu qui respire de façon autonome et pourvoir, ainsi, à son enterrement, va contre nos intuitions de sens commun ; et *l'argument de l'incompréhension*, lequel considère que le concept de mort corticale serait incompréhensible à l'opinion publique.

Defanti, pour défendre ce concept, soutient, en premier lieu, qu'il n'y a aucune relation entre la déclaration de la mort et le moment de l'enterrement, il écrit ainsi :

Le fait d'avoir déclaré mort un individu en état végétatif persistant [il vaut d'ailleurs mieux utiliser le terme « permanent », puisque le pronostic est que la condition est irréversible] ne préjuge en rien des décisions qu'on doit prendre à l'égard de son corps [...]. La déclaration de la mort n'implique pas que le respect que nous devons toujours au cadavre viendrait au faire défaut.⁹⁸

Pour ce qui concerne le deuxième argument, Defanti considère qu'il est plus compliqué de comprendre l'actuel concept de mort cérébrale totale, plutôt de celui de perte de la conscience. En effet, quand nous nous trouvons dans les services de

⁹⁸ DEFANTI, C. A. (1999), p. 115, « *il fatto di aver dichiarato morto un individuo in stato vegetativo persistente non pregiudica le decisioni da prendersi nei confronti del suo corpo [...]. Nè la dichiarazione di morte implica il venir meno del rispetto che dobbiamo sempre al cadavere.* » (n. t.).

réanimation, en face à des individus qui ont perdu irréversiblement toutes les fonctions de l'encéphale, il est difficile de les considérer comme morts : ils respirent, ils ont une bonne circulation grâce à l'usage du ventilateur et ils sont chauds au toucher.

De mon point de vue, je considère qu'il n'y a aucune objection à affirmer que le concept de mort cérébrale est plus ésotérique de celui de mort corticale ; mais on doit remarquer que, pour la majorité de personnes, il est plus difficile d'identifier la seule perte de la conscience avec la mort. Les gens, en effet, se rendent compte que dans l'état de mort cérébrale, la respiration et la circulation sont maintenus par une machine. Ainsi, on retrouve de nouveau l'opposition entre artificiel/naturel ; et il est difficile de comprendre où se situent les limites entre l'un et l'autre. Toutefois, l'auteur soutenait que :

On doit se rendre compte que [...] la médecine moderne nous met chaque jour face à des situations tellement nouvelles que sont mis à l'épreuve les sentiments et les attitudes que nous avons reçu par l'éducation. Les tensions entre nos sentiments et les résultats de notre démarche purement rationnelle sont chaque jour plus fréquentes. Le problème consiste à se demander si nous devons avoir confiance en nos sentiments qui, en général, expriment des anciennes attitudes et résultent des situations anciennes, où si nous devons donner la priorité au raisonnement rigoureux [...]. Je crois [...] que c'est seulement [au moyen de la raison] que nous pouvons affronter les situations difficiles dans lesquelles nous nous trouvons. Ce n'est qu'en suite que les sentiments appropriés se créeront⁹⁹.

Malgré l'honnête et la clarté du concept de mort corticale, il n'est pas possible, pour le moment, de parvenir à un accord stable et suffisamment partagée par tout le monde. Un passage à la définition corticale produirait un trop gros bouleversement social et psychologique à l'intérieur de la communauté.

Si nous étions seulement des êtres de raison, il ne serait pas difficile de comprendre et d'accepter ce critère, puisque, du point de vue théorique, il est plus convenable. Mais, en tant qu'êtres humains nous sommes profondément liés aux sentiments qui nous avons reçu pendant notre éducation, nous sommes trop liés à la morale de sens commun, qui nous empêche de croire à des « morts qui respirent¹⁰⁰ [spontanément]».

⁹⁹ *Ibidem*, « Dobbiamo renderci conto che [...] la medicina moderna ci pone ogni giorno di fronte a situazioni talmente nuove che esse mettono alla prova i nostri sentimenti e gli atteggiamenti ricevuti dall'educazione. Le discrepanze tra il nostro sentire e i risultati cui giungiamo con l'esercizio della ragione stanno diventando sempre più frequenti. Il problema è se ci si debba fidare dei nostri sentimenti, che di regola rispecchiano atteggiamenti o situazioni antiche, o se si debba dare priorità al ragionamento rigoroso [...]. Credo [...] che solo nel secondo modo si possano affrontare le difficili situazioni che già ora abbiamo davanti [...]. I sentimenti appropriati si creeranno in seguito. » (n. t.).

¹⁰⁰ Expression que j'ai repris de SINGER, P. (1996), p. 57.

Bien que la définition de mort cérébrale totale soit acceptée par la majorité de juridictions nationales, les « profanes » en la matière identifient encore la mort avec l'arrêt des battements du cœur ; ainsi, nous comprenons que l'application du concept de mort corticale dans la pratique produirait un éloignement supplémentaire par rapport à l'idée commune de mort. Seraient, en effet, considérées comme morts, non seulement les individus cérébralement morts qui respirent grâce à l'utilisation des moyens artificiels ; mais aussi ceux dont le cœur bat spontanément.

Defanti soutenait, certes, que « la nouveauté des situations et l'inadéquation des nos réactions émotives ne peut pas être un argument valable contre la nouvelle définition »¹⁰¹. Mais, à cause des difficultés diagnostiques et en l'absence du nécessaire consensus social, Defanti considérait aussi que le critère de mort cérébrale totale devait être maintenu, mais en modifiant sa justification théorique : le critère cérébral est critiquable pour ce qu'il veut démontrer, c'est-à-dire l'absence irréversible de *toutes* les fonctions de l'encéphale (avons vu qu'il n'arrive pas à la démontrer); mais il est un critère impeccable de mort corticale. De plus, il est déjà inséré à l'intérieur de la majorité des juridictions nationales et il ne pose pas de graves difficultés de vérification. « Chaque "mort cérébrale totale" est toujours une "mort corticale", (bien que l'inverse ne soit pas vrai) »¹⁰², en effet, la mort cérébrale totale, entendue comme cessation irréversible de toutes les fonctions cérébrales, implique la mort corticale, c'est-à-dire la perte irréversible de la conscience ; la mort corticale pure concerne seulement l'ÉVP et l'anencéphalie.

Enfin, selon l'opinion de Defanti, on aurait du abandonner la *définition* de mort cérébrale totale en faveur de celle de mort corticale, plus claire au niveau conceptuel, mais maintenir le *critère* cérébral pour démontrer la perte irréversible de la conscience, puisque, pour le moment, le critère cortical n'était pas empiriquement crédible¹⁰³.

¹⁰¹ DEFANTI, C. A. (1999), p. 119, « *la novità delle situazioni e l'inadeguatezza delle nostre reazioni emotive non è un valido argomento contro la nuova definizione* » (n. t.).

¹⁰² DEFANTI, C. A. (2004), p. 244, « *Ogni "morte cerebrale totale" è sempre anche "morte corticale", (mentre non è vero l'inverso)* » (n. t.).

¹⁰³ Pour comprendre cette affirmation de Defanti, il est nécessaire de renvoyer à la distinction entre « définition » et « critère », *cfr.* p. 22-23.

La définition de mort corticale est-elle une définition adéquate pour la mort de l'homme ?

Nous comprenons, ainsi, sur la base des critères que j'ai exposés dans le troisième chapitre, que la mort corticale n'est pas un candidat adéquat pour définir la mort de l'homme. En premier lieu, la définition corticale ne réalise pas la propriété fondamentale pour toute définition de la mort, c'est-à-dire l'*irréversibilité*. Comme nous l'avons vu, en effet, il n'est pas possible de démontrer, avec une certitude absolue, la perte permanente de la conscience. Toutefois, après que la situation a été jugée irréversible, à la suite d'une très longue période d'observation, la perte de la conscience peut être identifiée avec la mort et donc, comme un *point de non-retour* ; en cette façon, la deuxième condition est respectée. Pour ce qui concerne la dernière qualité requise, elle est, en partie, satisfaite. Le critère cortical est, en effet, *cohérent avec le concept qu'il exprime* (c'est-à-dire la mort entendue comme la perte irréversible de la conscience) et aux avancées scientifiques et technologiques dans le domaine médical. Or, puisqu'un organisme peut être gardé en vie par des moyens techniques, ce qui en détermine la mort c'est la mort de la personne, qui se caractérise par la perte irréversible de la conscience, laquelle est insubstituable et fondamentale. Toutefois, ce critère s'éloigne trop de ce que l'opinion publique entend par mort et pose une différence incommensurable entre la mort des êtres humains et celle des autres organismes vivants.

Malgré la cohérence interne de la définition de mort corticale, Defanti soutient, que pour le moment, elle est inappropriée pour définir la mort de l'homme, donc il préfère garder la définition de mort cérébrale totale.

L'importance de la conscience pour la vie de l'homme nous pousse à une redéfinition de la mort comme mort corticale, mais ses implications pratiques et morales, nous obligent, pour le moment, à la refuser.

Chapitre 6 – Retour à la mort cardiaque : l’auteur change d’avis

Indétermination de la limite vie/mort

Quarante années après la Proposition du Comité et cinq ans après la sortie de son premier livre, Defanti s’aperçoit que la définition de mort cérébrale (totale ou partielle) n’est rien d’autre qu’un artifice. Elle a la prétention de tracer une ligne de démarcation nette entre la vie et la mort, en cachant, ainsi, le fait que le mourir est un processus et que la limite entre la vie et la mort est indéterminable.

Pendant 1968, Jonas, en critiquant la nouvelle définition, avait déjà remarqué ce point. Mais, peu de personnes avaient partagé sa réflexion, puisque les intérêts qui étaient en jeu, c’est-à-dire l’allocation de ressources limitées, l’utilisation de nouvelles technologies et surtout le besoin en organes pour le développement de la naissante médecine des greffes, étaient trop importants. Ce n’est qu’aujourd’hui que de nombreux spécialistes, parmi lesquels Defanti lui-même, se sont rendu compte que la connaissance que nous pourrions acquérir sur le passage de la vie à la mort, ne pourra jamais être sûre : elle reste toujours entachée d’instabilité.

La mort, en effet, est un processus, elle n’est pas un événement instantané. Pour cette raison, Defanti croit qu’il est inopportun de l’identifier au moyen d’une définition rigoureuse : une définition ne pourrait jamais se substituer à une connaissance, donc il reste qu’à admettre l’imprécision du concept de mort.

Le développement des connaissances et l’avancée des techniques dans le domaine de la médecine, ont profondément bouleversé ce qu’on pensait être « l’événement mort ». Elle est devenue un « problème médical¹⁰⁴ », qui s’est transformée en une succession de pertes ; en témoigne le fait que, de nos jours, la mort a lieu, pour soixante-dix pour cent des décès, dans les hôpitaux. La mort a été institutionnalisée, elle intervient dans un lieu public et elle est « reconnue » ou « déclarée » par une machine.

Les actuelles possibilités thérapeutiques permettent de prolonger considérablement le processus du mourir. C’est pour cela, que le choix d’une définition de la mort est devenue un problème philosophique ; puisque on doit

¹⁰⁴ DEFANTI, C. A. (2007), p. 213.

répondre à la question « Qu'est ce qui est fondamentale pour affirmer que quelqu'un est mort ? » La mort de l'organisme ? L'arrêt des battements cardiaques ? La cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau ? Ou la mort de ce qui est fondamental à la personne ? Une réponse, comme nous l'avons vu, est nécessaire du point de vue moral, éthique, juridique et social. Comme l'affirme Singer, on doit se rendre compte que « quand nous choisissons d'enregistrer la mort à n'importe quel moment avant que le corps soit rigide ou froid (ou, pour viser la plus grande certitude, avant que le corps commence à se décomposer), nous prononçons un jugement éthique ». ¹⁰⁵

Defanti, au début de sa réflexion sur la mort, se prononçait en faveur de la nouvelle définition de celle-ci ; mais il avait déjà compris ce point, en effet, dans un article du 1993, il affirmait :

Chaque définition de la mort socialement acceptable a en soi un aspect pratique et évaluatif. La décision même d'identifier la mort avec l'arrêt cardiocirculatoire irréversible est, en quelque façon, arbitraire : en effet, des activités biologiques continuent à se dérouler dans le cadavre pendant plusieurs jours [comme par exemple la pousse des ongles et des cheveux] et la vie termine entièrement, seulement quand le processus de putréfaction est terminé ¹⁰⁶.

Du moment qu'il est nécessaire de déterminer le moment de la mort, il vaut mieux pencher pour une définition de la mort maximale plutôt que minimale. Selon Defanti, un retour au concept traditionnel pourrait être une solution adéquate : en premier lieu, puisque l'opinion commune identifie encore aujourd'hui la mort avec l'arrêt du battement cardiaque, les désaccords seraient très peu nombreux. De plus, le prolongé débat sur les incohérences fondamentales du concept de mort cérébrale serait résolu.

Mais, je considère qu'un retour au concept traditionnel de mort, nous amènerait, de nouveaux, face à ces problèmes qui, avant du 1968, avaient rendu nécessaire le passage à la définition cérébrale :

1. Individus dont le cerveau est irréversiblement endommagé, mais le cœur continu à battre grâce à l'utilisation des machines.

¹⁰⁵ SINGER, P. (1996), p. 47, « *quando scegliamo di registrare la morte in un momento qualsiasi prima che il corpo diventi rigido e freddo (o, per andare sul sicuro, prima che incominci a decomporsi), noi pronunciamo un giudizio etico* » (n. t.).

¹⁰⁶ DEFANTI, C. A. (1993), p. 225, « *Ogni definizione di morte socialmente accettabile ha in se un aspetto pratico-valutativo. La stessa decisione d'identificare la morte con l'arresto cardiocircolatorio irreversibile è in qualche modo arbitraria: infatti, attività biologiche continuano a svolgersi nel cadavere per diversi giorni e la vita non si spegne del tutto se non al compiersi del processo putrefattivo.* » (n. t.).

2. Allocation des ressources limitées.

3. Besoin en organes.

Defanti considère qu'il est « plus opportun de renoncer à l'entreprise conceptuelle d'une nouvelle définition de la mort et de conserver la définition traditionnelle [mort cardiaque] [...], mais, tout en affrontant, ouvertement, les problèmes moraux implicites en chaque tentative de redéfinition. »¹⁰⁷

Maintenant, il est essentiel de passer de l'ontologie à la moralité de la mort.

De l'ontologie à la moralité de la mort

Dans le choix d'une définition de la mort, la question fondamentale a toujours été « Qu'est ce que la mort ? » Aujourd'hui, que nous avons conscience que la mort est un processus composé par une série de pertes, qui se produisent l'une après l'autre ; nous devons nous demander « comment doit-on se comporter à l'égard des mourants ? »

Pour cette raison, selon Defanti, on doit garder le concept traditionnel de mort :

Le problème ne doit pas être posé et résolu au niveau d'une ontologie de la mort, mais au niveau moral. Il s'agit de repenser toute la moralité des nos attitudes à l'égard des mourants et des morts, et l'intégralité des échanges entre mourants, morts et vivants qui existe dans les greffes d'organes¹⁰⁸

Je suis d'accord avec Defanti sur le fait que le discours sur la mort doit passer du niveau ontologique à celui moral. Au lieu d'essayer de faire accepter de nouvelles définitions qui n'auront jamais de réponses définitives et qui ne seront partagées qu'avec d'énormes difficultés par l'opinion publique, on doit analyser les problèmes pratiques et moraux qui sont à la base de chaque définition possible de la mort.

Les deux questions fondamentales à laquelle on doit, au moins essayer de donner une réponse, sont les suivantes :

a) Quel est-il le moment précis où il est moralement licite d'interrompre les mesures de soutien vital ?

¹⁰⁷ DEFANTI, C. A. (2007), p. 167, « sia opportuno rinunciare all'impresa concettuale di una nuova definizione di morte e conservare quella tradizionale [...], affrontando però apertamente i problemi morali impliciti in ogni tentativo di ridefinizione.» (n. t.).

¹⁰⁸ DEFANTI, C. A. (2007), p. 168, « Il problema va posto e risolto non a livello dell'ontologia della morte, bensì sul piano morale. Si tratta di ripensare tutta la moralità dei nostri comportamenti nei riguardi dei morenti e dei morti, e l'intera rete di scambi fra morenti, morti e viventi che s'intesse nei trapianti di organi.» (n. t.).

b) Quand devient-il licite d'autoriser le prélèvement d'organes vitaux d'un patient pour le bénéfice d'autrui ?

Pour ce qui concerne la première question, Defanti est favorable, comme la majorité des spécialistes, à considérer la survenue de la mort cérébrale comme le moment où il est licite d'interrompre les mesures de réanimation, puisqu'elles ne sont plus d'aucun bénéfice aux patients : en effet, le pronostic des morts cérébrales est funeste et cette condition est irréversible. Ainsi, en débranchant le ventilateur on laisse la nature suivre son cours, en attendant l'arrêt des battements du cœur.

La deuxième question est complexe : en effet, si on revient à la définition traditionnelle de la mort, chaque prélèvement d'organes vitaux (même avec un consentement explicite) à partir d'un individu qui est dans l'état de mort cérébrale équivaut à le tuer, puisque le patient n'est pas considéré comme mort du point de vue juridique. Ainsi, ou bien la tentative de retourner au concept traditionnel de mort échoue et on maintient la définition de mort cérébrale ; ou bien on admet le prélèvement après l'arrêt cardiaque avec la possible conséquence négative d'endommager les organes ; ou bien on cherche un escamotage.

Le Comité danois d'éthique¹⁰⁹, pendant 1988, a proposé de ne pas modifier le critère traditionnel de mort cardiaque ; cependant, il reconnaît dans la situation de totale et irréversible cessation de la fonction cérébrale, le moment dans lequel est entamé le processus irréversible du mourir, qui n'est pas encore identifiable à la mort. De sorte que la mort est inévitable et qu'il n'y a plus obligation de poursuivre le traitement ; la condition du patient suit son cours naturel, qui lui conduira à la mort cardiaque. Ainsi, l'arrêt cardiaque détermine la fin de ce processus.

Par contre, dans le cas où le patient avait manifesté pendant le cours de sa vie la volonté de donner ses organes, une fois que l'individu se trouve dans la condition de totale et irréversible cessation des fonctions cérébrales, l'assistance est prolongée pour 48 heures au plus, afin de rendre possible la transplantation. De cette façon, l'éventuel déplacement des organes anticipe le moment de la mort et est la conclusion du processus qui consiste à mourir (comme l'est de la même façon l'arrêt du cœur et de la circulation), mais il ne peut pas être considéré comme la cause de la mort (qui est attribuable à la maladie ou à l'événement qui a produit un tel état),

¹⁰⁹ DANISH COUNCIL OF ETHICS (1989).

puisqu'avec la cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau, le processus du mourir était déjà commencé et le « point de non-retour » déjà dépassé.

La « solution » danoise, laquelle est admirée et partagée aussi par Defanti, a été refusée par toutes les juridictions nationales (Danemark comprise). Elle a deux avantages : avant tout, elle ne modifie pas l'idée populaire de la mort et deuxièmement, elle ne préjuge pas l'activité des greffes.

La principale motivation de son refus est qu'elle viole la *dead donor rule*, c'est-à-dire la règle du donneur mort, fondement de chaque loi qui concerne la transplantation d'organes vitaux. Le principe de la sacralité de la vie est de nouveau mis en crise. Il semble que la vie ne soit plus considérée comme le bien suprême, un bien qui doit être conservé à tout prix. De plus, il semble que cela revienne à admettre une exception à l'interdiction absolue : « Ne pas tuer ! ». En effet, bien que le patient soit rentré dans le processus irréversible du mourir, il n'est pas encore mort et lui prélever ses organes vitaux signifie le tuer (quoique avec son consentement ou celui de sa famille).

Malgré le refus de la part des juridictions nationales de la Proposition danoise, Defanti est loin d'abandonner l'idée que le problème doit être posé et résolu au niveau de la morale et non plus au niveau de l'ontologie de la mort. Au lieu d'établir, dans le domaine juridique, éthique, médical et social, une définition fictive et un concept de la mort qui rend compte de l'éthique de la sacralité de la vie et de la règle du donneur mort ; Defanti affirme que « on doit se rendre compte que les nouvelles possibilités d'intervention médicale dans le processus du vivre et du mourir sont devenues incompatibles avec nos intuitions morales millénaires, lesquelles doivent être révisées »¹¹⁰ ; parmi eux, la règle du donneur mort et l'interdiction absolue de ne pas tuer sont les premières qui doivent être révisées dans le domaine de l'éthique médicale. Notre auteur, en accord avec la pensée de Stoecker, soutient que, en premier lieu, on doit abandonner ce qu'on appelle « la thèse éthique fondamentale sur la mort »¹¹¹, c'est-à-dire le présupposé que les obligations morales et juridiques (l'interdiction de ne pas tuer est une des intuitions centrales) s'appliquent seulement aux vivants. La mort est ainsi envisagée comme une ligne de séparation morale sur la base de laquelle, une fois qu'un individu est

¹¹⁰ DEFANTI, C. A. (2007), p. 168, « *è bene rendersi conto che le nuove possibilità d'intervento medico nel processo del vivere e del morire sono diventate incompatibili con precetti morali millenari, e che essi devono essere rivisti* » (n. t).

¹¹¹ Cfr. n. 68.

mort, il n'y a plus de devoir de le soigner et une éventuelle mutilation de son corps ne peut pas être considérée ni une lésion personnelle ni un homicide. Ainsi, sans cette thèse fondamentale, selon Stoecker :

Le débat sur la mort cérébrale ne se serait jamais produit [...]. Au fond, en effet, ce n'est pas une curiosité scientifique qui a motivé le débat sur la question de la mort cérébrale : c'est le besoin de clarifier les conditions éthiques de nouvelles procédures médicales [...]. Les médecins voulaient connaître la limite au delà de laquelle un patient ne devait plus être soumis à la thérapie intensive et surtout au delà de laquelle ils pouvaient prélever ses organes. Ils portaient [...] du fait que la mort représente cette limite¹¹².

En abandonnant ce présupposé, continue Stoecker, « on peut admettre qu'un homme à la fin de sa vie est sujet à une multiplicité de pertes, lesquelles diminuent les devoirs des autres à ses égards, sans [...] décider qu'une entre ces pertes constitue la cessation du statut moral. »¹¹³ Cela signifie que la mort ne doit plus être considérée comme la limite au delà de laquelle il est licite faire tout ce qu'on veut du défunt : on doit respecter la dignité humaine aussi après la mort, pour ne pas léser la biographie globale de l'individu.

Defanti souhaite un retour à l'idée traditionnelle de la mort en soutenant que cette récupération ne nous fera perdre rien de considérable ni au niveau théorique ni au niveau pratique, si on admet que la condition clinique de mort cérébrale indique le début de l'irréversible processus du mourir¹¹⁴. L'auteur soutient que, en cette façon, on devrait modifier la loi italienne relative aux greffes, pour pouvoir rendre possible le prélèvement à partir aussi bien des patients qui sont entrés dans l'irréversible processus du mourir, mais pas encore définissables comme morts (qu'on reconnaît au moyen du critère cérébral), que ceux qui sont morts sur la base du critère cardiaque. Ce dernier, c'est-à-dire le prélèvement des organes « à cœur arrêté » n'était pas encore introduit en Italie pendant la publication du deuxième livre de Defanti, en

¹¹² STOECKER, R. (2004), p. 147, « *Non si sarebbe nemmeno giunti al dibattito sulla morte cerebrale [...]. Perchè in fondo, non è stata una curiosità scientifica a motivare la domanda se i cerebralmente morti siano realmente morti, bensì il bisogno di ottenere chiarezza sulle condizioni etiche dei nuovi procedimenti medici sviluppati. I medici volevano conoscere il limite oltre il quale non dover più sottoporre un paziente a terapia intensiva e soprattutto oltre il quale poter prelevare i suoi organi. Essi partivano [...] dal fatto che la morte rappresentasse tale limite.* » (n. t.).

¹¹³ STOECKER, R. (2004), p. 152, « *si può ammettere che un uomo alla fine della sua vita sia soggetto ad una molteplicità di perdite che diminuiscono fortemente i doveri degli altri nei suoi confronti, senza [...] decidere che una di tale perdite costituisca la cessazione dello status morale.* » (n. t.).

L'auteur poursuit avec un exemple : à les égards des individus qui ne peuvent plus souffrir, l'impératif de ne pas les infliger de la douleur est obsolète. Ils se trouvent dans une situation différente des autres individus. Mais, ils sont encore des personnes morales puisque on doit respecter leurs dispositions précédentes.

¹¹⁴ DEFANTI, C. A. (2004), p. 248.

effet, l'Italie n'a eu sa première greffe de rein à partir d'un donneur « à cœur arrêté » que le 11 septembre 2008, toutefois, il n'existe encore aucune disposition de loi sur ce sujet. Par contre, en France, cette pratique a été réintroduite à la suite d'un décret du 2005¹¹⁵ qui autorisait le prélèvement d'organes (pour le moment, seulement le foie et le rein) à partir des individus *décédés* présentant un *arrêt cardiaque et respiratoire persistant*, c'est à-dire des individus dont le cœur ne bat plus, mais dont la destruction entière du cerveau n'est pas confirmée. Mais cette méthodologie n'est pas possible, pour le moment, pour la transplantation du cœur : pour être efficace le cœur doit être prélevé quand il bat encore. Le décret français semble introduire un paradoxe, puisque comme le rappelle l'Académie Nationale de Médecine, dans un rapport du 14 mars 2007, avec un avis favorable à l'égard de cette nouvelle pratique, intitulé *Prélèvements d'organes à cœur arrêté* : « Il n'y a qu'une seule forme de mort: la mort encéphalique, qu'elle soit primitive ou secondaire à l'arrêt cardiaque ». Alors, comment on peut considérer comme *décédés* les individus qui présentent un *arrêt cardiaque et respiratoire persistant* si la seule définition légale¹¹⁶ de mort repose sur la mort encéphalique ?

La règle du donneur mort semble bien, d'une certaine façon, battue en brèche par le décret du 2005 ; il parle, en effet, d'individus décédés mais ces individus ne sont pas morts sur la base de l'article R1232-1 du Code de la Santé publique : ils sont mourants.

Je crois que ce qu'envisage Defanti est réalisable seulement en se débarrassant d'une moralité conservatrice et catholique qui n'est plus adéquate par rapport aux avancées médicales et technologiques, une moralité qui, malheureusement, caractérise, encore aujourd'hui, la société italienne plus que la société française, qui il semble, en quelque manière, enfreindre, par le décret du 2005, la règle du donneur mort.

Pour cette raison, Defanti explique qu'une telle stratégie, qui propose un retour à la définition traditionnelle de la mort et, dans le même temps, permet les

¹¹⁵Décret n° 2005-949 du 2 août 2005, relatif aux conditions de prélèvement des organes, des tissus et des cellules et modifiant le livre II de la première partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires).

¹¹⁶Article R1232-1 du Code de la Santé publique, constat de la mort préalable au prélèvement et conditions de réalisation des prélèvements, modifié par le Décret n°2005-949 du 2 août 2005, JORF 6 août 2005.

prélèvements à partir des individus en état de mort cérébrale, est sans doute plus transparente, mais elle ne comporte d'avantages à court terme, puisqu'elle admet que le donneur en état de mort cérébrale n'est pas encore mort, mais qu'il est rentré dans l'irréversible processus du mourir : le risque est alors une diminution des consentements aux prélèvements.

Comme nous l'avons vu, en effet, chaque société est liée à des valeurs morales qu'elle considère comme fondamentale : l'une d'entre elles semble être le « Ne pas tuer ! ». Je suppose que ce n'est qu'avec la succession des générations et grâce à des campagnes adéquates d'information et d'éducation sur la mort et le mourir, qu'on pourrait obtenir de meilleurs résultats : le concept de mort ne serait plus, alors, masquée par des fictions.

La définition de mort cardiaque est-elle une définition adéquate pour la mort de l'homme ?

Après avoir analysé ce dernier concept, il est nécessaire de comprendre si, sur la base des qualités requises exposées par Ladd¹¹⁷, la définition traditionnelle de la mort ne serait pas adéquate pour définir la mort de l'homme.

Pour ce qui concerne la première qualité, c'est-à-dire l'*irréversibilité*, nous avons vu que la mort cardiaque peut être réversible grâce aux développements des techniques de réanimation. De plus, aujourd'hui, il est devenu possible, grâce au respirateur, de garder le battement du cœur pour un temps indéterminé. Alors, il semble que nous soyons remontés en arrière dans le temps et que nous nous trouvions dans la situation qui précédait la Proposition d'Harvard. Toutefois, si on coupe la ventilation mécanique, le cœur du patient cesse irréversiblement de battre.

L'arrêt définitif du cœur signe ainsi un « *point de non-retour* » : donc la deuxième propriété est satisfaite.

La mort cardiaque parvient au *noyau du concept* qu'elle exprime, puisque elle démontre l'arrêt irréversible de la circulation et des fluides du corps. Toutefois, quand le cœur cesse de battre, il y a encore des processus qui se poursuivent dans le cadavre, comme par exemple la pousse des ongles et cheveux. Cela démontre qu'aussi dans ce cas on n'est pas encore mort entièrement au niveau biologique.

¹¹⁷ Cfr. p. 21-22.

Le concept traditionnel est le seul qui ne rencontre pas de fortes oppositions, puisqu'il est partagé par la majorité des personnes. De plus, il n'établit pas de différence entre la mort des hommes et celle des autres êtres vivants. Mais, cette définition n'est pas cohérente avec les avancées de la science et de la médecine des greffes ; en effet, on doit rappeler, que c'est précisément pour cette raison qu'on est passé à la définition de mort cérébrale.

Dans le parcours que j'ai retracé jusqu'au ici, on doit remarquer qu'aucune des définitions analysées ne satisfait les trois qualités requises exposées par Ladd, lesquelles sont fondamentales pour une définition adéquate de la mort de l'homme. Parmi elles, aucune ne correspond à la mort tout court.

Partie 3

Une perspective alternative

Chapitre 7 – Critiques à l’auteur

Dans la partie qui précède, en suivant l’évolution de la pensée de Defanti, j’ai examiné à part les différentes définitions de la mort, pour comprendre si parmi elles, au moins une était capable de décrire la mort de l’homme. Mais, comme nous l’avons vu, chacune pose des difficultés à un niveau conceptuel et/ou pratique, en nous obligeant à considérer des définitions nouvelles qui, à première vue, apparaissaient meilleure.

Si on voulait représenter la discussion sur la mort, mais surtout la réflexion de Defanti lui-même, la figure d’un cercle serait l’image idéale. Il faut rappeler que jusqu’au 1968, la mort était identifiée par l’arrêt du battement du cœur et de la circulation des fluides du corps. Cela est notre point de départ. Mais, comme nous l’avons vu, à la suite de nouvelles mesures de réanimation et du développement de la médecine des greffes, cette identification a été mise en crise et on lui a substituée la définition de mort cérébrale. Defanti, après s’être aperçu que les signes de la mort cérébrale sont entièrement expliqués par la perte des fonctions du tronc encéphalique, a pris en examen la « Proposition du Minnesota », puisque, en cas de graves lésions cérébrales, les seules structures nerveuse qui nous pouvons examiner, en absence d’un état de vigilance, sont celles du tronc. Toutefois, selon l’auteur, la pratique clinique d’aujourd’hui et les avancées scientifiques et technologiques (comme la possibilité de remplacer une bonne partie des fonctions du tronc), ont rendu inadéquat le concept de mort cérébrale (totale ou partielle), puisqu’il masque ce qui est fondamental pour déterminer la mort de l’homme : la perte irréversible de la conscience. Defanti, ainsi, est en faveur de la théorie de la mort corticale, mais il reconnaît que, sur le plan pratique, elle est pour le moment inacceptable. Il considère qu’on doit garder la définition de la mort cérébrale, mais en se rendant bien compte que ce qu’elle démontre est la perte définitive de la conscience. En réexaminant la question, avec un recul de plusieurs années, il prend en considération un des arguments utilisé par Jonas contre la définition de mort cérébrale, c’est à- dire l’indétermination de la limite entre la vie et la mort. Pour cette raison, il soutient qu’il est plus opportun retourner à la définition traditionnelle de mort pour laisser un espace majeur aux discussions relatives au problème des transplantions et à la

question de la suspension des traitements. Notre cercle se ferme et le long débat sur le concept de mort retourne à son point de départ : la mort cardiaque.

Malgré cette circularité de la réflexion de Defanti, je considère que son analyse a été très utile, puisqu'elle m'a permis de retracer les problématiques, aussi bien pratiques que conceptuelles, liées à chaque définition de la mort. Chacune parmi elles est capable de résoudre positivement certains problèmes, mais en même temps, elle en crée de nouveaux auxquels elle n'est pas capable de trouver des solutions.

On doit se rendre compte que la mort n'est pas un événement instantané, mais un lent processus qui se termine avec la totale putréfaction de l'organisme, entendue comme la destruction de tous les tissus corporels. À mon avis, cela seul est un signe certain et exhaustif de mort, en effet, elle détermine la vraie fin du processus du mourir. Mais comme nous l'avons vu, la putréfaction ne peut être accueillie comme un critère de vérification de la mort par aucune société civilisée.

Avant de la naissance des techniques de soutien des fonctions vitales, on pouvait encore considérer le passage de la vie à la mort comme un événement soudain et immédiat, mais les avancées scientifiques et technologiques nous ont révélé que la mort est composée par une série de pertes successives dans lesquelles la vitalité diminue progressivement. Il est devenu possible, en effet, de préserver pendant un temps indéterminé, la vie physiologique d'un organisme. Il s'ensuit qu'il est impossible d'identifier le moment de la mort dans une période qui est antérieure à la décomposition du corps : en effet, seule l'entière putréfaction détermine la fin du processus du mourir, la mort tout court.

À la suite de ces considérations, je conclus qu'accepter n'importe quelle définition de la mort signifie anticiper le moment de la déclaration fictive de la mort, tandis que l'être humain n'est pas encore mort au niveau biologique.

Analysant à part les différentes définitions, on s'aperçoit que, quoique toutes aient des défauts particuliers, elles sont caractérisées par la même faute fondamentale : chacune, en effet, a la prétention de tracer une ligne nette de démarcation entre la vie et la mort en indiquant, par autant de moments différents, l'instant exact du passage du statut de vivant à celui de non-vivant : elle crée ainsi une fiction. La définition de la mort corticale, attestée après une observation d'au moins un an pour prédire l'irréversibilité de la perte de conscience ; la définition de la mort cérébrale, déclarable après l'examen de deux EEG nuls et non réactifs effectuées à quatre heures d'intervalle ; la définition de la mort traditionnelle,

déterminée après une attente de vingt minutes de l'interruption définitive du battement cardiaque : toutes ont la prétention de déterminer, une fois terminée la période nécessaire pour la vérification, l'exact instant dans lequel l'individu meurt, en niant, de cette façon, le fait que la mort est un processus. La mort cérébrale (dans ses différentes versions) et la mort cardiaque sont seulement de moments temporels divers au sein de ce processus unique : mais elles ne sont pas sa conclusion, qui est déterminé par la décomposition des tissus de revêtement de l'organisme.

Au lieu d'introduire des définitions de la mort et une dissociation entre la vie de la personne et la vie biologique, je crois qu'il est nécessaire de se rendre compte que la limite entre la vie et la mort est indéterminable. Quoique Defanti ait la conscience, dès le début de sa réflexion, que « chaque définition de mort socialement acceptable a en soi un aspect pratique et évaluatif »¹¹⁸, en reprenant la phrase de John Lachs : « la mort est un statut social avec une base biologique »¹¹⁹, il avait l'exigence de déterminer une définition de la mort, puisque, à son avis, cela était nécessaire pour résoudre les problèmes moraux liés à la pratique des transplantations et à la suspension des traitements. Ainsi est introduit le débat classique entre naturalisme et normativisme, entre « ce qui est » et « ce qui doit être », entre la mort entendue comme la fin du processus naturel de décomposition et une définition de la mort qui est rendue nécessaire par la société, pour résoudre les problèmes soulevés par le progrès technologique et scientifique. Une définition de la mort qui n'est pas neutre et descriptive mais axiologique et normative.

Après quelque année, Defanti revient sur ce point, en soutenant que, puisque la mort est un processus et pas un événement instantané, « il est plus opportun de renoncer à l'entreprise conceptuelle d'une nouvelle définition de la mort et de conserver celle traditionnelle [mort cardiaque] [...], mais, tout en affrontant, ouvertement, les problèmes moraux implicites en chaque tentative de redéfinition. »¹²⁰ Toutefois, je considère que dans cette affirmation on trouve une incohérence : l'auteur, en effet, déclare s'être rendu compte que la limite entre la vie et la mort est indéterminable et, dans le même temps, il propose un retour à la définition traditionnelle. Mais, à mon avis, envisager un retour à la définition cardiaque signifie nier que la mort est un processus ; puisque, de cette façon

¹¹⁸ Cfr. n. 106.

¹¹⁹ LACHS, J. (1988), p. 239, « *death is a biologically based social status* » (n. t.).

¹²⁰ Cfr. n. 107.

l' « instant » de la mort est identifié à la cessation irréversible du battement du cœur. On doit reconnaître que ce « instant » n'est pas punctiforme mais segmenté, puisqu'il s'étend pour un certains temps. En effet, la mort cardiaque est constatée et affirmée à la suite de cinq minutes d'absence d'activité cardiaque après une réanimation intensive dont la durée ne doit pas être inférieure à 20 minutes. Ainsi, la conclusion de cette période d'attente définit l'instant dans lequel le patient passe à la condition de défunt.

Selon moi, le défaut de la perspective de Defanti est le même que celui des autres définitions de la mort que j'ai analysées jusqu'ici, c'est-à-dire la prétention de déterminer l' « instant » de la mort, en anticipant, de cette façon, la réelle conclusion du processus du mourir. Comme nous l'avons vu, cette perspective a l'avantage de ne pas modifier l'idée commune de la mort (*cor ultimum moriens*) mais, je crois que dans le même temps, un retour à la définition traditionnelle de mort, en des conditions historiques nouvelles, pourrait produire des profonds bouleversements à l'intérieur de la communauté médicale et de tous ceux qui sont en attente d'une greffe. Si un individu, en effet, est déclaré mort quand son cœur cesse irréversiblement de battre, la médecine des greffes subira un arrêt. Chaque prélèvement des organes vitaux, d'un patient qui n'est pas encore déclaré mort, signifie littéralement causer la mort de l'individu, bien qu'il soit rentré dans l'irréversible processus du mourir.

Dans l'actuelle position de Defanti il est possible de retracer des éléments favorables, l'un explicite et l'autre implicite, aux égards aux deux définitions différentes de la mort. D'un côté, l'auteur explicite son retour à la définition traditionnelle : comme elle bénéficie d'une acceptation générale, les discussions concerneraient plus les problèmes moraux plutôt que ceux conceptuels. Mais, d'un autre côté, quand l'auteur s'occupe du problème relatif au moment où il est licite d'interrompre les mesures du soutien vital, il semble pencher implicitement pour une définition cérébrale de la mort. Il soutient, en effet, que « la condition clinique de la mort cérébrale [...], justifie, selon beaucoup de spécialistes, la suspension des mesures du soutien vital, lesquelles n'apportent plus aucun bénéfice au patient »¹²¹. De cette façon, la dissociation entre la vie biologique et la vie de la personne qu'il

¹²¹ DEFANTI, C. A. (2007), p. 205, « la condizione clinica di morte cerebrale [...], giustifica secondo la gran parte degli studiosi la sospensione delle misure di sostegno vitale, non suscettibili di apportare al paziente alcun beneficio » (n. t.).

avait essayé d'éliminer en proposant un retour à la définition de la mort cérébrale est de nouveau introduite. Par ce choix, l'auteur semble suggérer que quand l'individu a perdu la conscience, cela n'a plus de sens garder artificiellement sa vie biologique et il est juste de le laisser mourir. L'auteur utilise l'expression « mort cérébrale » : pourtant, j'ai des raisons de croire qu'il ne fait référence ni à la mort cérébrale totale ni à celle du tronc encéphalique, mais à la mort corticale. Comme nous l'avons vu, en réfléchissant sur la mort cérébrale totale et sur la mort corticale, il est impossible de démontrer la perte irréversible de toutes les fonctions de l'encéphale et de plus, aujourd'hui, il est devenu possible de remplacer certaines fonctions du tronc encéphalique. Le cerveau est considéré déterminant pour la vie de l'homme, puisqu'il est lié à la propriété fondamentale de la vie de la personne, c'est-à-dire à la capacité de conscience qui ne pourra jamais être remplaçable. Il semble ainsi que Defanti donne une attention majeure à la dissociation entre la vie biologique et la vie de la personne plutôt qu'au fait que la limite entre la vie et la mort est indéterminable.

Enfin, il me semble que l'auteur, par la définition de mort cardiaque, commet la même faute que le Comité d'Harvard avec la définition de mort cérébrale. Ni la définition de mort cérébrale (totale, partielle ou corticale), ni la définition traditionnelle ne sont des réponses à la question « qu'est ce que la mort ? » ; les deux ne nous disent pas ce qu'est la mort ni quelles sont ses *caractéristiques définitives*¹²², mais seulement comment on peut vérifier que la mort est advenue. De la même façon, Defanti, en accueillant la définition de mort traditionnelle, ne nous explique pas ce qu'est la mort, mais seulement comment elle advienne, c'est-à-dire à la suite d'une interruption prolongée du battement cardiaque. Il semble ainsi que cet auteur fait une confusion entre la *définition* de la mort, qui a pour but de fournir une description générale de ce que signifie qu'un être est mort, et le *critère* de la mort, qui a comme finalité de déterminer un indicateur général pour reconnaître en temps utile la mort advenue¹²³.

Chaque fois que nous cherchons de déterminer le moment dans lequel l'individu passe de la condition de vivant à celle de non-vivant, nous sommes en train de formuler un jugement éthique. La mort de l'homme est devenue un problème médical en perdant, de cette façon, sa connotation originale d'« événement

¹²² Cfr. n. 15.

¹²³ Cfr. p. 22-23, voir la distinction entre définition et critère.

naturel ». Il est devenu possible anticiper ou retarder sa fin ultime. Aujourd'hui, comme l'admet le même Defanti, « on doit se rendre compte que les nouvelles possibilités d'intervention médicale dans le processus du vivre et du mourir sont devenues incompatibles avec nos intuitions morales millénaires, lesquelles doivent être révisées »¹²⁴.

Le progrès des connaissances médicales nous a mis en face à des situations entièrement nouvelles ; l'une d'entre elles semble être l'impossibilité de définir de façon rigoureuse la mort de l'homme. Une fois que ce point est clair et intériorisé aussi par l'opinion publique, il est possible trouver une solution adéquate aux problèmes pratiques et moraux qui se trouvent autour du concept même de mort.

Chapitre 8 – Une possible définition

Dans le travail que j'ai développé jusqu'au ce moment, j'ai cherché à démontrer le caractère fictif des définitions de la mort qui ont été ici analysées : chacune prétendait indiquer (mais à des moments différents) le moment exact où l'individu passait dans la condition de vivant à celle de non-vivant, en niant, de cette façon, le fait que le mourir est un processus.

Du fait que la mort est un processus, il est impossible de la définir de façon rigoureuse. Toutefois, on ne peut pas abandonner le projet de conceptualiser la mort : les hommes exigent une réponse à la question « qu'est ce que la mort ? », puisque, en tant qu'êtres finis, ils ont conscience qu'ils ne pourront jamais l'éviter ; elle est innée à leur propre nature d'êtres biologiques complexes. De plus, pendant le cours de leur vie, tous font l'expérience de la mort d'autrui.

Or, comme l'écrivait Defanti : « une définition correcte doit être conceptuellement claire et tenir compte des réactions morales, juridiques et sociales qu'elle implique »¹²⁵, c'est-à-dire qu'elle doit être le plus possible compatible à la réalité sociale et clinique.

Ce dit, je pense qu'une bonne définition pourrait expliciter que le mourir est un processus composé par une série de pertes successives, lesquelles diminuent

¹²⁴ Cfr. n. 110.

¹²⁵ DEFANTI, C. A. (1999), p. 99, « una definizione corretta dev'essere concettualmente chiara, deve tener conto dei riflessi morali, giuridici e sociali che comporta » (n. t.).

progressivement la vitalité. Ce dernier terme doit être précisé ; en effet, on peut considérer que, du premier jour de sa vie, la vitalité de l'individu commence à diminuer, parce que il est rentré dans la vie et, par conséquent, dans l'irréversible processus du mourir : seul, en effet, ce qui est vivant peut mourir. De telle façon, le mourir est envisagé comme un processus très long. Mais ici, par l'expression « vitalité » j'entends l'ensemble de propriétés et fonctions, aussi bien intellectuelles que biologiques, indispensables pour l'accomplissement de la vie de l'être humain, ou mieux de la personne. Quand ces fonctions commencent à s'affaiblir ou à disparaître l'une après l'autre, à cause de l'âge, de la maladie ou d'un accident, l'individu perd progressivement sa vitalité et rentre dans le processus qui le conduira à la mort. La mort est la fin du processus du mourir. Ce processus se termine par la décomposition du corps, c'est-à-dire par l'entière destruction de tous les tissus. Ce n'est qu'à ce moment qu'on peut considérer l'individu comme mort à tous égards. Sa condition est équivalente à la mort tout court. Toutefois, dans une société civilisée, il est impossible d'attendre ce moment, pour des raisons d'ordre hygiénique. Alors, il devient nécessaire d'arrêter le processus du mourir à un moment qui précède son terme effectif ; mais, il faut être conscient que cet état ne correspond pas à la mort tout court.

De ces considérations, il est évident que les critères de vérification de la mort doivent être indépendants de la définition de celle-ci. De plus, il doit être rendu public, qu'aujourd'hui, les avancées médicales et technologiques permettraient de garder en vie un corps pendant un temps indéterminé, en admettant, publiquement, que cela n'est pas toujours positif, puisque, parfois, prolonger la vie, dans le cas où la capacité de ressentir est encore présente, peut signifier élargir les souffrances. Par contre, dans le cas où la conscience est absente cela veut dire augmenter la détresse de l'entourage affectif du patient, qui ne peut pas réaliser les volontés testamentaires de celui-ci et épancher sa propre douleur.

Le progrès médical et technologique a créé des situations qui sont pires que ce qui était désigné « le pire de maux », c'est-à-dire la mort. On a l'impression que l'éthique de la sacralité de la vie qui juge la vie comme le bien suprême ne soit plus adéquate : en effet, parfois, la même vie se transforme dans le pire des maux et la mort est considérée comme la seule médecine efficace. Dans ces situations, il semble que la seule chose qu'on ne doit pas violer c'est la dignité de la vie humaine et non

plus la vie elle-même : le respect pour la biographie globale de l'individu et pour ses convictions personnelles doit être un impératif.

Il y a, en effet, différentes manières de porter atteinte à la dignité d'une personne, pas seulement pendant que l'individu est sain et vivant, mais surtout quand il se trouve dans les phases terminales de sa vie ou même *post-mortem*, c'est-à-dire quand il est déclaré mort sur la base du critère choisi par la juridiction ; comme l'écrivait Stoecker,

Ce qu'un homme est, ce qu'il représente, n'est pas seulement une fonction de son état du moment, mais de l'histoire globale de sa vie, on peut causeur un dommage à des hommes même quand ceux ne sont plus capable de s'en apercevoir. Le dommage consiste alors dans la lésion de leur personnalité¹²⁶.

Une façon de léser la personnalité de l'individu est de ne pas respecter ses dispositions antérieures ou de procéder au prélèvement de ses organes sans son consentement, ou au moins, sans sa volonté présumée.

Chapitre 9 – La disponibilité de sa propre mort¹²⁷

Or, de que j'ai donné une réponse provisoire à la question « Qu'est ce que la mort ? », en dévoilant le fait que la mort est un processus, il n'est plus nécessaire de se demander quand exactement on meurt ; on doit plutôt s'occuper des problèmes moraux que la recherche d'une définition de la mort avait lassé de côté.

Comme première chose, on devra choisir un critère sur la base de lequel la mort d'un individu pourra être déclarée. On doit se demander ce que nous considérons comme important et fondamental pour notre vie, ce sans quoi il est indifférent pour nous vivre ou mourir. De cette façon, on pourra aussi déterminer le moment dans lequel il est licite de suspendre les traitements ou ne pas les commencer pas et procéder, ainsi, au prélèvement d'organes.

Une telle décision ne devrait pas être confiée à la juridiction en présupposant un consentement commun, mais à l'arbitre de chaque individu. Le libéralisme classique, qui est à la base de la majorité des démocraties mondiales, devrait

¹²⁶ STOECKER, R. (2004), p. 151, « *Quello che un uomo è, quello che rappresenta, non è solo una funzione del suo stato momentaneo, bensì dell'intera storia della sua vita, si può danneggiare degli uomini anche quando essi stessi non sono più in grado di avvertire il danno. Il danno consiste nella lesione della loro personalità.* » (n. t.).

¹²⁷ Expression utilisée par LECALDANO, E., pendant le congrès de la *Consulta per la laicità delle istituzioni*, Turin, 25 novembre 2007.

s'étendre aussi au choix individuel du critère de mort, en effet, comme l'écrivait Hans Kelsen, théoricien de la doctrine libéral-démocratique, le principe du libéralisme « est que le gouvernement ne doit pas interférer dans certaines sphères d'intérêts de l'individu, qui doivent être protégées par la loi comme droits humains fondamentaux ou droits de liberté »¹²⁸. La mort a toujours été objet de réflexion personnelle de la part des individus, elle concerne et préoccupe tout le monde, puisque toutes les personnes ont la conscience qu'elles devront mourir. Alors, n'est pas elle un des majeurs intérêts de l'individu ? Pourquoi les choix relatifs à la fin de vie, à la fin de sa propre vie, ne sont-ils pas protégés par la loi comme droits humains fondamentaux ou droits de liberté ? L'individu peut choisir librement quand être déclaré mort.

Le devoir de la loi positive devrait être de fournir des lignes de comportement pour indiquer la correction de l'agir médical ; par le moyen de campagnes d'information, il faudrait aider les patients à comprendre les situations possibles dans lesquelles ils peuvent se trouver. Ainsi, ils pourraient prendre des décisions conscientes pour ce qui concerne leur propre vie, et par conséquent, leur propre mort, entendue comme le terme ultime du processus du mourir.

Comme l'affirme Lecaldano (et je partage sa position) « d'un point de vue éthique il est souhaitable que les critères sur la base desquels une personne demande d'être déclarée morte, soient, au moins en partie, accessibles à cette personne »¹²⁹. En effet, on doit se rendre compte, aujourd'hui, que cela n'a plus de sens de parler de la naissance et de la mort comme des « événements naturels » : ils ont subi les transformations du progrès médical et technologique, ils sont devenus disponibles et modifiables. Par l'adjectif « naturel » on doit entendre tout ce que n'est pas dépendant de l'homme ; mais il faut référer à l'homme tous ces effets qui ont été produit par ses actions et qui ne pourront pas être obtenus sans l'intervention qui a changé le cours des événements. Il faut rappeler que la majorité des naissances et des décès intervient dans les hôpitaux, sous un strict contrôle du personnel médical et des machines. En revanche, autrefois, le médecin s'éloignait de la mort, il laissait la nature suivre son cours. Il est devenu possible de soigner des maladies qui

¹²⁸ KELSEN, H. (1955), p. 245-246. « è che il governo non deve interferire in certe sfere di interessi proprie dell'individuo, che devono venir protette dalla legge come diritti umani fondamentali o diritti di libertà » (n. t.).

¹²⁹ LECALDANO, E. (2002), p. 187-188, « da un punto di vista etico sarebbe auspicabile che anche i criteri secondo i quali una persona chiede di essere dichiarata morta fossero, in parte, disponibili alla persona » (n. t.).

auparavant étaient mortelles, de remplacer des cœurs pour prolonger la vie de l'individu, de donner des antalgiques à un malade en phase terminale pour le faire mourir plus rapidement et il est devenu possible faire des diagnostics prénataux pour voir si le fœtus est en bonne santé, de faire naître des enfants par moyen de la reproduction artificielle, *etc.* L'évolution de plusieurs maladies est devenu modifiable : elles ne rentrent plus dans le « cours de la nature ». Il en est de même pour la naissance et la mort. Dans un sens strict, on peut encore considérer la naissance et la mort comme des « événements naturels », puisque phénomènes biologiques inévitables. En effet, par exemple, l'homme ne peut rien faire pour empêcher la mort. Mais il est intervenu sur ces processus en modifiant leur cours par la technologie : l'homme peut anticiper ou retarder, de façon décisionnelle, le moment de la mort.

Pour cette raison, je crois que l'autodétermination devrait s'élargir aussi à la décision responsable pour ce qui concerne le moment dans lequel un individu désire être déclaré mort. La mort, ou mieux, sa propre mort doit être disponible : l'indisponibilité de la vie doit être limitée aux décisions qui concernent les vies des autres hommes. Ma mort doit être disponible pour moi. Mais, je peux décider que de ma mort, pas celle des autres personnes. Ainsi, la loi positive, en acceptant une définition de la mort, décide quand un individu doit être considéré mort, en omettant les croyances et les convictions personnelles de chacun.

Chaque homme devrait se demander, de façon responsable, ce qu'il considère comme fondamental pour sa propre vie, ce sans quoi cela n'a, pour lui, plus aucun sens de vivre. De cette façon, chaque individu pourrait décider sur la base de quel critère il veut être déclaré mort, dans le respect de propres croyances et convictions personnelles. Donc, coexisteraient plusieurs critères pour une seule définition de mort. Cette réorientation permettrait de résoudre, dans le même temps et d'un seul geste, le problème de la suspension des traitements et la question des greffes. Ainsi, si un individu considérait l'absence définitive de la conscience comme la seule propriété fondamentale pour la déclaration de sa propre mort, il serait licite d'interrompre les traitements (hydratation et nutrition artificielles comprises). Si, par contre, un individu admettait l'importance de la conscience pour sa vie, mais que ses sentiments moraux l'empêchaient de considérer comme mort un individu qui respire de façon autonome, la cessation irréversible de (presque) toutes les fonctions de l'encéphale, serait le critère pour la déclaration de sa mort, en interrompant

seulement à ce point les traitements. Enfin, comme l'affirme Lecaldano, « on pourrait aussi accepter (sans grever la dépense publique) que certaines personnes soient respectées dans leurs croyances, bien que superstitieuse, sur l'irréversibilité de la mort cardiaque ou respiratoire. »¹³⁰ Dans ce cas, on procéderait à la suspension de la ventilation mécanique seulement une fois que la mort était définitivement vérifiée.

Dans tous les cas que j'ai mentionnés, la greffe d'organes serait possible. Évidemment, la seule différence est que, en choisissant le critère cérébral (total ou cortical), le prélèvement d'organes vitaux, sans risque de détérioration serait possible. Pour cela, une vaste et correcte campagne d'information, indépendante des partis politiques et de l'influence de l'Église, serait nécessaire. Elle devrait expliquer aux citoyens que l'issue du critère cérébral est identique à celui du critère cardiaque, puisque, dans les deux cas, il n'y a aucune perspective d'amélioration. La seule condition mise à une greffe devrait être le consentement, ou au moins la volonté présumée du donneur et non plus le principe du silence-consentement.

Nous avons vu que du point de vue conceptuel, une définition de la mort claire et adéquate à la réalité est possible. Les critères doivent être indépendants de la définition de la mort, mais ils doivent être conformes aux convictions personnelles de chaque individu.

La possibilité d'autodétermination de sa propre mort permettrait de résoudre, du même coup, différents problèmes moraux, éthiques et juridiques.

Du point de vue pratique, cela ne serait possible que par une extension des directives anticipées au choix du critère de mort. La France a quelque possibilité supplémentaires, par rapport à l'Italie, d'arriver à une telle solution. En effet, on doit rappeler qu'en Italie, le testament biologique est, depuis deux législatures, objet de discussion, mais qu'il n'a pas encore une valeur juridique. Ce qui bloque la reconnaissance du testament biologique c'est la question de la suspension de l'hydratation et de la nutrition artificielle chez les patients qui ont irréversiblement perdu la conscience. Pour certains commentateurs, cela ne doit pas être considéré comme un choix : c'est un simple traitement ordinaire, un simple soin infirmier

¹³⁰ *Ibidem.* « si potrebbe anche accettare (senza oneri per la spesa pubblica) che alcune persone fossero rispettate nelle loro credenze, anche se superstiziose, sulla maggiore irreversibilità della morte cardiaca o respiratoria. » (n. t.).

qu'on doit à tout le monde. Par contre, la France, la *loi Leonetti*¹³¹, permet le refus de tout traitement, hydratation et alimentation artificielle comprises

Un premier pas, en faveur de la perspective que j'ai ici proposée, a été avancé dans l'état du New Jersey : l'objection de conscience en matière de déclaration de mort cérébrale est permise aux citoyens de cet État. En cette façon, les patients peuvent être déclarés morts soit sur la base du critère cérébral, soit sur la base du critère cardiaque, en conformité de leurs propres croyances personnelles.

¹³¹ Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

CONCLUSION – Une dernière réflexion sur la définition de mort cérébrale

À la fin de ce parcours relatif aux changements de la définition de la mort, on peut comprendre pourquoi la définition de la mort cérébrale n'a pas été cause de profonds bouleversements à l'intérieur de la communauté ; on peut comprendre également la raison de son acceptation dans le domaine juridique, médical, social et religieux d'inspiration chrétienne.

En premier lieu, il est nécessaire de se retourner au passé, au 1968, quand le concept traditionnel de mort laisse la place à la définition de mort cérébrale. À la différence de ce qu'on pourrait penser, elle a été accueillie sans beaucoup d'oppositions. Defanti identifie ainsi les raisons du succès de la nouvelle identification :

L'autorité de l'Université d'Harvard et de chaque membre du Comité, sa prise en compte attentive des intérêts qui étaient en jeu, son habile stratégie pour prévenir les oppositions des juristes et des hommes de religion et surtout le besoin d'organes et le fort soutien de la communauté de médecins de greffe [...]. Le soutien des mouvements *pro-life* des États-Unis [...] avec l'espoir de *réduire la pression publique en faveur de l'euthanasie*¹³².

On doit rappeler, en effet, que le Comité était composé de treize membres, parmi lesquels dix étaient des médecins de grand prestige provenant de différentes spécialités : trois neurologistes (R. D. Adams, D.-B. Derek, R. Schwab), un neurochirurgien (W. Sweet), le chirurgien qui avait effectué la première transplantation de rein réussie (J. Murray), un spécialiste de chirurgie rénale (J. P. Merrill), un chercheur en neurophysiologie (J. Folch-Pi), un physiologiste (A. C. Barger), une psychiatre (D. L. Fransworth) et le Comité était présidé par Henry K. Beecher, un médecin anesthésiste très célèbre, qui avait dénoncé des expérimentations cliniques, conduites aux États-Unis pendant les années cinquante et soixante, expérimentations qui ne respectaient pas la personne. De plus, faisaient partie du Comité un historien (E. I. Mendelsohn), un juriste (W. J. Curran) et un théologien, pasteur protestant (R. Potter).

¹³² DEFANTI, C. A. (2004), p. 233-234, « *L'autorevolezza dell'Università di Harvard e dei singoli membri del Comitato, la sua attenta considerazione degli interessi in gioco, la sua abile strategia a prevenire l'opposizione dei giuristi e degli uomini di religione e soprattutto il bisogno d'organes e il forte sostegno della comunità dei medici del trapianto [...]. Il sostegno dei movimenti pro-life degli Stati Uniti [...] nella speranza di ridurre la pressione pubblica in favore dell'eutanasia.* » (n. t.).

Les motivations qui concernent le besoin d'organes et le soutien de la part de médecins des transplantations sont évidentes. En revanche, ce qui est étonnant est l'appui de la part des « hommes de religion » et des mouvements *pro-life* à la nouvelle définition de mort. C'est paradoxal : en effet, d'un côté ils soutenaient que la vie est le bien suprême qui doit être toujours respecté et protégé, que chaque homme doit reconnaître la valeur sacrée de la vie humaine du premier commencement jusqu'au son terme, et de l'autre côté, ils ont permis que des individus en état de mort cérébrale soient débranchés du respirateur. Ces individus n'étaient pas encore morts, sur la base de la définition traditionnelle, puisque leur cœur continuait à battre et qu'ils manifestaient certains signes de vie biologique. Cela aurait pu être envisagé comme un geste contre la vie, comme une forme d'euthanasie passive. Considérer mort un individu sur la base du critère cérébral, peut sembler, à première vue, une simple anticipation du moment de la déclaration de mort par rapport au critère traditionnel. Mais les espoirs soulevés par de la médecine des greffes et surtout la possibilité de réduire, de cette façon, la pression publique en faveur de l'euthanasie, qui concernait surtout les individus en mort cérébrale, ont apaisé ces critiques.

De plus, on doit rappeler que déjà en 1957, onze années avant de l'identification du coma irréversible à la mort, le Pape Pie XII avait publiquement exprimé que

Il appartient au médecin, et particulièrement à l'anesthésiologue, de donner une définition claire et précise de la « mort » et du « moment de la mort » d'un patient qui décède en état d'inconscience. Pour cela, on peut reprendre le concept usuel de séparation complète et définitive de l'âme et du corps; mais, en pratique, on tiendra compte de l'imprécision des termes de « corps » et de « séparation. »¹³³

En cette façon, le Comité était justifié à introduire une nouvelle définition.

L'Église catholique romaine, en consentant les transplantations d'organe a ainsi accepté implicitement le critère de mort cérébrale, mais avec des réserves, en effet, comme le rappelle l'article de Lucetta Scaraffia, que j'ai mentionné dans l'introduction de ce travail, l'État du Vatican n'utilise pas la certification de mort cérébrale.

Initialement, la nouvelle identification a produit des doutes à l'intérieur du personnel hospitalier lui-même, en effet, les médecins eux-mêmes n'arrivaient pas à

¹³³ PIE XII (1957), « *tocca al medico, e specialmente all'anestesiologo, il dare una definizione chiara e precisa della "morte" e del "momento della morte" di un paziente che spira in stato di incoscienza. Perciò si può riprendere il concetto usuale della separazione definitiva dell'anima e del corpo; ma, in pratica, si terrà conto dell'imprecisione dei termini "corpo" e "separazione"* » (n. t.).

considérer comme morts ces individus qui ont perdu toutes les fonctions du cerveau. Toutefois, les progrès obtenus par la médecine des greffes et l'augmentation de la demande d'organes masquent ces doutes, puisque les intérêts en jeu sont plus importants. Ainsi, l'autorité du consentement des médecins et l'acceptation de la nouvelle définition de la part de l'Église catholique romaine apaisent les doutes présents dans l'opinion publique.

Le « truc » de la définition de mort cérébrale est qu'elle contente tout le monde, en effet, comme l'admet Singer

Elle a été acceptée de façon si pacifique puisque, outre qu'elle ne causait pas de dommages aux patients en état de mort cérébrale, elle apportait des bénéfices à tout les autres : famille des patients, hôpitaux, contribuables, personnel politique, chirurgien et destinataires réels ou potentiels des transplantations, individus effrayés par l'idée d'être débranchés d'un respirateur après que leur cerveau était mort¹³⁴.

Maintenant que nous avons analysé à fond la définition de mort cérébrale, il est évident qu'elle est une fiction très utile du point de vue pragmatique, mais bien plus discutable d'un point de vue moral et psychologique. En effet, elle cache un « stratagème » : le moment de la déclaration de mort est anticipé pour pouvoir rendre possible le prélèvement d'organes pour le bénéfice d'un autre individu. Cela il équivaut à admettre qu'un être humain est tué dans un moment antérieur pour sauver la vie d'un autre patient ; en effet, le prélèvement d'organes vitaux est nécessairement la cause de la mort. Si ce fait était rendu public, je suppose que les dons d'organes diminueraient. Il faut rappeler qu'aujourd'hui la majorité des donneurs ou des potentiels donneurs sont ignorants de la fiction de la mort cérébrale, s'ils savaient que les organes sont prélevés quand, dans la réalité, les individus ne sont pas encore morts du point de vue biologique, je doute qu'ils accepteraient d'être « coupés ».

Connaitre la vérité serait bouleversant d'un point de vue psychologique, pas seulement pour les donneurs d'organes, mais aussi pour les receveurs, puisque en certains parmi eux pourrait naître un sentiment de culpabilité pour avoir anticipé la mort, entendue comme le terme du processus du mourir d'un individu. Cette hypothèse pourrait être frustrée par la constatation actuelle de l'attitude des certains

¹³⁴ SINGER, P. (1996), p. 47, « *E' stata accettata in modo così pacifico perchè, oltre a non danneggiare i pazienti in stato di morte cerebrale, arrecava dei benefici a tutti gli altri: famiglie dei pazienti, ospedali, contribuenti, governanti, chirurghi e destinatari reali o potenziali dei trapianti, individui spaventati dall'idea di poter venire collegati a un respiratore dopo che il loro cervello fosse morto.* » (n. t.).

hommes qui sont en attente d'un greffon : ils vivent dans l'espoir que quelqu'un meure le plus vite possible.

Pour ce qui j'ai dit auparavant à propos de le besoin en organes, il est présumable que le « truc » de la définition de mort ne serait pas dévoilé explicitement dans le futur immédiat et qu'elle resterait encore pour plusieurs temps dans la pratique clinique et dans la juridiction ; au moins jusqu'au moment où, non seulement les médecins et les bioéthiciens, mais aussi l'opinion publique se rendront compte que la mort cérébrale n'est pas la même chose que la mort tout court et qu'ils ont été « dupés » pour tout ce temps afin d'augmenter la disponibilité d'organes. Évidemment, la fin de cette duperie est orientée vers le bien : les dommages sont limités ou même absents, mais par contre, les bénéfices, comme nous l'avons vu, sont multiples.

Comme l'a déclaré Defanti, dans une interview à *La Stampa* du 3 septembre 2008, l'Église catholique romaine, à travers l'article de Scaraffia dans *L'Osservatore Romano*¹³⁵ qui a contesté la définition de mort cérébrale, « a eu le mérite d'entamer un débat digne et sérieux, dont le public n'avais jamais entendu parler auparavant »¹³⁶. Mais, malheureusement, ce débat où l'équivalence entre la mort cérébrale et la mort tout court a été mis en crise, n'a pas duré, en Italie, plus d'une semaine, et le porte-parole du Vatican, le père Federico Lombardi, dans une conférence de presse, a redimensionné la portée de l'article qu'il a défini « un article intéressant et qui fait l'autorité de Madame Lucetta Scaraffia, mais il ne peut pas être considéré une position du Magistère de l'Église. »¹³⁷ Par contre en France, ce débat public a été arrêté dès le début, par l'article de Nau¹³⁸, qui a nié que cette question soit encore un sujet de discussion. À l'heure actuelle n'existe aucun débat public sur le concept de mort cérébrale, il est encore un sujet « tabou », réservé à des spécialistes.

Mais, je crois que c'est seulement en prenant conscience de la fiction de la définition de mort cérébrale que les hommes pourront décider consciemment et avec un sens de responsabilité, sur la base de quels critères ils devraient être déclarés morts. De plus, en cette façon, le don d'organes reprendrait son connotation

¹³⁵ SCARAFFIA, L. (2008), p. 1.

¹³⁶ LISA, E. (2008), p. 5. « *abbia il merito di aver dato il via ad un dibattito dignitoso e serio di cui il pubblico non ha avuto sentore fino ad oggi.* » (n. t.).

¹³⁷ ANSA, 3 septembre 2008. « *un interessante e autorevole articolo firmato dalla signora Lucetta Scaraffia, ma non può essere considerato una posizione del Magistero della Chiesa.* » (n. t.).

¹³⁸ NAU, J.-Y. (2008), p. 2.

originaires, celle d'être vraiment un don. Il faut noter qu'en France, depuis la loi Caillavet de 1976¹³⁹, le don d'organe se base sur le principe du consentement présumé ou du silence-assentiment : chacun d'entre nous est considéré comme un donneur potentiel après sa mort à moins de s'y être opposé de son vivant en s'étant inscrit dans le Registre National des Refus ; c'est-à-dire qu'il est légitime de procéder au prélèvement dans tout les cas où manque une explicite opposition (de soi-même ou de la part de sa famille). Toutefois, pour que n'augmente pas la pénurie d'organes il est nécessaire que des campagnes d'informations honnêtes soient menées, qui dévoilent aussi bien les aspects positifs que négatifs liés au choix de chacun critère de mort.

¹³⁹ Loi n° 76-1181 du 22 décembre 1976.

Bibliographie

Œuvres de l'auteur :

- DEFANTI, C. A. (2007)
Soglie. Medicina e fine della vita, Torino, Bollati Boringhieri, 2007
- DEFANTI, C. A. (2004)
« La morte cerebrale come paradigma della bioetica », in BARCARO, R., BECCHI, P., éd, *Questioni mortali, l'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004, p. 231-250
- DEFANTI, C. A. (2001)
« Uno stimolo al dibattito per una buona morte », *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 2, 2001, p. 253-258
- DEFANTI, C. A. (1999)
Vivo o morto? La storia della morte nella medicina moderna, Milano, Zadig, 1999
- DEFANTI, C. A. (1993)
« E' opportuno ridefinire la morte? », *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 3, 1993, p. 211-225

Autres auteurs :

- AGAMBEN, G. (1995)
Homo sacer. Il potere sovrano e la vita nuda, Torino, Einaudi, 1995
- ARISTOTE
De l'âme, traduction du grec par JANNONE, A., BARBOTIN, E., Paris, Gallimard, 1994
- BARCARO, R., BECCHI, P., éd. (2004)
Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004
- DESCARTES, R. (1641)
Meditations métaphisiques, présentation de BEYSSADE, J.-M., BEYSSADE, M., Paris, Flammarion, 1992

DESCARTES, R. (1649)

Traité des passions, étude d'ALAIN DE BENOISTE, collection « L'Intelligence », vol. n. 10, Jonquières, Paris, 1928

EMPÉDOCLE

De la nature, classification DIELS-KRANZ, repris dans BRUN, J., *Empédocle ou le Philosophe de l'Amour et de la Haine*, présentation, choix de textes, bibliographie et traduction du grec par BRUN, J., Paris, Seghers, 1966

GRISEZ, G., BOYLE, G. M. (1979)

Life and Death with Liberty and Justice. A Contribution to the Euthanasia Debate, London, Notre Dame, 1979

HIPPOCRATE

De la maladie sacrée, in *De l'art médical*, traduit du grec par LITTRÉ, E., textes présentées, commentés et annotées par GOUREVITCH, D., introduction par GOUREVITCH D., GREMEK, M., PELLEGRIN, P., Paris, Librairie Générale Française, 1994, p. 125-142

HIPPOCRATE

Pronostic, in *De l'art médical*, traduit du grec par LITTRÉ, E., textes présentées, commentés et annotées par GOUREVITCH, D., introduction par GOUREVITCH D., GREMEK, M., PELLEGRIN, P., Paris, Librairie Générale Française, 1994, p. 417-436

HOSPERS, J. (1997⁴)

Introduction to Philosophical Analysis, London, Routledge, 1997⁴ (1^{re} éd. 1953)

JONAS, H. (2004)

« Controcorrente » in BARCARO, R., BECCHI, P., éd, *Questioni mortali, l'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004, p. 52-67, traduit de l'anglais*, « Against the stream: Comment on the Definition and Redefinition of Death », dans *Philosophical Essays. From Ancient Creed to Technological Man*, Englewood Cliffs (N. J.), Prentice-Hall, 1974, p. 132-140

KELSEN, H. (1955)

* Le traducteur n'a pas été mentionné par l'éditeur.

Foundations of Democracy, 1955, traduit de l'anglais par CASTRONUOVO, A. M., repris dans BARBERIS, M., éd., *La democrazia*, Bologna, Il Mulino, 1998, p. 189-391

LADD, J. (1979)

« The Definition of Death and the Right to Die », dans *Ethical Issues relating Life and Death*, New York, Oxford University Press, 1979, p. 118-145

LACHS, J. (1988)

The Element of Choice in Criteria of Death, in ZANER, R. M., éd., *Death: beyond Whole-brain Criteria*, Dordrecht, Kluwer, 1988, p. 233-251

LISA, E. (2008)

« Intervista. Il neurologo di Eluana », *La Stampa*, 3 septembre 2008, p. 5.

LOCKE, J. (1690)

Essai sur l'entendement humain, livres I et II, traduit de l'anglais par VIENNE, J.-M., Paris, Vrin, 2001

MOHANDAS, A., CHOU, S. N.-C. (1971)

« Brain Death : a Clinical and Pathological Study », *Journal of Neurosurgery*, 35, 1971, p. 211-218

MOLLARET, P., GOULON, M. (1959)

« Le coma dépassé (mémoire préliminaire) », *Revue Neurologique*, 101, 1959, p. 3-15

MORI, M. (1993)

Contributo ad un chiarimento della nozione di « persona ». per un'analisi storica e concettuale della nozione « classica » e di quella « recente » di persona, in AGAZZI, E., éd., *Bioetica e persona*, Milano, Angeli, 1993, p. 27-33

MORI, M. (2002)

Bioetica, 10 temi per comprendere e discutere, Mazza di Rho (MI), Paravia, 2002

NAU, J.-Y. (2008)

« Dans l'heure exacte de notre mort », *Le Monde*, 2-3 novembre 2008, p. 2

PIE XII (1957)

« Risposte ad alcuni importanti quesiti sulla ‘rianimazione’ », dans Atti del congresso di anesthesiologia, Roma, 24 Novembre 1957, repris dans ANGELINI, F., éd., *Discorsi ai medici*, Roma, Orizzonte Medico, 1959, p. 608-618

SCARAFFIA, L.(2008)

« I segni della morte. A quarant’anni dal Rapporto di Harvard », *L’Osservatore Romano*, 3 Septembre 2008, p. 1, en ligne: <http://chiesa.espresso.repubblica.it/articolo/206463>

SCHEWMON, A. D. (1998)

« ‘Brain-stem Death’, ‘Brain Death’ and Death : A Critical Re-Evaluation of the Purported Equivalence », *Issues in Law & Medicine*, 14, 1998, p. 125-145

SCHEWMON, A. D. (1997)

« Recovery from ‘Brain Death’: A Neurologist’s Apologia », *Linacre Quarterly*, 64, 1997, p. 30-96

SEIFERT, J. (2004)

« La morte cerebrale non è la morte di fatto. Argomentazioni filosofiche », dans *III International Symposium on Brain Death*, Havana, 22-25 Février 2000, repris dans BARCARO, R., BECCHI, P., éd., *Questioni mortali. L’attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004, p. 77-97

SINGER, P. (2000)

« Morte Cerebrale ed etica della sacralità della vita », *Bioetica: rivista interdisciplinare*, 8, 2000, p. 31-49, traduit de l’anglais par RINI, S. **

SINGER, P. (1996)

Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più, Milano, Il Saggiatore, 1996, traduit de l’anglais par RINI, S., *Rethinking Life & Death. The Collapse of our Traditional Ethics*, New York, St. Martin Press, 1994

STOECKER, R. (2004)

« Dalla morte cerebrale alla dignità umana. Per il superamento filosofico-morale del dibattito sulla morte cerebrale », in BARCARO, R., BECCHI, P., éd., *Questioni mortali. L’attuale dibattito sulla morte cerebrale e il*

** Le titre original en anglais n’a pas été mentionné par le traducteur

problema dei trapianti, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004, p. 141-154

STOECKER, R. (1999)

Der Hirntod. Ein Medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation, Munchen, Verlag Karl Alber Freiburg, 1999

VEATCH, R. M. (1989²)

Death, Dying and the Biological Revolution. Our Last Quest for Responsibility, New Haven, Yale University Press, 1989² (1^{re} éd. 1976)

References bibliographiques

Aa. Vv.:

AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL, « A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death », *Journal of the American Medical Association*, 205, 1968, p. 337-340, en ligne, <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/301/11/1172/DC1/1>

CONFERENCE OF MEDICAL ROYAL COLLEGES AND THEIR FACULTIES IN THE UNITED KINGDOM, « Diagnosis of Death », *Lancet*, 1, 1976, p. 261-262

DANISCH COUNCIL OF ETHICS, « Criteri di morte. Un rapporto », in BARCARO, R., BECCHI, P., éd., *Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2004, p. 253-296, traduit de l'anglais* « Death Criteria. A Report 1988 », Copenhagen 1989

PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Defining Death. A Report of the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*, Washington, DC, 1981, en ligne, http://www.bioethics.gov/reports/past_commissions/defining_death.pdf

SOCIETA' ITALIANA DI NEUROLOGIA (SIN) COMMITTEE ON BIOETHICS AND NEUROLOGY, « Document on the persistent vegetative state », *Italian Journal of Neurology*, 15, 1993, p. 643-646

* Le traducteur n'a pas été mentionné par l'éditeur

SOCIETA' ITALIANA DI NEUROLOGIA (SIN) COMMITTEE ON BIOETHICS AND NEUROLOGY, « Comment on the recent Italian Organ Transplant Bill », *Italian Journal of Neurology*, 17, 1996, p. 377-378

Les usuels:

Manuels et encyclopédies

CAMBIANO, G., MORI, M. (1997³)
Storia e antologia della filosofia. Antichità e medioevo, Roma-Bari, Laterza, 1997³ (1^{re} éd. 1993)

CAMBIANO, G., MORI, M. (2002²)
Storia e antologia della filosofia. Età moderna, Roma-Bari, Laterza, 2002² (1^{re} éd. 1993)

Dictionnaires

COMTE-SPONVILLE, A. (2001)
Dictionnaire philosophique, Paris, Presses Universitaires de France, 2001

LECALDANO, E., éd (2002)
Dizionario di Bioetica, Roma-Bari, Laterza, 2002

REY-DEBOVE, J., REY, A., dir. (1993)
Le nouveau Petit Robert, dictionnaire de la langue française 1, Paris, Dictionnaires Le Robert, 1993

ZARADER, J.-P. (2007)
Dictionnaire de philosophie, Paris, Ellipses, 2007

Sites webs

Académie Nationale de Médecine, *Prélèvements d'organes à cœur arrêté*, 14 mars 2007, http://www.academie-medecine.fr/Upload/.../rapports_317_fichier_lie.rtf

Code de la santé publique,
<http://legifrance.com/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090707>

Constitution française, 4 octobre 1958,
<http://www.legifrance.gouv.fr/html/constitution/constitution2.htm>

Bibliographie projective

Avant de lister les ouvrages nécessaires à la continuation de mon projet de recherche, il convient de préciser que cette bibliographie n'est donnée qu'à titre indicatif. Certains ouvrages seront utiles pour approfondir la question du changement de la définition de la mort. D'autres contribueront à enrichir mes connaissances sur le sujet au point de vue juridique et religieux. D'autres encore serviront à introduire les problèmes liés à la définition de la mort, comme la question de l'euthanasie ou de la greffe des organes, et les questions liées au commencement de la vie humaine, comme l'avortement. En effet, si on considère que la vie se termine avec la mort cérébrale, on devrait, pour être cohérent, affirmer que la vie commence quand toutes les fonctions du cerveau sont développées et permettre, de cette façon, l'avortement dans tous les cas qui précèdent cette situation.

Je crois que dans un futur projet il sera fondamental approfondir l'opposition entre éthique de la sacralité et éthique de la qualité de la vie, qui est à la base de chaque réflexion bioéthique et de chaque choix morale dans le domaine de l'éthique médicale. Pour rendre claire la question je ferai référence au particulier contexte italien où l'opposition entre une bioéthique catholique, qui se fonde sur le principe de la sacralité de la vie, et entre une bioéthique laïque, qui envisage le principe de la qualité de la vie, est plus marqué qu'en France et dans les autres pays.

Certains ouvrages, mentionnés dans la bibliographie projective qui suit, figurent déjà dans l'actuelle bibliographie, puisque dans le projet à venir j'approfondirai des aspects seulement évoqués jusqu'alors.

Approfondissements

DE MATTEI, R., éd.(2007)

Finis vitae. La morte cerebrale è ancora vita ?, Cosenza, Rubbettino, 2007

HALEC, D (1999)

« Prise en charge d'un patient en état de mort cérébrale », in *Le moment de la mort*, JAMALV, 56, 1999, p. 35-37

JONAS, H. (1985)

Le Droit de mourir, traduit du l'allemand par IVERNEL PH., Paris, Payot & Rivages, 1995

ZAMPERETTI, N., BELLOMO, R., DEFANTI, C. A., LATRONICO, N. (2004)
« Irreversible apnoeic coma 35 years later. Towards a more rigorous definition of brain death? », *Intensive Care Medicine*, 30, 2004, p. 1715-1722

Domaine juridique et politique

AGAMBEN, G. (1995)
Homo sacer. Il potere sovrano e la vita nuda, Torino, Einaudi, 1995, p. 178-184

BECCHI, P. (2008)
Morte cerebrale e trapianto di organi. Una questione di etica giuridica, Brescia, Morcelliana, 2008, pp. 198

Domaine religieux

BROYER, M., HORS, J., HUAULT, G [et al.], éd. (2005)
Colloque du GRET, Groupe de réflexion sur l'éthique des transplantations, au Sénat, Paris, le 23 novembre 2004, repris dans *Religions monothéistes et greffes d'organes*, Paris, Harmattan, 2005

JEAN PAUL II (2005)
Lettre aux membres de l'Académie Pontificale des sciences « les signes de la mort », 1^{er} février 2005, en ligne, http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants_fr.html

JEAN PAUL II (2005)
« Evangelium Vitae », *Lettre Encyclique*, 25 Mars 2005, en ligne, http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_fr.html

JEAN PAUL II (2000)
Discours au 18^{ème} congrès international sur la transplantation d'organes, 29 août 2000, en ligne, http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants_fr.html

JEAN PAUL II (1989)
Discours aux participants à la rencontre organisée par l'Académie Pontificale des Sciences sur la « détermination du moment de la mort », 14 décembre 1989, en ligne,

http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/1989/december/documents/hf_jp-ii_spe_19891214_accademia-scienze_fr.html

La question de l'euthanasie et de la greffe d'organes

BELLOMO, R., ZAMPERETTI, N. (2007)

« Defining the vital condition for organ donation », *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 19 Novembre 2007, en ligne, <http://www.peh-med.com/content/2/1/27>

GOFFI, J.-Y (2004)

Penser l'euthanasie, Paris, Presses Universitaires de France, 2004

HUDDLE, T. S., SCHWARTZ, M. A., BAILEY, A. F., BOS, M. A. (2008)

« Death, organ transplantation, and medical practice », *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 4 Février 2008, en ligne, <http://www.peh-med.com/content/3/1/5>

JOFFE, A. R (2007)

« The Ethics of donation and transplantation: are definitions of death being distorted for organ transplantation? », *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 25 Novembre 2007, en ligne, <http://www.peh-med.com/content/2/1/28>

SHEMIE, S. D. (2007)

« Clarifying the paradigm for the ethics of donation and transplantation: Was 'dead' so clear before organ donation? », *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 24 Août 2007, en ligne, <http://www.peh-med.com/content/2/1/18>

La théorie de la vie cérébrale, l'avortement

DEFANTI, C. A. (1999)

Vivo o morto? La storia della morte nella medicina moderna, Milano, Zadig, 1999, p. 150-152

MORI, M. (2008)

Aborto e morale, Torino, Einaudi, 2008

L'opposition entre éthique de la sacralité de la vie et éthique de la qualité de la vie et le contexte italien

D'ORAZIO, E., MORI, M., éd. (1996)

« Quale base comune per la riflessione bioetica in Italia? Dibattito sul Manifesto di bioetica laica », *Notizie di Politeia*, 41-42, 1996

FORNERO, G. (2008)

Laicità debole e laicità forte, Milano, Bruno Mondadori 2008

FORNERO, G. (2005)

Bioetica cattolica e bioetica laica, Milano, Bruno Mondadori, 2005

SCARPELLI, U. (1998)

Bioetica laica, Milano, Baldini & Castoldi, 1998

SGRECCIA, E. (1999³)

Manuale di bioetica, vol. I, Milano, vita e pensiero, 1999 (1^{re} éd. 1991)

Special Communication

A Definition of Irreversible Coma

Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School
to Examine the Definition of Brain Death

Our primary purpose is to define irreversible coma as a new criterion for death. There are two reasons why there is need for a definition: (1) Improvements in resuscitative and supportive measures have led to increased efforts to save those who are desperately injured. Sometimes these efforts have only partial success so that the result is an individual whose heart continues to beat but whose brain is irreversibly damaged. The burden is great on patients who suffer permanent loss of intellect, on their families, on the hospitals, and on those in need of hospital beds already occupied by these comatose patients. (2) Obsolete criteria for the definition of death can lead to controversy in obtaining organs for transplantation.

Irreversible coma has many causes, but *we are concerned here only with those comatose individuals who have no discernible central nervous system activity*. If the characteristics can be defined in satisfactory terms, translatable into action—and we believe this is possible—then several problems will either disappear or will become more readily soluble.

More than medical problems are present. There are moral, ethical, religious, and legal issues. Adequate definition here will prepare the way for better insight into all of these matters as well as for better law than is currently applicable.

The Ad Hoc Committee includes Henry K. Beecher, MD, *chairman*; Raymond D. Adams, MD; A. Clifford Barger, MD; William J. Curran, LL.M., SMHyg; Derek Denny-Brown, MD; Dana L. Farnsworth, MD; Jordi Folch-Pi, MD; Everett I. Mendelsohn, PhD; John P. Merrill, MD; Joseph Murray, MD; Ralph Potter, PhD; Robert Schwab, MD; and William Sweet, MD.

Reprint requests to Massachusetts General Hospital, Boston 02114 (Dr. Henry K. Beecher).

Characteristics of Irreversible Coma

An organ, brain or other, that no longer functions and has no possibility of functioning again is for all practical purposes dead. Our first problem is to determine the characteristics of a *permanently nonfunctioning brain*.

A patient in this state appears to be in deep coma. The condition can be satisfactorily diagnosed by points 1, 2, and 3 to follow. The electroencephalogram (point 4) provides confirmatory data, and when available it should be utilized. In situations where for one reason or another electroencephalographic monitoring is not available, the absence of cerebral function has to be determined by purely clinical signs, to be described, or by absence of circulation as judged by standstill of blood in the retinal vessels, or by absence of cardiac activity.

1. *Unreceptivity and Unresponsivity*.—There is a total unawareness to externally applied stimuli and inner need and complete unresponsiveness—our definition of irreversible coma. Even the most intensely painful stimuli evoke no vocal or other response, not even a groan, withdrawal of a limb, or quickening of respiration.

2. *No Movements or Breathing*.—Observations covering a period of at least one hour by physicians is adequate to satisfy the criteria of no spontaneous muscular movements or spontaneous respiration or response to stimuli such as pain, touch, sound, or light. After the patient is on a mechanical respirator, the total absence of spontaneous breathing may be established by turning off the respirator for three minutes and observing whether there is any effort on the part of the subject to breathe

spontaneously. (The respirator may be turned off for this time provided that at the start of the trial period the patient's carbon dioxide tension is within the normal range, and provided also that the patient had been breathing room air for at least 10 minutes prior to the trial.)

3. *No reflexes.*—Irreversible coma with abolition of central nervous system activity is evidenced in part by the absence of elicitable reflexes. The pupil will be fixed and dilated and will not respond to a direct source of bright light. Since the establishment of a fixed, dilated pupil is clear-cut in clinical practice, there should be no uncertainty as to its presence. Ocular movement (to head turning and to irrigation of the ears with ice water) and blinking are absent. There is no evidence of postural activity (decerebrate or other). Swallowing, yawning, vocalization are in abeyance. Corneal and pharyngeal reflexes are absent.

As a rule the stretch of tendon reflexes cannot be elicited; ie, tapping the tendons of the biceps, triceps, and pronator muscles, quadriceps and gastrocnemius muscles with the reflex hammer elicits no contraction of the respective muscles. Plantar or noxious stimulation gives no response.

4. *Flat Electroencephalogram.*—Of great confirmatory value is the flat or isoelectric EEG. We must assume that the electrodes have been properly applied, that the apparatus is functioning normally, and that the personnel in charge is competent. We consider it prudent to have one channel of the apparatus used for an electrocardiogram. This channel will monitor the ECG so that, if it appears in the electroencephalographic leads because of high resistance, it can be readily identified. It also establishes the presence of the active heart in the absence of the EEG. We recommend that another channel be used for a noncephalic lead. This will pick up space-borne or vibration-borne artifacts and identify them. The simplest form of such a monitoring noncephalic electrode has two leads over the dorsum of the hand, preferably the right hand, so the ECG will be minimal or absent. Since one of the requirements of this state is that there be no muscle activity, these two dorsal hand electrodes will not be bothered by muscle artifact. The apparatus should be run at standard gains $10\mu\text{v}/\text{mm}$, $50\mu\text{v}/5\text{ mm}$. Also it should be isoelectric at double this standard gain which is $5\mu\text{v}/\text{mm}$ or $25\mu\text{v}/5\text{ mm}$. At least ten full minutes of recording are desirable, but twice that would be better.

It is also suggested that the gains at some point be opened to their full amplitude for a brief period (5 to 100 seconds) to see what is going on. Usually in an intensive care unit artifacts will dominate the picture, but these are readily identifiable. There shall be no electroencephalographic response to noise or to pinch.

All of the above tests shall be repeated at least 24 hours later with no change.

The validity of such data as indications of irreversible cerebral damage depends on the exclusion

of two conditions: hypothermia (temperature below 90 F [32.2 C] or central nervous system depressants, such as barbiturates.

Other Procedures

The patient's condition can be determined only by a physician. When the patient is hopelessly damaged as defined above, the family and all colleagues who have participated in major decisions concerning the patient, and all nurses involved, should be so informed. Death is to be declared and then the respirator turned off. The decision to do this and the responsibility for it are to be taken by the physician-in-charge, in consultation with one or more physicians who have been directly involved in the case. It is unsound and undesirable to force the family to make the decision.

Legal Commentary

The legal system of the United States is greatly in need of the kind of analysis and recommendations for medical procedures in cases of irreversible brain damage as described. At present, the law of the United States, in all 50 states and in the federal courts, treats the question of human death as a question of fact to be decided in every case. When any doubt exists, the courts seek medical expert testimony concerning the time of death of the particular individual involved. However, the law makes the assumption that the medical criteria for determining death are settled and not in doubt among physicians. Furthermore, the law assumes that the traditional method among physicians for determination of death is to ascertain the absence of all vital signs. To this extent, *Black's Law Dictionary* (fourth edition, 1951) defines death as

The cessation of life; the ceasing to exist; defined by physicians as a total stoppage of the circulation of the blood, and a cessation of the animal and vital functions consequent thereupon, such as respiration, pulsation, etc [italics added].

In the few modern court decisions involving a definition of death, the courts have used the concept of the total cessation of all vital signs. Two cases are worthy of examination. Both involved the issue of which one of two persons died first.

In *Thomas vs Anderson*, (96 Cal App 2d 371, 211 P 2d 478) a California District Court of Appeal in 1950 said, "In the instant case the question as to which of the two men died first was a question of fact for the determination of the trial court . . ."

The appellate court cited and quoted in full the definition of death from *Black's Law Dictionary* and concluded, ". . . death occurs precisely when life ceases and does not occur until the heart stops beating and respiration ends. Death is not a continuous event and is an event that takes place at a precise time."

The other case is *Smith vs Smith* (229 Ark, 579, 317 SW 2d 275) decided in 1958 by the Supreme Court of Arkansas. In this case the two people were husband and wife involved in an auto accident.

The husband was found dead at the scene of the accident. The wife was taken to the hospital unconscious. It is alleged that she "remained in coma due to brain injury" and died at the hospital 17 days later. The petitioner in court tried to argue that the two people died simultaneously. The judge writing the opinion said the petition contained a "quite unusual and unique allegation." It was quoted as follows:

That the said Hugh Smith and his wife, Lucy Coleman Smith, were in an automobile accident on the 19th day of April, 1957, said accident being instantly fatal to each of them at the same time, although the doctors maintained a vain hope of survival and made every effort to revive and resuscitate said Lucy Coleman Smith until May 6th, 1957, when it was finally determined by the attending physicians that their hope of resuscitation and possible restoration of human life to the said Lucy Coleman Smith was entirely vain, and

That as a matter of modern medical science, your petitioner alleges and states, and will offer the Court competent proof that the said Hugh Smith, deceased, and said Lucy Coleman Smith, deceased, lost their power to will at the same instant, and that their demise as earthly human beings occurred at the same time in said automobile accident, neither of them ever regaining any consciousness whatsoever.

The court dismissed the petition as a *matter of law*. The court quoted *Black's* definition of death and concluded,

Admittedly, this condition did not exist, and as a matter of fact, it would be too much of a strain of credulity for us to believe any evidence offered to the effect that Mrs. Smith was dead, scientifically or otherwise, unless the conditions set out in the definition existed.

Later in the opinion the court said, "Likewise, we take judicial notice that one breathing, though unconscious, is not dead."

"Judicial notice" of this definition of death means that the court did not consider that definition open to serious controversy; it considered the question as settled in responsible scientific and medical circles. The judge thus makes proof of uncontroverted facts unnecessary so as to prevent prolonging the trial with unnecessary proof and also to prevent fraud being committed upon the court by quasi "scientists" being called into court to controvert settled scientific principles at a price. Here, the Arkansas Supreme Court considered the definition of death to be a settled, scientific, biological fact. It refused to consider the plaintiff's offer of evidence that "modern medical science" might say otherwise. In simplified form, the above is the state of the law in the United States concerning the definition of death.

In this report, however, we suggest that responsible medical opinion is ready to adopt new criteria for pronouncing death to have occurred in an individual sustaining irreversible coma as a result of permanent brain damage. If this position is adopted by the medical community, it can form the basis for change in the current legal concept of death. No statutory change in the law should be necessary since the law treats this question essentially as one

of fact to be determined by physicians. The only circumstance in which it would be necessary that legislation be offered in the various states to define "death" by law would be in the event that great controversy were engendered surrounding the subject and physicians were unable to agree on the new medical criteria.

It is recommended as a part of these procedures that judgment of the existence of these criteria is solely a medical issue. It is suggested that the physician in charge of the patient consult with one or more other physicians directly involved in the case before the patient is declared dead on the basis of these criteria. In this way, the responsibility is shared over a wider range of medical opinion, thus providing an important degree of protection against later questions which might be raised about the particular case. It is further suggested that the decision to declare the person dead, and then to turn off the respirator, be made by physicians not involved in any later effort to transplant organs or tissue from the deceased individual. This is advisable in order to avoid any appearance of self-interest by the physicians involved.

It should be emphasized that we recommend the patient be declared dead before any effort is made to take him off a respirator, if he is then on a respirator. This declaration should not be delayed until he has been taken off the respirator and all artificially stimulated signs have ceased. The reason for this recommendation is that in our judgment it will provide a greater degree of legal protection to those involved. Otherwise, the physicians would be turning off the respirator on a person who is, under the present strict, technical application of law, still alive.

Comment

Irreversible coma can have various causes: cardiac arrest; asphyxia with respiratory arrest; massive brain damage; intracranial lesions, neoplastic or vascular. It can be produced by other encephalopathic states such as the metabolic derangements associated, for example, with uremia. Respiratory failure and impaired circulation underlie all of these conditions. They result in hypoxia and ischemia of the brain.

From ancient times down to the recent past it was clear that, when the respiration and heart stopped, the brain would die in a few minutes; so the obvious criterion of no heart beat as synonymous with death was sufficiently accurate. In those times the heart was considered to be the central organ of the body; it is not surprising that its failure marked the onset of death. This is no longer valid when modern resuscitative and supportive measures are used. These improved activities can now restore "life" as judged by the ancient standards of persistent respiration and continuing heart beat. This can be the case even when there is not the remotest possibility of an individual recovering consciousness following massive brain damage. In

other situations "life" can be maintained only by means of artificial respiration and electrical stimulation of the heart beat, or in temporarily by-passing the heart, or, in conjunction with these things, reducing with cold the body's oxygen requirement.

In an address, "The Prolongation of Life," (1957), Pope Pius XII raised many questions; some conclusions stand out: (1) In a deeply unconscious individual vital functions may be maintained over a prolonged period only by extraordinary means. Verification of the moment of death can be determined, if at all, only by a physician. Some have suggested that the moment of death is the moment when irreparable and overwhelming brain damage occurs. Pius XII acknowledged that it is not "within the competence of the Church" to determine this. (2) It is incumbent on the physician to take all reasonable, ordinary means of restoring the spontaneous vital functions and consciousness, and to employ such extraordinary means as are available to him to this end. It is not obligatory, however, to continue to use extraordinary means indefinitely in hopeless cases. "But normally one is held to use only ordinary means—according to circumstances of persons, places, times, and cultures—that is to say, means that do not involve any grave burden for oneself or another." It is the church's view that a time comes when resuscitative efforts should stop and death be unopposed.

Summary

The neurological impairment to which the terms "brain death syndrome" and "irreversible coma" have become attached indicates diffuse disease. Function is abolished at cerebral, brain-stem, and often spinal levels. This should be evident in all cases from clinical examination alone. Cerebral,

cortical, and thalamic involvement are indicated by a complete absence of receptivity of all forms of sensory stimulation and a lack of response to stimuli and to inner need. The term "coma" is used to designate this state of unreceptivity and unresponsivity. But there is always coincident paralysis of brain-stem and basal ganglionic mechanisms as manifested by an abolition of all postural reflexes, including induced decerebrate postures; a complete paralysis of respiration; widely dilated, fixed pupils; paralysis of ocular movements; swallowing; phonation; face and tongue muscles. Involvement of spinal cord, which is less constant, is reflected usually in loss of tendon reflex and all flexor withdrawal or nocifensive reflexes. Of the brain-stem-spinal mechanisms which are conserved for a time, the vasomotor reflexes are the most persistent, and they are responsible in part for the paradoxical state of retained cardiovascular function, which is to some extent independent of nervous control, in the face of widespread disorder of cerebrum, brain stem, and spinal cord.

Neurological assessment gains in reliability if the aforementioned neurological signs persist over a period of time, with the additional safeguards that there is no accompanying hypothermia or evidence of drug intoxication. If either of the latter two conditions exist, interpretation of the neurological state should await the return of body temperature to normal level and elimination of the intoxicating agent. Under any other circumstances, repeated examinations over a period of 24 hours or longer should be required in order to obtain evidence of the irreversibility of the condition.

Reference

1. Pius XII: The Prolongation of Life. *Pope Speaks* 4:393-398 (No. 4) 1958.

18TH CENTURY DENTIST.—Pierre Fauchard (1678-1761), born in Brittany, France, in 1728 published his *le Chirurgien-Dentiste*, a book which made dentistry a profession. Today, his illustrated treatise still remains an inspiration to modern dentists.

On the cover page, Fauchard describes the book as "a treatise on the teeth in which is seen the means used to keep them clean and healthy, of beautifying them, or repairing their loss, and remedies for their disease and those of the gums, and for accidents which may befall the other parts in their vicinity."

Fauchard was the first to use the orthodontal procedure in the treatment of malocclusion. He also was the inventor of many prosthetic devices. In 1746, he gave the first account of pyorrhea alveolaris, usually called Riggs disease after the American dentist, John M. Riggs (1810-1885), who in 1870 reported a method of treatment.

Where Fauchard obtained his scientific education is not known. In 1693, he was an apprentice to the French Navy surgeon-major. Perhaps that was where he received some knowledge which subsequently was augmented by his own studies. He practiced in Nantes, Rennes, and Angers before going to Paris in 1717.

An international gathering of dentists was held in Paris in July 1961 to commemorate the 200th anniversary of Fauchard's death. French postal authorities honored the occasion with the issuance of a postage stamp bearing his portrait and the cover of his book.—Mirt, J.A., "Medical Pathfinders on Postage Stamps."



Table des matières

SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	4
<i>Préambule et perspectives</i>	<i>4</i>
<i>Présentation de l'auteur</i>	<i>7</i>
PARTIE 1 UNE APPROCHE GÉNÉRALE DE LA DÉFINITION DE LA MORT.....	10
<i>Chapitre 1 – Approche conceptuelle et philosophique</i>	<i>11</i>
<i>Chapitre 2 – Approche sociale et historique</i>	<i>16</i>
<i>Chapitre 3 – Pour une définition adéquate de la mort de l'homme.....</i>	<i>21</i>
PARTIE 2 LES DIFFÉRENTES DÉFINITIONS DE LA MORT	24
<i>Chapitre 4 – La mort cérébrale</i>	<i>25</i>
<i>La proposition du Comité d'Harvard</i>	<i>25</i>
<i>Incohérences internes à la proposition du Comité.....</i>	<i>28</i>
<i>La nouvelle définition de mort cérébrale était-elle nécessaire ?</i>	<i>34</i>
<i>La définition de mort cérébrale est-elle une définition adéquate de la mort de l'homme ?</i>	<i>38</i>
<i>Chapitre 5 – La mort corticale</i>	<i>42</i>
<i>Un critère plus convenable</i>	<i>42</i>
<i>Critiques à l'adoption du critère cortical dans la pratique</i>	<i>47</i>
<i>La définition de mort corticale est-elle une définition adéquate pour la mort de l'homme ?</i>	<i>52</i>
<i>Chapitre 6 – Retour à la mort cardiaque : l'auteur change d'avis</i>	<i>53</i>
<i>Indétermination de la limite vie/mort.....</i>	<i>53</i>
<i>De l'ontologie à la moralité de la mort</i>	<i>55</i>
<i>La mort cardiaque est adéquate pour définir la mort de l'homme ?.....</i>	<i>60</i>
PARTIE 3 UNE PERSPECTIVE ALTERNATIVE	62
<i>Chapitre 7 – Critiques à l'auteur</i>	<i>63</i>
<i>Chapitre 8 – Une possible définition</i>	<i>68</i>
<i>Chapitre 9 – La disponibilité de sa propre mort</i>	<i>70</i>
CONCLUSION – UNE DERNIÈRE RÉFLEXION SUR LA DÉFINITION DE MORT CÉRÉBRALE.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	80
<i>Œuvres de l'auteur :</i>	<i>80</i>
<i>Autres auteurs :.....</i>	<i>80</i>
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	84
<i>Aa. Vv. :</i>	<i>84</i>
<i>Les usuels:</i>	<i>85</i>
Manuels et encyclopédies.....	85
Dictionnaires	85
Sites webs.....	85
BIBLIOGRAPHIE PROJECTIVE	87
<i>Approfondissements.....</i>	<i>87</i>
<i>Domaine juridique et politique</i>	<i>88</i>
<i>Domaine religieux</i>	<i>88</i>
<i>La question de l'euthanasie et de la greffe d'organes</i>	<i>89</i>
<i>La théorie de la vie cérébrale, l'avortement.....</i>	<i>89</i>
<i>L'opposition entre éthique de la sacralité de la vie et éthique de la qualité de la vie et le contexte italien</i>	<i>90</i>
ANNEXE1-LE RAPPORT DU COMITÉ D'HARVARD	91
TABLE DES MATIÈRES	95

RÉSUMÉ

"Rien n'est plus certain que la mort" comme l'affirme un très célèbre proverbe. En réalité, derrière cette phrase en apparence simple et banale se cachent de nombreuses questions d'ordre théorique et pratique. Nous sommes des êtres biologiques et si la finitude de la vie humaine est indiscutable, la façon de concevoir et de définir le "repos éternel" a changé suivant les époques, comme si, avec le développement des connaissances scientifiques et l'apparition de nouvelles technologies dans le champ médical, la mort même avait changé. Il faut rappeler, en effet, qu'avant 1968, un individu était considéré comme décédé quand son cœur avait cessé de battre. Puis, le Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School en décida autrement en identifiant la mort à la cessation irréversible de toutes fonctions du cerveau (mort cérébrale).

Bien que cette nouvelle définition de la mort ne résolve pas les questions d'ordre ontologique, moral et scientifique, elle a été acceptée par la majorité des juridictions nationales du fait de son utilité pratique et surtout parce qu'elle favorisait la médecine des transplantations (d'organes vitaux). Cette nouvelle définition semble ainsi inspirée par des considérations pragmatiques plutôt que par des données empiriques.

Ainsi, lorsqu'on approfondit la question, on découvre que ce n'est pas une définition adéquate de la mort de l'homme. Suivant le cheminement intellectuel du célèbre neurologue italien, Carlo Alberto Defanti, ce travail consiste en l'analyse des principaux "seuils" (mort cérébrale, mort cardiaque, mort corticale) pour voir s'il existe une définition adéquate de la mort de l'homme. Les limites et les faiblesses de chaque définition ont conduit à rechercher une perspective alternative susceptible de résoudre les problèmes d'ordre moral notamment, l'objectif étant de rendre l'opinion publique plus consciente et responsable devant la mort.

MOTS CLÉS : Comité d'Harvard, mort cérébrale, mort corticale, mort cardiaque, coma dépassé, mesures de réanimation, transplantations d'organe, Carlo Alberto Defanti, éthique de la sacralité de la vie/qualité de la vie, définition de la mort.

SINTESI

« Non c'è nulla di certo, tranne la morte », così sentenzia un celebre detto popolare. In realtà, dietro questa frase apparentemente semplice e banale, si nascondono una molteplicità di problemi, sia d'ordine teorico che pratico. Sebbene possiamo essere certi sulla finitezza della vita umana e sul fatto che dobbiamo morire in quanto esseri biologici, il modo di concepire e di definire il « sonno eterno » è mutato nel corso delle epoche, come se, con lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e l'introduzione di nuove tecnologie in campo medico, la stessa morte fosse cambiata. Bisogna ricordare, infatti, che prima del 1968 un individuo era considerato defunto quando il suo cuore cessava di battere, in seguito l'*Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School* ha identificato la morte con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni del cervello (morte cerebrale).

Sebbene nella nuova definizione di morte cerebrale vi fossero dei problemi d'ordine ontologico, morale e scientifico, essa è stata introdotta dalla maggior parte delle giurisdizioni nazionali per la sua forte utilità pratica e soprattutto perché favoriva la medicina dei trapianti (di organi vitali). Questa nuova definizione sembra così influenzata da considerazioni di tipo pragmatico piuttosto che da dati empirici del tutto inoppugnabili.

Analizzando a fondo la questione, capiamo che questa non è una definizione adeguata della morte dell'uomo. Proprio per questo motivo, seguendo l'itinerario intellettuale di un celebre neurologo italiano, Carlo Alberto Defanti, ho analizzato le principali « soglie » (morte cerebrale, morte cardiaca, morte corticale), per capire se esiste una definizione adeguata della morte dell'uomo. Tuttavia, i limiti e i difetti presenti in ognuna delle definizioni analizzate mi hanno spinto a formulare una prospettiva alternativa, che credo possa risolvere i problemi, soprattutto morali, legati alla ricerca di una definizione della morte e le problematiche legate al fine vita, rendendo l'opinione pubblica più cosciente e responsabile.

PAROLECHIAVE : Comitato d'Harvard, morte cerebrale, morte corticale, morte cardiaca, coma irreversibile, misure di rianimazione, Carlo Alberto Defanti, etica della sacralità della vita/qualità della vita, definizione di morte.