LA DÉFINITION MÉDICALE DE LA MORT

Octavian ISTRĂTOAIE
Université de médecine et pharmacie de Craïova

Abstract

It should be admitted that the phenomenon of death has engaged the interest of researchers in various fields. Death has always been approached from a biological, medical, philosophical, legal, Christian perspective etc. Within one domain or another, this phenomenon has its own values and definitions, all including a common element, i.e. the end. From these definitions, we will see how the concept of death has evolved in medicine in order to enable the expansion of the scope of doctors' non-liability in the case of the declaration of death for the retrieval of organs and tissues.

Key words: *death*, *clinical death*, *brain death*, *organ retrieval*, *non-liability*

Résumé

Il convient de reconnaître que le phénomène de la mort a suscité depuis longtemps l'intérêt de la recherche dans divers domaines. On a parlé et on parle toujours de la mort au sens biologique, médical, philosophique, juridique, chrétien, etc. Vu dans un domaine ou un autre, ce phénomène a ses propres valences et définitions, toutes en comprenant un élément commun, à savoir la fin. A partir de ces définitions, on verra comment le concept de mort a-t-il évolué en médecine pour pouvoir permettre l'extension du domaine de non responsabilité des médecins dans le cas de la déclaration de la mort en vue du prélèvement d'organes et tissus.

Mots-clés: *mort*, *mort clinique*, *mort cérébrale*, *prélèvement d'organes*, *non responsabilité*

Si l'on analyse la mort du point de vue médical, force est de remarquer les nombreux signes d'interrogation que ce phénomène suscite. Quel est le moment de la mort? L'arrêt du cœur et de la circulation sanguine ou l'arrêt du cerveau? Est-ce qu'il nous appartient le droit à une mort digne? Pour une bonne période de temps, le moment de la mort a été considéré le moment de l'arrêt du cœur et de la circulation sanguine. Vu qu'on a confirmé que le massage cardiaque peut faire revivre le malade à cœur arrêté, le moment de la mort a été considéré ensuite celui de la mort cérébrale, quand on constate l'irréversibilité des lésions incompatibles à la vie du système nerveux central[1]. En ce qui concerne l'euthanasie, elle constitue et constituera encore un sujet de controverse. Des pays tels l'Allemagne, la Suisse, la Finlande, le Belgique, la Hollande admettent dans leurs législations le droit à la mort; est-il immoral qu'une personne refuse un traitement destiné à lui prolonger la vie amputée par toute une série de lésions irréversibles et incompatibles avec la dignité humaine? On ne sait pas qui est en mesure de répondre à cette question. Notre système de droit interdit l'euthanasie. Du point de vue juridique, la mort, en tant que fait engendrant d'effets juridiques, peut être

[1]O. Ungureanu, *Drept civil. Persoanele în reglementarea noului Cod civil*, Bucureşti, Editura Hamangiu, 2011, p. 101.

constatée de deux manières: le décès peut être constaté physiquement, par l'examen médical du corps humain et le constat médical de la mort matérialisé dans la délivrance du certificat de mort, acte probant qui sera enregistré à l'office de l'état civil, moment à partir duquel il produit des effets juridiques et, en l'absence du cadavre, par la procédure légale de la déclaration judiciaire de décès.

Du point de vue du *Dictionnaire explicatif de la langue roumaine*, la mort représente la fin de la vie, comme effet de l'arrêt de toutes les fonctions vitales. Selon le même dictionnaire, du point de vue juridique on a affaire, dans le cas de la mort déclarée, à une situation juridique créée à une personne disparue dans des circonstances qui font présumer sa *mort physique*, c'est-à-dire, la mort constatée par acte de décès. Dans le cas de la mort qui n'a pas de causes naturelles, on peut parler, d'homicide ou de crime, d'assassinat et, par extension, de massacre. Cette approche simpliste résume sommairement une série d'événements médicaux cliniques et anatomo-pathologiques qui finalement ont ce résultat[2]. La mort naturelle est une étape obligatoire dans l'évolution d'un être, sa définition avec toutes les implications médicales, éthiques, religieuses, juridiques, sociales suscite des controverses depuis 100 ans. La médecine moderne a exprimé un consensus dans l'approche des critères de la mort clinique, biologique ou cérébrale au début des années 1960. Jusqu'alors c'était un tabou, un thème esquivé dans les travaux scientifiques sérieux, en étant considéré comme dépassant les pouvoirs de la médecine moderne de ces années-là. Le développement important des techniques de réanimation et de thérapie intensive a transformé la zone de frontière entre la vie et la mort dans une zone de pénombre où le patient se trouve entre l'état de corps et celui d'esprit, zone où, actuellement, le médecin peut décider l'attitude correcte conformément aux dispositions légales. La déclaration de cessation de l'existence humaine du point de vue juridique est elle-aussi un processus élaboré qui suscite diverses polémiques. Le concept de mort cérébrale est une invention de la médecine contemporaine qui convient premièrement à la médecine de la transplantation. Dans le manuel de médecine légale pour les juristes on peut lire que «le repérage des signes de mort cérébrale est très important parce qu'il permet de récolter des organes et des tissus et, aussi il permet d'interrompre la thérapie inefficace... pour ne pas consommer inutilement les ressources médicales»[3].

1. La mort comme fait médical

Au début du XX^{e} siècle, les signes de la mort étaient hiérarchisés et catalogués selon les étapes alors considérées obligatoires du point de vue médical d'après les critères suivants[4]:

- la perte irréversible de la fonction respiratoire
- la perte irréversible des fonctions cardio-vasculaires
- l'algor mortis (le refroidissement post mortem des téguments)
- le livor mortis (la lividité post mortem)
- le rigor mortis (la rigidité post mortem)

[2] Pour la vision de la mort dans les dictionaires généraux et dans les dictionnaires juridiques, voir D. Dănişor, S. Cercel, *Les définitions de la mort et le respect dû à la personne décédée*, SCOL, 2014, p. 149-151.

[3] Cité par P. Chirilă, M. Popescu, L.A. Badea, *Moarte biologică. Moarte cerebrală. Moarte spirituală. Moarte socială*, Tabor 2008, http://www.tabor-revista.ro/in_ro.php?module=content_full&id= 10397

[4] C. Machado, *Brain death. A reappraisal*, New York, Springer, 2007, p.1–223.

- le spasme cadavérique
- la perte de la contraction musculaire
- la putréfaction
- la perte irréversible des fonctions du cerveau.

Il existe en fait aujourd'hui trois courants distincts pour donner une définition à la mort. L'approche classique dont les racines sont américaines, qui considère que les critères neurologiques ont trait au cerveau tout entier. Les premières qui se démarquent de cette approche en sont la Grande Bretagne et l'Inde, en se fondant sur des études de neuropathologie et en adoptant des critères focalisés exclusivement sur le tronc cérébral. Un troisième courant, minoritaire, initié par J.B. Brierley, en 1971, s'est propagé aux Etats-Unis, ensuite en Europe. Il est fondé sur le concept de «mort non corticale» de l'être humain, caractérisée par une étendue tellement vaste des lésions de la matière grise interdisant tout rapport conscient avec le monde extérieur, la personne devant être considérée morte, car cette vie n'est plus une vie.

La mort d'un être vivant est l'arrêt irréversible des fonctions vitales. Cette définition biologique montre que la science est incapable d'expliquer la vie et la mort, deux phénomènes qu'on ne peut expliquer que de l'extérieur parce qu'il nous échappe l'essence, leurs causes profondes en nous étant inconnues.

La définition de la mort évolue constamment: premièrement arrêt de la respiration, ensuite cessation des battements du cœur, pour que finalement apparaisse le critère de la mort cérébrale. C'est ce qui montre que la mort est plus que l'arrêt de l'activité biologique. La science est en réalité incapable de nous dire en quoi consiste la vie, quelle est la nature du souffle qui nous anime, d'où vient et ou il s'en va au moment de la mort.

En Roumanie, du point de vue médical et légal la mort est de quatre types.

La mort clinique qui est caractérisée par apnée (absence des mouvements respiratoires spontanés, asystolie), l'arrêt de l'activité du cœur et de la circulation sanguine et la suspension de l'activité cérébrale, processus réversible par des activités spécifiques de réanimation qui, effectuées en temps utile, peuvent rétablir l'activité cardiaque et le mouvement respiratoire spontané. La mort clinique est aussi appelée mort apparente: «Un médecin constate qu'une personne est en état de mort clinique quand elle n'a plus d'activité musculaire spontanée, quand elle ne respire plus et n'a plus de reflexes. Cet état est parfois réversible, grâce aux techniques de réanimation cardiaque et respiratoire»[5]. La mort clinique est constatée par le médecin depuis les premiers signes d'apparition de la mort: on constate la disparition de la vue, le regard en devenant fixe, les pupilles se dilatent et deviennent ovales; on peut parler de mort respiratoire que les médecins constataient aux siècles passés par le test du miroir posé devant la bouche du patient pour constater l'absence de la condensation; vient ensuite la mort cardiaque définie par l'arrêt du cœur qui ne peut plus être fait à battre par massage, choc électrique, défibrillateur, etc.

La mort cérébrale représente la destruction irréversible du cerveau et des structures sous-corticales, mais avec les fonctions du tronc cérébral inaltérées. Le patient présente un état de coma, des respirations spontanées présentes et des signes minimaux d'activité du cerveau à l'encéphalogramme. Cette forme suppose le maintient artificiel de la respiration et de l'activité du cœur. Si la mort du tronc cérébral survient

[5] P. Fréoun, C. Valerberghe, *Moubarak: mort clinique ou cérébrale, deux états distincts*, dans *Le Figaro* du 20.06. 2012.

simultanément ou ultérieurement, on peut déclarer la mort du cerveau comme tout et de chaque cellule cérébrale. C'est un moment irréversible où la récupération est impossible, quel que soit le type et la durée de la réanimation médicale rapidement instituée[6]. Le concept de mort cérébrale a donné naissance à trois paradigmes, les deux derniers en correspondant à la mort proprement-dite: *la mort du cortex cérébral, la mort du cerveau comme tout* et *la mort du tronc cérébral.*

Si la mort cérébrale comprenait aussi, initialement, le coma irréversible, depuis 1992 elle se redéfinit à partir de l'article *Rethinking Brain Death* (La redéfinition de la mort cérébrale)[7] qui mentionne les symptômes présentés par les personnes qui ont subi une mort cérébrale: 1. fonctionnement endocrine hypothalamique, 2. activité cérébrale électrique, 3. indice de communication affective avec l'environnement, 4. reflexes aux stimuli externes provenant du système nerveux central, ce qui a conduit à la délimitation de la mort corticale (le coma irréversible) de la mort réelle du malade accompagnée par la destruction du système nerveux central. Par l'introduction du syntagme "mort du tronc [cérébral]", on réalise une nouvelle différenciation des formes de mort du système nerveux central, en introduisant les critères de diagnostique de la mort du tronc, tant du point de vue clinique - l'absence des reflexes ophtalmo-cérébraux, photo-cinétiques, de la cornée et d'autres -, et en laboratoire - l'évaluation du circuit sanguin au niveau cérébral, électroencéphalogramme, etc. Il convient d'ajouter qu'en 2008 le Conseil national de bioéthique des Etats-Unis a déclaré que l'identification de la mort cérébrale à la mort du tronc est *suspecte du point de vue conceptuel* et *dangereuse du point de vue clinique*[8].

La mort biologique apparaît au moment où la qualité humaine du patient est perdue, ce dernier pouvant devenir donneur d'organes si la famille accepte ou s'il a donné son libre consentement de son vivant en ce sens (ce consentement doit être écrit et enregistrée avant la mort cérébrale). La mort biologique succède naturellement à la mort clinique, mais elle peut être déclarée directement si la personne est trouvée décédée ou si les manœuvres de réanimation n'ont produit aucun effet[9]. «La mort biologique ou la disparition de l'individu vivant et la réduction à zéro de sa tension énergétique consiste dans l'arrêt complet, définitif, c'est-à-dire irréversible des fonctions vitales, spécialement au niveau du triangle cerveau-cœur-poumon; la perte de la cohérence fonctionnelle est suivie de l'abolition progressive des unités tissulaires ou cellulaires»[10]. Le fait biologique de la mort est pensé habituellement par deux distinctions faites par les théories biologiques de la mortalité. Les hypothèses avancées par Peter Medawar, à partir de 1952, ensuite par G.C. Williams, auront pour conséquence conceptuelle d'effacer la distinction entre la mort accidentelle et la mort interne. Les théories de la mort cellulaire remettent en cause la distinction entre la mort des parties et la mort du tout, différences qui ont longtemps structuré l'approche conceptuelle de la mort biologique[11].

---

[6] C. Pallis, *Brainstem death--the evolution of a concept*, Medicine Legal Jurnal, 1987, nº 55, p. 84–104.

[7] Dr. Robert Truog et Dr James Fackler, *Rethinking Brain Death*, Critical Care Medicine, nº 12, 1992.

[8] Cité par l'abbé Ioannis Kokakis, médecin oncologue, *Transplanturile, un pas înainte înainte în ştiinţă sau un kaiadas ştiinţific*, https://graiulortodox.wordpress.com/2014/01/29/174-transplanturile-un-pas-inainte-in-stiinta-sau-un-kaiadas-stiitific/

[9] E.F. Wijdicks, *The neurologist and Harvard criteria for brain death*, Neurology, 2003, nº 61, p. 970–976.

[10] L.-V. Thomas, *La mort*, Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, 2003, p. 15.

[11] Voir dans ce sens P. Huneman, *L'individualité biologique et la mort*, dans Philosophie, n° thématique « la mort entre biologie et philosophie », dir. P. Huneman, Editions de Minuit, septembre 2004.

La mort apparente (appelée aussi *coma* ou *état végétatif*) peut être confondue dans des rares cas avec la mort réelle, car elle apparaît comme résultat du processus d'anesthésie, d'abolition des reflexes ostéotendineux, d'immobilité complète ou dans le cas où le patient présente des fonctions respiratoire et cardio-circulatoire très réduites, de telle manière qu'elles ne puissent pas être mises en évidence par les méthodes d'investigation classique[12]. Dans le cas de la mort apparente, les fonctions vitales sont tellement diminuées qu'elles ne peuvent être perçues qu'à l'aide des appareils spéciaux.

Le moment exact de la mort peut être apprécié par le médecin en base de signes cliniques et d'investigation qui établissent sans aucun doute la mort irréversible du cerveau. On peut donc affirmer que pratiquement la mort du cerveau représente l'élément de frontière entre la mort clinique et celle biologique. Pour le prélèvement d'organes à ce moment précis, il est imposé d'établir clairement l'absence des signes de vie et la présence des signes cadavériques, pour pouvoir déclarer l'état de mort biologique, suivie de la décision d'arrêter les appareils de soutien des fonctions vitales. C'est la raison pour laquelle le diagnostique de mort cérébrale présente quelques implications juridiques, morales, sociales et médicales.

La transformation d'une mort clinique en mort biologique en vue de prélèvement d'organes pour faire des transplants, peut devenir un acte déontologique interprétable. De la rapidité du diagnostic de mort cérébrale dépend le moment où l'on peut prélever les organes, plus vite et tant mieux, car la mort biologique suppose la mort de toutes les fonctions de l'organisme, l'effet d'autolyse pouvant apparaître peu après le moment du constat de la mort.

La législation a pour objectif de garantir le droit absolu et inaliénable de chaque individu à la vie et oblige le médecin de respecter strictement les règles de diagnostic de la mort biologique, en défendant en même temps le médecin qui fait ce constat de mort.

Ce qui est essentiel c'est la correcte définition du concept de mort cérébrale, sur des critères clairs et simples, pour que le médecin puisse interrompre, au moment du constat de la mort, le support artificiel des fonctions vitales. Ces critères ont été récemment formulés et ont subi les 60 dernières années des modifications importantes. Longtemps avant l'apparition et le développement de la technologie médicale moderne, la mort était diagnostiquée par l'arrêt de l'activité cardiaque et l'interruption des respirations spontanées, moment où l'on considérait que «l'âme abandonnait le corps»[13].

Un concept moderne est apparu en concordance avec le progrès technologique dans le domaine médical, *la mort neurologique* en étant depuis ce moment-là le critère essentiel du diagnostic de mort «irréversible». La réversibilité de l'activité du poumon et du cœur est démontrée à l'aide de la technologie et du développement des techniques de réanimation, et ce qui semblait impossible en 1950, l'affection massive et irréversible du cerveau permettait officiellement et légalement, mais seulement théoriquement à ce moment-là, d'établir la condition de la mort clinique, bien que les autres organes soient toujours fonctionnels sur support artificiel de maintien de la vie.

[12] D. Tudor, *Moartea şi tanatologia medico-legală*, http://www.exploremedicinetv.ro/medicina/medicina-legala/moartea-si-tanatologia-medico-legala.html

[13] J. Korein, C. Machado, *Brain death --Updating a valid concept for 2004*, Brain Death and Disorders of Consciousness, 2004, nº 550, p. 1–14.

Est-il le patient vivant ou mort? Ce problème médical et juridique a fait l'objet de nombreux débats publics de spécialité, ne pouvant pas être possible, à ce moment-là, d'établir exactement le point où la loi, la déontologie et le professionnalisme médical pouvaient parfaitement interférer. C'est pratiquement le moment où tous les corps de l'élite médicale et académique ont compris qu'il était nécessaire d'établir un protocole clair de la mort cérébrale, donc de la mort de l'individu et des conséquences médicales et juridiques y attachées, par la claire définition du concept de mort.

Par un regard rétrospectif, on peut affirmer que le nouveau tournant de la déclaration de la mort cérébrale comme mort clinique proprement-dite, comme mort tout court, ne représente en fait que la préparation du terrain médical, moral et juridique pour la transplantation d'organes, sans pouvoir démontrer une préméditation dans leur développement parallèle. Pratiquement, l'association de la mort du cerveau à la mort de l'individu a pu être possible séparément, par des moyens différents, la première en étant démontrée par le développement des techniques imagistiques non-invasives de diagnostic de l'activité cérébrale et la transplantation s'est réalisée grâce au développement des techniques chirurgicales spécifiques à la transplantation des organes et au traitement immunosuppressif qui permettent la consolidation de la transplantation et le non rejet par l'organisme[14].

En 1957 le Vatican affirmait officiellement que la déclaration de la mort est de la compétence du corps médical.

En 1959 le *coma dépassé* a été défini par Mollaret et Goulon par la présence des signes cliniques suivants: la chute ou l'absence de la tension artérielle en dépit des procédures de réanimation, l'absence pour 5 minutes des mouvements respiratoires spontanés, mydriase (dilatation des pupilles) fixe immobile et bilatérale, absence de toute réponse à la douleur, électroencéphalogramme sans signes d'activité cérébrale.

En 1969 on a formulé les *critères Harvard*: absence complète des mouvements respiratoires, absence de la réception de tout stimule et absence de tout réponse de l'organisme à des stimuli externes, absence de reflexe, électroencéphalogramme plate pendant 20 minutes consécutives[15].

En 1971 on a formulé les *critères Minnesota*[16]:

- l'absence des mouvements respiratoires pendant au moins 4 minutes,
- l'absence des réflexes au niveau du tronc cérébral (pupillaire, oculaire, de déglutition, vestibulooculaire, oculocéphalique et ciliospinal),
- l'existence de certaines lésions intracrâniennes déjà diagnostiquées, mais irréversibles, l'absence de mouvements spontanés,
- l'exclusion des facteurs métaboliques qui puissent générer une condition clinique semblable,
- tous ces aspects inchangés pendant 12 heures.

---

[14] C. Machado, J. Korein, Y. Ferrer et al., *The concept of brain death did not evolve to benefit organ transplants*, J. Med. Ethics, 2007, nº 33, p. 197–200; *A definition of irreversible coma*, Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death, J. Am. Med. Assoc, 1984, nº 252, p. 677–679.

[15] E.F. Wijdicks,*The neurologist and Harvard criteria for brain death*, Neurology, 2003, nº 61, p. 970–976; M.M. Jan, *Brain death criteria The neurological determination of death*, Neurosciences, 2008, nº13, p. 350–355.

[16] C. Pallis, *Brainstem death*, dans R. Braakman, editor, Handbook of Clinical Neurology, Head Injury, vol. 13, Amsterdam, Elsevier Science, 1990. p. 441–496.

Le Collège des neurologues de Grande Bretagne[17] formule en 1976 *Le Code de la mort cérébrale,* en apportant quelques détails pratiques utiles pour le malade en mort cérébrale: patient en coma profonde sans cause toxique, métabolique ou hypothermique, patient à respiration spontanée absente ou totalement inefficace, non induite par des médicaments, lésions cérébrales connues pour irréversibles. Les tests utiles pour attester le diagnostic faisaient référence à l'absence des respirations spontanées après avoir coupé la ventilation mécanique, aux pupilles aréactives, à l'absence de toute réponse à des stimuli externes, l'abolition du réflexe cornéen, de déglutition et oculovestibulaire[18].

En 1977 le *Collège Nord Américain de Neurologie* donne des détails à ce sujet: patient en coma profond complètement aréactif, absence de tout réflexe cérébral à pupilles dilatés, fixes, et complètement aréactives, absence des respirations spontanées, électroencéphalogramme sans activité cérébrale détectable, absence des réflexes liés à l'activité du tronc cérébral ou à la circulation cérébrale. Toutes ces modifications devraient être présentes entre 30 minutes et 6 heures du début du coma[19].

Le Guide de l'Académie américaine de neurologie a formulé en 1995 les critères nécessaires pour le diagnostic de *coma dépassé*, critères valables actuellement: la démonstration de l'état de coma profond, la définition exacte de la cause du coma, l'élimination de toutes les causes qui pourraient conférer au coma l'état de réversibilité (hypothermie, médicaments dépressifs du système nerveux, affections métaboliques graves), l'absence des réflexes liés à l'activité du tronc cérébral, l'absence des mouvements respiratoires spontanés, l'absence de tout mouvement spontané du patient. Les tests de réévaluation clinique sont répétés après 6 heures, tandis que les tests de laboratoire sont répétés seulement si les tests cliniques ne sont pas éloquents[20].

Comme l'on vient de constater, le concept de mort clinique fondé sur l'évaluation et les critères neurologiques n'a pas été clairement défini. Dans l'Union européenne seulement 7 des 18 pays membres, au début de ce siècle, avant son élargissement, avaient un code unique de diagnostic de la mort cérébrale et les tests de laboratoire considérés utiles pour le diagnostic de coma dépassé n'étaient obligatoires que dans ces 7 pays, les autres les considérant utiles mais le manquement à leur réalisation n'étant considéré une faute médicale.

En 1990, le diagnostic de *la mort dépassée* pouvait être établi par un seul médecin, à condition d'avoir la compétence nécessaire pour un tel diagnostic. Actuellement, dans l'Union européenne, il est nécessaire un diagnostic élaboré par deux médecins accrédités, les investigations de laboratoire sont obligatoires pour la formulation du diagnostic et les critères de la mort cérébrale sont ceux élaborés en 1995 par l'Académie Américaine, assimilés en 1999 par l'Association canadienne de

[17]C. Machado,D.L. Shewmon, *Brain Death and Disorders of Consciousness*., vol. 50, New York, Kluwer Academics/Plenum, 2004. p. 1–268; J. Korein, C. Machado, *Brain death --Updating a valid concept for 2004*, Brain Death and Disorders of Consciousness, 2004, nº 550, p. 1–14.

[18] C. Machado, *First organ transplant from a brain-dead donor*, Neurology, 2005, nº 64, p. 1938–1942.

[19] M.K.S. Heran, *A review of ancillary tests in evaluating brain death*, Can. J. Neurol. Sci., 2008, nº 35, p. 409–419.

[20] C. Machado, *First organ transplant from a brain-dead donor*, Neurology, 2005, nº 64, p. 1938–1942; M.K.S. Heran, *A review of ancillary tests in evaluating brain death*, Can. J. Neurol. Sci., 2008, nº35, p. 409–419.

neurologie et récupération et, deux ans après, en 2001, par le Guide européen de neurologie.

Du point de vue physiopathologique, l'élément essentiel qui détermine la mort du cerveau est l'augmentation de la pression intracérébrale au-delà des valeurs de la tension artérielle périphérique, suivie de la chute à zéro de la pression circulatoire cérébrale et, ultérieurement, l'arrêt complet de la circulation sanguine intracérébrale, phénomène immédiatement suivi par la nécrose et la destruction irréversible des structures du cerveau. A support artificiel de ventilation et cardiaque efficace, il est possible à ce moment de maintenir les fonctions des autres organes somatiques.

Il existe des situations médico-légales où l'arrêt de la circulation du cerveau et la destruction ultérieure de ses structures n'est pas la conséquence de l'augmentation excessive de la pression intracérébrale: chez les enfants à fontanelle encore ouverte ou chez les adultes à déformations sévères ou traumatismes à destruction du crane, situations où l'on perd le liquide ventriculaire ou l'on pratique la décompression chirurgicale de la circulation intracérébrale.

Un autre mécanisme qui peut être impliqué dans la destruction irréversible des structures du cerveau est représenté par les destructions du tissu nerveux et de la cellule nerveuse, subséquemment à des processus biochimiques dans les conditions du maintien normal de la pression intracrânienne avec la préservation de la circulation intracrânienne qui peut fournir assez d'oxygène et des substances nutritives nécessaires au bon fonctionnement cérébral, dans des conditions idéales. L'absence d'oxygène et des éléments nutritifs nécessaires au fonctionnement du cerveau n'est pas la conséquence du déficit de la circulation cérébrale, mais de certains processus déficitaires intrinsèques à la cellule nerveuse[21].

2. L'importance de l'évolution de la définition médicale de la mort

Pourquoi la définition de la mort est-elle importante? Parce que le problème le plus important reste de savoir quel est le moment précis où l'on peut prendre l'initiative du prélèvement d'organes dans le cadre légal approprié. Le prélèvement d'organes implique l'existence d'un donneur, représenté par un sujet maintenu artificiellement en vie, se trouvant en mort cérébrale, compatible du point de vue génétique avec le bénéficiaire d'organes transplantés, se trouvant sur une liste d'attente préexistante. Du point de vue juridique, par la définition de la *mort cérébrale* (en 1981, la Commission nationale des transplantations des Etats-Unis a définit la mort comme étant la cessation irréversible de la fonction cardiorespiratoire et l'arrêt irréversible du fonctionnement du cerveau) on a réussit, dans les pays où cette théorie est acceptée, de la légiférer, les définitions de la mort en étant différentes d'un pays à l'autre. En Roumanie, par exemple, par la décision du Conseil central de la santé de 1985, la mort est définie comme la perte irréversible de la capacité de la conscience accompagnée par la perte irréversible de la capacité de respiration automatique.

Dans les années 1950-1960 se développent des techniques qui permettent d'une part les greffes d'organes et, d'autre part, la réanimation. Le problème délicat qui se pose est celui de savoir si l'on peut prélever des organes de ces morts-vivants qui ne peuvent être tenus en vie qu'artificiellement, c'est-à-dire si ceux qui respirent encore (aidés ou non) sont vivants ou morts, si l'on peut déconnecter les appareils et, ainsi, les

[21] C. Machado, *First organ transplant from a brain-dead donor*, Neurology, 2005, nº 64, p. 1938–1942.

tuer ou, dans une autre optique, mettre fin à leur souffrance. C'est la préoccupation de l'Ecole de médecine de Harvard qui se propose de définir le *coma irréversible* comme le nouveau critère de la mort, définition nécessaire pour deux raisons. Premièrement, les progrès de la médecine et de la technique tendent à sauver des malades dont le cœur bat encore, mais dont le cerveau est irrémédiablement lésé, en souffrant d'une «perte permanente de l'intellect»[22]. Deuxièmement, parce que des critères obsolètes de définition de la mort peuvent inévitablement conduire à des controverses concernant les organes obtenus des patients présentant ce diagnostic en vue de la greffe d'organes[23].

La nouvelle définition de la mort qui se concentre sur le coma irréversible est douteuse par son caractère minimaliste, pouvant être suspectée d'un but utilitariste et de négliger la dignité humaine, le corps en devenant une banque d'organes. «La nouvelle définition est donc la condition théorique qui permet de déclarer sur le plan pratique que le corps est mort, en lui laissant cependant une vie suffisante pour en extraire les organes précieux»[24]. Le choix de la mort cérébrale comme critère de la mort est commandé par l'exigence utilitariste de réalisation des transplantations en bonnes conditions. Par cette définition le corps du patient est transposé dans la classe des choses mortelles, pouvant maximiser le rendement d'un corps qui ne cesse pas d'être utile même quand il est mort, par le fait qu'il est déclaré mort: «On bénéficie de la coopération "active" d'un organisme fonctionnel déclaré mort, raison pour laquelle on ne peut subir aucun préjudice, c'est-à-dire qu'on a les avantages du donneur vivant, sans les désavantages imposés par ses droits et intérêts»[25]. Cette nouvelle définition de la mort est adoptée à la suite de la pression exercée par le corps médical confronté à l'indisponibilité d'organes, les signes de la mort cérébrale en devenant les signes de la mort avec toutes ses implications médicales et juridiques.

La mort doit être mort du corps entier, et non pas d'une partie de l'organisme considérée le siège de la vie en soi. Il faut donc conclure que «le maintien de l'activité de la fonction cardiaque ou du système circulatoire, même quand elle n'est pas spontanée et quand le cerveau cesse de fonctionner, oblige à reconnaître la persistance de la vie au sein de l'organisme considéré comme un tout»[26]. Car la mort n'est pas le contraire de la vie ou son point final, mais sa condition. Ce néant est tout pour nous, et c'est de ce tout-ou-rien dont il est question...[27]

On peut conclure qu'il n'appartient pas à la médecine de définir la mort, car l'attribution d'une limite objective à la vie du patient constitue une tentation symptôme d'une médecine asservie aux objectifs de définition de la mort pour servir aux intérêts sociaux. Il faut porter un jugement axiologique sur la qualité de la vie et non pas définir la mort comme un fait clinique. Ce jugement implique l'éthique: «la question ne peut être résolue en décrétant que la mort s'est déjà produite et que le corps et du

[22]É. Pommier, *Mort cérébrale et transplantations d'organes selon Hans Jonas*, dans MAGPHILO, *La Bioéthyque,* 2010, http://www.cndp.fr/magphilo/index.php?id=77

[23] L. Bossi, *Histoire naturelle de l'âme*, Paris, Presses universitaires de France, 2003, p. 396.

[24] É. Pommier, *Mort cérébrale et transplantations d'organes selon Hans Jonas*, dans MAGPHILO, *La Bioéthyque,* 2010, http://www.cndp.fr/magphilo/index.php?id=77

[25] H. Jonas, *Technik, Medizin und Ethik,* Insel, 1985, p. 231-232.

[26] É. Pommier, *Mort cérébrale et transplantations d'organes selon Hans Jonas*, dans MAGPHILO, *La Bioéthyque,* 2010, http://www.cndp.fr/magphilo/index.php?id=77

[27] V. Jankélévitch, *La mort*, Champs, Flammarion, 1977, p. 13.

domaine des choses; mais en considérant plutôt, par exemple, qu'il n'est pas humainement justifié et d'autant moins demandé de prolonger artificiellement un corps privé de cerveau»[28]. C'est à cette condition seulement que la mécanique de la routine est remplacée par la responsabilité d'une décision chargée de valeur.

Les réussites médicales concernant la transplantation d'organes ont été et sont possibles grâce à une définition de la mort qui permette le prélèvement d'organes et de tissus. Les scientifiques croient dépasser un jour *le point sans retour*, en révisant effectivement la définition de la mort[29].

BIBLIOGRAPHIE

Bossi L., *Histoire naturelle de l'âme*, Paris, Presses universitaires de France, 2003.

Chirilă, P., Popescu, M., Badea, L.A., *Moarte biologică. Moarte cerebrală. Moarte spirituală. Moarte socială,* Tabor 2008, http://www.tabor-revista.ro/in_ro.php?module=content_full&id=10397

Dănişor D., Cercel S., *Les définitions de la mort et le respect dû à la personne décédée*, dans «Studii şi cercetări de onomastică şi lexicologie», Nr. 1-2/2014.

Dr. Robert Truog et Dr James Fackler, *Rethinking Brain Death*, «Critical Care Medicine», nr. 12, 1992.

Fréoun P., Valerberghe C., *Moubarak: mort clinique ou cérébrale, deux états distincts*, dans «Le Figaro» du 20.06. 2012.

Heran M.K.S., *A review of ancillary tests in evaluating brain death*, Can. J. Neurol. Sci., 2008, n°35, p. 409–419.

Huneman P., *L'individualité biologique et la mort*, dans «Philosophie», n° thématique «la mort entre biologie et philosophie», dir. P. Huneman, Editions de Minuit, septembre 2004.

Jan M.M., *Brain death criteria. The neurological determination of death*, «Neurosciences», 2008, n°13, p. 350–355.

Jankélévitch V., *La mort*, Champs, Flammarion, 1977.

Jonas H., *Technik, Medizin und Ethik,* Insel, 1985.

Kokakis I., *Transplanturile, un pas înainte înainte în ştiinţă sau un kaiadas ştiinţific*, https://graiulortodox.wordpress.com/2014/01/29/174-transplanturile-un-pas-inainte-in-stiinta-sau-un-kaiadas-stiitific/

Korein J., Machado C., *Brain death - Updating a valid concept for 2004*, «Brain Death and Disorders of Consciousness», 2004, n° 550, p. 1–14.

Machado C., *First organ transplant from a brain-dead donor*, «Neurology», 2005, n° 64, p. 1938–1942.

Machado C., Korein J., Ferrer Y. et al., *The concept of brain death did not evolve to benefit organ transplants*, «J. Med. Ethics», 2007, n° 33, p. 197–200.

Machado C., Korein J., Ferrer Y. et al., *A definition of irreversible coma*, Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death, «J. Am. Med. Assoc», 1984, n° 252, p. 677–679.

Machado C., *Brain death. A reappraisal*, New York, Springer, 2007, p.1–223.

[28] H. Jonas, *Technik, Medizin und Ethik*, Frankfurt-am-Main, Suhrkamp, 1985, p. 229-230.

[29] M. Stoica, *Ce este moartea? Care este momentul exact când eşti decedat potrivit oamenilor de ştiinţă?*, dans Medical Daily du 03.03.2015, http://www.descopera.ro/stiinta/13923373-ce-este-moartea-care-este-momentul-exact-cand-esti-decedat-potrivit-oamenilor-de-stiinta

Pallis C., *Brainstem death*, dans R. Braakman, editor, «Handbook of Clinical Neurology, Head Injury», vol. 13, Amsterdam, Elsevier Science, 1990, p. 441–496.

Pallis C., *Brainstem death--the evolution of a concept*, «Medicine Legal Jurnal», 1987, n° 55, p. 84–104.

Pommier É., *Mort cérébrale et transplantations d'organes selon Hans Jonas*, dans MAGPHILO, *La Bioéthyque,* 2010, http://www.cndp.fr/magphilo/index.php?id=77

Stoica M., *Ce este moartea? Care este momentul exact când eşti decedat potrivit oamenilor de ştiinţă?*, dans «Medical Daily» du 03.03.2015, http://www.descopera.ro/stiinta/13923373-ce-este-moartea-care-este-momentul-exact-cand-esti-decedat-potrivit-oamenilor-de-stiinta

Thomas L.-V., *La mort*, «Que sais-je?», Presses universitaires de France, 2003.

Tudor D., *Moartea şi tanatologia medico-legală*, http://www.exploremedicinetv.ro/medicina/medicina-legala/moartea-si-tanatologia-medico-legala.html

Ungureanu O., *Drept civil. Persoanele în reglementarea noului Cod civil*, Bucureşti, Editura Hamangiu, 2011.

Wijdicks E.F., *The neurologist and Harvard criteria for brain death*, «Neurology», 2003, n° 61, p. 970–976.