

# *Qu'est-ce que vraiment la mort ?*

**Monseigneur Michel Aupetit**

*Évêque auxiliaire de Paris, médecin*

**Jean-Paul Guitton :** Je ne sais si l'Académie est tout à fait consciente d'avoir posé par deux fois à Monseigneur Aupetit à peu de choses près la même question ! Dans notre programme sur l'homme – Qu'est-ce que l'homme ? en 2009 – nous avons entendu Mgr Aupetit sur le sujet des *frontières de la vie*. Cinq ans plus tard nous lui avons demandé de revenir pour parler plus précisément de l'une de ces frontières, la mort.

La raison en est assurément dans ce que Mgr Aupetit a acquis une compétence certaine sur toutes les questions touchant à la vie, et donc à la mort que nous considérons, cette année, comme *un temps à vivre*.

Je rappelle brièvement son parcours. Après douze années de pratique médicale à Colombes, comme médecin généraliste, de 1979 à 1990, il est ordonné prêtre en 1995, il est vicaire de Saint-Louis-en-l'Île puis de Saint-Paul-Saint-Louis et, parallèlement de 1995 à 2001, aumônier des lycées et collèges du Marais. De 2001 à 2006, il est curé de Notre-Dame-de-l'Arche-d'Alliance dans le 15<sup>e</sup> arrondissement.

Pendant ces mêmes années, le père Aupetit assume la charge de la commission de bioéthique pour le diocèse de Paris, ainsi que celle d'un enseignement au département d'éthique médicale de la faculté de médecine

de Créteil et à l'École cathédrale. Il trouve aussi le temps d'écrire quelques livres : le dernier, en 2011, traite de *L'homme, le sexe et Dieu*.

Depuis 2006 Mgr Aupetit est vicaire général de l'archidiocèse de Paris. Sa nomination le 2 février 2013 comme évêque auxiliaire de Paris, avec le titre d'évêque titulaire de *Massita*, n'a pas entraîné de changement dans ses fonctions, si ce n'est qu'il s'est vu confié par le cardinal quelques nouvelles responsabilités.

Votre livre *La mort et après ?* a abordé la question de la mort que l'AES s'efforce de traiter cette année. Voilà déjà quatre mois que nous parlons de la mort, mais les premières séances nous ont bien montré, si nous ne le savions pas, qu'il est nécessaire de préciser un peu les choses. Car il y a la mort clinique (l'arrêt cardiaque), la mort cérébrale, la mort biologique, la mort médico-légale, etc. Il faudrait évoquer aussi la séparation de l'âme et du corps, dont la sagesse populaire nous apprend qu'elle a peut-être lieu un certain temps plus tard : que l'on pense à M. Marlborough, dont la chanson prétend, tandis qu'on le portait en terre, qu'*on vit voler son âme à travers les lauriers*.

Alors, Monseigneur, pouvez-vous maintenant nous aider à répondre à la question *Qu'est-ce que vraiment la mort ?*

**Monseigneur Michel Aupetit :** Je dois parler de la mort, de cet instant si particulier qui nous fait passer de la vie à trépas. Puisque ces sujets sont traités à d'autres moments, je m'abstiendrai donc de parler de l'avant, ce qu'on appelle la fin de vie et de ses enjeux si actuels et de l'après qui est le propre de l'espérance qui traverse les civilisations humaines et trouve son acmé dans la résurrection du Christ.

### Qu'est-ce donc ?

La mort n'existe pas en soi. Elle est relative à la vie car s'il n'y a pas de vie, il n'y a pas de mort puisque la mort est l'arrêt de la vie.

La vie elle-même est très difficile à définir. Nous savons parfaitement la décrire dans son fonctionnement et la plupart des définitions sont d'ordre biologique et concernent l'organisation de la vie.

Pour **Jacques Monod**, elle est née du hasard « *le monde n'était pas gros de la vie* »<sup>1</sup>.

**Christian de Duve** pense que la vie est un processus chimique qui s'explique complètement par les propriétés des molécules qui constituent les êtres vivants, cependant il contredit cette affirmation de son confrère et pense que la vie devait obligatoirement naître dans les conditions qui ont présidé à sa naissance<sup>2</sup>.

Mais peut-on réduire la vie à la seule structure matérielle ?

Répondant aux scientifiques qui réduisent la vie aux mécanismes chimiques qui caractérisent les vivants, le philosophe **Michel Henry** affirme que « *dans la biologie, il n'y a pas de vie, il n'y a que des algorithmes* »<sup>3</sup>.

En fait la vie n'est connue que par l'observation d'un être vivant qui la manifeste et l'exprime.

Une autre chose étrange est la définition qu'en a donnée, en 1800 Xavier Bichat le

célèbre médecin de l'empire :

« *La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort* ». Il est étonnant de donner une définition de la vie qui est un fait observable et objectivable en soi, à partir de la mort dont la définition ne peut se dire qu'à partir de la vie.

La vie ? Un des plus grands mystères qui nous est donné de contempler faute de le comprendre vraiment.

D'où vient la vie ? D'une complexification de la matière inerte ? Du message codé qui se transmet de génération en génération ?

Mais d'où vient ce message ? Les quatre éléments que l'on appelle nucléotides et qui composent l'ADN pour structurer le vivant, peuvent-ils à eux seuls exprimer la vie ?

Qu'est-ce que cet élan vital que l'on voit partout surgir de la terre, de graines en train de pourrir ou de racines quasi desséchées ? Cet élan vital qui multiplie les animaux les plus frustrés et jusqu'à l'homme lui-même, cet homo sapiens, qui se pense savant parce qu'il croit maîtriser la vie en empêchant la fécondation ou en la singeant dans des tubes à essai, sans pouvoir arriver à la cheville, si j'ose dire, de ce que produit la nature ?

Et cette mort programmée des cellules, et cet inéluctable vieillissement que tous nos efforts surhumains pour rester jeunes ne font que masquer bien maladroitement et de manière illusoire ?

### Souhaitez-vous devenir immortel ?

Un médecin connu pour répondre sur le site Doctissimo multiplie les interventions dans des conférences et sur les réseaux sociaux pour nous dire que bientôt nous allons tous devenir immortels. Sa théorie repose sur l'explosion des technologies **NBIC**. N comme nanotechnologie, B comme biotechnologie, I comme informatique, C comme cognitivisme. Sa théorie est que grâce à ces techniques nouvelles nous pourrions réparer nos organes, les modéliser en décryptant le vivant grâce à des ordinateurs puissants, changer notre ADN, mettre des implants électroniques,

<sup>1</sup> Monod Jacques, *Le hasard et la nécessité*, 1970

<sup>2</sup> De Duve Christian, *La science, l'homme et le monde*. Presses de la Renaissance, Paris 2008

<sup>3</sup> Henry Michel, *C'est moi la vérité*, Seuil, Paris, 1996

régénérer les tissus en reprogrammant nos organes.

Cette vision d'un homme qui ne sera pas seulement à réparer mais à transformer s'appelle transhumanisme. Elle fait naître beaucoup d'espoirs mais aussi beaucoup d'illusions. Quand on sait que la médecine n'est pas arrivée à soigner efficacement une grippe toute bête, de tuer le virus, cette petite cellule ridicule dont on ne devrait faire qu'une bouchée avec toutes ces technologies modernes. Nous ne recevons que des médicaments pour faire tomber la fièvre et soulager les courbatures. Et tant pis si nous mourrons d'une complication intercurrente.

J'ai bien peur qu'il se passe beaucoup de temps avant que les prédictions d'immortalité ne soient efficaces.

Au début des années 1970 on a découvert la notion d'apoptose. Il s'agit de la mort cellulaire programmée. A l'âge adulte dans notre organisme, le renouvellement cellulaire et le maintien de notre structure organique se jouent entre la mitose qui est la multiplication cellulaire, et l'apoptose.

Il existe bien un cas de cellules immortelles : ce sont les cellules cancéreuses. Ceci est sans doute étonnant mais la médecine consiste justement à soigner en détruisant les dites cellules immortelles.

## **LA MORT OBJECTIVE**

### **La mort clinique et la mort biologique**

#### La mort clinique

La mort dite clinique est celle qui permet au médecin de constater la mort et qui se signale par des signes objectifs : mydriase bilatérale aréactive, arrêt cardiaque et encéphalogramme plat qui traduirait « la cessation irréversible de toute fonction cérébrale ».

Elle a connu bien des vicissitudes et des affinements passant de l'arrêt respiratoire constaté par absence du souffle sur le miroir à l'absence de pouls perçu au palper jusqu'aux

signes cliniques d'aujourd'hui renforcés par les techniques les plus récentes. La mort encéphalique ou cérébrale est devenue plus importante que l'arrêt cardiaque. C'est ainsi que même lorsque que le corps est « vivant », c'est-à-dire que la respiration autonome est intacte et que le cœur bat encore, on parle de mort cérébrale car depuis le 20<sup>e</sup> siècle on accorde plus d'importance au cerveau qu'au cœur.

#### La mort biologique

La mort biologique est la mort définitive, irréversible dont le signe patent est le début de la décomposition.

#### La mort administrative

La circulaire Jeanneray du 24 avril 1968 donne une définition officielle de la mort en France qui s'appuie sur trois conditions :

1/ le constat des quatre signes fondamentaux : l'abolition de la respiration spontanée, l'abolition de toute activité des nerfs crâniens, la perte totale de l'état de conscience et un électroencéphalogramme plat pendant 3 minutes.

2/ l'élimination de causes simulatrices de la mort comme l'intoxication, l'hypothermie

3/ un délai d'observation minimum avec persistance des signes.

### **Quelle vie entre la mort clinique et la mort biologique ?**

#### Les expériences de mort imminente

Les expériences de mort imminente (NDE, Near death experience pour les anglo-saxons), ont aujourd'hui touché un large public du fait du témoignage de ceux qui l'ont vécue ou de ceux qui ont lu le célèbre livre du docteur Moody : «Life after life ».<sup>4</sup>

Elles font état de manifestations singulières vécues subjectivement par l'individu en état

---

<sup>4</sup> Moody R. A. Jr *La vie après la vie*, Robert Laffont, Paris 1979.

de mort clinique et réanimé par la suite. Les personnes concernées décrivent une étrange expérience qui est intéressante en raison de la concordance des récits. Elles ne sont pas nouvelles, puisque de semblables descriptions ont été retrouvées à différentes époques jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle. En revanche, leur généralisation a permis une réflexion scientifique et spirituelle comme le manifeste ce manuel clinique des expériences extraordinaires qui vient de paraître.

En voici le schéma classique :

1 - La personne déclare que les mots humains ne peuvent exprimer ce qui a été vécu.

2 - La personne entend les gens qui l'entourent (médecin, famille) la déclarer morte.

3 - Ressenti d'une paix profonde.

4 - Bruit perçu (comme une sonnerie).

5 - La personne « sort » de son corps et « flotte ».

6 - La personne se sent aspirée dans une sorte de tunnel.

7 - Elle rencontre des anges ou des personnes décédées de sa famille.

8 - Elle voit une lumière brillante et parfois en son centre un « être de lumière ».

9 - La personne revit sa vie en accéléré et ressent les effets de ses actes (bons ou mauvais) sur les autres.

10 - Elle se heurte à une « frontière ».

11 - La personne se retrouve dans son corps au moment où elle est réanimée et sort de son coma.

12 - Elle n'a plus peur de la mort.

### **Que faut-il en penser ?**

Il convient d'abord de rechercher les raisons organiques de telles manifestations. Si la recherche scientifique peut leur donner une explication logique, il convient de la recevoir sérieusement.

Il faut, je crois, distinguer les expériences de mort imminente qui se produisent chez des patients en état de mort clinique dont l'électroencéphalogramme plat traduit l'absence d'activité cérébrale, avec les expériences extraordinaires vécues par des patients sous l'emprise d'une drogue ou de phénomènes hallucinatoires d'origine indéterminée. Actuellement, aucune explication psychologique, pharmacologique ou neurophysiologique ne permet de comprendre ces expériences à l'approche de la mort.

Il faut préciser tout d'abord, que ces patients ont fait l'expérience d'une mort clinique, c'est-à-dire réversible et non d'une mort biologique, à savoir irréversible. Pas un seul n'est allé au-delà de la mort. Tous décrivent une frontière qu'ils n'ont pas pu franchir.

Peu d'entre eux connaissent le terme « d'expériences de mort imminente » (NDE, Near Death Experience pour les anglo-saxons) et sa réalité,

### **Et le christianisme ?**

Si on les compare avec ce que nous croyons comme chrétiens, il n'y a rien qui soit en contradiction avec notre foi dans la vie éternelle.

Nous croyons que l'âme immortelle de l'homme peut rencontrer dès sa mort son Créateur et Seigneur. L'âme au moment de la mort, survit encore, « sort » du corps sans vie en continuant d'exister subjectivement : c'est toujours l'âme de Monsieur ou de Madame «Un(e) tel(le)». Les patients ayant vécu une E.M.I. parlent de conscience claire de soi, de vie dans le réel et s'ils n'emploient pas le terme d'âme, c'est qu'il s'agit d'un concept théorique qui ne fait que traduire ce principe d'existence. Cette perception claire de la conscience d'être soi correspond à la foi des chrétiens qui affirme que la relation avec Dieu est une relation de communion dans l'amour appelée Alliance dans la Bible. Ceci est différent de la conception extrême-orientale de la fusion dans le « Grand Tout », Principe universel où n'existe plus de « moi » substantiel et immuable.

La rencontre avec un défunt dont on ignore le décès, peut manifester ce que le « symbole de la foi » appelle la « communion des saints ». Cette expression traduit cette relation nouvelle qu'instaure entre les hommes le Christ ressuscité en transfigurant nos relations humaines antécédentes. C'est lien nouveau que la mort ne peut pas abolir.

La paix profonde ressentie par presque toutes les personnes ayant vécu une E.M.I. rejoint la paix que le Christ a promise à ses disciples : « *Je vous donne ma paix* » (Jean 14, 27).

Quant à la lumière extraordinaire souvent décrite, elle trouve un écho dans cette phrase de l'Apocalypse de Saint Jean : « *la nuit n'existera plus, ils n'auront plus besoin de la lumière d'une lampe ni de la lumière du soleil, car le Seigneur Dieu répandra sur eux sa lumière, et ils régneront pour les siècles des siècles* » (Apocalypse 22, 4-5).

Le déroulement de toute la vie en quelques secondes au cours desquelles les patients ressentent les effets de leurs actes sur les autres, pourrait correspondre au jugement particulier au moment de la mort dont parle la foi catholique.

Enfin et surtout, ce sentiment d'être aimé au-delà de toute mesure, exprimé par ceux qui ont vécu une expérience « complète » selon le Dr Moody, ne peut que conforter l'espérance chrétienne d'un Dieu d'Amour qui est l'essence même du christianisme : « *Dieu est amour* » (1 Jean 4, 8).

En conclusion, il n'est pas possible de faire fi de toutes ces expériences subjectives en particulier lorsqu'elles se généralisent et se recourent de manière aussi étonnante. Il convient tout d'abord d'y prêter attention en respectant les personnes qui les ont vécues et qui se sentent souvent blessées par les sarcasmes des incrédules. Il faut en rechercher les causes naturelles, s'il y en a, et ne pas se laisser entraîner à des réactions épidermiques ou exaltées. En tout état de cause, pour les croyants, c'est l'occasion de revisiter avec fruit le contenu de leur espérance, de leur foi, et d'en tirer les conséquences comme le font la plupart de ces expérimentateurs pour vivre une vie meilleure, plus harmonieuse avec

Dieu et avec les autres.

La foi chrétienne nous apprend dans le Premier Testament que « *Dieu n'a pas fait la mort, il ne se réjouit pas de voir mourir les êtres vivants* » (Sg 1, 13).

Cette affirmation de foi trouvera son aboutissement dans le message du Christ : « *je suis venu pour qu'ils aient la Vie et la Vie en abondance* » (Jn 10, 10).

### **La question des greffes**

Le moment entre la mort clinique et la mort biologique est aussi celui d'une possible réanimation ; En cas d'absence d'oxygénation du cerveau et donc de dégradation de celui-ci, les réanimateurs se donnent peu de temps : entre trois minutes et dix minutes. Au-delà de vingt minutes, les lésions cérébrales sont le plus souvent gravissimes et irréversibles.

La question des greffes se pose dans ce temps très court où il faut choisir de réanimer encore ou de prélever l'organe qui peut sauver une personne en attente de greffe.

Cependant, la définition administrative de la mort étant ambiguë, pour définir le « certain temps », on est passé de trois à trente minutes d'électroencéphalogramme plat. Actuellement on demande deux électroencéphalogrammes à six heures d'intervalle par deux médecins différents. Ceci ne définit que la mort cérébrale mais beaucoup de pays refusent que l'on prélève des organes sur un corps vivant, le cœur battant encore (Japon, pays musulmans).

La réanimation signifie étymologiquement la réactivation de l'âme. Ce terme étant compris au sens philosophique du terme : anima étant simplement le principe de vie.

La Conférence des Évêques de France relève une ambiguïté du vocabulaire désignant l'état de la personne susceptible d'être prélevée alors que son cerveau n'est plus fonctionnel mais que sa respiration est maintenue artificiellement pour garder intacts ses organes : « coma dépassé » suggère seulement une forme particulière de coma et « mort cérébrale » laisse imaginer une mort partielle « l'inadéquation du vocabulaire, jointe à la

difficulté d'accepter le décès alors que demeurent les apparences de vie, entraîne dans l'esprit de beaucoup des doutes sur la réalité de la mort ».<sup>5</sup> Cette déclaration conclut que s'ils sont réalisés dans le respect de toutes les personnes concernées et procèdent de dons véritablement consentis, les prélèvements et greffes peuvent devenir une des manifestations de la fraternité humaine.

## LA MORT SUBJECTIVE

### Une bonne mort ?

On priait volontiers jadis pour avoir une « bonne mort ». La personne devait être consciente pour préparer son âme à la rencontre de Dieu et entourée de ceux qu'elle aime pour l'accompagner de leur affection dans ce moment si crucial de sa vie.

Aujourd'hui, les gens interrogés dans la rue vous répondraient qu'une bonne mort est celle qui sera rapide, imprévue, qui ne laisse pas à la personne le temps de se rendre compte de sa mort. La grande satisfaction de l'entourage c'est de penser que le défunt « ne s'est pas senti mourir ».

Cela traduit bien sûr une société qui n'attend plus rien au-delà de la mort et dont l'individualisme laisse chacun dans une solitude insupportable.

Voyons comment cette mort a été vécue aux cours des âges en France :

Je m'appuie pour cette analyse sur l'excellent travail de l'historien des mentalités, Philippe Ariès.<sup>6</sup>

Pendant presque un millénaire il y eu ce que l'auteur appelle « **la mort apprivoisée** ». La mort était une cérémonie publique organisée par le mourant lui-même qui la présidait et en connaissait le protocole. La chambre de l'agonisant devenait un lieu public où l'on

entraît librement. Elle traduisait la résignation qu'induisait la conscience collective d'être tous mortels.

De subtiles modifications vont intervenir pendant le second Moyen Âge (à partir du XI<sup>e</sup> et XII<sup>e</sup> siècles). La mort intégrée devient une mort qui se charge de dramaturgie. La vie est pesée et avant de comparaître devant Dieu, chacun fait le bilan de sa vie et les actions bonnes et mauvaises sont séparées sur les deux plateaux de la balance. Le mourant verra sa vie toute entière et pourra être tenté par le désespoir de ses fautes, soit par la « vaine gloire » de ses bonnes actions. Son attitude alors effacera d'un coup les péchés de toute sa vie s'il repousse la tentation (désespoir ou orgueil) ou annulera toutes ses bonnes actions s'il y cède. Dans le miroir de sa propre mort chacun découvrirait le secret de son individualité. L'homme occidental riche, puissant ou lettré du milieu du Moyen Âge découvre ce que Philippe Ariès appelle « **la mort de soi** ».

A partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, les sociétés occidentales vont donner à la mort un sens nouveau. Moins préoccupé par sa propre mort, l'individu va ressentir la mort comme une rupture. La mort de l'autre deviendra centrale et s'accompagnera de dramaturgie. Elle atteindra son acmé au XIX<sup>e</sup> siècle dans les morts exaltées et dramatiques des romantiques. Ce sera « **la mort de toi** ».

C'est alors qu'apparaîtra le culte nouveau des cimetières et des tombeaux. La mort au lit, toujours première est entourée d'émotion et d'agitation.

De nos jours nous assistons depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle à la « **mort interdite** ». Elle devient honteuse et indécente. Tout est fait pour la faire disparaître (refus des habits de deuil, banalisation des cortèges funéraires, mort à l'hôpital, sédation maximum pour éviter la conscience).

Cette approche de la mort interdit aux vivants de paraître émus par la mort des autres ou de pleurer les trépassés. Le regret du défunt doit se faire discret.

Le sociologue anglais Geoffrey Gorer a écrit un livre pour décrire cette nouvelle situation : « **The pornography of death** » où il montre

<sup>5</sup> Déclaration du Conseil Permanent de la Conférence des Evêques de France du 12 octobre 1993: *Solidarité et respect des personnes dans les greffes de tissus et d'organes*.

<sup>6</sup> Ariès Philippe, *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours*, Seuil, Paris 1975

que l'on est passé du tabou du sexe au tabou de la mort.

### **Vivre sa mort ou vivre sa vie jusqu'au bout ?**

Avec les questions d'euthanasie et de suicide assisté se manifeste l'illusion de maîtriser sa mort quand jadis le bon goût voulait qu'on maîtrisât sa vie.

La demande d'euthanasie ou la mise en place d'une loi l'autorisant transforme l'exercice de la médecine qui fut toujours comprise comme l'action de « guérir quelquefois, soulager souvent et consoler toujours ». Le soignant, au même titre que le bourreau de jadis, deviendra un personnage inquiétant et la mort ne sera plus accompagnée mais orientée vers une fin « digne et propre » pour la société plus que pour le patient. Celui-ci comprendra vite qu'il gêne et puisque c'est possible, et sous la douce pression d'un entourage pressé demandera qu'on abrège sa vie (les souffrances ne sont pas que physiques). La mort ne nous appartiendra plus si tant est qu'elle nous appartienne aujourd'hui.

Avec le suicide assisté, on passe d'un droit individuel à un droit créance qui oblige la société. En effet, le suicide est un droit car si une personne fait une tentative d'autolyse et qu'elle en réchappe, elle ne passe pas en jugement. C'est autre chose que d'obliger la société, et en particulier des personnels soignants qui seront, une fois de plus, utilisés à rebours de leur vocation première, à rendre raison d'une décision qui ne peut être que personnelle.

En outre, le suicide est le signe d'une souffrance (dépression, dévalorisation de soi, sentiment de déchéance) qui a toujours suscité une réponse humaine qui redonne de la valeur à la personne. Une réponse d'acquiescement au suicide est le signe d'une société qui se méprise elle-même en n'ayant pour seule réponse aux questions que le choix de la mort, c'est-à-dire la négation de soi.

Vivre sa vie jusqu'au bout, c'est permettre aux mourants de rester eux-mêmes artisans de ce moment si essentiel où tout peut être dit, partagé de ce que fut leur vie, exprimé, en particulier sur la transmission de ce qui fut la valeur qui l'a guidé au long de cette vie, comme ce fut le cas jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, enfin ce qui est un baume miraculeux pour l'agonisant comme pour ceux qui restent, la joie de se dire son affection, sa tendresse et son amour. C'est aussi le moment crucial où un pardon peut être donné qui permet de bien mourir et aux proches de continuer à bien vivre.

Il me semble que cette tâche est particulièrement dévolue aux chrétiens qui portent ces valeurs transmises par le Christ. Non seulement ils ont à annoncer le grand message d'espérance de la Résurrection du Christ qui nous ouvre les portes du Ciel, mais aussi et surtout, à intégrer dans leur vie comme une priorité le souci de leurs proches malades, âgés ou en fin de vie. Cela fait 2000 ans qu'ils contribuent à irradier la société de cet Amour de Dieu qui transparaît dans leur vie et féconde le monde. Ils pourront ainsi comme saint Paul demander : « *O mort, où est ta victoire ?* » (1 Co 15, 55).





## *Échange de vues*

**Nicolas Aumonier** : Monseigneur, merci de votre communication si belle et si riche. Permettez-moi deux questions.

Vous nous avez dit votre souci de distinguer foi et raison lorsque vous discutez de ces sujets avec des personnes qui ne partagent pas notre foi chrétienne. Dire que nous ne mourons pas en un instant, mais que mourir prend un peu de temps, n'est-ce pas préparer une continuité essentielle entre la vie du vivant, et la vie, dans la foi, du défunt ?

D'autre part, l'inconfort que vous avez exprimé à propos de certaines pratiques en matière de greffes ne doit-il pas nous conduire, au cas par cas, à réévaluer une position traditionnellement favorable à la greffe au motif que la personne est en état de mort clinique, et que ce don peut sauver une vie, mais en bousculant quelque peu le mourir de l'un d'entre nous, et en croyant peut-être un peu rapidement qu'il ne sent rien au motif que son cerveau est cliniquement mort ?

**Mgr Michel Aupetit** : Vous avez remarqué que ce sont surtout des citations du Conseil Permanent de la Conférence des Évêques de France.

Ce que nous croyons effectivement, c'est qu'il y a une continuité entre la vie qui s'exprime ici-bas dans l'organicité et la vie qui se déploiera après ce qu'on appelle la mort corporelle parce que cette vie vient de Dieu. C'est notre foi.

La résurrection du Christ nous en donne un aspect, sachant qu'effectivement c'est bien son corps qui se laisse toucher mais il ne dépend plus de l'espace et du temps. Donc, nous sommes là dans un domaine qui nous échappe. Comme d'ailleurs aujourd'hui où il y a bien des choses du réel qui échappent à la science. Mais, je préfère ne pas aller plus loin, sinon citer le physicien Bernard d'Espagnat et son livre le « Réel voilé ».

La question de la greffe se pose à partir d'un vivant ou d'un mort.

La greffe du vivant, c'est simple : si j'ai quelqu'un dans ma famille qui a besoin de mon rein et qu'il est compatible, je peux donner ce rein. C'est un don. C'est un choix consenti. Je sais à quoi je m'expose. J'ai deux reins, il ne m'en restera plus qu'un. Mais je l'accepte.

C'est une mutilation, mais je n'ai pas été obligé de vendre mon corps comme dans certains pays pour pouvoir faire manger mes enfants.

La Conférence des évêques a donné un enseignement sur ce sujet qui date un peu parce qu'on est encore dans l'expectative.

Vous savez qu'à un moment la loi obligeait au don. On considérait le consentement comme effectif, si la personne n'avait pas dit qu'elle s'y opposait, en 1994 je crois, on la considérait comme consentante.

Devant le tollé des familles, cela a été en fait impossible à réaliser et aujourd'hui rien ne se fait sans l'aval des familles.

La famille étant là pour dire : il ne s'y est pas opposé, peut-être l'aurait-il voulu ? On en avait parlé ou non.

C'est extrêmement délicat d'autant que, effectivement, le corps fonctionne. Aujourd'hui, on considère que le cerveau est plus important que le reste du corps.

On pense que le cerveau est le tout de la personne. Si le cerveau est mort, la personne est morte. Mais, est-ce que c'est bien vrai ?

Sans appareil, le cœur peut très bien battre et, sans assistance respiratoire le patient respire. Donc la famille évidemment dit : qu'est-ce que vous me racontez ? Il vit !

Oui, mais le cerveau est détruit, donc il n'est pas capable d'un acte conscient. Mais est-ce que l'acte conscient c'est la pérennité, la certitude que la vie est là ?

Encore une fois, je vous parle de “la vie”. Avez-vous trouvé une définition de la vie qui soit accréditée par tous ?

**Jean-François Lambert :** La question fondamentale est bien celle des rapports entre les mécanismes cérébraux objectifs et le vécu subjectif de la personne. Il convient ici de bien distinguer le fait d’être ou non conscient (l’état de conscience) du seul fait d’être éveillé ou endormi (le niveau de vigilance). De grands progrès ont été faits dans ce sens grâce à une meilleure utilisation des techniques d’imagerie cérébrale. On a pu ainsi décrire un état dit paucirelationnel ou état de conscience minimale (ECM), distinct du coma proprement dit et de l’état végétatif. Il apparaît aujourd’hui qu’environ 40% des patients jusque-là considérés en état végétatif devaient être, en fait, en ECM, ce qui change beaucoup de choses du point de vue des interactions possibles avec la personne. Steven Laureys, de l’université de Liège, l’un des meilleurs spécialiste du domaine, insiste dans un ouvrage récent sur la distinction qu’il convient de faire entre vigilance et conscience subjective qui ne sont pas strictement corrélés dans les états intermédiaires entre le coma et la pleine conscience. Une reprise d’alternance de tracés EEG de veille et de sommeil ne signifie pas forcément un retour à la conscience. Comment, précisément, objectiver ce retour à la conscience ? C’est bien là le problème crucial. Peut-il exister des critères objectifs du vécu subjectif ? La conscience est généralement évaluée à partir de l’apparence d’activité et donc l’absence de conscience à partir d’une absence d’apparence ou plutôt d’une apparence d’absence. Or, est-il fondé d’en conclure à l’absence de toute forme de présence ? Comme le l’ai déjà souligné dans une autre discussion<sup>7</sup>, si rien ne permet d’affirmer que la personne dans le coma conserve une forme de conscience de soi, rien non plus ne permet d’affirmer le contraire. En fait, il s’agit d’une question scientifiquement indécidable. Au demeurant, d’autres facteurs contraignent souvent la décision. Il y a le coût du dispositif, la

pression des greffeurs, les arbitrages au sein des services de réanimation dont le nombre de lit est limité. Mais je pense que nous sommes tous d’accord ici pour reconnaître que la question ultime est bien de savoir s’il existe ou non une dimension transcendante de la personne, qui n’est pas abolie par l’absence d’apparence de conscience chez le patient. La décision ici n’appartient pas à la science. Il s’agit d’un choix fondamental qui témoigne de notre liberté.

**Mgr Michel Aupetit :** Quand je vais discuter à la Chambre des Députés en m’appuyant sur la Bible, on me dit : « Cela, mon Père, c’est votre foi, nous la respectons mais cela ne peut pas entrer en ligne de compte ».

Donc je suis obligé d’étayer uniquement ma discussion sur des arguments fondés en raison pour qu’ils soient reconnus. Malheureusement, je ne peux pas parler de transcendance avec nos politiques.

Il y a deux visions : celle qui appartient à notre foi et qui est de l’ordre d’une connaissance transcendante de la vie et puis la façon dont la discussion est aujourd’hui acceptée par la société.

Je suis bien obligé quand je vais voir ces gens-là de ne pouvoir avancer que des arguments qui se basent sur l’objectivité, même si cette objectivité est très aléatoire. Elle peut changer encore.

**Jean-Paul Guitton :** Qu’est-ce que l’état végétatif ? La conscience minimale ? Quand est-on dans un cadre d’acharnement thérapeutique (pour évoquer le cas Lambert dont nous dit par ailleurs qu’il n’est pas en fin de vie) ?

Comment comprendre tout cela ?

**Le Président :** Est-ce que la conscience minimale remplace l’état végétatif ou est-ce une nuance qui a été introduite récemment ?

<sup>7</sup> Nicolas Aumonier, *Le déni de la mort*

**Jean-François Lambert** : Oui, il y a désormais des critères précis permettant de distinguer les différents types d'évolution d'un coma. Plusieurs protocoles ont vu le jour aux cours de ces dernières années, fondés sur l'imagerie fonctionnelle, les potentiels évoqués cognitifs et la stimulation magnétique transcranienne. Quand on vous demande d'imaginer que vous jouez au tennis, on constate une activation particulière au niveau du cortex moteur. Si on vous demande d'imaginer vous déplacer dans votre maison, une autre région, liée à la navigation spatiale s'active préférentiellement. A partir d'observations sur des sujets sains on a pu définir des critères statistiques permettant de délimiter les régions cérébrales pertinentes. L'application de ce protocole suppose évidemment un minimum de communication avec le patient. Il faut qu'il comprenne ce qu'on lui demande d'imaginer même s'il est incapable de le signifier comportementalement. Et c'est précisément cela qui permet d'affirmer que le patient est dans un état de conscience minimale, suffisant pour comprendre et exécuter des ordres simples, alors que le patient en état végétatif persistant ne répond pas positivement à ce test. A partir de l'imagerie fonctionnelle on a établi une sorte de code qui permet de communiquer en demandant au sujet de répondre par oui (le tennis) ou non (la maison) aux questions qu'on lui pose (un test courant porte sur le prénom). Il y a bien là une preuve objective de la présence de conscience alors que, d'un point de vue comportemental, le patient continue de présenter les apparences de l'absence. Dès lors qu'un minimum de communication peut être établi avec le patient, la question se pose de savoir s'il serait légitime d'utiliser ce moyen pour lui demander s'il souhaite ou non « en finir ». En dehors de cette question d'éthique, la principale limite de cette technique c'est qu'elle suppose précisément un minimum de participation volontaire du patient. Il existe deux autres techniques permettant de surmonter cette difficulté. L'une d'elles utilise un type de potentiel évoqué cognitif, appelé P300 (positif avec une latence de 300ms), qui apparaît, indépendamment de la volonté du sujet, lorsque celui-ci détecte des

anomalies (des irrégularités) dans des séries homogènes d'événements. Si on vous fait entendre une série régulière de bips sonores, telle que « ta ta ta ti », « ta ta ta ti », « ta ta ta ti » suivie de « ta ta ta ta ta », la détection de l'irrégularité de la quatrième séquence s'accompagne de la production d'un potentiel de type P300. Or, le cerveau ne réagit à ce type d'irrégularité globale que si le sujet est conscient. Contrairement aux patients en ECM, les patients en état végétatif ne présentent pas ce type de réponse. Le troisième type de méthode utilise la technique de stimulation magnétique transcranienne (SMT). C'est un dispositif non invasif (bobines placées à proximité du crâne) qui permet d'activer (ou d'inactiver) de manière transitoire et réversible une région cérébrale particulière. De nombreuses données conduisent aujourd'hui à considérer que la conscience n'est pas le fait de telle ou telle structure particulière (pas de « siège » de la conscience), mais résulterait de l'interaction entre de nombreuses structures reliées entre elles de manière à la fois structurale et fonctionnelle. Différentes techniques, dont l'IRM de diffusion, permettent aujourd'hui d'établir une cartographie des fibres assurant la communication entre les différentes régions du cortex et avec les structures sous-corticales (on parle désormais de connectome). Ainsi donc, l'application d'un champ magnétique sur le crâne du patient va provoquer une activation cérébrale différente selon son état clinique. En état végétatif persistant la stimulation ne provoque qu'une activation locale (structures proches de la région stimulée), alors qu'en état de conscience minimale cette stimulation se propage, diffuse vers des régions très éloignées du site de stimulation, témoignant du maintien (ou de la reprise) d'une certaine connectivité, associée à la conscience. L'intérêt majeur de ce protocole c'est qu'il ne sollicite pas les capacités de communication du patient.

Il existe donc bien des critères objectifs permettant de définir une hiérarchie dans les états cliniques consécutifs au coma. Il n'en reste pas moins que la question de la « présence » (en deçà des critères objectifs en question) reste posée pour le coma et l'état végétatif.

J'en profite pour poser une question plus théologique. Dans le cadre d'une logique ternaire (tripartite), chère à Saint Paul et aux Orientaux, comment articulez-vous corps, âme et esprit ?

**Mgr Michel Aupetit** : Que dit Saint Paul aux Corinthiens au chapitre 15 ? Justement, il parle du corps spirituel. Qu'est-ce que ça veut dire : le corps spirituel ?

C'est un peu difficile objectivement à décrire mais il s'agit bien de quelque chose qui n'appartient plus à l'ensemble du réel matériel, du réel dans lequel on se meut, l'espace et le temps.

Heureusement, la résurrection du Christ nous montre qu'il est bien présent. Il mange, il se laisse toucher et en même temps il ne dépend plus de l'espace et du temps. Il se présente dans un lieu fermé à clef et il apparaît quasiment dans deux endroits en même temps (à Emmaüs et au Cénacle).

Parlons de l'articulation corps-âme-esprit.

L'âme. Si on prend la définition classique qu'a donnée Thomas d'Aquin après Aristote, c'est le principe de vie, lequel est immatériel donc immortel. Donc l'âme spirituelle propre à l'homme est immortelle.

Le corps, l'organicité, est destiné à mourir. Mais cette âme forme le corps. Elle est faite pour informer ce corps. Mais si elle reste la même, l'âme du sujet, est forcément destinée à retrouver effectivement ce corps en tant que tel. Quand nous disons "la résurrection de la chair", cela veut dire que c'est bien « ce » corps qui doit ressusciter au moment du retour du Christ, qu'on appelle la parousie. C'est la foi catholique traditionnelle.

À quel moment le Christ reviendra, cela je n'en sais rien. D'abord nous n'avons pas à chercher à le savoir, il l'a dit lui-même. Mais nous savons seulement qu'il reviendra, comme il l'a promis.

Toute la création sera récapitulée, y compris ce qui apparemment est détruit, c'est-à-dire le corps. C'est pour cela que l'Église a toujours plutôt favorisé l'inhumation à l'exemple du

Seigneur, justement dans l'attente de cette résurrection.

Jeanne d'Arc a été brûlée mais on peut penser qu'elle retrouvera quand même son corps. Pourtant, l'Église ne favorise pas la crémation parce qu'au XIX<sup>e</sup> siècle des gens la voulaient surtout pour s'opposer à l'idée de la résurrection de la chair.

En tout cas, c'est bien le corps qui nous a porté qui ressuscitera.

C'est quoi, mon corps ? Les gens pensent aujourd'hui « j'ai un corps ». Donc, à partir du moment où j'ai un corps, j'en prends soin comme d'un objet, je fais du sport. Je l'entretiens comme j'entretiens ma voiture. Mais le jour où il ne répond plus à mon attente, je n'aime plus ce corps et je le détruis.

« Je suis mon corps » disait Gabriel Marcel. Est-ce que je suis mon corps ou est-ce que j'ai un corps ? Si je dis : « Je suis mon corps », je dis bien qu'il y a un lien indéfectible entre mon âme, c'est-à-dire l'expression effective de la vie qui se traduit de manière particulière chez l'être humain par une intelligence et une volonté libre qui sont justement l'expression de l'immatérialité de son âme spirituelle.

L'immortalité de l'âme c'est quelque chose qui me spécifie, qui vient de ce corps qu'elle réinformera à nouveau au moment de la résurrection de la chair.

Dans ce temps entre la mort et la parousie finale, l'âme personnelle entre dans une relation particulière avec Dieu.

L'esprit : la musique a besoin d'un instrument mais de fait elle n'est pas un instrument. Quand j'écoute « *Jésus que ma joie demeure* », il faut un orgue bien accordé.

C'est la différence entre la cause et la condition. L'orgue est la condition nécessaire mais la cause de la musique est le compositeur.

Il me faut un cerveau intact pour penser.

Comment pouvons-nous rejoindre cet esprit pur qui est Dieu ? Par cette âme spirituelle en attendant effectivement que tout soit récapitulé dans le Christ comme le dit Saint Paul, c'est-à-dire quand le Christ reviendra.

C'est le Christ qui sauve mais il a voulu des instruments du salut. Pourquoi allez-vous à la messe ? Pas seulement pour recevoir le Christ pour vous, mais aussi parce que tous les baptisés ont reçu le sacerdoce du Christ, l'unique sacerdoce du Christ. Et que le prêtre reçoit son sacerdoce ministériel pour permettre au Christ de s'emparer de sa personne pour dire les paroles de la Consécration. C'est le Christ qui les dit dans la bouche du prêtre pour que le peuple qui est là, le peuple des baptisés, offre l'unique sacrifice d'amour qui sauve le monde.

Donc, il n'y a rien qui soit voulu par Dieu, mis en place par Dieu, même si Dieu n'a pas voulu la mort, comme le dit le Livre de la Sagesse, qui ne soit récapitulé dans le Christ, dans la résurrection du Christ, dans sa mort et sa résurrection.

Alors au moment de la mort, c'est l'âme spirituelle qui rejoint effectivement dans une relation interpersonnelle ce Dieu qui est une communion d'amour entre le Père, le Fils et l'Esprit-Saint, en attendant la parousie du Christ où s'accomplira la résurrection des corps. Ce sera un corps glorieux, c'est ce que dit Saint Paul. Le corps glorieux, le corps spirituel qui a été semé dans la corruption qui va renaître dans l'incorruptibilité.

**Bernard Martinage** : Qu'est-ce que notre foi peut apporter en sus des enseignements théoriques et pratiques à ces praticiens et intervenants divers en soins palliatifs, voire aux simples accompagnants bénévoles, comme aux personnes en fin de vie, pour lesquelles perdure ce sentiment de frayeur, ce destin, pour beaucoup, scandaleux et auquel nul ne s'habitue jamais : la mort ?

**Mgr Michel Aupetit** : Je crois en effet qu'on ne s'habitue jamais à la mort.

Si le Christ a voulu vivre une agonie au jardin de Gethsémani, cela veut dire qu'il assume cette question de la mort aussi comme Fils de Dieu.

**Pierre de Lauzun** : En quel sens faut-il prendre la « bonne mort » d'un point de vue chrétien ? Il est essentiel que la personne se prépare à ce passage dans lequel peut se jouer sa vie. Mais comment assurer une bonne mort ainsi comprise, d'une part au vue de ce que nous savons aujourd'hui sur le plan médical, et notamment que nous connaissons mieux ces états de conscience plus ou moins assurés, et d'autre part par rapport à un environnement social qui est désormais entièrement défavorable à cette préoccupation, y compris dans des contextes théoriquement croyants ? Cela devrait être l'une de nos priorités collectives en tant que chrétiens par rapport à des personnes dans cette situation, par exemple dans une communauté paroissiale.

**Mgr Michel Aupetit** : La « bonne mort » doit nous poser cette question : comment aujourd'hui accompagner les gens ? Souvent, on appelle le prêtre quand la personne est en coma dépassé.

J'ai vu des patients qui m'ont dit qu'ils allaient mourir, ils savaient très bien qu'ils allaient mourir dans la nuit ou dans les deux jours qui venaient.

Ils me disaient : « surtout ne dites rien à ma famille parce que je ne voudrais pas les effrayer ». La famille me disait : « on sait qu'il va mourir mais surtout ne lui dites rien ». C'est le moment où on peut se dire les choses les plus essentielles et où on « rate sa sortie ». Se dire qu'on s'aime, se pardonner, permet à l'agonisant de partir en paix et à ceux qui restent de pouvoir vivre en paix.

Élisabeth Kubler-Ross a bien étudié ces phases de la mort où, après la révolte, on a besoin de parler, on a besoin d'échanger, de dire ce qui est essentiel dans sa vie et de le dire surtout à ceux qu'on aime.

Nous savons, nous chrétiens, qu'il est important de se préparer, de penser justement à ce moment de la mort en repensant à sa vie.

Les pompes funèbres qui organisent des « célébrations » non religieuses se tournent vers le passé. Les Chrétiens confient le défunt à Dieu. Il y a un avenir pour lui. Et c'est la différence fondamentale.

Pourquoi l'entourage demande parfois l'euthanasie ? C'est parce qu'il est insupportable de voir souffrir les gens qu'on aime.

Et aujourd'hui, avec les soins palliatifs à domicile, on apprend par exemple à la famille à placer une pipette de morphine sous la langue ou à désobstruer les voies respiratoires. On permet ainsi à la famille de poser un acte qui va soulager, plutôt que d'assister impuissant à la souffrance de l'aimé.

Si on le transpose au niveau religieux, on apprend aux gens par l'intermédiaire de la prière à entrer en relation avec la personne. Si vous priez ensemble d'une certaine manière, vous allez pouvoir vous dire des choses que vous n'arrivez pas à vous dire aujourd'hui.

C'est un constat fréquent qu'on appelle le prêtre après que la personne soit entrée dans le coma : « Mon Père, faites quelque chose ».

Qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? Je ne peux lui donner la communion, elle est dans le coma. Qu'est-ce que je fais ? Je prends le rituel et je commence à lire les prières. Et souvent, la personne rouvre les yeux, dit la prière en même temps que moi. Et dès que la prière est finie, elle replonge. La famille demande : « Qu'est-ce qui s'est passé ? »

Comment apprend-on à la famille à prier avec un défunt ? Il pourrait y avoir un petit rituel ou un livre de prières spécifique. Et à partir de ces prières, les gens pourraient dialoguer. « Tiens, tu as entendu cette prière ? » Et puis ils commencent à parler de l'Au-delà, de leur vie.

Juste avant la mort, il devrait y avoir un dialogue entre l'agonisant et sa famille. Il y a très peu de dialogue entre celui qui part et ceux qui restent.

**Bernard Martinage** : Vous avez répondu à ma question et je vous en remercie Monseigneur, comme d'ailleurs pour la façon dont vous nous avez présenté votre analyse et vos réponses à la question : *Qu'est-ce que vraiment la mort ?* Ce qui m'importait, c'était, en plus, de savoir

quel témoignage un chrétien pouvait apporter dans sa pratique professionnelle plus particulièrement

J'ai dirigé un Institut où il y avait plusieurs départements dont celui de "Recherches et Formations" ainsi qu'une Unité de soins palliatifs. Je voulais dès ma prise de fonction faire que ces lieux soient chaleureux, familiaux ; j'étais, dans un premier temps, le seul dans l'établissement à m'affirmer nettement catholique... me référant aux pratiques d'établissements tels que le *St Christopher' Hospice* de Londres, ou la *Maison médicale Jeanne Garnier* de Paris ; voire l'*Hôpital général Saint-Boniface* de Winnipeg. Et donc, quand je parlais au personnel, aux visiteurs, aux malades et aux vieillards, on savait très bien, s'agissant de moi, qu'on n'allait pas parler de Karl Marx (encore que... on aurait pu...)

C'est ainsi que j'ai vu une dame à l'article de la mort me dire un jour : « Avec vous, monsieur le directeur, je veux bien faire une prière, mais pas avec l'aumônier ». « Pourquoi pas avec monsieur l'aumônier ? » Elle de me répondre : « Il n'a même pas le courage d'être ce qu'il est. Vous l'avez vu témoigner sa foi, ou son état ? » Nous avons dit un chapelet et j'ai fait demander monsieur l'aumônier, après avoir dit à la dame que ce serait bien de parler avec lui...

**Mgr Michel Aupetit** : On a tous un témoignage à apporter.

On le voit dans les hôpitaux. On vient pour voir les gens au nom du Christ. On ne nous le reprochera jamais. Il y a des gens qui ne sont pas croyants, qui sont d'une autre religion et qui nous remercient.

L'imam de Colombes était mon patient. Nous n'avions pas la même foi mais il m'a demandé si j'acceptais de prier avec lui. Il m'a dit : « Je vous ai choisi comme médecin parce que j'ai appris que vous êtes croyant ».

Donc, on a toujours intérêt à dire qui on est. On pense qu'effectivement en se taisant on ne les blesse pas, on les respecte... Il vaut mieux dire qui on est, les gens en sont reconnaissants.

Une autre question qui n'est pas tout à fait la même mais qui rejoint celle-là : monseigneur Vingt-Trois lorsque j'étais son vicaire général, m'a demandé : « À quoi servent les hôpitaux catholiques ? » Je lui ai dit : « Si les hôpitaux catholiques essaient de faire un plateau technique identique à ce que proposent les CHU, nous ne tiendrons pas, nous n'avons pas l'argent et nous ne ferons pas mieux que les autres ».

Quand les catholiques ont commencé à faire quelque chose c'est parce qu'ils ont été au contact du réel. Regardons ce qui ne va pas, ce que la société ne fait pas et mettons-nous au travail.

Mère Teresa n'a pas dit : « Il faut fonder l'ordre des Missionnaires de la Charité ». Elle a vu quelqu'un mourir dans la rue. Elle s'est dit : « Ce n'est pas possible de laisser quelqu'un mourir comme un chien. »

Saint Jean de Dieu était enfermé avec les fous. Il a vu les terribles traitements qu'ils

subissaient. Il les a accueillis et traités avec amour.

Une valeur ajoutée du chrétien ? Il est capable de venir non seulement au nom du Christ mais de voir le Christ dans le malade, le souffrant, le frère.

Les infirmières sont compétentes et dévouées, c'est certain. Mais quand vous avez quelqu'un qui donne sa vie pour le malade comme si c'était le Christ, cela change de manière considérable la relation.

Nous avons perdu effectivement tous ces religieux et religieuses qui étaient dans les hôpitaux (et pas seulement de notre faute).

La valeur ajoutée, c'est la capacité non pas seulement de faire son travail correctement, d'être compétent, ce qui est élémentaire, mais surtout de changer son regard. Ce changement de regard, pour nous chrétiens, c'est vraiment la clé de tout.

*Séance du 6 février 2014*