

Zeitschrift: Studia philosophica : Schweizerische Zeitschrift für Philosophie =
Revue suisse de philosophie = Rivista svizzera della filosofia = Swiss
journal of philosophy

Herausgeber: Schweizerische Philosophische Gesellschaft

Band: 32 (1972)

Artikel: La mort du point de vue de la Médecine actuelle

Autor: Magnenat, P.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-883245>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 02.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

LA MORT DU POINT DE VUE DE LA MEDECINE ACTUELLE

par P. Magnenat

«S'il est difficile de définir la vie, il ne l'est pas moins de définir la mort. Rien n'est plus embarrassant pour le biologiste que de déterminer le moment où la vie abandonne un organisme.» (J. Rostand)

En réalité la mort est permanente chez l'individu en pleine santé, dès sa naissance, et même *in utero*. Des millions de cellules des revêtements cutanés et muqueux desquament à chaque minute pour être remplacées par des cellules jeunes. Les mécanismes responsables de ce renouvellement permanent sont encore méconnus.

La vie de l'individu est conditionnée par le fonctionnement harmonieux des grandes fonctions telles que la fonction cérébrale, la fonction cardiaque, la fonction respiratoire, la fonction rénale, la fonction hépatique, la fonction hématopoïétique, etc.

Les progrès de la médecine moderne ont permis de pallier de façon momentanée ou durable la défaillance de toutes ces fonctions vitales à l'exception de la fonction cérébrale.

La mort des reins avec une abolition complète de leur fonction se manifeste par une anurie et une insuffisance rénale progressive. La dialyse péritonéale et le rein artificiel permettent une suppléance prolongée de la fonction abolie; la transplantation d'un rein assure le retour définitif, dans les cas favorables, de la fonction rénale.

L'abolition de la fonction hépatique à la suite d'une nécrose étendue du foie, d'origine virale (hépatite épidémique) ou toxique (amanite phalloïde ou phosphore), peut être palliée momentanément, dans certains cas encore très rares, par une circulation sanguine croisée avec un malade sain ou un singe ou en dérivant la circulation du patient sur un foie de porc isolé maintenu artificiellement en état de fonctionner. L'énorme pouvoir de régénération cellulaire du foie peut permettre à cet organe de reprendre en quelques semaines une fonction normale s'il n'a pas été irrémédiablement mutilé par le processus pathogène. Là encore une possibilité théorique de transplantation d'organe existe avec quelques réussites encore exceptionnelles. L'individu peut ainsi retrouver une fonction hépatique normale par le biais d'un organe transplanté d'un autre individu.

L'abolition de la fonction respiratoire survient par paralysie des centres nerveux de commande et de régulation, par atteinte de la musculature respiratoire ou par destruction des poumons eux-mêmes. L'espérance d'une récupération fonctionnelle est grande si les poumons sont intacts; l'assistance respiratoire par des machines permet alors d'attendre une reprise fonctionnelle plus ou moins rapide: quelques heures ou quelques jours dans une intoxication barbiturique, quelques semaines ou quelques mois dans la poliomyélite. La transplantation de poumons n'en est encore qu'au stade expérimental.

La fonction cardiaque, dont l'arrêt est mortel en quelques minutes, peut être récupérée par des massages cardiaques externes ou la pose de stimulateurs électriques lorsque l'excitabilité ou la conduction des tissus cardiaques spécifiques sont altérées. L'utilisation de pompes circulatoires permet de pallier l'abolition des contractions cardiaques elles-mêmes.

L'abolition d'une seule de ces fonctions dites vitales entraîne plus ou moins rapidement l'atteinte des autres fonctions et met l'individu lui-même en état de mort imminente.

La complexité des phénomènes qui caractérisent la passage de la vie à la mort et la persistance de résidus de vie dans les organes d'un individu manifestement mort en tant que personne, rendent difficile la définition de la mort et la caractérisation de son moment.

La médecine ne s'est vraiment préoccupée de ce problème que depuis quelques années. C'est l'avènement des techniques de transplantations d'organes d'un donneur en état de coma dit dépassé à un receveur en instance de mort qui a rendu impérieuse une définition scientifique de la mort selon des critères plus raffinés que ceux qu'utilisaient les médecins légistes.

L'Académie suisse des sciences médicales a adopté en 1968 des directives pour la définition et le diagnostic de la mort à l'intention surtout des médecins qui assument la responsabilité des transplantations d'organes. Il me paraît important, dans ce rapport, de vous les communiquer en les assortissant de quelques remarques:

1. Le développement des techniques de réanimation a rendu nécessaire une nouvelle définition des critères biologiques de la mort chez l'homme.

2. Il est possible de suppléer chez l'homme la défaillance de la fonction respiratoire par la respiration artificielle, et celle de la fonction cardiaque par le massage du cœur et les pompes circulatoires.

3. Il n'existe aucun moyen de remédier à l'ensemble des conséquences d'une défaillance complète et irréversible des fonctions du cerveau. Une telle défaillance équivaut à la mort du cerveau. Elle conduit nécessairement à la mort du reste de l'organisme.

4. Un être humain doit être considéré comme mort lorsque l'une des deux ou les deux conditions suivantes sont réalisées:

a) arrêt cardiaque irréversible, entraînant l'interruption de la circulation sanguine dans l'organisme et par là même dans le cerveau: mort cardio-circulatoire.

b) défaillance complète et irréversible des fonctions du cerveau: mort cérébrale.

Il ressort de ces articles que c'est l'arrêt de la fonction cérébrale qui conditionne la mort. L'atteinte irréversible du cerveau peut être primaire, on parle alors de mort cérébrale dans les traumatismes cérébraux étendus, les encéphalites (processus inflammatoire d'origine infectieuse), les troubles circulatoires locaux (ramollissement ou hémorragie sur artériosclérose des vaisseaux cérébraux). Mais l'atteinte cérébrale peut être secondaire à un arrêt cardiaque prolongé entraînant une anoxie aiguë du corps et du cerveau en particulier. Si la mort est dite cardio-circulatoire dans son déterminisme primaire, elle est encore cérébrale dans ses effets secondaires.

5. La défaillance complète et irréversible des fonctions cérébrales doit être admise, malgré le maintien d'une activité cardiaque, dans un organisme humain normo-, hyper-, ou légèrement hypothermique (température corporelle non inférieure à 34° C) ne se trouvant pas en état de narcose ou d'intoxication aiguë, lorsque des examens répétés révèlent la présence simultanée des symptômes ou signes suivants:

5.1 Absence de réaction à toute stimulation sensorielle ou sensitive.

5.2 Absence de respiration spontanée et de tout phénomène moteur spontané d'origine centrale au niveau des yeux, du visage, du voile du palais et du pharynx, du tronc et des membres.

5.3 Flaccidité et aréflexie des membres.

5.4 Dilatation pupillaire bilatérale avec absence de réaction à la lumière.

5.5 Chute rapide de la tension artérielle dès que l'assistance circulatoire est interrompue.

Cette défaillance complète des fonctions cérébrales doit être assimilée à la mort du cerveau. Un électroencéphalogramme peut la confirmer et en fournir la preuve.

Chez l'enfant en bas âge, il faut tenir compte des meilleures chances de récupération.

Cet alinéa mérite quelques considérations. Une grande importance est donnée à la température corporelle. Le maintien d'une température normale, élevée ou modérément abaissée témoigne de la persistance d'activités métaboliques au niveau des centres régulateurs hypothalamiques (et pontiques). La chute de la température est le reflet de l'atteinte des centres nerveux en question et un signe neurologique de plus de l'atteinte cérébrale. La prudence de l'Académie est motivée par le fait que l'hypothermie entre 20 et 34° peut suspendre par elle-même l'activité cérébrale de façon momentanée et réversible au réchauffement.

L'accent est donné ensuite sur les caractères de complétude et d'irréversibilité de la défaillance cérébrale. Et là réside la difficulté. Il est clair que l'activité cérébrale peut être momentanément suspendue par une anesthésie ou une intoxication à des barbituriques par exemple. L'épuration du médicament ou du toxique responsables par les reins ou l'appareil digestif, pour autant que leur fonction soit conservée, permet la récupération intégrale de l'activité cérébrale en quelques heures ou en quelques jours.

Cinq critères simples sont finalement donnés qui permettent d'affirmer la défaillance cérébrale complète. Ces critères sont centrés sur l'absence d'activité motrice soit spontanée, soit réactive à des stimulations sensorielles ou sensitives ainsi que sur un phénomène circulatoire qui est la chute de la tension artérielle à l'interruption de l'assistance circulatoire.

Pour affirmer que la défaillance cérébrale est complète il est nécessaire que ces 5 critères soient présents. La défaillance cérébrale est dite irréversible si ces mêmes critères se retrouvent tous présents dans un laps de temps qui n'est toutefois pas précisé.

L'électroencéphalogramme, c'est-à-dire l'enregistrement de l'activité électrique du cerveau, est un moyen de preuve supplémentaire.

6. Le cerveau doit être aussi considéré comme mort: lorsque, dans un organisme normo-, hyper- ou légèrement hypothermique (température corporelle non inférieure à 34° C), aucune activité métabolique cérébrale ne peut être constatée pendant vingt minutes au moins, ou lorsqu'il est démontré sans équivoque, par un angiogramme carotidien, qu'aucun sang ne parvient plus au cerveau.

La rédaction de cet alinéa démontre clairement que les critères

cliniques précédemment décrits tout en ayant un caractère absolu peuvent être complétés par d'autres critères de mort cérébrale reposant sur des tests métaboliques ou circulatoires.

En fait, la crainte des médecins de pouvoir être accusés de s'être trompés dans le diagnostic de la mort cérébrale leur a fait chercher des critères plus objectifs que ceux donnés par le simple examen physique. Ce n'est pas le lieu ici de décrire ces méthodes: artériographie carotidienne, étude isotopique du cerveau, permettant de prouver la persistance d'une circulation sanguine dans cet organe ou étude de la consommation cérébrale d'oxygène par la mesure de la différence artério-veineuse de ce gaz dans la carotide et la veine jugulaire. Aucune de ces méthodes, si raffinée et sophistiquée qu'elle soit, ne permet, à elle seule, d'apporter une preuve absolue de la mort cérébrale. Comme le moment du décès est celui de la mort cérébrale (article 7) on comprend l'importance qu'il y a d'assurer le diagnostic de cette mort en associant aux critères cliniques simples des preuves objectives tirées de diverses investigations para-cliniques.

La persistance de certaines fonctions vitales après la mort cérébrale est le fait du *coma dépassé*, caractérisé par la survie de certains organes après la défaillance cérébrale complète et irréversible. Sous assistance respiratoire et cardiaque les grandes fonctions sont maintenues alors que le cerveau se nécrose; l'autopsie pratiquée à l'arrêt de cette assistance prolongée, parfois pendant des semaines ou des mois, montre un cerveau en complète déliquescence alors que les autres organes ne sont le siège que de lésions agoniques.

Le coma dépassé pose aux médecins des problèmes qui trouvent leur solution dans les articles 9 et 10 des directives de l'Académie suisse des sciences médicales.

9. Une fois survenue la mort cardio-circulatoire ou la mort cérébrale,

a) le médecin a le droit de suspendre définitivement la respiration artificielle et l'assistance circulatoire;

b) le prélèvement d'organes en état de survie est autorisé.

10. a) En dehors des cas de destruction évidente et complète du cerveau, la mort cérébrale doit être documentée par l'électroencéphalographie ou par la preuve de l'absence d'activité métabolique ou de circulation cérébrales (p. ex. au moyen d'une angiographie) avant le prélèvement d'organes à des fins de transplantation.

b) Lorsque, en cas de mort cérébrale primaire, le prélèvement

d'organes est prévu à des fins de transplantation, le médecin doit, pour la constatation de la mort cérébrale, avoir recours à un neurologue ou à un neurochirurgien et, pour l'interprétation de l'électroencéphalogramme, à un spécialiste compétent.

c) Les médecins qui constatent la mort cérébrale doivent être indépendants de l'équipe chargée de la transplantation.

La rédaction de ces derniers articles met en évidence la responsabilité collégiale du corps médical dans le diagnostic de la mort et dans l'utilisation à des fins thérapeutiques des organes survivants d'un individu en coma dépassé.

Ces directives de l'Académie suisse des sciences médicales ne se singularisent guère de celles qui ont été émises par les autorités médicales des pays qui nous entourent. Il faut bien voir toutefois qu'elles remettent fondamentalement en question la définition traditionnelle de la mort et celle de la vie, par voie de conséquence. Ainsi que l'a relevé récemment un cardiologue adversaire de la transplantation cardiaque, il s'agit là d'un «fait sans précédent, on vient d'avancer le moment de la mort alors que jusqu'ici le rôle du médecin était de la retarder ... La définition même du médecin n'est plus univoque puisqu'il peut – je cite – achever le malade en se servant du cœur de celui-ci pour sauver un autre patient». Il faut reconnaître que cette protestation pourrait ne paraître pas totalement infondée, d'autant plus que même le recours à des experts (neurologues, neuro-chirurgiens, électroencéphalographistes et d'autres) n'exclut pas de façon absolue le risque d'erreurs. On a cité des exemples tel «le cas de ce soldat américain blessé au Vietnam qui fut donné pour mort; après un essai prolongé de réanimation son électrocardiogramme ne montrait plus qu'un tracé linéaire durant 5 minutes»; un arrêt cardiaque si prolongé n'est plus compatible en principe avec la reprise d'une activité cérébrale. «Le soldat fut transporté à la morgue pour y être embaumé. Plusieurs heures après, l'infirmier chargé d'injecter le formol dans le système artériel du soi-disant mort se met à l'ouvrage. Mais au moment où l'artère est dénudée il s'aperçoit qu'elle bat faiblement. Les médecins sont alertés; le patient passe aux réanimateurs qui le maintiennent en vie pendant trois semaines. Le cerveau semble irrécupérable. Cependant après cette longue absence cérébrale le patient reprend ses sens, guérit avec comme unique séquelle un léger bégaiement et reprend ses cours à l'Université. Il y aurait eu deux raisons pour considérer ce jeune

homme comme irrécupérable: l'arrêt du cœur et le coma prolongé. Si on lui avait enlevé le foie ou le cœur pour le greffer à un autre patient il y aurait eu un véritable sacrifice humain». J'ai relevé cette histoire clinique parce qu'elle est plus impressionnante par le pathos de son style journalistique que par la rigueur de l'observation. Aucun des critères de mort cérébrale que je vous ai décrits n'y est mentionné. Il est bien clair que ni le coma ni l'arrêt cardiaque de courte durée ne permettent d'affirmer que ce soldat était mort. Il était bien vivant au contraire et sacrifice humain il y aurait eu si on lui avait enlevé un organe pour le transplanter. On doit reconnaître que le risque d'erreur dans le diagnostic de la mort n'est donc pas nul. Les médecins doivent être sur leurs gardes et respecter scrupuleusement les directives que j'ai mentionnées.

Le malade face à la mort

La définition de la mort donnée comme défaillance complète et irréversible des fonctions cérébrales implique que le moment de la mort ne peut être conscient. Le médecin, observateur privilégié du phénomène de la mort, constate que toute vie de relation disparaît plus ou moins longtemps avant l'avènement des signes cliniques de la mort. Bien que l'expérience de la mort vécue soit totalement intransmissible il paraît exclu aux yeux du médecin que l'activité cérébrale résiduelle précédant la défaillance complète soit compatible avec une conscience du phénomène de la mort. Le passage de vie à trépas n'a donc plus aucune signification pour l'individu en totale inconscience.

Le problème crucial est la prise de conscience d'une mort proche ou imminente qui nécessite donc une activité cérébrale encore suffisante. Elle s'accompagne de réactions rationnelles ou irrationnelles propres à chaque individu et le plus souvent imprévisibles pour le médecin qui a la charge d'accompagner son malade dans cette aventure. Cette variabilité des réactions à la mort proche repose sur des bases physiopathologiques d'une part, et d'autre part sur un état psychique conditionné par tout le vécu conscient ou inconscient de l'existence qui s'achève.

L'homme en instance de mort est marqué aux yeux de son médecin par la douleur et l'angoisse qu'il peut éprouver séparément ou ensemble. Notons d'emblée que douleur et angoisse, pour être ressenties,

nécessitent une activité cérébrale relativement bien conservée. La mort cérébrale primaire, qu'elle soit immédiate, lors de traumatisme étendu, ou lente, à la suite d'atteinte cérébrale diffuse, d'origine circulatoire ou inflammatoire, implique, dès le début, un processus morbide si marqué qu'elle paraît incompatible avec la conscience d'une douleur ou d'une angoisse.

Il n'en est plus de même lorsque la mort cérébrale est secondaire à une défaillance cardio-circulatoire ou à un dérèglement d'une fonction vitale. L'angoisse, qui est à la fois sensation de gêne respiratoire et sentiment de détresse, est particulièrement marquée lorsque le cerveau est soumis à une anoxie progressive. Deux situations cliniques peuvent en être responsables :

1. Lorsque la fonction respiratoire est gravement perturbée par amputation des surfaces ventilées (silicose, emphysème graves) ou par atteinte des muscles respiratoires, la désaturation du sang en oxygène entraîne une angoisse progressive qui peut devenir extrême sans que le patient paraisse éprouver de douleurs physiques. L'aggravation de la fonction respiratoire va déterminer finalement une rétention de gaz carbonique entravant de façon si prononcée l'activité cérébrale que l'angoisse paraît disparaître en même temps que la conscience du sujet qui tombe dans un état de coma appelé carbonarose.

2. Une situation clinique semblable se voit encore lorsqu'une défaillance cardio-circulatoire est responsable de l'anoxie cérébrale. Une déperdition sanguine massive sur une hémorragie profuse peut déclencher une angoisse extrême. Ce n'est que lorsque l'anoxie est suffisamment grave et prolongée que la défaillance cérébrale survient et que l'angoisse paraît disparaître en même temps que la conscience.

L'anoxie cérébrale est donc très mal tolérée par l'être vivant dont l'agitation et la révolte peuvent être particulièrement impressionnantes. Je me souviens d'avoir été insulté par un jeune patient souffrant d'hémorragie digestive massive dépassant toute mesure thérapeutique efficace pendant la demi-heure qui précéda sa mort. Sa révolte devant la sensation d'une mort imminente l'amenait à s'en prendre avec haine à son médecin impuissant. La perte de conscience n'est intervenue dans ce cas que quelques minutes avant la mort cérébrale.

Il faut noter que ces tableaux cliniques sont parfois réversibles et que le patient peut éprouver le sentiment d'une mort imminente et inéluctable à plusieurs reprises au cours de son existence. Il peut en garder ou non le souvenir, lui-même cause d'angoisses permanentes.

La défaillance des autres fonctions, rénale et hépatique notamment, s'accompagne d'une lente dégradation de l'activité cérébrale. L'angoisse paraît moindre, voire absente. Les perturbations métaboliques de l'insuffisance rénale ou hépatique entraînent une diminution précoce de la fonction cérébrale qui altère l'état de conscience. Le patient ne paraît pas se rendre compte que la mort est proche; son comportement peut devenir anormal et l'angoisse n'est pas au premier plan.

La douleur physique est loin d'être constante à l'approche de la mort. Il est des morts dites douces. D'autres fois elle est si vive, dans l'invasion tumorale des os, par exemple, que l'angoisse devant la mort proche semble disparaître, que la mort elle-même devient désirable.

Ces brèves considérations, bien sommaires et j'en suis conscient, tendent à démontrer que les modalités physiopathologiques de la mort jouent un rôle de premier plan dans la façon de ressentir son imminence par le mourant.

Le conditionnement psychique, à cette phase-là de la vie qui se dégrade, paraît d'une importance bien moindre.

Il n'en est plus de même lorsque l'échéance est plus lointaine et que le patient se sent condamné alors que sa vitalité n'est pas ou peu altérée. Il s'agit notamment de patients cancéreux dont l'espérance de vie peut être encore longue. La différence de comportement de l'individu à l'annonce d'un diagnostic qui paraît le condamner est souvent imprévisible. Certains refusent de prendre conscience de la fatalité de leur affection, refoulent le diagnostic dans leur inconscient, ne parlent jamais de leur mort à leurs proches ou à leur médecin et continuent à vivre sans manifester un changement de comportement (phénomène dit d'annulation). D'autres sont pris d'une dépression à forme anxieuse et agitée. D'autres encore tombent dans un état de sidération et deviennent incapables de toute activité; ils cherchent même dans le suicide le soulagement de leur angoisse devant la mort proche. Rares sont ceux qui paraissent l'accepter lucidement et s'y préparent en réglant leurs affaires tout en continuant à vivre sans angoisse apparente.

L'attitude du médecin face au mourant

La conduite du médecin à l'égard d'un patient qui va mourir ne peut faire l'objet d'aucune règle précise. Son attitude doit être adaptée

à chaque cas particulier en fonction des diverses modalités de mourir que je viens de décrire. Il faut distinguer schématiquement deux situations :

- celle où le malade en état de mort proche ou imminente est soumis à la douleur et à l'angoisse dues aux dérèglement de fonctions vitales.
- et celle où le diagnostic condamne à plus ou moins longue échéance un patient dont la vitalité est conservée.

A ces deux situations correspondent deux problèmes, celui de l'euthanasie et celui de l'information du patient sur la gravité de son état.

L'euthanasie

«Le mot d'euthanasie est appliqué à des pratiques diverses» constate G. Duhamel. Considérée dans l'esprit du grand public, sous l'influence des mass media, comme un meurtre réalisé dans une louable intention, elle suscite des prises de position passionnelles chez les laïques et l'embarras des clercs. Ainsi Jean Graven sous-titrait un article de 1964 paru dans le Revue pénale suisse sur les procès de l'euthanasie : «les données et la solution d'un problème insoluble.»

Le meurtre euthanasique de l'adulte incurable et souffrant ou de l'enfant qu'une infirmité majeure promet à une triste destinée n'est jamais le fait du médecin, encore que parfois il s'en soit fait le complice discret. La clémence des tribunaux à jury non professionnel à l'égard de ce meurtre particulier n'enlève rien à son caractère criminel établi par la tradition et les dogmes judéo-chrétiens.

Le médecin doit affronter un autre problème que l'on peut considérer à partir de la définition étymologique, euthanasie signifiant belle-mort, soit un art de bien mourir ou un art de procurer une mort confortable, envisagée du point de vue du patient ou du médecin.

Le médecin qui éprouve de la compassion pour son malade aura à cœur de soulager la douleur physique ou l'angoisse qui précède la mort. Il ne peut donc accepter la ligne de conduite préconisée par Platon dans le III^{ème} livre de la République : «tu établiras dans l'Etat une discipline et une jurisprudence se bornant à donner des soins aux citoyens sains de corps et d'âme ; quant à ceux qui ne sont pas sains de corps, on les laissera mourir.» Le médecin ne peut pas laisser mourir son malade sans s'efforcer de lui donner une mort confortable par tous les moyens à sa disposition. Il utilisera toute la gamme des médica-

ments analgésiques et anxiolytiques sans oublier de se prescrire lui-même selon la formule de Balint. Le médecin est donc pour l'euthanasie dans son sens littéral. Il faut réaliser que cette attitude, légitime, non contestée, peut s'approcher parfois du meurtre par intention louable et que la ligne de démarcation n'est peut-être pas aussi tranchée entre ces deux formes d'euthanasie.

L'euthanasie médicale peut être réalisée de deux manières, de façon active par l'administration de drogues ou au contraire par l'abstention thérapeutique.

L'utilisation de médicaments analgésiques, euphorisants ou anxiolytiques peut abrégier la vie d'un malade fragile, que la dose prescrite soit adaptée aux circonstances ou qu'elle soit administrée de façon trop élevée, de propos délibéré ou de manière inconsciente. L'efficacité médicamenteuse est souvent obtenue au prix d'une certaine toxicité. La chimiothérapie massive des tumeurs généralisées prolonge la vie parfois de façon durable au prix de souffrances prolongées causées non seulement par l'affection mortelle mais aussi par le traitement lui-même dont les effets secondaires peuvent être source de troubles graves et d'angoisse.

L'euthanasie médicale peut se manifester aussi par l'abstention thérapeutique. Il est parfois difficile au médecin de se déterminer dans le choix de sa thérapeutique. Ses critères sont personnels, reflétant souvent sa propre angoisse devant la mort. En fait seule compte à mes yeux la qualité de l'existence qui reste à vivre au patient. Un très grand effort de compréhension de son malade est imposé au médecin; la décision thérapeutique repose sur la profondeur de la relation médecin-malade; elle doit toujours être individualisée et ne saurait se soumettre à des directives générales et impersonnelles.

Ces quelques remarques démontrent que le médecin, tout opposé qu'il soit à l'euthanasie envisagée comme meurtre par intention louable, ne craint pas en fait d'abrégier parfois la vie du mourant par sa thérapeutique.

L'information du malade

L'obligation pour le médecin de renseigner avec exactitude son malade sur le diagnostic et la gravité du pronostic qui peut en découler est aussi sujette à vives controverses.

La nécessité du mensonge est admise dans le code de déontologie français qui établit de façon sommaire à son article 34 la règle suivante: «un pronostic grave peut difficilement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il doit l'être généralement à sa famille, à moins que le malade ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.»

Je n'insisterai pas ici sur le problème de l'information des proches dont le principe ne paraît pas devoir être contesté, encore que cette information puisse bouleverser complètement les relations entre le malade et sa famille. Le changement subit de l'attitude de ses proches peut renseigner le malade sur la gravité de son état tout autant qu'une information directe.

Informé avec véracité le malade n'est pas facile ni toujours souhaitable; on connaît la réponse de Freud au médecin qui lui révélait qu'il était porteur d'un cancer: «de quel droit me dites-vous ça?» Le médecin ne peut se soumettre à St Augustin qui affirme qu'il ne faut mentir en aucune circonstance. Il ne peut pas suivre non plus Jankélévitch qui, tout à l'opposé, affirme être «contre la vérité, passionnément contre la vérité». Je le cite: «dire la vérité, dans certains cas, c'est mentir. Oui! le menteur est celui qui dit la vérité; le médecin qui dit la vérité comme une brute à un malade atteint d'un cancer, et qui, après tout, n'est pas obligé de la lui dire, eh bien, je dis que celui-là ment. Oui il ment en croyant dire la vérité... Pour moi, affirme Jankélévitch, il y a une loi plus importante que toutes, c'est celle de l'amour et de la charité. On ne peut pas dire que la charité soit plus importante que la vérité, elle est la vérité: elle est plus vraie que la vérité. Voici donc comment je vois les choses: d'abord, dans tous les cas, il y a l'impératif de l'amour et de la charité.»

Des prises de position aussi marquées ne conviennent pas au médecin dont l'attitude à l'égard de son patient doit être individualisée et se fonder sur une relation malade-médecin très profonde. Là encore, des directives générales, des «Richtlinien» ne sauraient lui convenir.

L'information du malade ne se laisse pas réduire à l'alternative simpliste: vérité ou mensonge, pour plusieurs raisons dont la plus importante réside dans la complexité du fait clinique. Il faut réaliser que le concept de maladie dans son sens large est une pure abstraction et qu'il en est de même de la maladie en tant qu'entité nosologique

apparemment bien définie. On peut parler par exemple de maladie métabolique dans tout processus morbide où un trouble métabolique est au premier plan. Il s'agit là d'un critère si extensif qu'il permet d'englober sous la même dénomination deux maladies aussi distinctes que le diabète ou la goutte. Mais chacune de ces maladies peut être définie en choisissant des critères plus stricts: altérations du métabolisme du glucose ou de l'acide urique.

La difficulté est plus grande encore qu'elle n'y paraît car la définition même d'une maladie peut changer. Les progrès de la médecine aboutissent à l'avènement constant de nouveaux critères qui ont pour conséquence un remodelage permanent des entités nosologiques. Le diabète, par exemple, qui a longtemps été considéré comme une maladie bien définie caractérisée par un trouble du métabolisme des hydrates de carbone dû à une carence de sécrétion pancréatique d'insuline, est devenu un syndrome complexe où le métabolisme des graisses paraît souvent perturbé en premier et où la sécrétion d'insuline peut être anormalement élevée. A dire vrai plus personne à l'heure actuelle n'est capable de donner une définition du diabète qui soit applicable à tous les malades dits diabétiques.

Malgré ces difficultés il est certain que les progrès de la médecine sont liés à cette démarche synthétique qui tend à définir des phénomènes morbides par l'addition de critères isolés dont l'ensemble forme un tout assez caractéristique pour que la confusion avec des phénomènes morbides proches soit exclue avec une grande probabilité. Le diagnostic d'une maladie peut être ainsi donné par une machine électro-nique si on lui fournit préalablement les critères adéquats.

La pratique médicale, elle, ne concerne que l'individu malade dont la réaction à l'agression morbide est toujours singulière pour des raisons évidentes: constitution génétique et vécu antérieur tant somatique que psychique. La grippe ou le diabète n'existent que dans les livres. Le médecin ne traite lui qu'un grippé ou un diabétique.

Difficulté de définition nosologique; mais difficulté de pronostic plus grande encore due au fait même que la maladie est une notion abstraite et que son évolution dans un cas particulier dépend de nombreux facteurs qui ne sont pas tous appréciables. Des cancers guérissent spontanément; d'autres évoluent si lentement avec ou sans traitement qu'ils sont compatibles avec une existence normale pendant de longues années. Le pronostic d'une maladie repose en fait sur des données statistiques. On peut apprécier la probabilité du

risque mortel dès l'apparition d'une maladie et tout au cours de son évolution, mais il est rare que, pour un malade donné, on puisse apprécier la survie avec une certaine précision.

Ces quelques considérations montrent bien que l'information du malade sur sa maladie et son pronostic est difficile, et je n'ai rien dit encore du problème, insurmontable parfois, de la transmission de cette information en un langage clair, accessible à un malade ignorant des faits médicaux.

Ma position est la suivante: le patient doit recevoir une certaine information. Traiter un malade sans lui parler de sa maladie porte un préjudice grave à l'harmonie indispensable de la relation malade-médecin.

L'information doit être adaptée à chaque cas particulier. Aucune directive générale fondée sur la fausse alternative mensonge-vérité n'est admissible.

L'information doit permettre une thérapeutique efficace. La révélation d'un diagnostic grave est nécessaire pour obtenir un consentement à une thérapeutique dangereuse (opération majeure) ou mutilante (amputation d'un membre par exemple).

L'information doit éviter d'être délibérément mensongère si elle risque d'être démentie à court terme par l'évolution de la maladie.

L'information doit souvent être partielle initialement et complétée au fur et à mesure en tenant compte de la réaction du patient à l'évolution de sa maladie.

L'information doit toujours laisser une marge d'espoir, même si celle-ci doit s'amenuiser avec le temps. La communication du pronostic de la maladie (notion statistique) n'est pas charitable car l'homme n'est pas réductible à un collectif humain.

Je m'aperçois que je suis en train précisément de me livrer à ce que je condamne: édicter des directives. En fait elles ne concernent que mon attitude personnelle. A chaque médecin les siennes. Je suis contre St Augustin et contre la vérité, mais quelle vérité? Je suis contre le mensonge et contre Jankélévitch. Je suis pour les vérités approximatives et pour les vérités différées. Chaque cas me met dans l'angoisse face à la difficulté de faire disparaître celle de mes malades. «Nous voulons des prophéties qui nous plaisent» disait le peuple à Isaïe, mais le faux prophète est honni. Insoluble dilemme.

Les réflexions que vous venez d'écouter avec patience sont loin d'épuiser le problème. Confronté quotidiennement à la fatalité de

la mort qu'il tente par tous les moyens d'écartier, de repousser ou d'adoucir, le médecin est soumis encore aux deux graves problèmes suivants que je soulève sans m'y attarder malgré leur importance :

L'activité médicale peut elle-même faire courir un risque mortel au malade sans qu'une faute professionnelle ne soit commise. La vaccination contre la variole peut tuer; toute opération chirurgicale, bien des thérapeutiques médicamenteuses et des investigations diagnostiques sont grevées d'une certaine mortalité. Le médecin, conscient de ce risque, l'admet s'il est au bénéfice unique du malade, c'est-à-dire s'il est indispensable à une thérapeutique salvatrice. La statistique est ici fondamentale, permettant de comparer le risque morbide de la maladie à celui de l'acte médical.

Le second problème que je soumets à votre réflexion est celui de la limitation, pour des raisons économiques, de certaines thérapeutiques si onéreuses ou si compliquées qu'elles ne peuvent être généralisées. Le choix des malades privilégiés pose au médecin un problème de conscience particulièrement grave. La responsabilité des critères de sélection, établis de façon collégiale pour les transplantations rénales par exemple, risque bien un jour d'échapper au corps médical pour passer dans les mains du pouvoir politique.

Conclusions

Je crains que ce rapport que la Société suisse de philosophie m'a fait l'honneur de me demander ne trouve grâce aux yeux des philosophes et des théologiens de cet auditoire. J'ai essayé de décrire le phénomène de la mort tel que le médecin peut l'observer. J'ai soulevé des questions; j'ai tenté d'y répondre avec un pragmatisme qui ne saurait satisfaire le moraliste. Mais, si la morale est définie par «l'ensemble des règles de conduite tenues pour inconditionnellement valables» (Lalande) il faut convenir que la médecine est amoral, ou tout au moins que l'activité médicale est aux prises avec un certain indéterminé moral. La déontologie médicale, ou théorie des devoirs professionnels des médecins, établie par eux, est sujette à variations dans le temps et le lieu. Elle donne des règles générales qui tracent certaines limites à l'action médicale mais qui laissent au médecin une grande marge de liberté et une grave responsabilité dans son activité

quotidienne. Le mobile final de la décision médicale ne peut donc être un impératif imposé de l'extérieur; elle dépend en fin de compte de l'image que le médecin se fait de lui-même, de l'homme malade, et du monde où ils vivent.

«Les médecins reçoivent mission de veiller à la santé des hommes, disait le biologiste Charles Nicole. Ils exercent cette mission dans la plénitude de leur conscience. La sagesse est de s'en remettre à eux.»

Je souhaite que vous en soyez convaincus et que vous puissiez le rester longtemps encore.

Bibliographie

1. Académie suisse des sciences médicales: Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes.
Bull. Schweiz. Akad. med. Wiss., 24, 563, 1968.
2. R. D. Adams et M. Jéquier: The brain death syndrome: Hypoxic panencephalopathy.
Schweiz. med. Wschr. 99, 65, 1970.
3. M. Burner: Le psychiatre, le psychothérapeute et la mort.
Psychologie med. 2, 337, 1970.
4. G. Deshaies: Le médecin et l'euthanasie.
Psychologie med. 2, 383, 1970.
5. J. Guyotat: Médecin, malade et mort.
Psychologie med. 2, 337, 1970.
6. J. Hamburger: Progrès de la médecine et responsabilités du médecin.
In 2ème congrès international de morale médicale; Ordre national des médecins, éd. Paris 1966, T. 1 p. 289.
7. A. H. Israel: La nouvelle définition de la mort et ses implications humaines.
Med. de France, 205, 21, 1969.
8. F. Lhermite: Progrès de la médecine et responsabilités du médecin. In 2ème congrès international de morale médicale; Ordre national des médecins, éd. Paris 1966, T. 1 p. 319.
9. H. Porot: Le médecin face au mourant.
Psychologie med. 2, 355, 1970.
10. E. Zander et O. Cornu. Les critères de la mort cérébrale.
Schweiz. med. Wschr. 100, 408, 1970.
11. Le mensonge en médecine (10ème colloque Médecine de France).
Méd. de France, No. 177, 3, 1969.