



Courrier de Rome

Informations Religieuses - Documents - Commentaires - Questions et Réponses

sì sì no no

« Que votre OUI soit OUI, que votre NON soit NON, tout le reste vient du Malin »

(Mt 5, 37)

Année XLII n° 312 (502)

Mensuel - Nouvelle Série

Juin 2008

Le numéro 3€

LA MORT ENCÉPHALIQUE, EN SOMMES-NOUS SI SÛRS ?

Le printemps dernier a vu la parution d'une revue médicale catholique consacrée aux dons d'organes¹. Du moins, telle était l'étiquette qu'il y avait sur le produit. Car, à la lecture, le dossier principal ne concernait pas les dons d'organes en général, mais exclusivement le critère de la mort cérébrale qui permet de procéder légalement à l'ablation d'organes vitaux en vue d'une transplantation.

La simple lecture de la revue a de quoi laisser le lecteur perplexe et appelle deux observations générales.

Tout d'abord, l'usage du critère cérébral pour définir la mort et permettre l'ablation d'organes vitaux en vue de leur transplantation semble n'appeler aucune réserve d'ordre moral. Mis à part les quelques réflexions du Dr Perrel, qu'on sent plus réticent, les auteurs de la revue s'en tiennent à la définition légale de la mort. Nous serions donc en présence d'un cas unique où la pratique médicale ne poserait aucun problème moral ! La contraception, l'avortement, l'euthanasie, les cellules souches, la psychanalyse : tout cela est discutable et discuté, seul le critère de la mort cérébrale² est admis sans plus.

Ensuite, et en continuité avec notre première observation, on ne peut manquer de noter qu'aucun philosophe et/ou théologien n'a été invité par la revue à se prononcer sur l'aspect moral de la question. Autant publier le manuscrit de **Suicide, mode d'emploi** dans une revue médicale catholique sans demander l'avis d'un moraliste !

Mais, comme la revue s'affiche comme catholique, elle se devait de recourir à une autorité catholique en la matière. C'est là où notre revue entre en piste. Elle est citée de nombreuses fois³ pour laisser entendre que le

magistère n'a rien dit sur la question et que les médecins sont donc laissés à leur conscience.

Il est vrai que notre revue a déjà évoqué plusieurs fois ce thème, en publiant trois articles du Professeur Paolo Becchi :

- **Des embryons in vitro aux morts en coma dépassé** en avril 2004 (p. 5);
- **Les morts sont-ils vraiment morts lorsqu'on prélève leurs organes ?** en septembre 2004 (p. 1-4);
- **La position de l'Église catholique sur la transplantation d'organes à partir de cadavre** en décembre 2006 (p. 1-4).

Mais, la simple (re) lecture de ces trois articles persuadera tout lecteur de bonne foi que notre revue n'a jamais pris position en faveur du critère de la mort cérébrale et qu'elle s'est efforcée d'éclairer les intelligences sur cette question délicate.

Apparemment, ce qui a été écrit et lu n'a pas été suffisamment clair ou n'a pas été pleinement compris. C'est pourquoi, nous reviendrons pour nos lecteurs assez longuement sur ce point de morale.

1. PRÉLIMINAIRES : GREFFES ET DONS D'ORGANES EN GÉNÉRAL

Lorsqu'on parle de greffes et dons d'organes dans une revue catholique, il est de bon ton de multiplier les citations de l'Écriture ou des Papes pour illustrer qu'un catholique ne saurait être que favorable aux greffes, lesquelles seraient une manifestation de la charité envers le prochain.

Quant à nous, nous voudrions brièvement montrer que, d'un point de vue moral, il est impossible de répondre à une question sur les greffes et les dons d'organe simplement par oui ou par non et en recourant à un principe unique⁴.

45, 57.

4. À titre de comparaison, l'énoncé du 5^e commandement est simple : « Tu ne tueras pas », mais sa compréhension est plus compliquée dès lors qu'on envisage les cas de la légitime défense, de la guerre et de la peine de mort.

**Le secrétariat
de
Sì Sì No No
sera fermé en juillet et août**

Pour sérier les problèmes liés aux greffes et dons d'organes, le pape Pie XII distinguait⁵ :

- l'autogreffe (donneur et receveur sont identiques);
- l'homogreffe (donneur et receveur sont différents, mais appartiennent à la même espèce), laquelle se subdivise selon que le donneur est vivant ou mort;
- l'hétérogreffe (donneur et receveur appartiennent à des espèces différentes).

Reprenons rapidement ces différents cas pour montrer les divers principes moraux qui sont concernés dans chaque cas.

1.1 L'autogreffe

L'autogreffe, qui ne concerne bien sûr que des tissus, est régie par le principe de totalité.

L'homme, créature de Dieu, n'est pas propriétaire de son corps. Celui-ci lui a été confié par le Créateur pour qu'il en use pour le bien. Étant usufruitier de son corps, l'homme est tenu de le protéger, de le conserver et de le défendre contre les agressions extérieures.

Cette sage administration peut amener l'homme à sacrifier une partie de son corps pour sauver le tout. C'est là le principe de totalité que le pape Pie XII énonçait ainsi : « [Le principe de totalité] affirme que la partie existe pour le tout, et que par conséquent le bien de la partie reste subordonné au bien de l'ensemble; que le tout est déterminant pour la partie et peut en disposer dans son intérêt. Le principe découle de l'essence des notions et des choses et doit par là avoir valeur absolue. (...) Le principe de totalité lui-même n'affirme rien que ceci : là où se vérifie la relation de tout à partie, dans la

5. PIE XII, *Discours à des Spécialistes de la Chirurgie de l'Œil*, 14 mai 1956.

1. *Cahiers Saint Raphaël*, Dons d'organes, n° 90, mars 2008.

2. À l'imitation des auteurs de la revue visée, nous utiliserons indifféremment le terme de mort cérébrale (plus commun) ou de mort encéphalique (plus technique).

3. *Cahiers Saint Raphaël*, op. cit., p. 3-7, 19-25,

mesure exacte où elle se vérifie, la partie est subordonnée au tout, et celui-ci peut, dans son intérêt propre, disposer de la partie⁶. »

Le principe de totalité s'applique au cas des autogreffes dans la mesure où des tissus sont retirés d'un endroit du corps humain pour soigner un autre endroit endommagé.

Quelques exemples d'autogreffes : retirer des lamelles de peau dans le dos pour les greffer sur les parties brûlées du même individu, utiliser des veines du pied pour un pontage coronarien, prendre de l'os du tibia pour reconstituer une tête de fémur, etc.

1.2 L'homogreffe

Dans l'autogreffe, le sacrifice d'une partie du corps au bénéfice du tout se justifiait par le principe de totalité qui régit les relations de subordination des parties au tout. Dans l'homogreffe, une telle relation de tout à partie n'existe pas, puisqu'il s'agit de deux individus distincts (le transplant est une partie du donneur et le tout qui est favorisé par la transplantation est celui du receveur).

D'autre part, il faut ici considérer la question du donneur. Selon qu'il est vivant ou mort, la question morale change. Si le donneur est vivant, il a des devoirs envers son propre corps ; s'il est mort, de tels devoirs n'existent plus. Il y a donc lieu de distinguer les homogreffes, selon que le donneur est vivant ou mort.

1.2.1 Avec donneur vivant

Que les homogreffes avec donneur vivant soient en principe moralement licites, on peut l'inférer :

- des considérations que fait le pape Pie XII sur le don de sang : « *Modèle de toute charité, [Jésus] est le vôtre d'une manière toute particulière. (...) Donner son propre sang pour la santé d'inconnus ou même d'ingrats, qui oublieront peut-être ou ne chercheront même pas à connaître le nom et les traits du visage de leur sauveur; faire don de sa propre vigueur uniquement pour communiquer ou rendre à d'autres celle qu'ils ont perdue; ne rétablir ses forces épuisées que pour recommencer et renouveler le même don et le même sacrifice : telle est l'œuvre à laquelle vous vous êtes généreusement voués*⁷. »
- du décret du Saint-Office sur la césarienne : « *Lorsque l'étroitesse du bassin maternel est telle qu'il n'est même pas possible de recourir à l'accouchement prématuré, est-il permis de recourir à l'avortement ou à la césarienne au moment opportun? À la première partie : Non, conformément au décret du 14 juillet 1895 touchant l'interdiction de l'avortement. À la seconde partie : rien n'empêche la femme de subir l'opération césarienne en temps opportun*⁸. »

Dans ces deux exemples, un homme sacrifie une partie de son corps (en donnant son sang) ou de son intégrité corporelle (en se soumettant à la césarienne) pour le bien du prochain

(respectivement, le transfusé et l'enfant à naître).

Permisses en principe en vertu du principe de charité⁹, les homogreffes doivent cependant s'inscrire dans certaines limites pour être moralement licites, à savoir le respect de la vie et de l'intégrité fonctionnelle du donneur. Autrement dit : en se portant au secours du receveur, le donneur ne peut volontairement porter atteinte à sa vie ou à l'intégrité de ses fonctions vitales.

Dès lors, sont immorales les donations d'organes vitaux, simples ou doubles, qui sont nécessaires à la vie et à l'intégrité fonctionnelle du donneur (ex. : cœur, foie, poumon).

1.2.2 Avec donneur mort

Lorsque l'homogreffe se fait à partir d'un donneur mort, le cas est moralement distinct. En effet, comme le rappelait Pie XII au sujet du prélèvement de cornée sur un cadavre :

« *À l'égard du défunt dont on enlève la cornée, on ne l'atteint dans aucun des biens auxquels il a droit, ni dans son droit à ces biens :*

- *Le cadavre n'est plus, au sens propre du mot, un sujet de droit; car il est privé de la personnalité qui seule peut être sujet de droit.*
- *L'extirpation n'est pas non plus l'enlèvement d'un bien; les organes visuels, en effet, (leur présence, leur intégrité) n'ont plus dans le cadavre le caractère de biens, parce qu'ils ne lui servent plus et n'ont plus aucune relation à aucune fin*¹⁰. »

Est-ce à dire qu'il n'y a aucune obligation morale à l'égard du cadavre d'un homme ? Certainement pas. D'ailleurs, le même Pontife rappelait que les prélèvements d'organe sur un cadavre pouvaient devenir immoraux dès lors que le cadavre était considéré comme une chose ou un animal¹¹, qu'étaient lésés les droits ou la sensibilité des proches du défunt ou négligée l'opposition antérieurement formulée de l'intéressé¹².

Dans le débat qui nous occupe aujourd'hui, toute la question est de savoir si le critère de la mort cérébrale est suffisant pour parler d'un cadavre, si la séparation de l'âme et du corps est due à la destruction du cerveau ou à l'ablation des organes vitaux en vue de leur greffe. Nous y reviendrons.

1.3 Hétérogreffes

Le cas des hétérogreffes, où le donneur est un animal et le receveur un homme, ne relève bien sûr ni du principe de totalité, ni du principe de charité.

La moralité de principe des hétérogreffes se fonde sur la domination sur la nature qu'a reçue l'homme du Créateur.

Les hétérogreffes deviendraient immorales lorsque la transplantation porte atteinte à

l'identité psychologique ou génétique du receveur.

1.4 Éviter les simplifications réductrices

Nous avons évoqué au début l'affirmation générale et confuse selon laquelle les dons d'organes étaient à encourager en vertu de la charité. La brève description des greffes, que nous venons de faire, aura permis au lecteur de s'apercevoir que les choses sont moins simples qu'il n'y paraît et qu'une réponse unique pour tous les cas de figure est impossible.

Penchons-nous maintenant sur le cas spécifique de l'homogreffe avec donneur mort, en nous concentrant sur le critère cérébral utilisé de nos jours pour déclarer la mort d'un patient.

2. DONNÉES MÉDICALES

Suivant l'exemple de Pie XII, commençons par présenter un résumé des données que la science médicale offre sur la question du coma et de la mort cérébrale, puis une description des différents critères de la mort et des moyens diagnostiques qu'ils mettent en œuvre.

2.1 Définitions

Pour éviter toute méprise, il importe de bien distinguer le coma et la mort encéphalique¹³.

2.1.1 Le coma

Le coma est une abolition plus ou moins complète des fonctions de la vie de relation (conscience, motilité, sensibilité) alors que les fonctions de la vie végétative sont relativement conservées. Le patient, inconscient, est couché sans bouger et ne sent rien.

L'examen neurologique complet (motilité, sensibilité, réflexes, tonus, pupilles, contrôle sphinctérien), l'évaluation des fonctions végétatives (respiration, pouls, tension artérielle, température) permettent de classer le coma selon la profondeur :

- Coma stade 1 : c'est le stade de l'obnubilation. La possibilité de communication avec le malade est réduite : le patient grogne lorsque le médecin lui pose des questions. Les stimuli douloureux provoquent une réponse correcte : le patient repousse plus ou moins bien la main du médecin qui le pince. L'électroencéphalogramme (EEG) montre un rythme alpha ralenti avec quelques ondes téta ou delta.
- Coma stade 2 : c'est le stade de la disparition de la capacité d'éveil du sujet. Il n'y a pas de contact possible avec le malade. La réaction aux stimuli douloureux est toujours présente, mais plus ou moins inappropriée. L'EEG montre des ondes lentes diffuses avec réactivité aux stimuli extérieurs réduits.
- Coma stade 3 : c'est le coma profond ou coma carus. Il n'y a plus aucune réaction aux stimuli douloureux. Les troubles oculaires et végétatifs sont apparus, par exemple respiratoires avec encombrement pulmonaire. L'EEG montre des ondes delta diffuses sans réactivité aux stimuli extérieurs.
- Coma stade 4 ou coma dépassé : la vie n'est maintenue que par des moyens artifi-

6. PIE XII, *Discours au Congrès d'Histopatologie*, 14 septembre 1952.

7. PIE XII, *Discours aux Donneurs de Sang*, 9 septembre 1948.

8. Décret du Saint-Office, 4 mai 1898 (D.S. 3337).

9. Ou du principe de solidarité au plan strictement naturel.

10. PIE XII, *Discours à des Spécialistes de la Chirurgie de l'Œil*, 14 mai 1956.

11. PIE XII, *Discours à la VIII^e Assemblée de l'Association Médicale Mondiale*, 30 septembre 1954.

12. PIE XII, *Discours à des Spécialistes de la Chirurgie de l'Œil*, 14 mai 1956.

13. Renseignements tirés de *doctissimo. fr*.

ciels. L'EEG montre un rythme plus ou moins ralenti. Au pire, il est plat. C'est un élément primordial pour la surveillance d'un coma prolongé.

2.1.2 La mort encéphalique

La mort encéphalique ou mort cérébrale désigne l'arrêt brutal, définitif et irrémédiable de toutes les fonctions du cerveau. Le cerveau n'étant plus irrigué, les fonctions neuronales sont détruites. La respiration et les battements du cœur peuvent être maintenus artificiellement par des techniques de réanimation.

La mort encéphalique ne doit pas être confondue avec un état comateux, dans lequel le sang irrigue et oxygène le cerveau.

Les tests cliniques analysent les réflexes du tronc cérébral et la capacité du patient à respirer spontanément ou non. Le médecin devra ainsi rechercher l'absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée, l'absence de tous les réflexes du tronc cérébral et l'absence de respiration spontanée.

Les médecins doivent constater sans ambiguïté : la non-contraction des pupilles devant la lumière brillante, l'absence de clignement des paupières lorsque la cornée est touchée, pas de réaction aux stimuli douloureux, pas de réflexe de toux ou de nausée suite à l'introduction d'un cathéter dans la trachée, etc.

Deux types d'examen complémentaire sont disponibles :

- Deux EEG à 4 heures d'intervalle. D'une durée de 30 minutes chacun, ces examens enregistrent l'activité cérébrale. Un tracé plat atteste d'une destruction encéphalique, en dehors de toute intoxication médicamenteuse ou en dehors de toute baisse de la température du corps ;
- Une angiographie cérébrale qui consiste à injecter du produit de contraste dans les vaisseaux, pour montrer l'absence de vascularisation du cerveau, témoignant ainsi de l'état de mort encéphalique.

2.2 Critères de constatation de la mort

Le progrès des sciences médicales, en particulier en matière de réanimation, s'est accompagné d'une évolution des critères de détermination de la mort.

Pour le commun des mortels, le médecin appelé à délivrer le certificat de décès s'en tient toujours à l'observation clinique du cadavre (circulation, respiration et activité cérébrale).

C'est la première réussite en matière de greffe de cœur en décembre 1967¹⁴ qui a conduit à redéfinir les critères légaux de la mort. Nul n'ignore que les organes tels que le cœur, le foie, le poumon et, à un degré moindre, les reins deviennent inutilisables pour les greffes dès lors que la circulation sanguine cesse et que leur oxygénation est compromise.

En août 1968, un comité *ad hoc* de l'Université Médicale de Harvard publiait une nouvelle définition de la mort basée sur un critère exclusivement neurologique : la cessation définitive de toute activité cérébrale, appelée

coma irréversible.

Cette nouvelle définition de la mort était justifiée dans les termes suivants :

« Notre premier objectif est de définir le coma irréversible comme un nouveau critère de la mort. Il y a deux raisons qui rendent cette définition nécessaire. (1) Les progrès des techniques de réanimation et de soutien ont conduit à des efforts supplémentaires pour sauver ceux dont l'état était désespéré. Parfois, ces efforts n'ont obtenu qu'un succès partiel avec pour résultat un individu dont le cœur continue de battre, mais dont le cerveau est irrémédiablement endommagé. Lourde est la charge pour les patients qui souffrent d'une perte définitive de l'intelligence, pour leurs familles, pour les hôpitaux et pour ceux qui auraient besoin des lits occupés par ces patients comateux. (2) Les critères obsolètes de détermination de la mort peuvent être source de controverse lorsqu'il s'agit d'obtenir des organes en vue des greffes¹⁵. »

Cette nouvelle définition de la mort fut adoptée le même mois d'août 1968 par l'Association médicale mondiale¹⁶.

Les faits que nous venons de rappeler appellent quelques commentaires.

Dès l'annonce de la première réussite en matière de greffe de cœur, le comité *ad hoc* de l'Université de médecine de Harvard, chargé de se pencher sur une nouvelle définition de la mort, s'est réuni. Quelle compétence avait ce comité. Quelle était son autorité ? Nul ne le sait.

Les motivations du comité étaient strictement utilitaires et ce à un double titre. Il s'agissait d'abord de résoudre le cas pratique de ces patients réanimés, mais incapables de vivre sans une assistance technique lourde. Il s'agissait ensuite de se protéger de toute controverse dans l'obtention d'organes pour les greffes.

Remarquons que le premier problème mentionné pouvait se régler aisément sans donner une nouvelle définition de la mort, en recourant à la distinction classique entre moyens ordinaires et moyens extraordinaires pour conserver la vie¹⁷.

15. « Our primary purpose is to define irreversible coma as a new criterion for death. There are two reasons why there is a need for a definition. (1) Improvements in resuscitative and supportive measures have led to increased efforts to save those who are desperately injured. Sometimes efforts have only a 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 for hospital beds already occupied by these comatose patients. (2) Obsolete criteria for the definition of death can lead to controversy in obtaining organs for transplantations. » (A definition of irreversible coma. Report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death in *Journal of the American Medical Association*, 205, 1968, p. 337).

16. WORLD MEDICAL ASSOCIATION, *Declaration on Death*, adoptée par l'Assemblée médicale mondiale de Sydney en août 1968.

17. Nous y reviendrons dans la conclusion de notre article.

En réalité, le deuxième motif est le seul véritable pour justifier une nouvelle définition de la mort. Il s'agissait de protéger les médecins et les transplantés potentiels de toute accusation d'homicide. Indépendamment du contenu de cette nouvelle définition, que nous analyserons ultérieurement, on ne peut que considérer comme suspecte une définition basée sur des critères aussi utilitaristes.

Ensuite, il est étonnant que sur une question aussi délicate et dont la portée vitale n'échappe à personne, l'assemblée médicale mondiale ait emboîté le pas immédiatement à la nouvelle définition élaborée par un comité bidule. La précipitation n'est-elle pas mère de l'imprudence ?

Enfin, peut-on résoudre un problème médical ou moral en changeant de définition ? C'est ce que l'Organisation Mondiale de la Santé a fait pour la grossesse qui a été définie à partir du moment de l'implantation de l'ovule fécondé dans la matrice, ce qui permet d'affirmer la main sur le cœur que le stérilet et les pilules du lendemain ne sont pas des abortifs. Le moyen est certes efficace, mais le problème est-il pour autant résolu ? On peut légitimement en douter.

2.3 Définition ou définitions ?

Les considérations médicales que nous avons faites jusqu'ici pourraient donner à croire que la définition de la mort sur le seul critère neurologique, même adoptée dans les circonstances que nous venons de rappeler, est monolithique et qu'il ne vient à l'esprit de personne de s'opposer à une telle évidence médicale.

En réalité, la mort cérébrale peut être mise en évidence médicalement par plusieurs niveaux de diagnostic, utilisés séparément ou conjointement :

- Le premier niveau est simplement clinique : il consiste à mettre en évidence par des signes cliniques le coma profond, la dilatation de la pupille ou mydriase, les pauses cardiaques et l'arrêt de la respiration spontanée.
- Le second niveau est un examen fonctionnel de l'activité cérébrale en utilisant l'EEG pour démontrer l'absence d'activité cérébrale par deux tracés plats de 30 minutes à 4 heures d'intervalle¹⁸.
- Un troisième niveau a été mis en œuvre récemment, suite aux progrès de l'imagerie médicale, avec l'usage de l'angiographie¹⁹, de l'angioscanner²⁰ et de l'IRM²¹. Ces dif-

18. Un tracé plat ne permet pas de conclure à la mort cérébrale dans les cas d'extrême jeunesse du patient, d'hypothermie, d'absorption de sédatifs ou de coma d'origine métabolique.

19. Angiographie : technique échographique qui fait appel à l'effet Doppler (utilisant les ultra-sons et non les rayons X) et qui permet l'examen du flux sanguin.

20. Scanner : série de clichés aux rayons X d'une partie du corps visualisée sur ordinateur. Ces clichés sont pris selon des angles légèrement différents et permettent d'obtenir des coupes transversales de la région observée.

21. IRM (imagerie à résonance magnétique) : analyse de la réaction des différents tissus du corps à des champs magnétiques ; les données traitées infor-

14. DR CHRISTIAN BARNARD en Afrique du Sud.

férents moyens techniques permettent de démontrer l'absence de circulation sanguine dans le cerveau et rendent compte de lésions anatomiques (destruction cellulaire).

Ces différents niveaux de diagnostic ne sont pas mis en œuvre de manière identique dans tous les pays du monde. Une étude comparative des législations des différents pays montrerait que le concept de mort cérébrale ne jouit pas, même dans le monde médical, d'une définition uniforme²².

Certains pays, comme l'Angleterre, permettent au praticien de s'en tenir aux seuls indices cliniques. D'autres, comme la France, exigent la confirmation des indices cliniques par l'EEG ou l'angiographie cérébrale. D'autres encore, aimeraient voir introduit dans la législation l'usage de l'imagerie tridimensionnelle.

3. SCIENCE MÉDICALE ET MORALE

Nous avons décrit dans la partie précédente la mise en œuvre du diagnostic de mort cérébrale. Lorsque sont combinés les examens cliniques, fonctionnels et anatomiques, la médecine en conclut que le cerveau est irrémédiablement détruit, sans espoir de récupération.

Pour pouvoir utiliser les données de la science médicale sur le diagnostic de mort cérébrale dans le cadre des greffes d'organes, il nous faut d'abord cerner les rapports entre la science (ici, la science médicale) et la morale.

3.1 Critère légal – critère moral de la mort

Le fait que les médecins s'en tiennent au critère légal de la mort, déterminé par la législation de leurs pays respectifs, ne nous dit qu'une chose : en faisant cela, ils n'enfreignent pas la loi. Que le respect de cette norme légale soit équivalent au respect de la norme morale doit être prouvé. Et c'est une autre paire de manches.

Qu'on songe aux lois permettant l'avortement, la cessation de l'alimentation des malades en état de coma, la fécondation artificielle, le clonage thérapeutique et la création d'hybrides, et l'on verra que légalité et moralité ne coïncident pas nécessairement. Aujourd'hui, moins que jamais. Malheureusement.

3.2 Point de vue médical et point de vue moral

D'un autre côté, il faut aussi distinguer le point de vue de la médecine et celui de la morale. S'il est souhaitable que ces deux domaines parlent des mêmes choses dans les mêmes termes, ce n'est pas toujours le cas.

J'en veux pour preuve les précisions données par Pie XII au sujet de l'impuissance. Pour certains, l'impuissance commencerait avec la stérilité. Pour le magistère, la stérilité ne rend pas invalide un mariage, alors que c'est le cas de l'impuissance antécédente et perpétuelle²³.

matiquement permettent de restituer la zone étudiée en deux ou trois dimensions.

22. L'ouvrage *Finis vitae. Is brain death still life?* édité par ROBERTO DE MATTEI chez Rubbettino Editore à Soveria Mannelli (Italie) en 2006 l'illustre parfaitement.

23. « Il peut être utile avant tout de dissiper les malentendus autour du concept d'impotentia generandi. Potentia generandi revêt parfois un sens si large

Autre exemple : celui de la contraception qui est considérée ou non comme une stérilisation. Certains médecins ne considèrent pas la contraception comme une stérilisation médicamenteuse, car ils y voient un processus réversible²⁴. Le magistère de l'Église au contraire considère la contraception comme une stérilisation, dans la mesure où elle frustre l'acte conjugal de sa fin naturelle.

Il est donc tout à fait possible qu'une définition de la mort donnée par le corps médical (eu égard à l'irréversibilité d'un processus morbide et pour permettre l'ablation des organes vitaux en vue de leur greffe) ne satisfasse pas les critères moraux de l'Église qui se préoccupe de l'observation intégrale du 5^e commandement.

3.3 Épistémologie des sciences

S'agissant des rapports entre la science médicale et la science morale, on entend souvent dire : « Chacun chez soi et les vaches seront bien gardées », « À chacun son métier ». Il existerait de la sorte un divorce entre la science médicale et la science morale et tout regard jeté par le moraliste sur les pratiques de la science médicale serait indu et à rejeter.

Une telle posture a déjà fait l'objet d'une mise au point sous le pontificat du Pasteur Angélique :

« On peut donc affirmer que la fécondité humaine, au-delà du plan physique, revêt des aspects moraux essentiels, qu'il faut nécessairement considérer, même lorsqu'on traite le sujet du point de vue médical²⁵. »

Ce qui était affirmé de la fécondité humaine peut être étendu sans difficulté à la constatation de la mort.

Pourquoi ce positivisme médical est-il faux et dangereux ? Parce que la médecine est pratiquée :

- Par des hommes : les médecins, qui doivent se sanctifier dans l'état de vie où la Providence les a placés ;
- Pour des hommes : les patients, qui doivent eux aussi adhérer au plan divin dans leur vie.

Que science médicale et science morale (naturelle ou surnaturelle, c'est-à-dire philosophique ou théologique) soient distinctes, nul

qu'il comprend tout ce que doivent posséder les deux partenaires pour procréer une nouvelle vie : les organes internes et externes, ainsi que l'aptitude aux fonctions qui répondent à leur finalité. L'expression est prise aussi en un sens plus étroit et ne comprend alors que ce qui est exigé en marge de l'activité personnelle des époux, pour que cette activité puisse réellement engendrer la vie sinon dans tous les cas, au moins par elle-même et d'une façon générale. En ce sens, la "potentia generandi" s'oppose à la "potentia caeundi". » (PIE XII, Discours au XXVI^e congrès d'urologie, 8 octobre 1953).

24. « Empruntant aux idées largement répandues du Dr John Rock et du chanoine Janssens, [le Dr von Rossum] soutient que la pilule (...) ne devrait pas être considérée comme un agent de stérilisation car ses effets sont temporaires et contrôlables. » (ROBERT MCGLOREY, *Rome et la contraception*, Les Éditions de l'Atelier, Paris, 1998, p. 53).

25. PIE XII, Discours à des Médecins du II^e Congrès Mondial pour la Fécondité et la Stérilité, 19 mai 1956.

ne songerait à le nier. En effet, à chaque science correspond :

- Un objet spécifique : la médecine a pour objet le corps humain, les maladies qui l'accablent, les traitements qui l'en préservent ou l'en guérissent ; la science morale s'occupe des actes humains dans leur relation avec la fin ultime.
- Une méthode spécifique : la médecine est basée sur l'observation des phénomènes vitaux humains par divers examens qui, permettant d'aboutir à un diagnostic, mènent à l'application d'une thérapie ; la science morale considère les actes humains selon leur objet, leur finalité et leurs circonstances pour juger de leur conformité ou difformité par rapport à la fin ultime.

Mais, qui dit distinction, ne dit pas nécessairement séparation. En effet, c'est le même sujet humain qui, objet de la science morale, est aussi médecin ou patient. Le rapport actif (chez le médecin) ou passif (chez le patient) à la médecine s'intègre dans le cadre plus vaste de la moralité générale de la vie humaine.

Il y a donc des sciences qui sont appelées architectoniques par rapport à d'autres, dans la mesure où elles les englobent et sont amenées à juger de leurs résultats par rapport à une fin supérieure ou plus générale.

La science morale (philosophique ou théologique) est une science architectonique. Son objet dépasse celui de la médecine. Elle est donc amenée à juger de l'extérieur²⁶ des méthodes et des conclusions auxquelles aboutit la médecine. Comprendons-nous bien : ce n'est pas à la science morale de déterminer la posologie d'un médicament ou le calibrage d'un EEG, mais elle pourra juger de la moralité de l'expérimentation d'un nouveau médicament ou de l'application de la théorie psychanalytique aux névrosés.

S'agissant de la détermination de la vie et de la mort, le jugement de la science morale sur les critères médicaux en usage est donc pleinement justifié et nécessaire.

3.4 La fin ne justifie pas les moyens

La science médicale, au fur et à mesure de ses avancées dans l'ordre du savoir et du faire, doit affronter des défis croissants. On attend d'elle la solution à toutes les détresses corporelles. Ceux et celles qui se sont engagés dans la carrière médicale par amour pour leurs frères qui souffrent ont du mal à rester impuissant face à la maladie. Sauver une vie, quelle récompense pour celui qui veut faire du bien à ses frères souffrants !

La tentation est alors grande de regarder plus au résultat qu'au moyen pour y parvenir. Ce qui compte, c'est le résultat : c'est le sourire d'une famille rassurée sur le sort d'un être cher, hier encore en danger ; c'est le retour à l'activité de celui qui était cloué au lit ; c'est l'autonomie recouvrée pour celui que l'infirmité avait rendu dépendant.

Or, dans l'examen de la moralité, il ne faut pas regarder qu'à l'excellence du résultat, mais aussi à la moralité des moyens utilisés. « Bonum ex integra causa, malum ex quo-

26. On dirait théologiquement qu'il s'agit d'un jugement *ratione peccati*.

cumque defectu », dit l'adage, « *le bien provient d'une cause intègre, le mal de n'importe quel défaut* ». Ce que saint Paul traduisait : « *Ne faisons pas le mal pour qu'il en advienne un bien* » (Rom 3, 8).

À ne voir que la joie des parents d'enfants engendrés par procréation médicale assistée, on pourrait oublier que le moyen utilisé est immoral. Juger le problème posé par les homogreffes avec donneur mort du seul point de vue du résultat obtenu, sans regarder au moyen d'obtenir les organes à greffer, n'est pas moralement acceptable.

4. INTERVENTIONS DU MAGISTÈRE

Jetons maintenant un regard vers le magistère de l'Église qui enseigne ce qu'il faut croire et ce qu'il faut faire pour parvenir à la vie éternelle. L'enseignement du magistère sur la foi et les mœurs concerne non seulement les réalités surnaturelles, mais aussi certaines réalités naturelles.

En effet, ces vérités naturelles, qui ne sont pas de soi inaccessibles à la seule raison, requièrent souvent l'intervention du magistère en raison de la condition présente de l'humanité, à savoir les blessures du péché originel qui affaiblissent l'intelligence (dans la connaissance du vrai) et la volonté (dans la réalisation du bien).

Or, l'extension du 5^e commandement, qui regarde le respect de la vie humaine innocente, relève bien de la loi naturelle.

4.1 Pie XII

Au temps de Pie XII, la question de la détermination de la mort par le critère de la mort cérébrale en vue de procurer des organes à transplanter ne se posait pas, puisque ces techniques médicales n'avaient pas encore été mises au point.

En revanche, le problème qui commençait à se poser à la fin des années 1950 était celui de la réanimation. Dans quelles conditions fallait-il réanimer une personne? Fallait-il poursuivre la réanimation, lorsqu'il n'y avait aucun espoir de rétablissement du patient? Telles étaient les questions auxquelles Pie XII s'est efforcé de répondre dans son discours du 24 novembre 1957 sur les problèmes de la réanimation.

Voici en résumé les enseignements du Pasteur Angélique :

1) L'homme est tenu d'utiliser des moyens ordinaires pour conserver la vie et la santé :

« *Mais [le devoir, en cas de maladie grave, de prendre les soins nécessaires pour conserver la vie et la santé] n'oblige habituellement qu'à l'emploi des moyens ordinaires (suivant les circonstances de personnes, de lieux, d'époques, de culture), c'est-à-dire des moyens qui n'imposent aucune charge extraordinaire pour soi-même ou pour un autre. Une obligation plus sévère serait trop lourde pour la plupart des hommes, et rendrait trop difficile l'acquisition de biens supérieurs plus importants.* »

2) L'usage des moyens extraordinaires pour conserver la vie et la santé est permis, mais pas obligatoire :

« *La technique de réanimation, dont il s'agit ici, ne contient en soi rien d'immoral; aussi le patient - s'il était capable de décision per-*

sonnelle - pourrait-il l'utiliser licitement et, par conséquent, en donner l'autorisation au médecin. Par ailleurs, comme ces formes de traitement dépassent les moyens ordinaires, auxquels on est obligé de recourir, on ne peut soutenir qu'il soit obligatoire de les employer et, par conséquent, d'y autoriser le médecin. »

« *Quant au devoir propre et indépendant de la famille, il n'oblige habituellement qu'à l'emploi des moyens ordinaires. Par conséquent, s'il apparaît que la tentative de réanimation constitue en réalité pour la famille une telle charge qu'on ne puisse pas en conscience la lui imposer, elle peut licitement insister pour que le médecin interrompe ses tentatives, et le médecin peut licitement lui obtempérer.* »

3) Le critère technique pour déterminer le moment de la mort relève de l'art médical :

« *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".* »

« *En ce qui concerne la constatation du fait dans les cas particuliers, la réponse ne peut se déduire d'aucun principe religieux et moral et, sous cet aspect, n'appartient pas à la compétence de l'Église. En attendant, elle restera donc ouverte.* »

4) L'utilisation de procédés artificiels pour aider les fonctions vitales n'équivaut pas de soi à la mort :

« *Mais des considérations d'ordre général permettent de croire que la vie humaine continue aussi longtemps que ses fonctions vitales - à la différence de la simple vie des organes - se manifestent spontanément ou même à l'aide de procédés artificiels.* »

5) En cas de doute, la faveur est à la vie :

« *En cas de doute insoluble, on peut aussi recourir aux présomptions de droit et de fait. En général, on s'arrêtera à celle de la permanence de la vie, parce qu'il s'agit d'un droit fondamental reçu du Créateur et dont il faut prouver avec certitude qu'il est perdu.* »

La bonne compréhension de ce discours requiert de distinguer deux problèmes distincts :

- a) les règles qui s'appliquent à la réanimation;
- b) les règles pour déterminer le moment de la mort.

a) Pie XII affirme que le patient, sa famille et son médecin sont tenus à l'usage des moyens ordinaires pour conserver la vie et la santé du patient. Les moyens extraordinaires sont permis, mais non obligatoires. Il est donc permis de suspendre l'application des moyens extraordinaires sans faute morale (et donc sans tomber dans l'euthanasie).

Certes, le patient mourra de cette suspension des moyens extraordinaires, mais par l'effet de causes naturelles, non par suite d'une action positive de l'homme pour le faire mourir. Nous disons bien « le patient en mourra »,

c'est-à-dire qu'au moment d'arrêter l'usage des moyens extraordinaires, il n'est pas encore mort!

Des règles qui régissent la réanimation, on ne peut donc rien inférer quant à l'ablation d'organes vitaux pour une greffe.

b) Ce qui peut être plus intéressant pour les problèmes posés par les donations d'organes d'un mort à un vivant, ce sont les explications que donne Pie XII au sujet de la détermination du moment de la mort.

La mort, c'est-à-dire philosophiquement la séparation de l'âme et du corps, n'étant pas une évidence, elle devra être déterminée par des signes extérieurs adéquats. Selon les principes d'une saine épistémologie, c'est à l'art médical que revient cette démonstration (cf. supra n° 3.3).

Cela ne signifie pas que toute définition de la mort donnée par l'art médical soit adéquate (cf. les différences de point de vue entre la médecine et la science morale mentionnés ci-dessus, n° 3.2)!

D'autre part, le seul fait d'utiliser des moyens artificiels pour maintenir la respiration ou la circulation n'est pas de soi un signe de mort (cf. le cas des patients en état végétatif dont certains requièrent une telle assistance).

Enfin, en cas de doute insoluble, la faveur est toujours donnée à la vie, car dans le cas contraire on s'exposerait à disposer directement d'une vie innocente en contradiction avec le 5^e commandement.

4.2 Jean-Paul II

Si Pie XII avait dû répondre aux questions des réanimateurs dans les années 1950, le pape Jean-Paul II a dû affronter directement la question qui nous intéresse aujourd'hui : celle des dons et des greffes d'organes.

Voici une brève synthèse de son enseignement au sujet des homogreffes avec donneur mort :

1) Le don d'organes vitaux présuppose la mort du donneur :

« *Il ne nous est pas permis de nous taire face à d'autres formes d'euthanasie plus sournoises, mais non moins graves et réelles. Celles-ci pourraient se présenter, par exemple, si, pour obtenir davantage d'organes à transplanter, on procédait à l'extraction de ces organes sans respecter les critères objectifs appropriés pour vérifier la mort du donneur*²⁷. »

2) La détermination du moment de la mort est un grave problème :

« *La reconnaissance de la dignité unique de la personne humaine a une autre conséquence inhérente : les organes vitaux individuels dans le corps ne peuvent être prélevés qu'après la mort, c'est-à-dire à partir du corps d'une personne dont la mort est avérée. Cette exigence va de soi, puisqu'agir différemment signifierait provoquer intentionnellement la mort du donneur en prélevant ses organes. Cela soulève l'une des questions les plus débattues aujourd'hui dans le monde de la bioéthique et suscite beaucoup d'inquiétude au sein de l'opinion*

27. JEAN-PAUL II, Encyclique *Evangelium vitae*, 25

publique. Je me réfère au problème de la vérification de la mort. Quand peut-on considérer avec certitude qu'une personne est morte²⁸ ? »

3) Le moment de la mort n'est pas l'objet d'une perception directe :

« La mort de la personne, selon cette signification fondamentale, est un événement qu'aucune technique scientifique ou empirique ne peut directement identifier. Pourtant, l'expérience humaine montre que lorsque la mort survient, certains signes biologiques suivent inévitablement, signes que la médecine a appris à reconnaître avec de plus en plus de précision. En ce sens, les "critères" permettant de constater la mort et qui sont utilisés par la médecine aujourd'hui ne devraient pas être compris comme la détermination technique et scientifique du moment exact de la mort d'une personne, mais comme un moyen scientifique solide d'identifier les signes biologiques qui montrent qu'une personne est effectivement morte²⁹. »

4) Le critère technique pour déterminer le moment de la mort relève de l'art médical :

« En ce qui concerne les paramètres utilisés aujourd'hui pour établir la mort avec certitude - qu'il s'agisse des signes "encéphaliques" ou des signes cardio-respiratoires plus traditionnels - l'Église ne prend pas de décisions techniques. Elle se limite au devoir évangélique qui consiste à comparer les données proposées par les sciences médicales avec la conception chrétienne de l'unité de la personne, en relevant les similitudes et les conflits éventuels qui risqueraient de mettre en danger le respect de la dignité humaine³⁰. »

5) Ni la vie ni la mort ne peuvent être jugées d'un point de vue utilitariste :

« On ne saurait faire du corps humain un simple objet, instrument d'expériences, sans autres normes que les impératifs de la recherche scientifique et des possibilités techniques. Si intéressantes et même utiles que puissent paraître certaines sortes d'expériences que l'état actuel de la technique

rend possibles, quiconque a vraiment le sens des valeurs et de la dignité humaine admet spontanément qu'il faut abandonner cette piste apparemment prometteuse, si elle passe par la dégradation de l'homme ou par l'interruption volontaire de son existence terrestre. Le bien auquel elle semblerait mener ne serait, en fin de compte, qu'un bien illusoire (cf. *ibid.*, n° 27, 51)³¹. »

6) En cas de doute, la faveur est à la vie :

« D'ailleurs, on reconnaît le principe moral selon lequel même le simple soupçon d'être en présence d'une personne vivante entraîne, dès lors, l'obligation de son plein respect et de l'abstention de toute action visant à anticiper sa mort³². »

7) Les différents critères pour déterminer le moment de la mort doivent faire l'objet d'un examen philosophique et théologique :

« Chacun sait que, depuis quelque temps, certaines approches scientifiques relatives au constat de la mort ont mis l'accent sur ce qu'on appelle le critère "neurologique" plutôt que sur les signes cardio-respiratoires traditionnels. Cela consiste en fait à établir, selon des paramètres clairement déterminés et reconnus par la communauté scientifique internationale, la cessation complète et irréversible de toute activité cérébrale (dans le cerveau, le cervelet, et le tronc cérébral). C'est alors, dit-on, le signe que l'organisme a perdu sa capacité d'intégration. En ce qui concerne les paramètres utilisés aujourd'hui pour établir la mort avec certitude - qu'il s'agisse des signes "encéphaliques" ou des signes cardio-respiratoires plus traditionnels - l'Église ne prend pas de décisions techniques. Elle se limite au devoir évangélique qui consiste à comparer les données proposées par les sciences médicales avec la conception chrétienne de l'unité de la personne, en relevant les similitudes et les conflits éventuels qui risqueraient de mettre en danger le respect de la dignité humaine³³. »

L'enseignement de Jean-Paul II coïncide explicitement avec celui de Pie XII sur les points suivants : le critère technique pour déterminer le moment de la mort relève de l'art médical ; le moment de la mort n'est pas l'objet d'une perception directe ; en cas de doute, la faveur est à la vie.

L'enseignement de Jean-Paul II explicite celui de Pie XII dans la mesure où il affronte des problèmes qui ne se posaient pas dans les

Discours à l'Académie pontificale des sciences, 14 décembre 1989, n° 1 et 6 (DC, n° 2002, p. 284-285), *Lettre à l'Académie pontificale pour la Vie*, 1^{er} février 2005, n° 4 (DC, n° 2333, p. 306).

31. JEAN-PAUL II, *Discours à l'Académie pontificale des sciences*, 14 décembre 1989, n°3 (DC, n° 2002, p. 284). Voir aussi *Discours à un congrès sur les transplantations d'organes*, 20 juin 1991, n° 4 (DC, n° 2051, p. 527), *Message au président de l'Académie pontificale pour la vie*, 19 février 2005, n° 5 (DC, n° 2333, p. 303).

32. JEAN-PAUL II, *Discours à un congrès de médecins catholiques*, 20 mars 2004, n° 4 (DC, n° 2313, p. 409).

33. JEAN-PAUL II, *Discours à l'Académie pontificale des sciences*, 14 décembre 1989, n° 5 (DC, n° 2234, p. 853). Voir aussi *Dis-*

années 50.

Quels sont ces problèmes nouveaux ? Les greffes réalisées à partir d'un donneur mort. Jean-Paul II insiste donc sur la nécessité de constater la mort avant de procéder à l'ablation d'organes vitaux sous peine de tuer un homme pour en sauver un autre, ce qui fait de la détermination du moment de la mort un grave problème de conscience.

Jean-Paul II stigmatise une approche utilitariste du problème qui voudrait que tout ce qui est techniquement possible soit concrètement mis en pratique, en faisant abstraction des critères moraux.

Néanmoins, Jean-Paul II a semblé incliner vers le critère neurologique pour déterminer le moment de la mort, ce qui ouvrirait la porte à certaines transplantations :

« On peut dire ici que le critère récemment adopté pour établir avec certitude la mort, c'est-à-dire la cessation complète et irréversible de toute activité cérébrale, s'il est rigoureusement appliqué, ne semble pas être en conflit avec les éléments essentiels d'une anthropologie sérieuse. La personne responsable, en milieu médical, d'établir le moment de la mort peut donc se fonder au cas par cas sur ces critères pour atteindre ce degré d'assurance dans le jugement éthique que la doctrine morale qualifie de "certitude morale". Cette certitude morale est considérée comme la base nécessaire et suffisante pour agir de façon éthiquement correcte³⁴. »

Les affirmations du Pontife sur ce dernier point ne sont toutefois pas aussi absolues qu'une lecture superficielle pourrait le laisser croire :

« On peut dire ici que le critère récemment adopté pour établir avec certitude la mort, c'est-à-dire la cessation complète et irréversible de toute activité cérébrale, s'il est rigoureusement appliqué, ne semble pas être en conflit avec les éléments essentiels d'une anthropologie sérieuse³⁵. »

« Chacun sait que, depuis quelque temps, certaines approches scientifiques relatives au constat de la mort ont mis l'accent sur ce qu'on appelle le critère "neurologique" plutôt que sur les signes cardio-respiratoires traditionnels. Cela consiste en fait à établir, selon des paramètres clairement déterminés et reconnus par la communauté scientifique internationale, la cessation complète et irréversible de toute activité cérébrale (dans le cerveau, le cervelet, et le tronc cérébral)³⁶. »

Nous avons déjà rappelé qu'un tel critère neurologique ne fait pas l'objet d'une reconnaissance unanime de la communauté médicale (cf. supra n° 2.3) : ce qui justifie pleinement les réserves du discours pontifical (« s'il est rigoureusement appliqué », « ne semble pas être en conflit »).

Cette prudence dans les affirmations de Jean-Paul II est doublement confirmée :

- dans le même discours, il ne se prononce pas entre le critère traditionnel et le critère neurologique : « En ce qui concerne les para-

34. *Ibid.*

35. *Ibid.*

36. *Ibid.*

mars 1995, n° 15 (DC, n° 2114, p. 358). Voir aussi *Discours à l'Académie pontificale des sciences*, 14 décembre 1989, n° 3 (DC, n° 2002, p. 284) et n° 5 (DC, n° 2002, p. 285), *Discours à un congrès sur les transplantations d'organes*, 20 juin 1991, n° 4 (DC, n° 2051, p. 527), *Discours au XVIII^e congrès médical international sur les transplantations*, 24 août 2000, n° 4 (DC, n° 2234, p. 853).

28. JEAN-PAUL II, *Discours au XVIII^e congrès médical international sur les transplantations*, 24 août 2000, n° 4 (DC, n° 2234, p. 853). Voir aussi *Discours à deux groupes de travail de l'Académie pontificale des sciences*, 21 octobre 1985, n° 6 (DC, n° 1907, p. 1103), *Discours à l'Académie pontificale des sciences*, 14 décembre 1989, n° 1, 4 et 5 (DC, n° 2002, p. 284-285).

29. JEAN-PAUL II, *Discours au XVIII^e congrès médical international sur les transplantations*, 24 août 2000, n° 4 (DC, n° 2234, p. 853). Voir aussi *Lettre à l'Académie pontificale pour la Vie*, 1^{er} février 2005, n° 4 (DC, n° 2333, p. 306).

30. JEAN-PAUL II, *Discours à l'Académie pontificale des sciences*, 14 décembre 1989, n° 5 (DC, n° 2234, p. 853). Voir aussi *Dis-*

mètres utilisés aujourd'hui pour établir la mort avec certitude - qu'il s'agisse des signes "encéphaliques" ou des signes cardio-respiratoires plus traditionnels - l'Église ne prend pas de décisions techniques³⁷. »

• Jean-Paul II a convoqué trois fois un groupe de travail pluridisciplinaire sur ce thème : en octobre 1985³⁸ et en décembre 1989³⁹ sous l'égide de l'Académie Pontificale des Sciences, et en février 2005 dans le cadre de l'Académie pontificale pour la vie⁴⁰.

Une telle insistance montre bien que la question n'est pas close. Si le discours d'août 2000 était le fin mot de l'histoire, on ne comprend pas qu'une nouvelle réunion sur ce thème ait été convoquée en février 2005, à deux mois de la mort du Pontife.

Faut-il reprocher au magistère de l'Église sa lenteur et l'incertitude dans laquelle il laisserait patients et personnels de santé? Un proverbe polonais dit que « l'Église avance en processionnant ».

À titre de comparaison, rappelons que la première intervention du magistère concernant la procréation médicalement assistée date de 1897⁴¹, que le pape Pie XII est revenu sur le thème au cours des années 1950⁴² et que l'Instruction *Donum vitæ*, qui traite *ex professo* de ces diverses techniques, est de 1987.

Lorsque la réponse à une question n'est pas mûre, il n'y a qu'une seule attitude possible : attendre et continuer à creuser la question. Une décision précipitée, voire aventurée, ne rassurera à terme ni le personnel médical, ni les patients, ni les moralistes. Tout arrive à point pour qui sait attendre.

5. MORT CÉRÉBRALE : SÉPARATION DE L'ÂME ET DU CORPS ?

Au terme de la présentation médicale de la mort cérébrale (selon les critères légaux en usage en France), nous en étions arrivés à la conclusion que la mort encéphalique coïncidait avec la destruction totale du cerveau. Or, on le sait les cellules nerveuses ne repoussent pas. Le temps qui passe ne changera donc rien à cette réalité médicale. Si nous nous arrêtons là ou si nous posons simplement la question du maintien en vie de ces patients par l'usage de moyens extraordinaires, tout serait clair.

Mais, le problème actuel est ailleurs. Il s'agit de savoir si l'on peut définir la mort comme la cessation irréversible et définitive des opérations cérébrales. Dire qu'un patient est en état de mort cérébrale, est-ce la même chose que de dire que l'union entre l'âme et le

corps a cessé? Lorsqu'un ouvrage de médecine, destiné aux étudiants qui préparent le concours de l'Internat en France, affirme : « *L'autopsie pour prélèvement d'organes en vue de greffe ne peut s'effectuer que sur un sujet à la fois juridiquement mort et biologiquement vivant* »⁴³, on peut en douter.

Essayons d'examiner successivement les différentes explications qui ont été données pour justifier que l'état de mort cérébrale s'identifie à la séparation de l'âme et du corps, avant de jeter un peu de lumière thomiste sur la question.

5.1 Explications insuffisantes

5.1.1 Le rôle du cerveau comme centre de commande des fonctions organiques

La première explication qui est donnée par les médecins pour identifier le critère de la mort cérébrale avec la mort de l'individu humain repose sur la constatation suivante : le cerveau a un rôle particulier pour commander et organiser les autres fonctions organiques. C'est lui qui permet, entre autres, la respiration spontanée et l'activité cardiaque.

Le rôle indispensable du cerveau dans l'organisation de la vie humaine semble confirmé par le fait que de nombreuses fonctions peuvent être suppléées par des machines (poumon d'acier, dialyse pour la fonction rénale, stimulateur cardiaque), ce qui n'est pas le cas pour le cerveau.

Il est indéniable que le cerveau, siège de l'activité neurologique, joue un rôle crucial dans la coordination des fonctions organiques et que sa destruction met la santé du patient dans un état de grande instabilité et de grand péril. Encore faudrait-il se demander si chez ces patients en état de mort encéphalique l'instabilité provient uniquement de la destruction de son cerveau ou des autres dommages organiques qui ont conduit à la mort encéphalique.

Étant donné que les patients en état de mort cérébrale n'ont concrètement que deux issues possibles aujourd'hui : la mort par débranchement des appareils soutenant les fonctions vitales ou l'autopsie en vue de la greffe d'organes, les connaissances médicales spécifiques sur l'état de mort cérébrale sont plutôt minces.

D'autre part, l'utilisation de machines n'explique pas à elle seule le maintien des fonctions organiques. Si la respiration artificielle permet au poumon d'insuffler et d'exsuffler mécaniquement, en revanche l'échange gazeux entre oxygène et carbone au niveau cellulaire ne trouve pas dans la machine son explication. Il y a là un phénomène spontané que la machine n'assure pas et que le corps, même après la nécrose du centre de commande neurologique, continue à assurer.

Enfin, le fait qu'il n'existe pas aujourd'hui de machine pour suppléer le rôle du cerveau ne signifie pas qu'un tel instrument ne puisse être mis au point un jour. Il y a un siècle, le respirateur artificiel et le stimulateur cardiaque relevaient de la science-fiction et sont devenus réalité depuis lors.

5.1.2 Le cerveau, siège de la conscience

43. PAUL FORNES, *Médecine légale, toxicologie, médecine du travail*, Éditions du concours médical, Paris, 1997, p. 45.

D'autres explications rappellent que le cerveau est le siège de la conscience. Le cerveau étant détruit, le sujet perd toute possibilité d'avoir ou de regagner une conscience de soi ou de son environnement. En perdant la conscience, le sujet perdrait totalement et de façon définitive son caractère de personne humaine.

C'est le propre de la philosophie moderne de définir la personne et la vie humaines à partir de la conscience. « Je pense donc je suis » écrivait Descartes. « Je ne pense pas, donc je ne suis pas » affirment les défenseurs de l'état de mort cérébrale.

Sans entrer ici dans le débat sur les dangers du subjectivisme dont le cartésianisme est gros, qu'on nous permette de demander quelles conclusions il faudrait tirer de ces prémisses pour les embryons dont le cerveau n'est pas encore formé, pour les foetus anencéphales ou pour les malades en état végétatif.

5.1.3 L'âme est dans le cerveau

À l'explication précédente est souvent liée une vision de l'homme qui localise l'âme dans le cerveau. Celui-ci étant détruit, l'âme disparaîtrait et il ne resterait plus qu'un ensemble de tissus humains, dont il serait permis d'user pour satisfaire les nécessités des vivants en attente de greffes.

Ce qui distingue les êtres inanimés des êtres animés, c'est la présence d'un principe de vie appelé l'âme. Tout être animé a une âme, même si les caractéristiques de cette âme varient selon qu'on parle d'un végétal, d'un animal ou d'un homme. Dans la mesure où l'âme humaine anime l'ensemble du corps, elle est présente partout dans le corps humain.

Les facultés de l'âme sont diverses et elles utilisent les différentes parties du corps humain comme instruments. On peut penser que le cerveau a une relation privilégiée avec l'exercice de la faculté intellectuelle⁴⁴.

Mais, de la destruction de l'instrument corporel on ne peut induire la disparition de la faculté spirituelle, encore moins la disparition de l'âme. Le pianiste qui n'a plus de piano (perte de l'instrument) ne perd pas pour autant sa capacité radicale à jouer du piano. Si l'exemple vaut pour une capacité acquise (savoir jouer du piano), à combien plus forte raison pour une faculté naturelle (l'intelligence).

L'identification du cerveau avec l'intelligence est donc fautive, a fortiori l'identification du cerveau avec l'âme. Le cerveau est un organe corporel et il ne se confond ni totalement ni partiellement avec l'âme spirituelle.

5.1.4 Distinction de l'organisme humain vivant et de la personne humaine

D'autres encore diagnostiquent dans le patient en état de mort cérébrale une perte de l'humanité. Le malade serait encore un organisme humain, mais plus une personne humaine, car ce qui fait la personne humaine c'est son cerveau.

Cette conception de l'homme s'appuie sur une dichotomie entre le corps et l'âme comme s'il s'agissait de deux substances accidentellement reliées. Par la destruction de son cer-

37. *Ibid.*

38. « La prolongation artificielle de la vie et la détermination du moment exact de la mort » (DC, n° 1907, p. 1102).

39. « La détermination du moment exact de la mort » (DC, n° 2002, p. 284).

40. « Les signes de la mort » (DC, n° 2333, p. 305).

41. « *La fécondation artificielle de la femme est-elle permise? Non.* » (SAINT OFFICE, *Décret du 17 mars 1897*, DS 3323)

42. *Discours au Congrès des Médecins Catholiques*, 29 septembre 1949; *Discours à des Médecins du II^e Congrès Mondial pour la Fécondité et la Stérilité*, 19 mai 1956; *Discours au VII^e Congrès International d'Hématologie*, 12 septembre 1958.

44. L'intelligence comme faculté spirituelle de l'âme

veau, l'homme serait privé de sa personnalité humaine, même si son corps restait spécifiquement humain.

Or, l'union entre le corps et l'âme est substantielle. Le corps est humain parce qu'il est uni à une âme humaine, et il est vivant parce que l'âme l'habite actuellement.

De même qu'on ne saurait parler de personne potentielle en parlant de l'embryon sous prétexte qu'il n'a pas encore fait acte de conscience personnelle, ainsi ne saurait-on dissocier le corps humain de la personne humaine lorsque certaines fonctions supérieures (intelligence, conscience, etc.) ne peuvent plus être exercées.

5.1.5 L'irréversibilité de l'état de mort cérébrale

Enfin, certains croient suffisants de s'appuyer sur le caractère irréversible de l'état de mort cérébrale pour pouvoir procéder aux ablations d'organe en vue de leur greffe. Puisque le processus qui est enclenché est irréversible, cela devrait être suffisant pour disposer des organes en vue d'une greffe.

Basée sur l'expérience des médecins et les statistiques, l'irréversibilité est un pronostic quant à l'issue fatale de la maladie ou de l'état du patient.

Cette prédiction, avérée ou non, ne nous dit rien sur la permanence de l'âme dans un corps. Suffit-il de déclarer le caractère irréversible d'une maladie ou d'un état du patient pour le déclarer mort? Caroline Aigle, dont le cancer qui devait l'emporter a été diagnostiqué début avril 2007 avec un pronostic fatal à court terme, était-elle morte ou vivante lorsqu'elle a accouché par césarienne de son fils Gabriel en août 2007? La réponse est évidente.

L'irréversibilité d'un pronostic fatal ne nous dit rien sur l'union actuelle de l'âme et du corps.

5.2 Réflexions thomistes sur le vivant

Lorsque saint Thomas définit la vie et donc corrélativement la mort, il reprend la définition (analogique) d'Aristote : « *Vita est motus ab intrinseco - La vie est un mouvement qui vient de l'intérieur* »⁴⁵.

Ce qui distingue les êtres inanimés des êtres animés, c'est que le principe de leur mouvement vient de l'intérieur et ne leur est pas imposé de l'extérieur. Lorsqu'une pierre bouge, c'est parce qu'elle a été bougée par quelqu'un ou quelque chose (force d'attraction). Par contre, le vivant a en lui-même la source de son mouvement (déplacement, nutrition, croissance, reproduction).

Les instruments mis en œuvre dans les techniques de réanimation ne contreviennent nullement à ce principe. En effet, comme nous l'avons vu, ces instruments n'expliquent pas le caractère spontané de certaines opérations physiologiques (échange gazeux au niveau pulmonaire). D'autre part, personne ne dénierait la qualité de vivant au porteur d'un pacemaker ou d'une pompe à insuline, dont cer-

taines activités sont pourtant soutenues artificiellement.

L'affirmation de Pie XII selon laquelle « *la vie humaine continue aussi longtemps que ses fonctions vitales - à la différence de la simple vie des organes - se manifestent spontanément ou même à l'aide de procédés artificiels* »⁴⁶ est donc parfaitement justifiée.

Passant de la définition de la vie à celle de l'âme, qui en est le principe, et dont la séparation du corps signe la mort, saint Thomas dit que « *anima est actus primus corporis vitam habentis in potentia - L'âme est l'acte premier d'un corps en puissance à avoir la vie* »⁴⁷.

C'est par l'âme que le corps existe et vit : elle en est l'acte premier. À cet acte premier, viennent s'ajouter ensuite toute une série d'actes seconds que seront les facultés de l'âme et l'exercice de ces mêmes facultés.

Pour que l'âme informe le corps et constitue avec lui une unité substantielle, il faut qu'existe une certaine proportion entre l'âme et le corps. La matière doit être suffisamment disposée pour être et pour rester informée par l'âme. La mort est précisément le moment où le corps est tellement désorganisé que l'âme ne peut plus l'informer et s'en sépare. Il ne s'agit pas alors d'une simple incapacité à exercer certaines fonctions, mais pour le corps d'une perte radicale du principe d'animation.

La mort est la séparation de l'âme et du corps. Cette séparation ne fait l'objet d'aucune connaissance directe, ni d'aucune évidence. Elle doit donc être manifestée par des signes extérieurs que la science médicale cherche à cerner de mieux en mieux au fur et à mesure de ses progrès. L'instant précis de la mort restera certainement toujours un mystère pour l'homme. Il ne lui restera que la possibilité de constater la mort une fois effectuée.

Tant que les signes non équivoques de la mort ne seront pas connus, la présomption restera toujours à la vie : « *In dubio pro vita - dans le doute, il faut tenir pour la vie* ».

6. QUE FAUT-IL FAIRE DES MALADES ?

En conclusion de ce travail, penchons-nous sur les malades dont la pensée ne nous a jamais quittés.

Que faut-il faire des malades en état de mort encéphalique ?

Suivant la distinction classique entre moyens ordinaires et moyens extraordinaires, nul n'est obligé d'user de moyens extraordinaires pour conserver la vie et la santé. L'appréciation du caractère ordinaire ou extraordinaire des moyens peut varier selon les époques, les pays, les cultures et les personnes. Mais si, dans une situation donnée, la vie du patient ne peut être conservée que par des moyens extraordinaires, il est licite d'en suspendre l'usage.

En faisant cela, en abandonnant un traitement disproportionné, le patient, sa famille ou le personnel médical ne commettent aucune faute morale. Ils laissent simplement la nature, arrivée au terme de sa course mortelle, faire son œuvre. « Tu es poussière et tu retourneras

en poussière » (Gen 3, 19). Cette impuissance devant la maladie et la mort mettent en lumière les limites de la science médicale, même si ces limites sont amenées à toujours reculer.

L'usage des moyens ordinaires et l'abandon des moyens extraordinaires situent l'honnête homme et le vrai chrétien sur un sommet vertueux entre l'homicide ou le suicide par omission (lorsque les moyens ordinaires ne sont pas utilisés) et l'acharnement thérapeutique (lorsque les moyens extraordinaires sont mis en œuvre sans espoir raisonnable de rétablissement pour le patient). *In medio stat virtus*.

Que faut-il faire des malades en attente d'une greffe ?

Lorsque la greffe est moralement licite, selon les principes rappelés plus haut (n° 1), il est permis d'y recourir.

Lorsque la greffe suppose une atteinte grave à l'intégrité fonctionnelle du donneur, voire à sa vie (ce qui est le cas des malades en état de mort cérébrale), rien ne saurait la légitimer moralement.

Que les patients pour lesquels n'existe aucun traitement moralement licite se préparent à leur éternité, sûrs d'avoir fait ce qui est humainement possible pour conserver le corps que le Créateur leur avait donné en usufruit.

Que les hommes de l'art continuent à chercher les moyens licites de sauver les patients confiés à leurs soins par le divin Médecin.

Arbogastus

COURRIER DE ROME

Édition en Français du Périodique Romain

Si Si No No

Responsable :

Emmanuel du Chalard de Taveau

Adresse : B.P. 156 — 78001 Versailles Cedex

N° CPPAP : 0408 G 82978

Imprimé par

Imprimerie du Pays Fort

18260 Villegenon

Direction

Administration, Abonnement

Secrétariat

B.P. 156

78001 Versailles Cedex

E-mail : courrierderome@wanadoo.fr

Correspondance pour la Rédaction

B.P. 156 — 78001 Versailles Cedex

Abonnement

• **France :**

- de soutien : 40 €, normal : 20 €,

- ecclésiastique : 8 €

Règlement à effectuer :

- soit par chèque bancaire ou à l'ordre du Courrier de Rome, payable en euros, en France,

- soit par C.C.P. Courrier de Rome 1972-25 F Paris.

• **Suisse :**

- de soutien : CHF 100, normal CHF40

- ecclésiastique : CHF 20

Règlement :

- Union de Banques Suisses - Sion

C / n° 891 247 01E

• **Étranger (hors Suisse)**

- de soutien : 48 €,

- normal : 24 €,

- ecclésiastique : 9,50 €

Règlement :

IBAN : FR20 3004 1000 0101 9722 5F02 057

BIC : PSST FR PPP AR

ne saurait se fatiguer, mais le surmenage intellectuel existe par abus de l'instrument de la réflexion qu'est le cerveau.

45. Cf. I, 18, 1, c.

46. PIE XII, *Discours sur les problèmes de la réanimation*.

47. *De anima*, lib. II, lect. 1, n° 221 et 229.