



**HAL**  
open science

# Métamorphose des frontières de la mort et crise du mourir : le soins sous tension ?

Bruno Kuete

► **To cite this version:**

Bruno Kuete. Métamorphose des frontières de la mort et crise du mourir : le soins sous tension ?. Cahiers de l'URPHISSA, 2022, Varia (N°3). hal-04244200

**HAL Id: hal-04244200**

**<https://hal.science/hal-04244200>**

Submitted on 16 Oct 2023

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

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

Copyright

## ÉDITORIAL

De l'imagination et de la connaissance (*Vivien MELI MELI*)

## LA PHILOSOPHIE ET L'INTELLIGENCE DU MONDE

Le rôle de l'intellectuel dans le processus de la démocratie absolue chez Michael Hardt et Antonio Negri : Une lecture critique (*Jacques CHATUÉ et Philippe Idris TCHOFFO*)

Edgar Morin et l'éthique planétaire : Une posture occidental-centriste ? (*Gièle Rosette LEKOMO*)

Les catégories hégéliennes de la conception fanonienne de la libération de l'Afrique (*Moukoko NDJO*)

Les défis de la bioéthique à l'ère du transhumanisme (*Armand NGAKECHLA*)

Métamorphose des frontières de la mort et crise du mourir : Le soin sous tension ? (*Bruno KUETE*)

De la médiatisation de l'insulte comme « média » de l'action du politique (*Alain-Vincent TCHAPNDA*)

L'enjeu épistémologique d'une philosophie du langage dans le conflit entre le dire de l'Être du *Charmide* de Platon et la connaissance de la connaissance de Stéphane Lupasco (*Martin Luther King BADANG AYANGMA*)

Les usages philosophiques du mythe de Prométhée : Entre modernité et révolution africaine (*Armand Marc BEYENÉ*)

L'hypothèse néo-animiste à l'épreuve de l'épistémologie (*Martine SOKENG-FOMENA*)

## LA PSYCHOLOGIE ET LES SCIENCES DU COMPORTEMENT

Du cadre social des perceptions et constructions sociales différenciées de la lutte contre la mise au travail précoce des enfants au renforcement des inégalités : Cas des enfants migrants de la zone de Soubré et Méagui (Côte d'Ivoire) (*Soumaboro Amélie KANDO, Sylvestre TCHAN BI BOUI et Cyprien YAO YAO*)

Gestion de la clientèle et fidélisation à l'entreprise : Le cas des clients d'Afiland First Bank au Cameroun (*Gustave Georges MBOE, Destinol Mikelson SAKIDOU et Boris Hermann NECHIE TALLA*)

Entre « angoisse de mort imminente » et faillite de recours formels de soin : Élaborations des soins domestiques de la drépanocytose au Cameroun (*Cécile Renée BONONO-MOMINOUGUI et Thierry DONG*)

Sickle cell Disease and Projection into Future in Two Groups of Patients in France: Those Born in Sub-Saharan Africa and those Born in France (*Hassan Njiifon NSANGOU*)

Évaluation de la résilience chez trois groupes d'entrepreneurs inscrits dans une dynamique entrepreneuriale dans un contexte entropique (*Jean-Anatole NGUEDONG et Justin DJOTAH*)

## SOCIOLOGIE ET ANTHROPOLOGIE

Contexte électoral et vivre ensemble au Cameroun : Sens et puissance d'une dynamique de subsistance dans un climat de vulnérabilité (*Trézor FOBASSO GUEDJO*)

Adhésion aux associations ethno-communautaires en milieu urbain camerounais : Entre logiques ethniques et rationalités individuelles (*Leonel KEPTCHUIME KONGUEP*)

Orientation et inégalités de réussite scolaires dans l'enseignement supérieur camerounais : Ce que pensent les étudiants de l'université de Dschang de leurs études (*Mathias ATX-ATTO et Benjamin LELE*)

## NOTES DE LECTURE

*Manu Dibango : Essai sur la mondialité d'une africanité menacée* de Guy Mvélé (*André Liboire TSALA MBANI*)

De l'herméneutique du dévoilement à l'apologie du paranormal : Vers une *connaisabilité* de la sorcellerie ? À propos des *Maladies paranormales et rationalités. Contribution à l'épistémologie de la santé* d'Émile Kenmogne (*Jacob Cléophas DEFO NZIKOU*)

*Le Manuel de méthodologie et de rédaction bibliographique* de Djibril Samb (*Christian TOUMBA PATALÉ*)

*Cahiers de l'URPHISSA*  
ISSN : 2710-2106  
N° 3 – Mai 2022  
Université de Dschang



Illustration de couverture : © Christian Toumba Patalé - 2019  
Échanges au-dessous d'un arbre à Guider (Région du Nord - Cameroun)

Unité de Recherche de Philosophie et des Sciences Sociales Appliquées  
(URPHISSA)

Varia - N° 3

Cahiers de l'URPHISSA

*Cahiers de l'URPHISSA*

Varia - N° 3



Université de Dschang

ISSN : 2710-2106

Unité de Recherche de Philosophie et des Sciences Sociales Appliquées  
(URPHISSA)

*Cahiers de l'URPHISSA*

**Varia**

**Numéro 3**

**Mai 2022**

**Université de Dschang (Cameroun)**

ISSN : 2710-2106

# Unité de Recherche de Philosophie et des Sciences Sociales Appliquées (URPHISSA)

Site Internet : [www.urphissa.wordpress.com](http://www.urphissa.wordpress.com) Email : [urphissa@gmail.com](mailto:urphissa@gmail.com) / [cahiers.urphissa@gmail.com](mailto:cahiers.urphissa@gmail.com)

---

## **Direction de Publication**

Directeur de Publication : Jacques CHATUÉ (Professeur) – Directeurs de Publication Adjoint : Jean-Émet NODEM (Professeur), Joseph TEGUEZEM (Professeur) et Gustave Adolphe MESSANGA (Maître de Conférences).

## **Comité de Rédaction**

Rédacteur en Chef : Vivien MELI MELI (Maître de Conférences) – Rédacteur en Chef Adjoint : Célestin Pierre MBOUA (Maître de Conférences) – Membres : Christian TOUMBA PATALÉ (Chargé de Cours), Serge LEMANA ONANA (Chargé de Cours), Hassan NJIFON NSANGOU (Chargé de Cours), Christian SATCHA FEUBA (Chargé de Cours), Marlène SOKENG-FOMENA épouse FEMBA (Chargée de Cours) et Jean Pierre TOGOLO (Chargé de Cours).

## **Comité de Lecture**

Chef du Comité de Lecture : Joseph TEGUEZEM (Professeur) – Chef du Comité de Lecture Adjoint : Mathias ATSATTO (Chargé de Cours) – Membres : Thierry DONG (Chargé de Cours), Gustave Georges MBOE (Chargé de Cours), Valentin NGOUYAMSA (Chargé de Cours), ALAWADI ZELAO (Chargé de Cours), Williams Fulbert YOGNO TABEKO (Chargé de Cours), Eugène Gabin NGUEFACK (Chargé de Cours), Trésor FOBASSO GUEDJO (Assistant) et Jean-Anatole NGUEDONG (Assistant).

## **Conseil Scientifique**

Président du Conseil Scientifique : André Liboire TSALA MBANI (Professeur) – Vice-Président du Conseil Scientifique : Roger MONDOUÉ (Professeur) – Membres : Jacques CHATUÉ (Professeur), Émile KENMOGNE (Professeur), Joseph TEGUEZEM (Professeur), Jean-Émet NODEM (Professeur), Gustave Adolphe MESSANGA (Maître de Conférences), Alain Roger BOULLA MEVA'A (Maître de Conférences), Célestin Pierre MBOUA (Maître de Conférences), Vivien MELI MELI (Maître de Conférences) et ISMAÏLA DATIDJO (Maître de Conférences).

## **Comité Scientifique**

Manassé ABOYA ENDONG (Professeur, Université de Douala), Bertin AMOUGOU Louis (Professeur, Université de Dschang), Lucien AYISSI (Professeur, Université de Yaoundé 1), Sariette BATIBONAK (Professeur, Université Évangélique du Cameroun, S&D et CRÉDIS), Alain Roger BOULLA MEVA'A (Maître de Conférences, Université de Dschang), Laurent BOVE (Professeur, Université Picardie Jules Verne, Amiens), Jacques CHATUÉ (Professeur, Université de Dschang), Charles-Robert DIMI (Professeur, Université de Dschang), Alexandre DJIMELI TAFOPFI (Maître de Conférences, Université de

Dschang), Yves-Abel FEZE (Professeur, Université de Dschang), Anatole FOGOU (Professeur, Université de Maroua), Célestine Colette FOUELLEFACK KANA épouse DONGMO (Maître de Conférences, Université de Dschang), FOMBA Emmanuel MBEBEB (Maître de Conférences, Université de Bamenda), Robert FOTSING MANGOUA (Professeur, Université de Dschang), Albert GOUAFFO (Professeur, Université de Dschang), Prof. Adder Abel GWODA (Maître de Conférences, Université de Maroua), ISMAÏLA DATIDJO (Maître de Conférences, Université de Dschang), Émile KENMOGNE (Professeur, Université de Dschang), Jules KOUOSSEU (Maître de Conférences, Université de Dschang), Emmanuel MALOLO DISSAKÈ (Professeur, Université de Douala), Charles Romain MBELE (Professeur, Université de Yaoundé 1), MBIH Jerome TOSAM (Maître de Conférences, Université de Bamenda), Célestin Pierre MBOUA (Maître de Conférences, Université de Dschang), Vivien MELI MELI (Maître de Conférences, Université de Dschang), Gustave Adolphe MESSANGA (Maître de Conférences, Université de Dschang), Honoré MIMCHE (Professeur, Université de Yaoundé 2), Roger MONDOUÉ (Professeur, Université de Dschang), Issoufou Soulé MOUCHILI NJIMOM (Maître de Conférences, Université de Yaoundé 1), Joseph NGANGOP (Professeur, Université de Dschang), Robert NGUEUTSA (Professeur, Université de Franche-Comté), NKOLO FOÉ (Professeur, Université de Yaoundé 1), Jean-Émet NODEM (Professeur, Université de Dschang), René Aristide Rodrigue NZAMEYO (Maître de Conférences, Université de Yaoundé 1), Charles OSSAH EBOTO (Maître de Conférences, Université de Maroua), Alain Cyr PANGOP KAMENI (Professeur, Université de Dschang), Emmanuel PICAVET (Professeur, Université de Paris-Sorbonne), Zacharie SAHA (Maître de Conférences, Université de Dschang), Jean-Jacques Rousseau TANDIA MOUAFUO (Professeur, Université de Dschang), Joseph TEGUEZEM (Professeur, Université de Dschang), André Liboire TSALA MBANI (Professeur, Université de Dschang), Valentine BANFEGHA NGALIM (Maître de Conférences, Université de Bamenda) et Aristide YEMMAFOUO (Professeur, Université de Dschang).

**Mise en page :** Dr Christian TOUMBA PATALÉ et TPC's Art and Graphics.

# SOMMAIRE

---

<b>ÉDITORIAL</b> .....	9
De l'imagination et de la connaissance.....	9
<i>Vivien MELI MELI</i>	
<b>LA PHILOSOPHIE ET L'INTELLIGENCE DU MONDE</b> .....	11
Le rôle de l'intellectuel dans le processus de la démocratie absolue chez Michael Hardt et Antonio Negri : Une lecture critique.....	13
<i>Jacques CHATUÉ et Philippe Idris TCHOFFO</i>	
Edgar Morin et l'éthique planétaire : une posture occidentalocentriste ?.....	29
<i>Gisèle Rosette LEKOMO</i>	
Les catégories hégéliennes de la conception fanonienne de la libération de l'Afrique.....	49
<i>Moukoko NDJO</i>	
Les défis de la bioéthique à l'ère du transhumanisme.....	61
<i>Armand NGAKETCHA</i>	
Métamorphose des frontières de la mort et crise du mourir : Le soin sous tension ?.....	79
<i>Bruno KUETE</i>	
De la médiatisation de l'insulte comme « média » de l'action du politique.....	95
<i>Alain-Vincent TCHAPNDA</i>	
L'enjeu épistémologique d'une philosophie du langage dans le conflit entre le dire de l'Être du <i>Charmide</i> de Platon et la connaissance de la connaissance de Stéphane Lupasco.....	111
<i>Martin Luther King BADANG AYANGMA</i>	
Les usages philosophiques du mythe de Prométhée : entre modernité et révolution africaine.....	125
<i>Armand Marc BEYENE</i>	
L'hypothèse néo-animiste à l'épreuve de l'épistémologie.....	143
<i>Marlène SOKENG-FOMENA</i>	

**LA PSYCHOLOGIE ET LES SCIENCES DU COMPORTEMENT.. 161**

Du cadre social des perceptions et constructions sociales différenciées de la lutte contre la mise au travail précoce des enfants au renforcement des inégalités : Cas des enfants migrants de la zone de Soubré et Méagui (Côte d'Ivoire) .....163  
*Soumahoro Amédée KANDO, Sylvestre TCHAN BI BOUI et Cyprien YAO YAO*

Gestion de la clientèle et fidélisation à l'entreprise : Le cas des clients d'Afriland First Bank au Cameroun..... 177  
*Gustave Georges MBOE, Destinol Mikelson SAKIDOU et Boris Hermann NECHIE TALLA*

Entre « angoisse de mort imminente » et faillite de recours formels de soin : Élaborations des soins domestiques de la drépanocytose au Cameroun .....195  
*Cécile Renée BONONO-MOMNOUGUI et Thierry DONG*

Sickle cell Disease and Projection into Future in Two Groups of Patients in France: Those Born in Sub-Saharan Africa and those Born in France..... 215  
*Hassan NJIFON NSANGOU*

Évaluation de la résilience chez trois groupes d'entrepreneurs inscrits dans une dynamique entrepreneuriale dans un contexte entropique..... 235  
*Jean-Anatole NGUEDONG et Justin DJOTAH*

**SOCIOLOGIE ET ANTHROPOLOGIE .....255**

Contexte électoral et vivre ensemble au Cameroun : Sens et puissance d'une dynamique de subsistance dans un climat de vulnérabilité.....257  
*Trésor FOBASSO GUEDJO*

Adhésion aux associations ethno-communautaires en milieu urbain camerounais : Entre logiques ethniques et rationalités individuelles .....277  
*Leonel KEPTCHUIME KONGUEP*

Orientation et inégalités de réussite scolaires dans l'enseignement supérieur camerounais : ce que pensent les étudiants de l'université de Dschang de leurs études..... 295  
*Mathias ATSATTO et Benjamin LELE*

**NOTES DE LECTURE.....313**

*Manu Dibango : Essai sur la mondialité d'une africanité menacée* de Guy Mvelle..... 315  
*André Liboire TSALA MBANI*

De l'herméneutique du dévoilement à l'apologie du paranormal : vers une  
*connaissabilité* de la sorcellerie? À propos des *Maladies paranormales et*  
*rationalités. Contribution à l'épistémologie de la santé* d'Émile Kenmogne 323  
*Jacob Cléophas DEFO NZIKOU*

Le *Manuel de méthodologie et de rédaction bibliographique* de Djibril  
Samb .....327  
*Christian TOUMBA PATALÉ*

**LA PHILOSOPHIE ET L'INTELLIGENCE  
DU MONDE**

---

# Métamorphose des frontières de la mort et crise du mourir : Le soin sous tension ?

---

**Bruno KUETE**

Université Catholique de Lyon (France) et Université de Dschang (Cameroun)  
bruno.kuete@philosophie.ucly.fr - brunokuete@yahoo.fr

**Résumé :** *Les progrès de la médecine en réanimation ont bouleversé les « évidences » et représentations de la société, et conduit à un changement de paradigme à partir duquel la constatation et la définition de la mort pouvaient être établies. Ils ont introduit une métamorphose symbolique et sociale, en termes de mutation du regard et de l'imaginaire social dans le rapport à la mort ayant donné lieu à des interrogations sur ce que les sociologues et anthropologues ont appelé « mort sociale », et métaphysique et éthique, en termes de questionnement sur la mise en sens de l'existence de soi dans le rapport à la mort et à la souffrance en fin de vie. Cette métamorphose a donné lieu à une crise du mourir et du sens de la vie et de l'existence dans l'accompagnement de la fin de vie révélant l'enjeu et la nécessité éthiques de penser le soin au-delà de la fascination morbide et de l'acharnement thérapeutique.*

*Mots clés : Soin, Mourir, Souffrance, Mort, Fin de vie médicalisée.*

**Abstract:** *Medical progress in intensive care has changed society's "evidence" and representations and has led to a change in the paradigm based on which the observation and definition of death could be established. They have introduced a symbolic and social metamorphosis, in terms of mutation of the social view and imaginary in the relationship to death, which have given rise to questions about what sociologists and anthropologists have called "social death", and metaphysical and ethical, in terms of questioning the meaning of self-existence in the relationship to death and suffering at the end of life. This metamorphosis has given rise to a crisis of dying and the meaning of life and existence in the accompaniment of the end of life, revealing the ethical challenge and necessity of thinking about care beyond morbid fascination and therapeutic obstinacy.*

*Keywords: Care, Dying, Suffering, Death, Medicalized end-of-life.*

## Introduction

Le questionnement philosophique, métaphysique et anthropologique autour de l'apprivoisement de la mort, dans le sens de son évacuation de la société et de l'existence, aussi bien symboliquement que techniquement par l'imaginaire social et la biomédecine a été l'objet des travaux de Patrick Baudry (P. Baudry, 1999) dans la lignée d'Edgar Morin (E. Morin, 1970), Philippe Ariès (Ph. Ariès, 1975), Jean Ziegler (J. Ziegler, 1975), Jean Baudrillard (J. Baudrillard, 1976) et Louis-Vincent Thomas (L-V. Thomas, 1978). Si l'expérience de la mort, en termes de rencontre entre elle et nous,

renvoie à une impossibilité temporelle et ontologique, comme l'a relevé Épicure (Épicure, 2000, p. 16), l'expérience du mourir, en revanche, est rendue possible dans la crise du sens de l'existence et de la vie du malade en fin de vie. Sans se confondre à la mort, le mourir n'est pas cependant sans rapport avec la mort, dès lors qu'il conduit, parfois, dans l'épreuve de l'angoisse existentielle et de la souffrance physique due à la maladie grave, à l'envisager comme une réponse alternative à la question du « mal mourir ». Cette crise du sens de la vie et de l'existence du malade est révélatrice de la crise du mourir qui caractérise les sociétés médicalisées. La crise du mourir recouvre une requête de sens parfois inextricablement rattachée à un désir de mort exprimé par le mourant dont l'existence est en procès au regard de la temporalité sans projet et de l'expérience du vide auxquelles confronte l'expérience de l'angoisse, non pas de la mort, mais du « mourir » doublé au « souffrir ». La crise du mourir ne saurait, cependant, être réductible au paradoxe du désir de mort associé à la requête de sens de la vie à l'œuvre dans l'existence du malade confronté à la souffrance en fin de vie. Car, au même titre que le désir d'« en finir » tout de suite, par les moyens de l'euthanasie et du suicide assisté, et de « dormir avant de mourir pour ne pas souffrir », par le moyen de la sédation profonde, la volonté du malade en fin de vie de rester « vivant jusqu'à la mort » (Paul Ricœur, 2007, pp. 41-49), plutôt que de « mourir dans la dignité », recouvre une demande éthique qui devrait être entendue et prise en compte dans son accompagnement. En un sens, les possibilités médicales que sont la réanimation et l'anesthésie, et l'aide médicale à mourir, auxquels renvoient l'euthanasie et le suicide assisté, vis-à-vis de laquelle la distinction avec la sédation profonde et continue semble pertinente, n'ont-elles pas conduit à une mise en tension du soin en fin de vie entre fascinations morbides et acharnement thérapeutique et à une métamorphose des frontières de la mort ?

### **1. L'enjeu de la métamorphose du rapport à la mort et au mourir**

La métamorphose du mourir rendue possible par les progrès de la science médicale semble avoir conduit à une mise en tension du soin en fin de vie entre le « faire-mourir », susceptible de reposer sur une fascination morbide, et le « laisser-mourir », susceptible de faire le lit de l'acharnement « thérapeutique ». Cette métamorphose a également conduit à une inversion du problème éthique et anthropologique autour de la question de la mort. Il ne s'agit plus de craindre les erreurs médicales dans la constatation de la mort, dont la conséquence consistait dans l'horreur et l'effroi de l'inhumation des personnes vivantes, mais de se demander si l'allongement artificiel de la vie des malades incurables et

comateux par la réanimation ne pourrait pas conduire à soigner des corps inertes des êtres qui ne sont plus des sujets humains. En effet, on retrouve ce questionnement chez Léon Schwartzberg et Pierre Viansson-Ponté lorsqu'ils font remarquer que

La définition de la mort a changé à travers les siècles. On en a donné une définition biologique (quand toutes les fonctions vitales s'arrêtent), théologique (le moment où l'âme quitte le corps), légale (quand un jugement vous a éliminé des registres) [...]. Aujourd'hui on a mis au point une définition médicale : la mort survient à l'instant où la conscience perdue ne pourra plus renaître. Lorsque les plumes de l'électro-encéphalogramme ne tracent plus que des lignes droites [...]. À la famille de celui dont le cerveau est mort mais qui respire encore, que la loi va déclarer mort, mais dont le sang circule encore, on sait mal expliquer que cette vie qu'on voit cependant n'est plus la sienne, que ce n'est plus celle d'un homme mais d'une plante (L. Schwartzberg et P. Viansson-Ponté, 1977, p. 219).

C'est également le sens du questionnement éthique de Patrick Verspieren lorsqu'il s'interroge en ces termes quant à la question du maintien en vie dans les soins en fin de vie des êtres vivants qui auraient cessé d'être des sujets humains, en l'occurrence d'être capables de tenir la relation humaine que suppose l'intersubjectivité ou l'interaction sociale : « l'homme que l'on soigne est-il encore vivant ? ». (P. Verspieren, 1984, p. 71) Cette question conduit à s'interroger sur le sens des soins et la temporalité de « l'encore à vivre » dans le temps qu'il reste encore à vivre au malade incurable qui va mourir et dont la mort prochaine est imminente. Soigne-t-on un corps inerte dont les fonctions vitales, que sont la respiration, l'hydratation et la nutrition, ne seraient maintenues, artificiellement, que par le support des progrès des techniques de réanimation ? Comment saisir le sens de la relation de soins supposée être entretenue entre ce corps humain comateux et agonisant et le soignant, et de la valorisation de la capacité médicale à réanimer un être inanimé et à maintenir « en vie » un individu dont la mort pourrait être établie des points de vue existentiel et anthropologique, au détriment de la qualité de vie à laquelle peut prétendre un sujet humain ?

Jusqu'à une certaine époque récente, écrit-il, la question majeure posée à la médecine à propos de la mort a été celle de sa constatation : quand affirmer que la mort s'est produite ? [...]. À certaines époques, bien des hommes ont craint d'être enterrés avant même d'être morts et de subir l'effroyable asphyxie du vivant muré à l'intérieur de son tombeau. Aujourd'hui, le problème est inverse : ne risque-t-on pas de déclarer vivants et de soigner longuement des êtres qui ont depuis longtemps cessé d'être des sujets humains ? [...]. Grâce aux techniques de réanimation, le médecin peut désormais assurer, pendant des semaines et des mois, la circulation sanguine, la respiration, l'excrétion et la nutrition d'un organisme. Mais l'homme, lui, est-il toujours vivant ? Ou assure-t-on seulement

le fonctionnement des organes d'un homme mort, avec tout ce que cela peut avoir de dérision et de dénué de sens ? (*Ibid.*, pp. 71-72).

La médecine moderne a connu un essor remarquable allant de la vaccination, de l'anesthésie, des innovations thérapeutiques, de l'imagerie médicale et à la morphine, ayant révolutionné aussi bien la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies, l'organisation des soins que la prise en charge de la douleur. Nous ne nous étalerons pas ici sur l'histoire des progrès de la médecine, aussi allons-nous axer notre propos sur les principaux éléments des progrès de la médecine ayant conduit à une reconfiguration de l'expérience et des conditions du mourir, du lieu de la mort et du rapport à la mort. Les sciences biomédicales ont repoussé leurs frontières pour multiples raisons, à l'instar de l'allongement de l'espérance de vie, notamment à partir des progrès réalisés en hygiène, dans la prévention des maladies, dans la capacité thérapeutique anticipatrice de la médecine prédictive. En s'outillant des moyens instrumentaux et techniques, la médecine moderne a connu un tournant crucial lui ayant permis d'être technologique et plus uniquement un simple art, c'est-à-dire traditionnellement un savoir-faire. Or, c'est surtout avec les progrès de la médecine dans le repoussement des frontières limitatives de la mort, notamment la capacité technique de la réanimation à « prolonger » l'échéance de la mort moyennant le maintien artificiel en vie, que la question de la re-définition et de la « re-pensée » de la mort, du rapport à elle, se posera de manière plus radicale. Car, les progrès de la médecine l'ont doté de moyens techniques de la réanimation : de « ramener » à la vie, c'est-à-dire réanimer un être inanimé, inerte, par les massages cardiaques pour maintenir la respiration et la circulation sanguine, et des moyens pharmacologiques de l'anesthésie lui permettant de prolonger presque indéfiniment le maintien des fonctions vitales, en dépit de la mort cérébrale, moyennant le coma induit. Avant les progrès de la médecine en réanimation et en anesthésie, puis dans le développement de la sédation à visée palliative et de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, les techniques thérapeutiques à l'instar de l'euthanasie et du suicide assisté, procédant de l'administration des substances létales et du cocktail lytique, étaient déjà réalisées. Même si l'on concède que l'administration du cocktail lytique était loin d'être une recommandation des autorités et instances réglementaires de la santé, l'on conviendra que quoique non officielle (R. Schaerer, 2016, pp. 11-19), elle était, néanmoins une réalité dans la pratique intervenant pour provoquer le décès dès lors que la sédation se prolongeait plus que l'on ne l'escomptait et allongeait la fin de vie des mourants, dans un contexte où les soins palliatifs n'étaient pas encore suffisamment constitués, mis en place et développés (*ibid.*).

## 2. Du paradoxe de la question du « mal mourir » à l'ère de la biomédecine

Les progrès des sciences biomédicales, c'est-à-dire de la médecine devenue technologique, ont conduit à la cristallisation des aspirations autour de l'idéal d'une mort douce, sans souffrance, d'une mort dont on n'a pas conscience en raison du sommeil pharmacologiquement induit. Ainsi, « l'extension biomédicale des frontières de la mort, la généralisation des techniques de réanimation et la possibilité de prolonger artificiellement la vie ont profondément modifié l'expérience du mourir » (C. Lafontaine, J. Collin et A. Alary, 2018, pp. 35-58) alors même que le changement de paradigme du mourir, c'est-à-dire de la manière et des conditions du mourir, et donc le passage du lieu de la mort de la maison à l'hôpital, « s'est produit sans préparation préalable de l'institution hospitalière, que ce soit en termes de formation, d'organisation ou des soins dispensés » (R.-A. Foley, 2009, p. 1). Les sciences biomédicales ont donc, en ce sens, conduit à la construction d'un paradigme établissant la « souveraineté » du lieu où l'on devrait, de préférence, passer les derniers instants de sa vie, pour pouvoir bénéficier d'un accompagnement susceptible de permettre de « bien mourir », à savoir l'hôpital. Avec cette volonté de contrôler et de maîtriser, pharmacologiquement, la fin de vie et le phénomène morbide, conduisant à la suppression de la relation intersubjective entre l'individu souffrant et ses proches, « La mort à l'hôpital devient dès lors rapidement l'emblème des soins largement technicisés, déshumanisés et dénués de toute forme d'accompagnement en fin de vie » (C. Lafontaine, J. Collin et A. Alary, *op. cit.*).

Et pourtant, subsiste le paradoxe suivant lequel, à l'ère du plein essor des sciences biomédicales, de la rationalisation et du perfectionnement des moyens du soin, se pose de manière anthropologique et philosophique, et pas seulement idéologique, bio-citoyenne et politique, la question du « mal mourir », c'est-à-dire des « mauvaises morts » (M. Castra, 2003, p. 64.) des malades en fin de vie, pour reprendre une expression du sociologue Michel Castra. Car, malgré les progrès techniques de la biomédecine, elle sera à l'origine d'une crise du sens à l'œuvre dans l'acharnement thérapeutique, identifié au « mal mourir » et à la mort dans la souffrance, critiquée et dénoncée par les partisans de l'euthanasie et du suicide assisté. Car,

C'est en réaction à l'acharnement « thérapeutique », ou à ses représentations comme telles qu'il faut comprendre l'émergence de « l'euthanasie » [...]. Elle se présente en effet comme une lutte contre la souffrance, que la souffrance soit due à la maladie ou à son suivi médical. Cette souffrance de la fin médicalisée

est donc ressentie comme une violence infligée au sujet (P. La Marne, 1999, p. 10).

De ce point de vue, l'acharnement « thérapeutique » se détermine comme la manifestation technique et pharmacologique de la dénégation des limites de la biomédecine face à l'incurabilité. Il traduit, également, la violence que peut incarner le traitement sur l'individu malade (incurable) lorsqu'il ne vise plus à prendre soin, à soulager et à accompagner, ou à améliorer son état de santé, mais la perspective dévoyée du mythe de la perpétuité de l'existence. Le terme même d'acharnement (Y. Kenis, 1993, pp. 19-21), réductible à la visée obstinée du maintien artificiel en vie, traduit l'agressivité et la violence que subit le malade incurable du fait des actes médicaux disproportionnés quant aux attentes ou résultats médicaux que l'on pourrait en espérer en termes d'amélioration de sa qualité de vie. En effet,

S'il y a ainsi lieu de reconnaître comme personne humaine et de « soigner » tout malade, quels que soient les déficits dont il est atteint, nous devons nous demander si le respect qui lui est dû implique d'essayer de maintenir sa vie aussi longtemps que possible, et donc de lutter contre toute maladie intercurrente qui mettrait en danger sa vie (P. Verspieren *et al.*, 2004, pp. 157-158).

Le qualificatif même de « thérapeutique » attribué à l'acharnement recouvre une contradiction et un contresens obligeant à considérer qu'un tel usage est, tout au moins, discutable sur les plans éthique et technique. Car, en réalité, si l'on entend par « thérapeutique » une technique, une pratique ou une intervention ayant, par les moyens pharmacologiques, chirurgicaux, psychologiques ou médicaux des soins ou des traitements, pour finalité la guérison d'une maladie, d'une pathologie, d'une douleur ou la restitution de l'intégrité physique d'un individu, alors l'acharnement dit « thérapeutique » n'a rien de thérapeutique. L'usage même d'une telle expression suscite un questionnement éthique de fond qu'il nous semble pertinent d'aborder. Le traitement, en tant qu'il vise la guérison de la maladie et la restitution de l'intégrité physique d'un individu, est thérapeutique, et il cesse de l'être dès lors que sa mise en place n'est plus motivée que par le maintien artificiel des fonctions vitales plutôt que par l'amélioration de la qualité de vie de l'individu malade, c'est-à-dire de son état de santé. C'est dans ce contexte qu'un traitement peut être qualifié comme étant un acharnement, c'est-à-dire un acte d'obstination n'ayant plus une finalité thérapeutique. C'est pourquoi, dans le contexte de la fin de vie, le traitement qui cesse d'avoir une visée thérapeutique et ne vise plus que le maintien artificiel en vie devrait être, des points de vue éthique, déontologique et légal, interrompu, limité et même arrêté.

De ce point de vue, l'on pourrait se demander si le soin en fin de vie, à l'instar du traitement, peut être interrompu, limité ou arrêté, parce qu'il serait devenu un acharnement ? Le soin peut-il être un acharnement, c'est-à-dire une violence et une agressivité sur l'individu malade, sans se dévoyer et se déterminer en ce à quoi il s'oppose, à savoir la maltraitance et la malfaisance ? N'est-ce pas dans le but de clarifier le débat éthique et d'éviter la confusion conceptuelle entre le soin et le traitement et ce qui peut constituer un acte de violence et d'agression en fin de vie que la littérature médicale a préféré l'expression « obstination déraisonnable » à celle d'« acharnement thérapeutique » pour qualifier un traitement visant uniquement le maintien artificiel en vie ? En effet, écrit Philippe Bataille,

Avec les traitements actifs, il y a espoir d'une amélioration ou d'une stabilisation, même lorsque la perspective de la guérison n'est plus. Avec les soins prime l'attention bienveillante à l'autre. Le geste soignant de la fin de vie aborde l'être rendu vulnérable par la conscience de sa proximité avec la mort (Ph. Bataille, 2012, p. 37).

Quoique la distinction et la qualification des actes et pratiques soient, souvent, difficiles à établir, en raison de la singularité, de l'irréductibilité et du caractère dynamique de chaque situation médicale, il convient de définir, du moins dans le principe, « la frontière entre l'acharnement répréhensible et l'obstination louable ». Parler d'obstination déraisonnable permet de supputer une différence, plus de degrés que de nature, avec l'obstination qui serait dite ou sous-entendue « raisonnable ». Dès lors, d'un point de vue éthique et médical, on pourrait se demander : dans quelles conditions et à quelle finalité les soins palliatifs peuvent-ils constituer un « acharnement » tout en préservant une certaine raisonnable, c'est-à-dire à la fois une légitimation et une justification thérapeutiques et éthiques ? Il s'avère donc pertinent, d'un point de vue éthique, de se demander

Où se trouve la frontière entre soins palliatifs et acharnement thérapeutique inconsidéré ? [...]. Le traitement palliatif est justifié si, à chaque étape, il est le fruit d'une vraie réflexion sur la finalité des actes posés ; s'il existe un accord profond avec le patient, quand c'est possible, avec sa famille, et avec tout le personnel (P. Verspieren *et al.*, *op. cit.*, p. 78).

Un acharnement « raisonnable » en fin de vie, qui pourrait être « tolérable », s'entendrait comme un traitement qui serait susceptible de permettre d'obtenir une relative « rémission » ou un moment de répit s'inscrivant dans une intention, certes, non pas de soigner la maladie, mais de participer au soulagement de la souffrance de l'individu malade. D'un point de vue éthique et médical, mais aussi juridique, il s'agit ici d'un traitement s'inscrivant dans la cohérence du principe de proportionnalité

dans le soin. La proportionnalité des soins est une obligation déontologique, mais aussi un principe éthique, pour tout professionnel de santé de toujours proposer au patient les soins les plus adaptés à son état, en évaluant les risques susceptibles d'être induits (effets secondaires, douleur, aléa thérapeutique) et les bénéfices escomptés (chances de guérison ou d'amélioration de l'état de santé), le ou les bénéfices attendus devant être supérieurs aux risques. Dans ce cas, il serait pertinent de prendre en considération les paramètres comme le contexte, l'état d'évolution de la maladie, l'intention et la temporalité permettant d'estimer ou non l'imminence de la mort. Car, une chimiothérapie entreprise chez un individu souffrant d'un cancer incurable et dont le pronostic vital excède trois ou six mois, à un stade où il n'y a pas encore de métastases, pourrait, potentiellement, permettre une réduction de la taille tumorale et de ralentir la progression de la maladie, et réduire ou stabiliser l'apparition des symptômes douloureux, et préserver un certain confort de l'intégrité physique altérée par la maladie. Dans de telles circonstances, si l'intention vise la diminution ou la stabilisation de l'apparition des symptômes douloureux ou le réconfort physique de l'individu malade, la chimiothérapie est dite à visée palliative. Et même si elle est un traitement, elle ne vise pas, dans ce contexte, à soigner la maladie, mais a une finalité palliative, dans la mesure où elle pourrait permettre de relatives « rémissions » et des moments de répit à l'effet de favoriser le bien-être du malade : elle pourrait donc être qualifiable d'obstination « raisonnable ».

En revanche, une chimiothérapie entreprise sur un individu souffrant d'un cancer incurable et dont le pronostic vital est engagé dans une temporalité n'excédant pas deux ou quatre semaines en raison de la phase terminale due à l'état très avancé de la maladie pourrait être considérée comme étant une obstination déraisonnable dans la mesure où « un traitement palliatif n'a aucun intérêt et ne sert à rien si l'on ne croit pas à la valeur d'une minute, d'une heure supplémentaire dans une vie. Mais quelle minute, quelle heure, et de quelle qualité ? » (*Ibid.*, p. 82). Elle pourrait être qualifiée d'obstination déraisonnable au regard de l'imminence du phénomène morbide et de la disproportionnalité entre les éventuels risques et souffrances susceptibles d'être provoqués et les résultats, souvent nuls ou médiocres, escomptés ou concrètement obtenus en termes d'amélioration de la qualité de vie, car elle constitue un traitement « lourd » mettant à l'épreuve le corps et la conscience de l'individu malade.

La question de la possibilité du soin de devenir un acharnement ne se pose qu'en vue d'une dénonciation de la confusion conceptuelle, parce qu'à la différence du traitement, il ne saurait être interrompu, limité ou arrêté, que l'horizon de la guérison soit envisageable ou non, puisqu'il a pour

finalité le confort, la qualité de vie et la prise en compte des besoins spécifiques de l'individu malade. Même dans la phase terminale où l'on est en présence d'un symptôme réfractaire, la continuité des soins ne saurait être interrompue ou arrêtée, en ce sens que le soin consiste, dans son authenticité « ontologique », en la réponse éthique et médicale à la formulation, par le récit, les signes et les gestes, de la plainte qui permet à l'individu malade d'extérioriser sa souffrance, son mal, au médecin, au soignant ou à ses proches. La réponse du soignant, en tant qu'elle désigne et contient bien plus qu'une simple réponse, à cette plainte pourrait être identifiée au soin entendu comme « souci indéfectible dû au patient par tous les moyens disponibles dans le respect de son humanité » (*Ibid.*, p. 233). Et le soignant lui-même a un statut l'éloignant de toute passivité dans la relation de soin, puisqu'il permet de l'identifier à « un homme qui accueille la plainte d'un autre homme et cherche à apaiser sa souffrance » (*ibidem*).

En effet, le soin s'inscrit dans une continuité anthropologique, ontologique et éthique, et pas seulement médicale, qui résiste non seulement à la souffrance due la maladie incurable, mais aussi à la mort, dans la mesure où même mort le cadavre du malade reçoit des soins d'hygiène à partir de la toilette qui lui est faite. C'est que, écrit Jean-Philippe Pierron,

Le soin funéraire n'est donc pas tant l'échec que le rappel du soin en son fondement : il accompagne une finitude. Le soin du cadavre explicite le caractère tragique de l'existence humaine, et lui donne son épaisseur. [...] le soin du cadavre est une ultime manière d'hospitalité à l'égard de l'altérité radicale d'autrui [...] La prise en charge du corps mort résiste au langage de la chute, de la déchéance (J.-Ph. Pierron, 2010, pp. 178-179).

Davantage, pendant l'inhumation, qui symbolise une temporalité qui succède à la mort, le cadavre continue à recevoir des soins, notamment à travers l'attitude de respect et de reconnaissance que ses proches lui témoignent en lui accordant un traitement digne tel qu'on peut l'observer universellement, quoiqu'avec des différences formelles à travers les cultures, dans la pratique de la sépulture et la culture de l'hommage participant à préserver la mémoire de l'individu décédé. Et comme le relève Patrick Baudry,

Aucune culture ne se débarrasse de ses morts comme si le cadavre n'était qu'un reste sans valeur. Une ritualité funéraire s'impose toujours qui a pour fonctions principales : 1) d'actualiser la « perte » ; 2) de construire le destin de l'homme décédé vers le « monde des morts » ; 3) d'obliger les survivants aux remaniements nécessaires de leurs relations avec celui qui n'est plus (P. Baudry, 2007, p. 104).

Le mort, c'est-à-dire celui-là qui a été un malade incurable, un individu souffrant, un mourant, semble, symboliquement, réintroduit, ou si l'on veut, réincarné, au sein de la communauté des vivants à travers la culture de l'hommage et du souvenir. N'est-ce pas à travers sa multiplicité formelle et sa constance intemporelle que le soin rend symboliquement possibles, notamment dans une approche lévinassienne, la résistance et la survivance de l'être à la mort ? Chez Levinas, « le mourir est angoisse, parce que l'être en mourant ne se termine pas tout en se terminant. [...] L'angoisse de la mort est précisément dans cette impossibilité de cesser, dans l'ambiguïté d'un temps qui manque et d'un temps mystérieux qui reste encore. Mort qui par conséquent ne se réduit pas à la fin d'un être » (E. Levinas, 2006, p. 49).

### **3. De l'irréductibilité du soin à la biomédecine et au droit aux soins**

C'est pourquoi, il nous semble pertinent et essentiel de souligner que la question du mal mourir en fin de vie, et donc de la légitimité de la liberté de disposer de sa vie, à travers le recours à l'euthanasie ou au suicide assisté, ne saurait être réductible à ce qui est, devrait ou pourrait être juridiquement permis et donc techniquement envisageable. La question du « mal mourir », en tant que questionnement portant sur le sens de la vie et de l'existence de l'individu souffrant en fin de vie, mais aussi sur la manière d'« habiter » et de « quitter » ce monde, nous semble être fondamentalement une question éthique, étant entendu que ni le droit (P. Valadier, 2015, pp. 522-526), ni la technique et ni le savoir ne sauraient être substitués à l'éthique et encore moins l'absorber. De même, le soin ne saurait se réduire à ce que l'individu malade pourrait revendiquer comme étant un droit à la vie, un droit de « mourir dans la dignité », un droit à la santé ou aux soins, ou à ce que la science médicale et la pratique soignante seraient capables de réaliser en termes de techniques médicales (euthanasie, suicide assisté et sédation) ou de techniques ou pratiques de soins. La sédation profonde en phase terminale, en tant qu'elle se distingue de l'aide médicale à mourir contenue dans la sédation dite « terminale » assimilable à une certaine forme d'euthanasie compassionnelle, ne repose pas sur l'intention de donner la mort, mais sur celle de soulager et d'apaiser les souffrances, quoiqu'elle puisse, éventuellement, du point de vue de ce qui est appelé dans la littérature médicale « théorie du double effet », accélérer la survenue du décès du malade. En effet, quoiqu'il suppose des gestes techniques et vitaux et des substances pharmacologiques pour soulager la souffrance, le soin, en l'occurrence en fin de vie, en tant qu'accompagnement palliatif et éthique de l'individu malade, désigne tout ce qu'il est encore possible de faire pour assurer de meilleures conditions

du mourir et une bonne qualité de vie au mourant. Celui-ci étant entendu comme celui pour qui la science médicale ne peut plus rien en raison de l'incurabilité de sa maladie, et qui est inexorablement promis à une mort imminente.

De ce point de vue, l'on pourrait légitimement se demander : que signifie « mal mourir » ? Signifie-t-il, dès lors que le désir de mort, suscité par la maladie incurable contraignant à des souffrances insupportables, est exprimé et que le sentiment d'absurdité, d'inutilité et de fatigue de vivre est manifeste, ne pas pouvoir accéder, au titre de la liberté individuelle consacrée par le droit positif, à la sédation terminale, à l'euthanasie ou au suicide assisté, ou alors ne pas bénéficier, dans les mêmes conditions, d'un accompagnement de qualité et d'un soulagement de ses souffrances ? La question, en l'occurrence celle portant sur la dépénalisation de l'euthanasie et du suicide assisté, transcende largement les frontières du droit positif et de la technique pour convoquer l'éthique dans sa profondeur et sa finalité, c'est-à-dire selon la définition aristotélicienne et la distinction qualitative ricœurienne entre éthique et morale, en tant que science de la vie bonne et vertueuse. Tel est le sens du propos de Ricœur lorsqu'il écrit :

C'est par convention que je réserverai le terme d'éthique pour la visée d'une vie accomplie sous le signe des actions estimées bonnes et celui de morale pour le côté obligatoire, marqué par des normes, des obligations, des interdictions caractérisées à la fois par une exigence d'universalité et par un effet de contrainte. On reconnaîtra aisément entre visée de la vie bonne et obéissance aux normes l'opposition entre deux héritages : l'héritage aristotélicien, où l'éthique est caractérisée par sa perspective *téléologique* (de *telos*, signifiant « fin ») ; et un héritage kantien, où la morale est définie par le caractère d'obligation de la norme, donc par un point de vue *déontologique* (*déontologique* signifiant précisément « devoir ») (P. Ricœur, 1991, p. 256).

L'interpellation éthique que suscite une telle question consiste à repenser le rapport de l'humanité de l'homme à la mort et ce que pourrait encore signifier « habiter » avec authenticité ce monde (D. Moysse, 2001, pp. 227-228.) de manière à pouvoir le « quitter » tout en préservant le souci d'humanité qui fonde la spécificité de l'être humain au sein du vivant. Le maintien artificiel en vie et l'allongement de la fin de vie dénuée de toute intersubjectivité et de toute possibilité de sens de l'existence, en raison du réductionnisme biologique et objectiviste réduisant le soin au soin du corps « objectivé » dans l'univers biomédical, peuvent-ils être, sur les plans éthiques et anthropologiques, des alternatives d'accompagnement des mourants et des réponses à la question du « mal mourir », c'est-à-dire à la souffrance en fin de vie ? La personne en fin de vie a-t-elle besoin d'être soulagée de sa souffrance et d'être accompagnée par des soins de qualité

qui préserveront le confort et la qualité de sa vie et sa relation avec ses proches, ou alors d'être techniquement maintenue en vie ou pharmacologiquement « mise à mort » ? La « relation » supposée par les partisans de l'acharnement « thérapeutique » ne traduit-elle pas, plutôt que l'intersubjectivité qui détermine une relation humaine, une poursuite de la relation de pouvoir et de maîtrise sur la vie entre la biomédecine et les limites que lui opposent toujours la déchéance, la précarité et la vulnérabilité qu'incarne la mort ?

L'euthanasie émerge dans un contexte de lutte contre la souffrance physique et existentielle suscitée par l'acharnement « thérapeutique » dans la mesure où celui-ci privilégie le maintien artificiel de la vie, par des moyens pharmacologiques de la réanimation, en sacrifiant la qualité de vie et la possibilité de l'intersubjectivité entre l'individu malade et ses proches, alors même qu'aucune issue thérapeutique n'est envisageable et la mort inéluctable imminente. Dans ce contexte où la temporalité et la finalité du soin ne visent plus la guérison, les soins palliatifs ne se révèlent-ils pas, dans leur originalité et leur authenticité, comme art de l'accompagnement, c'est-à-dire, une disposition morale et une activité de soulagement et d'apaisement, consistant à faire tout ce qu'il reste à faire quand on ne peut plus rien faire ? N'est-ce pas en ce moment que se révèle la transition de l'univers du pouvoir technique, du techniquement possible, à l'univers du moralement souhaitable, de la relation, de la présence, du savoir-faire et du savoir-être ? Nous abordons ici la question de l'incurabilité et de la non-guérison en médecine et de l'inégalité d'accès aux soins palliatifs dans le soulagement de la douleur. On l'a vu, les progrès de la médecine curative, celle qui consiste à « lutter » contre les maladies et à « restituer » l'intégrité physique des individus, n'auront pas pu faire disparaître la souffrance et encore moins traiter efficacement certains cancers et certaines maladies dites chroniques, de manière à concilier durée de vie et qualité de vie dans les soins en phase terminale. Car,

Contrairement aux slogans que l'on peut entendre ici et là, le progrès en cancérologie ne se traduit guère par davantage de guérisons. Le progrès, en cancérologie comme dans beaucoup d'autres champs de la médecine, se manifeste surtout par l'émergence d'une population de personnes qui vivent avec la maladie, sur des périodes de plus en plus longues, grâce aux traitements. Ces maladies, jusqu'alors rapidement mortelles, se transforment en maladies chroniques. Le progrès prend donc la forme d'une chronicisation de maladies autrefois rapidement fatales (F. Goldwasser, 2012).

Or le médecin est originellement attaché à l'injonction traditionnelle de l'art médical hippocratique, à savoir *primum non nocere*, avant tout ne pas nuire, du moins à défaut de pouvoir soigner le mal, de ne pas commettre la

malfaisance, c'est-à-dire le mal ou si l'on veut ne pas violer l'interdit de tuer (C. Pelluchon, 2013) qui, tout comme l'interdit d'inceste, semble se retrouver aux fondements et principes du bien et du mal de nombreuses sociétés, et pas seulement de l'humanisme ou de la médecine. Et pourtant, paradoxalement, c'est au médecin, censé être le « garant » du respect du précepte hippocratique invitant au moins à la bienveillance et à l'apaisement de la souffrance dès lors que l'art (mais aussi le savoir) médical ne permet plus d'espérer une issue thérapeutique favorable, que le malade ou ses proches demanderont de mobiliser son *génie* en matière d'analgésiques et de substances létales pour répondre au « désir » de mort (S. Froucht-Hirsh, 2015, pp. 18-19).

## Conclusion

L'incurabilité et la non-guérison semblent symboliser l'échec et l'impuissance de la médecine l'obligeant à se déterminer sous l'angle d'une bipolarité de deux déclinaisons conduisant à distinguer une médecine dite curative, qui aurait pour fonction de prévenir et de traiter des maladies, d'une médecine dite palliative qui aurait pour fonction d'assurer l'accompagnement et le soulagement des souffrances dues aux maladies incurables et évolutives. Or au-delà des multiples spécialisations médicales, participant d'un morcellement du corps consécutif à une fragmentation des soins, la distinction entre curatif et palliatif semble relative dès lors que la médecine et le soin ne sont plus envisagés exclusivement comme aspirations tournées vers l'horizon de la curabilité et de la guérison, mais visent l'objectif d'assurer une bonne qualité de vie, plutôt que la durée de vie, au malade en fin de vie. Dès lors, la visée du soin, curatif ou palliatif, n'est plus nécessairement l'illusion du projet d'éradiquer la souffrance due à la maladie, y compris au prix d'accélérer ou de provoquer, intentionnellement ou non, la mort du malade incurable, mais de favoriser des conditions et moyens thérapeutiques susceptibles de l'aider à apprendre à « vivre avec », tout en lui apportant des soins pour soulager et apaiser les symptômes douloureux de son mal. De ce point de vue, « L'expérience des soins palliatifs apprend d'une part à ne plus voir le décès d'un malade comme un échec, mais comme un accomplissement » (A. Cinquin, 2020, p. 45). Ce changement de paradigme dans la réflexion sur l'incurabilité et la non-guérison pourrait rendre possible une transition d'un modèle thérapeutique visant à « lutter » contre la maladie à un modèle thérapeutique visant à aider l'individu souffrant « à vivre avec » sa maladie, dans le sens d'une « médecine de l'incurable » (J.-C. Mino et al., 2008, pp. 753-764.), dans les contextes clinique et thérapeutique des maladies chroniques et de certains cancers incurables, et pas seulement en

fin de vie. Cette approche éthique et thérapeutique, qu'il s'agit de penser et re-penser en fonction de la singularité et de l'irréductibilité de chaque situation existentielle, clinique et médicale de fin de vie, nous semble susceptible, d'une part, de favoriser l'éviction de la mise en tension du soin entre fascination morbide et acharnement thérapeutique. Elle pourrait également, d'autre part, moyennant l'accompagnement et le travail du soin intégrant la prise en compte des besoins spécifiques, de la temporalité et de la subjectivité du malade souffrant en fin de vie, favoriser les conditions de possibilité éthiques, symboliques et techniques non pas de « bien mourir », mais de continuer à « bien vivre ». Une telle approche révèle, nous semble-t-il, l'enjeu et la nécessité de privilégier un accompagnement de qualité de l'individu en fin de vie plutôt que la logique d'approvisionnement de sa mort sur fond de déni et d'occultation du tragique et de « l'injustifiable » que recouvre le phénomène morbide avec lequel tout homme devrait composer pour « assumer » le sens de la condition humaine et de son existence.

## Bibliographie

- Ariès (Philippe), *Essai sur l'histoire de la mort en Occident*, Paris, Seuil, 1975.
- Bataille (Philippe), *À la vie, à la mort. Euthanasie : le grand malentendu*, Paris, Éditions Autrement, Collection Haut et Fort, 2012.
- Baudrillard (Jean), *L'échange symbolique et la mort*, Coll. Bibliothèque des Sciences humaines, Paris, Gallimard, 1976.
- Baudry (Patrick), « L'enjeu social du mourir », in Lavaud (Claudie) coord., *Une éthique pour la vie*, Paris, Editions Seli Arslan, 2007.
- Baudry (Patrick), *La place des morts. Enjeux et rites* (1<sup>ère</sup> éd. Armand Colin, 1999), Paris, l'Harmattan, 2006.
- Castra (Michel), *Bien mourir : sociologie des soins palliatifs*, Paris, PUF, 2003.
- Charlier (Philippe) et Hassin (Jacques), « La mort sociale : réflexions éthiques et d'anthropologie médicale », *Éthique, Médecine et Santé Publique*, Elsevier Masson, Dossier « Désirs de vivre et de mourir », Pratiques et concepts, Vol. 1, n° 4, Paris, Octobre-Décembre 2015, pp. 512-516.
- Cinquin (Amaury), « Soins palliatifs : ne plus voir la mort comme un échec mais comme un accomplissement », *Laennec*, n° 1, tome 68, Lyon, janvier 2020, pp. 44-49.
- Épictète, *Lettre à Ménécée sur le bonheur*, trad. Hamelin, O., Salem, J., Paris, Flammarion, 2000.
- Foley (Rose-Anna), « Les usages détournés des médicaments ou les dilemmes soulevés par l'agir sur le temps qui reste dans l'accompagnement de la fin de vie à l'hôpital », *De Boeck Supérieur*, « Pensée plurielle », n° 22, Paris, mars 2009, pp. 77-87.

- Froucht-Hirsh (Sylvie), « La justesse d'un soin digne jusqu'au bout », in *Dossier Spécial de l'Espace de Réflexion Éthique Île-De-France – Fin de vie, les vérités du soin* – Contribution à la concertation nationale sur la fin de vie, Paris, janvier 2015, pp. 1-28.
- Kenis (Yvon), « Acharnement thérapeutique », in Hottois (Gilbert) et Parizeau (Marie-Hélène) dir., *Les Mots de la bioéthique : un vocabulaire encyclopédique*, Bruxelles, De Boeck Université, 1993.
- La Marne (Paula), *Éthiques de la fin de vie, Acharnement thérapeutique, euthanasie, soins palliatifs*, Paris, Ellipses, 1999.
- Lafontaine (Céline), Collin (Johanne) et Alary (Anouck), « Pharmaceuticalisation et fin de vie. La sédation profonde comme nouvelle norme du « bien mourir », *Droit et cultures*, Dossier « La fin de vie. Préoccupations légales et éthiques », n° 75, Paris, janvier 2018, pp. 35-58.
- Levinas (Emmanuel), *Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité* (1974), La Haye, Garnier Flammarion, Le Livre De Poche, 2006.
- Mino (Jean-Christophe), Frattini (Marie-Odile) et Fournier (Emmanuel), « Pour une médecine de l'incurable », *Études*, Vol. 408, n° 6, Paris, juin 2008, pp. 753-764.
- Morin (Edgar), *L'homme et la mort*, Coll. Points, Paris, Éditions du Seuil, 1970.
- Moysse (Danielle), *Bien naître, bien être, bien mourir. Propos sur l'eugénisme et l'euthanasie*, coll. « Réponses philosophiques », Paris, Éditions Erès, 2001.
- Pierron (Jean-Philippe), *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010.
- Ricœur (Paul), *Lectures 1*, Paris, Seuil, 1991.
- Ricœur (Paul), *Vivant jusqu'à la mort*, Paris, Seuil, 2007.
- Schaerer (René), « Une histoire de la sédation en soins palliatifs », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, n° 124, Grenoble, janvier 2016, pp. 11-19.
- Schwartzberg (Léon) et Viansson-Ponté (Pierre), *Changer la mort*, Paris, Éditions Albin Michel, 1977.
- Thomas (Louis-Vincent), *Mort et pouvoir*, Paris, Payot, 1978.
- Troude (Bernard), « À la vie à la mort, une idée pour re-penser l'ordinaire. Même la mort ne nous appartient plus », *Éthique, Médecine et Santé Publique*, Elsevier Masson, Dossier « Désirs de vivre et de mourir », Pratiques et concepts, Vol. 1, n° 4, Paris, Octobre-Décembre 2015, pp. 456-467.
- Valadier (Paul), « Les droits ne font pas une éthique », *Éthique, Médecine et Santé Publique*, Elsevier Masson, Dossier « Désirs de vivre et de mourir », Pratiques et concepts, Vol. 1, n° 4, Paris, Octobre-Décembre 2015, pp. 522-526.
- Verspieren (Patrick), *Face à celui qui meurt : euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, Paris, Desclée de Brouwer, 1984.
- Verspieren (Patrick), Richard (Marie-Sylvie) et Ricot (Jacques), *La Tentation de l'euthanasie. Repères éthiques et expériences soignantes*, Paris, Desclée de Brouwer, 2004.
- Ziegler (Jean), *Les Vivants et la mort*, Paris, Éditions du Seuil, 1975.



***Cahiers de l'URPHISSA***  
**ISSN : 2710-2106**  
**Numéro 3 – Mai 2022**